

# UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

## FACULTAD DE MEDICINA



## TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA

# EL PACIENTE FRÁGIL Y SU PERFIL DE SALUD EN UN CUPO URBANO DE VALLADOLID

Alumna: PAULA GÓMEZ PRIETO

Tutora: Dra. VERÓNICA CASADO VICENTE

UNIDAD DOCENTE UNIVERSITARIA DE MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PARQUESOL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA, DERMATOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA

VALLADOLID 2024

# ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
2. ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN .....	4
4. OBJETIVOS.....	6
4.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	6
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
5. MATERIAL Y MÉTODOS .....	7
5.1. Diseño del estudio.....	7
5.2. Sujetos del estudio .....	7
5.2.1. Criterios de inclusión.....	7
5.2.2. Criterios de exclusión .....	7
5.3. Lugar de realización.....	8
5.4. Variables a estudio .....	8
5.5. Procedimiento y recogida de datos .....	8
5.6. Fases del estudio y cronograma .....	9
5.7. Análisis de datos .....	10
5.8. Aspectos éticos .....	10
6. RESULTADOS .....	11
7. DISCUSIÓN .....	15
8. CONCLUSIONES.....	17
9. BIBLIOGRAFÍA.....	18
ANEXOS .....	21

# 1. RESUMEN

**Introducción:** La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por una disminución de la reserva funcional y alta vulnerabilidad frente a situaciones estresantes, aumentando el riesgo de deterioro progresivo y problemas de salud. El abordaje mediante la Atención Primaria y los programas de ejercicio multicompetente son claves para una intervención eficaz, dado el envejecimiento creciente de la población.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de fragilidad en un cupo urbano de la Zona Básica de Salud de Parquesol (Valladolid) y evaluar los diferentes factores asociados a un mayor riesgo de producción de caídas para adoptar medidas que mejoren la calidad de vida y eviten las fracturas.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo observacional en el ámbito mesocomunitario de las 310 personas de más de 70 años incluidas en un cupo urbano de 1588 individuos. Se aplica el Test de Barthel, seleccionando aquellas con un resultado  $\geq 90$  (209 personas) y posteriormente, tras muestreo aleatorio simple, con intervalos de confianza del 95% y un error muestral del 0,05, se reclutan 124 sujetos a los que se les realiza el Cuestionario VIDA y la Escala J. Downton, incluyéndose también los antecedentes de caídas y hospitalizaciones en el último año.

**Resultados:** De la muestra de 124 individuos, se encontraron 74 pacientes frágiles (59.68%), de los cuales 22 (29.73%) habían sufrido al menos una caída. Ninguna persona fuera del grupo de pacientes frágiles (50 personas) sufrió caídas. Entre los pacientes frágiles han sufrido una caída el 40% con Barthel=90, el 16% =95 y el 18,18 =100; y han sufrido 2 caídas el 20%, el 8% y ninguno, respectivamente. El Índice de Barthel presenta una relación inversamente proporcional con la producción de caídas de forma significativa en el grupo de 1 caída y de manera muy significativa en el grupo de 2 caídas. La prevalencia de caídas entre mujeres frágiles (44'44%) es de manera significativa bastante superior a la que existe entre hombres frágiles (15,79%). El 18.18% de los pacientes que se habían caído tomaban antidepresivos y el 31.82% tenían déficit auditivo, frente al 17.57% y el 31.08% de todos los pacientes frágiles. Ningún sujeto tuvo en el Cuestionario VIDA una puntuación  $<31$  y 74 sujetos obtuvieron un resultado  $>2$  en la Escala J. Downton.

**Conclusiones:** Se comprueba relación significativa entre fragilidad y riesgo de caídas. Entre los pacientes que habían tenido 1 o 2 caídas se aprecia cómo, a medida que

desciende el Índice de Barthel, aumenta la frecuencia de caídas. Parece existir un mayor número de caídas entre los pacientes que toman antidepresivos y/o padecen un déficit auditivo. El Cuestionario VIDA en este estudio ha resultado ser poco eficaz para detectar pacientes frágiles frente a la Escala J. Downton. Los estudios de cupo (diagnóstico de salud mesocomunitario) son relevantes para identificar pacientes en riesgo que de otra manera pueden pasar desapercibidos.

Palabras clave: paciente frágil, caídas, Índice de Barthel, Cuestionario VIDA, Escala J. Downton.

## 2. ABSTRACT

Introduction: Frailty is a geriatric syndrome characterized by a decrease in functional reserve and high vulnerability to stressful situations, increasing the risk of progressive deterioration and health problems. The approach through primary care and multicompetent exercise programs are key to an effective intervention, given the increasing aging of the population.

Objectives: To determine the prevalence of frailty in an urban group in the Basic Health Zone of Parquesol (Valladolid) and to evaluate the different factors associated with an increased risk of falls in order to adopt measures to improve the quality of life and prevent fractures.

Methods: This is a descriptive observational study in the mesocommunity setting of the 310 persons over 70 years of age included in an urban group of 1588 individuals. The Barthel test was applied, selecting those with a result  $> 90$  (209 persons) and subsequently, after simple random sampling, with 95% confidence intervals and a sampling error of 0.05, 124 subjects were recruited to take the VIDA Questionnaire and the J. Downton Scale, also including a history of falls and hospitalizations in the last year.

Results: In the sample of 124 individuals, 74 frail patients (59.68%) were found, of whom 22 (29.73%) had suffered at least one fall. No person outside the group of frail patients (50 individuals) suffered falls. Among the frail patients 40% had suffered one fall with Barthel=90, 16% =95 and 18.18 =100; and had suffered 2 falls 20%, 8% and none, respectively. The Barthel Index presents an inversely proportional relationship with the production of falls in a significant way in the group of 1 fall and in a very significant way

in the group of 2 falls. The prevalence of falls among frail women (44.44%) is significantly higher than among frail men (15.79%). Of the patients who had fallen, 18.18% were taking antidepressants and 31.82% had hearing deficits, compared to 17.57% and 31.08% of all frail patients. No subject had on the VIDA Questionnaire a score <31 and 74 subjects scored >2 on the J. Downton Scale.

Conclusions: A significant relationship was found between frailty and risk of falls. Among patients who had had 1 or 2 falls, the frequency of falls increased as the Barthel Index decreased. There seems to be a greater number of falls among patients taking antidepressants and/or suffering from a hearing deficit. The VIDA Questionnaire in this study has proved to be ineffective in detecting frail patients compared to the J. Downton Scale. Quota studies (mesocommunity health diagnosis) are relevant to identify at-risk patients who may otherwise go undetected.

Key words: frail patient, falls, Barthel Index, VIDA Questionnaire, J. Downton Scale.

### 3. INTRODUCCIÓN

El paciente frágil se define como una persona con 70 o más años, con un Índice de Barthel mayor o igual a 90 y alteraciones en la marcha o alteraciones en las actividades instrumentales de la vida diaria. Es aquel que presenta una disminución de su reserva funcional y una situación de mayor vulnerabilidad frente a distintas circunstancias estresantes que conlleva una mayor probabilidad de presentar un deterioro progresivo, con episodios adversos de salud y pérdida de función, dependencia o discapacidad. Estos resultados negativos pueden ser caídas, debilidad muscular, fracturas, institucionalización, evolución más tórpida durante procesos clínicos concomitantes o polifarmacia <sup>(1)</sup>.

La fragilidad es un síndrome geriátrico previo a dicha dependencia funcional, potencialmente reversible y prevenible mediante una intervención multicompetente, multidimensional y coordinada entre diferentes profesionales sanitarios y sociales con la colaboración del paciente y su entorno más cercano. El ámbito más adecuado para su diagnóstico a través de diversas herramientas y tratamiento es la Atención Primaria<sup>(1)</sup>.

El deterioro de la función muscular, fomentado por el sedentarismo y la inactividad física, implica una pérdida de la independencia. Por ello, los programas de ejercicio físico

multicompetente (sobre todo el entrenamiento de la fuerza) establecen una de las intervenciones más eficaces para disminuir estos efectos adversos, incluso igual o más que los propios medicamentos <sup>(2)</sup>.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP) es un instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la AP en España. Tiene en cuenta la nueva organización de la asistencia con un enfoque basado en la continuidad asistencial, la coordinación sociosanitaria y la proactividad de los profesionales, a la vez que sirve de herramienta de evaluación y mejora de la calidad. Acumula las actuaciones prioritarias, consideradas necesarias en los procesos asistenciales, guías y programas con el fin de homogeneizar la asistencia sanitaria <sup>(3)</sup>.

A través del Servicio de "Actividades, prevención y promoción de hábitos saludables en personas mayores" y el "Servicio de Atención a la persona mayor frágil" se recogen las actuaciones más relevantes relacionadas con el Cribado de fragilidad y atención en las personas mayores: pruebas de cribado, como la prueba corta de desempeño físico o *short physical performance battery* (SPPB), la prueba "levántate y anda cronometrado" o "*timed up and go test*" y la prueba de velocidad de la marcha; comunicación al paciente del resultado del cribado; y ejercicios multicompetente, que trabajan la resistencia aeróbica, la flexibilidad, el equilibrio y la fuerza muscular, complementándolos con el mantenimiento de una vida activa.

Actualmente vivimos en una sociedad envejecida; alrededor del 20% de la población española tiene 65 años o más y los que superan los 80 años suponen un 6% del total poblacional. La esperanza de vida española se encuentra entre los valores mundiales más altos. Este envejecimiento de la población, que se acentuará en las próximas décadas, implica un incremento en el uso de recursos sociales sanitarios debido a la mayor vulnerabilidad, discapacidad y morbimortalidad de este grupo de edad <sup>(1)</sup>.

Se debe fomentar la investigación para determinar los cursos clínicos más frecuentes y conseguir las intervenciones más eficaces.

Además, es importante diferenciar el paciente frágil del pluripatológico. Este último se define como aquella persona, generalmente de edad avanzada (pero no necesariamente), que padece varias enfermedades crónicas relevantes que condicionan una dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel <60) con frecuentes reagudizaciones e ingresos hospitalarios, asociando un deterioro funcional progresivo característico y un grado de complejidad que requiere una elevada demanda asistencial <sup>(4)</sup>.

Este proyecto se enmarca en un proyecto amplio de abordaje mesocomunitario. Este abordaje se encuentra entre la atención individual y la atención comunitaria y su ámbito de actuación es el “cupo”, que es el listado de pacientes adscritos a un Médico de familia (MF) y a una enfermera a lo largo de los años.

En Medicina Familiar y Comunitaria se despliega la función «valores» en 4 integradores competenciales: 1. El método clínico centrado en el paciente; 2. La gestión clínica poblacional aplicada al cupo; 3. La Atención Primaria Orientada a la Comunidad; y 4. La promoción de la salud/salud comunitaria basada en activos <sup>(5)</sup>.

En este segundo punto es en el que se enmarca este proyecto.

La longitudinalidad de la atención presenta evidencias de disminución importante de la mortalidad en aquellos pacientes que tienen durante más de 15 años el mismo MF. <sup>(6)</sup>. Esta longitudinalidad en el cupo permite hacer estos abordajes de gestión clínica poblacional aplicada al cupo y permite la globalidad, que es unir las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad al resto de actividades. Pero para ello es necesario “diagnosticar el cupo”. Y en este marco se pretende cribar y diagnosticar la fragilidad de los pacientes.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal del estudio es conocer cuántas personas mayores de 70 años con un Índice de Barthel  $\geq 90$  cumplen los criterios de definición de paciente frágil, presentando alteraciones en la marcha o alteraciones en las actividades instrumentales de la vida diaria, y, en consecuencia, un mayor riesgo de caídas.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Este proyecto tiene, además, como objetivos específicos:

- Evaluar el estado de dependencia de las personas mayores de 70 años de un cupo urbano de Parquesol.

- Establecer los resultados que ocurren frecuentemente juntos, teniendo en cuenta los diferentes grupos de pacientes.
- Determinar la existencia de factores de riesgo que provoquen la generación de caídas.
- Obtener información de salud que permita adoptar medidas personalizadas y centradas en cada persona y, así, disminuir su morbi-mortalidad y mejorar su calidad de vida.

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1. Diseño del estudio

Se define como un estudio observacional, de carácter descriptivo, cuantitativo y de corte transversal en el ámbito mesocomunitario de un cupo urbano de la Zona Básica de Salud de Parquesol (Valladolid).

### 5.2. Sujetos del estudio

La población inicial para el estudio fueron los 310 pacientes mayores de 70 años incluidos en un cupo urbano de 1.588 personas del Centro de Salud de Parquesol.

A aquellos se les realizó el Test de Barthel, seleccionándose posteriormente como sujetos para la continuación del estudio únicamente a quienes habían obtenido una puntuación  $\geq 90$  en dicho test.

#### 5.2.1. Criterios de inclusión

Fueron incluidos en el estudio todos los pacientes pertenecientes al cupo urbano del Centro de Salud de Parquesol que aceptaron participar, previo consentimiento informado (Anexo I), y que cumplían los siguientes criterios de inclusión en el servicio de atención a personas mayores frágiles:

- Edad igual o mayor a 70 años.
- Índice de Barthel  $\geq 90$ .

#### 5.2.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio:



- Las personas que no pertenecían a la Zona Básica de Salud de Parquesol.
- Los menores de 70 años.
- Los pacientes que no habían acudido a la consulta del Centro de Salud en los últimos 5 años.
- Y aquellos que no cogieron el teléfono y/o no firmaron el consentimiento informado.

### 5.3. Lugar de realización

El estudio de investigación se ejecutó en el Centro de Salud de Parquesol en Valladolid.

### 5.4. Variables a estudio

Las variables que son objeto de estudio son las siguientes:

<b>Variable</b>	<b>Medida</b>
Fecha de nacimiento	día/mes/año
Edad (calculada a partir de la fecha de nacimiento)	años
Sexo	hombre/mujer
Índice de Barthel	puntuación (0-100)
Cuestionario VIDA	puntuación (10-38)
Escala J. Downton	puntuación (0-14)
Caídas en el último año	número absoluto
Hospitalizaciones en el último año	número absoluto

### 5.5. Procedimiento y recogida de datos

Para determinar la población inicial del estudio, su edad y sexo se utilizó como fuente la base de datos de las personas adscritas al Centro de Salud de Parquesol. El resto de los datos se obtuvo mediante entrevistas personales o telefónicas, haciendo uso de varios cuestionarios.

A los 310 pacientes inicialmente seleccionados se les aplicó el Test de Barthel (Anexo III) y sobre el número de participantes que obtuvieron una puntuación  $\geq 90$  (209 personas) se realizó un muestreo aleatorio simple que, con intervalo de confianza del 95% y un error muestral de 0'05, dio un resultado de 136 pacientes.

Al efecto de detectar los pacientes frágiles, se les pasó el Cuestionario VIDA, para la valoración funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria (Anexo IV) y un cuestionario para valorar la marcha: la Escala J. Downton (Anexo V).

Se incluyó en la anamnesis de las personas que se detectaron como personas mayores frágiles los antecedentes de caídas y las hospitalizaciones en el último año.

Todo ello se unificó en la hoja de recogida de datos. (Anexo VI).

## 5.6. Fases del estudio y cronograma

El estudio se ha realizado entre octubre de 2023 y mayo de 2024, según el siguiente detalle:

1. Elaboración propuesta de TFG	Octubre 2023
2. Revisión bibliográfica	Octubre 2023-febrero 2024
3. Diseño del proyecto	Enero 2024
4. Selección de cuestionarios	Enero 2024
5. Elaboración del documento de consentimiento informado	Enero 2024
6. Compromiso de confidencialidad	Enero 2024
7. Conformidad de la coordinadora del Centro de Salud	Febrero 2024
8. Envío del Proyecto al Comité de Ética	Febrero 2024
9. Organización del trabajo de campo, confección y captación de los participantes	Febrero 2024
10. Creación de la base de datos	Febrero 2024
11. Trabajo de Campo: Test de Barthel	Febrero-marzo 2024
12. Trabajo de Campo: Cuestionario VIDA y escala J. Downton a las personas con un test de Barthel $\geq 90$	Febrero-marzo 2024
13. Anamnesis a los pacientes frágiles diagnosticados	Febrero-marzo 2024
14. Recogida de datos	Marzo 2024
15. Análisis y tratamiento de los datos	Marzo 2024
16. Resultados y conclusiones	Abril 2024

17. Elaboración documento de TFG y presentación gráfica	Abril-mayo 2024
18. Presentación y defensa	Junio 2024

### 5.7. Análisis de datos

Primero se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio según sus características clínicas y variables de interés. Según la naturaleza de las variables se calcularon medidas de tendencia central y medidas de dispersión en continuas (según ajuste de distribución normal) o frecuencias y proporciones en categóricas. Los resultados cuantitativos han sido expresados en forma de media aritmética, mediana, moda, varianza, desviación estándar y rango y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Los resultados cualitativos, en forma de su porcentaje y su IC 95%.

El análisis estadístico se ha efectuado mediante la aplicación informática Microsoft Excel para Microsoft 365 MSO (versión 2302 compilación 16.0.16130.20298) de 32 bits.

En la comparación de variables cuantitativas se estudia la significación estadística (t de student) mediante la calculadora estadística DATA TAB con nivel de significación  $<0.01$  muy significativo;  $<0,05$  significativo y  $> 0,05$  no significativo.

### 5.8. Aspectos éticos

Se garantizó en todo momento la confidencialidad de las respuestas y datos recogidos, de acuerdo con la legislación vigente (fundamentalmente la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales), y solamente se utilizarán con el fin de realizar el estudio. En ningún caso se divulgó información que permitiese la identificación de los participantes y se obtuvo previamente el consentimiento informado de todos los encuestados, cuya participación fue siempre voluntaria. <sup>(7)</sup>.

El estudio ha sido evaluado y aprobado por la Coordinadora del Centro de Salud de Parquesol (Valladolid Oeste) y por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de las Áreas de Salud de Valladolid.

## 6. RESULTADOS

De los 310 pacientes mayores de 70 años que formaban parte del cupo urbano elegido para el proyecto, a 35 (el 11,29% del total) no se les pudo realizar el cuestionario para la obtención del Índice de Barthel, bien porque no se consiguió contactar con ellos, o bien porque rechazaron expresamente participar en el estudio.

De los 275 pacientes restantes (el 88,71% del total) se recogió el citado cuestionario. 150 lo tenían registrado en su historia clínica, y al resto se les realizó el Test mediante llamada telefónica o, en algunos casos, personalmente cuando acudieron a consulta de Atención Primaria en el Centro de Salud. La edad media de los encuestados es de 78 años, con el 54,91% de mujeres y el 45,09% de hombres. 66 de ellos (el 24%) obtuvieron un Índice de Barthel < 90 y 209 (el 76%) un Barthel  $\geq$  90.

Los resultados obtenidos, distribuidos por rangos de edad y sexo, fueron los siguientes:

Barthel	Rangos de edad												Sexo					
			$\geq 70$ - <75		$\geq 75$ - <80		$\geq 80$ - <85		$\geq 85$ - <90		$\geq 90$ - <95		$\geq 95$ - <100		Hombre		Mujer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
$\geq 90$	209	76,00	101	93,52	64	83,12	28	66,67	14	56,00	2	11,11	0	0,00	103	83,06	106	70,20
< 90	66	24,00	7	6,48	13	16,88	14	33,33	11	44,00	16	88,89	5	100,00	21	16,94	45	29,80
<b>Total</b>	<b>275</b>		<b>108</b>		<b>77</b>		<b>42</b>		<b>25</b>		<b>18</b>		<b>5</b>		<b>124</b>		<b>151</b>	

Tabla 1. Resultados Test de Barthel.

Se obtiene un mayor porcentaje de mujeres con un Índice de Barthel <90 (29,80%) que de hombres (16,94%). El Índice de Barthel presenta una relación inversamente proporcional con la edad de manera muy significativa.

Durante el período de recogida de datos, uno de los pacientes con Índice de Barthel < 90 lamentablemente falleció.

Para un mayor detalle de los datos obtenidos, se cuantificaron los individuos por rango de edad, sexo y desglosados en tres grupos según su puntuación en el Test de Barthel: Barthel = 90, Barthel = 95 y Barthel = 100.

Barthel	Rango de edad												Sexo			
			$\geq 70$ - <75		$\geq 75$ - <80		$\geq 80$ - <85		$\geq 85$ - <90		$\geq 90$ - <95		Hombre		Mujer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>90</b>	19	9,09	6	5,94	7	10,94	4	14,29	1	7,14	1	50,00	8	7,77	11	10,38
<b>95</b>	59	28,23	22	21,78	23	35,94	9	32,14	5	35,71	0	0,00	24	23,30	35	33,02
<b>100</b>	131	62,68	73	72,28	34	53,13	15	53,57	8	57,14	1	50,00	71	68,93	60	56,60
<b>Total</b>	<b>209</b>		<b>101</b>		<b>64</b>		<b>28</b>		<b>14</b>		<b>2</b>		<b>103</b>		<b>106</b>	

Tabla 2. Resultados Test de Barthel según puntuación.

El 62,68% de las personas con un Índice de Barthel  $\geq 90$  presentaba un índice igual a 100, ya que la muestra recogía mayor número de individuos comprendidos en rangos de edad más bajos.

Sobre los 209 pacientes con un Test de Barthel  $\geq 90$  se realizó un muestro aleatorio simple que, con intervalo de confianza del 95% y error muestral de 0'05, dio como resultado una muestra representativa de 136 pacientes a los que realizarles el Cuestionario VIDA (valoración funcional de actividades instrumentales de la vida diaria) y la Escala de J. Downton (valoración de riesgo de caídas y la marcha).

De los 136 seleccionados aleatoriamente, 11 no quisieron continuar con la realización de cuestionarios o bien no se pudo contactar con ellos, 1 paciente falleció y otro revocó el consentimiento previamente firmado, retirándose del estudio.

Con el resto se concertó una cita para realizarles los cuestionarios VIDA y Downton. 85 acudieron al Centro de Salud presencialmente; a los que no pudieron presentarse por imposibilidad de desplazamientos o indisponibilidad de horarios se les realizó por teléfono, previo consentimiento.

Por lo tanto, se pudo contar con las respuestas de 124 participantes.

Estas son las características de la muestra:

124	Rango de edad	n	%	Hombres	%	Mujeres	%
	>70 - <75	64	51,61	27	42,19	37	61,67
	>75 - <80	37	29,84	22	34,38	15	25,00
	>80- <85	15	12,10	10	15,63	5	8,33
	>85 - <90	8	6,45	5	7,81	3	5,00
	<b>Totales</b>	<b>124</b>		<b>64</b>		<b>60</b>	

Tabla 3. Características de la muestra.

El Cuestionario VIDA permite una puntuación entre 10 y 38 y en la Escala J. Downton se puede llegar a obtener una puntuación entre 0 y 14. Las puntuaciones obtenidas en la muestra, en función del rango de edad, fueron las siguientes:

Rango de edad	VIDA				
	P 34	P 35	P 36	P37	P38
>70 - <75	1	1	2	13	47
>75 - <80	0	0	8	9	20
>80- <85	1	1	4	3	6
>85 - <90	0	0	2	4	2
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>75</b>

Tabla 4. Puntuaciones Cuestionario VIDA.

Rango de edad	DOWNTON							
	P 0	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7
>70 - <75	0	10	19	13	16	4	1	1
>75 - <80	1	2	11	12	10	0	1	0
>80- <85	1	1	2	2	4	1	3	1
>85 - <90	0	1	2	2	1	2	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>34</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

Tabla 5. Puntuaciones Escala J. Downton.

El análisis estadístico de las variables VIDA y Downton proporcionó los siguientes resultados:

VIDA		DOWNTON	
Media	37,39516129	Media	3
Error típico	0,080009956	Error típico	0,126482813
Mediana	38	Mediana	3
Moda	38	Moda	2
Desviación estándar	0,890953161	Desviación estándar	1,408452994
Varianza de la muestra	0,793797535	Varianza de la muestra	1,983739837
Curtosis	2,384218574	Curtosis	0,135923981
Coefficiente de asimetría	-1,570316181	Coefficiente de asimetría	0,443630023
Rango	4	Rango	7
Mínimo	34	Mínimo	0
Máximo	38	Máximo	7
Suma	4637	Suma	372
Cuenta	124	Cuenta	124

Se considera paciente frágil a la persona mayor de 70 años con un Índice de Barthel  $\geq 90$  con una puntuación  $< 31$  en el Cuestionario VIDA y/o  $> 2$  en la Escala J. Downton. El total de sujetos de la muestra que se ajusta a esta definición es, por tanto, de 74 pacientes (59,68%).

Esta es la distribución según su rango de edad y el sexo:

Pacientes Frágiles	Rango de edad	n	%	Hombres	%	Mujeres	%
	$\geq 70 - < 75$	35	47,30	16	42,11	19	52,78
	$\geq 75 - < 80$	23	31,08	12	31,58	11	30,56
	$\geq 80 - < 85$	11	14,86	7	18,42	4	11,11
	$\geq 85 - < 90$	5	6,76	3	7,89	2	5,56
	<b>Total</b>	<b>74</b>		<b>38</b>		<b>36</b>	

Tabla 6. Distribución pacientes frágiles

Durante la realización de la Escala J. Downton, se preguntó a los individuos de la muestra si habían sufrido alguna caída en el último año. Todos los sujetos que contestaron afirmativamente resultaron ser pacientes frágiles. El 29.73% de los pacientes frágiles habían sufrido al menos una caída.

Se discriminaron las respuestas en función del número de caídas producidas y se agruparon por rangos de edad, como se refleja en la tabla siguiente:

Pacientes Frágiles	Rango de edad	n	1 caída	%	2 caídas	%	3 caídas	%	4 caídas	%	5 caídas	%	Total
	≥70 - <75	35	8	22,86	1	2,86	0	0,00	1	2,86	1	2,86	
	≥75 - <80	23	3	13,04	1	4,35	2	8,70	0	0,00	0	0,00	
	≥80- <85	11	2	18,18	1	9,09	1	9,09	0	0,00	0	0,00	
	≥85 - <90	5	1	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
	<b>Total</b>		14		3		3		1		1		22

Tabla 7. Número de caídas en pacientes frágiles por rango de edad.

La mayoría de los pacientes con caídas (63,64%) ha sufrido sólo una.

La prevalencia de caída aumenta con la edad (excepto entre las personas de ≥70 - <75 que han sufrido 1 caída que se obtiene un resultado contradictorio), aunque de manera no significativa.

También se estudiaron las caídas en relación con la puntuación obtenida en el Test de Barthel y con el sexo, según se detalla a continuación:

Pacientes Frágiles	Barthel	n	1 caída	%	2 caídas	%	3 caídas	%	4 caídas	%	5 caídas	%	Total
	90	5	2	40,00	1	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
	95	25	4	16,00	2	8,00	1	4,00	0	0,00	1	4,00	
	100	44	8	18,18	0	0,00	2	4,55	1	2,27	0	0,00	
	<b>Total</b>		14		3		3		1		1		22

Tabla 8. Número de caídas en pacientes frágiles en función del Índice de Barthel.

El Índice de Barthel presenta una relación inversamente proporcional con la producción de caídas de forma significativa en el grupo de 1 caída y de manera muy significativa en el grupo de 2 caídas.

Pacientes Frágiles	Sexo	n	1 caída	%	2 caídas	%	3 caídas	%	4 caídas	%	5 caídas	%	Total	%
	Hombre	38	4	10,53	1	2,63	1	2,63	0	0,00	0	0,00	6	15,79
	Mujer	36	10	27,78	2	5,56	2	5,56	1	2,78	1	2,78	16	44,44
	<b>Total</b>		14		3		3		1		1		22	

Tabla 9. Número de caídas en pacientes frágiles en función del sexo.

La prevalencia de caídas entre mujeres frágiles (44'44%) es de manera significativa bastante superior a la que existe entre hombres frágiles (15,79%).

Entre los pacientes frágiles 13 habían estado hospitalizados al menos una vez durante el último año. Sin embargo, solo 2 de los 22 pacientes frágiles que han sufrido alguna caída (el 9,09%) han estado hospitalizados y ninguna hospitalización se produjo en el contexto de una caída (las causas fueron intervenciones quirúrgicas, infecciones u otras

patologías). La diferencia entre el porcentaje de los pacientes frágiles con caídas que no ha estado hospitalizados y los que sí es muy significativa.

En la siguiente tabla se recoge la frecuencia y la prevalencia en el conjunto de los pacientes frágiles de cada uno de los factores integrantes de la Escala J. Downton:

	Tranquilizante	Diurético	Hipotensor	Antidepresivo	Otros	Déficit visual	Déficit auditivo	Déficit EE	Bastón	Caídas
Pacientes frágiles	14	33	61	13	69	51	23	1	4	22
%	18,92	44,59	82,43	17,57	93,24	68,92	31,08	1,35	5,41	29,73

Tabla 10. Frecuencia de los factores de la Escala J. Downton en los pacientes frágiles.

Finalmente, se analizó si alguno de los factores anteriores influye en mayor medida en la generación de caídas, con los siguientes resultados:

	Tranquilizante	Diurético	Hipotensor	Antidepresivo	Otros	Déficit visual	Déficit auditivo	Déficit EE	Bastón
Caídos	3	9	17	4	20	14	7	0	0
%	13,64	40,91	77,27	18,18	90,91	63,64	31,82	0,00	0,00
	5,28	3,69	5,16	-0,61	2,33	5,28	-0,74	1,35	5,41

Tabla 11. Frecuencia de los factores de la Escala J. Downton en los pacientes que han sufrido caídas.

El 18.18% de los pacientes que se habían caído tomaban antidepresivos y el 31.82% tenían déficit auditivo, frente al 17.57% y el 31.08% de todos los pacientes frágiles.

## 7. DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo analizar la prevalencia de fragilidad en el cupo urbano mencionado y su implicación en el riesgo de potenciales caídas.

Sobre la muestra de 124 individuos, se encontraron 74 pacientes frágiles (59,68%), de los cuales 22 (29,73%) habían sufrido al menos una caída. Los porcentajes de fragilidad difieren de unos estudios a otros: 10,3% <sup>(8)</sup>; 20,7% <sup>(9)</sup>; 27,7% <sup>(10)</sup>. Sin embargo, la prevalencia de caídas es similar a la encontrada en otros estudios: 28,9% <sup>(11)</sup>; 31,78% <sup>(12)</sup>; 25,0% <sup>(13)</sup>. Hay que tener en cuenta que este estudio se ha llevado a cabo en una población urbana de Valladolid, con unos criterios de inclusión y exclusión específicos, lo que puede afectar a la validez externa al compararlo con otros trabajos que han usado metodologías diferentes.

Ninguna persona clasificada fuera del grupo de los pacientes frágiles sufrió caída. En otros trabajos existen evidencias de que las caídas están asociadas a la fragilidad en



los ancianos <sup>(14)(15)(16)</sup>.

En estudios realizados en España en personas mayores que viven en la comunidad la prevalencia de caída aumenta con la edad <sup>(14)</sup>. En el presente también se observa esta afirmación, excepto entre las personas de  $\geq 70$  -  $< 75$  que han sufrido 1 caída, lo que puede deberse a que en este rango de edad el número de sujetos estudiados es mayor.

El 72,73% de las caídas sucedieron en mujeres y el 27,27% en hombres, encontrándose también una prevalencia de caídas mayor en mujeres en otros estudios <sup>(14)</sup>.

En algunos estudios la polimedicación se asocia con un elevado riesgo de caídas en pacientes de más de 65 años <sup>(16)(17)</sup>. En este trabajo de investigación se objetiva una mayor ingesta de antidepresivos y presencia de déficit auditivo en el grupo de las personas que se han caído respecto al de los pacientes frágiles.

Entre los pacientes que han sufrido 1 o 2 caídas se aprecia cómo a medida que desciende el Índice de Barthel aumenta la frecuencia de personas que sufren estas caídas. Coimbra V, Marques E y Chaves C <sup>(18)</sup> observaron la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre el riesgo de caídas y el Índice de Barthel.

En este trabajo se emplearon el Cuestionario VIDA y la Escala J. Downton como instrumentos evaluativos para estudiar la fragilidad. En los 74 pacientes detectados como frágiles se obtuvo la Escala J. Downton alterada, pero no se recogió ningún resultado patológico en el Cuestionario VIDA. Esto hace pensar que este último cuestionario presenta una sensibilidad baja en el contexto de este estudio respecto al primero, en el que es demasiado elevada.

En varios estudios el Cuestionario VIDA se describe como una herramienta fiable y sin sesgo de género <sup>(1)(19)</sup>. Se refiere como sencilla, con amplio rango y discriminación y con S 78% (64-87) y E 73,1% (67-78) empleada en población  $> 65$  años sin alteración funcional inicial <sup>(1)</sup>. También presenta muy buenos índices de fiabilidad inter e intraobservador y asociación con otras herramientas para medir la funcionalidad (test de «levántate y anda» e índice de Barthel) y con factores de fragilidad en el anciano <sup>(19)</sup>.

Varios estudios hablan de la poca validez diagnóstica de la Escala J. Downton, de su baja consistencia interna y del error significativo observado en su traducción al español, concluyéndose que no es el instrumento más adecuado para evaluar el riesgo de caídas en pacientes agudos hospitalizados <sup>(20)(21)(22)(23)</sup>. Otro artículo afirma que el Índice Downton de Riesgo de Caídas tiene un valor predictivo moderado para la ocurrencia de caídas futuras y es superado por el valor predictivo de caídas previas <sup>(24)</sup>.

En una revisión sistemática y metaanálisis <sup>(22)</sup> se afirma que las herramientas de evaluación del riesgo de caídas que se utilizan actualmente para los ancianos no muestran una validez predictiva suficientemente alta para diferenciar los riesgos de caídas altos y bajos y se concluye que, en lugar de una sola medida, dos herramientas utilizadas conjuntamente evaluarían mejor las características de las caídas de los ancianos.

La falta de un enfoque uniforme en las investigaciones, la existencia de múltiples instrumentos evaluativos de la fragilidad <sup>(25)</sup> y de factores de riesgo asociados a las caídas <sup>(26)</sup> ponen de manifiesto la necesidad de un consenso entre los equipos sanitarios a la hora de abordar el estudio del paciente frágil <sup>(27)</sup> y de desarrollar una herramienta de medida estandarizada para facilitar su identificación <sup>(28)</sup>.

#### Limitaciones del estudio:

- La mayoría de los pacientes de la muestra se encontraban en el rango de edad más joven ( $\geq 70$  -  $< 75$  años).

## 8. CONCLUSIONES

Tras el desarrollo de este estudio se puede concluir lo siguiente:

- Se obtiene un mayor porcentaje de mujeres con un Índice de Barthel  $< 90$  que de hombres.
- El Índice de Barthel tiene una relación inversamente proporcional con la edad y con la producción de caídas.
- No se obtuvo ningún resultado patológico en el Cuestionario VIDA. Todos los pacientes frágiles se identificaron mediante la Escala J. Downton. El Cuestionario VIDA en este estudio ha resultado ser poco eficaz para detectar pacientes frágiles frente a la Escala J. Downton que determinó una prevalencia de fragilidad en la muestra del 59,68%.
- Todas las caídas se produjeron en pacientes frágiles. Los pacientes no frágiles no habían sufrido ninguna caída. Se comprueba una relación significativa entre la fragilidad y el riesgo de caídas.
- La prevalencia de caídas entre mujeres frágiles es bastante superior a la que existe entre hombres frágiles.

- La prevalencia de caída aumenta con la edad (excepto entre las personas de  $\geq 70$  -  $< 75$  que han sufrido 1 caída que se obtiene un resultado contradictorio) aunque de manera no significativa.
- Parece existir un mayor número de caídas entre los pacientes que toman antidepresivos y/o padecen un déficit auditivo.
- De los encuestados nadie consumía fármacos antiparkinsonianos.
- Respecto al estado mental, todos se encontraban orientados en tiempo y espacio.
- El porcentaje de los pacientes frágiles que han sufrido alguna caída y no han estado hospitalizados es significativamente superior al de las personas que se han caído que sí han estado hospitalizados. Además, ninguna hospitalización se produjo en el contexto de una caída (las causas fueron intervenciones quirúrgicas, infecciones u otras patologías).
- La importancia de realizar estudios como el presente, que abarcan la totalidad de la población mayor de 70 años incluida en un cupo urbano, radica en que permite detectarlo mejor que hacerlo simplemente a través de las consultas ordinarias, que no resultan suficientes. 150 de las 310 personas mayores que constituyen nuestro cupo (el 48,39%) tenían registrado en su historia clínica su resultado del Test de Barthel. Es conveniente un estudio del perfil de salud de todos los integrantes del cupo para conseguir una detección precoz de la fragilidad y así poder realizar una intervención eficaz con medidas que permitan mejorar su salud y prevenir las caídas, el deterioro funcional y la dependencia.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Aten Primaria*. septiembre de 2022;54(9):102395. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102395.
2. VIVIFRAILESP-Interactivo.pdf [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://vivifrail.com/wp-content/uploads/2019/11/VIVIFRAILESP-Interactivo.pdf>
3. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>
4. Martín Lesende I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. *Tendencia necesitada de hechos. Aten Primaria*. abril de 2013;45(4):181-3. Doi: 10.1016/j.aprim.2013.01.002.

5. Pérez Valencia JJ, Vázquez Díaz JR. El nuevo programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria: una oportunidad que no se debe perder. *Aten Primaria* [Internet]. 1 de julio de 2023 [citado 23 de abril de 2024];55(7). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-nuevo-programa-especialidad-medicina-S0212656723000835>. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102650.
6. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. febrero de 2022;72(715):e84-90. Doi:10.3399/BJGP.2021.0340.
7. Ética en la investigación | Consejo Superior de Investigaciones Científicas [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.csic.es/es/el-csic/etica/etica-en-la-investigacion>
8. Castell Alcalá MV, Otero Puime Á, Sánchez Santos MT, Garrido Barral A, González Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Aten Primaria*. 1 de octubre de 2010;42(10):520-7. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2009.09.024.
9. Herrera-Perez D, Soriano-Moreno AN, Rodrigo-Gallardo PK, Toro-Huamanchumo CJ, Herrera-Perez D, Soriano-Moreno AN, et al. Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. junio de 2020 [citado 15 de mayo de 2024];36(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-21252020000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252020000200008&lng=es). Epub 01-Jul-2020.
10. Menéndez-González L, Izaguirre-Riesgo A, Tranche-Iparraguirre S, Montero-Rodríguez Á, Orts-Cortés MI. Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad. *Aten Primaria*. 1 de diciembre de 2021;53(10):102128. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102128.
11. Pujiula Blanch M, Quesada Sabaté M. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 1 de enero de 2003;32(2):86-91. Spanish. doi: 10.1016/S0212-6567(03)70742-2.
12. Varas-Fabra F, Castro Martín E, Pérula de Torres LÁ, Fernández Fernández MJ, Ruiz Moral R, Enciso Berge I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria*. 1 de noviembre de 2006;38(8):450-5. Spanish. doi: 10.1157/13094802.
13. Lavedán Santamaría A, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T, Nuin Orrio C, Viladrosa Montoy M. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 1 de junio de 2015;47(6):367-75. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2014.07.012.
14. Sáiz Llamosas JR. Impacto de un programa de fisioterapia sobre la movilidad, el equilibrio y la calidad de vida de las personas mayores [Internet]. Universidad de Valladolid; 2012 [citado 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/1027>. DOI: 10.35376/10324/1027.
15. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Neira WF, Huayta VMR, Robazzi ML do CC. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis. *Rev Esc Enferm U P*. 2016;50(6):1005-13. DOI: 10.1590/S0080-623420160000700018.
16. Ruiz-Jasso LV, Sifuentes-Leura D, Acevedo-Alemán J, Torres-Obregón R, del Bosque-Moreno J, Ruiz-Jasso LV, et al. Fragilidad, polifarmacia y riesgo de caídas en personas adultas mayores. *Gerokomos*. 2022;33(2):95-8. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134928X2022000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2022000200006&lng=es).  
Epub 24-Oct-2022.

17. Turégano Yedro M, Núñez Villén A, Romero Vigara JC, Cinza Sanjurjo S, Velilla Zancada S, Segura-Fragoso A, et al. Riesgo de caídas y consumo de fármacos en los pacientes mayores de 65 años. Estudio PYCAF. *Med Fam SEMERGEN*. 1 de noviembre de 2019;45(8):528-34.

18. Coimbra V, Marques E, Chaves C. Dependencia y riesgo de caídas en las personas mayores residentes en una comunidad rural. *Parainfo Digit*. 23 de julio de 2019;30(XIII):1-4. DOI: <http://ciberindex.com/p/pd/e30093>.

19. Martín Lesende I, Quintana Cantero S, Urzay Atucha V, Ganzarain Oyarbide E, Aguirre Minaña T, Pedrero Jocano JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Aten Primaria*. 1 de junio de 2012;44(6):309-17. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2011.03.005.

20. Bueno-García MJ, Roldán-Chicano MT, Rodríguez-Tello J, Meroño-Rivera MD, Dávila-Martínez R, Berenguer-García N. Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Enferm Clínica*. 1 de julio de 2017;27(4):227-34. DOI:10.1016/J.ENFCLI.2017.02.008.

21. Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sánchez JC, Morales-Fernández Á, Enríquez de Luna-Rodríguez M, Moya-Suarez AB, et al. Consecuencias de los errores en la traducción de cuestionarios: versión española del índice Downton. *Rev Calid Asist*. 1 de julio de 2015;30(4):195-202. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.003>.

22. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Caldevilla MNGN, Henriques CMAD, Severino SSP, Caldeira S. Instrumentos para evaluación del riesgo de caídas en los ancianos residentes en la comunidad. *Enferm Glob*. abril de 2016;15(42):490-505. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000200017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200017&lng=es).

23. Aranda Gallardo M. Caídas en pacientes agudos hospitalizados: prevalencia, características y revisión sistemática de instrumentos para la evaluación del riesgo [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad de Málaga; 2013 [citado 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158027>

24. Del Brutto OH, Rumbela DA, Recalde BY, Mera RM, Sedler MJ. Evaluación De La Confiabilidad Del “Índice Downton De Riesgo De Caídas” Como Predictor De Caídas Incidentes En Adultos Mayores Que Viven En La Comunidad. Estudio Poblacional Prospectivo. *Rev Ecuat Neurol*. diciembre de 2022;31(3):16-21. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol31300016>.

25. Gómez Monedero A. Aproximación a los instrumentos de evaluación del síndrome de fragilidad: scoping review. junio de 2023 [citado 13 de mayo de 2024]; Disponible en: <http://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/7627>. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12880/7627>.

26. Terra Jonas L, Vitorelli Diniz Lima K, Inácio Soares M, Mendes MA, Da Silva JV, Ribeiro PM. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? *Gerokomos*. marzo de 2014;25(1):13-6. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100004>.

27. Melo BR de S, Luchesi BM, Barbosa GC, Pott Junior H, Martins TCR, Gratão ACM. Acuerdo entre instrumentos de evaluación de fragilidad en mayores registrados en atención primaria de salud. *Rev Gaúcha Enferm*. 15 de agosto de 2022;43: e20210257. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210257.en>.

28. Aguiló Mir S. Identificar al paciente frágil en un servicio de urgencias: un esfuerzo urgente y necesario. *Emergencias* 2023; 35:165-166.

## ANEXO 27. ÍNDICE DE BARTHEL

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

## INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en caso de ir con silla de ruedas)  
 Resultado: 0-20 dependiente total; 25-60 dependiente severa; 65-90 dependiente moderado; 95 dependiente leve; 100= independiente

## ANEXO 26. CUESTIONARIO VIDA (VIDA DIARIA DEL ANCIANO) PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

<b>1. Preparación y toma de medicamentos (habituales o casuales):</b>			
· Obtiene, prepara, toma los fármacos por sí mismo	4		
· Otros los adquieren, supervisan o le anotan cuándo tomarlos	3		
· Se limita a tomar los fármacos que otros han preparado-dispuesto	2		
· Se encargan otros de todo, incluso de dárselos	1		
<b>2. Utilización del teléfono:</b>			
· Llama y contesta sin problemas	4		
· Contesta, pero solo llama a limitados teléfonos	3		
· Solo contesta llamadas	2		
· No es capaz de utilizarlo	1		
<b>3. Realización de tareas y mantenimiento doméstico:</b>			
· Complejas (electrodomésticos, plancha, cocina, taladro, enchufes...)	4		
· Ordinarias (limpieza, orden, aspirador, camas, bombillas, tornillos...)	3		
· Solo sencillas (barrer, recoger cosas)	2		
· No realiza ninguna	1		
<b>4. Manejo de asuntos económicos:</b>			
· Toda la economía doméstica	4		
· Ayuda para la economía doméstica y acciones bancarias	3		
· Solo gastos y compras sencillas	2		
· No maneja dinero	1		
<b>5. Desplazamiento fuera del domicilio:</b>			
· Camina sin ayuda	4		
· Camina con ayuda de bastón o muletas	3		
· En silla de ruedas	2		
· Necesita acompañante para salir del domicilio	1		
<b>6. Control de riesgos en el domicilio:</b>			
· Realiza acciones habituales (gas, electricidad, cocina, agua) sin percances	3		
· Solo sencillas (grifos, interruptores...)	2		
· Ninguna de las acciones anteriores	1		
<b>7. Realización de compras:</b>			
· Cualquier tipo de compra	4		
· Compras sencillas	3		
· Necesita ayuda para realizar compras	2		
· No realiza ninguna	1		
<b>8. Uso de puertas:</b>			
· Abre y cierra puertas con llave	3		
· Puertas con manilla o pomo, pero sin llaves	2		
· Incapaz de abrir o cerrar puertas	1		
<b>9. Utilización de transportes:</b>			
· Cualquier desplazamiento o conduce por sí solo	4		
· Ayuda o acompañamiento para viajes no habituales o largos	3		
· Siempre con acompañante	2		
· Solo en vehículo adaptado o ambulancia	1		
<b>10. Mantenimiento de relación social:</b>			
· Amplia relación y actos sociales	4		
· Con amigos y familiares	3		
· Solo con familiares	2		
· No se relacionan con nadie	1		
<b>PUNTUACIÓN GLOBAL:</b>			/38

### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Punto de corte fragilidad <31 puntos

Nota: Cuestionario validado para personas de 75 o más años y autorizado por Saeyl para personas menores de 75 años.

Es una herramienta fiable, no presenta sesgo de género, su puntuación presenta asociación con otras herramientas para medir la funcionalidad (test Levántate y anda, índice de Barthel y escala de Lawton y Brody), y con factores de fragilidad en el anciano.

Fuentes: Martín Lesendea, I. Fiablez del cuestionario VIDA, para valoración de actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. Aten Primaria. 2012;44(6):309-319. Soler-König, G. Validación transcultural y confiabilidad telefónica del cuestionario "VIDA diaria del anciano" modificado. Medicina (Buenos Aires) 2016; 76: 153-158

## ANEXO 19. ESCALA J. DOWNTON PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Factor	Valoración	Puntuació
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
USO DE MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
ESTADO MENTAL	Visual	1
	Auditivo	1
DEAMBULACIÓN	Extremidades (ecv. parestias...)	1
	Orientado	0
	Confuso	1
Puntuación Total	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con/sin ayuda	1
	Imposible	1
PUNTUACIÓN TOT		
ALTO RIESGO DE CAÍ		>2-14

Fuente: Moyer VA. *Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults*. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 7 de agosto de 2012;.157(3):.197-204

Proceso Asistencial Integrado para la Prevención de Fracturas por Fragilidad:  
<http://www.saludcastillayleon.es/Intancites/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/prevencion-fracturas-fragilidad/ficheros/697177-Preveni%C3%B3n%20de%20fracturas%20por%20fragilidad.pdf>



ANEXO VI. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS.

	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	BARTHEL	VIDA	AGILIDAD	Nº CAÍDAS	Nº HOSPITALIZACIONES
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								

# EL PACIENTE FRÁGIL Y SU PERFIL DE SALUD EN UN CUPO URBANO DE VALLADOLID

UVa



Universidad de Valladolid

Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología

Alumna: PAULA GÓMEZ PRIETO

Tutora: Dra. VERÓNICA CASADO VICENTE



## INTRODUCCIÓN

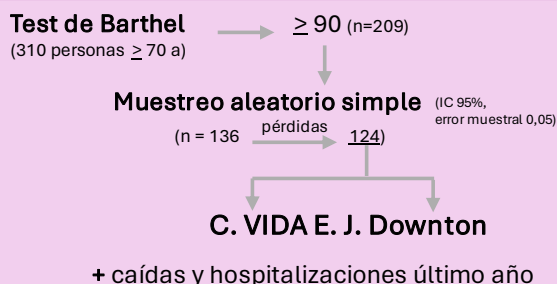
La **fragilidad** es un síndrome geriátrico caracteriza por una disminución de la reserva funcional y elevada vulnerabilidad frente a circunstancias estresantes, manifestando un mayor riesgo de deterioro progresivo y episodios adversos de salud.

## OBJETIVOS

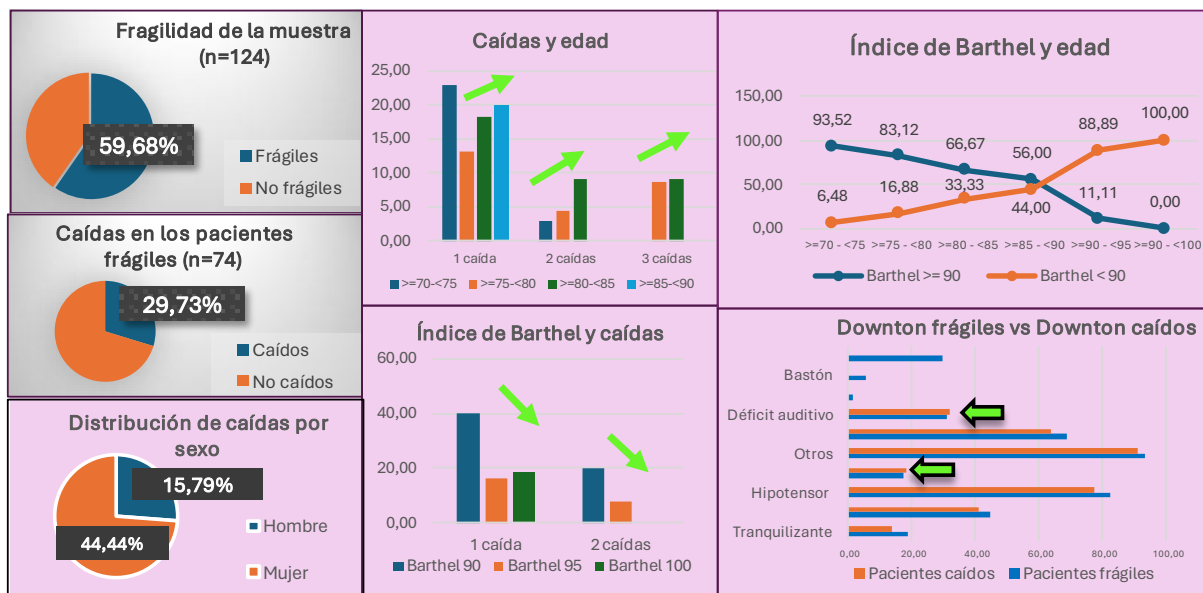
Conocer la **prevalencia** de **fragilidad** en un cupo urbano de la Zona Básica de Salud de Parquesol (Valladolid) y evaluar los diferentes factores asociados a un mayor **riesgo** de producción de **caídas** para adoptar medidas que mejoren la calidad de vida y eviten las fracturas

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio **descriptivo observacional** en ámbito **mesocomunitario**



## RESULTADOS



Ninguna persona fuera del grupo de pacientes frágiles (50 pacientes) sufrió caídas.

Ningún sujeto tuvo en el Cuestionario VIDA una puntuación  $< 31$  y 74 sujetos obtuvieron un resultado  $> 2$  en la Escala J. Downton.

## CONCLUSIONES

Se comprueba una relación significativa entre la **fragilidad** y el riesgo de **caídas**.

En el grupo de pacientes que habían tenido 1 o 2 caídas se aprecia cómo, a medida que desciende el Índice de **Barthel**, aumenta la frecuencia de personas que sufren estas **caídas**.

Parece existir un mayor número de **caídas** entre los pacientes que toman **antidepresivos** y/o padecen un **déficit auditivo**.

El Cuestionario **VIDA** en este estudio ha resultado ser poco eficaz para detectar pacientes frágiles frente a la Escala J. **Downton**.

Los estudios de cupo (diagnóstico de salud **mesocomunitario**) son relevantes para identificar pacientes en riesgo que de otra manera pueden pasar desapercibidos.

### BIBLIOGRAFÍA (28 citas) Citas destacadas:

- Acosta-Benito MA, Martín-Lesendel. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. Aten Primaria. septiembre de 2022;54(9):10239
- Fhon JRS, Rodrigues RAP, Neira WF, Huayta VMR, Robazzi ML do CC. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis. Rev Esc Enferm U P. 2016;50(6):1006-13.