



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA



UMF 20 CAUCEL, MÉRIDA YUCATÁN

PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DEL ANCIANO FRÁGIL EN UNA COMUNIDAD
RURAL DEL ESTADO DE CAMPECHE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

YAZMIN ELIZABETH SALAS PERAZA

ASESOR TEMÁTICO Y METODOLÓGICO
M. en C. Juan Francisco Sánchez Cruz

ASESOR TEMÁTICO
DR. Pedro Pereyra Balmes
Médico No Familiar

ASESOR TEMÁTICO
DR. Manuel Camacho
Médico Familiar



Mérida, Yucatán

2017

2



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 401
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, CAMPECHE

FECHA 24/09/2015

M.C. YAZMIN ELIZABETH SALAS PERAZA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título:

Perfil Clínico Epidemiológico del anciano frágil en una comunidad rural del estado de Campeche

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-401-21

ATENTAMENTE

DR.(A). LUIS ARMANDO JIMÉNEZ BAILÓN
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 401

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



Mérida, Yucatán a 8 de septiembre de 2017
Ref: 332422200200/CCEIS/108/17

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM.


PRESENTE.

ASUNTO: Trabajo de investigación concluido.

Los que suscriben Dr. José Feliciano Novelo Tec, Profesor Titular del Cuso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS en la Delegación Yucatán con sede en la UMF # 20 Caucel y el Dr. Alvar Ayala Canché, Coordinador de Educación e Investigación en Salud de la UMF # 20 Caucel, hacemos constar que la MC. **Yazmín Elizabeth Salas Peraza**, desarrollo el trabajo de investigación con tema "Perfil Clínico Epidemiológico del anciano frágil en una comunidad rural del estado de Campeche", con número de registro R-2015-401-21, externamos a usted que se ha revisado y que cumple con el contenido y con los criterios clínicos y metodológicos institucionales en el mismo, dándose por concluido.

Lo anterior, para los trámites pertinentes.

ATENTAMENTE


Dr. José Feliciano Novelo Tec
Matrícula 10634673


Dr. Alvar Ayala Canché
Matrícula 99331961

Ccp. Dra. Alberta Bautista Botello, Titular de la Planeación y Enlace Institucional.
Ccp. Dr. Ulises A. De Asís Sobrino Alicocer, Coordinador Auxiliar de Educación en Salud.
Ccp. Minutaria.

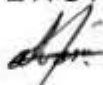
**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO DEL ANCIANO FRÁGIL EN UNA COMUNIDAD
RURAL DEL ESTADO DE CAMPECHE.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

YAZMIN ELIZABETH SALAS PERAZA

AUTORIZACIONES:



DR. ALVAR AYALA CANCHÉ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 CAUCEL
MÉRIDA, YUCATÁN



DR. M. EN C. JUAN FRANCISCO SANCHEZ CRUZ

ASESOR METODOLÓGICO Y DE TESIS
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



DR. ULISES A. DE ASÍS SOBRINO ALCOCER

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 CAUCEL
MÉRIDA YUC

Mérida, Yucatán

2017



"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Mérida, Yucatán, 11 de Septiembre 2017.

OFICIO N°: 339001250100/CAMES-811-17/JSPM543

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA,
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM
CIRCUITO DE POSGRADO, UNIDAD DE POSGRADO
CIUDAD UNIVERSITARIA
DELEGACION COYOACÁN
C.P. 04510 SEGUNDO PISO, EDIFICIO I,
CIUDAD DE MEXICO, D.F.

ASUNTO:

Por medio de la presente, hago de su conocimiento que los trabajos, abajo relacionados, han cumplido con los lineamientos internos al Instituto en materia de investigación y todos fueron debidamente registrados y autorizados en la plataforma del SIRELCIS y base a la firma de sus respectivos pueden considerarse como concluidos, de acuerdo a la normativa de la Coordinación de Investigación en Salud y de esta Coordinación. Sin otro particular agradezco su atención y hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

NOMBRE	TITULO	N° DE REGISTRO
Deydré Josefina Guapo López	Variables sociodemográficas del embarazo en adolescentes de una comunidad rural maya y su asociación con la disfunción familiar.	R-2015-3201-47
Roger Alfonso Río de La Rosa	Disfunción familiar como factor de riesgo para la presencia de desnutrición en niños menores de 5 años.	R-2015-3201-56
Yazmin Elizabeth Salas Peraza	Perfil clínico epidemiológico del anciano frágil en una comunidad rural del estado de Campeche	R-2015-401-21
Nidia de Jesús Cetina López	Utilidad de una intervención educativa aplicada a madres de niños desnutridos y su relación con la ganancia de peso en la comunidad rural de Homún, Yucatán.	R-2015-3202-51
Fernando Gabriel Lugo Marín	Evaluar una intervención educativa en pacientes con neuropatía diabética para disminuir las complicaciones del pie diabético.	R-2015-3201-45

A T E N T A M E N T E


DR. ULISES AULOGELIO DE AMP. SOBRINO ALCOCER
COORD. AUXILIAR MEDICINA DE EDUCACION EN SALUD

C.C.P.
- Dra. Alberta Bautista Botello.- Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional.
- Minutario
- Dr. Alvar Ayala Canche.- Coordinador de educación e investigación en salud.

ABB/ibp

**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DEL ANCIANO FRÁGIL EN UNA COMUNIDAD
RURAL DEL ESTADO DE CAMPECHE.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

YAZMIN ELIZABETH SALAS PERAZA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**1. PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DEL ANCIANO FRÁGIL EN UNA
COMUNIDAD RURAL DEL ESTADO DE CAMPECHE**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA**

2.- INDICE GENERAL

1.- Título.....	7
2.- Índice general.....	8
3.- Marco teórico.....	9
Resumen	
Marco teórico conceptual	
4.- Planteamiento del problema.....	17
5.- Justificación.....	18
6.- Objetivos.....	19
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
Objetivo Secundario	
7.- Hipótesis.....	20
8.- Metodología.....	20
Tipo de estudio	
Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y tamaño de muestra	
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
Información a recolectar (variables a recolectar)	
Método o procedimiento para captar la información	
Consideraciones éticas	
9.- Resultados.....	30
10.- Discusión.....	38
11.- Conclusiones.....	42
12.- Referencias bibliográficas.....	41
13.- Anexos.....	44

3. MARCO TEÓRICO

RESUMEN

ANTECEDENTES

Introducción: El proceso de envejecimiento es un declinar paulatino de la funcionalidad de los órganos y sistemas, caracterizado por una vulnerabilidad aumentada y una viabilidad disminuida que, progresivamente, aminora la reserva fisiológica¹.

Hablamos de anciano frágil cuando nos encontramos frente a una persona mayor que necesita ser cuidada por varias cosas. Padece enfermedades crónicas muy evolucionadas y con tendencia a la discapacidad². Además puede tener trastornos de la marcha, caídas, ingresos hospitalarios repetidos, deterioro cognitivo, etc. Muchas veces se trata de viudos recientes, personas que viven solas y eses factor influye mucho en su salud. En realidad, a este colectivo no se le puede poner una edad, porque uno puede ser frágil a los 65 años o llegar hasta los 90 sin serlo³.

Objetivo: Conocer el perfil clínico y epidemiológico del anciano frágil en la localidad Alfredo V. Bonfil del estado de Campeche.

Material y Método: Se realizó estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. Se incluyeron adultos mayores 65 años, derechohabientes IMSS y que acudieron a consulta al Puesto de Enfermería del HGZ/MF 1 de la comunidad de Alfredo V. Bonfil del estado de Campeche. Se incluyeron 198 pacientes a los

cuales se les aplicó las siguientes evaluaciones: criterios de Fried para fragilidad, escala de Barthel, escala Pfiffer y Yesavage.

Resultados: La mayor prevalencia se encontró en mujeres, la presencia de polifarmacia fue importante, se observó que la depresión, el deterioro cognitivo moderado y el analfabetismo se encuentran asociados a mayor riesgo de fragilidad, y como era de esperarse a la familia nuclear como factor protector.

Conclusiones: El perfil clínico y epidemiológico síndrome de fragilidad del anciano en la comunidad de Alfredo V Bonfil, es similar a lo descrito en la literatura internacional.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento es un declinar paulatino de la funcionalidad de los órganos y sistemas, caracterizado por una vulnerabilidad aumentada y una viabilidad disminuida que, progresivamente, aminora la reserva fisiológica¹.

Hablamos de anciano frágil cuando nos encontramos frente a una persona mayor que necesita ser cuidada por varias cosas. Padece enfermedades crónicas muy evolucionadas y con tendencia a la discapacidad². Además puede tener trastornos de la marcha, caídas, ingresos hospitalarios repetidos, deterioro cognitivo, etc. Muchas veces se trata de viudos recientes, personas que viven solas y eses factor influye mucho en su salud. En realidad, a este colectivo no se le puede poner una edad, porque uno puede ser frágil a los 65 años o llegar hasta los 90 sin serlo³.

En México entre 2005 a 2050 aumentará la población de más de 60 años, alrededor del 26 millones, más del 75% ocurrirá en el año 2020. De este modo se estima que la población de más de 60 años será 1 de cada 6 habitantes en el año 2030 y 1 de cada 4 en el 2050.

La transición demográfica y epidemiológica asociada al aumento en la esperanza de vida tiene repercusiones importantes en los sistemas de salud de todo el mundo, la más importante es el envejecimiento poblacional.

El proceso de transición demográfica que tiene lugar difiere entre países, la OMS ha considerado las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural para establecer los criterios que permiten clasificarlos en cuatro grupos de transición:

Incipiente: tasa de natalidad alta, mortalidad alta, crecimiento natural moderado (2,5%).

Moderada: tasa de natalidad alta, mortalidad moderada, crecimiento alto (3%).

Completa: tasa de natalidad moderada, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural moderado (2,0%).

Avanzada: tasa de natalidad moderada o baja, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural bajo (1,0%).

El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. También se ha incrementado en grupo de los “los muy viejos”, o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30% de los adultos mayores (AM) en los países desarrollados y el 12% en los llamados en vías de desarrollo ⁴.

El Cardiovascular Health Study, realizado en los Estados Unidos con 5.317 participantes de 65 años o más, determino que son frágiles del 6,9% al 7%, y en los octogenarios existe el 30%. Existen también pocos datos sobre prevalencia del síndrome de la fragilidad en adultos mayores, principalmente por la falta de consenso de una definición que pueda ser utilizada como screening en diferentes poblaciones ⁵.

Estas diferencias se explican porque la elección de los criterios de fragilidad varía según los grupos de estudio. Últimamente, se ha descrito una prevalencia entre el 10 y el 11% entre los ancianos sin discapacidad en la comunidad; si se tiene en cuenta que también se puede considerar frágil la persona con discapacidad moderada hasta grave, la prevalencia real se situaría entre el 30% al 40%.

Actualmente, la población Española mayor de 65 años representa un 17% y las proyecciones de las Naciones Unidas para el 2050 calculan que España será el tercer país más viejo del mundo, con un 34.1% de población mayor, situándose por detrás de Japón e Italia ⁶.

En un estudio realizado en Monterrey México, se pudo determinar que el 33% de los ancianos estudiados resultaron con síndrome de fragilidad, y este síndrome está asociado con aumento de caídas ⁷.

El envejecimiento humano es un proceso que se caracteriza por la pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognitivas. La fragilidad es un concepto relativamente nuevo, el cual describe a un síndrome, producto de la disminución en la reserva homeostática y de la resistencia del individuo frente al estrés ⁸.

Dada la gran variedad de factores desencadenantes, para el diagnóstico de síndrome de fragilidad se consideran los criterios de FRIED; la presencia de 3 o más de los siguientes criterios:

- 1.- Pérdida de peso involuntaria (4.5 Kg a más por año).
- 2.- Sentimiento de agotamiento general.
- 3.- Debilidad (medida por fuerza de prehensión).
- 4.- Lenta velocidad al caminar (basados en una distancia de 4.6m).

5.- Bajo nivel de actividad física (menor de 400 calorías a la semana) ^{9,10}.

Según las evidencias no existen unos estándares de los componentes que ha de incluir una correcta valoración geriátrica pero hay aspectos que no se pueden excluir como:

Valoración clínica (anamnesis y exploración física): enfermedades presentes, fármacos, carencias sensoriales, síndromes geriátricos, estado nutricional, la talla y el peso y cuantificar el riesgo con alguna escala (Mini-Nutricional Assessment, MNA-SF).

Valoración de la esfera funcional: es un proceso dirigido a obtener información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener la independencia en su medio habitual. Se ha de obtener información sobre las actividades de la vida diaria previa al ingreso, posterior y alta. Esto presenta un gran valor predictivo sobre mortalidad, ingresos hospitalarios, rehabilitación y ubicación al alta.

Las escalas de valoración facilitan la detección de problemas y su valoración evolutiva, incrementan la objetividad y ayudan a la comunicación y entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden al paciente. En las escalas hay que aplicar en el contexto adecuado, utilizando las de validez y fiabilidad demostradas. El hecho de hacer servir una escala u otra dependerá del ámbito de aplicación, las características diferenciales de los ancianos, el lugar en el que encuentren (domicilio, residencia, consulta ambulatoria, hospital) y los diferentes objetivos de la evaluación en estos niveles ¹¹⁻¹³.

Se enumeran algunas de las recomendaciones en el tratamiento de la fragilidad, basadas en los documentos de revisión y consenso de la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España y otros de referencia, y se las toma con las reservas de estar basadas generalmente por consenso ^{14,15}.

Parece indispensable seguir utilizando la valoración geriátrica integral (VGI) como instrumento básico de valoración de fragilidad en las personas mayores, por su enfoque global orientado a la funcionalidad y porque, junto con los principales test enumerados anteriormente, completa la información de la persona mayor en cuanto a su situación funcional, cognitiva y psicosocial, así como de la presencia de los diferentes síndromes geriátricos. También se estructuran las acciones por tomar sobre la base de los problemas detectados. La VGI con un cariz preventivo de pérdida de función ha demostrado mayor beneficio en ancianos más jóvenes y con mejor estado de salud.

Cuando los ancianos están más deteriorados hay que realizar una VGI con intensidad suficiente (valorar la factibilidad y los recursos necesarios, ya que la mayoría de las intervenciones se han realizado en domicilio, por parte de equipos multidisciplinares) o enfocar nuestra atención en aspectos más concretos.

El fomento y extensión de actividades preventivas. Dentro de ellas, una fundamental es el mantenimiento de la actividad y el ejercicio físico de cierta intensidad, adecuado a las características de la persona. También es de importancia el mantenimiento de un adecuado soporte y estado nutricional. Además de las 2 actividades mencionadas, es igualmente importante controlar

otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hiperlipidemia, tabaco) ¹⁶.

Potenciar aspectos de movilidad, capacidades físicas, disminución de riesgos físicos. Hace que en este sentido, la fisioterapia y los programas de ejercicio puedan tener un importante papel.

Correcto abordaje de cuadros clínicos específicos y enfermedades crónicas (depresión, diabetes, osteoporosis y osteoartritis, episodios cardiovasculares, etc.), síndromes geriátricos (delirium, incontinencia, deterioro cognitivo, inestabilidad y caídas, desnutrición) y otros que se relacionan entre las causas de fragilidad y dependencia.

La revisión periódica de la medicación habitual, considerar su indicación y evitar el uso de medicación inadecuada, interacciones, iatrogenia y en la medida posible la polifarmacia ¹⁷.

Evitar o disminuir la repercusión de situaciones estresantes a las que son más vulnerables las personas mayores, como lo es la hospitalización.

Facilitar y promover la relación y un adecuado soporte social, así como contribuir en la facilitación y distribución de los recursos sociales de acuerdo con las diferentes necesidades ¹⁸. Mejoraría la condición de salud de nuestros adultos mayores.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, hay muy pocos estudios que aporten información fidedigna respecto al de la fragilidad que nuestra población mayor de 65 años presenta, lo que dificulta la implementación de medidas específicamente encaminadas a prevenir y atender esta problemática.

Dadas las características de este asentamiento humano tipo colonia y derivado de la falta de conocimiento respecto al síndrome de fragilidad nos hemos planteado a la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el Perfil Clínico y Epidemiológico del Anciano Frágil de la localidad

Alfredo V. Bonfil del Estado de Campeche?

5. JUSTIFICACIÓN

Es un hecho que la expectativa de vida ha aumentado en los últimos años, por lo que la población geriátrica aumenta día con día, siendo necesario que los sistemas de salud se adapten a estos cambios en nuestra pirámide poblacional.

El conocer la prevalencia real y las características clínicas de los ancianos frágiles permitirá una atención integral a la salud de dichos pacientes, permitiendo actividades específicas como: fomento y extensión de actividades preventivas.

Dentro de ellas, una fundamental es el mantenimiento de la actividad y el ejercicio físico de cierta intensidad, adecuado a las características de la persona. También es de importancia el mantenimiento de un adecuado soporte y estado nutricional.

Además de las 2 actividades mencionadas, es igualmente importante controlar otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hiperlipidemia, tabaco).

Ante la situación de prevalencia del adulto mayor junto con sus enfermedades crónico-degenerativas, su mal control y falta de interés de la familia, considero importante dicho estudio para prevenir futuras complicaciones que interfieren en el ciclo vital de la familia y sobre todo en la protección de anciano mayor.

La comunidad de Alfredo V. Bonfil en Campeche es una colonia creada el 23 de mayo de 1994. Integrada por familias de varias partes de la república y cuya población principal actual, son mayores de 65 años, en esta comunidad se cuenta con un puesto de atención de enfermería con médico y contiene los recursos necesarios para el desarrollo del presente proyecto de investigación, por lo que es factible realizarlo.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer el Perfil Clínico y Epidemiológico del Anciano Frágil en la localidad Alfredo V. Bonfil del estado de Campeche.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la Prevalencia del Anciano Frágil en la localidad Alfredo V. Bonfil del Estado de Campeche.
- Describir el perfil Epidemiológico del Anciano Frágil en dicha comunidad.
- Establecer el perfil Clínico del Anciano Frágil en la comunidad estudiada.
- Identificar las principales variables asociadas.

7. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo, no amerita hipótesis.

8. METODOLOGÍA

DISEÑO

Transversal.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, prolectivo, transversal, analítico.

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los adultos mayores de la comunidad de Alfredo V. Bonfil del Estado de Campeche.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adultos mayores 65 años, derechohabientes del IMSS y que acudieron a consultar al Puesto de Enfermería del HGZ/MF 1 Alfredo V. Bonfil.

TAMAÑO DE MUESTRA

Para el tamaño de la muestra se empleó la fórmula para el cálculo de proporciones en una población finita, con una precisión del 7% mediante un intervalo de confianza al 95%, artículos han reportado proporciones que van desde el 17% hasta el 98%, por lo que se decidió utilizar un 50% para maximizar el tamaño muestral, teniendo en consideración que el Instituto Nacional de

Estadística Geografía e Informática (INEGI) reportó un total de 210 adultos mayores de 65 años (118 hombres y 92 mujeres), en la población de Alfredo V. Bonfil ;siendo necesario incluir un mínimo de 102 pacientes al estudio.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)} = \frac{210 (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(210-1) + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50} = \frac{201.6}{1.02 + 0.9604} = 1.98 = 102 \text{ pacientes.}$$

DONDE:

N= Total de la Población

N=número de muestra

p= proporción conocida del evento

q= (1-p)

Z²= Valor critico de alfa a 95%

Es necesario incluir un mínimo de 102 pacientes al estudio. Sin embargo, se incluyeron 198 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 65 años en adelante.
- De uno u otro sexo.
- Que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Con alguna discapacidad que impida su valoración.
- Con padecimientos psiquiátricos en control.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN AMBOS GRUPOS

Encuestas ilegibles o incompletas.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Anciano Frágil

VARIABLE INDEPENDIENTE

Enfermedades concomitantes

Grado de dependencia

Composición familiar

Estado mental

Depresión

Edad

Sexo

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Definiciones conceptuales

ANCIANO FRAGIL

De acuerdo al de Modelo de Buchner: Se define Fragilidad como el umbral a partir del cual la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúan en riesgo de perderla.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES

Enfermedad crónica degenerativa motivo de la consulta habitual del paciente. Se investigaron como principales las Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y la Osteoartritis Degenerativa, que son patologías que contribuyen directamente al síndrome de fragilidad.

GRADO DE DEPENDENCIA

Posibilidad de desarrollar actividades básicas de la vida sin ayuda de terceras personas.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Si hay o no algún grado de consanguinidad entre sus integrantes.

ESTADO MENTAL

Trastorno del área cognitiva o afectiva que puede interferir en el auto cuidado del anciano.

DEPRESIÓN

Trastorno del área afectiva enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

EDAD

Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.

SEXO

Estado personal dentro de la sociedad y que identifica a la persona ante las leyes y ante los demás, como hombre o mujer.

DEFINICIONES OPERACIONALES

ANCIANO FRAGIL

Para este estudio se tomó como Síndrome del Anciano Frágil cuando se tenga la presencia de al menos 3 de los siguientes criterios de acuerdo a Fried:¹¹

- 1.- Pérdida de peso involuntaria.
- 2.- Sensación de agotamiento.

3.- Debilidad.

4.- Velocidad lenta al caminar.

5.- Bajo nivel de actividad física.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES

De acuerdo a los diagnósticos establecidos y registrados en el expediente clínico de los pacientes, por lo que llevan control en la unidad, tomando en cuenta que dichos diagnósticos ya han sido confirmados con anterioridad.

GRADO DE DEPENDENCIA

De acuerdo al índice de Barthel, cuando observamos menor a 20 puntos, dependencia total, entre 21-40 puntos es igual a Dependencia grave, de 45 a 55 puntos se considera dependencia moderada y 60 o más igual a dependencia leve.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Se midió como nuclear, extensa y extensa compuesta.

Se consideró como:

Nuclear a la familia constituida exclusivamente por el padre, la madre y los hijos.

Extensa a la familia conformada por el padre, la madre, hijos y algún otro familiar consanguíneo (abuelo, abuela, tíos, primos, sobrinos, etc.).

Extensa compuesta a la familia que consta padre, madre, hijos, pariente consanguíneo y alguna persona sin parentesco familiar.

ESTADO MENTAL

De acuerdo a la escala abreviada de Pfiffer a 5 o más puntos no contestados, denota deterioro del estado mental.

DEPRESIÓN

De acuerdo a la escala de Yesavage de 0-5 puntos es Normal, de 6-9 puntos Depresión leve, mayor de 10 puntos igual a depresión establecida.

EDAD

Tiempo transcurrido en años al momento del estudio.

SEXO

Se identifica como masculino y femenino.

ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	UNIDAD DE MEDICIÓN
Anciano Frágil	Cualitativa	Nominal / Dicotómica	De acuerdo a los criterios de Fried ¹¹ Si/No
Enfermedades concomitantes (HTA, DM OAD)	Cualitativa	Nominal/ Policotómica	Diagnósticos previos en expediente clínico.
Composición familiar	Cualitativa	Nominal/ Policotómica	Nuclear Extensa Extensa compuesta
Edad	Cuantitativa	Discontinua	Años cumplidos al momento del

			registro.
Sexo	Cualitativa	Nominal, dicotómica	Masculino/femenino
Nivel de Dependencia	Cualitativa	Ordinal / Nominal	Total, Grave, Moderada, Leve
Estado Mental	Cualitativa	Nominal, Dicotómica	Si/ No
Depresión	Cualitativa	Ordinal	Normal, Leve, Establecida.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal, analítico, en los que se incluyeron todos los adultos mayores 65 años, derechohabientes del IMSS y que acudieron a consultar al Puesto de Enfermería del HGZ/MF 1 de la comunidad de Alfredo V. Bonfil del Estado de Campeche. A cada anciano que acudió a consulta por cualquier patología se le explicó el objetivo del estudio y si aceptaron participar, se le solicitó la firma del consentimiento informado, (anexo 1) posteriormente a la firma se obtuvieron los datos socio demográficos a través del instrumento de recolección (anexo 2) para determinar la fragilidad se utilizaron los criterios de Fried¹¹. Para la obtención del grado de dependencia se aplicó la escala de Barthel (anexo 3) la cual evalúa la dependencia de los aspectos básicos de la vida cotidiana como: Comer, asearse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, capacidad de usar el retrete, traslado entre muebles, de ambulación y subir escalones, esta escala clasificó a los pacientes, dependiendo de la puntuación obtenida en: dependencia total, dependencia Grave, Moderada y Leve²².

Para evaluar el deterioro cognitivo se aplicó la escala de Pfeiffer (anexo 4) que consiste en 10 preguntas y permitió clasificar a los pacientes con o sin deterioro cognitivo y finalmente la depresión se midió con la Escala de Yesavage (anexo 5) consistente en 15 preguntas y que permitió detectar el grado de depresión.

PLAN DE ANALISIS ESTADÍSTICO

Se calcularon las medidas de tendencia central (medias) para las variables numéricas y de proporción (promedios) para las variables categóricas.

Se determinó la diferencia de medias entre variables numéricas mediante t de student, la fuerza de asociación se midió mediante Razón de Momios (R.M) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, el valor de significancia estadística se fijó con una $p < 0.05$.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS

Asesor clínico y metodológico: M. en C. Juan Francisco Sánchez Cruz.

Investigador: Dra. Yazmin E. Salas Peraza. Alumno del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

Colaboradores Médicos familiares y No Familiares adscritos en la Unidad de Medicina familiar /HGZ1 San Francisco de Campeche.

RECURSOS MATERIALES

- 1.- Hojas para recolección de datos.
- 2.- Material de escritorio: como lápices, bolígrafos, gomas de borrar y carpetas para archivar los resultados.
- 3.- Equipo de cómputo para la recolección de los resultados y procesamiento de los mismos por medio del programa Excel.

FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

- 1.- El total de gastos que se llevó a cabo durante el estudio corrió a cargo del investigador sin fines de lucro, con el fin de contribuir para el beneficio de la comunidad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La tesis cumple con las consideraciones emitidas en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki promulgada en 1964 y su última revisión en la 52^a Asamblea General de Edimburgo, Escocia, en octubre del 2000, en Tokio 2004; y las pautas internacionales para la investigación médica relacionada a seres humanos adoptada por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Organizaciones Internacionales con Seres Humanos. En México lo establecido por la Ley General de Salud. Además, la tesis será evaluada por el Comité Local de Investigación, mantendrá la confidencialidad y el anonimato de los datos de las unidades de observación. Se anexa formato de consentimiento informado por escrito

9. RESULTADOS

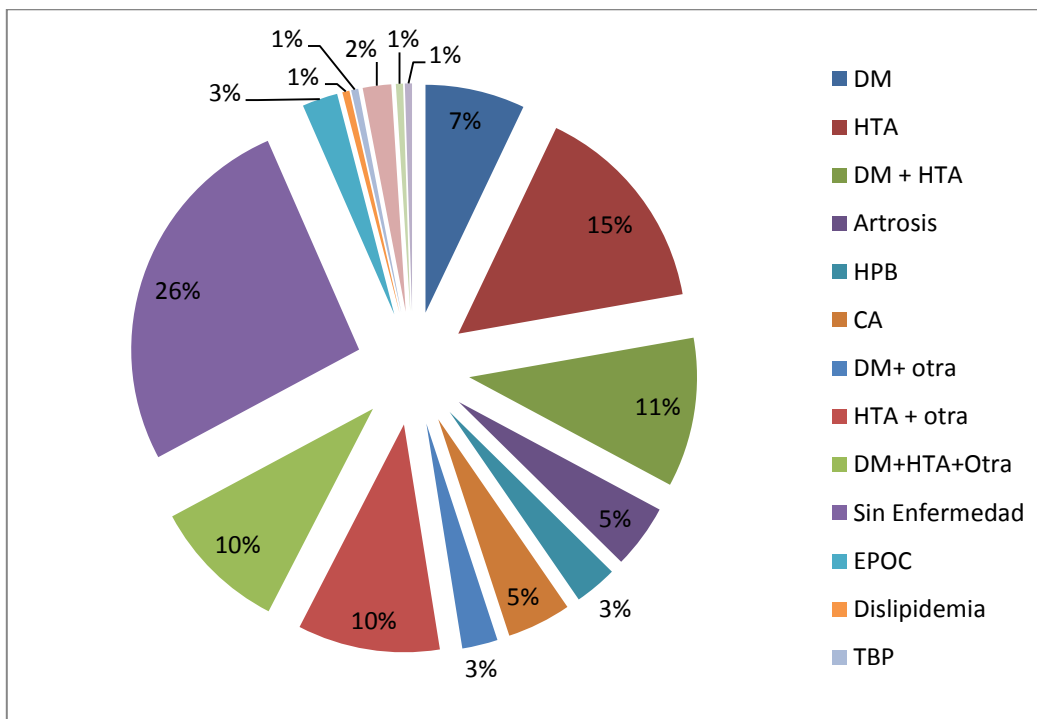
Se incluyeron un total de 198 pacientes cumpliéndose más del 100% de la muestra estipulada, no fue necesaria la eliminación de ninguna encuesta por lo que los 198 casos han entrado al análisis.

Se entrevistó a 120 (60.6%) varones y 78 (39.4%) mujeres, la media de edad para todo el grupo fue de 73.5 ± 7.07 años. [73.4 ± 7.2 para los varones y 73.8 ± 6.5 para las mujeres].

Como era de esperarse el 73.7% de la población presenta enfermedades crónicas aisladas destacando la artrosis con un 26%, la hipertensión arterial con 15.2 % correspondiente a 30 pacientes y la diabetes mellitus con 7.1% correspondiente a 14 pacientes, estas enfermedades se encuentran asociadas frecuentemente entre sí y con otras patologías como podrá observarse en el gráfico número 1.

GRÁFICA NO.1

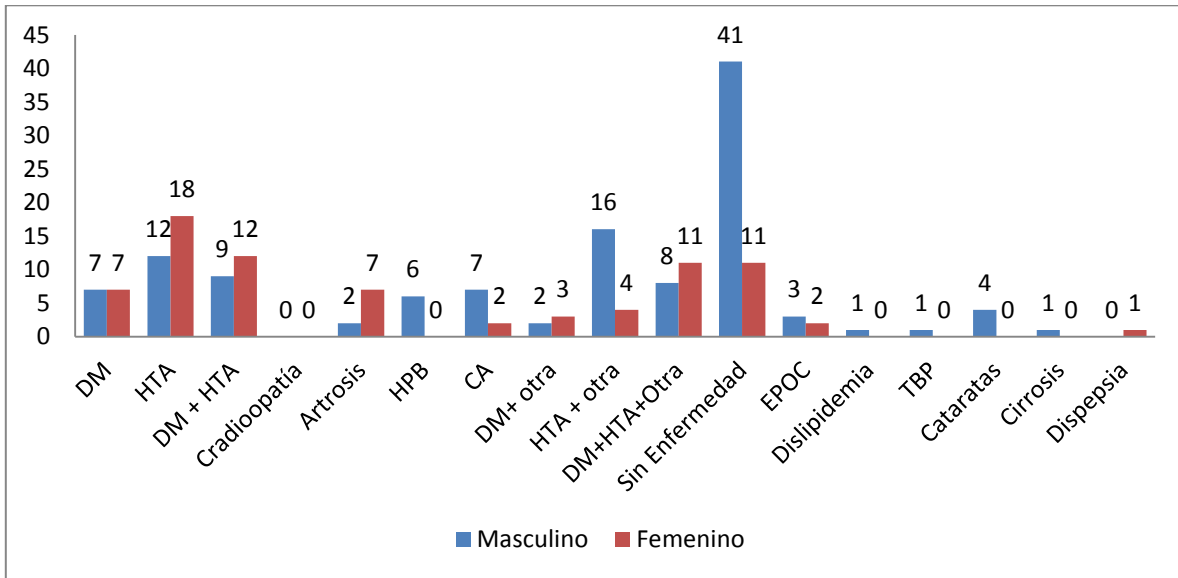
ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD ALFREDO V. BONFIL.



De acuerdo a sexo encontramos que en 41 de los pacientes masculinos no se encontraron enfermedades concomitantes. Sin embargo la principal enfermedad concomitante fue hipertensión arterial en el género femenino con 18 pacientes. Como se observa en la gráfica No. 2.

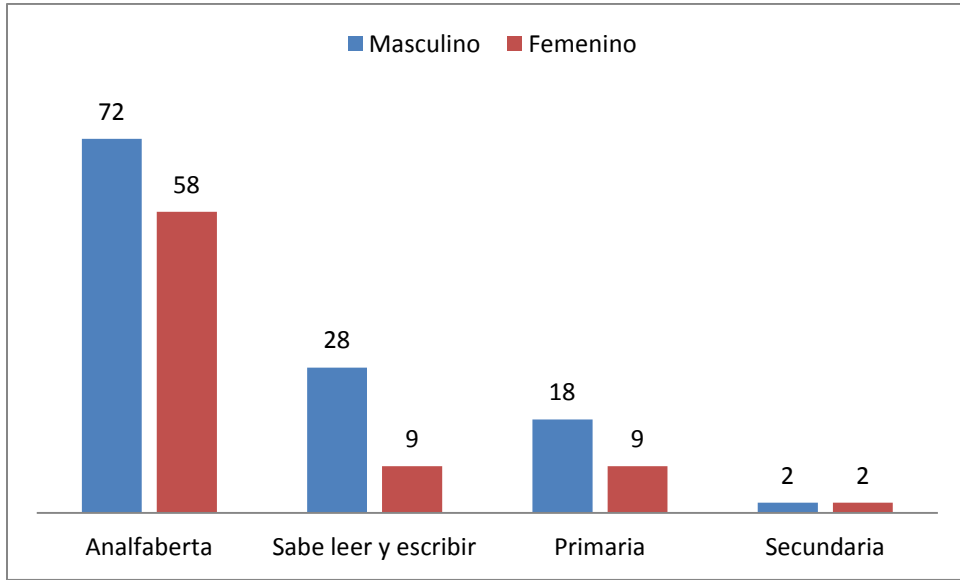
Gráfico No. 2

ENFERMEDADES CONCOMITANTES POR SEXO



De los pacientes entrevistados únicamente 11 (5.6%) refirieron no tener hijos, el número de hijos más frecuentemente reportado fue de 5 en el 22.7% que corresponde a 45 casos, destaca un caso que reporta 18 hijos.

De acuerdo al grado escolar alcanzado el 65.7% (130 pacientes) son analfabetas, de la población restante 13.6% es decir 27 pacientes tienen estudios de primaria y únicamente 2% (4 casos) tiene estudios de secundaria; por lo que el 18.7% restante (37 casos) a pesar de saber leer y escribir no tienen educación formal. Los detalles de acuerdo a la escolaridad se presentan en la gráfica número 3.



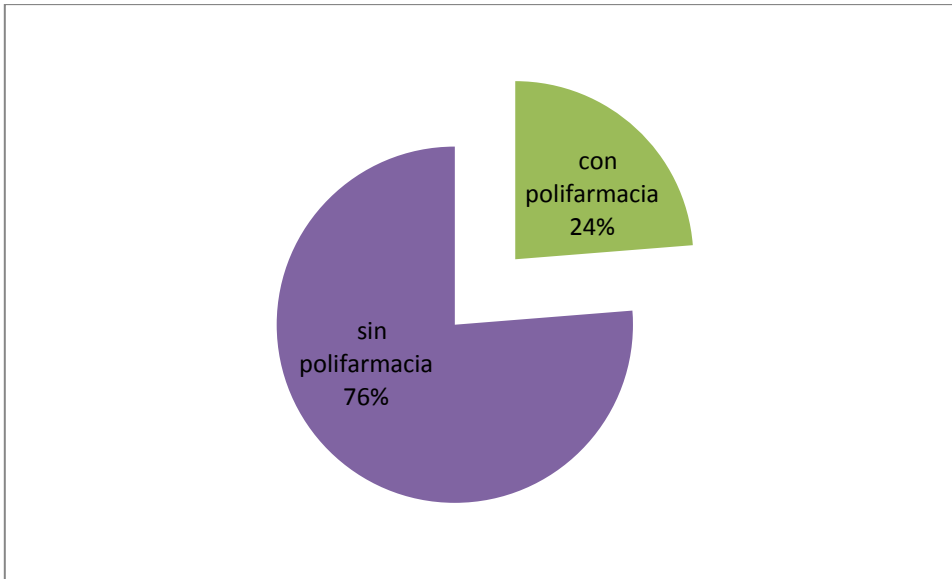
ESCOLARIDAD EN LA POBLACION ESTUDIADA

GRAFICA No. 3

Del total de la muestra 47 pacientes correspondiente al 23.7% consumen más de 5 medicamentos. Como se observa en la gráfica No. 4

POLIFARMACIA

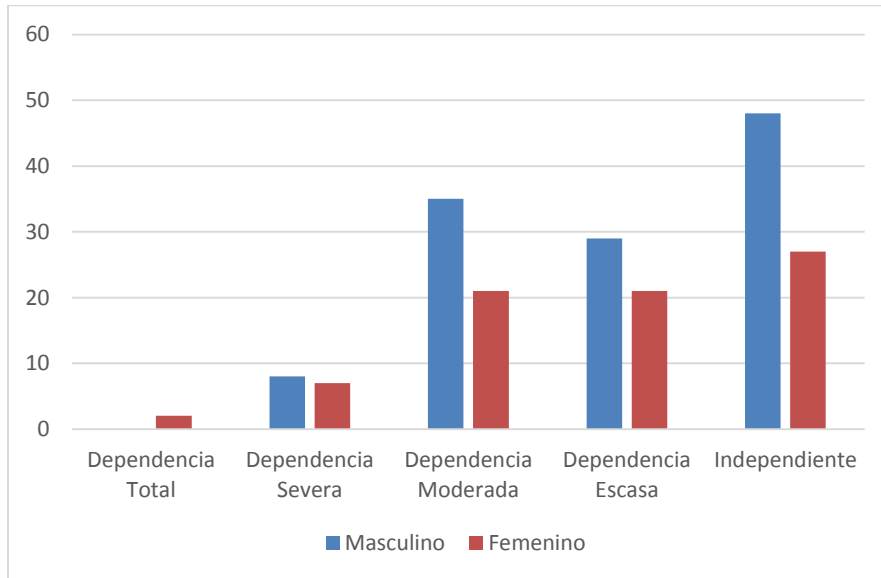
Gráfica No. 4



Analizando el grado de dependencia de acuerdo a la escala de Barthel pudimos encontrar que la mayoría el 62.1%% que corresponde a 123 pacientes son dependientes, el detalle respecto al sexo se presenta en la gráfica número 5.

GRADO DE DEPENDENCIA DE ACUERDO AL SEXO

Gráfica No. 5

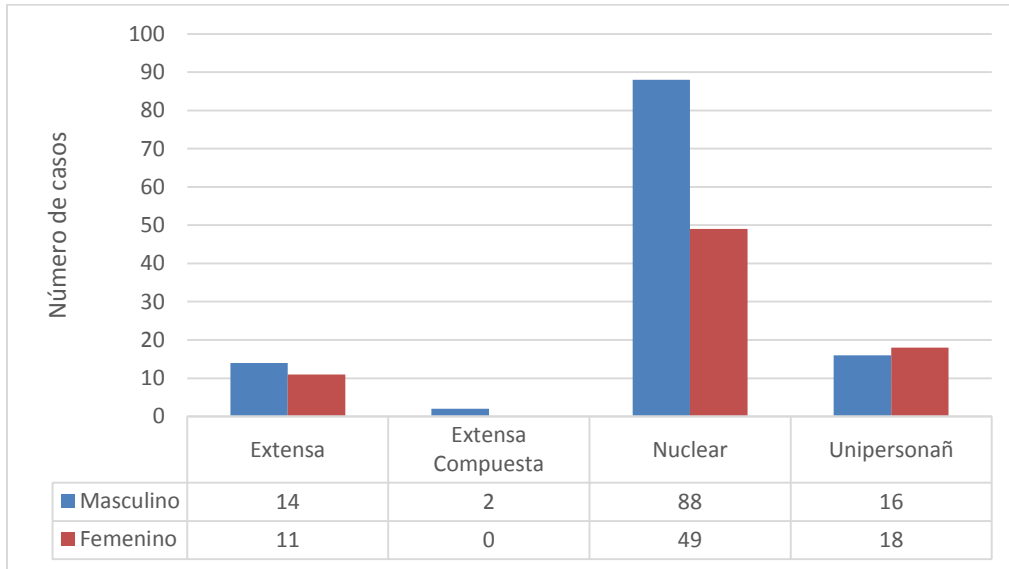


Según su composición familiar encontramos:

Composición familiar el 69.2% (137 pacientes) son miembros de una familia nuclear, el 17.2 % (34 pacientes) conforman una familia unipersonal, el 12.6% que corresponde a 25 casos son miembros de una familia extensa y únicamente 2 personas (1%) son miembros de una familia extensa compuesta. Los detalles por género se aprecian en la gráfica No. 6.

Gráfica No. 6

COMPOSICIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL GÉNERO



Respecto al deterioro cognitivo medido por escala de Pfeiffer se encontró que el 42.9% (85 casos) presentaron deterioro leve, 21.2% (n: 42) deterioro moderado, y el restante (n:71) no presentaron deterioro.

La depresión se midió con la escala de Yesavage encontrando 52.5% que corresponde a 104 pacientes sin depresión, 31.3% que corresponde a 62 pacientes con depresión leve, y 16.2% (32 pacientes) con depresión establecida.

Al analizar, la fragilidad con la escala FRIED, se observó que en 61 pacientes (30.8%) se encontró fragilidad correspondiendo a 27 varones (22.5%) y 34

mujeres (43.6%), la media para la edad entre los grupos fue de 72.44 ± 7.2 años para los varones y de 73.8 ± 6.85 para las mujeres ($p=0.683$).

Se encontraron variables asociadas con el Síndrome de Fragilidad. Excepto el grado de dependencia.

Ver tabla 1.

TABLA N0.1
VARIABLES ASOCIADAS AL SINDROME DE FRAGILIDAD

VARIABLE	R.M	IC 95%	P VALOR
Género Femenino	2.6	1.4-4.9	0.002
Depresión	2.0	1.62-2.58	<0.001
Familia Nuclear	0.51	0.27-0.92	0.03
Det. Cognitivo Moderado	3.7	1.8-7.6	<0.001
Analfabetismo	3.74	1.7-7.9	<0.001

10. DISCUSIÓN

El síndrome del anciano frágil se diagnostica cada vez con mayor frecuencia en varias partes del mundo, en nuestro estudio se encontró un predominio de mujeres en relación a los varones (43.6% vs 22.5%) lo que concuerda con lo reportado por Fernandez y Cols, quienes observaron 57.4% de mujeres con la salvedad que estas fueron atendidas en un hospital.²⁵

De los pacientes estudiados el (30.8%) 61 pacientes fueron clasificados como anciano frágil; lo que coincide al porcentaje encontrado en los Estados Unidos con 5.317 participantes de 65 años o más, quien determinó que son frágiles del 6.9 al 7% y en los octogenarios existe el 30%⁵.

Estas diferencias se explican porque la elección de los criterios de fragilidad varía según los grupos de estudio. En recientes estudios, se ha descrito una prevalencia entre el 10 y el 11% entre los ancianos sin discapacidad en la comunidad; si se tiene en cuenta que también se puede considerar frágil la persona con discapacidad moderada hasta grave, la prevalencia real se situaría entre el 30% a 40%.⁶

Como era de esperarse el 73.7% de la población presenta enfermedades crónicas aisladas destacando la hipertensión arterial con 15.2 % correspondiente a 30 pacientes y la diabetes mellitus con 7.1% correspondiente a 14 pacientes, estas enfermedades se encuentran asociadas frecuentemente entre sí y con otras patologías. En México se observó que muchos adultos mayores frágiles son hipertensos o diabéticos, o las dos cosas. También se documenta en algunos reportes que la prevalencia de estas enfermedades crónicas es mayor en los ancianos frágiles que en los no frágiles: para hipertensión 50-53% en frágiles vs

34-38% en no frágiles; para diabetes 13-25% en frágiles vs 10-12% en no frágiles.²³

Controlar estos factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hiperlipidemia, tabaco)¹⁶, depresión, diabetes, osteoporosis y osteoartritis, episodios cardiovasculares, etc.), síndromes geriátricos (delirium, incontinencia, deterioro cognitivo, inestabilidad y caídas, desnutrición) y otros que se relacionan entre las causas de fragilidad y dependencia.²³ Reduciría el riesgo de complicaciones en nuestra población de adultos mayores.

El anciano frágil presentó 80% más probabilidades para el desarrollo de síntomas depresivos²⁴, en este estudio un 52% cursó con depresión. Por lo anterior consideramos que el correcto abordaje de este cuadro clínico mejoraría el grado de dependencia.

Encontramos asociación entre composición familiar y fragilidad con una RM de .51, la cual consideramos a este tipo de composición como factor protector lo cual favorece a los adultos mayores de esta comunidad.

Parece indispensable seguir utilizando la valoración geriátrica integral (VGI) como instrumento básico de valoración en las personas mayores, por su enfoque global orientado a la funcionalidad y porque, junto con los principales test enumerados anteriormente, completa la información de la persona mayor en cuanto a su situación funcional, cognitiva y psicosocial, así como de la presencia de los diferentes síndromes geriátricos. También se estructuran las acciones por tomar sobre la base de los problemas detectados.

Cuando los ancianos están más deteriorados además de una VGI con intensidad suficiente debemos enfocar nuestra atención en aspectos más concretos.

Pudimos corroborar como indica la GPC que la presencia de fragilidad es más frecuente en mujeres, ⁴ algunos autores como Alonso-Galban y cols, encontraron una RM de 1.3 en las mujeres con respecto a los varones, siendo esta menor a lo encontrado en este estudio.¹⁹ La fragilidad también se relacionó con un menor nivel educativo y socioeconómico y mayor número de comorbilidad, muy similar a lo encontrado en nuestro estudio.²⁰

Podemos concluir que en la población de adultos mayores de la población estudiada, existe un gran porcentaje de familias nucleares, un 30% de fragilidad, un 52% con depresión, un 42% con deterioro cognitivo y 62% con dependencia.

11. CONCLUSIONES

En la población de adultos mayores de la comunidad rural Alfredo V. Bonfil del Estado de Campeche existe una prevalencia del 30% de fragilidad, se encontró asociación con género femenino, depresión, tipo de familia, deterioro cognitivo y analfabetismo con el síndrome de fragilidad.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Cánovas PC, Martín CA, Solsona FS, Chávez DF. Prevención de la fragilidad: anciano frágil y actividad física. *Infogeriatría*. 2011; (1): 19-24.
- 2.- Flujas A. *Infogeriatría* [editorial]. 2011;(1): 3-4.
- 3.- Alonso GP, Sansó SF, Diaz-Canel NA, Carrasco GM, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana salud pública*. 2007; 33(1): 2.
- 4.- Secretaria de salud. *Catalogo maestro de guías de práctica clínica. Diagnostico y tratamiento del síndrome de fragilidad en el adulto mayor*.
5. - Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Series A- Biological Sciences and Medicall Sciencies*. 2011: 56 (3): 146-56.
- 6.- Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*. 2013; 24(1): 1-16.
- 7.- Díaz de León GE, Tamez PH, Gutierrez HH, Cedillo RJ, Torres G. Fragilidad y su asociación con mortalidad, hospitalizaciones y dependencia funcional en mexicanos de 60 años o más. *Medicina clínica (Barc)*.2012;138(11):468-474.
- 8.- Ávila-Funes JA, Aguilar-Navarro S. El Síndrome de fragilidad en el adulto mayor. *Antología salud del anciano. Parte 2. Departamento de salud Pública, facultad de medicina.UNAM: 2007, 7p.*
- 9.- Martín LI, Gorroñoigoitia IA, Gómez PJ, Baztlán CJ, Abizanda SP. El anciano frágil. *Detección y tratamiento en AP. Atención Primaria*. 2010: 42(07): 1-7.

- 10.- González DR, González PA. Fragilidad: prevalencia, características socio demográficas y de salud, y asociación con calidad de vida en adultos mayores. Atención Familiar. 2012; 19(1):1-6.
- 11.- Jürschik GP, Escobar BM, Nuin OC, Botigué ST. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Atención primaria. 2011; 43(04): 1-8.
- 12.- López OB. El anciano frágil. Infogeriatría. 2011; (1): 7-14.
- 13.- Martín L. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendación. Atención primaria. 2005; 36(5): 95-99.
- 14.- Martín Lesende I, Gorroñoitía A. El anciano frágil. El médico (formación acreditada on line, atención a anciano). 2008; 074: 21-30.
- 15.- Martínez QC, Pérez MV, Roselló LA, Brito RG, Gil BM. La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. Rev Cubana Med Integr. 2005; 21(1-2).
- 16.- Chávez JH. Fragilidad, un nuevo síndrome geriátrico. Diagnostico.2003;42(4): 1-5.
- 17.- Yábar PC, Ramos W, Rodríguez CL, Díaz SV. Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Rev Perú Epidemiol. 2009; 13 (3): 1-7.
- 18.- Martín L. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendación. Atención primaria. 2005; 36(5): 95-99.
- 19.- Alonso P, Sanso F, Díaz-Canel A, Carrasco M. Rev Cubana Salud Pub. 2009;35(2):1-19.
- 20.- Carrillo R, Muciño j, Peña C. Carrillo U. Fragilidad y Sarcopenia. Rev de la Fac Med UNAM. 2011;54:15.

- 21.- <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap03ancianofragil.pdf>
- 22.- Javier Cid-Ruzafa et al. Valoración de la discapacidad física. El índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública, 1997;71(2).
- 23.- Romero-Cabrera AJ. Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores. Med Int Mex 2011;27(5):455-462.
- 24.- Maycon Sousa Pegorari et al. Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana. Rev. Latino-Am. Enfermagem sept.-oct. 2014;22(5):874-82.
- 25.- Martín-Sánchez F.J., Fernández Alonso C., Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. Anales Sis San Navarra. 2010 ; 33(1): 163-17.

13. ANEXOS

ANEXO 1	
	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
Nombre del estudio:	PERFIL CLINICO y EPIDEMIOLOGICO DEL ANCIANO FRAGIL EN UNA COMUNIDAD RURAL DEL ESTADO DE CAMPECHE
Patrocinador externo (si aplica):	N/A
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el Perfil clínico y epidemiológico del anciano frágil en la localidad de Alfredo V. Bonfil , del estado de Campeche
Procedimientos:	Aplicación de encuestas a derechohabientes mayores de 65 años
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	.Conocer el estado de salud en relación al síndrome de fragilidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionará oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento
Participación o retiro:	voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza la privacidad y confidencialidad de los datos
En caso de colección de material biológico (si aplica)	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Conocer la Prevalencia del síndrome del anciano Frágil
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Yazmin Elizabeth Salas Peraza
Colaboradores:	Dr: Pedro Roman Pereira Balmes
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

(ANEXO 2) HOJA DE RECOLECCION DATOS

**“PERFIL CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO DEL ANCIANO FRÁGIL EN UNA
COMUNIDAD RURAL DEL ESTADO DE CAMPECHE”**

FECHA: _____

NOMBRE: _____

AFILIACION: _____

UNIDAD DE ADSCRIPCION _____

EDAD: _____ SEXO: MASC: FEM:

ANCIANO FRAGIL: SI NO

A) PERDIDA DE PESO DE 5% INDEPENDIEMENTEMENTE SI FUE INTENCIONAL O NO
EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS: SI NO

B) INHABILIDAD PARA LEVANTARSE DE UNA SILLA 5 VECES SIN USAR LOS
BRAZOS: SI NO

C) NIVEL DE ENERGÍA REDUCIDA: ¿SE SIENTE USTED LLENO DE ENERGÍA? SI
NO

ENFERMEDADES CONCOMITANTES: SI NO CUALES:

COMPOSICIÓN FAMILIAR: NUCLEAR: EXTENSA:

EXTENSA COMPUESTA:

NIVEL DE DEPENDENCIA:

TOTAL: _____ GRAVE: _____ MODERADA: _____ LEVE: _____

DEPRESIÓN: NORMAL: _____ LEVE: _____ ESTABLECIDA: _____

ESTADO MENTAL: SI NO

ANEXO 3

ÍNDICE DE BARTHEL (GRADO DEPENDENCIA)

Comer

(10) Independiente. Capaz de usar cualquier instrumento necesario. Come en un tiempo razonable.

(5) Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.

(0) Dependiente

Lavarse

(5) Independiente. Capaz de lavarse entero usando la ducha o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo

sin estar otra persona presente.

(0) Dependiente

Vestirse

(10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos

que precise sin ayuda.

(5) Necesita ayuda, pero realiza sólo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable.

(0) Dependiente.

Arreglarse

(5) Independiente. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes.

(0) Dependiente.

Deposición (valorar la semana anterior)

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se lo administra el mismo.

(5) Ocasional. Un episodio de incontinencia. Necesita ayuda para administrarse enema o supositorio.

(0) Incontinente.

Micción (valorar la semana anterior)

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de atender sólo su cuidado.

(5) Ocasional. Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.

(0) Incontinente.

Usar el retrete

(10) Independiente. Usa retrete, bacinilla o cuña sin ayudar y sin manchar. Si va al retrete se quita y pone la ropa, se sienta y se levanta sin ayuda, se limpia y tira de la cadena.

(5) Necesita ayuda pequeña para mantener el equilibrio, quitar y ponerse la ropa, pero se limpia solo.

(0) Dependiente.

Trasladarse (sillón /cama /sillón)

(15) Independiente.

(10) Mínima ayuda física o supervisión verbal.

(5) Gran ayuda (persona fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda.

(0) Dependiente. Necesita grúa o ayuda de dos personas; no permanece sentado.

Deambular

(15) Independiente. Camina solo 50 m, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas. Si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela.

- (10) Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 m
- (5) Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión
- (0) Dependiente

Escalones

- (10) Independiente para subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona.
- (5) Necesita ayuda física de otra persona o supervisión.
- (0) Dependiente.

Puntuación orientadora del grado de dependencia:

< 20 = dependencia total; entre 20-40 = dependencia grave; entre 45-55 = dependencia moderada;

60 o más = dependencia leve.

Anexo 4

Cuestionario del estado mental de Pfiffer

1. ¿Qué día es hoy? (día, mes 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? (si no tiene teléfono, preguntar su dirección)
5. ¿Qué edad tiene?
6. ¿Cuándo nació?
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el presidente anterior?
9. ¿Cuál es el primer apellido de su madre?
10. Reste de 3 en 3 a partir de 20.

**Anotar 1 punto por cada ítem no respondido correctamente en su totalidad.
Punto de corte de deterioro cognitivo = 5 ó más errores.**

Anexo 5

Escala Geriátrica de Depresión (GDS) De Yesavage (versión reducida)

	Si	No
1.- ¿Esta básicamente satisfecho/a con su vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades y aficiones?	1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿se siente a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6.- ¿Tiene miedo de que le ocurra algo malo?	1	0
7.- ¿Se siente contento/a la mayor parte del tiempo?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo indefenso/a?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10.- ¿cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas de su edad?	1	0
11.- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	0	1
12.- ¿Se siente bastante inútil tal como está ahora?	1	0
13.- ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14.- ¿Piensa que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0

Resultados: 0-5 = Normal; 6-9 = Depresión leve; \geq 10 Depresión establecida.