

LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN ENFERMERIA

COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN NURSING

Autora: Andrea Díaz Porres

Directora: Blanca Torres Manrique

Grado en Enfermería, Octubre 2015

**Universidad de Cantabria
Escuela Universitaria de Enfermería "Casa
de Salud Valdecilla"
Departamento de Enfermería**

INDICE

ÍNDICE DE SIGLAS, TABLAS Y FIGURAS.....	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Circunstancias sociales, el envejecimiento de la población, la discapacidad y la dependencia.....	4
Circunstancias históricas.....	8
Motivos de elección del tema.....	10
Objetivos.....	10
Estrategia de búsqueda.....	10
Descripción de los capítulos.....	11
CAPÍTULO 1. CLASIFICACION DEL PACIENTE MAYOR, PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD Y PÉRDIDA DE INDEPENDENCIA.....	12
CAPÍTULO 2. UNIDADES ASISTENCIALES EN GERIATRÍA.....	14
2.1. La Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).....	14
2.2. La Unidad de Recuperación Funcional o Media estancia.....	14
2.2.1. Criterios de funcionamiento ideales.....	15
2.2.3. Criterios de exclusión de pacientes (36).....	17
2.3. Hospital de día geriátrico.....	17
CAPÍTULO 3: LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.....	18
CAPÍTULO 4: REFLEXIONES.....	23
ANEXOS.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

ÍNDICE DE SIGLAS, TABLAS Y FIGURAS.

ÍNDICE DE FIGURAS.

FIGURAS	TITULO	PÁGINA
Figura 1:	Evolución de la población mayor en España, 1900 - 2050	4
Figura 2:	Estado civil de la población mayor de 65 años en varones, 2011.	5
Figura 3:	Estado civil de la población mayor de 65 años en mujeres, 2011.	5
Figura 4:	Tasa de dependencia, 2005 – 2015.	7
Figura 5:	Tasa de dependencia en mayores de 65 años, 2005 – 2015.	7
Figura 6:	Componentes de la valoración geriátrica integral	16

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLAS	TITULO	PAGINA
Tabla 1:	Índice de dependencia año 2013.	6
Tabla 2:	Personas de 65 años o más con alguna discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) según el grado de severidad en Cantabria.	7

ÍNDICE DE SIGLAS.

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria.
ACVA	Accidente Cerebrovascular Agudo.
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
BOE	Boletín Oficial del Estado.
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
HTA	Hipertensión Arterial.
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSERSO	Instituto Nacional de Servicios Sociales
MEC	Mini-Examen Cognoscitivo
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPIMEC	Observatorio de Practicas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas.
SAS	Sanidad y Asuntos Sociales
SCO	Ministerio de Sanidad y Consumo.
SEEGG	Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología
UPP	Úlcera Por Presión
VGI	Valoración Geriátrica Integral

RESUMEN.

Cada día el número de personas mayores va en aumento. Para el año 2050 se prevé que la población envejecida española sea aproximadamente de 15 millones de personas, casi el doble que en la actualidad, y que haya casi el triple de personas de más de 65 años que niños.

El envejecimiento de la sociedad lleva al cambio de las necesidades de la misma, y por lo tanto de las necesidades de atención sanitaria. Por ello los sistemas sanitarios se han visto obligados a responder a esas recientes necesidades creando nuevas unidades de atención dedicadas a los problemas de salud del paciente mayor.

Estas unidades son las unidades de geriátricas, en las que se intenta ayudar a los ancianos a recuperar su estado de salud previo y evitar la pérdida de funcionalidad, y que así puedan realizar sus actividades cotidianas, gracias al autocuidado. Esto no sería posible sin una adecuada valoración geriátrica que ayude a planificar unos cuidados de enfermería eficaces y de calidad, esta valoración es la Valoración Geriátrica Integral.

Palabras Clave.

Recuperación de la función, Actividades cotidianas, Evaluación geriátrica, Enfermería geriátrica, Anciano.

ABSTRACT.

Everyday the number of elderly is increasing. In 2050 to Spanish aging population is expected to be approximately 15 million people, close to double current magnitude, and that will mean nearly triple people over 65 than children.

The aging of society bears the changing of its necessities, and therefore needs care. Therefore health systems have been forced to respond to these recent needs by creating new units of attention devoted to the health problems of elderly patient.

These units are geriatric units, in which you try to help the elderly regain their previous health status and try to avoid their loss of functionality, and that they can carry out their daily activities, by themselves. This would not be possible without adequate geriatric assessment that helps us plan nursing care and effective quality, this assessment is the comprehensive geriatric assessment.

Key Words.

Recovery of function, Activities of daily living, Geriatric assessment, Nursing, Aged.

INTRODUCCIÓN.

Circunstancias sociales, el envejecimiento de la población, la discapacidad y la dependencia.

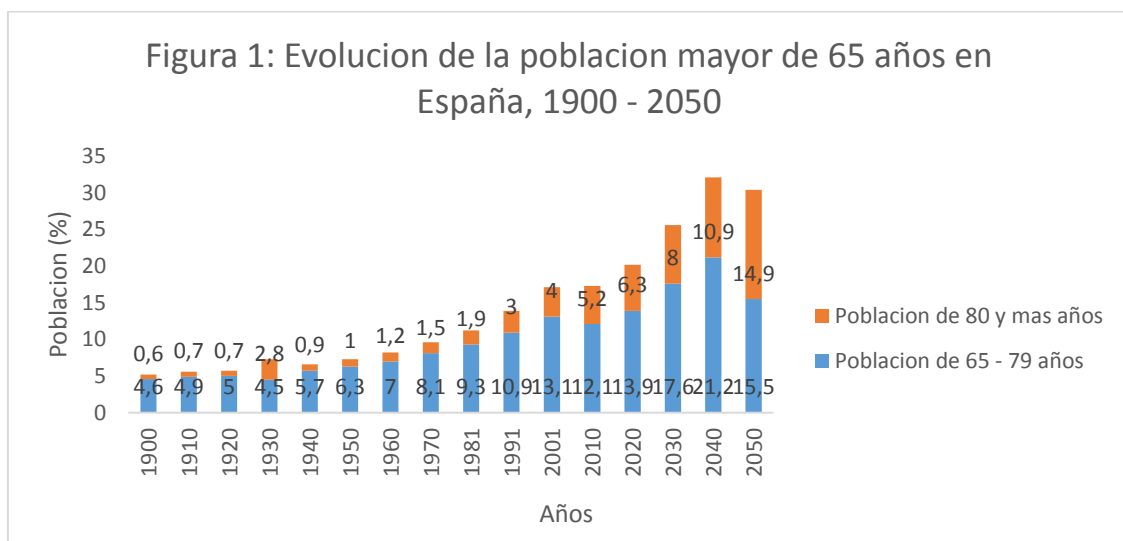
Los cambios progresivos en la sociedad española y en la salud de las personas han llevado a los sistemas sanitarios a plantearse crear nuevas unidades de atención sanitarias y diferentes modos de abordar las distintas situaciones de salud, ya que poco a poco la población cada vez está más envejecida.

Estos cambios son el aumento de la esperanza de vida en las personas, las mujeres han alcanzado una esperanza de vida entorno a los 85 años, y los hombres de aproximadamente 80 años según datos del año 2013 (1). La mejora de la calidad de vida ha llevado a un descenso de la mortalidad. Y la importante disminución de la natalidad, las mujeres españolas han pasado de tener 2.8 hijos en 1975 a tener en 2011 solo 1.3 hijos (2).

Todos estos variables se plasman en los datos demográficos que nos ofrece el Censo, en el año 2011 había 46.815.916 habitantes en España. En el grupo de población correspondiente a las personas de 65 y/o más años representaban el 17,3% (8.116.350 personas) frente al 16,6% en el año 2009, y de ese grupo de personas el 5,2% tenían 80 y/o más años (2.456.908 habitantes, 2011) (2). Actualmente como se puede observar el proceso de envejecimiento progresivo continua, según datos del 1 de enero del 2014 hay en España 8.442.427 personas mayores de 65 años, es decir el 18.1 % sobre el total de la población española que es de 46.771.341 (1).

En Cantabria la población total a fecha del 2015 es de 584.940 personas de las cuales 118.610 son mayores de 65 años, es decir el 19.93 % de la población total. En el año 2001 el número de habitantes mayores de 65 años era de 103.039 y la población total en Cantabria era de 535.131 habitantes, por lo que el número de habitantes mayores de 65 años se situaba en un porcentaje de 19.25%. Gracias a estos datos se observa que en Cantabria también la población poco a poco ha ido envejeciendo (3).

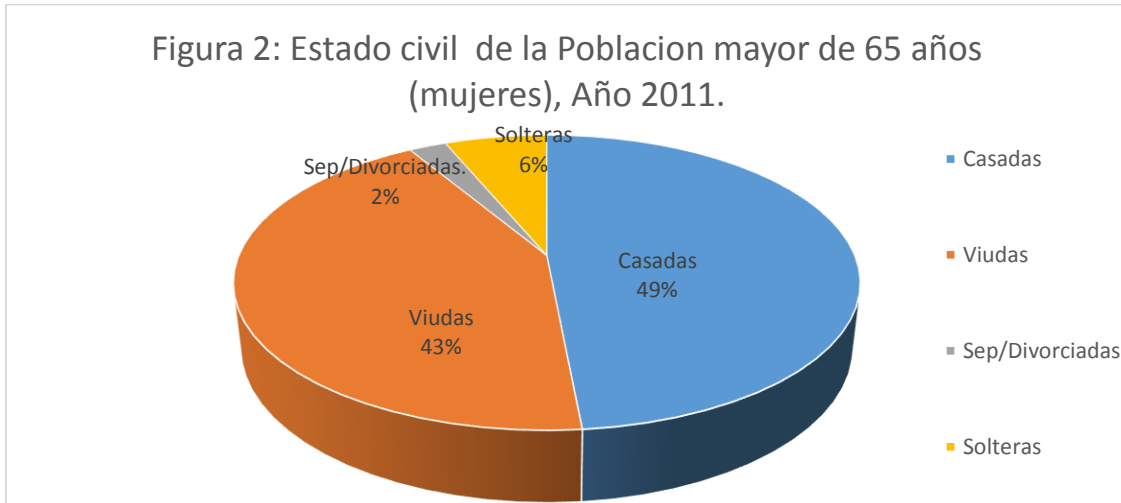
En un futuro se prevé que en España el grupo de edad de personas mayores de 65 años siga aumentando y que para el año 2050 haya algo más de 15 millones de personas mayores, casi el doble que en la actualidad. Dentro de ese rango de edad las personas mayores de 80 años representen un 14,9% sobre el total de población mayor de 65 años para el año 2050 (2).



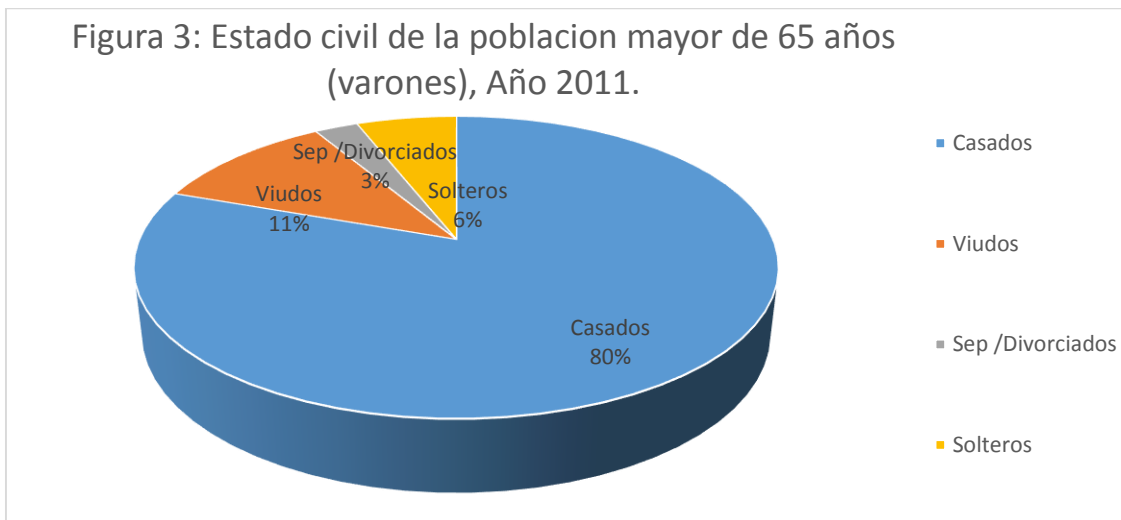
Fuente: Informe 2012: Las personas mayores en España (2).

Dentro del aumento de población mayor de 65 años se prevé también que se produzca un aumento de la población mayor de 80 años, y previsiblemente un aumento de la población centenaria (2).

El grupo de población mayor de 65 años española se caracteriza principalmente por ser principalmente femenina. En lo relativo a su estado civil, mayoritariamente se trata de personas casadas, en segundo lugar de personas enviudadas, y en tercer lugar de personas solteras (2).



Fuente: Informe 2012: Las personas mayores en España (2).



Fuente: Informe 2012: Las personas mayores en España (2).

La conjunción de estos nuevos rasgos en la población previsiblemente traerá consigo un crecimiento progresivo y un aumento de la población que como consecuencia acarreará un aumento de la población dependiente, ya que no más años de vida significan una vida más saludable libre de limitaciones.

Para valorar el aumento de la población dependiente tenemos el índice de dependencia que sirve para medir la relación entre las personas dependientes (que son las personas menores de 15 años y mayores de 65 años). En Cantabria el índice de dependencia se sitúa en el 48.8 % de la población, llegando en algunos municipios al 50%. Esto se debe al valor tan elevado de personas mayores de 64 años. En España el índice de dependencia se sitúa 48.6% (4).

Tabla 1: Índice de dependencia año 2013.

(Unidades en %)	Cantabria	España
Hombres	44,29	45,02
Mujeres	53,39	52,22
Total	48,81	48,59

Fuente: Instituto Cántabro de Estadística (ICANE), Boletín de Síntesis Demográfica (5).

Este aumento de la población dependiente da como resultado una mayor atención por parte de los servicios sociales y sanitarios, ya que mantener y mejorar la calidad de vida de las personas mayores es uno de los principales retos de este siglo. La dependencia queda definida en España según la Ley 39/2006 como *“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”* (6).

Las personas mayores consideran su salud generalmente como negativa, sobre todo según va aumentando su edad. Solo el 34.3 % de los mayores de 65 años considera su salud como buena o muy buena. Si separamos la percepción subjetiva de salud según el sexo, los hombres valoran de manera más positiva su estado de salud frente a las mujeres. En cambio si consideramos los datos objetivos de mortalidad los hombres fallecen antes que las mujeres y la morbilidad es mayor en varones (1).

Las causas más importantes de enfermedad, son las siguientes: las enfermedades del aparato circulatorio, en segundo lugar el cáncer y en tercer lugar las enfermedades del aparato respiratorio. Cabe destacar el aumento de las enfermedades mentales y nerviosas (1).

Los principales motivos de morbilidad hospitalaria en España y que causaron más altas hospitalarias en la población mayor son: en primer lugar las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas por las respiratorias, las digestivas y finalmente las neoplasias, aunque muy de cerca les siguen las enfermedades genitourinarias y del sistema osteomuscular. Las personas mayores son el 42.5% del total de todas las altas hospitalarias y según datos del 2013, muestran estancias más largas que el resto de la población, esto se debe a que con la edad los estados de salud empeoran y se cronifican. Además más de la mitad de las estancias hospitalarias son por gente mayor (1).

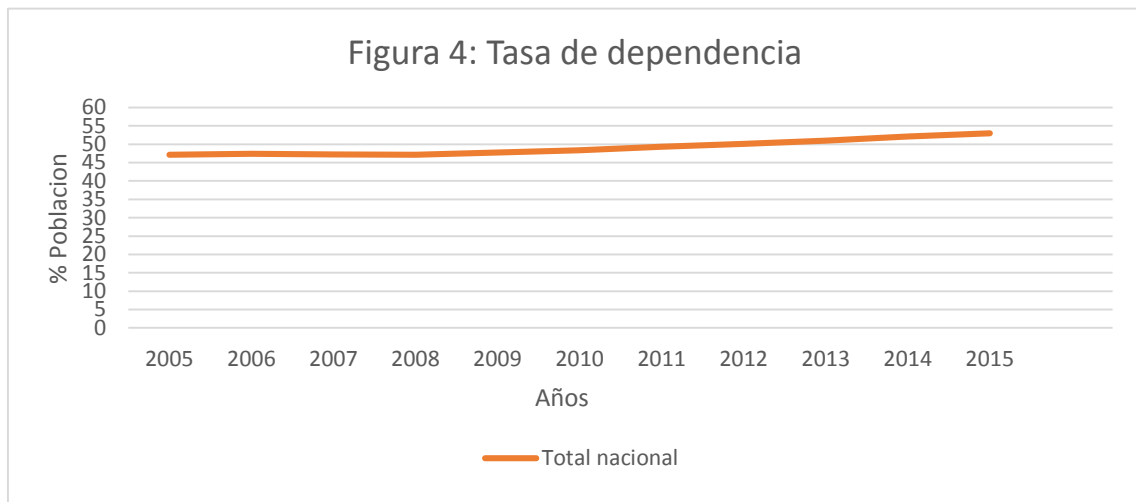
De todo esto se deduce que las necesidades de atención sanitaria aumentan con la edad, es por ello que uno de los principales retos del sistema sanitario es disminuir la cronicidad de la morbilidad para así poder evitar los estados de discapacidad que derivan en situaciones de dependencia y requieren una alta especificidad en los cuidados durante largos periodos de tiempo. Esto aliviaría de manera considerable la presión sobre el sistema sanitario, ahorrando costes y mejorando la calidad de vida de los mayores, gracias a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (7).

Actualmente en España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2015 el número total de personas que presentan discapacidad y/o se encuentra en alguna situación de dependencia (teniendo en cuenta ambos sexos y todas las edades), ha ido ascendiendo a lo largo de los últimos 10 años, situándose en una tasa del 52,96 % (8). Por otra parte, si solo se tiene en cuenta a la población mayor de 65 años de edad, la tasa se sitúa en el 28,30 % (9).

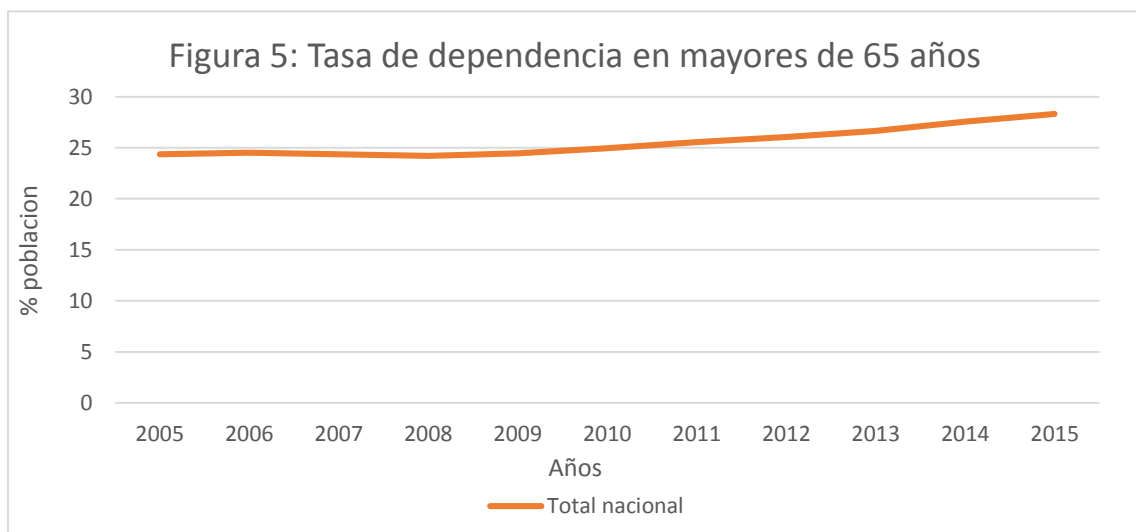
Tabla 2: Personas de 65 años o más con alguna discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) según el grado de severidad en Cantabria.

Cantabria	<i>De 65 a 79 años</i>			<i>De 80 y más años</i>		
Unidades: miles de personas	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	5,5	2,1	3,4	12,3	2,8	9,5
Sin dificultad	0,9	0,8	0,1	0,7	0,2	0,6
Discapacidad moderada	2,0	0,8	1,3	3,2	0,7	2,4
Discapacidad severa	1,1	0,2	0,8	1,7	0,4	1,2
Discapacidad total	1,5	0,3	1,2	6,6	1,5	5,2
No consta	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1

Fuente: INE base Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia 2008 (10).



Fuente: INE, Indicadores de Estructura de la Poblacion: Tasa de Dependencia (8).



Fuente: INE, Indicadores de Estructura de la Poblacion: Tasa de Dependencia de la poblacion mayor de 64 años (9).

Teniendo en cuenta los gráficos, se puede observar que el número de habitantes dependientes ha aumentado sustancialmente en la última década, siendo este incremento más significativo para las personas mayores de 65 años. Esto conlleva un aumento en el gasto en recursos económicos y humanos, que se incrementa cuanto mayor sea el grado de dependencia de las personas.

Aproximadamente el precio medio de los servicios que ofrece la Red de Servicios Sociales dirigida a mayores según datos del año 2012, es el siguiente: el precio del servicio de ayuda a domicilio tiene un precio público de 13,80 euros (€) por hora y usuario, el servicio de teleasistencia cuesta 264,34 € anuales, una plaza pública en un centro de día son 8.271,70 € anuales y si la persona es dependiente el precio es de 9.707,39 € y por último, el precio de una plaza pública residencial asciende a los 18.084,85 € anuales aportando el usuario el 43% del total. A fecha del año 2012 en España, el número de usuarios del servicio de teleasistencia es de 910.894 mayores de 65 años, el servicio de ayuda a domicilio atiende a 384.233 personas mayores, el número de plazas en los centros de día es de 86.664. Y para finalizar el número de plazas residenciales era de 385.460 (11).

En Cantabria a fecha de 31 de diciembre del 2012 el número de usuarios de teleasistencia es de 9.168, el de servicio a domicilio 3.977, el de usuarios de centro de día 876 y el de servicios residenciales 3.929. Siendo el número de plazas de centros de día de 1.393 y las plazas de servicios residenciales de 5.696. El precio en la comunidad autónoma de Cantabria del servicio de teleasistencia asciende en Cantabria a 576,34 € al año por persona, el precio público de un centro de día es de 8.217 € por persona y año. Y por último el precio de una plaza en un centro residencial es de 16.790 € siendo aportado solo el 26% por el usuario. En resumen el presupuesto anual a fecha del 2012 para Cantabria en lo que se refiere a servicios sociales asciende a 101.929.292,94 € (11).

En definitiva, resulta necesario intentar evitar la sobrecarga, sobre todo económica que supone para la sociedad, los servicios sociales y sanitarios esta situación. Para ello es preciso intentar paliar las fases de la dependencia con la intención de aliviar esta situación, mejorar la calidad de vida de los usuarios y los cuidadores principales.

Circunstancias históricas.

La geriatría tiene un desarrollo relativamente reciente. Apareció por primera vez el término geriatría en 1909 en el libro "Geriatrics: the diseases of old age and their treatment" escrito por I.L. Nascher (12). Se habla por primera vez de geriatría moderna en los años 40, en Reino Unido, gracias a Marjorie Warren que tuvo en cuenta las circunstancias sociales y de salud de las personas mayores de 65 años e introdujo la geriatría en los hospitales, como una ciencia práctica. Marjorie trabajaba en supervisora del West Middlesex Hospital en Islewort, una institución para enfermos crónicos. Se dio cuenta de que aplicando una correcta valoración y tratamiento integral, apoyándose en la rehabilitación, era capaz de mejorar la situación funcional de los pacientes y su estado de morbi – mortalidad. Con ello consiguió incluso el retorno de muchos pacientes a su domicilio, evitando así la prolongación de estancia en el hospital, y/o el ingreso en un asilo para ancianos. De esta forma en 1946 se crea la especialidad de geriatría, introduciendo la primera unidad geriátrica en el Hospital National Health Service, que se posteriormente fue desarrollada con rapidez en el Reino Unido (13).

España no tardó demasiado en incorporarse a la geriatría, el profesor Beltrán Báguena fue el primer profesor que introdujo la Geriatría en la universidad, lo hizo en la Universidad de Medicina de Valencia durante los cursos de doctorado en 1947. Este mismo año se crea la primera unidad de Geriatría en Barcelona, en el Hospital Nuestra Señora de la Esperanza en Barcelona (14).

En 1948 se creó la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, esta sociedad fue la encargada de agrupar a las principales figuras de la medicina encargadas del desarrollo de la atención al paciente anciano (14).

No fue hasta 1971, en el Hospital de la Cruz Roja en Madrid, no se crea una unidad asistencial de geriatría completa, es decir con unidades de agudos, media y larga estancia, y hospital de día, etc. (15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no tiene en cuenta a la geriatría, hasta 1974, es en este año cuando realiza la primera publicación sobre la geriatría “Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos”. La intención de este informe era dar a conocer los principales conceptos y principios relacionados con los programas de planificación y organización de la atención a la vejez, para que así fuera más fácil prestar servicios de este tipo a los servicios y sistemas de salud interesados en ofrecerlos. (16).

En el año 1977 se incluye por primera vez, en las directrices de elaboración de Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, la asignatura de Enfermería Geriátrica, esto se debió a los cambios ocurridos en las distintas profesiones de la salud y en la sociedad, que gracias a ellos se inició la necesidad de contar con equipos multidisciplinares integrados por profesionales especializados (14).

En 1978 se crea en España la especialidad médica de geriatría y se funda el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) que hoy en día se ha convertido en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en el año 1997. Este organismo es el encargado de gestionar los servicios sociales de las personas mayores, con discapacidad y migrantes en España. Actualmente le corresponde la gestión de los servicios sociales de la Seguridad Social y de los planes, programas y servicios de ámbito estatal para personas mayores y para personas con dependencia, además de otras muchas funciones como la elaboración de propuestas y normativas que aseguren la igualdad y desarrollo de políticas sociales en esta materia (14).

En 1987 se crea la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Esta sociedad se crea con el propósito de fomentar y defender todo lo relacionado con la Enfermería Geriátrica y Gerontológica (17).

En el año 2002 en la “Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” celebrada en Madrid, se destaca la importancia de ampliar los conocimientos en geriatría y gerontología a todos los profesionales de la salud que atienden a personas en este grupo de edad, en el que se ha presentado el documento “Salud y envejecimiento”, realizado por la OMS, teniendo como idea clave de debate el envejecimiento activo (12).

Sin embargo no es hasta el año 2008, cuando se aprueba por primera vez la geriatría como una especialidad médica, se regula en la ORDEN SCO/2603/2008, de 1 de septiembre, en la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriatría (18).

Por último resaltar que en el año 2009 se aprueba la especialidad de geriatría en enfermería debido a la evolución demográfica de la población española, el incremento de la esperanza de vida, y su situación social. Todo esto ha aumentado la demanda de cuidados especializados en este grupo de personas, lo cual justifica la creación de esta especialidad que está regulada en Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre (19).

Motivos de elección del tema.

La elección de este tema para la realización del trabajo fin de grado se ha debido a que hasta el momento he orientado mi carrera profesional hacia el cuidado de las personas mayores con problemas crónicos en una unidad geriátrica.

Para ser la encargada de administrar y planificar los cuidados, es necesario conocer una buena herramienta que ayude a todos los profesionales en su desempeño laboral, en este trabajo me orientaré a la utilidad que tiene la Valoración Geriátrica Integral en los profesionales de enfermería, y cuál es su correcta aplicación.

Un adecuado conocimiento que permita la óptima aplicación de la Valoración Geriátrica Integral puede facilitar a los profesionales de enfermería de las unidades geriátricas la realización de cuidados consensuados y estandarizados de los problemas más prevalentes en estas unidades, y otros específicos e individualizados según el paciente. Esto conlleva un ahorro de tiempo y de recursos, fomentando así la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, ya que una gran parte de los cuidados que se administran en estas unidades va encaminada a la autonomía del paciente y el autocuidado.

Objetivos.

Por todo ello, se definen un objetivo principal y cuatro secundarios, que serán abordados a lo largo del trabajo:

- **Objetivo principal:**
 - Explicar el papel enfermería en la valoración geriátrica integral (VGI) en el paciente mayor.

- **Objetivos secundarios:**
 - Describir y analizar las principales causas de discapacidad y pérdida de independencia en el rango de edad de los 65 años en adelante.
 - Describir el funcionamiento y los objetivos de las principales unidades geriátricas.
 - Describir y analizar la valoración geriátrica integral y su papel para el desarrollo del plan de atención y de los cuidados de enfermería.

Estrategia de búsqueda.

Para la realización de esta monografía se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos que se encuentran a mi disposición, todas ellas se ha accedido a través del acceso remoto de la Universidad de Cantabria (UC) y desde la biblioteca virtual Marquesa de Pelayo.

Las palabras clave que he incluido en la búsqueda principalmente han sido las siguientes, niveles asistenciales geriátricos, paciente geriátrico, valoración geriátrica integral, historia de la geriatría.

He realizado una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos a través de internet, como Cuiden y Cuiden plus, Cuidatge, Google académico, Scielo o Dialnet. He buscado en diferentes revistas especializadas como Gerokomos, la Revista de Enfermería Castilla y León, Revista Clínica Española, Enfermería Global o Enfermería Clínica. He utilizado libros como manuales, guías de cuidados o tratados

He consultado distintas páginas webs como la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología (SEEGG), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, La OMS.

El principal idioma de los artículos y libros encontrados y empleados para realizar esta monografía ha sido el español, y en segundo lugar el inglés. Todos ellos de acceso gratuito. Los artículos de idioma español son de origen latinoamericano y español. Y los artículos obtenidos en inglés, son de origen estadounidense o británicos.

He acotado la búsqueda de los artículos científicos en los últimos 5 años, con excepción libros y material histórico, en los que he ampliado la fecha de búsqueda y a artículos originales que aún seguían vigentes.

Descripción de los capítulos.

En este trabajo se abordaran los siguientes capítulos:

- **Capítulo 1: Clasificación del paciente mayor, principales causas de discapacidad y pérdida de independencia.**

En el primer capítulo de esta monografía se definen los distintos tipos de paciente y dentro de ellos al paciente geriátrico y se abordan las principales causas de discapacidad y pérdida de independencia en las personas mayores.

- **Capítulo 2: Unidades asistenciales en geriatría.**

En este segundo capítulo se enumeran y describen las principales unidades de asistencia geriátrica.

- **Capítulo 3: La valoración geriátrica integral.**

Durante este capítulo se describe de manera detallada cómo se realiza y cuáles son los principales aspectos que se deben de analizar en la valoración geriátrica integral. También se muestran cuáles son los principales instrumentos de valoración.

- **Capítulo 4: Reflexiones.**

Se exponen las principales reflexiones derivadas de la monografía.

- **Anexos.**

Se incluyen las principales escalas de valoración que se utilizan para realizar la VGI.

CAPÍTULO 1. CLASIFICACION DEL PACIENTE MAYOR, PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD Y PÉRDIDA DE INDEPENDENCIA.

La población mayor de 65 años es heterogénea, por lo que su estado de salud también. Personas de una misma edad pueden presentar características de salud distintas, por ello hay que diferenciar entre pacientes mayores y pacientes geriátricos.

Según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) la clasificación es la siguiente (20):

- Anciano sano: persona mayor sin enfermedad objetivable, con una capacidad funcional intacta que le permite ser independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), sin problemática social o mental.
- Anciano enfermo: es un anciano sano que padece un episodio de enfermedad aguda. Sus problemas de salud pueden ser atendidos en un centro sanitario dentro de una unidad hospitalaria convencional, definidas más adelante.
- Anciano frágil: persona mayor que conserva su independencia de manera precaria, con un alto riesgo de perder su capacidad funcional para llevar a cabo las ABVD y AIVD y convertirse en alguien dependiente, llevándole a necesitar el uso de recursos sanitarios y sociales.
- Paciente geriátrico: persona mayor con una o más enfermedades crónicas, con larga evolución en el tiempo, que hacen que el paciente sea dependiente para las ABVD y AIVD precisando ayuda de otros y que además suelen presentar problemática social y mental.

Otros autores delimitan al paciente geriátrico *como aquella persona mayor de 75 años en la que convergen condiciones como la multimorbilidad (presencia de varias enfermedades crónicas), la polifarmacia, el deterioro físico, la patología mental o la problemática social, lo que condicionará su proceso de enfermar y la atención sanitaria recibida, así como los resultados de la misma* (21).

Aproximadamente el 24% de las personas mayores de 65 años y el 31,4% de las mayores de 85 años padecen cuatro o más enfermedades crónicas (22).

Las principales patologías crónicas según el estudio de Fragilidad y Dependencia en Albacete (FRADEA) son las siguientes: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, enfermedad coronaria, osteoartritis, polimialgia reumática, artritis reumatoide, obesidad, fractura de cadera, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), lumbalgia, cáncer, accidente cerebrovascular agudo (ACVA), insuficiencia cardiaca, valvulopatía, fibrilación auricular, demencia, depresión y trastorno por ansiedad, anemia, alteraciones visuales, párkinson, epilepsia y neuropatía periférica. De todas ellas las que se asocian a un mayor índice de mortalidad son las siguientes: insuficiencia cardiaca, demencia, EPOC, cáncer, neumonía, enfermedad renal, ACVA, sépsis, enfermedad hepática, infarto de miocardio y heridas (23).

Las mujeres presentan mayor multimorbilidad y un mayor consumo de fármacos que los hombres. Sin embargo aunque los hombres presentaron una menor mortalidad tuvieron mayor pérdida de movilidad y discapacidad incidente (23).

Esta acumulación de patología crónica, desencadena en la población anciana una pérdida de la calidad de vida, un mayor consumo de recursos sanitarios, un aumento de la mortalidad, así

como una progresión de los procesos crónicos que aumentan el riesgo y el nivel de gravedad de la posible discapacidad a padecer (24).

En este punto, se deben de tener también en cuenta los síndromes geriátricos, asociados a la multimorbilidad y que también provocan discapacidad y pérdida de independencia. Se conoce como síndrome geriátrico *al conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos. Es decir, la manifestación de muchas enfermedades simultáneamente* (25).

Los principales síndromes geriátricos son los siguientes: inmovilidad, caídas, polifarmacia, iatrogenia, síndrome confusional agudo (delirium), incontinencia de esfínteres, depresión, malnutrición, estreñimiento, demencia, y úlceras por presión (21).

Por todo esto las unidades de hospitalización convencionales, entendiéndose como unidad convencional *todas las unidades de ingreso de un paciente con patología aguda o crónica reagudizada en una unidad de enfermería organizada y dotada para prestar asistencia y cuidados intermedios y no críticos las 24 horas del día a pacientes, y en la que el paciente permanece por más de 24 horas* (26); no son capaces de atender de manera adecuada a estos pacientes ancianos con procesos crónicos, pluripatología, ya que demandan y requieren unos cuidados muy superiores a los que se les puede ofrecer. Adicionalmente se ha demostrado que estos pacientes pierden durante los ingresos capacidad funcional, específicamente en el 16% de los casos en los pacientes menores de 85 años, y en el 66,7% de los casos en los pacientes mayores de 85 años (27).

CAPÍTULO 2. UNIDADES ASISTENCIALES EN GERIATRÍA.

Los procesos agudos en el paciente mayor pueden tener la capacidad de evolucionar hacia la incapacidad y la dependencia, de ahí la necesidad de crear distintas unidades que se adapten a su situación de salud (28). En España según el catálogo nacional de hospitales, hay 119 hospitales dedicados a unidades geriátricas o de larga estancia de los 787 hospitales que constituyen el total nacional (29). Estas unidades son la respuesta a las nuevas necesidades de la sociedad.

2.1. La Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

Las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) han sido creadas para atender a pacientes geriátricos con patología aguda o reagudización de su proceso o procesos crónicos. Sus estructuras están adaptadas estructuralmente para favorecer la movilidad y orientación por la unidad.

Los pacientes están atendidos por un equipo multidisciplinar especializado en geriatría. Su meta es alcanzar el estado de salud previo del paciente, mediante el tratamiento de su proceso, la prevención y el manejo de las complicaciones derivadas del episodio, como es el deterioro funcional, que conlleva otras complicaciones asociadas como las caídas o la incontinencia de esfínteres. La estancia media de estas unidades oscila entre los 8 y 13 días, con una tasa de institucionalización menor al 12% y de mortalidad menos del 14% (30).

El equipo multidisciplinar está formado, por médicos geriatras, enfermeras especializadas, trabajador social, y personal rehabilitador (28).

La eficacia y buen funcionamiento de estas unidades se basa en el uso de la VGI por el equipo multidisciplinar que es el encargado de elaborar el plan de cuidados y se encarga de su cumplimiento. El trabajo del equipo multidisciplinar se basa en el uso de protocolos de actuación validados que sirven para afrontar los principales problemas que surgen en este tipo de unidades. Los cuidados especializados y centrados en el paciente anciano deben continuar en el momento del alta hospitalaria, gracias a los equipos de atención comunitaria (31).

En Cantabria actualmente se dispone de una unidad de estas características, localizada en el Hospital de Liencres, esta unidad dispone de 22 camas, e inició su andadura en el año 2013. Dispone de un equipo de 30 profesionales: 3 médicos, 11 enfermeras y 11 auxiliares de enfermería, un terapeuta ocupacional, dos celadores y una trabajadora social. Esta unidad atiende a pacientes que ingresan por un proceso de enfermedad agudo, o una reagudización de su patología crónica o por una intervención quirúrgica, y sufren un riesgo de perder su autonomía (32).

2.2. La Unidad de Recuperación Funcional o Media estancia.

Se usan indistintamente los siguientes nombres para denominar a este tipo de unidades: unidad geriátrica de recuperación funcional, unidad de media estancia, unidad de rehabilitación o unidad de convalecencia.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad define la unidad de recuperación funcional como las *“unidades orientadas a pacientes que han superado la fase aguda pero aún requieren cuidados especializados para recuperar las funciones alteradas y la reintegración social del anciano, que no se pueden prestar de forma ambulatoria”* (33).

En España estas unidades se empezaron a crear en los años ochenta y noventa del siglo XX como apoyo a los hospitales generales. Son las unidades geriátricas más abundantes y utilizadas en España (24).

Los beneficios que se pueden obtener de este tipo de unidades son principalmente la reducción de la mortalidad y el deterioro funcional. También se ha demostrado que reducen el riesgo de institucionalización en un 47% y que la probabilidad de recuperación funcional en pacientes con múltiples patologías asciende al 34% (datos comparados frente al tratamiento ofrecido en una unidad convencional).

Además se reduce el número de reingresos, lo que se traduce en un menor coste global de la atención médica, y aunque el gasto durante este periodo aumente en la atención de este tipo de pacientes, éste desaparece si en el cálculo se tienen en cuenta los años de vida posteriores sobrevividos sin reingresos o institucionalización (34).

2.2.1. Criterios de funcionamiento ideales.

- Selección adecuada de los pacientes con los siguientes criterios:
 - Deberían ser pacientes que han superado la fase aguda inicial de su proceso de enfermedad o lesión ya diagnosticado y que aún necesitan continuar con su tratamiento médico – rehabilitador por su inestabilidad clínica. Deberían estar hemodinámicamente estables por lo que no sería necesaria la supervisión clínica minuciosa ni continuada, ni tampoco requerirían del uso de grandes tecnologías (35).
 - Serían pacientes que con incapacidades graves tuvieran potencial rehabilitador real o pacientes que después de un proceso de convalecencia hubieran sufrido un deterioro. Todos ellos deberían haber superado ya la fase aguda de su enfermedad y todos sus procesos diagnósticos y terapéuticos. Además deberían tener unas expectativas de vida razonables. Suelen ser pacientes que han sufrido un ACVA, un proceso traumatológico agudo (fractura de cadera, pelvis, fémur, húmero, etc.), un proceso quirúrgico (sustitución de una articulación mayor, una amputación de un miembro inferior, etc.), úlceras vasculares o por presión, enfermedades cardiovasculares como la insuficiencia cardíaca o respiratoria como la neumonía, y enfermedades neurológicas crónicas como el párkinson o la demencia (36).

- Uso como método de trabajo de la valoración geriátrica integral, es decir, una herramienta que permite cuantificar los atributos y déficits de características médicas, físicas, funcionales, psicosociales. Con la intención de construir un plan de atención integral e individualizado para la correcta atención de los pacientes. Pudiendo así elaborar acciones preventivas, terapéuticas, rehabilitadoras y de seguimientos de los pacientes una vez que sean dados de alta. La valoración es interdisciplinar, se realiza entre todos los profesionales el equipo, médicos, enfermeras, rehabilitadores, trabajadora social y terapeuta ocupacional (36).

Figura 6: Componentes de la VGI.



Fuente: Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) (20).

- El trabajo debe de ser gestionado por un equipo multidisciplinar que sería el encargado de establecer los planes terapéuticos oportunos y de planificar las reuniones periódicas pertinentes, normalmente una por semana (37).
- Para asegurar una asistencia de calidad el equipo de trabajo debería estar formado por un geriatra por cada 25 – 30 camas, 3 auxiliares por cada 2 enfermeros, y cada enfermero con un máximo de 13 camas por profesional, un trabajador social y al menos un terapeuta ocupacional (36).
- Elaboración de protocolos para prevenir, manejar y monitorizar los problema más prevalentes en este tipo de unidades, como son las úlceras por presión (UPP), la depresión, la incontinencia, las caídas o las infecciones (36).
- Se deben de planificar los cuidados al alta y realizar un seguimiento, para así garantizar la continuidad de los cuidados, de este modo se intentaría prevenir el deterioro que provocan los problemas crónicos para poder llevar un buen control de la situación de salud, evitando una reagudización del problema (38).
- La estancia media ideal debería estar comprendida entre los 18 – 35 días (39).
- La ganancia funcional debería ser superior en 20 puntos al índice de Barthel del ingreso. (39).
- Un porcentaje menor del 20% de los pacientes al alta, debería ser el porcentaje de nuevas institucionalizaciones (36).
- Menos del 10% de los pacientes debieran regresar a una unidad de agudos (36).
- Se deberían planificar los cuidados al alta y realizar un seguimiento en el tiempo (36).

2.2.3. Criterios de exclusión de pacientes (36).

- Serían excluidos todos los pacientes que precisaran aún cuidados agudos y/o procesos diagnósticos que precisaran del uso de altas tecnologías o que sólo se pudieran proporcionar en una unidad de agudos.
- Deterioros cognitivos severos, que no les permitiera colaborar e interactuar en el proceso rehabilitador.
- Deterioros funcionales severos previos que les incapacitara para colaborar en el proceso rehabilitador.
- Padecer una enfermedad terminal.

Actualmente en Cantabria se dispone de una unidad con estas características en el Hospital Santa Clotilde, de la Orden de San Juan de Dios. Esta unidad recibió en el año 2014 353 ingresos (40).

2.3. Hospital de día geriátrico.

Es un centro diurno, integrado dentro de un hospital, al que acude el paciente geriátrico habitualmente con incapacidad física, para que le valoren con la VGI y posteriormente aplicar el tratamiento adecuado a su situación, es decir, tratamiento rehabilitador integral (con fisioterapia, terapia ocupacional o logopedia) o continuar con su seguimiento de sus problemas médicos o de enfermería y regresar posteriormente al domicilio. Los pacientes acuden varias veces a la semana, aproximadamente tres o cuatro veces a la semana (30).

Para ello el centro debe de contar con equipo multidisciplinar es decir, un médico geriatra, personal de enfermería, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y un trabajador social, este equipo debe de realizar al menos una reunión interdisciplinar al menos una vez cada quince días. Además debe de contar con un diseño arquitectónico adecuado y con un sistema de transporte diario (26).

Los pacientes que utilizan este tipo de unidades son pacientes con un deterioro funcional reversible no muy intenso, que presentan además procesos crónicos, y que pueden precisar de la aplicación de tratamientos complejos o invasivos como la cura de úlceras complicadas, aplicación de tratamientos endovenosos, u otro tipo de técnicas. Suelen iniciar su asistencia en estos centros después de un ingreso hospitalario tras un proceso agudo o tras un proceso subagudo ocurrido en su domicilio (41).

La mayoría de los pacientes que acude al hospital de día geriátrico tiene patologías como los ACVAs, enfermedades del aparato locomotor como artrosis, artritis reumatoide, fracturas de cadera u otro tipo de fracturas. Otros diagnósticos muy comúnmente atendidos son las cardiopatías diabetes, demencias y trastornos afectivos o parkinsonianos (36)

CAPÍTULO 3: LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.

La enfermera es la encargada de proporcionar a los pacientes que ingresen en una unidad geriátrica, la atención y los cuidados necesarios. Es la encargada de enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados en situaciones habituales y complejas (42). Para ello lo primero que tiene que realizar es una valoración del paciente. La valoración es definida como *“un proceso organizado, planificado, sistemático y continuo de recogida de datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente, familia o comunidad, y las respuestas humanas que se originan ante ellas”* (43).

El concepto de VGI se inició en 1930 con Marjorie Warren, al comenzar Marjorie con el uso de la evaluación del estado de salud que englobaba la esfera funcional, mental y social. La utilizaba en enfermos crónicos hospitalizados con la intención de aplicar planes de cuidados rehabilitadores para así conseguir de manera rápida su recuperación, pudiendo devolver a los pacientes a su domicilio, intentando evitar ingresos de larga estancia (25).

Estos cuidados son elaborados a partir de la VGI, que incluyen al menos las siguientes cuatro esferas: clínica, psicoafectiva, sociofamiliar y funcional. Todas ellas una vez enlazadas proporcionan la imagen real del paciente. La VGI, aunque no es una herramienta estandarizada, está conformada por la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos y escalas de valoración geriátrica que facilitan la detección y los problemas dentro de un trabajo interdisciplinar (44).

Los cuidados e intervenciones en todas las unidades geriátricas van encaminados a minimizar el impacto funcional y mantener el mayor tiempo posible la autonomía del paciente.

La VGI permiten identificar campos de deficiencia, mostrando cuales son las necesidades y tipos de cuidados, para así: estimar la evolución de los enfermos ancianos, valorar la eficacia de las intervenciones aplicadas, precisar pronósticos, construir bases científicas de intervención e identificar población de riesgo, etc (45).

Para realizarla se utilizan instrumentos de valoración estandarizados que facilitan la cuantificación más exacta. Periódicamente es necesario repetir la VGI en el tiempo para así poder ver la evolución y los cambios en el paciente (25).

La enfermera, es la encargada de realizar la primera valoración del paciente, que más tarde será reevaluada y complementada por el médico y el resto del equipo multidisciplinar. La valoración funcional es en la que principalmente debe hacer hincapié la enfermera. Para ello, si lo desea, dispone de modelos conceptuales enfermeros utilizados en la etapa de valoración como el de Virginia Heanderson con sus 14 necesidades o el de M. Gordon de 11 patrones funcionales. Además la enfermera debe aplicar la observación y la entrevista con el propósito de recoger más información y tener una visión holística del paciente (46).

- **La esfera clínica**, debe incluir la entrevista a través de un interrogatorio directo sobre la presencia de los principales síndromes geriátricos, la exploración física, la historia farmacológica y la nutricional (21,25,46,47,):
 - La **anamnesis**, en la que se interroga al paciente para indagar acerca de los datos siguientes:
 - Los antecedentes personales del paciente. Se le pregunta acerca de los principales diagnósticos que el paciente conoce, las intervenciones quirúrgicas

previas, los ingresos hospitalarios o centros sociosanitarios a los que acude. Se le pregunta también sobre los antecedentes familiares en primer grado más importantes.

- La historia farmacológica es decir, las alergias medicamentosas, reacciones adversas y hábitos tóxicos. Los medicamentos que toma, si se automedica y el modo de tomar los medicamentos de manera adecuada y quien se los organiza.
 - La historia nutricional. La intención es buscar algún signo de malnutrición, si ha sufrido pérdida de peso en este último año sin motivo aparente, o antecedentes de desnutrición, si tiene dificultad en la masticación o en la deglución, si realiza él mismo la compra y la preparación de la comida o si dispone de ayuda. Cuál es su número de ingestas, si tiene alguna dieta prescrita. Una de las escalas que sirve de ayuda en este punto es la escala Mini Nutritional Assessment o MNA (ver anexo 1).
 - Se le interroga a cerca del dolor crónico y agudo, obteniendo datos acerca de sus características e intensidad de los fármacos que utiliza.
- La **exploración física** suele llevar bastante tiempo, debido al largo número de hallazgos que se suele realizar en este grupo de edad. En primer lugar se realiza una inspección general en la que se puede dilucidar, si presenta un aspecto aseado y cuidado, cual es la colaboración del paciente. En la exploración física se deben tomar las constantes vitales, controlando la presión sanguínea, la frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura, peso y estatura. Para comodidad del explorador y no perderse en la evaluación física se recomienda una exploración ordenada de la forma siguiente:
- Cabeza: en la que se valora, la salud bucal, es decir si porta prótesis dental o padece alguna lesión en la mucosa oral. Se valoran los ojos, es decir, el estado de los párpados, agudeza visual. Se valora también la agudeza auditiva y los oídos.
 - Cuello: en busca de adenopatías, movilidad cervical, ingurgitación yugular.
 - Tórax: se realiza una auscultación cardiopulmonar, se valora la expansión torácica al respirar en busca de tiraje intercostal, y se valoran las mamas.
 - Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación, se puede realizar una inspección del área anal y un tacto rectal, valorando la presencia de hemorroides y fecalomas. Se pueden valorar los hábitos de eliminación, incontinencia, etc. Se inspeccionan también los genitales en busca de alguna lesión, para fimosis o prolapsos genitales.
 - Extremidades: estado vascular (edemas) y muscular, pulsos periféricos, deformidades y limitaciones articulares.
 - Estado neurológico, Se valora la marcha y la movilidad del paciente, si se ha caído en este último año. La fuerza, sensibilidad, trastornos del habla, temblor o rigidez, reflejos, coordinación. Algunas de las escalas más utilizadas para la valoración de la marcha es el test de Tinetti para la marcha y el equilibrio, o el Timed Up and GO, que consiste en valorar el tiempo que tarda el sujeto en levantarse de una silla sin reposabrazos caminar 3 metros, girar y volver a sentarse.
 - La piel: se buscar lesiones tróficas, úlceras por presión o riesgo de padecerlas, valorando prominencias óseas. Se valoran lesiones de origen vascular, signos de isquemia, prurito. Zonas húmedas en pliegues en busca de lesiones intertriginosas.

- **La esfera funcional** y su valoración es uno de los puntos más importantes en la VGI, en este punto se obtiene información acerca de la capacidad del anciano a realizar las ABVD y mantener su independencia en su entorno habitual. Se ha de valorar previa al ingreso, posterior al ingreso y al alta. Este punto de la valoración tiene un alto poder predictivo de los reingresos hospitalarios, de la ubicación al alta y la mortalidad. Las escalas más utilizadas en este punto son las siguientes (21,25,35,46,47):
 - La **escala de Barthel** (ver anexo 2), creada en 1965 por Mahoney y Barthel, valora las ABVD y se utiliza de manera fundamental en las unidades de media estancia y de rehabilitación, siendo la escala más conocida internacionalmente para la valoración funcional de los pacientes. Específicamente evalúa 10 actividades, baño, vestido, aseo personal, uso de retrete, transferencias (cama sillón), subir y bajar escalones, continencia urinaria y fecal, y alimentación. El índice de Barthel suele ser el utilizado generalmente para analizar la ganancia funcional durante el ingreso, comparando el índice obtenido al ingreso y el índice obtenido al alta.
 - La **escala de Katz** (ver anexo 3) fue elaborada en 1958 por un equipo multidisciplinar dedicado al cuidado de pacientes hospitalizados con fractura de cadera. Consta de 6 ítems: Baño. Vestirse/desvestirse. Uso del retrete. Movilidad. Continencia. Alimentación.
 - También se pueden valorar las AIVD gracias a la **escala de Lawton y Brody** (ver anexo 4) publicada en 1969, que recoge la información en 8 puntos, uso del teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar las labores del hogar, lavar la ropa, utilizar los transportes, el manejo del dinero y el control de la medicación.
- **La esfera cognitiva y afectiva** del paciente se valora de la forma siguiente (21,25,46,47):
 - Para realizar una buena **valoración del estado cognitivo** del paciente es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos antes de utilizar las escalas de valoración (47):
 - Se debe intentar conocer previamente el nivel de escolarización y profesión, si ha habido algún traumatismo en la cabeza, un ACVA previo, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes psiquiátricos o de demencia tanto en su familia como en el paciente, abuso de alcohol o drogas, consumo de fármacos que puedan afectar a el estado cognitivo, y por ultimo si el paciente ha sufrido alguna vez un síndrome confusional con algún episodio de enfermedad, ingreso previo o la toma de algún fármaco. Se debe practicar una recogida de datos previa con el cuidador principal si se dispone de él.
 - Es importante observar si la queja es proveniente de la familia o el cuidador principal, ya que si es una demencia, el paciente suele tender a minimizar los síntomas, sobre todo en las fases iniciales. Se ha de tener en cuenta que a veces las familias no hacen una valoración de la situación cognitiva adecuada a la situación y lo justifican como algo “propio de la edad.
 - Para la valoración cognitiva, como primer paso, se debe realizar el test de Pfeiffer, creado en 1975. Es sencillo breve y de aplicación rápida (ver anexo 5), y explora la memoria a corto y largo plazo, también la orientación y el conocimientos sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Si hay más de cuatro errores en el test de Pfeiffer se deberá evaluar al paciente además con el test de Lobo, también llamado Mini examen cognoscitivo (MEC) adaptado y

validado en 1976 a partir del test Mini – Mental State Examination de Folstein (ver anexo 6). Estas dos escalas son las más utilizadas en el aspecto cognitivo.

- Para la **valoración afectiva**, se puede utilizar una entrevista libre o alguna escala estandarizada, como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, creada por Brink y Yesavage, la cual fue diseñada en 1982 específicamente para el anciano. La versión reducida consta de 15 preguntas (ver anexo 7) y evalúa la depresión dándole importancia a la calidad de vida y a la sintomatología depresiva. Es recomendable completar la información con el cuidador principal del paciente o el familiar encargado. A su vez se le interrogará acerca del estado anímico, la labilidad emocional, trastornos del apetito, sueño, ideación o tentativas autolíticas etc. (33).
- **La esfera social**, por último se debe realizar una valoración de su ámbito social, lo cual permitirá conocer, el entorno del anciano (21,25,47):
 - Se determina su **hogar**. Es decir, donde vive, con quien vive, como es su vivienda, como de segura es su vivienda, y en qué área geográfica se encuentra. Esto aporta información sobre sus relaciones sociales e integración, amigos, estructura familiar, cuidador principal, actividades de ocio, etc.
 - Se debe de conocer también cuál es su **soporte material para cubrir sus necesidades**, con esto se hace referencia al nivel de ingresos, el régimen de vida, si percibe alguna ayuda social. Y por último si sufre estrés social es decir, si le faltan recursos para cubrir sus necesidades, físicas, o psíquicas. Este punto de la valoración brinda la oportunidad de conocer si el anciano sufre algún tipo de abuso o maltrato y si el cuidador principal sufre sobrecarga, lo cual sería un obstáculo para la continuidad de los cuidados por parte del cuidador.
 - En este punto **las escalas más importantes** son las siguientes:
 - La escala OARS de recursos sociales, la cual es muy larga de realizar se tardan unos 45 min, ya que son 101 preguntas algunas con subapartados y requiere ser realizada por personal entrenado.
 - La escala de valoración sociofamiliar Gijón, la cual detecta situaciones de riesgo o problemática social, y es útil como instrumento de medición de la situación social. Recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de redes sociales, (ver anexo 8). Fue creada a finales de los años noventa.
 - Se ha de destacar la escala de Zarit (ver anexo 9) que valora la sobrecarga del cuidador, analizando los siguientes factores: la gravedad de la demencia, los problemas de comportamiento, el tipo de relación entre el cuidador y el paciente, los mecanismos de afrontamiento por parte del cuidador principal y la accesibilidad a los recursos sociales. Fue desarrollada en 1980 con la intención de valorar como afecta al cuidador principal el esfuerzo de cuidar al paciente, en su salud física y emocional, así como en su situación económica.
 - Por último la escala del índice de esfuerzo del cuidador (ver anexo 10), que resulta sencilla y rápida de utilizar. Esta escala se encarga de valorar la percepción por parte del cuidador de la carga de trabajo y el esfuerzo que supone cuidar al paciente.

Gracias a la VGI se pueden obtener diversos beneficios, entre ellos se encuentra el aumento de la supervivencia, la mejora de la capacidad funcional, un aumento de la probabilidad de volver al domicilio después del alta hospitalaria. Mejor el estado afectivo y cognitivo, se reduce la polifarmacia, supone una disminución del número de ingresos en residencias y hospitales, con un aumento del uso de servicios de atención al domicilio. En conclusión, mejora la calidad de vida, reduce el impacto de las enfermedades crónicas, gracias a la minimización de la incapacidad y al esfuerzo de disminuir al máximo el periodo de vida dependiente. Y todo ello disminuyendo el coste de la atención sanitaria (15).

En resumen, este proceso puede suponer un aumento de la carga de trabajo para la enfermería pero no se puede dejar pasar el abanico de beneficios que supone para el paciente y la planificación del trabajo. Además en este proceso de atención interdisciplinar la enfermería es un agente clave para la aplicación fundamental por su carácter integrador y holístico hacia el individuo.

Seguramente esta carga de trabajo se reduciría si se realizara por personal entrenado y especializado como lo son las enfermeras geriátricas, ya que los cuidados enfermeros en el paciente mayor son complejos y de larga duración en el tiempo.

CAPÍTULO 4: REFLEXIONES.

El cuidado de paciente mayor ha sido un continuo desde la antigüedad, pero no se han iniciado unos cuidados especializados hasta inicios del siglo XX, y aun actualmente queda mucho por desarrollar.

Pero sobre todo en la actualidad, con el aumento de la población mayor, se hace más notable la necesidad de cambiar la manera de pensar de los servicios de salud convencionales dirigidos al tratamiento, la curación de las patologías y la prolongación de la vida. Esto es debido a que el paciente mayor, está íntimamente relacionado con la patología crónica que por regla general, se descompensa, y acaba desembocando a la larga en situaciones de discapacidad y dependencia con una pérdida total o parcial de la autonomía.

Las necesidades de salud de la sociedad mayor han cambiado y se necesita aumentar la creación de unidades de atención especializadas, es decir, la cuantía de unidades geriátricas actualmente son insuficiente. De hecho, hoy en día muchos hospitales de España no disponen de una unidad geriátrica especializada en su complejo hospitalario.

Estas unidades tienen como objetivo principal evitar la pérdida de independencia, fomentando la autonomía gracias a la promoción del autocuidado. Pero no todas ellas utilizan los mismos métodos de atención ni las mismas herramientas estandarizadas.

Por ello destaca el potencial que tiene la VGI como instrumento que ayuda a planificar y realizar unos cuidados de enfermería estandarizados y de calidad, consiguiendo que gracias a ellos se pueda obtener una reducción de las estancias hospitalarias, una mejora de la funcionalidad, del estado cognitivo, y una optimización a la larga de los recursos sanitarios, asegurando así la prolongación de los pacientes en la comunidad y reduciendo su mortalidad.

Hay que tener en cuenta que tiene que ser realizada por personal capacitado, lo que favorece la especialización de los profesionales de enfermería, y si fuera aplicada en todos los centros, favorecería el aumento de personal de enfermería especializado en geriatría.


Como punto negativo de la VGI, destaca que a pesar de ser una herramienta muy útil para valorar de manera sistemática, organizada y planificada al paciente, no está estandarizada, aunque sí se compone de las mismas partes de manera general: anamnesis, exploración física y una serie de instrumentos y escalas de valoración geriátricas que sí están estandarizadas.

ANEXOS.

Anexo 1: Escala Mini Nutritional Assessment o MNA.

Mini Nutritional Assessment

MNA®



Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	J
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual <input type="checkbox"/>	Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas <input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso <input type="checkbox"/>	K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio <input type="checkbox"/>	L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no <input type="checkbox"/>	M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos <input type="checkbox"/>	N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad <input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23. <input type="checkbox"/>	O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición <input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación	Q
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no <input type="checkbox"/>	Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/>	R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/>	Evaluación (máx. 16 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Evaluación global (máx. 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
De 17 a 23,5 puntos <input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/>	malnutrición

Ref: Velaz B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
 Rubenstein LZ, Harter JO, Salva A, Gulgoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition In Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001 ; 56A : M66-377.
 Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2005. N67200 12/99 10M
 Para más información: www.mna-eisenf.com

Fuente: Nestlé Nutrition Institute (48).

Anexo 2: Escala de Barthel.

BARTHEL	
Alimentación	
Independiente: capaz de usar cualquier instrumento Come en un tiempo razonable	10
Ayuda: necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.	5
Dependiente	0
Baño	
Independiente: se lava completo en la ducha o baño Entra y sale del baño sin una persona presente	5
Dependiente	0
Vestido	
Independiente: se viste, se desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos Se pone el braguero o el corsé, si lo precisa	10
Ayuda: necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable	5
Dependiente	0
Aseo personal	
Independiente: se lava cara, manos y dientes Se afeita y maneja el enchufe si usa máquina eléctrica	5
Dependiente	0
Deposición	
Continente: no presenta episodios de incontinencia Si necesita enemas o supositorios, se arregla solo	10
Incontinente ocasional: episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios	5
Incontinente	0
Micción	
Continente: no presenta episodios de incontinencia Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo	10
Incontinente ocasional: episodios ocasionales Necesita ayuda en el uso de sonda o colector	5
Incontinente	0
Uso del retrete	
Independiente: usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta solo o con barras Se limpia y se pone la ropa solo	10
Ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa solo	5
Dependiente	0
Traslado sillón-cama	
Independiente: no necesita ninguna ayuda Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente	15
Mínima ayuda: necesita una mínima ayuda o supervisión	10
Gran ayuda: es capaz de sentarse, pero necesita mucha ayuda para el traslado	5
Dependiente	
Deambulaci3n	
Independiente: camina al menos 50 metros independientemente o con ayudas (bast3n, andador, etc.)	15
Ayuda: puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisi3n	10
Independiente silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros	5
Dependiente	0
Escaleras	
Independiente: sube o baja escaleras sin supervisi3n aunque use barandilla o instrumentos de apoyo	10
Ayuda: necesita ayuda f3sica o supervisi3n para subir o bajar escaleras	5
Dependiente	0
Puntuaci3n total	

La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente):

- < 20 dependencia total.
- 20-35 dependencia grave.
- 40-55 dependencia moderada.
- 60-90/100 dependencia leve.
- 100 independiente (90 si va en silla de ruedas)

Fuente: La valoración del paciente geriátrico (21).

Anexo 3: Índice de Katz

INDICE DE KATZ
Lavado
No recibe ayuda (entra y sale solo de la bañera si esta es la forma habitual de bañarse): <i>Independiente.</i>
Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas por ejemplo): <i>Independiente.</i>
Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera: <i>Dependiente.</i>
Vestido
Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda: <i>Independiente.</i>
Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos: <i>Independiente.</i>
Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela o permanece parcialmente vestido: <i>Dependiente.</i>
Uso de retrete
Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda puede usar bastón, andador y silla de ruedas): <i>Independiente.</i>
Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal: <i>Dependiente.</i>
No va al retrete: <i>Dependiente.</i>
Movilización
Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador): <i>Independiente.</i>
Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda: <i>Dependiente.</i>
No se levanta de la cama: <i>Dependiente.</i>
Continencia
Control completo de ambos esfínteres: <i>Independiente.</i>
Incontinencia ocasional: <i>Dependiente.</i>
Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente: <i>Dependiente.</i>
Alimentación
Sin ayuda: <i>Independiente.</i>
Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan: <i>Independiente.</i>
Necesita ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos: <i>Dependiente.</i>
VALORACIÓN
A Independiente en todas las funciones
B Independiente en todas salvo en una de ellas
C Independiente en todas salvo lavado y otra más
D Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más
E Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más
F Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más
G Dependiente en las seis funciones

Fuente: Escalas de valoración funcional en el anciano (49).

Anexo 4: Escala de Lawton y Brody.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY	
Capacidad para usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos teléfonos familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
Compras	
Realiza independientemente las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa	
Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional (para los trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar platos o hacer la cama	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza taxi o automóvil, pero sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de asuntos económicos	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza pequeñas compras, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total	

Se valora según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) y se estratifica así:

- 0-1, dependencia total.
- 2-3, dependencia severa.
- 4-5, dependencia moderada.
- 6-7, dependencia ligera.
- 8, independencia.

Fuente: Bases de la valoración geriátrica (47).

Anexo 5: Test de Pfeiffer.

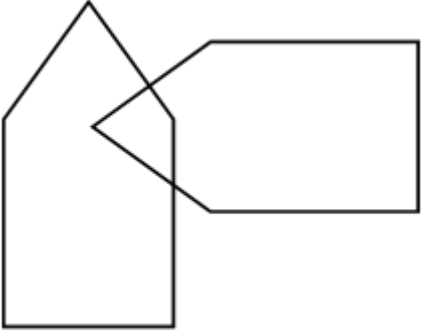
	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? O... ¿Cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es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

- Se puntúan los errores, se puntúa un punto por error, se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria y se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores:
 - 0-2, normal.
 - 3-4, deterioro cognitivo leve.
 - 5-7, deterioro cognitivo moderado.
 - 8-10, deterioro cognitivo grave.
- En pacientes hospitalizados se debe de realizar en las primeras 72 horas tras el ingreso y al alta del paciente.

Fuente: Observatorio de Practicas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas (OPIMEC) (50).

Anexo 6: Test de Lobo o Mini examen cognoscitivo (MEC).

	PUNTUACIÓN
ORIENTACIÓN TEMPORAL: ¿En qué día estamos?... ¿En qué fecha?... ¿En qué mes?... ¿En qué estación?... ¿En qué año?...	____(5)
ORIENTACIÓN ESPACIAL: ¿En qué hospital o lugar estamos?... ¿En qué piso o planta?... ¿En qué pueblo o ciudad?... ¿En qué provincia, región o autonomía?... ¿En qué país?...	____(5)
FIJACIÓN: Repita estas 3 palabras: ‘peseta- caballo- manzana’... (*Repetir hasta 5 veces, pero puntuar solo el primer intento) (**Pueden utilizarse series alternativas de palabras cuando se trata de reevaluaciones ej. Libro, queso, bicicleta)	____(3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO Si tiene 30 pesetas y le van quitando de 3 en 3, ¿cuantas le quedan?... (27) ¿y si le quitan otras 3?... (24) ¿y ahora?... (21) ¿y 3 menos son?... (18) ¿y si le quitan otras 3?... (15) (Anote un punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta)	____(5)
Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás... (Como alternativa, decirle ‘mundo’ y que lo repita al revés)	____(3)
MEMORIA ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?...	____(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Mostrarle un lápiz o un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj...	____(2)
Repita la frase ‘En un trigal había 5 perros’... (Repetir hasta 5 veces, pero puntuar solo el primer intento)	____(1)
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son un perro y un gato? ; ¿Qué son el verde y el rojo?...	____(2)
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa	____(3)
Lea esta frase y haga lo que dice...	____(1)
Escriba una frase (con sujeto y predicado)... CIERRE LOS OJOS	____(1)
Copie este dibujo.	____(1)

	
Puntuación total	_____(35)

El punto de corte sugestivo de demencia es 23/24 para personas de 65 años o más y de 27/28 para menores de 65 años:

- 35 - 30 Normal.
- 29 - 25 Discreto déficit; pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural.
- 20 - 24 Deterioro cognitivo leve.
- 15 - 19 Deterioro cognitivo moderado; muy sugestivo de demencia clara.
- 0 - 14 Deterioro cognitivo grave.

Fuente: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (51).

Anexo 7: la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI = 0	NO = 1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI = 1	NO = 0
¿Siente que su vida está vacía?	SI = 1	NO = 0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI = 1	NO = 0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI = 0	NO = 1
¿Teme de algo malo que pueda ocurrirle?	SI = 1	NO = 0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI = 0	NO = 1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI = 1	NO = 0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI = 1	NO = 0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI = 1	NO = 0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI = 0	NO = 1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI = 1	NO = 0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI = 1	NO = 0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI = 0	NO = 1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI = 1	NO = 0
TOTAL		

Se valora de la siguiente manera:

- 0-5 puntos, normal.
- 6-9 puntos, probable depresión.
- > 9 puntos, depresión establecida.

Fuente: Observatorio de Practicas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas (OPIMEC) (50).

Anexo 8: valoración sociofamiliar Gijón.

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carencia de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI - FAS - Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4")	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños, etc.)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción, etc.)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. Se debe de utilizar en población mayor de 65 años.

Fuente: Observatorio de Practicas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas (OPIMEC) (50).

Anexo 9: Escala de Zarit.

Escala de ZARIT	0	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Interpretación: 0 = Nunca. 1 = Rara vez. 2 = Algunas veces. 3 = Bastantes veces. 4 = Casi siempre.

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56. Es un cuestionario auto administrado.

Fuente: Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia (52).

Anexo 10: Índice del esfuerzo del cuidador.

1.	Tiene trastornos de sueño (Ej. Porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche).
2.	Es un inconveniente (Ej. Porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).
3.	Representa un esfuerzo físico (Ej. Hay que sentarlo, levantarlo de una silla).
4.	Supone una restricción (Ej. Porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).
5.	Ha habido modificaciones en la familia (Ej. Porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).
6.	Ha habido cambios en los planes personales (Ej. Se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)
7.	Ha habido otras exigencias de mí tiempo (Ej por parte de otros miembros de la familia).
8.	Ha habido cambios emocionales (Ej. Causa de fuertes discusiones).
9.	Algunos comportamientos son molestos (Ej. La incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle cosas).
10.	Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. Es una persona diferente de antes).
11.	Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. A causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda).
12.	Es una carga económica.
13.	Nos ha desbordado totalmente (Ej. Por la preocupación acerca de la persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).

Por cada respuesta afirmativa es 1 punto siendo la máxima 13 puntos y una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

Fuente: Observatorio de Practicas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas (OPIMEC) (50).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- (1) Abellán García A, Pujol R R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red 2015, nº 10. [Fecha de publicación: 22 ene 2015]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- (2) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Observatorio de Personas Mayores. Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas [Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2014. [citado 10 ago 2015]. 286 p. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infoppmm2012.pdf>
- (3) Instituto Cántabro de Estadística (ICANE). Censo Regional de Habitantes [Internet]. Cantabria. [citado sep 2015]. Disponible en: <http://www.icanes.es/data/municipal-register-gender-quinquennial-age-group#timeseries>
- (4) Instituto Cántabro de Estadística (ICANE). Explotación Estadística Padrón Municipal de Habitantes, Cantabria 2013 [internet]. Cantabria; 2014 [citado sep 2015]. 147 p. Disponible en: http://www.icanes.es/c/document_library/get_file?uuid=acabaf4d-be1f-40e7-81e9-dcf3512e47ef&groupId=10138
- (5) Instituto Cántabro de Estadística (ICANE). Boletín de Síntesis Demográfica, Cantabria 2013 [internet]. Cantabria; 2014 [citado sep 2015]. 13 p. Disponible en: http://www.icanes.es/c/document_library/get_file?uuid=f6055c08-f3c0-4144-ab15-fdeef0e96712&groupId=10138#4_4
- (6) Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado (BOE), nº 299, 15 de diciembre 2006.
- (7) Abellán García A. Envejecimiento y viabilidad del sistema sanitario y de atención a la dependencia. Envejecimiento en red [internet]. 2013 may [citado ago 2015]; Disponible en: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2013/05/06/envejecimiento-y-viabilidad-del-sistema-sanitario-y-de-atencion-a-la-dependencia/>
- (8) Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Estructura de la Población: Tasa de Dependencia 2015 [internet]. Madrid [citado sep 2015]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1419&L=0>
- (9) Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Estructura de la Población: Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años 2015 [internet]. Madrid [citado sep 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1421&L=0>
- (10) Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Discapacidad, Autonomía persona y situación de Dependencia 2008 [internet]. Madrid; 2008 [citado ago 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/modulo1/I0/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0>
- (11) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recursos sociales dirigidos a personas mayores en España, según datos a 31 de diciembre del 2012 [internet]. Madrid; 2015 [citado en sep 2015]. 274 p. Disponible en:

http://espaciomayores.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/recursos_sociales_2012.pdf

(12) Martínez Martín ML. Introducción a la enfermería geriátrica [internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid (UAM); 2005 [citado ago 2015]. 7 p. Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/1/tema1.pdf

(13) Warren MW. Care of the chronic aged sick. Lancet. 1946; 1: 841 – 843.

(14) Macías Núñez JF. Geriatria desde el principio. 2ª ed. Glosa; 2005. 543 p.

(15) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Manual del residente en geriatría. Madrid: ENE Life; 2011. 540 p.

(16) Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación y organización de los servicios geriátricos: informe de un Comité de Expertos 1973 [internet]. Ginebra; 1974 [citado en ago 2015]. 52 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38783/1/WHO_TRS_548_spa.pdf

(17) Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) [internet]. Barcelona [citado ago 2015]. Disponible en: <http://www.seegg.es/index.php/quien-es>

(18) Programa formativo de la especialidad de Geriatria. Orden SCO/2603/2008, 1 de septiembre 2008. Boletín Oficial del Estado (BOE), Ministerio de Sanidad y Consumo (SCO). Nº 223, 15 septiembre 2008.

(19) Programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre. Boletín Oficial del Estado (BOE), Ministerio de Sanidad y Política Social. Nº 288, 13 noviembre 2009.

(20) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Tratado de geriatría para residentes. Madrid: International Marketing & Communication (IMC); 2007. 820 p.

(21) Pérez Abascal N, Cabrera LG, Errasquin BM, Jentoft AC. Valoración del paciente geriátrico. Medicina-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2014 sep; 11(62):3641-3658.

(22) 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 Geriatria y Gerontología. 2012 mar - abr; 47(02):67-70; 70.

(23) Soler PA, Hidalgo JL, Rizos LR, Jiménez ML, Jurado PMS, Núñez PA, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. Rev. Española de Geriatria y Gerontología. 2011 mar - abr; 46(2):81-88.

(24) Romero Rizos L, Abizanda Soler P, Luengo Márquez C. Capítulo 2, El proceso de enfermar en el anciano: fundamentos de la necesidad de una atención sanitaria especializada. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Madrid: Elsevier España; 2015. 9 – 16 p.

(25) Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. Gerokomos [internet]. 2013 mar [citado ago 2015]; 24(1):8-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100002&lng=es

- (26) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades asistenciales del área de neurociencias. Estándares y recomendaciones de calidad [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [citado sep 2015]. 192 p. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UAAN_2013_Accesible.pdf
- (27) Cruz Lendínez AJ, Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Carrascosa García MI, Díaz J, Villar Dávila R. Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas [internet]. Gerokomos. 2010 mar [citado ago 2015]; 21(1):8-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000100002&lng=es
- (28) Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriatria y Gerontología para el Médico Internista. 1ª ed. Bolivia: La Hoguera; 2012. 646 p.
- (29) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [internet]. Madrid. Catálogo Nacional de Hospitales; [citado ago 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/centros.do>
- (30) Serra Rexach JA, et al. Capítulo I: Concepto y práctica de la especialidad en la Comunidad de Madrid. Plan estratégico de geriatría. Entorno de la libre elección. Plan 2011 – 2015 [internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2012 [citado ago 2015]. Disponible en [primer resultado]: <https://www.segg.es/busqueda.asp?busqueda=plan+estrategico+de+la+libre+eleccion>
- (31) Baztan Cortes JJ, Jiménez Rojas C, Fernández Rodríguez E. Capítulo 35. Unidad geriátrica de agudos: eficacia y eficiencia. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Madrid: Elsevier España; 2015. 288-297 p.
- (32) García AR. El hospital de Liencres abre este lunes su tercera planta para reforzar el Servicio de Geriatría. El Diario Montañés [internet]. 2013 dic [citado sep 2015]. Disponible en: <http://www.eldiariomontanes.es/20131201/local/cantabria-general/nueva-planta-geriatria-liencres-201312011619.html>
- (33) Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, Ministerio de Educación y Ministerio Educación. Resolución conjunta de los ministerios de educación y sanidad, política social e igualdad por la que se establecen los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales de geriatría y unidades docentes de pediatría [internet]. 2011 jun [citado ago 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Requisitos_UDM_Geriatria.pdf
- (34) Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials [internet]. BMJ 2010 abr [citado ago 2015]; 340: c1718. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/340/bmj.c1718.full.pdf>
- (35) Mercedes Giménez López. Características de los pacientes ingresados en un hospital de convalecencia geriátrica en el sistema Aragonés de salud [tesis doctoral en internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2009 [citada ago 2015]. 184 p. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/7405/files/TESIS-2012-066.pdf>
- (36) Hornillos Calvo M, Rodríguez Solís J, Pareja Sierra T. Capítulo 36, Atención sanitaria al anciano con discapacidad potencialmente reversible: unidad de recuperación funcional y hospital de día. Tratado de medicina geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores España. Madrid: Elsevier España; 2014. 298 – 304 p.
- (37) Serra Rexach JA, et al. Capítulo V: Hospitales de apoyo de media y larga estancia. Plan 2011 – 2015 [internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2012 [citado ago 2015].

Disponible en [primer resultado]: <https://www.segg.es/busqueda.asp?busqueda=plan+estrategico+de+la+libre+eleccion>

(38) Villarejo Aguilar L. Intervenciones propuestas por las enfermeras hospitalarias para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas. *Enferm. Glob* [internet]. 2012 ene [citado ago 2015]; 11(25):53-57. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100004&lng=es

(39) Europa Press. Sanidad abre la nueva Unidad de Geriátria en la tercera planta del Hospital de Liencres. Europa Press [internet]. 2013 dic. Disponible en: <http://www.europapress.es/cantabria/cantabria-social-00674/noticia-cantabria-sanidad-abre-lunes-nueva-unidad-geriatria-tercera-planta-hospital-liencres-20131201130410.html>

(40) Hospital Santa Clotilde. Memoria anual 2014 [internet]. Santander: Hermanos de San Juan de Dios, Hospital Santa Clotilde [citado sep 2015]. Disponible en: <http://www.hospitalsantaclotilde.es/phocadownloadpap/santa%20clotilde-memoria%202014.pdf>

(41) SAAD I. Informe sobre perfil de la persona solicitante y beneficiaria a 31 de diciembre de 2013 [internet]. Madrid: IMSERSO; 2013 [citado sep 2015]: 4 p. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/perfil_persol2013.pdf

(42) González Vaca J, García Hernández M, Martínez Cuervo F, Polo Luque ML, Martínez Sellarés R, García López MV, et al. Perfil profesional de las enfermeras especialistas en enfermería geriátrica. Serie de Documentos Técnicos SEEGG nº 4 [internet]. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica; 2014 [citado sep 2015]. 12 p. Disponible en: http://www.seegg.es/Documentos/doc_tec/doc_tec_04.pdf

(43) Sánchez Isla JR, Valdespina Aguilar C. Tema 3: Etapa de valoración [internet]. Prescripción Enfermera; 2015 [citado sep 2015]. Disponible en: <http://www.prescripcionenfermera.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y-terminologia-nanda-noc-nic/tema-3-etapa-de-valoracion>

(44) Fernández Moyano A. Valoración geriátrica integral y recuperación funcional en unidades de media - larga estancia. *Rev. Clin Esp* [internet]. 2010 ene [citado ago 2015]. 210(1):20-22. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/en/valoracion-geriatrica-integral-recuperacion-funcional/articulo/S001425650900023X/>

(45) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; 20(6):649-655.

(46) Casado Verdejo I, Iglesias Guerra JA. La valoración funcional como eje de la valoración geriátrica integral. *Rev. Enferm* 2013 jul – ago; 36(7):517-522.

(47) Alfraro Acha A, Cabonell Collar A. Capítulo 20: Bases de la valoración geriátrica. Tratado de medicina geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores España. Madrid: Elsevier España; 2014. 164-177 p.

(48) Nestlé Nutrition Institute. Mini Nutritional Assessment (MNA) [internet]. 2009 [citado ago 2015]. Disponible en: <http://www.mna-elderly.com/>

(49) Ferrín MT, González LF, Meijide - Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clin* 2011; 72(1):11-16.

(50) Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado (PAI) [internet]. OPIMEC, Observatorio de Practicas Innovadoras

en el Manejo de Enfermedades Crónicas; 2015 ene [citado ago 2015]. Disponible en: <http://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-proceso-asistencial-integrado/#ante-section-6553>

(51) López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Rev Esp Med Legal. 2011; 47(03):122-127.

(52) Odriozola Gojenola M, Vita Garay A, Maiz Alkorta B, Zialtzeta Aduriz L, Bengoetxea Gallastegi L. Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. SEMERGEN. 2008; 34(9):435-438