



Centre adscrit a la



**Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona**

Prevalença de desnutrició i risc de desnutrició en pacients fràgils no institucionalitzats de l'ABS de Blanes

Estudiant: Rabassa Vázquez, Laura

Director/a: Gemma Robleda Font

Coordinadors: Prof. Marta López i Prof. Antonio Moreno

Assignatura: Treball de Fi de Grau

4rt Curs. Grau en Infermeria

Any acadèmic 2015/2016

Data de lliurament: 27/05/2016

CATALÀ

Prevalença de desnutrició i risc de desnutrició en pacients geriàtrics fràgils no institucionalitzats de l'ABS de Blanes

Introducció: La OMS preveu que entre el 2015 i el 2050, la proporció mundial de persones amb més de 60 anys d'edat s'incrementarà exponencialment representant un augment del 12% al 22%. En aquest context, l'atenció a l'envelliment requereix un replantejament que situï la qualitat com a eix central per tal de garantir l'atenció centrada en les persones i l'efectivitat de la pràctica. És per això que cal realitzar estudis que fonamentin les intervencions infermeres i aportin eines d'avaluació.

Objectiu: Determinar la prevalença de desnutrició i/o risc de desnutrició en persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades de l'ABS de Blanes.

Metodologia: Estudi observacional, analític i prospectiu en població geriàtrica fràgil no institucionalitzada de l'ABS de Blanes. La desnutrició i el risc de desnutrició s'avaluaran amb el Mini Nutricional Assessment (MNA®). Variables secundàries: edat, sexe, recursos econòmics, presència de cuidador/a, ús de dispositius per menjar, dificultats per la ingesta, grau de dependència per les ABVD i AIVD, grau de deteriorament cognitiu i presència de depressió.

Discussió: L'anàlisi de la prevalença de desnutrició i risc de desnutrició ens ajudarà a conèixer la magnitud del problema. L'anàlisi estadístic permetrà determinar quins són els factors que es poden associar al risc de patir desnutrició i finalment establir el perfil de persones que es podrien beneficiar d'una intervenció infermera educativa de promoció i prevenció de la desnutrició.

Paraules clau: prevalença, desnutrició i qualitat

ENGLISH

Prevalence of malnutrition and risk of malnutrition in non-institutionalized elderly frail patients BHA.

Introduction: The WHO (World Health Organization) expects that between 2015 and 2050, the proportion of people worldwide over age 60 will increase exponentially representing an increase of 12% to 22%. In this context, care for aging requires rethinking that puts quality as the main core to ensure people-centred care and the effectiveness of the practice. That is why we need studies that support nursing interventions and provide assessment tools.

Objective: To determine the prevalence of malnutrition and / or at risk of malnutrition in frail elderly people not institutionalized at ABS of Blanes.

Methodology: Observational, analytical and prospective study in non-institutionalized elderly population fragile at ABS of Blanes. Malnutrition and risk of malnutrition will be assessed with the Mini Nutritional Assessment (MNA®). Secondary variables: age, gender, financial resources, presence of caregiver, use of devices for eating, difficulty eating, degree of dependence for BADL and ADLS, cognitive impairment and the presence of depression.

Discussion: The analysis of the prevalence of malnutrition and risk of malnutrition will help us to know the magnitude of the problem. The statistical analysis will allow determining the factors that may be associated with the risk of malnutrition, and finally establish the profile of people who could benefit from an intervention nursing education promotion and prevention of malnutrition.

Keywords: prevalence, malnutrition and quality

CASTELLANO

Prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrición en pacientes geriátricos frágiles no institucionalizados de la ABS de Blanes

Introducción: La OMS prevé que entre el 2015 y el 2050, la proporción mundial de personas con más de 60 años de edad se incrementará representando un aumento del 12% al 22%. En éste contexto, la atención al envejecimiento requiere un replanteamiento que sitúe la calidad como eje central para poder garantizar la atención centrada en las personas y la efectividad. Por eso, es necesario realizar estudios que fundamenten las intervenciones enfermeras y aporten herramientas de evaluación.

Objetivo: Determinar la prevalencia de desnutrición y/o riesgo de desnutrición en personas geriátricas frágiles no institucionalizadas de la ABS de Blanes.

Metodología: Estudio observacional, analítico y prospectivo en población geriátrica frágil no institucionalizada de la ABS de Blanes. La desnutrición y el riesgo de desnutrición se evaluarán mediante el Mini Nutricional Assessment (MNA®). Las otras variables que se valorarán son: edad, sexo, recursos económicos, presencia de cuidador/a, uso de dispositivos para comer, dificultades para la ingesta, grado de dependencia para las ABVD y AIVD, grado de deterioro cognitivo y presencia de depresión.

Discusión: El análisis de la prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrición nos ayudará a conocer la magnitud del problema. El análisis estadístico permitirá determinar qué factores se pueden asociar al riesgo de padecer desnutrición y finalmente establecer el perfil de personas que se podrían beneficiar de una intervención enfermera educativa de promoción y prevención de la desnutrición.

Palabras clave: prevalencia, desnutrición y calidad

SUMARI

1. INTRODUCCIÓ.....	8
1.1 Motius personals d'elecció del tema	8
1.2 Bases de dades emprades i l'estratègia de cerca	8
1.3 Antecedents i estat actual del tema.....	10
1.4. Marc teòric.....	14
1.4.1 Contextualització del treball segons el paradigma infermer.....	14
1.4.2 Justificació de la importància de l'estudi per la pràctica infermera	15
1.5 Pregunta d'investigació	16
1.6 Objectius.....	16
2. METODOLOGIA.....	17
2.1. Disseny.....	17
2.2 Població i àmbit d'estudi	17
2.2.1 Criteris d'inclusió.....	18
2.2.2 Criteris d'exclusió.....	18
2.2.3 Estratègia de mostreig i mida de la mostra	18
2.3 Descripció de variables i instruments.....	19
Taula 3. Fitxes d'indicadors de qualitat	20
2.4 Metodologia.....	25
2.5 Anàlisi de dades.....	25
2.6 Aspectes ètics i jurídics.....	26
2.7 Limitacions de l'estudi.....	26
2.8 Cronograma i planificació dels recursos	26
3. RESULTATS ESPERATS I IMPLICACIONS PER LA PRÀCTICA INFERMERA	28
4. REFLEXIÓ DEL GRAU DE SATISFACCIÓ AMB LA COMPETÈNCIA ADQUIRIDA	28
5. AUTOAVALUACIÓ DELS RESULTATS DE L'APRENENTATGE.....	29

6. PUNTS FORTS I FEBLES DEL PROCÉS D'ELABORACIÓ.....	30
7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	31
8. ÍNDEX ALFABÈTIC	33
ANNEXOS	34
Annexe 1	34
Annexe 2	35
Annexe 3	36
Annexe 4	37
Annexe 5	38

1. INTRODUCCIÓ

1.1 Motius personals d'elecció del tema

Aquests anys d'estudi acadèmic i pràctica infermera m'han fet replantejar varies qüestions d'interès que m'inquieten. He pogut solucionar i treballar les meves inquietuds en diferents ocasions mitjançant diverses dinàmiques: cerca de bibliografia, seminaris, estades pràctiques i realització de diaris reflexius i treballs; però hi ha dues qüestions que segueixen mantenint el meu interès a alts nivells, sobretot pel context sanitari actual: la gestió i la qualitat.

Per una banda, se'm genera el dubte sobre com s'hauran de gestionar els recursos sanitaris per fer front al ràpid creixement demogràfic de persones grans per tal d'oferir una atenció assistencial integral i de qualitat. D'altra banda, se'm planteja la inquietud sobre les estratègies o mesures que es requereixen per oferir una qualitat assistencial adequada afavorint el paper autònom, participatiu i actiu dels professionals d'infermeria en la gestió de la qualitat.

Per tot això, em plantejo poder fusionar ambdues qüestions en un treball on la qualitat sigui l'eix vertebrador.

A més, darrerament he estat a hospitals de dia realitzant estades pràctiques i se m'han presentat qüestions respecte al manteniment i als indicadors de qualitat que poden ajudar a encaminar els plans i estratègies. He trobat escasses evidències respecte a la qualitat ambulatoria o en centres de dia i em resulta interessant extrapolar el concepte de qualitat en aquests contextos.

És per això que em situo en l'àmbit de la qualitat i la geriatria i em plantejo estudiar un tema que estigui directament relacionat amb la millora de la qualitat assistencial en persones grans i on el paper d'infermeria sigui especialment important: la desnutrició.

1.2 Bases de dades emprades i l'estratègia de cerca

Per a la cerca d'informació estableixo els següents criteris de cerca:

Criteris d'inclusió:

- Base de dades biomèdiques: Cuidatge, PubMed (Medline), Google académico.
- Altres bases de consulta: OMS, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Sociedad Española de Nutrición Parenteral i Enteral (SENPE), Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), Insitut d'Estadística de Catalunya, Instituto Nacional d'Estadística de España. Sociedad Española de Geriatria i Gerontologia.

- Límits de la cerca:

Article types: Clinical Trial, Review, Clinical Study and Books and Documents

Text availability: Free full text or full text

Publication dates: 5 years (exceptuant documents i teories clàssiques)

Species: Humans

Languages: Spanish and English

Criteris d'exclusió:

- Data del document bibliogràfic [2010 – 2016] amb excepció de documents i teories clàssiques

Realitzo una selecció bibliogràfica en base als criteris establerts prèviament. Cerco poca informació i realitzo una selecció mitjançant fitxes bibliogràfiques que em permeten detectar qüestions d'interès i extreure informació.

Després de la primera cerca i selecció, realitzo lectura completa dels articles.

A la **Taula 1** s'indiquen els resultats finals de la cerca.

Taula 1. Estratègia de cerca bibliogràfica			
Base de Dades	Paraules Clau i metodologia	Nombre d'articles cercats	Nombre d'articles seleccionats
Cuidatge	Nutrition Cribatge Assesment Evaluació Nutricional	12	5
PubMed	Nutrition Older Adults Nutrition older adults AND (free full text[<i>sb</i>] AND "last 5 years"[<i>PDat</i>] AND Humans[<i>Mesh</i>] AND (English[<i>lang</i>] OR Spanish[<i>lang</i>])) Assessment nutritional Assessment nutritional AND (free full text[<i>sb</i>] AND "last 5 years"[<i>PDat</i>] AND Humans[<i>Mesh</i>])	1286/ 1598	2
Google Acadèmic	Paradigmas enfermeria Frailty older adults Desnutrición geriatría	110/136/32	7
OMS	Envejecimiento Older Adults	43 /29	2
Departament de Salut Generalitat de Catalunya	Geriatría Demografia	19	2

Desnutrició en pacients fràgils

Sociedad Española de Nutrición Parenteral i Enteral (SENPE)	Documentos de Consenso - Valoración nutricional	10	2
Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)	Calidad asistencial	13	2
Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT)	Demografia i envelliment	8	2
Instituto Nacional de Estadística de España	Demografia Poblacion	4	1
Sociedad Española de Geriatria i Gerontologia	Dependencia Valoración Nutricional	17/10	1

1.3 Antecedents i estat actual del tema

Dades sociodemogràfiques

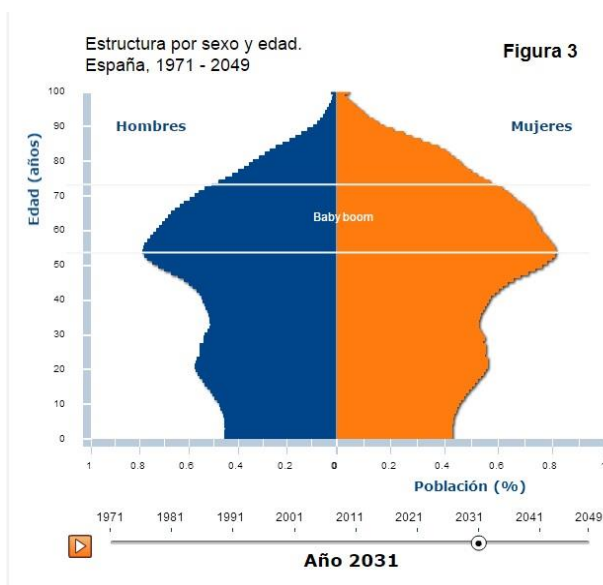
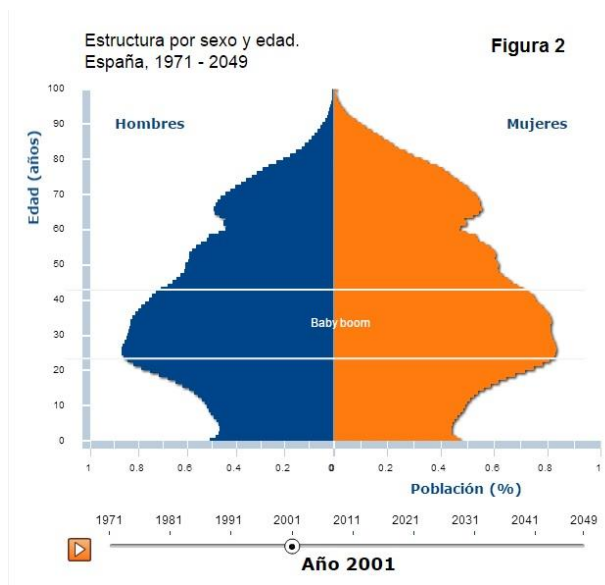
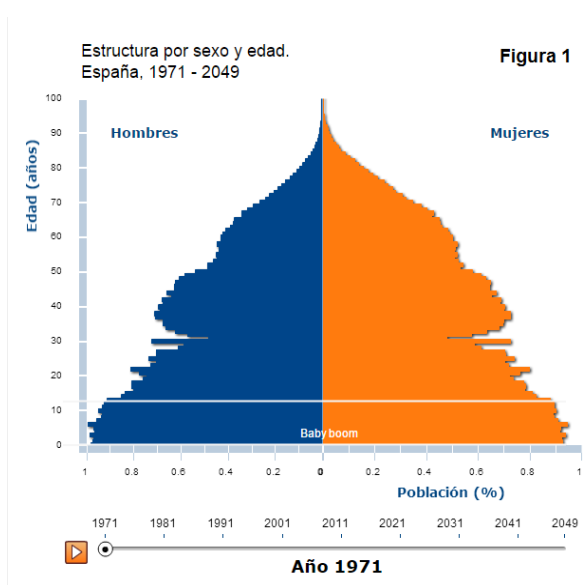
La Organització Mundial de la Salut (OMS) preveu que, entre el 2015 i el 2050, la proporció mundial de persones amb més de 60 anys d'edat s'incrementarà exponencialment passant dels 900 als 2000 milions, el que representarà un augment del 12% al 22%¹.

Aquesta tendència és el resultat d'una baixada en l'índex de natalitat i de l'augment de l'esperança de vida com a conseqüència, ambdós, del context social, històric, polític i econòmic dels darrers anys.

Històricament, cal destacar un esdeveniment rellevant per entendre l'evolució demogràfica: el final de la Segona Guerra Mundial. Entre el 1946 i el 1964 es detecta un augment notable de la natalitat i es defineix un nou fenomen demogràfic: el *baby boom*. Posteriorment, la natalitat ha anat disminuint i si al 1964 a Espanya naixien 694.625 nens i nenes, al 2014 en van néixer 427.595 segons el *Instituto de Estadística d'Espanya*².

És per això que la piràmide poblacional està canviant de tendència i s'està invertint: la natalitat ha disminuït o en els darrers anys s'ha mantingut més o menys estable i la generació del *baby boom* comença a envellir (Figures 1,2,3).

Figures 1,2 i 3. Piràmide de població “Baby boom”



Font de les figures 1, 2, 3: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Gobierno de España.

Catalunya, segueix la tendència mundial i també incrementa el percentatge de població major de 60 anys (Taula 2). Queda palès doncs, que l'atenció a l'envelliment és un repte polític, social i sanitari que cal assumir i replantejar-se.

Taula 2. Dades de població de Catalunya

Catalunya. 2014 Altres anys ▼ ▶

	Valor			Percentatge (%)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
De 0 a 19 anys	1.525	1.522	1.526	20,39	20,47	20,55
De 20 a 39 anys	2.106	2.015	1.944	28,16	27,11	26,19
De 40 a 59 anys	2.140	2.164	2.196	28,62	29,11	29,58
De 60 a 79 anys	1.298	1.309	1.322	17,35	17,61	17,81
De 80 anys i més	410	425	436	5,49	5,71	5,87
Total	7.479	7.434	7.425	100	100	100

Unitats: Milers de persones.

Font: Idescat. Estimacions de població.

Població geriàtrica i pacient fràgil

La població geriàtrica inclou diferents col·lectius o grups, des del punt de vista de l'atenció sanitària, que han estat classificats segons diferents criteris per tal de poder garantir la màxima qualitat assistencial.

En el món occidental, segons la *Asociación Española de Geriátria y Gerontología* existeixen dues formes de definir adequadament aquesta població³:

- Sota criteris de fragilitat de la persona. Sol ser a partir dels 80 anys.
- A partir dels 65 anys d'edat amb presència de signes d'alarma: pèrdua de memòria, depressió, alteracions de la marxa/equilibri, existència de caigudes, pèrdua de pes, pèrdua de força o pèrdua funcional recent i comorbiditat important.

Tot i així, l'any 1995 s'arriba a un consens per definir el "pacient geriàtric" en el que la persona és susceptible de rebre assistència geriàtrica especialitzada quan compleix tres o més dels següents criteris: major de 75 anys, presència de patologia crònica o reaguditzada amb tendència a la incapacitat, pluripatologia, existència de problemes psíquics acompanyants o predominants i/o relació del seu estat de salut amb problemàtica social o familiar⁴.

Segons la definició de la terminologia de la cronicitat del Termcat, el pacient fràgil és una persona que té disminuïts el rendiment físic i la capacitat funcional o cognitiva com a conseqüència de canvis fisiopatològics relacionats amb l'augment de l'edat, amb la concurrència de problemes de salut crònics i d'estils de vida determinats, i que és vulnerable o es troba en risc de patir problemes de salut greus⁵.

Generalment, els dèficits en aquesta fragilitat es manifesten a nivell funcional, cognitiu i nutricional. Per tant, per tal de determinar la fragilitat d'un pacient en el context de la salut, cal considerar molts dominis o dimensions, abordar els problemes de salut de forma integral i no perdre de vista la individualitat de les persones.

Desnutrició en pacients fràgils

El consens professional és el que ens ajudarà a oferir una assistència de qualitat, en la que la planificació de les cures infermeres estigui dotada d'uns fonaments i criteris ben establerts, millorant alhora l'eficiència del sistema sanitari.

Eines de cribatge en el pacient fràgil

Clàssicament, el concepte de pacient fràgil ha estat considerat una entitat clínica multidimensional. Això ha fet que sovint el seu l'abordatge s'hagi realitzat des d'un punt de vista sindròmic fins arribar al concepte de "síndrome de fragilitat".

Per detectar i intervenir sobre la població fràgil, serà necessari identificar la fragilitat realitzant un bon cribatge i una valoració integral correcta.

Un dels aspectes previs més importants és establir els criteris de consens per definir la població diana en el cribatge de fragilitat. El Departament de Salut de Catalunya⁶ proposa realitzar el cribatge a totes les persones de ≥ 80 anys i a les persones d'entre 65 i 80 anys amb signes d'alarma (a nivell funcional, cognitiu o nutricional).

Una de les primeres intervencions en la detecció del nivell de fragilitat és la realització d'una valoració geriàtrica integral (VGI) en la que es contemplen diferents dimensions (clínica, funcional, mental, social, nutricional, síndromes geriàtrics i qualitat de vida). Per realitzar aquesta valoració existeixen multitud de tests i escales funcionals específics i genèrics⁷.

Pel que fa a les eines de cribatge de fragilitat, la més recomanada a nivell teòric és la dels Criteris de Fried, entre els que es contemplen la presència de pèrdua de pes, poca força muscular, cansament, lentitud en la marxa i baix grau d'activitat física. La presència d'aquests criteris classifica la situació de fragilitat de les persones en 3 nivells de fragilitat: no fràgil (cap criteri), pre-fràgil (1-2 criteris) i fràgil (3 o més criteris)⁸.

Aquesta mesura ha resultat útil en el cribatge poblacional de persones en situació de pre-fragilitat i fragilitat i per tant, ens pot servir d'eina per identificar situacions de risc que podem abordar amb accions preventives beneficioses. Tot i així, a la pràctica existeixen alternatives més factibles i més utilitzades com les escales funcionals o el *Gérontopole Frailty Screening Tool* (GFST)⁹.

Estat nutricional i pacient fràgil

L'any 2009, en la Declaració de Praga, diferents representants sanitaris van arribar a concloure que existeix una estreta relació entre les malalties i la desnutrició, mostrant així la desnutrició com un problema urgent de salut pública a Europa¹⁰.

Segons Wanden C la desnutrició és "*el resultado fisiopatológico de una ingesta insuficiente de alimentos para cubrir los requerimientos de energía y nutrientes, también puede responder a procesos en los que la capacidad de absorción está disminuida o a defectos metabólicos en los que existe una inadecuada utilización biológica de los nutrientes consumidos*"¹¹.

En totes les valoracions del pacient fràgil es té en compte el nivell nutricional, tot i així les dades publicades sobre l'estat nutricional d'aquests pacients son del context hospitalari, sovint d'àmbits restringits i mostren resultats que ens donen una idea aproximada de la magnitud del problema.

L'any 2010, la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) va realitzar l'estudi PREDYCES®. En els seus resultats, els autors assenyalaven que, segons criteris del test de cribatge NRS 2002, el 23% dels pacients ingressats en un hospital espanyol estan en risc de desnutrició i en els pacients majors de 70 anys augmenta el risc nutricional. Tant a l'ingrés com a

Desnutrició en pacients fràgils

l'alta, la major prevalença de desnutrició es va concentrar en els pacients majors de 85 anys arribant fins a un 47% de desnutrició a l'ingrés i un 50% a l'alta¹².

Amb aquests resultats els autors evidenciaven l'alta prevalença de desnutrició en la gent gran institucionalitzada i l'augment del risc amb l'edat.

En l'àmbit d'atenció primària el nivell d'evidències científiques també és escàs. Una de les eines de cribatge més utilitzades és el test MNA (Mini Nutritional Assessment). Es tracta d'una eina que classifica l'estat nutricional de la persona en 3 categories: desnutrició, risc de desnutrició i bon estat nutricional. Existeix una versió llarga, que es complimenta en 10-15 minuts i una versió curta que s'administra en 3 minuts i que té una sensibilitat del 85% i una especificitat del 84%¹³.

Tot i la utilització d'aquest test de cribatge i l'anàlisi d'altres paràmetres antropomètrics, immunològics i hormonals, encara existeixen molts pacients geriàtrics als quals se'ls detecta desnutrició que, a més, sol ser severa.

En el pacient geriàtric fràgil, cal identificar els factors que son modificables. En aquest sentit, és comú trobar alteracions funcionals que dificulten la deglució o la pràctica alimentària, com la presència de disfàgia, la utilització de dentadura postissa o la utilització de sondes nasogàstriques o gastrostomies endoscòpiques percutànies.

A més, la dieta és un dels factors modificables que tenim més a l'abast per prevenir i millorar algunes malalties (HTA, DM, dislipèmia, colesterol). En referència als factors modificables, es requereix un abordatge de qualitat per tal de garantir la major efectivitat possible considerant que aquest últim terme requereix un consens en relació als indicadors que segons la SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial) permetin avaluar el nivell d'utilització de procediment de treball sobre els que hi ha evidència de la seva relació amb la efectivitat clínica i el grau de consecució de resultats en salut¹⁴.

Per tant, existeix un problema de fons que mereix ser investigat per determinar les estratègies de qualitat assistencial que son necessàries per millorar l'atenció en l'estat nutricional dels pacients i, per tant, la seva qualitat de vida.

1.4. Marc teòric

1.4.1 Contextualització del treball segons el paradigma infermer

Segons el Diccionari del Institut d'Estudis Catalans un paradigma és *“una teoria de la ciència, model d'investigació d'una disciplina científica dominant en un determinat període”*. Per tant, en qualsevol treball o estudi, cal acotar el model i marc teòric sobre el qual es construeix ja que ajuda a contextualitzar diferents qüestions en la disciplina, en aquest cas, infermera.

La investigació infermera cerca el compliment de diferents objectius entre els que vull remarcar l'augment de coneixements per adaptar-se a situacions concretes, l'actuació de manera cost-efectiva, la disposició d'evidència per recolzar la petició de recursos i la defensa de la disciplina infermera.

Aquest treball té un enfocament quantitatiu ja que pretén aclarir hipòtesis des del punt de vista causal i tenint molt en compte el control de les variables i la mesura dels resultats que se'n extreuen. Cook i Reichardt (1997)¹⁵ defineixen diferents atributs que provenen de cadascun dels paradigmes i tenint en compte aquests aclariments, podem contextualitzar aquest estudi en el paradigma quantitatiu pel que fa a metodologia ja que està vertebrat per un positivisme lògic que pretén cercar causes de fenòmens socials des d'un punt de vista objectiu on cal una mediació estructurada i de control des d'una perspectiva aliena a la subjectivitat de les dades. Aquest estudi, a més, està orientat a la obtenció de resultats fiables conformats per dades sòlides i repetibles, està orientat a la comprovació i a la hipòtesis deductiva.

Desnutrició en pacients fràgils

Les característiques de la investigació quantitativa en comparació amb la qualitativa es resumeixen a la Taula 2.

En el paradigma de la transformació, concretament M. Leininger crea la Teoria de la diversitat i universalitat de les cures culturals en infermeria entenen la cultura com a models sistematitzats i valors de la vida de les persones que influeixen en les seves decisions i accions. Per tant, tenint en compte que la cerca de la qualitat infermera inclou les expectatives dels pacients i es centra en la millora de qualsevol aspecte en benefici a l'atenció assistencial cap a les persones, queda palès la importància d'entendre i valorar aquests models i valors de vida de cada individu¹⁶.

Taula 2. Diferències entre investigació quantitativa i qualitativa

		Quantitative	Qualitative
(1)	Role of qualitative research	Preparatory	Means to exploration of actors interpretations.
(2)	Relationship between researcher and subject	Distant	Close
(3)	Researcher's stance in relation to subject	Outsider	Insider
(4)	Relationship between theory/ concepts and research	Confirmation	Emergent
(5)	Research strategy	Structured	Unstructured
(6)	Scope of finding	Nomothetic	Ideographic
(7)	Image of social reality	Static and external to actor	Processual and socially constructed by actor
(8)	Nature of data	Hard, reliable	Rich, deep

Font: Angel Baquero, Sergio, & Barrero Escobar, Fredy Andrés. (2013). *La ciencia política y sus métodos: Una comparación de los programas de ciencias sociales en Colombia*. *Coherencia*, 10(19), 207-234. Retrieved February 08, 2016, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-58872013000200008&lng=en&tlng=es.

1.4.2 Justificació de la importància de l'estudi per la pràctica infermera

La desnutrició és un problema urgent de salut pública a Europa. En l'àmbit de les polítiques sanitàries cal reconsiderar el context demogràfic de la població geriàtrica com un desafiament per garantir la qualitat assistencial. Per això, són necessaris indicadors i estratègies de qualitat que avaluin i permetin modificar els mecanismes d'actuació amb l'objectiu de millorar l'atenció assistencial en referència a l'estat nutricional dels pacients geriàtrics fràgils no institucionalitzats. La qualitat de vida és un dret que els professionals d'infermeria he de garantir juntament amb altres professionals i polítiques sanitàries afavoridores. Actualment, l'esperança de vida ha augmentat i la població geriàtrica inclou un gran nombre de persones.

A més, a causa de l'augment de l'esperança de vida i altres factors socials, econòmics i culturals; cada cop hi ha més persones que es troben en una situació de salut amb criteris de fragilitat.

Desnutrició en pacients fràgils

Concretament, aquest estudi es centra en l'estat nutricional de les persones considerades “pacients fràgils” segons criteris establerts. En matèria de qualitat i assistència comunitària, cal detectar els factors modificables per tal de realitzar intervencions que puguin afavorir a l'estat de salut de la persona. A més, tenint en compte el paradigma infermer que contextualitza aquest estudi, considero que és important que les persones puguin prendre partit en la seva pròpia salut en la mesura del que sigui possible.

Aquest estudi, pretén ser una eina de cribatge que ajudi a identificar pacients en situació de fragilitat que presentin risc de desnutrició. Detectar el risc de desnutrició pot resultar molt beneficiós per realitzar les intervencions preventives correctes i per dur a terme una valoració continuada que eviti situacions de desnutrició. Cal considerar, que en les persones amb criteris de fragilitat hi ha moltes variables que intervenen en l'estat nutricional i és per això que serà molt important establir aquestes variables per tal de detectar els pacients que presentin major risc de desnutrició. D'aquesta manera, els professionals d'infermeria podrem realitzar un abordatge infermer de qualitat mitjançant indicadors que ens permetin avaluar i assegurar l'efectivitat de les activitats.

Tot i la repercussió de la desnutrició en l'estat de salut de les persones, actualment no disposem de prou dades que ens ajudin a quantificar la magnitud del problema en el pacient fràgil no institucionalitzat. En aquest nou context, s'inclouen processos complexos i multidisciplinaris, pels que serà necessari un nou enfocament i els professionals d'infermeria tenim el repte de fer un abordatge integral en aquests pacients amb unes cures infermeres de qualitat.

1.5 Pregunta d'investigació

Quina és la prevalença de risc de desnutrició en pacients fràgils no institucionalitzats a l'ABS de Blanes?

1.6 Objectius

Objectiu general

Determinar la prevalença de desnutrició en persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades de l'ABS de Blanes.

Objectius específics

- Conèixer la prevalença de persones geriàtriques fràgils que s'atenen a l'ABS de Blanes.
- Conèixer la prevalença de risc de desnutrició en les persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades que s'atenen a l'ABS de Blanes.
- Avaluar l'associació entre les característiques sociodemogràfiques i l'estat de salut general amb la desnutrició en les persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades que s'atenen a l'ABS de Blanes.
- Determinar els diferents perfils de persones que s'han d'incloure en els cribatges de desnutrició.

2. METODOLOGIA

2.1. Disseny

Estudi observacional, descriptiu, analític i prospectiu

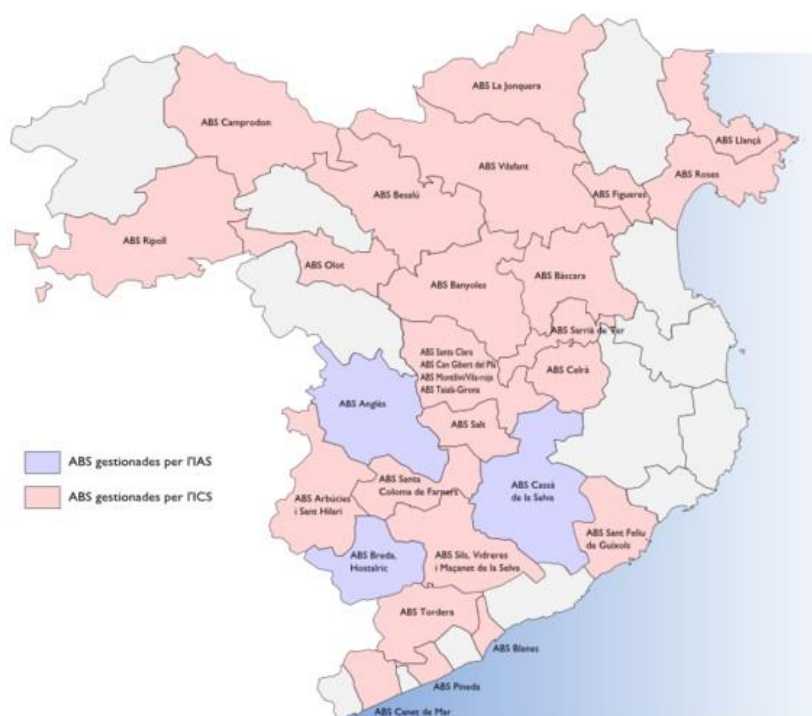
El motiu per escollir aquest tipus de disseny ha estat que la finalitat que es persegueix és descriure i quantificar els factors que s'associen al problema de salut de la desnutrició en un moment determinat, sense plantejar cap tipus d'intervenció inicial.

2.2 Població i àmbit d'estudi

La població d'estudi la configuren les persones geriàtriques no institucionalitzades de l'ABS de Blanes que durant el període de recollida de dades tinguin alguna visita, que compleixin amb els criteris de selecció i que acceptin participar en l'estudi.

L'ABS de Blanes es gestionada per l'ICS on els Equips d'Atenció Primària (EAPs) ofereixen assistència a dos Centres d'Atenció Primària (CAPs) que atenen a una població de 39.132 persones, segons dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (2015).

Mapa d'ABS i centres



Font electrònica: <http://www.icsgirona.cat/ca/primaria/caps>

2.2.1 Criteris d'inclusió

- Homes i dones de >80 anys o persones de 65-80 anys amb signes d'alarma a nivell funcional, cognitiu o nutricional.
- Persones amb criteris de pre-fragilitat o fragilitat de Fried⁸:
 - Presència de pèrdua de pes
 - Poc força muscular
 - Cansament
 - Lentitud a la marxa
 - Baix grau d'activitat física

Sense fragilitat (cap criteri), Pre-fràgil (1 o 2 criteris), Fràgil (3 o més criteris)

Tot i que hi ha altres maneres de mesurar la fragilitat, com les escales funcionals, la Valoració Geriàtrica Integral i la *Gérontopole Frailty Screening Tool*⁶, per aquest estudi considero que aquesta és una bona forma de mesurar la fragilitat tenint en compte que a la resta de valoracions per realitzar un cribatge de la fragilitat la valoració de la dimensió nutricional em resulta poc acorada. En aquest estudi em centraré especialment en els **criteris de Fried** per realitzar el cribatge poblacional tot i que com a professional d'infermeria contemplaré la resta de valoracions per tal d'oferir una atenció assistencial integral i de qualitat.

Els criteris de Fried contemplen cinc punts que estan directament relacionats amb l'estat nutricional i per tant, d'entrada el cribatge ja seria més acorat. A banda, a nivell preventiu ens ofereix la possibilitat de detectar criteris de pre-fragilitat i per tant, ens permet poder realitzar intervencions infermeres de prevenció en benefici de la salut i la qualitat de vida.

- Persones que resideixin al seu domicili
- Persones que disposin d'un familiar o cuidador amb capacitat de poder respondre a preguntes, en cas que el pacient no pugui fer-ho

2.2.2 Criteris d'exclusió

- Deteriorament cognitiu que no permet la comunicació
- No entendre ni parlar cap dels idiomes oficials de Catalunya o l'anglès
- Persones que assisteixin a un centre de dia

2.2.3 Estratègia de mostreig i mida de la mostra

Es realitzarà un mostreig no probabilístic i consecutiu fins aconseguir el total de la mostra necessari. Per una població de 20000 persones geriàtriques no institucionalitzades que acudeixen a l'ABS de Blanes, una mostra de 121 individus serà suficient per estimar, amb una confiança del 95% i una precisió del 10%, un percentatge poblacional de persones geriàtriques amb desnutrició que es preveu que sigui proper al 50%. El percentatge de pèrdues calculat ha estat del 20%.

El càlcul de la mida de la mostra ha estat realitzat mitjançant el programa de Software públic – GRANMO®

2.3 Descripció de variables i instruments

- **Variable principal: Desnutrició.** En aquest estudi s'avaluarà la prevalença de desnutrició i la prevalença de risc de desnutrició.
- Prevalença de desnutrició= número de persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades amb desnutrició/Total de persones geriàtriques fràgils visitades i avaluades en algun CAP de l'ABS de Blanes*100.
- Prevalença de risc desnutrició= número de persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades amb risc de desnutrició/Total de persones geriàtriques fràgils visitades i avaluades en algun CAP de l'ABS de Blanes*100.

S'utilitzarà el Mini Nutricional Assessment (MNA®).(annex 1) Es tracta d'un qüestionari validat en persones més grans de 65 anys que inclou 3 elements d'estat nutricional juntament a preguntes específiques de l'edat.

En el cas de l'escala de valoració s'utilitza el terme “malnutrició” però a l'estudi l'anomenarem “desnutrició” per acord conceptual.

El test de cribratge té una puntuació de 0 a 14 punts, en el que una puntuació de 0 a 7 indica desnutrició, una puntuació de 8 a 11 indica risc de desnutrició i una puntuació de 12 a 14 indica un estat nutricional normal. Si la puntuació de l'avaluació de cribratge és igual o inferior a 11 es completarà el qüestionari per obtenir informació precisa de l'estat nutricional. La puntuació d'aquesta part oscil·la de 0 a 16 punts.

La puntuació global del qüestionari té un rang de 0 a 30 punts. Una puntuació de menys de 17 punts indica desnutrició, una puntuació de 17 a 23.5 indica risc de desnutrició i una puntuació de 24 a 30 punts indica un estat nutricional normal.

Com a eina d'avaluació de la qualitat per l'avaluació de la prevalença de desnutrició i del risc de desnutrició, he dissenyat dues fitxes d'indicadors de qualitat (**Taula 3**).

Taula 3. Fitxes d'indicadors de qualitat

Indicador 1.1.	Prevalença de desnutrició en persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades
Dimensió	Efectivitat
Tipus d'indicador	Resultat
Fórmula	Número de persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades que pateixen desnutrició/Total de persones geriàtriques fràgils visitades i avaluades en algun CAP de l'ABS de Blanes*100
Estàndard	L'any 2010, la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) va realitzar l'estudi PREDYCES®. En els seus resultats, els autors assenyalaven que, segons criteris del test de criatge NRS 2002, el 23% dels pacients ingressats en un hospital espanyol estan en risc de desnutrició i en els pacients majors de 70 anys augmenta el risc nutricional. Tant a l'ingrés com a l'alta, la major prevalença de desnutrició es va concentrar en els pacients majors de 85 anys arribant fins a un 47% de desnutrició a l'ingrés i un 50% a l'alta.
Explicació de termes	<p>Persones no institucionalitzades: Persones que resideixen al domicili i que no assisteixen a cap centre de dia</p> <p>Desnutrició: Puntuació global del Mini Nutricional Assessment (MNA®) <17 (pàgina 17)</p> <p>Persones geriàtriques: Persones que tenen més de 80 anys o persones que tenen més de 65 anys i pateixen algun signe d'alarma: pèrdua de memòria, depressió, alteracions de la marxa/equilibri, existència de caigudes, pèrdua de pes, pèrdua de força o pèrdua funcional recent i comorbiditat important.</p> <p>Persones fràgils: Persones geriàtriques que compleixin 3 o més criteris de Fried.(pàgina 17)</p>
Interpretació del resultat	Les dades es presentaran amb la "n" (nombre total de casos) i el % (percentatge). Si la puntuació global del MNA és< 17 punts indica desnutrició
Justificació	En qualsevol àmbit és important tenir un foto actualitzada sobre l'estat nutricional d'una població vulnerable com son les persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades. A partir de la realitat que ens trobem, les infermeres podem fer propostes d'intervencions que posteriorment es puguin avaluar.
Tipus d'estudi	Prevalença
Població / Mostra	Persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades.
Font d'informació/ Tècnica de recollida	Font d'informació: pacients o familiars Tècnica de recollida: Qüestionari de nutrició MNA
Freqüència de seguiment	Semestral

Responsable Avaluació	Professional d'infermeria responsable de l'estudi
Referències Bibliogràfiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termcat.cat [Internet]. Catalunya. Generalitat de Catalunya; Departament de Salut; TERMCAT, Centre de Terminologia; [actualitzada el 2013; citada 20 de gener del 2016]. Disponible a: http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/160/Cerca/. 2. Mini Nutricional Assessment (MNA®) - Annexe 1 3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56: M146 – M156. 4. Wanden-Berghe C, Camilo M^a E, Culebras J. Y Red de Malnutrición en Ibero-américa del Programa de Ciencia y tecnología para el Desarrollo (RED-MEL-CYTED). Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. Nutr. Hosp. [online]. 2010, vol.25, suppl.3, pp. 1-9. ISSN 0212-1611. 5. Planas Vila M, Álvarez Hernández J, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S, León Sanz M, García-Lorda P. et al. The burden of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES® study. Nutr. Hosp. [Internet]. 2010 Dic [citado el 8 de Febrero del 2016] ; 25(6): 1020-1024. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112010000600019&lng=es.

Indicador 1.2.	Prevalença de risc de desnutrició en persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades
Dimensió	Efectivitat
Tipus d'indicador	Resultat
Fórmula	Número de persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades amb risc de desnutrició/Total de persones geriàtriques fràgils visitades i avaluades en algun CAP de l'ABS de Blanes*100
Estàndard	L'any 2010, la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) va realitzar l'estudi PREDYCES®. En els seus resultats, els autors assenyalaven que, segons criteris del test de cribatge NRS 2002, el 23% dels pacients ingressats en un hospital espanyol estan en risc de desnutrició i en els pacients majors de 70 anys augmenta el risc nutricional. Tant a l'ingrés com a l'alta, la major prevalença de desnutrició es va concentrar en els pacients majors de 85 anys arribant fins a un 47% de desnutrició a l'ingrés i un 50% a l'alta.
Explicació	<p>No institucionalitzades: Persones que resideixen al domicili i que no assisteixen a cap centre de dia</p> <p>Geriàtriques: Persones que tenen més de 80 anys o persones que tenen més de 65 anys i pateixen algun signe d'alarma: pèrdua de memòria, depressió, alteracions de la marxa/equilibri, existència de caigudes, pèrdua de pes, pèrdua de força o pèrdua funcional recent i comorbiditat important.</p> <p>Persones fràgils: Persones geriàtriques que compleixin 3 o més criteris de Fried. (pàgina 17)</p> <p>Risc de desnutrició: Puntuació global del Mini Nutricional Assessment (MNA®) 17-23.5 punts (pàgina 17)</p>
Interpretació del resultat	<p>Les dades es presentaran amb la "n" (nombre total de casos) i el % (percentatge).</p> <p>Si la puntuació global del MNA és de 17 a 23.5 punts indica risc de desnutrició</p>
Justificació	En qualsevol àmbit és important tenir un foto actualitzada sobre l'estat nutricional d'una població vulnerable com son les persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades. A partir de la realitat que ens trobem, les infermeres podem fer propostes d'intervencions que posteriorment es puguin avaluar.
Tipus d'estudi	Prevalença
Població / Mostra	Persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades
Font d'informació / Tècnica de recollida	<p>Font d'informació: pacients o familiars</p> <p>Tècnica de recollida: Qüestionari de nutrició MNA</p>

Freqüència	Semestral
Responsable Avaluació	Professional d'infermeria responsable de l'estudi
Referències Bibliogràfiques	<p>1. Termcat.cat [Internet]. Catalunya. Generalitat de Catalunya; Departament de Salut; TERMCAT, Centre de Terminologia; [actualitzada el 2013; citada 20 de gener del 2016]. Disponible a: http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/160/Cerca/.</p> <p>2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56: M146 – M156.</p> <p>3. Mini Nutricional Assessment (MNA®) - Annexe 1</p> <p>4. Planas Vila M, Álvarez Hernández J, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S, León Sanz M, García-Lorda P. et al. The burden of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES® study. Nutr. Hosp. [Internet]. 2010 Dic [citado el 8 de Febrero del 2016] ; 25(6): 1020-1024. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112010000600019&lng=es.</p>

▪ Variables secundaries:

- Edat

Per l'estudi s'estratificarà l'edat en dos grups: ≥ 80 anys i de 65 a 80 anys

- Sexe (dones/homes)

Segons un anàlisi que es presenta a la revista *Nutrición Hospitalària* al 2015 ¹⁷ pel que fa a la variable del sexe en persones institucionalitzades, existeix un 72'87% de risc de desnutrició en dones i en homes un 67'34%. Per tant, hi ha una diferència del 5'53% de risc de desnutrició entre dones i homes. És per això, que he contemplat aquesta variable i en especial tenint en compte que el grup de persones de l'estudi no estan institucionalitzats, el fet de ser home o dona podria canviar les dades atès als rols de gènere encara establerts socialment. Per altre banda, a partir de la menopausia, també existeixen problemes d'absorció de nutrients.

- Recursos econòmics per ús propi (pensió ≤ 700 SI/NO)

En el context social i econòmic que vivim, no resulta estrany que existeixin problemes econòmics i situacions socials no desitjables. En aquest cas, també caldrà valorar-ho com a variable.

- Presència de cuidador/a (presència/absència)

Al domicili, el fet de comptar amb la presència de un cuidador/a, pot ser una variable que hipotèticament redueixi el risc de desnutrició però caldrà valorar-ho.

- Grau de dependència per les ABVD i AIVD. Les escales de valoració funcional prenen més pes a nivell domiciliari atès a la dinàmica diària. Per aquest estudi s'avaluarà el grau de dependència amb l'escala de Barthel. L'índex de Barthel avalua 10 activitats bàsiques de la vida diària: menjar, bany, cura personal, vestir, ús del WC, continència urinària i fecal, transferències, deambulació i pujar/baixar escales. En el resultat, un 100 implica independència total i un 0 dependència total. De totes maneres, l'escala classifica la dependència en greu (< 45 punts), en moderada (45-60 punts) i lleu ($> 60 = 65$ punts) ([annex 2](#)).

A més s'avaluaran les activitats instrumentals de la vida diària per conèixer la capacitat de la persona per dur a terme unes activitats que li donin independència, com fer la compra, preparar el menjar o prendre medicaments. El grau de dependència en aquestes activitats s'avaluarà amb l'Índex de Lawton i Brody que valora 8 activitats instrumentals de la vida diària puntuant cada ítem amb un 0 si és dependent per realitzar l'activitat o 1 si és independent per realitzar-la. El màxim de punts són 8 i denoten independència per les AIVD ([annex 3](#)).

En aquest cas, l'estudi de *Nutrición Hospitalària* ¹⁷ analitza que en persones que pateixen dependència total segons l'Índex de Barthel tenen un 88'26% de risc de desnutrició i les persones que pateixen dependència moderada un 63'10%. Per tant, caldrà considerar, el grau de dependència.

- Grau de deteriorament cognitiu. S'avaluarà amb el qüestionari de Pfeiffer que és una prova on es realitzen 11 preguntes i s'atribueix un punt per error. Una puntuació de 3 o superior a 3 punts indica deteriorament cognitiu. La classificació del test valora normalitat de 0-2 errors, lleu deteriorament cognitiu de 3-4 errors, moderat deteriorament cognitiu de 5-7 errors i important deteriorament cognitiu de 8 a 10 errors. ([annex 4](#))

En cas de deteriorament cognitiu, l'estat nutricional de les persones pot veure's afectat i per tant, aquesta és una variable a considerar. En l'anàlisi de la revista *Nutrición Hospitalària* ¹⁷ expressen que les persones amb deteriorament cognitiu presenten un 72'30% de risc de desnutrició.

Desnutrició en pacients fràgils

- Presència de depressió. S'avaluarà amb l'escala de depressió geriàtrica de Yessavage que és una escala de valoració que conté 15 preguntes dicotòmiques i la suma de 5 o més de 5 punts refereix depressió geriàtrica. ([annex 5](#))

Considero que la depressió pot ser una variable que influeixi directament en l'estat nutricional dels pacients fràgils no institucionalitzats. Per tant, caldrà realitzar-ne una valoració.

- Us de dispositius per menjar: pròtesi dental (SI/NO), sondes alimentàries (SI/NO)

A la revista *Nutrición Hospitalaria*¹⁷ també s'analitza el tipus de via d'alimentació i s'especifica que en la categoria de "altres vies d'alimentació" respecte la via oral, existeix un 80'22% de risc de desnutrició.

- Dificultats funcionals per la ingesta: disfàgia (SI/NO)

Les dificultats funcionals per alimentar-se són una variable que pot modificar el risc de desnutrició en persones no institucionalitzades amb criteris de fragilitat ja que el procés alimentari s'inicia a la boca i requereix una adequada trituració dels aliments.

2.4 Metodologia

Aquest estudi es realitzarà amb la població geriàtrica no institucionalitzada del ABS de Blanes, que està formada per dos CAP. Les entrevistes es realitzaran després de l'explicació de l'estudi i acceptació en la participació per part dels pacients que seran seleccionats de manera aleatòria i consecutiva tenint en compte els criteris d'inclusió i d'exclusió. Realitzaré les entrevistes durant 4 hores dos dies a la setmana en un despatx del CAP1 i CAP2 fins aconseguir la mida de la mostra desitjada. Fomentaré que es creï un ambient que eviti barreres de comunicació efectiva potenciant estratègies de millora de la comunicació.

Posteriorment la informació serà traspasada a una base de dades degudament elaborada i es procedirà a l'anàlisi de dades per el qual serà necessària la intervenció d'un/a estadista que el realitzi correctament. Finalment, se'n extrauran conclusions per poder dissenyar intervencions infermeres específiques pel grup de persones fràgils no institucionalitzades de major risc de desnutrició.

D'aquesta manera augmentarà la millora de la qualitat mitjançant les seves dimensions: efectivitat en la pràctica, seguretat, atenció centrada en la persona, accessibilitat, continuïtat en l'atenció i ús adequat dels recursos.

2.5 Anàlisi de dades

Per respondre als objectius 2 i 3 es realitzarà un anàlisi descriptiu de totes les variables de l'estudi. En aquest sentit, les variables categòriques com la prevalença de desnutrició i risc de desnutrició, el sexe, la presència de deteriorament cognitiu o depressió, l'ús de dispositius per menjar o les dificultats en la ingesta, es descriuran com a percentatge i nombre de casos. Les variables quantitatives com l'edat i les puntuacions totals de les escales de valoració del deteriorament cognitiu, la depressió i el grau de dependència es presentaran com a mitjanes i desviació estàndard.

Les dades de prevalença es presentaran amb els seus intervals de confiança (IC95%) i es calcularà el risc relatiu (RR).

Per comparar les variables de desnutrició amb les variables sociodemogràfiques i familiars (objectius 4 i 5) s'utilitzaran taules de contingència i les corresponents proves del Xi-quadrat. o el test exacte de Fisher, segons correspongui. Per comparar variables categòriques i quantitatives, s'utilitzarà el test de t o un anàlisi de varianza (ANOVA).

Desnutrició en pacients fràgils

Finalment es realitzarà un anàlisi multivariant per tal d'establir el perfil de persona que es podria beneficiar d'una intervenció infermera dirigida a prevenir la desnutrició. En aquest anàlisi s'inclouran totes les variables que en l'anàlisi bivariant hagin resultat significatives i les que pugin ser clínicament rellevants. S'ha previst realitzar tots els anàlisis amb el programa SPSS (V 21.0), establint un nivell de significació del 5% ($\alpha = 0,05$) i una aproximació bilateral.

2.6 Aspectes ètics i jurídics

L'estudi es durà a terme seguint rigorosament les recomanacions ètiques internacionals per a investigació mèdica en humans. L'investigador principal serà el responsable de garantir que l'estudi es realitzi d'acord amb les normes recollides en la Declaració d'Hèlsinki.

Anteriorment al inici de l'estudi, el Comitè Ètic de referència de l'ABS de Blanes haurà d'aprovar l'estudi. Abans d'incloure a cap persona s'haurà d'explicar, als participants, els objectius de l'estudi i la col·laboració que se'ls demana en un llenguatge entenedor. El possible subjecte participant o familiar hauran de tenir temps per meditar la seva decisió de participar en l'estudi, i tenir l'oportunitat de formular preguntes. Després d'aquesta explicació, i abans d'entrar en l'estudi, el consentiment haurà de quedar adequadament registrat mitjançant la signatura del subjecte o del seu familiar.

Pel que fa a la confidencialitat de les dades de l'estudi se seguirà el que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de "protecció de dades de caràcter personal".

2.7 Limitacions de l'estudi

Una de les principals limitacions de l'estudi està relacionada amb la possibilitat de biaixos. El tipus de mostreig no probabilístic i consecutiu pot donar lloc a un biaix de selecció i d'informació, donat que no hi haurà cap tipus d'aleatorització. En previsió d'aquest biaix s'ha fet un càlcul de mida de la mostra en el que s'han contemplat pèrdues del 20%. En segon lloc, les limitacions pròpies del disseny d'estudi no permeten extrapolar els resultats a altres poblacions.

2.8 Cronograma i planificació dels recursos

PLANIFICACIÓ DE RECURSOS I QUANTIFICACIÓ DETALLADA DE L'AJUDA SOL-LICITADA			
Personal de suport	Anàlisi estadístic de dades Informe estadístic	1 persona	3000 €
Material inventariable	Dispositius informàtics	Ordinadors, programes informàtics, impressores...	2000 €
Material fungible	Material d'oficina	Folis, bolígrafs, còpies dels CRDs ...	500 €
Despeses de viatges	Inscripció i assistència a un congrés nacional		1000 €
TOTAL DE L'AJUDA SOL-LICITADA PEL PROJECTE: 6500 €			

Desnutrició en pacients fràgils

CRONOGRAMA		Previ a l'inici	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09	M10	M11	M12
Protocol d'estudi i aprovació CEIC	EE													
Consentiment informat	EE													
Inclusió de pacients	EE													
Disseny i complementació de la BBDD	EI													
Anàlisi estadístic	EE													
Informe dels resultats	EE													
Presentació dels resultats a l'ABS	PS													
Difusió dels resultats	EI EQ													

EE: Equip d'estudi, EI: Equip d'infermeria, PS: Personal de suport, EQ: Equip de qualitat, PI: Personal d'infermeria

3. RESULTATS ESPERATS I IMPLICACIONS PER LA PRÀCTICA INFERMERA

Aquest estudi pretén calcular la prevalença de desnutrició i el risc de desnutrició en persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades. La població d'estudi és un grup que actualment requereix atenció especial des de diversos àmbits socials atès al gran nombre de persones que el conformen i a l'augment de l'esperança de vida. En aquest sentit, l'estudi espera contribuir, des de la pràctica infermera, a garantir la qualitat assistencial en persones geriàtriques.

La nutrició és una dimensió que està íntimament relacionada amb moltes malalties i a més, posseeix la característica de ser un factor modificable. Per tant, les intervencions infermeres en relació a la nutrició per prevenir o millorar situacions de malaltia són essencials. És per això, que l'estudi també pretén ser una eina que asseguri l'èxit de la pràctica infermera en relació a les intervencions. En aquest sentit, l'estudi aportarà un perfil de pacient molt concret sobre el qual es podran dissenyar, individualitzant, intervencions més acurades i que donin resposta a la realitat estudiada en profunditat.

Conèixer la prevalença de desnutrició o de risc de desnutrició en aquesta població, també permetrà fer una radiografia de la situació actual en relació al estat nutricional en l'ABS de Blanes i relacionar-ho posteriorment amb les variables secundàries, oferirà més eines per conèixer l'estat de salut en relació a la nutrició de les persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades. A més, s'espera obtenir uns resultats en relació a les variables secundàries que permetin determinar amb més precisió quins factors augmenten el risc de patir desnutrició i per tant, l'estudi també conformarà una eina de prevenció.

A nivell de qualitat, l'estudi aporta unes fitxes d'indicadors de qualitat en relació a l'estat nutricional dels pacients contribuint així a la millora de la qualitat assistencial i aportant l'aplicabilitat assistencial de la metodologia d'investigació infermera.

4. REFLEXIÓ DEL GRAU DE SATISFACCIÓ AMB LA COMPETÈNCIA ADQUIRIDA

En l'elaboració d'aquest treball he pogut posar a prova les competències que he adquirit durant els estudis d'infermeria. L'elaboració pròpia d'aquest, també m'ha ajudat a adquirir competències sobretot a nivell d'aplicabilitat de coneixements pel que fa a la metodologia d'investigació infermera. En aquest sentit, el grau de satisfacció ha anat augmentat a mesura que avançava en el treball ja que realitzant l'exercici pràctic he pogut desgranar els coneixements en relació a la metodologia.

Pel que fa referència a l'estratègia bibliogràfica, vull destacar que el meu grau de satisfacció en relació a la competència adquirida també ha anat augmentant en funció de l'elaboració del treball però en el TFG1 van ser necessaris molts esforços. Considero que tot i que coneixem algunes estratègies de cerca no estem acostumats a donar-hi importància en l'elaboració de treballs ni sabem citar-les correctament. Penso que aquesta competència és essencial en el món professional per tal de poder avançar i estar en formació continuada. El treball, ha permès que apliqui els coneixements i sàpiga estructurar les idees per dissenyar un estudi metodològicament correcte. A més, l'elaboració, ha contribuït a que prengui una mirada transversal on els contextos han estat considerats en tot moment.

Desnutrició en pacients fràgils

El fet que m'ha aportat més satisfacció ha estat aconseguir dur a la pràctica assistencial el concepte de qualitat atès que considero que, aquesta, és una competència infermera imprescindible. La matèria impartida sobre qualitat assistencial durant l'estudi d'infermeria, l'estada pràctica (1 setmana) al Programa de Qualitat del Hospital del Mar i l'elaboració d'aquest treball m'han donat més arguments per defensar la qualitat infermera i més eines per entendre-la i dur-la a la pràctica. Considero que aquesta competència permet que la infermeria s'apodori, prengui autonomia i agafi força com a disciplina pròpia. A banda, penso que en l'art de cuidar, la qualitat ha de ser eix vertebrador.

5. AUTOAVALUACIÓ DELS RESULTATS DE L'APRENTATGE

A l'inici de l'elaboració del treball i després del meu recorregut acadèmic, tenia clar els àmbits que volia que sostinguessin el meu treball. Volia que fos una treball on la qualitat sigues l'eix vertebrador però m'interessava situar-lo en el món de la geriatria atès que és un col·lectiu d'especial interès per mi. Posteriorment, vaig pensar un seguit de temes que s'adaptessin a aquestes dues condicions i vaig triar el que oferiria la possibilitat de dissenyar intervencions infermeres en un futur ja que, em va semblar, que d'aquesta manera hi trobaria més aplicabilitat.

Després de formular la hipòtesi en relació a l'estat nutricional de les persones geriàtriques fràgils no institucionalitzades vaig haver de realitzar la cerca bibliogràfica per poder determinar la pregunta de recerca. La utilització correcta de les bases de dades va ser difícil en referència a l'estratègia de cerca i a obtenir la informació per citar-ho correctament. Pel que fa referència a la documentació cercada, tota ella està basada en evidència científica i es regeix per un criteri personal de tria.

Pel que fa a la identificació i argumentació de paradigma disciplinar i d'investigació vaig haver de llegir més material i va resultar més costós identificar i desenvolupar el model que sustenta l'estudi tot i que finalment vaig poder cercar-lo i justificar-lo correctament per a la pràctica i concretament per l'estudi.

En el cas de la formulació d'objectius em va ser fàcil definir-los de manera que orientessin el desenvolupament del meu treball. Per decidir la metodologia més adient als objectius proposats, va ser de gran ajuda la orientació de la tutora conjuntament amb la cerca de exemples de diversos estudis. Per tal d'oferir una visió més real, vaig cercar informació a l'ABS de Blanes per realitzar una bona mida de la mostra i el programa de càlcul de mida de mostra que he conegut amb l'elaboració d'aquest treball m'ha permès realitzar una bona estratègia de mostreig. Pel que fa a la recollida de dades, he especificat de manera concreta com es realitzaran les entrevistes i com s'avaluarà cada variable. En aquest sentit, aquesta part va ser molt enriquidora ja que permet crear des de l'evidència científica i t'ajuda a veure-hi l'aplicabilitat. En l'anàlisi de les dades vaig necessitar molta cerca per entendre els diferents conceptes d'anàlisi i l'orientació de la meua tutora. Considero que l'anàlisi de dades hauria de ser una competència adquirida i en canvi, em va resultar molt difícil.

En l'elaboració del treball, va ser fàcil emmarcar-ho dins un marc ètic i jurídic a nivell teòric tot i que m'agradaria experimentar-ho en l'aplicabilitat. Considero que aquest apartat, dota de rigor científic i esperit humà, el meu treball.

Finalment, l'elaboració d'un cronograma i la planificació de recursos em va resultar més costós ja que considero que és molt aproximat ja que desconec el que m'ocuparia i els costos econòmics que

Desnutrició en pacients fràgils

tindria. Vaig intentar fer un càlcul però desconec si massa acurat atès a la manca d'experiència en l'àmbit d'investigació infermera.

Un cop cercada la metodologia, la planificació del desenvolupament del treball va ser més senzilla atès a que vaig poder anar estructurant el contingut i les idees aconseguint així donar forma al meu treball.

En definitiva, considero que els aspectes que més feina m'han portat i que per tant, cal que millori en un futur tot i que amb l'elaboració d'aquest treball ja he pogut començar a millorar són l'estratègia bibliogràfica, la contextualització del treball en un paradigma, l'elecció de la metodologia i l'anàlisi de dades.

L'elaboració d'aquest treball m'ha permès veure les mancances en referència a la metodologia d'investigació infermera i espero poder tenir la oportunitat de millorar aquests aspectes en un futur per garantir la meua professionalitat i l'autonomia infermera.

6. PUNTS FORTS I FEBLES DEL PROCÉS D'ELABORACIÓ

En el procés d'elaboració d'aquest treball considero que els meus punts febles han estat els següents:

- Estratègia de cerca de bibliografia: Considero que ha sigut molt costós realitzar una bona cerca bibliogràfica, sobretot a nivell d'estratègia. He pogut aprendre, finalment, certes consignes per millorar la cerca bibliogràfica però han calgut molts esforços per garantir la qualitat bibliogràfica del treball.
- Paradigma d'investigació: He hagut de dedicar moltes hores de lectura per emmarcar el treball en un paradigma d'investigació i concretament, per argumentar-ho i relacionar-ho correctament amb el meu estudi.
- Anàlisi de dades: Ha estat dificultós també planificar la forma d'anàlisi de dades ja que he notat que no tinc coneixement suficient en el context de metodologia d'investigació i dur-ho a l'aplicabilitat ha representat un esforç extra.

En el cas dels punts forts, vull destacar els següents:

- Anàlisi de la informació: He pogut relacionar molta informació i seleccionar la que he considerat important per desenvolupar el projecte analitzant els conceptes. La relació de la informació la he dut a terme a través de la lectura i la pràctica reflexiva. Considero que l'exercici de reflexió és un punt fort que em permet relacionar conceptes i extrapolar-los a l'aplicabilitat.
- Definició i aclariment de conceptes de qualitat: A través de bibliografia diversa, m'he centrat per entendre el concepte de qualitat i la metodologia de treball. Ha estat un aprenentatge que he assolit ja que he pogut entendre la qualitat de forma més holística i transversal.
- Relació d'aplicabilitat en qualitat: En referència a la qualitat, he pogut centrar-me en l'aplicabilitat i he pogut conèixer la metodologia que permet dur-la a terme. A més, des de l'ESIM se m'ha concedit l'estada pràctica que vaig sol·licitar al Programa de Qualitat del Hospital del Mar i aquesta experiència m'ha ajudat a entendre la qualitat a nivell més pràctic. Considero que aquest aspecte és un punt fort ja que em permetrà entendre la infermeria des de l'apoderament i la gestió de la qualitat.

7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Organització Mundial de la Salut (OMS), Envel·liment. Temes de Salut. Envel·liment i cicle de vida. Sept. 2015.
2. Instituto Nacional de Estadística de España. [consultat el 15 de gener del 2016]
3. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro Blanco. ed. Madrid; 2004.
4. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE); Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). Valoración nutricional en el anciano: Documentos de consenso. ed. España: Galénitas-Nigra Trea; 2007.
5. Termcat.cat [Internet]. Catalunya. Generalitat de Catalunya; Departament de Salut; TERMCAT, Centre de Terminologia; [actualitzada el 2013; citada 20 de gener del 2016]. Disponible a: http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/160/Cerca/.
6. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat. ed. Barcelona; Juliol 2015. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic.
7. Domínguez-Ardila A, García Manrique JG. Valoración geriátrica integral. Aten. Fam. 2014;21(1):20-23.
8. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56: M146 – M156.
9. Vellas B, Balardy L, Gillette- Guyonnet S, et al. Looking for Frailty in Community – Dwelling Older Persons: The Gérontopole Frailty Screening Tool (GFST). J Nutr Health Aging. 2013; 17:629 -31. Disponible a: <http://www.frailty.net/frailty-news/literaturenews/looking-for-frailty-in-communitydwelling-older-persons-the-gerontopole-frailtyscreening-tool-gfst>.
10. Planas Vila M. The Prague Declaraton. Nutr. Hosp. [Internet]. 2009, vol.24, n.5, p. 622-623.
11. Wanden-Berghe C, Camilo M^a E, Culebras JY. Red de Malnutrición en Ibero-américa del Programa de Ciencia y tecnología para el Desarrollo (RED-MEL-CYTED). Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. Nutr. Hosp. [online]. 2010, vol.25, suppl.3, pp. 1-9. ISSN 0212-1611.

Desnutrició en pacients fràgils

12. Planas Vila M, Álvarez Hernández J, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S, León Sanz M, García-Lorda P. et al. The burden of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES® study. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2010 Dic [citado el 8 de Febrero del 2016] ; 25(6): 1020-1024. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112010000600019&lng=es.
13. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España. ed. Barcelona: Glosa; 2011.
14. Sociedad Española de Calidad Asistencial. La calidad en la atención sanitaria: indicadores de efectividad clínica. ed. España; 2013.
15. Cook TD, & Reichardt CS. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. ed. Madrid: Morata; 1986.
16. Rohrbach-Viadas C. Introduccion a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los cuidados*, Año II, n. 3 (1. semestre 1998); pp. 41-45.
17. Vaca Bermejo R, Ancizu García I, Moya Galera D, De las Heras Rodríguez M, Pascual Torramadé J. Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas en España: un análisis multicéntrico nacional. *Nutr Hosp.* 2015;31(3):1205-1216

Figures:

- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Gobierno de España.
- Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat)
- Angel Baquero, Sergio, & Barrero Escobar, Fredy Andrés. (2013). La ciencia política y sus métodos: Una comparación de los programas de ciencias sociales en Colombia. *Coherencia*,10(19), 207-234. Retrieved February 08, 2016, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179458872013000200008&lng=en&tlng=es.

8. ÍNDEX ALFABÈTIC

- ABS: Àrea Bàsica de Salut
- ABVD: Activitats Bàsiques Vida Diària
- AIVD: Activitats Instrumentals Vida Diària
- DM: Diabetis Mellitus
- Escala Yessavage: Escala de valoració de depressió geriàtrica
- GRANMO ®: Software públic; càlcul de mostra
- GFST: *Gérontopole Frailty Screening Tool*
- HTA: Hipertensió Arterial
- IC: Interval de Confiança
- Índex de Barthel: Escala de valoració geriàtrica de les ABVD
- Índex de Lawton i Brody: Escala de valoració geriàtrica de les AIVD
- MNA: Mini Nutritional Assessment - escala de valoració nutricional
- OMS: Organització Mundial de la Salut
- Qüestionari Pfeiffer: Valoració del deteriorament cognitiu
- RR: Risc Relatiu
- SECA: *Sociedad Española de Calidad Asistencial*
- SENPE: *Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*
- VGI: Valoració Geriàtrica Integral

ANNEXOS

Annexe 1

Mini Nutritional Assessment

MNA[®] Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Nombre:

Sexo: Edad: Peso, kg: Talla, cm: Fecha:

Responda al cuestionario eligiendo la opción adecuada para cada pregunta. Sume los puntos para el resultado final.

Cribaje

A Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual

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

C Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = sí
2 = no

E Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia moderada
2 = sin problemas psicológicos

F1 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

SI EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO ESTÁ DISPONIBLE, POR FAVOR SUSTITUYA LA PREGUNTA F1 CON LA F2.
NO CONTESTE LA PREGUNTA F2 SI HA PODIDO CONTESTAR A LA F1.

F2 Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
3 = CP ≥ 31

Evaluación del cribaje
(max. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal
8-11 puntos: riesgo de malnutrición
0-7 puntos: malnutrición

Guardar
Imprimir
Reset

Font: Angel Baquero, Sergio, & Barrero Escobar, Fredy Andrés. (2013). La ciencia política y sus métodos: Una comparación de los programas de ciencias sociales en Colombia. CoheVellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.

Annexe 2

Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)	
Alimentación	
10	Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.
5	Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
0	Dependiente: necesita ser alimentado.
Lavado (baño)	
5	Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.
0	Dependiente: necesita alguna ayuda.
Vestido	
10	Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.
5	Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0	Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
Aseo	
5	Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
0	Dependiente: necesita alguna ayuda.
Deposición	
10	Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
5	Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.
0	Incontinente.
Micción	
10	Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.
5	Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
0	Incontinente.
Retrete	
10	Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
5	Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
0	Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
Traslado sillón-cama	
15	Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
10	Minima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
5	Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
0	Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
Deambulación	
15	Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.
10	Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
5	Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
0	Dependiente: requiere ayuda mayor.
Escalones	
10	Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
5	Necesita ayuda: supervisión física o verbal.
0	Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

Font: Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28:32 -40.

Annexe 3

Índice de Lawton & Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) (continuación)		
	Hombres	Mujeres
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a	—	1
Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	—	0
Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	—	0
Necesita que le preparen y le sirvan la comida	—	0
Tareas domésticas		
Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	—	1
Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	—	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	—	1
Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	—	1
No participa ni hace ninguna tarea	—	0
Lavar la ropa		
Lava sola toda la ropa	—	1
Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	—	1
La ropa la tiene que lavar otra persona	—	0
Transporte		
Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1	1
Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0	0
No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a la medicación		
Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0
Capacidad de utilizar el dinero		
Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
Incapaz de utilizar el dinero	0	0

Font: Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86.

Annexe 4

Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer.
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer

	Acierto	Error
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (mes, día y año)	()	()
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	()	()
3. ¿Cuál es el nombre de este lugar?	()	()
4. ¿Cuál es su número de teléfono? ¿Cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)	()	()
5. ¿Qué edad tiene usted?	()	()
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?	()	()
7. ¿Cómo se llama el rey de España?	()	()
8. ¿Quién mandaba en España antes del Rey?	()	()
9. ¿Diga el nombre y los apellidos de su madre?	()	()
10. ¿Restar de 3 en 3 a partir de 20?	()	()

0-2 errores: normal.
3-7 errores: deterioro mental leve-moderado.
8-10 errores: deterioro mental severo.

Con baja escolarización se permite un error más.
Con estudios superiores se contabiliza con un error menos.

Font: Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-41. Versión española tomada de: González-Montalvo JI, Alarcón-Alarcón MT, Salgado-Alba A. Valoración del estado mental en el anciano. En: Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson; 1993. p. 73-103.

Annexe 5

**Escala de depresión geriátrica.
Geriatric Depression Scale
de Yesavage (versión abreviada de 15
preguntas)**

Instrucciones:
Interrogar al paciente acerca de las siguientes cuestiones y escoger la respuesta más adecuada sobre cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas.
Marcar con un círculo la respuesta escogida y al final sumar la puntuación.
Si el Mini-Mental de Folstein es ≤ 14 puntos, la aplicación de la escala puede no ser valorable (J Am Geriatr Soc 1994; 42: 490).

	Sí	No
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se aburre a menudo?	1	0
5. ¿Está usted animado casi todo el tiempo?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7. ¿Está usted contento durante el día?	0	1
8. ¿Se siente desamparado o abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente usted inútil tal como está ahora?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0

Puntuación total =

Puntuación: ≥ 5 indica probable depresión.
El diagnóstico se debe confirmar evaluando los criterios DSM-IV de los diferentes trastornos depresivos.

Font: Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillén J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35: 7-14