



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**[GANANCIA FUNCIONAL DEL
ANCIANO FRÁGIL TRAS SU
ESTANCIA EN HOSPITAL DE
DÍA GERIÁTRICO]**

Autora: Pilar Ponce Martín

Tutora: Virtudes Niño Martín

Cotutora: Angélica Muñoz Pascual

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1. BREVE HISTORIA DE LA GERIATRÍA	5
2.2. PACIENTE GERIÁTRICO	5
2.3. DEFINICIÓN DE ANCIANO FRÁGIL	6
2.4. UNIDADES GERIÁTRICAS HOSPITALARIAS	8
2.5. HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO (HDG)	9
2.6. LAGUNA DE CONOCIMIENTOS	10
2.7. HDG DE SEGOVIA	11
2.8. JUSTIFICACIÓN	13
2.9. PREGUNTAS	14
3. OBJETIVOS	15
4. METODOLOGÍA	15
5. DESARROLLO DEL TEMA	16
6. DISCUSIÓN / IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	22
7. CONCLUSIONES	23
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
9. ANEXOS	26

1. RESUMEN

Se prevé que para el año 2061 el 37,8 % de los habitantes de España sean mayores de 64 años, de los cuales más del 50% tendrán 80 años o más. En 1991, los mayores de 80 años apenas llegaban al 3% del total de la población¹. Con estas perspectivas los sistemas sanitarios se ven abocados a crear unidades de atención geriátrica que cubran las nuevas necesidades que la sociedad exige. Una de estas unidades es el Hospital de Día Geriátrico (HDG). A estos centros acuden los pacientes 2 ó 3 días en semana de 8:00 horas hasta las 17:00 para ser tratados por un equipo multidisciplinar, posteriormente regresan a su domicilio². Los motivos de asistencia son: ancianos que precisan recuperación funcional, cuidados de enfermería, adiestramiento en actividades de la vida diaria, entre otros. El objetivo es tanto diagnóstico como terapéutico. Respecto a enfermería, a parte de los cuidados específicos de cada patología, hay que destacar su papel en la valoración, planes de cuidados, socialización, educación de pacientes y cuidadores y servir de enlace con los equipos de atención primaria³.

El HDG actúa de paso intermedio entre el hospital y el domicilio del paciente, acortando estancias hospitalarias, evitando reingresos y/o retrasando institucionalizaciones.

En el trabajo que nos ocupa vamos a estudiar la ganancia funcional que obtienen los pacientes tras su paso por HDG de Segovia utilizando criterios de funcionalidad, marcha, Barthel, etc.; tanto al ingreso como al alta.

PALABRAS CLAVE:

Anciano frágil, Hospital de Día Geriátrico (HDG), dependencia, ganancia funcional.

2. INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida es uno de los indicadores principales que reflejan las consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país.

La esperanza de vida de la población española tanto al nacer como a los 65 años se encuentra, ya sea en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea⁴(Tabla 1 y 2):

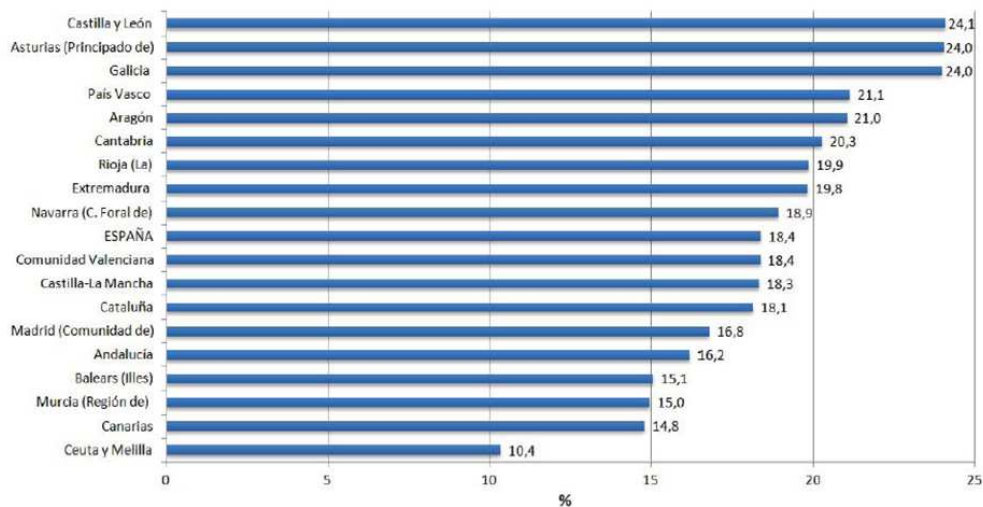
	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)
2063	91,0	94,3	3,4
2059	90,3	93,8	3,5
2054	89,3	93,0	3,7
2049	88,4	92,2	3,8
2044	87,4	91,4	4,0
2039	86,3	90,5	4,2
2034	85,2	89,6	4,5
2029	84,0	88,7	4,7
2024	82,8	87,7	5,0
2019	81,4	86,7	5,3
2014	80,0	85,7	5,6
2013	80,0	85,6	5,6

Tabla 1. Proyección de la esperanza de vida al nacimiento según periodo. Brecha de género. España⁴

	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)
2063	27,4	30,8	3,4
2059	26,8	30,3	3,5
2054	26,0	29,6	3,6
2049	25,2	28,8	3,6
2044	24,4	28,1	3,7
2039	23,5	27,3	3,8
2034	22,7	26,5	3,8
2029	21,8	25,6	3,9
2024	20,9	24,8	3,9
2019	19,9	23,9	3,9
2014	19,0	23,0	4,0
2013	19,0	22,9	4,0

Tabla 2. Proyección de la esperanza de vida a los 65 años según periodo. Brecha de género. España

Castilla y León, es la Comunidad Autónoma con el mayor índice de envejecimiento de España (con el 24,02 %) (Figura 1).



Fuente: INE: INEBASE. Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Consulta en enero de 2016

Figura 1. Personas de 65 y más años respecto al total de población, por comunidades autónomas, 2015 (Porcentaje)

En Segovia, a 1 de enero de 2015 y según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, la población mayor de 64 años representa el 21,87 % del total, los mayores de 79 años representan el 7,22 % del total (11.373 personas) y los mayores de 85 años representan el 3,26 % del total (5.134 personas). Conforme a estos datos estadísticos y las consiguientes previsiones, la sociedad debe prepararse para afrontar el gran reto asistencial del siglo XXI: “El envejecimiento del envejecimiento”^{5,6}. Figura 2.

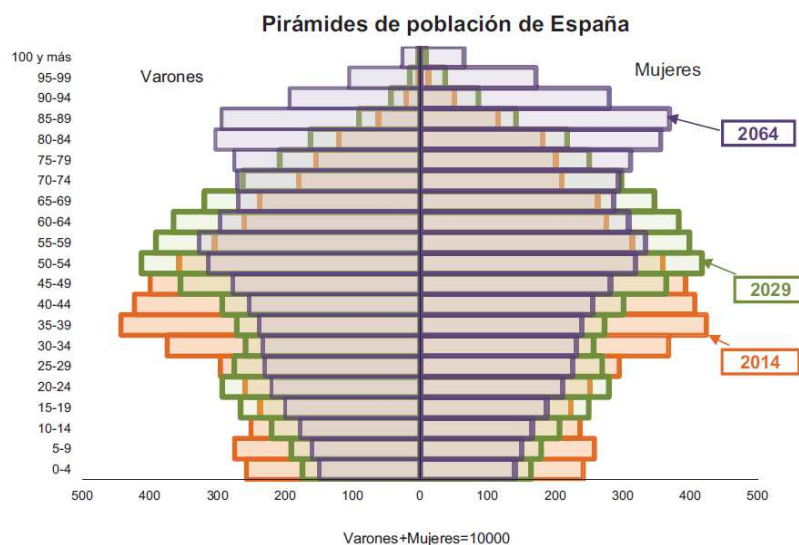


Figura 2. Proyección de la población española 2014-2064 (fuente: INE)

2.1 BREVE HISTORIA DE LA GERIATRÍA

De manera esquemática, analizaremos los hitos de la geriatría:

- 1946: Se crea la especialidad de Geriatría en el Hospital “National Health Service” del Reino Unido⁷
- 1947: Ya en nuestro país, se crea la primera Unidad de Geriatría en España en el Hospital Nuestra Señora de la Esperanza de Barcelona⁸.
- 1948: Se crea la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología⁸
- 1971: Se crea una Unidad Asistencial de Geriatría completa (Unidades de agudos, media y larga estancia, hospital de día, etc.) en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid⁹.
- 1977: Por primera vez se incluye la asignatura Enfermería Geriátrica en los Planes de Estudio de las Escuelas de Enfermería españolas.
- 1978: Se crea en España el Instituto de Servicios sociales (INSERSO) que en 1997 se transformó en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- 1987: Se crea la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología (SEEGG), creada con el propósito de fomentar y defender todo lo relacionado con la enfermería geriátrica y gerontológica¹⁰.
- 2009: Se crea a través de la ORDEN/SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, la Especialidad Enfermería Geriátrica¹¹.

2.2 EL PACIENTE GERIÁTRICO

En 1978 se reconoce jurídicamente a la Geriatría como una especialidad más en nuestro país, en las mismas condiciones que el resto de ramas de la medicina⁸.

El objeto de la geriatría es “no sólo la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en las personas mayores, sino también su recuperación de función y su reinserción en la sociedad”¹².

Es fundamental definir adecuadamente al paciente geriátrico para que la atención sea eficiente. En el mundo occidental existen tres grandes tendencias:

- A partir de una edad alta (más de 80 años), si la fragilidad de la persona es habitual

- En el caso de que la persona padezca algún síndrome geriátrico y sea mayor de sesenta y cinco años: deterioro cognitivo, limitación de la movilidad, caídas, desnutrición, alteraciones de los sentidos, depresión, incontinencia, etc.
- En España se llegó a un consenso para definir como paciente geriátrico al que cumple tres o más de los siguientes cinco criterios¹³:
 1. Mayores de 75 años
 2. Tener alguna patología crónica o crónica reagudizada con tendencia incapacitante
 3. Padecer pluripatología
 4. Tener problemas psíquicos acompañantes o predominantes
 5. Relación de su estado de salud con problemática social o familiar

Cualquiera de las tres opciones sirve para delimitar la población que es susceptible de recibir asistencia geriátrica adecuada. Lo ideal sería la aplicación conjunta de las tres posibilidades.

2.3 DEFINICIÓN DE ANCIANO FRÁGIL

La fragilidad se ha definido recientemente como un síndrome clínico, se empezó a utilizar este término en la década de los 90 aunque aquí describía a las personas mayores que tenían situaciones de discapacidad, institucionalizadas o cercanas al final de su vida¹⁴.

Rockwood, dice que el “anciano frágil es aquel en el que los activos que mantienen la salud y los déficits que la amenazan se encuentran en un balance precario”¹⁵, lo que viene a decir que el anciano frágil es el que depende de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria o que está en riesgo de depender de ellas.

Los objetivos sanitarios han pasado de centrarse exclusivamente en la reducción de la morbimortalidad a valorar de forma significativa la calidad de vida de los pacientes geriátricos.

Los ancianos denominados frágiles, muestran como rasgo común el peligro de perder su independencia.

Para Campbell y Bucher la fragilidad en el anciano es un síndrome multisistémico en el que se reduce la capacidad fisiológica, de manera que la función puede comprometerse ante cambios ambientales aumentando la “incapacidad inestable”^{16,17}.

Estos autores destacan una serie de componentes claves en la fragilidad:

- Interacción en el ambiente.
- Relación entre estrés sufrido y daño provocado.
- Descompensaciones clínicas que pueden darse por estrés físico y psicosocial

En definitiva, el anciano frágil es aquel que tiene disminuidas las reservas fisiológicas, de manera que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad y por tanto mayor probabilidad de presentar episodios adversos (caídas, hospitalización...). Es un proceso dinámico y por tanto, existe un contínuum desde la falta de fragilidad hasta su presencia, desde el anciano sano y activo hasta el paciente geriátrico. No es un concepto estático ni absoluto, no todos los individuos son frágiles de la misma manera y además puede ser diferente en la misma persona según el periodo de tiempo.

A lo largo de los años se han empleado muchos criterios para definir la fragilidad, como:

1. Criterios médicos: enfermedades crónicas, caídas de repetición, polifarmacia, ingresos de repetición.
2. Criterios funcionales: dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
3. Criterios socioeconómicos: vivir solo, viudedad reciente, bajos ingresos económicos, presencia o ausencia de cuidador y estrés.
4. Criterios mentales: depresión, deterioro cognitivo.

Pero quizás la definición más aceptada es la de Fried et al en 2001. Definía el síndrome de fragilidad como la presencia de tres o más de los siguientes criterios:¹⁴

1. Pérdida de peso no intencionada de más de 5 kg o 5% del peso corporal en 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.

Según Fried un criterio para definir anciano frágil es la **velocidad de la marcha**, que es el tiempo empleado en recorrer una distancia (en nuestro caso 5 m). Es éste un parámetro importante en nuestro trabajo. Destaca por su utilidad, simplicidad y reproducibilidad en la práctica clínica diaria. Una velocidad menor de 1m/s se considera un buen marcador de fragilidad. El grupo de ancianos con una velocidad de marcha inferior a 0,6 m/s tiene alto riesgo de caídas.

Se requiere para la prueba:

- Un corredor bien iluminado con 6 metros de longitud.
- Un cronómetro.

2.4 UNIDADES GERIÁTRICAS HOSPITALARIAS

La longevidad acarrea generalmente un aumento de la población dependiente que exige un mayor esfuerzo por parte de los servicios sociales y sanitarios para mantener la calidad de vida de las personas mayores.

El art. 43 de la Constitución Española, reconoce el derecho a la protección de la salud. Por su parte, el art. 50 del mismo texto legal, establece que los poderes públicos promoverán el bienestar de los ciudadanos durante la tercera edad mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.¹⁸

En este sentido, la competencia exclusiva del Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (artículo 149.1 CE), justifica la regulación, por parte de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, de las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas, y con pleno respeto de las competencias que las mismas hayan asumido en materia de asistencia social y sanidad en desarrollo de los artículos 148.1.20 y 148.1.21 de la Constitución.¹⁹

Así, cada Comunidad Autónoma ha promulgado sus propias leyes y normas en materia de asistencia social y sanidad, generando un dispar tratamiento de la atención geriátrica entre las diferentes autonomías.

En Castilla y León, las instituciones geriátricas hospitalarias básicas, son:²⁰

- Unidad de agudos y consulta externa
- Unidad de convalecencia socio-sanitaria (no exclusiva de personas mayores de 65 años)
- El Geriatra como interconsultor de la fractura de cadera en mayores de 75 años
- Hospital de día geriátrico (HDG).

2.5 HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO (HDG)

El modelo de hospitalización diurna se está desarrollando en los últimos años, proporcionando un tipo de atención sanitaria que, ayudaría a mantener en su domicilio a los ancianos el mayor tiempo posible, con la idea de evitar o retrasar su institucionalización, en una sociedad donde se prevé un importante aumento de los años de incapacidad.³

El HDG se podría definir como aquel nivel asistencial hospitalario, integrado en el Servicio de Geriátrica, que atiende a ancianos de la comunidad con el objetivo principal de posibilitar que continúen viviendo en su domicilio, haciendo especial énfasis en la recuperación funcional, sin olvidar el seguimiento de los problemas médicos, de enfermería y sociales.³

El INSALUD ha definido el HDG como un centro diurno interdisciplinario, integrado en un hospital, donde acude el anciano frágil o paciente geriátrico, habitualmente con incapacidad física para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica y regresar posteriormente al domicilio.³

El HDG actúa de paso intermedio entre el hospital y el domicilio del paciente, proporcionando los beneficios de la atención hospitalaria (en cuanto a diagnóstico y tratamientos) y restándole el componente de cierta agresividad que el hospital conlleva para ciertos pacientes geriátricos y por otro lado facilita que el anciano se adapte a vivir de nuevo en su domicilio tras la hospitalización.²¹

Actualmente, en Castilla y León el hospital público que más desarrollado tiene el Servicio de Geriátrica es el de Segovia, sin llegar a contar aún con todos los recursos que se consideran idóneos para la atención a las personas más ancianas.²²

El Complejo Hospitalario de Segovia dispone del único Servicio completo de Geriátrica en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Es en el HDG de este hospital, donde vamos a enfocar nuestro estudio.²³

2.6 LAGUNA DE CONOCIMIENTOS

En otras comunidades autónomas con índice de envejecimiento similar al nuestro como Galicia, llama la atención que en muy pocos hospitales gallegos haya servicios de Geriátrica. En Galicia, la Geriátrica es una especialidad relativamente reciente y no está muy desarrollada. Así mismo, los médicos de atención primaria tienen una escasa formación en este campo, pese a que entre el 80% y el 90% de los pacientes que acuden con mayor frecuencia a sus consultas son mayores de 65 años⁵.

Con los datos actuales se pueden establecer cuatro grupos de cobertura geriátrica hospitalaria:²⁴

1. Un primer grupo de cabeza, constituido por cuatro comunidades con una cobertura geriátrica igual o superior al 50%, entre las que destaca Cataluña, con más de dos terceras partes (77%) de cobertura en sus hospitales de agudos, junto con Madrid (54%) y Castilla-La Mancha (50%).
2. Un segundo grupo con cobertura intermedia de entre el 25 y el 50%, constituido por cinco comunidades: Castilla y León, Aragón, Canarias, Galicia y Murcia.
3. Un tercer grupo, con cobertura baja, inferior al 25%, formado por Navarra, la Comunidad Valenciana, Baleares, Asturias, Extremadura y Andalucía.
4. Un último grupo sin cobertura geriátrica (0%): Cantabria y el País Vasco, así como Ceuta y Melilla.

Los HDG tienen un dispar tratamiento según las distintas CCAA. Así Cataluña se alza con 38 Hospitales de Día Geriátricos, es decir un 69% del total (55). Madrid estaría de una forma muy distante con 4 hospitales de día (7%). 9 CCAA sólo tienen 1 ó 2 Hospitales cada una. Y por último 7 CCAA no tienen ningún hospital de día.(Baleares, Comunidad Valenciana, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja y Ceuta y Melilla)

²⁴(Tabla 3):

	Nº	Plazas
Andalucía	1	40
Aragón	2	27
Asturias	1	15
Canarias	1	18
Cantabria	2	30
Castilla-la Mancha	2	30
Castilla y León	2	27
Cataluña	38	823
Extremadura	1	18
Galicia	1	0
Madrid	4	75
Totales	55	1103

Tabla 3. Hospitales de Día Geriátricos por CCAAs

2.7 HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO DE SEGOVIA²

Se creó en 1975. Actualmente está situado en la planta sótano del Complejo Hospitalario, y consta de: sala de terapia, estar-comedor, W.C. asistidos, despachos de médicos y enfermeras y sala de curas. Tiene capacidad para diez plazas (de personas procedentes de Segovia y Provincia) y está gestionado por un equipo multidisciplinar: una Geriatria, dos enfermeras, una fisioterapeuta, una terapeuta-ocupacional, un TCA, un celador y un auxiliar administrativo. El transporte de los pacientes se realiza generalmente en una ambulancia del SACYL.

- **OBJETIVOS DEL SERVICIO**

1. Su principal objetivo es la mejoría del paciente desde el punto de vista clínico y funcional y por tanto mejora de la calidad de vida. Lo que disminuye la carga del cuidador aliviando la sobrecarga y mejorando la satisfacción de los mismos.
2. En los pacientes que reciben esta asistencia también encontramos una mejoría emocional ya que prefieren esta asistencia a la institucionalización.
3. Reducción del número de estancias de los ancianos ingresados en el hospital, ya que se favorecen las altas tempranas sin perjuicio de su recuperación funcional.
4. Disminución del uso de las consultas externas hospitalarias.
5. Menor uso de otros servicios comunitarios.

- **INTERVENCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN HDG**

El personal de enfermería juega un papel esencial, es el profesional de referencia para el anciano y su familia. Los cuidados de su enfermera, dentro del equipo disciplinar van desde la asistencia, la información, la educación, el apoyo, asesoramiento al paciente y familia, curas, toma de constantes, extracción de analíticas, EKG, sondajes vesicales, administración de inyectables, oxigenoterapia, aerosolterapia, etc.

- La enfermera realiza una valoración integral del paciente, teniendo en cuenta:
 1. Antecedentes personales, patologías, tratamiento farmacológico...
 2. Circunstancias socioeconómicas, conocer si tiene apoyo suficiente (ayuda familiar, entorno, situación económica).
 3. Grado de funcionalidad del paciente en su vida cotidiana, haciendo hincapié en fomentar el autocuidado en la medida de lo posible.
- Utilizando las diferentes escalas de valoración conoce los problemas existentes.
- Realiza educación nutricional para que el anciano mantenga unas pautas saludables.
- Elabora un plan de actividad física diaria en colaboración con el fisioterapeuta.
- Establece medidas de seguridad para evitar las caídas (ayudas técnicas, modificación del mobiliario, uso de antideslizantes, barras asideras, calzado adecuado...)

- **CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE**

Los pacientes que acuden al HDG en su mayoría están incapacitados, principalmente por patologías como accidentes cerebrovasculares y patología del aparato locomotor (fractura de cadera, artrosis, artritis reumatoide), potencialmente rehabilitables.

La edad media del anciano que acude al HDG de Segovia es de 84 años y la procedencia de los ancianos es de diferentes servicios del hospital, por petición familiar y derivados por el médico de atención primaria (MAP).

Se excluyen aquellos pacientes con deterioro cognitivo que puedan distorsionar la actividad del grupo.

- **ACTIVIDADES DEL HDG**

La razón más frecuente de inicio es la recuperación de la máxima capacidad física, mental y social. Por tanto es un proceso que prevé recuperación o al menos mejoría y es dinámico y finito.

Se realiza fisioterapia ocupacional para pacientes con pérdida de autonomía para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La terapia en el HDG se prolonga durante varias horas al día a un ritmo más lento del que se realiza en un servicio de rehabilitación convencional, y por tanto los ancianos lo aprovechan mejor. La rehabilitación termina cuando se alcanza la máxima independencia posible. Las actividades se encaminan a la mejora o mantenimiento de la capacidad funcional.

Se observan síntomas de los diversos síndromes geriátricos (trastornos de la marcha, control de esfínteres, caídas, situación mental...) con la colaboración interdisciplinaria de todo el equipo.

Se realiza monitorización para observar la respuesta a tratamientos como antidiabéticos, anticoagulantes, antiparkinsonianos, etc.

Se realizan procedimientos médicos y de enfermería, como controles metabólicos, educación sanitaria, educación para cuidadores, curas de úlceras, etc.

2.8 Justificación

Según la perspectiva epidemiológica se prevé un aumento del envejecimiento de las sociedades occidentales. En 2060 (según estimaciones del INE) el 38,7% de la población española tendrá más de 65 años, de los cuales el 21% serán mayores de 79 años.

El modelo de hospitalización diurna está teniendo un importante desarrollo en diferentes especialidades sanitarias (cirugía, hematología, oncología...) con el objetivo de ahorrar estancias, disminuir ingresos hospitalarios, reingresos, etc.

El Hospital de Día Geriátrico (HDG) proporciona un tipo de atención sanitaria que ayudaría a mantener en el domicilio a los ancianos el mayor tiempo posible con la idea

de evitar o retrasar la institucionalización, en una sociedad donde se adivina un aumento de los años de incapacidad.

El HDG actúa de paso intermedio entre el hospital y el domicilio del paciente proporcionando los beneficios de la atención hospitalaria (en cuanto a diagnósticos y tratamientos) y restándole el componente de cierta agresividad que el hospital conlleva para ciertos pacientes geriátricos, y por otro lado facilita que el anciano se adapte a vivir de nuevo en su domicilio tras la hospitalización².

Los pacientes que acuden al HDG en su mayoría están incapacitados, principalmente por patologías como accidentes cerebrovasculares y patologías del aparato locomotor (artrosis, artritis reumatoide, fracturas de cadera). También son comunes los diagnósticos de caídas, parkinsonismos, cardiopatías, diabetes, trastornos afectivos...

Los pacientes atendidos en HDG presentan menor mortalidad y menor deterioro funcional, así como la tendencia a disminuir la hospitalización e institucionalización. Mejora su estado emocional, prefiriendo este nivel asistencial a la institucionalización, y manifestando un sentimiento subjetivo de satisfacción.

El sistema sanitario también se beneficia en cierto modo de la existencia de los HDG, ya que se reduce la estancia de los ancianos ingresados en los hospitales.

Recientemente el gobierno aprobó la reforma de la ley de dependencia que, entre otras medidas reduce un 15% la paga a los cuidadores familiares y premia la atención profesional²⁵. Por esto, las administraciones deberían poner más medios para que el cuidado de los ancianos recayese sobre profesionales.

En el trabajo que nos ocupa, vamos a estudiar los factores que favorecen la ganancia funcional en un HDG, a partir de los datos clínicos de los pacientes ingresados en el HDG de Segovia desde el 1 de Enero de 2015 hasta 1 de Agosto de 2015, por cualquier causa. La fragilidad es un síntoma precursor de la pérdida de autonomía y en muchas ocasiones es reversible.

2.9 PREGUNTAS

¿Cuál es la ganancia funcional del paciente tras el paso por el HDG? ¿Cuál es la comorbilidad asociada desde el punto de vista de la enfermería en un paciente tras el paso por el HDG?

3. OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Tras la descripción de las características clínicas funcionales, mentales y sociales de los pacientes que acuden al HDG entre enero y agosto de 2015, evidenciar que existe mejoría funcional significativa objetivable mediante escalas, en dichos pacientes.

Objetivos específicos:

- Estudiar los factores que favorecen la ganancia funcional en un HDG.
- Valorar la comorbilidad asociada desde el punto de vista de la enfermería en un paciente tras el paso por el HDG.
- Establecer un seguimiento de patologías y comorbilidad.

4. METODOLOGÍA

- **Diseño:** Estudio descriptivo transversal de los factores clínicos, funcionales, cognitivos y sociales tras la recopilación y análisis de dichos datos recogidos de las historias clínicas de los pacientes estudiados. Como herramienta utilizamos una base de datos SPSS, versión 15.
- **Emplazamiento:** Atención especializada. Hospital de Día Geriátrico perteneciente al Servicio de Geriatria del Complejo Hospitalario de Segovia.
- **Muestra:** Todos los pacientes ingresados en el HDG de Segovia desde el 1 de enero de 2015 a 1 de agosto de 2015 (47 pacientes).
- **Criterios de exclusión:**
 - Pacientes ingresados antes del 1 de enero de 2015.
 - Pacientes que no han recibido el alta de HDG a fecha 1 de enero de 2016.
 - Pacientes que muestran su negativa a la asistencia al HDG.

- Mediciones

Edad, sexo, procedencia, ritmo de asistencia, nº de estancias, Barthel (previo, al ingreso y al alta), minimental, velocidad de la marcha al ingreso y al alta, peso, disfagia, oxigenoterapia, disnea, estreñimiento, insomnio, dieta, funcionalidad al ingreso y al alta (silla de ruedas, andador, bastón...), polimedicación, prótesis(gafas, audífono, dentadura), ocio(no se considera ocio si solo miran la tv).

- Evaluación

Se ha otorgado un tratamiento estadístico de los datos recabados durante el estudio de las historias clínicas, comprobando las tasas de mejoría de los pacientes objeto de este estudio.

5. DESARROLLO DEL TEMA

1. PACIENTES Y MÉTODOS:

Sujetos de estudio: Todos los pacientes que ingresaron en Hospital de Día Geriátrico desde enero del 2015 a agosto del 2015. Se excluyeron aquellos pacientes que estaban ingresados antes de enero del 2015 y que continuaban ingresados a fecha de enero del 2016.

Análisis estadístico: Los datos cuantitativos se han descrito como media \pm desviación típica, en los casos en que la distribución se ajustaba a una normal y como mediana en los casos en que no se cumplía esta condición. Los datos cualitativos se han expresado como porcentajes o proporciones. Se han calculado estimaciones puntuales y por intervalo de confianza del 95% para la prevalencia. Para la comparación de medias de variables cuantitativas entre distintos grupos de pacientes se ha empleado la prueba de la t de Student para datos no apareados en casos de distribuciones normales y el test no paramétrico de Mann Whitney para datos con grave desajuste sobre el modelo normal. Para la comparación de proporciones se ha empleado la prueba de la Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher cuando ha sido necesaria. Se ha tomado como límite para la significación estadística el valor de $p < 0,05$.^{26, 27}

2. RESULTADOS:

Características clínicas: Se han analizado finalmente 47 pacientes ingresados en HDG, el 53,2% (25) mujeres y el 46,8% (22) varones. La edad media de la muestra completa ha sido de $83,8 \pm 5,5$ años (IC 95%: 82-85) dentro de un rango de 69-95 con una mediana de 85. Las mujeres con una edad media de $83,8 \pm 5,9$ años (IC 95%: 81,3-86,2) y los varones de $83,9 \pm 5,1$ años (IC 95%: 81,6-86,1), sin encontrar evidentemente diferencias significativas. El 100% de la muestra presentaba más de 2 patologías médicas, el 69% (31) eran hipertensos, el 22,2% (10) tenían Diabetes Mellitus, el 4,2% (2) precisaban curas por úlceras por presión (UPP).

Lugar de procedencia y motivo de derivación: La mayoría de los pacientes, en total un 72,4% (34) la derivación a HDG se hacía desde diferentes servicios del Hospital, un 14,9% (7) era solicitado a petición familiar, un 6,4% (3) por el Médico de Atención Primaria, un 2,1% (1) por los Servicios Sociales y un 4,3% (2) desde otras procedencias. Figura 3:

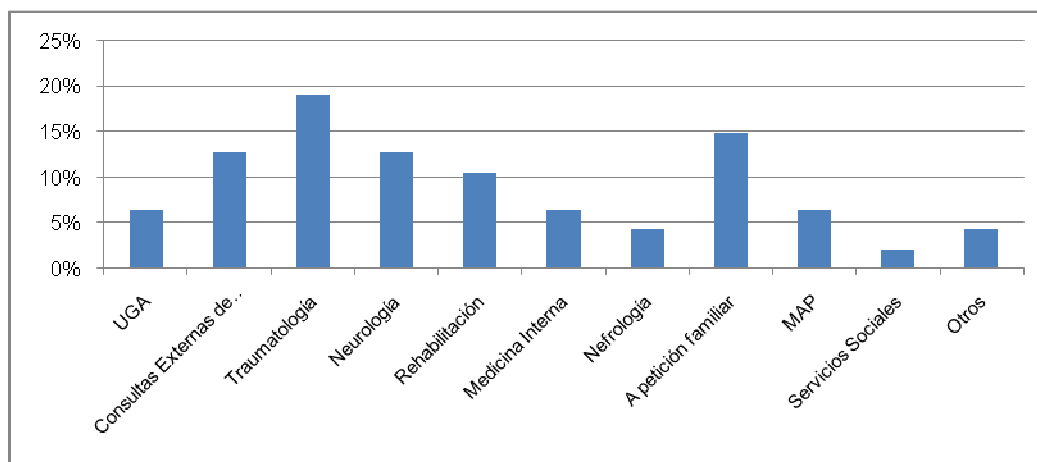


Figura 3. Lugar de procedencia de pacientes de HDG

Los motivos de derivación a HDG fueron los siguientes: el 33,3% (15) por ACV isquémicos o hemorrágicos recientes, el 28,9% (13) para rehabilitación de fractura de cadera reciente, 13,3% (6) por enfermedad neurológica tipo Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP), Parkinson (PK) y otras alteraciones de la marcha, el 11,1% (5) por inmovilismo secundario a ingreso hospitalario prolongado, 6,7% (3) por lumbalgias/ciatalgias y otros 6,7% (3) por otras causas médicas. Figura 4:

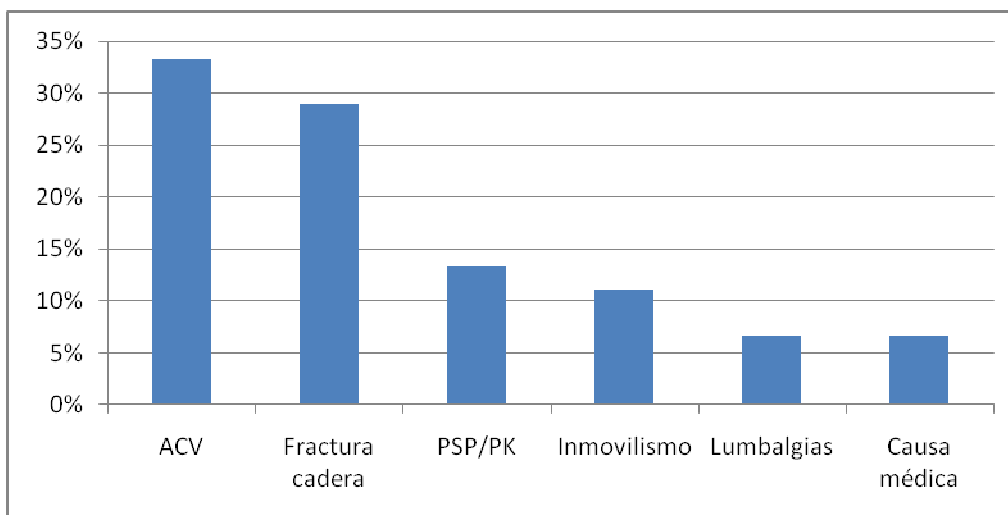


Figura 4. Motivos de derivación a HDG

Valoración Geriátrica de la esfera funcional-mental-social: La valoración de enfermería se realizó en el 97,9% (46) de los pacientes, en uno no se llevó a cabo porque el día del ingreso decidió el alta voluntaria. Se emitieron un total de 46 informes de altas por parte del personal que atendía a los pacientes (Médico Geriatra, enfermera, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermería y fisioterapeuta), no se emitió un informe porque el paciente falleció durante un ingreso en el Servicio de Neumología.

En cuanto al estado funcional tenían un Barthel previo al ingreso en HDG de $78,7 \pm 32,1$ (IC 95%:66,7-90,7), con un Barthel al ingreso de $47,6 \pm 22,7$ (IC 95%:40,6-54,5) y un índice de Barthel al alta de $72,6 \pm 22,7$ (IC 95%:65,5-79,7). Sin encontrarse diferencias significativas en cuanto al género, para ninguno de los estados funcionales. Figura 5.

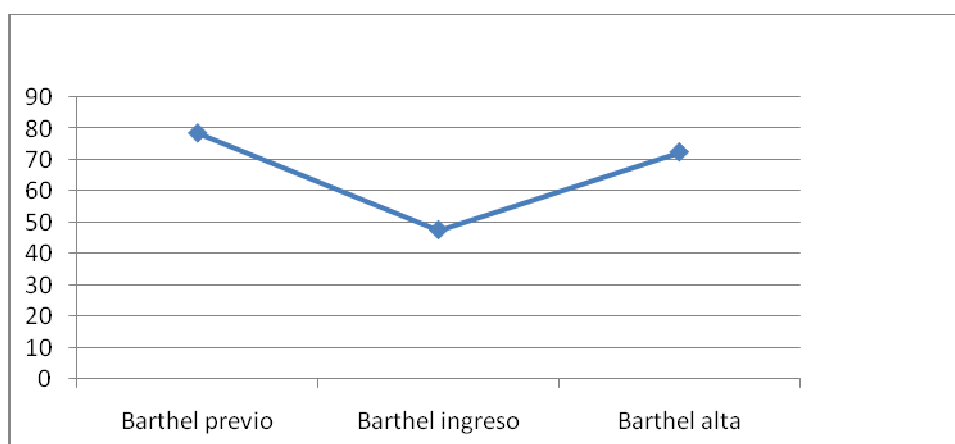


Figura 5. Estado funcional: Barthel

Al analizar el estado funcional con respecto al apoyo que utilizaban en función de la Escala de la Cruz Roja Funcional (ECRF) observamos al ingreso las siguientes frecuencias: 2,4 % (1) independiente, 7,1% (3) caminaban con bastón, 45,2% (19) con andador o dos muletas, 21,4% (9) con andador más una persona, 21,4% (9) los trasladados en silla de ruedas y el 2,4% (1) con trípode más ayuda de una persona. Al alta estos valores cambiaban de la siguiente manera: 6,8% (3) independiente, 61,4% (27) caminaban con bastón, 20,5% (9) con andador o dos muletas, 2,3% (1) los trasladados en silla de ruedas, 6,8% (3) con trípode y 2,3% (1) con trípode más ayuda de una persona.

Figura 6.

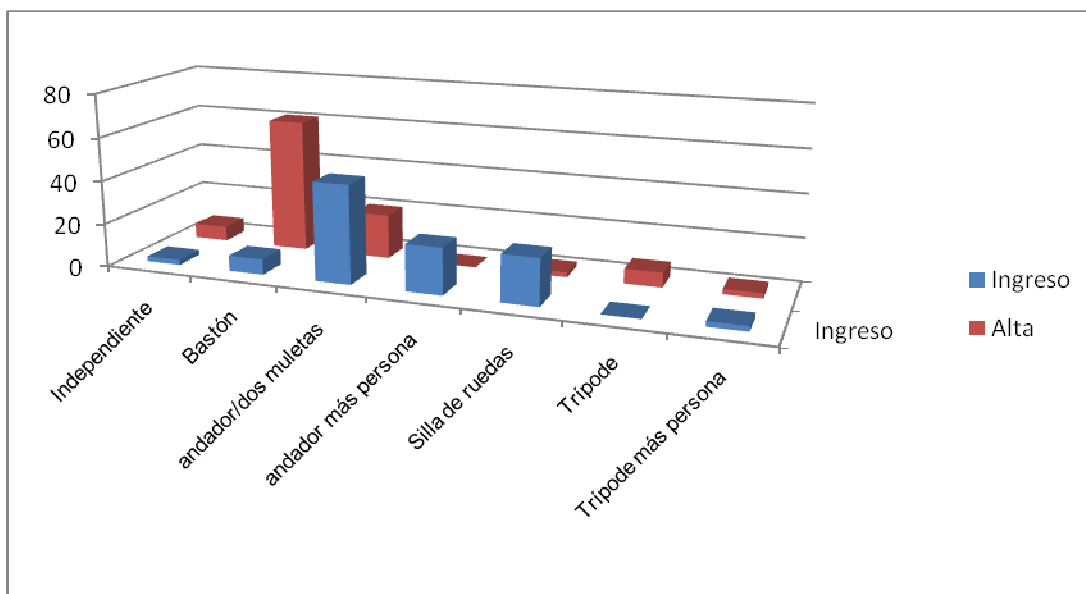


Figura 6. Evolución del paciente respecto de su estado funcional

El 74,5% (35) de los pacientes afirmaban realizar actividades lúdicas de distracción durante el día, exceptuando la televisión. Respecto al estado cognitivo medido por el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-35) fue de $25,5 \pm 5,6$, sin encontrar diferencias significativas en cuanto al género.

El 100% de nuestra muestra vivía en domicilio, el 50% (22) con el cónyuge, 34,1% (15) con sus hijos, 6,8% (3) solos, 4,5% (2) cuidados por los hermanos y otro 4,5% (2) por cuidadores privados. El 94% (44) de los pacientes continuaron al alta tras la intervención en HDG viviendo en el mismo domicilio, excepto el 4,2% (2) que fueron institucionalizados en residencias y un paciente que falleció por causa médica.

Intervención de la fisioterapeuta: Se midió el tiempo que tardaban los pacientes en recorrer 5 metros caminando, con una media de $17,7 \pm 12,5$ segundos (IC 95%: 13,1-22,3) y al alta de $15,2 \pm 8,2$ segundos (IC 95%:12,3-18), sin encontrar diferencias significativas en cuanto al género para ninguna de las dos mediciones. Lo que suponía una media en la velocidad de la marcha al ingreso de $0,3\text{m/s} \pm 0,2$ (IC 95%: 0,3-0,42) y al alta de $0,4\text{m/s} \pm 0,2$ (IC 95%: 0,35-0,5). Encontrándose significación estadística entre las dos mediciones de $p < 0,001$.

El 93,4% de los pacientes al ingreso tenían una velocidad de la marcha $< 0,6\text{m/s}$ y consiguieron una velocidad de la marcha al alta $> 0,6\text{m/s}$ pero $< 0,8\text{m/s}$ el 13% (6) pacientes y sólo 1 con velocidad $> 1,1\text{m/s}$. Figura 7.

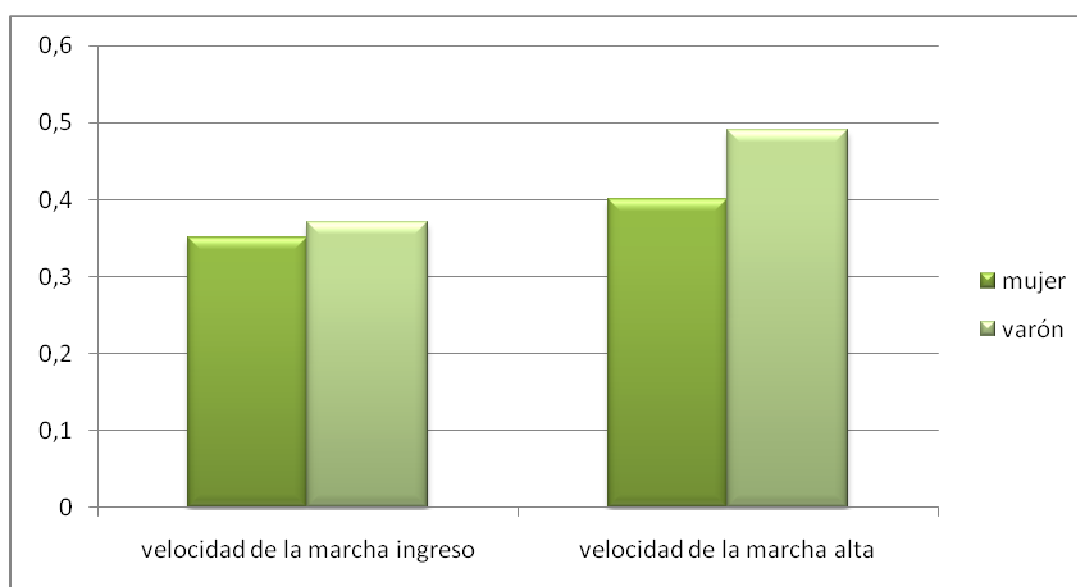


Figura 7. Evolución de la velocidad de la marcha de los pacientes del HDG

Valoración Integral de enfermería: Los pacientes de la muestra pesaban de media $64,8 \pm 10,4$ Kg (IC 95%:61-68), con una rango de 46,6-85, con mediana 62,5, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género. Eran pacientes en los que el 97,9% (46) estaban polimedicados (tenían más de 4 fármacos prescritos). Respecto a la patología detectada por enfermería se vio que el 40,4% (19) presentaban estreñimiento, el 27,7% (13) disfagia a líquidos/sólidos, 10,6% (5) precisaban suplementación de oxigenoterapia domiciliaria, con un 19% (9) de pacientes que referían disnea en alguno de sus niveles y el 59,6% (28) padecían insomnio.

En cuanto al tipo de dieta que se les prescribía: el 12,8% (6) fue normal, el 31,9% (15) blanda, el 14,9% (7) de disfagia, el 8,5% (4) sin sal, el 2,1% (1) de protección renal, el 4,3% (2) baja en grasas y el 25,5% (12) cal 3 (1.500 kcal).

Nos encontramos que las adaptaciones de las deficiencias sensitivas de los pacientes atendidos en HDG tenían las siguientes proporciones: el 10,5% (4) tenían prótesis auditiva externa, el 79,5% (35) prótesis dental y el 70,7% (29) utilizaban gafas.

Ritmo de asistencia y estancias: El ritmo de asistencia fue de 2 días en semana para el 95,7% (45) de los pacientes y de 3 días en semana para el 4,3% (2). Con un media de estancias totales en HDG de $29,3 \pm 19,9$ días (IC 95%: 23,3-35,3), con un rango de 4-112 con mediana de 22,5. Sin encontrarse diferencias significativas en cuanto al género. El número total de estancias de la muestra fue de 1.245 días.

Velocidad de la marcha como marcador de fragilidad en el anciano: A través de la correlación de Pearson se observó una relación positiva entre el estado funcional medido por el índice de Barthel previo y la velocidad de la marcha al ingreso, a menor índice de Barthel menor velocidad de la marcha, con $p < 0,05$, sin observarse dicha relación estadística con el Barthel al ingreso. En cuanto al Barthel al alta y la velocidad de la marcha al alta, se observa la misma correlación con mayor significación, $p < 0,01$. Se observó que a menor peso mayor velocidad de la marcha tanto al ingreso como al alta, $p \leq 0,05$.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas de la velocidad de la marcha en cuanto a la edad, género, las diferentes patológicas descritas anteriormente recogidas por enfermería, a excepción de la relación entre la velocidad de la marcha al ingreso y al alta con la utilización de gafas, $p < 0,05$, ni con el nivel cognitivo ni con el número de estancias.

6. DICUSIÓN / IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Popularmente, al anciano frágil se le define como aquella persona mayor que “no se vale por sí misma”. Históricamente a estos individuos se los cuidaba en su casa o en la de sus hijos; O bien se les ingresaba en residencias llamadas asilos. La mayoría moría en su domicilio sin pasar por los hospitales tras un deterioro progresivo.

En las últimas décadas son los médicos de atención primaria quienes canalizan los problemas de salud de las personas mayores, aunque llama la atención la poca formación de aquellos en geriatría, pese a que más del 80% de los pacientes que acuden con mayor frecuencia a sus consultas son mayores de 65 años.

Poco a poco y desigualmente según CCAA, se van creando Servicios de Geriatría en los hospitales españoles. Pero entre la hospitalización y el domicilio del anciano existe una estructura que permite atender sanitariamente al paciente, sin ingresar en un servicio de agudos. Este centro es el HDG. Debe ser concebido como un nivel asistencial dentro de un servicio de geriatría.

El HDG de Segovia es uno de los primeros fundados en España. Su éxito y permanencia estriban en que esta forma asistencial es beneficiosa por su bajo coste indirecto ya que evita ingresos hospitalarios y mantiene la proximidad de los cuidados al domicilio del paciente.

El HDG de Segovia trata pacientes geriátricos de la capital y provincia y con el buen hacer de sus profesionales demuestra que la fragilidad en el anciano es reversible.

Demostrada la ganancia funcional de los pacientes, reduciendo el número de ingresos hospitalarios y sobre todo la no desubicación domiciliaria de los ancianos ¿Por qué sólo hay un HDG público en Castilla y León?

Con las perspectivas de crecimiento del número de ancianos mayores de 80 años, ¿será la sociedad capaz de crear y fomentar servicios que cubran las necesidades sanitarias de este colectivo humano?

¿Estamos todos sensibilizados para afrontar estos cambios que en muy pocos años, auguran una nueva sociedad donde el 40% estará compuesta por personas mayores de 65 años?

- El reto de la sociedad es abordar el envejecimiento del envejecimiento ya que cada vez hay más personas mayores de 80 años.
- El HDG es una alternativa asistencial para pacientes con deterioro funcional reversible y suficiente apoyo social para tratamiento ambulatorio, que da cobertura a pacientes con múltiples necesidades asistenciales (Tratamiento médico, cuidados de enfermería, rehabilitación, terapia ocupacional, valoración social).
- El HDG reduce ostensiblemente ingresos y reingresos en Unidades de Agudos.
- Se dirige a un tipo de pacientes clínicamente complejo y de edad muy avanzada que tiene dificultades de acceso a los servicios de rehabilitación y consulta.
- La mayor parte de los pacientes consigue, no sólo evitar el deterioro, sino una mejoría funcional significativa objetivable mediante escalas, con estancias bastante moderadas.

7. CONCLUSIONES

- En HDG se atienden pacientes añosos, con elevada comorbilidad y alta carga de cuidados de enfermería.
- Permite mantener al paciente en domicilio, disminuyendo la institucionalización.
- Mejora el estado funcional y la velocidad de la marcha, aunque se trate de pacientes con elevado riesgo de eventos adversos y caídas.
- Mejoran más los que tienen menor peso y cuentan con adaptación ocular.
- La mejoría no depende de la edad, ni de la patología previa, depende de la base funcional previa de cada paciente.

Este trabajo me ha permitido descubrir la forma de trabajar de los profesionales y la labor tan concienzuda que se desarrolla en estos centros. Así y todo el HDG, debe adaptarse a los nuevos sistemas de gestión sanitaria, y revisar su papel para procurar obtener la mayor eficacia posible con una adecuada utilización de sus recursos. Así mismo, este estudio me ha permitido observar que más del 40 % de los pacientes sufrían estreñimiento, cerca del 60 % insomnio y casi un 30 % disfagia a líquidos o sólidos, datos éstos que nos dejan abiertas nuevas líneas de investigación.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abellán García, A., Pujol Rodríguez, R. “Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 14. 2016 [internet]. [visitado el: 22/02/2016]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
2. Memoria Hospital de Día Geriátrico de Segovia. INSALUD. Segovia, 1995.
3. García Sierra JL, Hornillos Calvo, M. Hospital de día Geriátrico. En: Guillén, F., Salgado Alba, A. Ruipérez, I. “Manual de Geriátria”. 3ª Ed. Barcelona: Masson; 2002. P 171-182.
4. OECD (2010), OECD Health Data 2010, OECD Publishing, Paris (www.oecd.org/health/healthdata), and OECD Income Distribution and Poverty Database (www.oecd.org/els/social/inequality). For non-OECD countries: United Nations Population Database, World Population Prospects: The 2008 Revision (<http://esa.un.org/UNPP>). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/888932381969>
5. Faro de Vigo. www.farodevigo.es 2012 [internet] [visitado el: 29/02/2016] Disponible en: <http://www.farodevigo.es/sociedad-cultura/2012/07/17/hospitales-gallegos-deberian-servicios-geriatria/666123.html>
6. Fernández Muñoz, J. N. “Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades Autónomas.” Madrid, 2014. Página 42, gráfico 1.1
7. Warren MW. Care of the chronic aged sick. Lancet. 1946; 1:841-843.
8. Macías Nuñez JF. Geriátria desde el principio. 2ª ed. Glosa; 5005. 543 p.
9. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG). Manual de residente en geriatría. Madrid: ENE Life; 2011. 540 p.
10. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) [internet]. Barcelona [citado feb 2016]. Disponible en: <http://www.seegg.es/index.php/quien-es>
11. Programa formativo de la especialidad de Geriátria. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre. Boletín Oficial del Estado (BOE), Ministerio de Sanidad y Política Social nº 288, 13 noviembre 2009. Disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-19139
12. Sociedad Británica de Geriátria.
13. Zelada Rodríguez, MA, Gómez – Pavón J, Sorando Fernández P, Franco Salinas A, Mercedes Guzmán L, Baztan JJ. Fiabilidad interobservador de los 4 índices de comorbilidad más utilizados en pacientes ancianos. Rev. Española de Geriátria y Gerontología. 2012 mar –abr; 47 (02):67-70.
14. Orueta Sánchez, R., Rodríguez de Cossio, A., Carmona de la Morena, J., Moreno Álvarez-Vijande, A., García López, A. y Pintor Córdoba, C. Anciano Frágil y calidad de vida. Scielo 2008. [visitado el 15/02/2016] Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2008000100003&script=sci_arttext
15. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. J Am Geriatr Soc 2005; 53 (6): 1069-1070.

16. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing* 1997; 26 (4): 315-318.
17. Abizanda Soler, P. Rodríguez Mañas, L. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Barcelona: Elsevier; 2015:Capítulo 47: Fragilidad en el anciano; p.383-391.
18. Constitución Española, de 8 de diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado (BOE), Cortes Generales nº 311, 29 de diciembre 1978. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
19. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Preámbulo. Boletín Oficial del Estado (BOE), Jefatura del Estado. Nº 299, de 15 de diciembre de 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
20. Portal de Salud de Castilla y León. www.saludcastillayleon.es 2015 [internet] [visitado el: 24/03/2016]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/hospitales>
21. Hornillos Calvo, MM, Ribera Casado, JM, González Montalvo, JI. Hospitales de día geriátricos en España. Un estudio descriptivo de su estructura y funcionamiento. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1995. P. 38-48.
22. Diario de León. www.diariodeleon.es 2010 [internet] [visitado el: 29/02/2016] Disponible en: http://www.diariodeleon.es/noticias/afondo/geriatria-aspira-hospital-dia-unidad-agudos-rehabilitacion_571099.html
23. El Norte de Castilla. www.elnortedecastilla.es 2014 [internet] [visitado el: 29/02/2016] Disponible en: <http://www.elnortedecastilla.es/segovia/201410/19/hospital-segovia-dispone-unico-20141019120740.html>
24. García Navarro, J., y otros. “Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización”. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). Pág. 88, 2006 [internet] [visitado el 08/04/2016] Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/libroBlancoDependencia.pdf>
25. BOE. Boe.es. Se modifica el art. 18, apartado 2 por el art 22.6 del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio. 2012. [internet] [visitado el: 24/03/2016]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-9364
26. Susan Milton, J. Estadística para Biología y Ciencias de la Salud. 3ª ed. Ampliada. Madrid: McGraw-Hill; 2007.
27. Berrocal de Montestruque, L., Asurza Olaechea, H., Alejandro Billón, S. Glosario básico de términos estadísticos. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2006.
28. Macías Núñez, J. F. Geriátrica, historia, concepto, equipo multidisciplinar. Dependencia en Geriátrica. Primera edición. Universidad de Salamanca. Salamanca, 2009.
29. Luis Rodrigo MT, Besora Torredelot I Castillo de la rosa E, Chaure López I, Fernández Ferrín C, Giménez Maroto AM, Inarejos García M, Martínez Gabriel A, Navarro Gómez V. los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008: p.424.

ANEXO II

Escala de BARTHEL	
Baño	
5. Independiente. Capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye salir y entrar en el baño. Puede realizar todo sin estar una persona presente.	
0. Dependiente. Necesita alguna ayuda.	
Vestido	
10. Independiente. Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, se abrocha los botones. Se coloca braguero o corsé si precisa.	
5. Necesita ayuda, pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	
0. Dependiente.	
Arreglo personal	
5. Independiente. Realiza todas las actividades personales (ej.: lavarse las manos y cara, peinarse). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si es maquinilla eléctrica.	
0. Dependiente. Necesita alguna ayuda.	
Traslado sillón/cama	
15. Independiente. Sin ayuda en todas las fases: se aproxima a la cama, frena y cierra la silla de ruedas si es necesario, desplaza el apoyapiés, se mete y tumba en la cama, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, vuelve a la silla de ruedas.	
10. Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal y pequeña ayuda física tal como la ofrecida por un cónyuge no muy fuerte.	
5. Gran ayuda. Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para salir de la cama o desplazarse.	
0. Dependencia. Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	
Deambulación	
15. Independiente. Puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.) excepto andador. La velocidad no es importante, puede caminar al menos 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.	
10. Necesita ayuda. Supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos y otras ayudas para permanecer de pie, deambula 50 m.	
5. Independiente en silla de ruedas en 50 m. Debe ser capaz de girar esquinas solo.	
0. Inmóvil. Incluye ser rodado por otro.	
Escalones	
10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión. Puede utilizar el apoyo que precise para andar (bastón, muletas, etc.).	
5. Necesita ayuda. Supervisión física o verbal.	
0. Incapaz. Necesita alzamiento (ascensor), o no puede salvar escalones.	
Uso del retrete	
10. Independiente. Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, limpiar y vaciar completamente la bacinilla sin ayuda. Capaz de ponerse encima y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras para sostenerse.	
5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda en equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o usar el papel del baño. Sin embargo aún es capaz de utilizar el water.	
0. Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	
Deposición	
10. Continente. Ningún accidente. Si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.	
5. Accidente ocasional. Raro (menos de una vez por semana) o necesita ayuda para el enema o supositorio.	
0. Incontinente.	
Micción	
10. Continente. Ningún accidente. Seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (ej.: catéter) si es necesario es capaz de cambiar de bolsa.	
5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana. Necesita ayuda con instrumentos.	
0. Incontinente.	
Alimentación	
10. Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable, capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo. La comida puede situarse al alcance.	
5. Necesita ayuda. Ej.: para cortar, extender la mantequilla.	
0. Dependiente. Necesita ser alimentado.	
Puntuación total*	Grado de dependencia
<45	Dependencia severa
45-59	Dependencia grave
60-80	Dependencia moderada
>80	Dependencia ligera
* Máximo 100, 90 si silla de rueda	

Fecha:							
	Puntuación	Puntuación	Puntuación	Puntuación	Puntuación	Puntuación	Puntuación
Baño							
Vestido							
Arreglo personal							
Traslado sillón/cama							
Deambulación							
Escalones							
Uso del retrete							
Deposición							
Micción							
Alimentación							
TOTAL							

ANEXO IV

Mini examen cognoscitivo de Lobo

Años de escolarización: No sabe leer ni escribir, estudios primarios, bachillerato, Universidad.

						PUNTOS
ORIENTACIÓN						
1.	Día	Fecha	Mes	Estación	Año	(5).....
(En marzo, junio, septiembre y diciembre se dan válidas cualquiera de las dos estaciones del mes)						
2.	Lugar	Planta	Ciudad	Provincia	Nación	(5).....
(en 1 y 2 señalar abreviaturas de ítem correctos).						
MEMORIA DE FIJACIÓN						
3.	Repita estas palabras: "peseta-caballo-manzana" (Repetir hasta que las aprenda y contar número de intentos)					(3)..... (.....)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO						
4.	Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? (Anote 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta, máximo 5 puntos).					(5).....
5.	Repita estas tres cifras "5-9-2" (anotar núm. de intentos) Ahora hacia atrás (1 punto por cada cifra en orden correcto)					(.....) (3).....
MEMORIA (Repetición)						
6.	¿Recuerda las tres palabras que le dije antes?					(3).....
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN						
7.	Mostrar un bolígrafo y preguntar: ¿Qué es esto? Repetir con un reloj					(2).....
8.	Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros"					(1).....
9.	Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?; ¿y un perro y un gato?					(2).....
10.	Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (No repita, ni ayude. Puntúe un movimiento como correcto si es realizado en el orden correcto)					(3).....
11.	Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS*					(1).....
12.	Escriba una frase completa (La frase debe de tener un sujeto, real o implícito, un verbo: "Ayúdeme" o "váyase" pueden aceptarse).					(1).....
13.	Copie este dibujo* (Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)					



TOTAL:

Nivel de conciencia: 1, alerta; 2, obnubilado.

* **NOTA:** tanto la frase como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente deberá utilizar gafas si las precisa habitualmente.

PUNTO DE CORTE: 23/24

(Grado de deterioro cognitivo: 19-23 = leve; 14-18 = moderado; <14 = grave)

VM en grupos diferentes de ancianos

Grupo	Gait Velocity (m/s)	Riesgo de caídas	Riesgo de eventos adversos
Robustos	>1.3	Muy bajo	No evidencia
Rápidos	1.1-1.3	Bajo	Evidencia controvesial
Inter1/2	0.7-1.0	Inter1/2	SI-Sanos?
Lentos	0.4-0.6	Alto	SI-fragiles
Very impaired	<0.4	Altisimo	SI-Frail persons