

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**SEGURIDAD DE LOS**

**PACIENTES DOMICILIARIOS**

**EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Alumna: **Cumbal Valencia, Karen Denis**

Tutora: **Candela García, Inmaculada**

**Máster Universitario de Investigación en Atención  
Primaria Curso: 2022-2023**

## **RESUMEN**

**Justificación:** El progreso de la atención a domicilio (AD) se ve influenciada por el aumento de la esperanza de vida, actualmente de 83,3 años. Sin embargo, la AD supone un reto ya que ésta consiste en aportar a un paciente dependiente cuidados seguros y de calidad. La seguridad en el hogar debe de ser una combinación de factores físicos, emocionales y mentales, sociales y cognitivos; por ello es primordial adoptar un marco holístico de la seguridad.

**Objetivo:** El objetivo general de este proyecto es describir la seguridad de los pacientes domiciliarios pertenecientes al departamento de salud 16 Marina Baixa.

**Material y método:** Se trata de un estudio un estudio observacional, descriptivo y transversal. Durante un período de un año y medio, con la ayuda de colaboradores e investigadores, se pasarán, dentro del ambiente domiciliario del paciente, tres tipos de encuestas: una encuesta sociodemográfica (mediante la cual se obtendrán datos sociodemográficos y de información sobre el paciente en sí), una encuesta clínica (compuesta por diferentes escalas, analizando distintos patrones de Marjory Gordon), y una encuesta de evaluación del medio domiciliario (creada para la ocasión y basada en la herramienta HOME FAST), mediante la cual se quiere analizar el estado del medio domiciliario del paciente, debido a una amplia variedad de peligros potenciales que pueden mermar la seguridad de éste en su propio hogar.

**Aplicabilidad y utilidad:** Los resultados de este estudio nos aportaran información acerca de la situación en el domicilio de las personas dependientes, Además podrían servir como base para futuras líneas de investigación mediante las cuales se podrá analizar si la implantación de un protocolo disminuye los ingresos hospitalarios derivados de una seguridad insuficiente en el domicilio.

**Palabras claves:** Atención domiciliaria, Seguridad del paciente, Atención Primaria.

## **ABSTRACT**

**Statement:** The progress of the home health care process (HHCP) is influenced by increasing life expectancy, currently at 83,3 years. However, the HHCP could be considered a challenge as it is based on safe and high-quality nursing for bed bound patients at home. Safety within the home should be made up of a combination of physical, emotional, social, and cognitive factors and as such adopting a holistic approach should be a priority.

**Aim:** The general aim of this project is to describe the safety of the 'care at home' patients who belong to Marina Baixa 16th Health Department.

**Methods and techniques:** It is an observational, descriptive and cross-sectional study. During a period of one and a half years, with help of collaborators and investigators, three types of surveys will be used. A sociodemographic one (to obtain sociodemographic and personal information), a clinical one (made up of different tests, analysing various versions of Marjory Gordon's functional health patterns) and an evaluation of the 'care at home' environment (made for this trial and based on the HOME FAST tool). Due to there being a large variety of potential risks that can reduce a patient's safety in their own home, we want to analyse the status of the patients' home environment from the above results.

**Applicability and use:** The results of this trial will contribute to information about the home situation of bed bound patients. In addition, this study could serve as a base for future lines of investigation in which they could analyse if the implementation of a protocol reduces hospitalisations derived from insufficient safety in the home.

**Key words:** home health care process, safety of the patient, Primary Care.

## ÍNDICE

1.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	1
2.	PREGUNTA EN FORMATO PICO .....	1
3.	ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	1
4.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
4.1	OBJETIVO GENERAL: .....	3
4.2	OBJETIVO ESPECÍFICO:.....	3
5.	MATERIAL Y MÉTODO .....	4
5.1	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	4
5.2	POBLACIÓN DIANA Y POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	4
5.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	5
5.3.1	Criterios de Inclusión .....	5
5.3.2	Criterios de Exclusión .....	6
5.4	CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	6
5.5	MÉTODO DE MUESTREO .....	7
5.6	MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.....	7
5.6.1	ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA.....	7
5.6.2	ENCUESTA CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	8
5.6.3	ENCUESTA EVALUACIÓN DEL MEDIO DOMICILIARIO .....	10
5.7	VARIABLES .....	11
5.7.1	ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA.....	11
5.7.2	ENCUESTA RELACIONADA CON EL ESTADO CLÍNICO DE LA PERSONA .....	11
5.7.3	ENCUESTA RELACIONADA CON EL ESTADO DEL MEDIO DOMICILIARIO .....	12
5.8	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y DEL SEGUIMIENTO .....	12
5.9	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	13
6.	APLICABILIDAD Y UTILIDAD.....	14
7.	ESTRATEGIA DE BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	15
8.	LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS.....	16
9.	ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	16
10.	CALENDARIO Y CRONOGRAMA.....	17
11.	PERSONA QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y RESPONSABILIDAD 18	
12.	PRESUPUESTO .....	19
13.	BIBLIOGRAFÍA.....	20

15. ANEXOS .....	22
ANEXO 1: ENCUESTA .....	22



## **1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Describir la seguridad, a través de test/ escalas de los pacientes domiciliarios en atención primaria del departamento de salud 16 Marina Baixa.

## **2. PREGUNTA EN FORMATO PICO**

P: Pacientes domiciliarios.

I: Realizar test /escalas a la población de estudio.

C: No se realiza comparación por ser un estudio descriptivo

O: Información sobre el estado de seguridad de la población.

## **3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

La atención a domicilio (AD), es definida por Torra i Bou como: "un conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollado por profesionales de un equipo de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales de la salud, en el domicilio de aquellas personas, que debido a sus estado de salud o a otros criterios no pueden desplazarse al centro de salud".<sup>1</sup>

En España el comienzo de la AD fue de la mano de las órdenes religiosas. En el ámbito de atención primaria los servicios domiciliarios fueron impulsados en 1970 cuando el Ministerio estableció los Servicios de Asistencia al Anciano. En los años 2000 se crearon los puestos de enfermeras de enlaces y gestoras de casos lo cual apoyó más el crecimiento de dicha atención.<sup>2</sup>

El progreso de la AD se ve influenciada por el incremento de la esperanza de vida, actualmente de 83,3 años, que se ha visto favorecida por las mejoras sociosanitarias y económicas. El envejecimiento de la población supone un

incremento en la demanda de cuidados de salud dirigidos a sustituir las pérdidas de capacidades para el autocuidado.<sup>3,4</sup>

La población de la Comunidad Valenciana (CV) ha crecido en aproximadamente un millón de personas durante los últimos treinta años según los datos del padrón. El crecimiento de la población en los diez primeros años del siglo XXI fue de un 24,1%, aunque en algunos departamentos de salud, la población experimentó un descenso progresivo del número de residentes en el 2010. En 2013, por primera vez, el porcentaje de variación interanual para la comunidad fue negativo, con 15.451 habitantes menos que el año anterior. El descenso poblacional persistió en los años siguientes hasta 2018, sin embargo a partir de ese año el saldo vegetativo se tornó positivo y siguió creciendo, situando la población de la CV 5.057.353 habitantes en enero del 2020.

La mayor necesidad de cuidados y atención médica que conlleva la cronicidad es una de las cuestiones claves, y se ve agravada por la presencia de la polimedicación y el fenómeno de la soledad. En 2020 en la comunidad valenciana, según la encuesta nacional de hogares, 231.900 personas mayores de 64 años vivían solas en sus hogares. La atención sanitaria en estas personas se ve entorpecida ante la ausencia de un cuidador principal o de la complejidad de la participación de la familia en sus cuidados.<sup>5</sup>

En los últimos años, sin embargo, existe un interés con respecto a la atención del paciente en su domicilio, facilitado, entre otros, por la expansión de la Atención Primaria. Incluso equipos hospitalarios, desean llevar sus técnicas al hogar del paciente. Así, nos debemos plantear: ¿se respetan los ideales del paciente y la familia? ¿El cuidado que ofrecemos en domicilios es seguro y adecuado para el paciente? ¿podemos asegurar que la atención recibida en domicilio es segura y equiparable a la recibida en el hospital?

Así en el Plan Estratégico de la CV, una de las acciones clave a llevar a cabo dentro del ámbito asistencial es “impulsar la visita domiciliaria en las personas en situación compleja, clínica o social, liderada por profesionales de la enfermería en colaboración con profesionales de trabajo social”.<sup>5</sup>

Sin embargo, la AD supone un reto ya que ésta consiste en aportar a un paciente dependiente cuidados seguros y de calidad. La seguridad del paciente según la OMS es primordial para suministrar servicios sanitarios esenciales de calidad, entendiéndola como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención en salud. Además, existe un consenso de que la atención sanitaria de calidad mundial debe ser eficaz y segura y estar centrados en las personas.<sup>6</sup>

La seguridad en el hogar debe de ser una combinación de factores físicos, emocionales y mentales, sociales y cognitivos; por ello es primordial adoptar un marco holístico de la seguridad.<sup>7</sup> A pesar de ello la investigación acerca de la seguridad en la atención clínica se basa en la evaluación de riesgos para la seguridad física y está enfocada en los contextos hospitalarios y clínicas.<sup>8</sup> Por consiguiente, en los centros de atención primaria, incluyendo la atención domiciliaria, estos términos siguen siendo un desafío a superar y considerando que en España la sanidad se vertebró en la atención primaria debe de cumplir de igual modo que la hospitalaria los estándares de calidad y seguridad del paciente.

#### **4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **4.1 OBJETIVO GENERAL:**

- Describir la seguridad de pacientes domiciliarios a cargo de atención primaria pertenecientes al departamento 16 de salud, Marina Baixa.

##### **4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- Detectar problemas de salud que puedan derivar en riesgo de seguridad para el paciente domiciliario.
- Valorar la adecuación del entorno a las necesidades del paciente domiciliario.

## **5. MATERIAL Y MÉTODO**

### **5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

Para poder alcanzar los objetivos planteados se debe de realizar un estudio observacional, descriptivo y transversal.

### **5.2 POBLACIÓN DIANA Y POBLACIÓN DE ESTUDIO**

El mapa sanitario de la Comunidad Valenciana, regulado por el Decreto 205/2018, se organiza por departamentos. Dentro de la provincia de Alicante, se encuentran 10. Este estudio se basará en el Departamento 16 Marina Baixa, dividido en 7 Zonas Básicas de Salud.

El estudio tiene como población diana aquellas personas que son beneficiarias de la atención a domicilio por parte de atención primaria en el departamento de salud 16 de Marina Baixa.

El perfil de la población que es beneficiaria de la atención a domicilio, según el informe de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) son <sup>9</sup>:

- Personas adultos o jóvenes con dependencia y discapacidad.
- Personas mayores dependientes que no padezcan enfermedades crónicas graves.
- Pacientes con enfermedades crónicas, en fase avanzada o terminal, cuyo estado de salud les impide acudir a los centros sanitarios.
- Pacientes en situación de dependencia de cuidados profesionales temporales.
- Personas que, tras un episodio agudo, precisa de rehabilitación y recuperación y, en consecuencia, asistencia temporal a domicilio.
- Personas cuidadoras informales a cargo de personas frágiles.
- Pacientes convalecientes que pueden desarrollar de dependencia.
- Personas en familia con afrontamiento familiar comprometido.

## 5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### 5.3.1 Criterios de Inclusión

Se incluirán en el estudio:

1. Personas mayores de 65 años pertenecientes al departamento 16 de salud, Marina Baixa.

2. Pacientes que cumplan algunos de los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para realizar AD:

- Pacientes que vivan solas o sin familia.
- Pacientes con dificultad de acudir al centro de salud.
- Familias con pacientes enfermos graves o inmovilizados.

3. Pacientes que, con respecto al nivel de cronicidad, clasificación y riesgo clínico, pertenezcan a un nivel 2 y 3 de cronicidad. Para ello se deberá tener en cuenta el sistema de clasificación de pacientes de la comunidad valenciana, el cual estratifica a la población utilizando el agrupador Clinical Risk Groups (CRG) en función de su carga de enfermedad (morbilidad) y riesgo clínico.<sup>10</sup> La población valenciana se clasifica a través de los CRG en 9 estados de salud y a su vez cada uno de estos puede tener un máximo de 6 niveles de gravedad determinados por la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico o procedimientos y donde y cuando tiene lugar la asistencia sanitaria.

NIVEL DE CRONICIDAD	CLASIFICACIÓN POR MORBILIDAD Y RIESGO CLÍNICO	
	ESTADOS DE SALUD	NIVEL DE GRAVEDAD
Nivel 3	9. Necesidades sanitarias elevadas	1, 2, 3, 4, 5, 6
	8. Neoplasias dominantes, metastásica y complicadas	1, 2, 3, 4, 5, 6
	7. Enfermedad dominante crónica en tres o más sistemas orgánicos	1, 2, 3, 4, 5, 6
	6. Enfermedad significativa crónica en múltiples sistemas orgánicos	4, 5, 6
Nivel 2	6. Enfermedad significativa crónica en múltiples sistemas orgánicos	1, 2, 3
	5. Enfermedad dominante o crónica moderada única	1, 2, 3, 4, 5, 6

Nivel 1	4.Enfermedad crónica menor en múltiples sistemas orgánicos	1, 2, 3, 4, 5, 6
	3.Enfermedad crónica menor única	1, 2, 3, 4, 5, 6
Nivel 0	2.Historia de enfermedad aguda significativa	1, 2, 3, 4, 5, 6
	1.Estado de salud sano	

### 5.3.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes desplazados.
- Pacientes que puedan acudir por algún medio al centro de salud de referencia.
- Pacientes que estén en seguimiento por el servicio de la unidad de hospitalización a domicilio (UHD).
- Paciente que no haya firmado el consentimiento informado.
- Paciente que no pueda responder por sí mismo, de forma consciente y en plenas facultades a los diferentes cuestionarios

### **5.4 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El mapa sanitario de la Comunidad Valenciana, regulado por el Decreto 205/2018, se organiza por departamentos. Este estudio se basará en el Departamento 16 - Marina Baixa que en 2022 contó con una población de 192624 habitantes.

Con el objetivo de calcular el tamaño de la muestra utilizaremos el programa informático EPIDAT. Para ello tendremos en cuenta que el departamento de salud 16, Marina Baixa, contó en el 2022 con 196264 habitantes y que en 2020 4,38 millones de personas (9, 24% de la población total) residentes en hogares afirmaron tener alguna discapacidad o limitación, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Teniendo en cuenta esta proporción esperada, con una precisión del 3% y un nivel de confianza del 95%, se obtuvo como resultado de tamaño de muestra: 358 personas.

## 5.5 MÉTODO DE MUESTREO

Se selecciona a todos los individuos que cumplen los criterios de inclusión del departamento de salud 16 Marina Baixa como población objeto.

Para la repartición equitativa de las 358 personas que forman la muestra, se llevara a cabo un muestreo estratificado proporcional en los 9 centros de salud que formar parte del departamento 16 de salud.

Finalmente se realizará un muestreo aleatorio sistemático modificado a partir del listado de los pacientes que cumplan los criterios de selección, que se sacará mediante el programa ALUMBRA que es el Sistema de Información para los departamentos de la Consellería de Sanidad, en cada centro de salud. Se dividirá el nº total de pacientes entre el número de pacientes necesarios por cada centro de salud para el análisis, obteniendo un número. Para seleccionar el primero se elegirá un número al azar entre 1 y n. A partir de ahí, se selecciona por lista 1 paciente cada n.

## 5.6 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Con el fin de realizar el estudio se recogerá información procedente de varios instrumentos que se encontraran divididos en tres encuestas (ANEXO 1):

### 5.6.1 ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

La encuesta sociodemográfica se encuentra compuesta tanto por preguntas cerradas como por preguntas abiertas y está dividida en dos partes:

La primera parte constará de cinco preguntas mediante las cuales se describen características sociodemográficas de las personas. A excepción de la pregunta “genograma”, que es una pregunta abierta, todas son preguntas cerradas.

Finalmente, en la segunda parte se describirá características médicas de la persona mediante dos preguntas abiertas.

## 5.6.2 ENCUESTA CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La valoración clínica se realizará basándonos en los patrones funcionales de Marjory Gordon:

### **Patrón 1. Percepción/ Manejo de la salud:**

#### Escala de Morisky Modificada (SMAQ)

Esta escala fue desarrollada inicialmente por Morisky, Green y Levine para evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Desde entonces ha sido usado para la valoración del cumplimiento de la medicación en diversas enfermedades y países.

La versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores. Consiste en realizar al paciente cuatro a la persona con respuestas dicotómicas SÍ - NO.

Si la persona es "SI" adherente al tratamiento deberá responder correctamente a las cuatro preguntas, es decir, sus respuestas deben de ser las siguientes: No/Sí/No/ No. Si alguna respuesta es distinta a las reflejadas, se considerarán no adherentes.

### **Patrón 2. Nutricional / metabólico**

#### Escala de evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment - MNA)

Cuenta de dos partes, la primera parte es un test de cribaje, si ésta primera parte es igual o inferior a 10 es preciso completar la segunda parte test de evaluación.

La puntuación final deriva de la suma de los ítems del test de cribaje y de los del test de evaluación. Los puntos de corte son:

- 11 puntos o más: normal, no es necesario continuar.
- 10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación.
- 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición.
- Menos de 17 puntos: malnutrición.

## **Patrón 4. Actividad/ Ejercicio**

### Índice de BARTHEL

Fue elaborado en 1955 por Barthel y Mahoney, con la finalidad de valorar la autonomía de las personas para las actividades básicas de la vida diaria. Este cuestionario es heteroadministrado y cuenta con 10 ítems.

Los puntos de corte aconsejados para que la interpretación sea sencilla son: 0-20 (dependencia total), 21-60 (Dependencia severa), 61-90 (Dependencia moderada, 91-99 (dependencia escasa) y 100 (independencia).

### Test de BARBER

Existen dos tipos de test según a la población a la que se dirija:

Test de Barber- medio rural y Test de Barber - medio urbano ambas escalas que constan de 9 ítems con respuestas dicotómicas (verdadero/ falso). Igualmente, ambas comparten los mismos puntos de corte: 0 (no sugiere riesgo de dependencia) y 1 ó más (sugiere riesgo de dependencia).

## **Patrón 5. Sueño/ Descanso**

### Cuestionario Pittsburgh de calidad de sueño

Este cuestionario fue creado en 1989 por Buysse y colaboradores. En 1996, Marcías, lo adaptó y validó en español. Este instrumento es utilizado como herramienta diagnóstica para distinguir entre diferentes trastornos del sueño: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna.

Cuenta con 19 ítems dirigidos hacia la persona y 5 preguntas dirigidas hacia el compañero/a de cama. Estas últimas preguntas no contribuyen a la puntuación final. Cada ítem se puntúa de 0 a 3. La puntuación total del PSQI se encuentra entre 0 y 21 puntos: 0 (no existencia de dificultades), más de 5 (malos dormilones) y 21 (dificultades severas).

## **Patrón 6. Cognitivo/ Percepción**

### Test de Mini Examen Cognitivo de Lobo (MEC-35)

Este test es la versión adaptada y validada en España del Mini-Mental State Examination de Folstein. Aporta un análisis breve, rápido y estandarizado de la situación mental de la persona y realiza un diagnóstico distintivo entre trastornos psiquiátricos y trastornos funcionales orgánicos.

Valora 5 áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración (cálculo), memoria y lenguaje.

La puntuación total máxima es de 35 puntos. En pacientes mayores de 65 años, el punto de corte es 23; es decir, 23 ó menos se considera “caso” y más de 23 “no caso”. En pacientes menores de 65 años el punto de corte es 27, es decir 27 o menos presenta deterioro “caso” y más de 27, es que no hay deterioro “no caso”.

### 5.6.3 ENCUESTA EVALUACIÓN DEL MEDIO DOMICILIARIO

Para la valoración del medio domiciliario realizaremos una encuesta basada en la herramienta de detección de accidentes y caídas en el hogar “HOME FAST”. Esta herramienta trata de una breve evaluación de 25 ítems para identificar los posibles peligros de caídas en los hogares. Cada ítem se puntúa utilizando una escala de clasificación dicotómica, la puntuación puede variar entre 0 y 25 puntos, siendo el punto de corte 9 a partir del cual se indica un mayor riesgo de caída.<sup>11</sup>

Estudios muestran que esta herramienta refleja resultados consistentes en tres ubicaciones internacionales, lo que indica que, a pesar de las diferencias en la vivienda y el clima la herramienta HOME FAST podría usarse como una herramienta internacional.<sup>12</sup> También mostró mejor resultados en la predicción de caídas que otras herramientas de detección o evaluación de caídas como la prueba de Timed Uo and Go, la bipedestación sobre una pierna, el alcance funcional y la evaluación de movilidad orientada al rendimiento de Tinetti.<sup>11</sup>

## 5.7 VARIABLES

Encontramos las siguientes variables procedentes de las tes hojas de valoración:

### 5.7.1 ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Este cuestionario será elaborado de forma específica para este estudio, estará formado por tres partes. Por un lado, se obtendrán variables sociodemográficas como:

- Género, variable cualitativa nominal dicotómica.
- Edad, variable cuantitativa continua.
- Estado civil, variable cualitativa nominal policotómica.
- Genograma, variable cualitativa nominal.

Por otro lado, variables laborales como:

- Grado de estudios, variable cualitativa nominal policotómica.

Y finalmente, otras variables clínicas como:

- Patologías principales, variable cualitativa nominal.
- Tratamiento habitual, variable cualitativa nominal.

### 5.7.2 ENCUESTA RELACIONADA CON EL ESTADO CLÍNICO DE LA PERSONA

Esta encuesta estará compuesta por grupos de variables cuyo contenido se detallan a continuación:

Escala de Morisky Modificada (SMAQ): Mediante esta escala se obtendrá la variable “adherencia terapéutica”. Se trata de una variable cualitativa ordinal dicotómica ya que la persona puede ser adherente o no adherente.

Mini Nutricional Assessment (MNA): Este cuestionario nos dará información sobre la variable “estado nutricional”. Esta variable es cualitativa ordinal policotómica ya que puede adoptar las siguientes categorías: normal, posible malnutrición, riesgo de malnutrición y malnutrición.

Índice de Barthel: A través de este índice obtendremos la variable “dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)”. Es una variable cualitativa ordinal policotómica: dependencia total, dependencia severa, dependencia moderada, dependencia escasa e independencia.

Test de Barber: El test de barber dará datos acerca de la variable “dependencia”. Se trata de una variable cualitativa nominal dicotómica, ya que presenta dos categorías: no sugiere riesgo de dependencia y sugiere riesgo de dependencia.

Cuestionario de Pittsburgh: A partir de este cuestionario se obtendrá la variable “calidad del sueño”, se trata de una variable cualitativa nominal policotómica: no existencia de dificultad, malos dormilones y severa dificultad.

Test de Mini Examen Cognitivo de Lobo (MEC-35): Este test reflejará la variable “demencia”. Es una variable cualitativa ordinal policotómica: normalidad, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado(demencia) y deterioro cognitivo grave (demencia avanzada).

### 5.7.3 ENCUESTA RELACIONADA CON EL ESTADO DEL MEDIO DOMICILIARIO.

Para conocer las características a cerca del medio domiciliario, se utilizará una encuesta basada en la herramienta de detección de accidentes y caídas en el hogar “HOME FAST”. A partir de este cuestionario se obtendrá la variable “medio domiciliario”, se trata de una variable cualitativa nominal dicotómica ya que presenta dos categorías: medio domiciliario adecuado, cuando la puntuación sea menor o igual a 9, y medio domiciliario inadecuado, cuando la puntuación sea mayor de 9.

## **5.8 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y DEL SEGUIMIENTO**

Tras la aprobación del proyecto por el comité de ética, y bajo la Declaración de cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, se realizará una llamada telefónica a las personas que cumplan los criterios de selección, anteriormente descritos.

En esa llamada se les dará información comprensible y adecuada a su nivel de estudios acerca del proyecto, tal y como se recoge en la ley 41/2022, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Una vez acepten de forma verbal, se concertará una visita a domicilio.

La recogida de datos se realizará a lo largo de tres visitas separadas al menos quince días, con una duración total máxima de cuatro meses, de la siguiente forma:

Durante la primera visita, se les informará nuevamente del proyecto y se les entregará impreso un consentimiento informado que deberán firmar antes de recoger cualquier tipo de información por medio de los cuestionarios. Una vez firmado se rellenará el cuestionario sobre las características sociodemográficas.

En la segunda visita, se pasarán los siguiente cuatro cuestionarios:

- Escala de Morisky Modificada (SMAQ)
- MNA
- Índice de BARTHEL
- Test de Barber

Por último, durante la tercera se terminarán de recoger los datos clínicos del paciente pasándole las siguientes escalas:

- Pittsburgh
- Test de Mini Examen Cognitivo de Lobo (MEC-35)

También se llevará a cabo la evaluación del medio domiciliario a través del cuestionario Home Fast

## **5.9 ANALISIS ESTADÍSTICO**

Para el análisis estadístico se utilizará el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 para Windows.

Se realizará un análisis descriptivo:

- Se utilizará como frecuencias absolutas y porcentajes para expresar las variables cualitativas.
- La media (medida de tendencia central) y la desviación típica (variabilidad de los valores producidos por los participantes en una variable, especialmente, cuánto se alejan en promedio los valores de la media) se utilizarán para expresar variables cuantitativas.

Las pruebas estadísticas que se empleen vendrán determinadas en función de la naturaleza cuantitativa o cualitativa y si son o no pruebas paramétricas, es decir, si las variables siguen una distribución normal o no:

- Se realizará un análisis Chi – cuadrado o Mc Nemar (no paramétrico) entre dos variables cualitativas.
- La correlación RHO de Spearman (no paramétrico) o la correlación de Pearson (paramétrica) se utilizará para analizar la correlación entre dos variables cuantitativas.
- La prueba T de Student (paramétrico) o la U de Mann - Whitney (no paramétrico) pueden utilizarse para evaluar la conexión entre una variable cuantitativa y una variable cualitativa que pueda dividirse en dos categorías.
- Se realizará un análisis ANOVA (paramétrico) o Kruskal - Wallis (no paramétrico) de una variable cuantitativa y una variable cualitativa con más de dos categorías.

El nivel de significación que se utilizará para determinar si un vínculo entre dos variables es estadísticamente significativo “p” menor o igual de 0.05, lo que implica utilizar un nivel de confianza del 95%.

## **6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD**

La fragilidad en pacientes de edad avanzada es una situación en la que el individuo está en un estado de salud vulnerable caracterizado por un incremento de riesgo de consecuencias adversas para la salud como delirio, caídas, hospitalización, desnutrición y/o muerte cuando se exponen a un factor

estresante.<sup>13</sup> Las personas frágiles son grandes usuarias de los recursos comunitarios, por ello en el informe social mundial 2023 se expone que este colectivo toca todas las partes de las economías y las sociedades, desde la atención sanitaria y la educación hasta el empleo y los impuestos.<sup>14</sup>

Los resultados de este estudio nos aportarán información acerca de la situación en el domicilio de las personas dependientes, Además podrían servir como base para la estandarización de un protocolo acerca de la seguridad del paciente en el domicilio, estableciendo así unos cuidados mínimos.

Finalmente, a partir de los datos obtenidos del presente estudio se abren futuras líneas de investigación mediante las cuales se podrá analizar si la implantación de dicho protocolo disminuye los ingresos hospitalarios derivados de una seguridad insuficiente en el domicilio como son, entre otros, los ingresos por caídas, por descompensación de la patología de base debido a la falta de adhesión al tratamiento o la soledad.

## **7. ESTRATEGIA DE BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Para este proyecto de investigación se introdujeron los siguientes descriptores médicos en la estrategia de búsqueda bibliográfica:

- Atención primaria de la salud (Primary Health Care)
- Servicios de Atención de Salud a Domicilio (Home Care Services)
- Seguridad (Safety)
- Seguridad del paciente (Patient Safety)

Estos descriptores médicos se introdujeron junto con conectores booleanos en la plataforma PUBMED: (Patient safety) and (Home Care Services) and (Primary Health Care). Añadiendo los siguientes filtros: “full text” y “2013-2023” los resultados obtenidos fueron 604 referencias bibliográficas.

## **8. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS**

Las limitaciones que se pueden identificar son aquellas inherentes a un estudio observacional, descriptivo y transversal, como la incapacidad de determinar la asociación real entre variables ya que lo máximo que permiten es informar sobre la relación o la asociación que parece existir entre el factor de riesgo y la enfermedad.

Además de éstas la principal limitación de este estudio podría deberse a la falta de colaboración, bien porque no se consiga contactar telefónicamente con los posibles participantes o simplemente porque no deseen participar.

Por otro lado, podrían aparecer sesgos como el de pérdida de seguimiento debido a la posibilidad de que los participantes fallezcan o abandonen el estudio, esto conduce a una reducción del tamaño efectivo de la muestra. Para evitar este sesgo se ha limitado el tiempo de recogida de datos a 2 meses como máximo. También podría aparecer el erro aleatorio debido al erros por el azar, para evitarlo calcularemos previamente un tamaño de muestra representativo y de esta forma el estudio presentará mayor precisión.

## **9. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Para que el estudio se pueda llevar a cabo, en primer lugar, tiene que ser aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana, atendiendo a:

- La Ley 14/2007 del 3 de julio, de investigación biomédica.
- La Declaración de Helsinki en la que se instauran los principales problemas de la investigación médica con el fin de analizarlos y buscar soluciones.

- Y los principios fundamentales de la bioética, establecidos en 1979 por Tom L. Beauchamp y James F. Childress: Principio de beneficencia, principio de justicia, principio de autonomía y principio de no maleficencia.

Durante todo el procedimiento del estudio se asegurará la cumplimentación de la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal y la Ley 41/2022, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. Se anonimizarán los pacientes en la base de datos a través de una codificación numérica, conocida únicamente por el investigador.

### 10. CALENDARIO Y CRONOGRAMA

	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S
	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I	N	E	A	B	A	U	U	G	E
	R	R	Y	N	L	2	P	T	V	C	2	B	R	R	Y	N	L	2	P
	2	2	2	2	2	0	T	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	T
	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2
	2	2	2	2	2	3	0	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	4	0
	3	3	3	3	3		2	3	3	3		4	4	4	4	4	4		2
							3												4
Creación del proyecto de investigación																			
Formación del grupo de trabajo																			

Aprobación por CEIC de San Juan de Alicante																		
Recogida de datos																		
Análisis de datos																		
Evaluación de resultados																		
Difusión del estudio																		

**11. PERSONA QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y RESPONSABILIDAD**

El equipo investigador que formará parte de este estudio contará con varios profesionales de distintas categorías, por lo que se tratará de un equipo multidisciplinar creado de forma exclusiva para dicho proyecto.

Por un lado, los profesionales médicos se encargarán de sacar el listado y realizar el muestreo de su UBA.

Una vez seleccionados los participantes, los profesionales de enfermería serán los encargados de realizar la recogida de datos en el domicilio de dichos participantes. En el caso de que algún centro no cuente con la participación de

profesionales de enfermería esta acción también podrá ser realizada por un trabajador social.

El análisis de datos será realizado por un profesional bioestadístico y finalmente la divulgación de los resultados será llevada a cabo por el investigador principal con la ayuda de un traductor para la traducción al inglés.

## **12. PRESUPUESTO**

Para poder llevar a cabo este trabajo de investigación se necesitará de recursos humanos, cómo mínimo 18 profesionales sanitarios, dos por cada centro de salud: un médico/a y un enfermero/a o trabajador/a social. A los profesionales interesados en participar en este estudio se les pagará como horas extras y se precisará de 1h por parte de los profesionales médicos y de 1,5h por parte de profesionales de enfermería o trabajo social por cada paciente.

- Médicos/as: 25,82 euros la hora
- Enfermeros/as: 14,07 euros la hora
- Trabajador/a social: 11,50 euros la hora

En el caso de que no contemos con la participación de trabajo social el presupuesto sería de 7787,97 euros en recursos humanos.

A este presupuesto habría que añadirle el trabajo de un estadístico, aproximadamente 800 euros, y la traducción al inglés del trabajo, sobre 150 euros. Sumándolo todo el presupuesto total del trabajo de investigación sería aproximadamente de 8737,97 euros.

### 13. BIBLIOGRAFÍA

1. Suarez Cuba M.A. Atención integral a domicilio. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2012; 18( 2 ): 52-58. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es).
2. Ferrer Arnedo C., Cegril Lombardo F. Informe de FAECAP sobre la atención domiciliaria en España: el liderazgo de enfermería comunitaria. FAECAP [Internet]. 2015. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/informe\\_de\\_faecap\\_sobre\\_la\\_atencion\\_domiciliaria\\_en\\_espana.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/informe_de_faecap_sobre_la_atencion_domiciliaria_en_espana.pdf)
3. Informe anual del sistema nacional de salud 2019. Informes, estudios e investigación 2021. Ministerio de sanidad; 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe\\_SNS\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf)
4. Román Sánchez P., Ferrer Arnedo C., Orozco Beltrán D. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. 2019. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion\\_E\\_Cronicidad\\_Final.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E_Cronicidad_Final.pdf)
5. Conselleria de Sanitat Univerdal I Salut Publica. Marco estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. 2022: 9. Disponible en: [https://www.enfervalencia.org/pub/documentos\\_public/20220128planestratatprimcom2022-23.pdf](https://www.enfervalencia.org/pub/documentos_public/20220128planestratatprimcom2022-23.pdf)
6. Seguridad del paciente; 2019. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patient-safety>
7. Kivimäki T, Stolt M, Charalambous A, Suhonen R. Safety of older people at home: An integrative literature review. Int J Older People Nurs. 2020;15(1):e12285. Disponible en: [10.1111/opn.12285](https://doi.org/10.1111/opn.12285)
8. Wiig S, Ree E, Johannessen T, Strømme T, Storm M, Aase I, Ullebust B, Holen-Rabbersvik E, Hurup Thomsen L, Sandvik Pedersen AT, van de Bovenkamp H, Bal R, Aase K. Mejorar la calidad y la seguridad en los hogares de ancianos y la atención domiciliaria: el protocolo de estudio de

- un diseño de investigación de métodos mixtos para implementar una intervención de liderazgo. *BMJ Open*. 2018 :8(3):e020933. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875614/#R1>
9. Ferrer Arnedo C., Cegril Lombardo F. Informe de FAECAP sobre la atención domiciliaria en España: el liderazgo de enfermería comunitaria. FAECAP[Internet].2015.Disponible en: <https://shre.ink/H9Cg>
  10. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Publica. SCP-CV. Sistema de clasificacion de pacientes de la Comunidad Valenciana. Disponible en: <https://shre.ink/H5Bd>
  11. Mackenzie L, Byles J. Scoring the home falls and accidents screening tool for health professionals (HOME FAST-HP): Evidence from one epidemiological study. *Aust Occup Ther J*. 2018.65(5):346-353. Disponible en: [10.1111/1440-1630.12467](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12467)
  12. Lynette Mackenzie. Evaluation of the clinical utility of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST), Disability and Rehabilitation. 2017. 39 (15):1489-1501. Disponible en: [10.1080/09638288.2016.1204015](https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1204015)
  13. Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W. C., Doehner, W., Evans, J., Fried, L. P., Guralnik, J. M., Katz, P. R., Malmstrom, T. K., McCarter, R. J., Gutierrez Robledo, L. M., Rockwood, K., von Haehling, S., Vandewoude, M. F., & Walston, J. Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012. 14(6), 392–397. Disponible en: [10.1016/j.jamda.2013.03.022](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022)
  14. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (United Nations Department of Economic and Social Affairs). *World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing Worl*. 2023. Disponible en: <https://acortar.link/X855fp>

## 15. ANEXOS

### ANEXO 1: ENCUESTA

Fecha: \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Encuestador:

\_\_\_\_\_

N.º de encuesta: \_\_\_\_\_

#### 1. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Grado de estudios:  Primaria  Secundaria  Técnico

Universitario  Ninguno  Otros \_\_\_\_\_

Genograma:

Patología/s principal/es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento farmacológico y no farmacológico habitual:

---



---



---



---

2. ENCUESTA CLINICA

**Patrón 1. Percepción / Manejo de la salud:**

ESCALA DE MORISKY MODIFICADA (SMAQ)				
Pregunta	Motivación		Conocimiento	
	1. ¿Se olvida alguna vez de tomar su medicación?	Si	No	
2. ¿Es en ocasiones poco cuidadoso en relación con la ingesta de la medicación?	Si	No		
3. Cuando se siente mejor, ¿a veces deja de tomar medicación?			Si	No
4. A veces, si se siente peor cuando toma la medicación, ¿deja de tomarla?			Si	No
5. ¿Conoce el beneficio a largo plazo de tomar la medicación en la forma indicada por su médico o farmacéutico?			Si	No
6. ¿Se olvida a veces de reponer a tiempo la medicación prescrita?	Si	No		

**Patrón 2. Nutricional / metabólico**

PREGUNTAS		RESPUESTAS	PTO
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0	Anorexia grave	
	1	Anorexia moderada	
	2	Sin anorexia	
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 tres meses?	0	Si	
	2	No	
E. Problemas neuropsicológicos	0	Demencia o depresión grave	
	1	Demencia o depresión moderada	
	2	Sin problemas psicológicos	
F. Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla) <sup>2</sup> en kg/m <sup>2</sup> )	0	IMC<19	
	1	19<ó= IMC<21	
	2	21< ó =IMC<23	
	3	IMC> ó =23	
<b>PUNTUACION TOTAL (CRIBAJE)</b>			
G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?	0	No	
	1	Si	
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	0	Si	
	1	No	

I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	0	Si	
	1	No	
J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)	0	1 comida	
	1	2 comidas	
	2	3 comidas	
K. ¿Consume el paciente... (Sí o no) - productos lácteos al menos una vez al día? - huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana? - carne, pescado o aves, diariamente?	0	0 ó 1 Síes	
	0.5	2 Síes	
	1	3 Síes	
L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	0	No	
	1	Si	
M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza)	0	Menos de 3 vasos	
	0.5	De 3 a 5 vasos	
	1	Mas de 5 vasos	
N. Forma de alimentarse	0	Necesita ayuda	
	1	Se alimenta solo con dificultad	
	2	Se alimenta solo sin dificultad	
O. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)	0	Malnutrición grave	
	1	No lo sabe o malnutrición moderada	
	2	Sin problemas de nutrición	
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?	0	Peor	
	0.5	No lo sabe	
	1	Igual	
	2	Mejor	
Q. Circunferencia braquial (CB en cm)	0	CB <21	
	0.5	$21 \leq CB \leq 22$	
	1	CB >22	
	0	CP < 31	

R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	1	CP $\geq$ 31	
PUNTUACION TOTAL			

#### Patrón4. Actividad/Ejercicio

<b>Comer</b>	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. la comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo/a.
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
<b>Lavarse - bañarse</b>	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
<b>Vestirse</b>	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
<b>Arreglarse</b>	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.
	0	Dependiente. Necesita ayuda alguna.
<b>Deposición</b>	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia.
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o

		necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal.
<b>Micción</b>	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí sólo/a (botella, sonda, orinal...)
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.
<b>Ir al retrete</b>	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.
<b>Transferencia (traslado cama/sillón)</b>	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte y entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
<b>Deambulación</b>	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.

	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión.
	0	Dependiente.
<b>Subir y bajar escaleras</b>	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.

<b>TEST DE BARBER – Medio Urbano</b>			
¿Vive solo?	Sí	No	
¿Se encuentra sin nadie si precisa ayuda?	Sí	No	
¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	Sí	No	
¿Necesita que alguien le ayude a menudo?	Sí	No	
¿Su salud le impide salir a la calle?	Sí	No	
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	Sí	No	
¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus tareas habituales?	Sí	No	
¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	Sí	No	
¿Ha estado ingresado en el hospital durante el último año?	Sí	No	
¿Durante el último año ha cambiado de domicilio más de tres veces?	Sí	No	

**Patrón 5. Sueño/ Descanso**

<b>CUESTIONARIO DE PITTSBURGH</b>	
<p><b>INSTRUCCIONES:</b></p> <p>Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido Vd. <b>normalmente durante el último mes</b>. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la <b>mayor parte</b> de los días y noches del <b>último mes</b>. ¡Muy importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS.</p>	
<p>1. Durante el <b>último mes</b>, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?          APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE:</p>	
<p>2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, <b>normalmente</b>, las noches del <b>último mes</b>?          APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS:</p>	
<p>3. ¿A qué hora se ha levantado <b>habitualmente</b> por la mañana?          APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE:</p>	
<p>4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido <b>verdaderamente</b> cada noche durante el <b>último mes</b>? (El tiempo puede ser diferente al que Vd. permanezca en la cama).          APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO:</p>	
<p>Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente contestar a <b>TODAS</b> las preguntas.</p>	
<p>5. Durante el <b>último mes</b>, cuántas veces ha tenido Vd. problemas para dormir a causa de:</p>	
<p>a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>	<p>b) Despertarse durante la noche o de madrugada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>

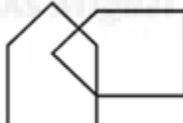
<p>c) Tener que levantarse para ir al servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>	<p>d) No poder respirar bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>
<p>e) Toser o roncar ruidosamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>	<p>f) Sentir frío:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>
<p>g) Sentir demasiado calor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>	<p>h) Tener pesadillas o “malos sueños”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>
<p>l) Sufrir dolores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toser o roncar ruidosamente:</li> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>	<p>j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>6. Durante el <b>último mes</b>, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de</p>	<p>Bastante buena</p>
	<p>Buena</p>

sueño?	Mala
	Bastante mala
7. Durante el <b>último mes</b> , ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?	Ninguna vez en el último mes
	Menos de una vez a la semana
	Una o dos veces a la semana
	Tres o más veces a la semana
8. Durante el <b>último mes</b> , ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad?	Ninguna vez en el último mes
	Menos de una vez a la semana
	Una o dos veces a la semana
	Tres o más veces a la semana
9. Durante el <b>último mes</b> , ¿ha representado para Vd. mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?	Ningún problema
	Sólo un leve problema
	Un problema
	Un grave problema
10. ¿Duerme Vd. sólo o acompañado?	Solo
	Con alguien en otra habitación
	En la misma habitación, pero en otra cama
	En la misma cama
<p>POR FAVOR, SOLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO</p> <p>Si Vd. tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el <b>último</b></p>	

<b>mes</b> Vd. ha tenido:	
<p>a) Ronquidos ruidosos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>	<p>b) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>
<p>c) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>	<p>d) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>
<p>e) Otros inconvenientes mientras Vd. duerme (Por favor, descríbalos a continuación):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o más veces a la semana</li> </ul>	

**Patrón 6. Cognitivo/ percepción.**

<b>MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC-35)</b>			
		PTO MAX	PTO
<b>Orientación</b>	Dígame el día___ Fecha___ Mes___ Estación___ Año___ <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	5	
	Dígame el Hospital (o el lugar) ___ Planta___ Ciudad___ Provincia___ Nación___ <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	5	
<b>Fijación (memoria inmediata)</b>	Repita estas 3 palabras: peseta, caballo, manzana. <i>(repetirlas hasta que las aprenda). Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	3	
<b>Concentración y cálculo</b>	<b>Concentración y cálculo</b> Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? <i>Poner un punto por cada sustracción correcta</i>	5	
	Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás <i>Un punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta</i>	3	
<b>Memoria (reciente)</b>	¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	3	
<b>Lenguaje y construcción</b>	Mostrar un bolígrafo “¿Qué es esto?” Repetirlo con el reloj. <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	2	

	Repita esta frase: “en un trigal había cinco perros” <i>Un fallo en una letra es 0 puntos en el ítem</i>	1	
	Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿qué son el rojo y el verde?, ¿qué son un perro y un gato? <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	2	
	“Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa” <i>Poner un punto por cada respuesta correcta</i>	3	
	“Lea esto y haga lo que dice”: CIERRE LOS OJOS	1	
	“Escriba una frase”	1	
	 “Copie este dibujo”:	1	
<b>Puntuación total (un punto cada respuesta correcta):</b>		35	
Nº preguntas que el paciente no ha podido contestar por su nivel de escolarización			
Preguntas que el paciente no ha podido contestar por déficit visual			
<b>Puntuación Total Corregida</b>			

### 3. EVALUACION DEL MEDIO DOMICILIARIO

PREGUNTAS	SI	NO	N/A*
1. ¿Están los pasillos libres de cables y otros trastos?			
2. ¿Están los revestimientos del suelo en buenas condiciones?			
3. ¿La superficie del suelo es antideslizante?			
4. ¿Están las alfombras del suelo firmemente fijadas al suelo?			
5. ¿Puede la persona acostarse y levantarse de la cama con facilidad y seguridad?			
6. ¿Puede la persona levantarse fácilmente del sillón?			
7. ¿Todas las luces son lo suficientemente brillante para que la persona vea claramente?			
8. ¿Puede la persona encender fácilmente una luz desde su cama?			
9. ¿Están bien iluminados los caminos exteriores, escalones y entradas por la noche?			
10. ¿Puede la persona sentarse en el inodoro con facilidad y seguridad?			
11. ¿Puede la persona entrar y salir del baño con facilidad y seguridad?			
12. ¿Puede la persona entrar y salir de la ducha con facilidad y seguridad?			
13. ¿Hay una(s) barra(s) de apoyo accesible/resistente (s) en la ducha o al lado de la bañera?			
14. ¿Se utilizan alfombrilla de ducha antideslizante en la ducha/ bañera?			
15. ¿Está el aseo cerca del dormitorio?			
17. ¿Puede la persona llevar la comida de manera fácil y segura desde la cocina hasta el comedor?			

18. ¿Las escaleras/ escalones interiores tienen un pasamanos accesible/ resistente que se extienda a lo largo de toda la escalera/ escalones?			
19. ¿Las escaleras/escalones exteriores tienen un pasamanos accesible/ resistente que se extienda a lo largo de toda la escalera/escalones?			
20. ¿Puede la persona subir y bajar escalones dentro o fuera de la casa con facilidad y seguridad?			
21. ¿Se identifican con facilidad los bordes de los escalones/ escaleras tanto las de dentro como las de fuera de la casa?			
22. ¿Puede la persona usar la/s puerta/s de entrada con seguridad y facilidad?			
23. ¿Están en buenas condiciones los caminos alrededor de la casa?			
24. ¿La persona actualmente usa zapatillas o zapatos que le queden bien?			
25. Si hay mascotas, ¿la persona puede cuidarlas sin agacharse o correr el riesgo de caerse?			

\*No aplicable