

CONSEJERÍA DE SALUD

Examen de Salud para Mayores de 65 años



JUNTA DE ANDALUCÍA

Examen de Salud para Mayores de 65 años



Actualización 2017

**Consejería de Salud
Junta de Andalucía**

EXAMEN de salud para mayores de 65 años [Recurso electrónico] : actualización 2017 / coordinación, Juan Manuel Espinosa Almendro, Susana Rodríguez Gómez ; autoría, Juan Manuel Espinosa Almendro ... [et al.]. – [Sevilla] : Consejería de Salud, 2017

Texto electrónico (pdf)

1. Salud del anciano 2. Promoción de la salud
3. Envejecimiento 4. Servicios de salud para ancianos
5. Planes y programas de salud 6. Andalucía
I. Espinosa Almendro, Juan Manuel II. Rodríguez Gómez, Susana III. Andalucía. Consejería de Salud
WT 31

Coordinación:

Juan Manuel Espinosa Almendro
Susana Rodríguez Gómez

Autoría

Juan Manuel Espinosa Almendro
Susana Rodríguez Gómez
Juan Carlos Morilla Herrera
Francisca Muñoz Cobos
Magdalena Cuevas Fernández-Gallego
Jesús Sepúlveda Muñoz
Marta García Aranda
Sylvia Hazañas Ruiz

María Luz Burgos Varo
Daniel J López Vega
Ana Ruiz Bernal
Pablo García Cubillana
Rafael Martínez Peña
Lucía Túnez Rodríguez
M^º Ángeles Gertrudis Díez
Marisa García Gestoso

Flora Martínez Peci
Rafael Jiménez Alés
Aitana Rodríguez Pérez
María Pilar San Juan Lozano
María Espinosa Bosch
Leopoldo Palacios Gómez
Marta Lima Serrano
Joaquín Lima Rodríguez

Revisión interna

Carmen Lama Herrera
Nieves Lafuente Robles
Reyes Sanz Amores
José Díaz- Borrego Horcajo
Luz López Samaniego

Rafael Hermosilla Carrasquilla
M^º Rosa Sánchez Pérez
Luis Aparcero Benet
Ana Carriazo Pérez de Guzmán
Antonio Sagués Amadó

Dolores Fernández Pérez
Dolores Rodríguez Ruz
Ricardo Moreno Ramos
Eugenio Martínez Concepción
Concepción Díaz Gavira

Revisión interna

- PICUIDA (ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ANDALUCÍA)
- PLAN ANDALUZ DE ATENCION INTEGRADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS
- PLAN INTEGRAL DE DIABETES DE ANDALUCÍA
- PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA DE ANDALUCÍA
- PLAN INTEGRAL DE ATENCION A LAS CARDIOPATÍAS DE ANDALUCÍA
- PLAN ANDALUZ DE ATENCION A LAS PERSONAS CON DOLOR
- PLAN ANDALUZ DE ATENCION AL ICTUS
- PLAN DE ATENCION A ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELETICAS.
- ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
- PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCIA
- PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS
- PLAN INTEGRAL DE ATENCION A LA ACCIDENTABILIDAD
- PLAN ESTRATÉGICO DE VACUNACION DE ANDALUCIA

Revisión externa

SAMFYC (SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA)
ASANEC (ASOCIACION ANDALUZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA)
SEMERGEN (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA)
ATESYS (ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD)



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Diseño y maquetación: Pilar San Juan Lozano
Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2017
Consejería de Salud: www.juntadeandalucia.es/salud
Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Índice

PRESENTACIÓN	
1. Consideraciones generales	2
2. Introducción	5
2.1 El envejecimiento activo y saludable	8
2.2 La fragilidad en las personas mayores	11
2.3 La dependencia en las personas mayores	13
3. Objetivos	14
3.1 Objetivos General	
3.2 Objetivos Específicos	
4. Identificación/ Captación	14
5. Estratificación/ Clasificación	15
5.1 Proceso de Estratificación/Clasificación	15
6. Plan de actuación:	18
6.1 Persona mayor autónoma	18
6.2 Persona mayor frágil	19
6.3 Persona mayor dependiente	23
7. Evaluación-Indicadores	25
8. Bibliografía	29
9. Anexos	31
Anexo 1: Secuencia de estratificación y captación	
Anexo 2: Test básicos para la detección de fragilidad y riesgo de caídas	
Anexo 3: Valoración integral	
Anexo 4: Fichas de recomendación de intervenciones por grupos	
Anexo 5: Ejercicio Multicomponente.	
Anexo 6: Test asociado a personas mayores de 65 años.	

PRESENTACIÓN

1. Consideraciones generales

El presente programa persigue mejorar la autonomía, la seguridad y la vida activa de las personas a medida que envejecen, a través de la promoción de estilos de vida saludables, de la detección precoz de riesgos, de la adecuación de los entornos y de la atención integral en la situación de fragilidad.

Es fruto de una revisión exhaustiva del *Examen de salud para mayores de 65 años*¹, así como de las necesidades y problemas de salud actuales de estas personas, principalmente en lo que se refiere al mantenimiento de la salud y de las mejores condiciones de calidad de vida y la prevención de la fragilidad y la dependencia. Para ello, se ha actualizado este programa de salud a fin de alinearlo con la propuesta de la Asociación Europea para la Innovación sobre Envejecimiento Activo y Saludable (EIP-AHA) en la iniciativa Europa 2020² y con el *Documento de consenso sobre la prevención de la fragilidad y las caídas en la persona mayor, de la Estrategia de Prevención de Fragilidad y Caídas en Personas Mayores*³.

Estos años han sido muy útiles para situar a las personas mayores como elementos claves en la atención sanitaria, introduciendo nuevos modelos de prestación de servicios, fomentando las actuaciones de promoción y prevención, y con un aspecto destacado en la funcionalidad, como elemento principal en la perspectiva de la calidad de vida a medida que se envejece.

A la vez, se han ido superponiendo hitos importantes que abren nuevas perspectivas tales como la evolución y desarrollo de la estrategia global de la OMS de envejecimiento activo y saludable⁴, enmarcando los pilares básicos en los que se asienta: seguridad, salud y participación, a los que, en Andalucía, coincidiendo con la publicación del *Libro blanco del envejecimiento activo*⁵, se añade el pilar de la formación a lo largo de toda la vida.

Otro de los hitos a reseñar es la consideración por parte de la Unión Europea desde 2012, de Andalucía como espacio de referencia (*Reference Site*) para el envejecimiento activo y saludable. Este reconocimiento ha sido revalidado en 2016 con la máxima calificación (4 estrellas).

El envejecimiento activo también está referido en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía⁶ (fomento del interés de la salud de los mayores) así como en el IV Plan Andaluz de Salud⁷ (aumentar la esperanza de vida en buena salud).

En el año 2014 ve la luz el *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*³, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que aboga por la detección precoz de la fragilidad y la actuación preventiva de la caída como elemento fundamental en el mantenimiento de la funcionalidad de la persona mayor.

Los últimos informes de la OMS⁸ sitúan a España, y por ende a Andalucía, entre los países con mayor esperanza de vida a nivel mundial; a ello hemos de sumar el interés en envejecer con la mejor calidad de vida posible en la lucha en contra de las desigualdades.

Por todo ello, se hace necesario el diseño de un programa de salud que tenga un fuerte anclaje en la estrategia de *envejecimiento activo*, en el que se incluya la estrategia de fragilidad preconizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y tenga como meta contribuir a la mejora del bienestar de las personas que viven en Andalucía a medida que envejecen, luchando contra las desigualdades y basado en las mejores evidencias disponibles.

Para diseñar en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) este nuevo marco de referencia en la atención al mayor, tenemos que tener en cuenta la publicación de la Estrategia de la Renovación de la Atención Primaria⁹, ya que este programa Examen de Salud para Mayores de 65 años, coincide con los objetivos que se plantea esta estrategia de situar la *atención primaria* como contexto de intervención, contribuyendo sus profesionales en este caso a: 1) Mejorar la salud de la población mayor de 65 años, 2) Mejorar la experiencia individual de la atención para este grupo de personas, 3) Garantizar la equidad en los grupos de alta necesidad, 4) Prevenir la enfermedad y la discapacidad, y 5) Mejorar la eficiencia del sistema sanitario.

Los principios que definen la Estrategia para la Primaria Renovación de la Atención son compartidos igualmente y constituyen la principal intención de este documento:

1. Centrarse en la persona como un todo, más allá de las dolencias derivadas de órganos o sistemas concretos.
2. No ignorar que cada persona vive en un contexto familiar, comunitario y social del que forma parte, que en buena medida determina y condiciona su salud.
3. Trascender el papel de puerta de entrada para asumir funciones de agentes de salud y ser vertebradores de la atención recibida en el conjunto del sistema sanitario y socio comunitario.

El equipo de *atención primaria* se consolida, por tanto, en el eje vertebrador de la atención para promover el envejecimiento activo, la prevención y el abordaje de las situaciones de fragilidad y dependencia en la persona mayor. En este contexto y coincidiendo con la línea 11 de esta estrategia, se adaptará el contenido y desarrollo de este programa a los determinantes relacionados con el género, raza o etnia,

inmigración y otros determinantes sociales y económicos que pudieran incidir en el plan terapéutico establecido.

Dentro del marco de referencia para el desarrollo en este programa se tiene en cuenta igualmente la Estrategia de Cuidados de Andalucía¹⁰, el Plan de Acción Personalizado¹¹, el Plan de Atención Integral a Pacientes con Enfermedades Crónicas¹² y el Proceso Asistencial Integrado de Atención a Pacientes Pluripatológicos¹³, que se puedan articular con las intervenciones establecidas en este programa. Se integran además las acciones en *salud* que contribuirán al desarrollo del I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia 2016-2020¹⁴ de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

2. Introducción

En el año 2006, se implanta en Andalucía el Examen de Salud para Mayores de 65 años¹, vigente actualmente y que ha tenido como diana a la población de mayor edad, en sus diferentes estados de salud. En este programa se hacía una clara propuesta por el mantenimiento de la autonomía y la lucha contra la dependencia, poniendo la mirada sobre todo en las denominadas “personas mayores frágiles”.

A fin de adaptar la atención a la salud de las personas mayores a la realidad actual, para que puedan obtener las mejores respuestas en una sociedad que avanza, el SSPA (Sistema Sanitario Público Andaluz) pone en marcha una nueva iniciativa para la promoción de la salud, detección precoz de los problemas de salud y necesidades de cuidados referidas a la población mayor de 65 años, para así prolongar el periodo libre de dependencia. Siguiendo esta línea, hay que tener presente, igualmente, el concepto de “fragilidad”, entendida como una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad, un aumento del riesgo de desarrollar deterioro funcional y la consiguiente dependencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y, en última instancia, la muerte⁴.

El objetivo de este programa es determinar el grado de autonomía y detectar precozmente los problemas de salud en personas mayores de 65 años que puedan constituir situaciones de riesgo, e implantar las medidas de promoción y prevención que según los estudios disponibles mejoran la salud y la calidad de vida de nuestros mayores de 65 años, al mismo tiempo que aumentan el periodo libre de dependencia.

Durante más de una década de la puesta en marcha del programa Examen de Salud para Mayores de 65 años, se han generalizado buenas prácticas por la inmensa mayoría de los y las profesionales de Andalucía, desde las iniciativas para empezar a tener en cuenta a la persona mayor, la adopción de una visión holística del individuo, el empleo de herramientas, cuestionarios y tablas para medir la funcionalidad como base de la salud y a la cada vez mayor integración de una valoración clínica sistemática y una valoración integral de la persona mayor que comprende la valoración de aspectos funcionales, mentales y sociales.

Como resultados de este programa podemos destacar que, desde su puesta en marcha en 2006 hasta 2015, más de 800.000 andaluces se vienen beneficiando del Examen de Salud para Mayores de 65 años de la Consejería de Salud (Tabla 1), que se distribuyen por provincias de la siguiente forma.

Tabla 1.- Número de personas incluidas en el Examen de Salud para Mayores de 65 años por provincias

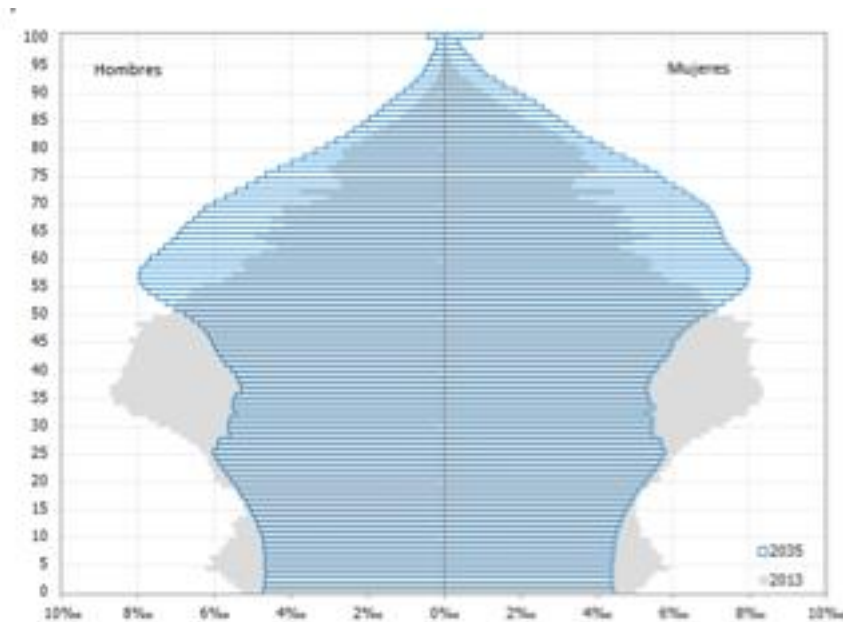
Almería	56.229
Cádiz	123.058
Córdoba	88.451
Granada	86.306
Huelva	53.199
Jaén	71.611
Málaga	164.293
Sevilla	182.676
Andalucía	824.823

Fuente: Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud. Coordinación de Gestión y Evaluación de Resultados. Servicio Andaluz de Salud 2016.

El 60% del total de personas incluidas en el programa son autónomas (505.919); el 23% (196.001) son frágiles o en riesgo de dependencia y el 17% (142.619) son dependientes. Los momentos y los contextos van evolucionando, en los últimos años se comprueba cómo aumenta con ritmo vertiginoso el número de personas mayores. Esta situación apunta al aumento progresivo de la discapacidad y dependencia, que además del aumento de los años dependerá de la intervención precoz sobre otros factores que son modificables⁴ a los que hay que comenzar a dar respuesta desde ahora mismo y dirigir las actuaciones a mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece.

En nuestra comunidad autónoma las personas mayores de 65 años, según el Padrón municipal del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)¹⁵ de 2016, se sitúan en 1.369.256 habitantes, lo cual representa el 16,32% de la población andaluza (en 2014 representaba el 15,91% de la misma). Hay que destacar dos aspectos que se producen simultáneamente en esta población, por un lado, el aumento de la esperanza de vida y, por otro, el incremento en el porcentaje de mujeres con relación al de hombres conforme avanza la edad. Esto hace que las estimaciones del IECA sitúen en más de 2.000.000 el número de personas mayores de 65 años de las que casi 1.200.000 serán mujeres para el año 2035 (Figura 1).

Figura 1.- Pirámides de población según el escenario medio. Años 2013 y 2035



Las proyecciones que el propio IECA, establece para 2020 y para 2030 nos hace ver el aumento imparable del número de personas mayores y sobre todo el de mayores muy mayores, Tabla 2 (mayores de 80 años).

Tabla 2.- Proyecciones de población mayor 2020-2035

	2020		2035	
	65-79	80 y +	65-79	80 y +
HOMBRES	489.679,00	158.042,00	726.230,00	247.622,00
MUJERES	561.839,00	267.994,00	817.499,00	273.042,00
TOTAL	1.046.518,00	428.641,00	1.543.729,00	620.664,00

TOTAL 2020	1.475.159,00
TOTAL 2035	2.164.393,00

Elaboración propia a partir de IECA. Proyecciones de población. Andalucía 2013-2070.

2.1 Envejecimiento Activo y Saludable

En 2002, en el marco de la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento¹⁶, se define el concepto de *envejecimiento activo* como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Este concepto incorpora las siguientes características:

- Es universal e inclusivo, pues no sólo afecta a personas que cumplan determinadas características, sino que incluye precisamente a personas frágiles, personas con alguna discapacidad o en situación de dependencia.
- El término “activo” hace referencia no sólo a la actividad física u ocupacional, sino que pretende dar sentido y dotar de proyecto a todas las etapas del ciclo vital.
- Incluye el contexto individual y social: los recursos personales y del entorno próximo, las redes de apoyo y la red de relaciones.
- Sustituye una planificación estratégica basada en necesidades por otra fundamentada en los derechos humanos y en la ética de los principios de equidad, dignidad y solidaridad.

Con la puesta en marcha en 2006 del *Examen de salud para mayores de 65 años*, Andalucía fue pionera proponiendo actuaciones dirigidas específicamente a mejorar la atención de personas mayores de 65 años. Además, se han ido desarrollando iniciativas relevantes al respecto entre las que destaca la elaboración del *Libro blanco en envejecimiento activo de Andalucía (LBEA)*⁵ en 2010, en el que se establecen las bases fundamentales para avanzar en un envejecimiento activo y saludable basado en las líneas estratégicas dictadas por la OMS de seguridad, salud y participación, a las que nuestra comunidad ha añadido una cuarta que es la de la formación a lo largo de toda la vida.

La Ley de Salud Pública de Andalucía⁶ (Ley 16/2011, de 23 de diciembre), hace referencias expresas al *envejecimiento activo*, dentro del Título I, en el Capítulo II, artículo 7 (el fomento del interés por la salud de los mayores) así como en el Capítulo III, artículo 14 (derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad en Andalucía).

También se inscribe en el marco del IV Plan Andaluz de Salud (PAS)⁷, en concreto en el compromiso 1 (aumentar la esperanza de vida en buena salud), el compromiso 4 (reducir las desigualdades sociales en salud) y el compromiso 6 (fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población).

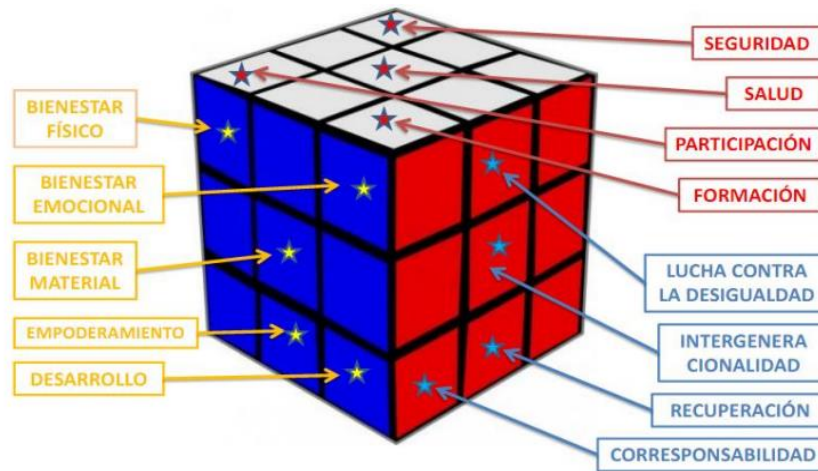
Además, la comunidad ha sido reconocida en el año 2012 por la Unión Europea como espacio de referencia (Reference-Site) de la Asociación Europea de Innovación en Envejecimiento Activo y Saludable (EIP-AHA) por su aplicación de buenas prácticas en este ámbito, situación revalidada en el año 2016. En ambas

ocasiones, Andalucía obtiene la máxima calificación en esta iniciativa europea por su visión estratégica. Asimismo, participa activamente en la Red Colaborativa de Sitios de Referencia (RSCN) desde su creación. A ello se suman iniciativas tales como su relación directa con el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas¹², la Estrategia de Cuidados de Andalucía¹⁰, o la presencia permanente en el I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia 2016-2020¹⁴. Andalucía también participa como socio en la acción conjunta europea sobre prevención de fragilidad (Advantage)¹⁷.

Se pretende que la promoción del *envejecimiento activo* de Andalucía trascienda de una visión puramente economicista que lo liga de modo simplista con la producción. Como señala Alan Walker¹⁸: A nivel europeo y de los Estados Miembros, el envejecimiento activo se ha aplicado siempre con un sentido bastante limitado, el de trabajar durante más tiempo. Es decir, se ha interpretado como la respuesta a dos de los retos del envejecimiento en las sociedades: el incremento de los costes de la protección social y la disminución de la fuerza laboral. Ésta limitada interpretación no hace justicia a toda la potencialidad del concepto de envejecimiento activo porque se centra únicamente en el mercado laboral, descartando otros ámbitos políticos críticos y convirtiéndose en un instrumento de política desalentador y unidireccional.

Con el programa Examen para Mayores de 65 años se propone el desarrollo de medidas para promover el *envejecimiento activo* con un enfoque integral, dirigido al bienestar de las personas a medida que envejecen. Esta estrategia parte de tres ejes (Figura 2). El primero está formado por los pilares básicos establecidos en el *Libro blanco del envejecimiento activo* en Andalucía: seguridad, salud, participación y formación; pilares armonizados por un segundo eje formado por las líneas que vertebran las políticas públicas de esta comunidad autónoma: equidad/diversidad, corresponsabilidad, intergeneracionalidad y recuperación. Estos dos ejes aparecen finalmente cruzados por el eje de las dimensiones de la calidad de vida y del empoderamiento¹⁹ conformando una red tridimensional que da soporte a esta estrategia.

Figura 2.- Matriz conceptual de Envejecimiento Activo. Elaboración propia



Este enfoque de red fija su horizonte temporal en el año 2020, en consonancia con la propuesta de la Asociación Europea para la Innovación sobre Envejecimiento Activo y Saludable (EIP-AHA) en la iniciativa Europa 2020²⁰.

El resultado esperado con la puesta en marcha de esta estrategia es la mejora del bienestar de las personas a lo largo de todo su ciclo vital²¹, lo que incluye componentes socio sanitarios y de gestión emocional, así como una evaluación satisfactoria de la vida de acuerdo con los valores del propio individuo. Para poder alcanzar este resultado, es necesario avanzar en el proceso de empoderamiento de las personas a medida que envejecen, considerando éste como el proceso por el cual las partes interesadas ejercen influencia y participan en el control de las iniciativas de desarrollo y en las decisiones y recursos que les afectan.

Desde una visión dinámica y estratégica, se considera que un *envejecimiento activo* y saludable es el resultado de integrar durante todo el ciclo vital acciones dirigidas a fomentar el bienestar de las personas. Los estudios actuales vienen a indicar que, en torno a los 60 años, las personas han de entender como decisivo y especialmente oportuno modelar su proyecto de vida futuro²². Aunque lo realizado hasta entonces y tendrá su peso específico determinante, es en este momento de la vida en el que se toman las decisiones claves para remodelar y redefinir cómo será el envejecimiento de cada persona, además es una edad oportuna para el empoderamiento informado y consciente de la experiencia, que puede asumir un alto grado de corresponsabilidad en los procesos. En consecuencia, debe ser objeto de una atención preferente a la hora de desarrollar promoción del *envejecimiento activo*. Con esta incorporación es más de un tercio de la población la que es objeto de nuestra atención nuclear.

Es igualmente importante para los objetivos pretendidos en este programa, trabajar

con el concepto de *calidad de vida*. Su definición conceptual es un proceso complejo en continua revisión y según Schalock y Verdugo²³ es preferible no definir el término sino más bien acordar las dimensiones e indicadores centrales de una vida de calidad. Estos autores definen sus dimensiones, que constituirán las claves básicas que integren la revisión de este programa:

- Fomentar el bienestar físico.
- Mejorar el bienestar emocional y sentimental.
- Contribuir a la mejora del bienestar material en Andalucía.
- Mejorar la inclusión social abordando las desigualdades.
- Favorecer el empoderamiento de las personas.
- Promover el desarrollo personal a partir de la mejora de sus competencias.
- Propiciar las relaciones interpersonales e intergeneracionales reduciendo el aislamiento de la soledad no deseada.

Con estos fines, este programa Examen de Salud para Mayores de 65 años, entendiendo que el *envejecimiento activo* no es exclusivo de la salud, sino que debe extenderse a todas las políticas incluyendo la ciudadanía en su conjunto, se compromete a dar una respuesta basada en las mejores evidencias disponibles a las áreas en las que la salud se pueda ver más comprometida, trabajando intersectorialmente con el resto de los profesionales involucrados.

2.2 La fragilidad en las personas mayores

Además de integrar las estrategias relacionadas con el envejecimiento activo, será base para este programa la incorporación de las medidas propuestas en el *Documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor*³, dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS²⁴, en el que se marcan las pautas y recomendaciones a fin de abordar el problema de la fragilidad y la detección precoz del riesgo de caídas; en el mismo se establecen una serie de consideraciones para realizar el cribado pertinente, se hacen recomendaciones en cuanto al uso homogéneo de las herramientas y expone una detallada batería de respuestas a las diferentes situaciones con las que nos podemos encontrar.

En este contexto, otro concepto focal es el de *fragilidad* como indicador básico de salud en la persona mayor, bajo la idea de que la pérdida de la salud en el mayor no responde únicamente a situaciones de enfermedad sino de pérdida de funcionalidad, más relacionada con la expectativa de vida, la calidad de vida y los recursos o apoyos que precisará la persona⁴.

La persona mayor puede pasar de tener buena funcionalidad a tener una situación de dependencia (deterioro funcional): esto puede ocurrir de manera brusca (tras evento cardiovascular, caída con complicaciones, etc.), pero es más habitual (así

sucede al menos en un 60% de los casos) que ocurra de forma paulatina, incluso predecible (Figura 3).

Si se produce una detección precoz y la aplicación de medidas adecuadas con intensidad suficiente, puede ser posible la reversibilidad del proceso o su enlentecimiento, buscando el menor grado de alteración funcional.

Figura 3: Desencadenamiento de la fragilidad. Documento de consenso de prevención de la fragilidad en la persona mayor. Estrategia de promoción de salud y prevención en el SNS. Ministerio de salud, servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014^{24,25}.



Es posible detectar y actuar sobre la fragilidad para prevenir la discapacidad. Existe actualmente un acuerdo general en cuanto a que el núcleo de la fragilidad es un incremento de la vulnerabilidad a estresores producido por una alteración en múltiples e interrelacionados sistemas, que conduce a una disminución en la reserva homeostática y de la capacidad de adaptación del organismo, y lo predispone a eventos adversos de salud²⁶. Detectar la fragilidad nos lleva a identificar un grupo de mayores de 65 años que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgo de pérdida funcional²⁷.

Morley et al²⁸ definen la fragilidad física como un síndrome de causas múltiples, que se caracteriza por pérdida de fuerza y resistencia, y disminución de la función o reservas fisiológica y homeostasis. La fragilidad predispone a sufrir eventos adversos de salud o a mayor predisposición a las consecuencias de los mismos

(hospitalización, caídas, complicaciones postquirúrgicas, infecciones, inmovilismo u otros síndromes geriátricos...). La fragilidad aumenta la vulnerabilidad individual para desarrollar dependencia o fallecer.

Es más común asociar la fragilidad a mayor edad, y muestra más prevalencia en las mujeres, se asocia igualmente a una mayor carga de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo, entre otros factores⁴.

La fragilidad es un estado de prediscapacidad que puede ser prevenido actuando sobre sus principales factores de riesgo: inactividad, que condiciona el estado cardiovascular, resistencia insulínica, deterioro cognitivo y músculo-esquelético (sarcopenia) y depresión⁴. Es una situación reversible y modificable.

La persona mayor en situación de fragilidad se define por tener un mayor deterioro progresivo en su función física y funcionalidad, evolucionando hacia la discapacidad y dependencia.

2.3 La dependencia en las personas mayores

Por último, utilizaremos en esta estrategia el concepto de dependencia que la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia²⁹, define como: el estado permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

En una situación de dependencia, es necesario reforzar los dispositivos asistenciales pero además debemos dirigir los esfuerzos más eficientemente a evitar la dependencia, o a promover la mayor funcionalidad, por lo que se fomentarán y priorizarán las intervenciones preventivas y de atención temprana³⁰, en consonancia con la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de Andalucía para el desarrollo de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia²⁹ y del I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020)¹⁴ y se potenciará una atención integral y de calidad de las personas en situación de cronicidad compleja y dependencia y las personas que las cuidan, dentro del contexto de la Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud⁹, el Plan Andaluz de Atención Integral a Pacientes con Enfermedades Crónicas¹² y la Estrategia de Cuidados de Andalucía¹⁰.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Mejorar el bienestar, promover la salud, prevenir la enfermedad y responder a las necesidades de atención de las personas mayores de 65 años, adaptando la respuesta de los equipos de salud a las condiciones que determinan el estado y capacidad funcional de estas personas.

3.2 Objetivos específicos

1. Promover el desarrollo de intervenciones de promoción y prevención relacionadas con el Envejecimiento activo y saludable.
2. Detectar de forma precoz la *fragilidad* y el riesgo de caídas en personas mayores.
3. Desarrollar intervenciones orientadas a la recuperación y/o conservación de las capacidades funcionales.
4. Optimizar las capacidades residuales de las personas que se encuentren en situación de dependencia.
5. Adecuar las intervenciones según criterios basados en las capacidades funcionales (estratificación funcional) la evidencia científica y la mejora de los resultados en salud.

4.- Identificación y captación

Se considerará población diana para el desarrollo de este programa la totalidad de la población mayor de 65 años, incluidas en la Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público de Andalucía, asignadas a los equipos de salud. Cada equipo de salud elaborará los censos de personas mayores de 65 años correspondientes a sus cupos.

A partir de los censos específicos de personas mayores de 65 años asignadas a los equipos se realizará la captación oportunista de la misma, tanto en el centro como en el domicilio, como en actividades de atención en la comunidad y en función del estado de salud del paciente (persona mayor autónoma, frágil, dependiente) para la realización de las intervenciones incorporadas a este programa.

En el caso de zonas con necesidades de transformación social (ZNTS), donde existe población de riesgo, los equipos de salud diseñarán un sistema proactivo de captación de las personas mayores de 65 años que se incluirán también en este programa.

5. Estratificación/ Clasificación

La capacidad funcional de las personas mayores de 65 años va a constituir el criterio de partida para poder establecer puntos de corte artificiales a efectos de permitir una clasificación en personas sanas o autónomas, frágiles y dependientes, que facilite el grupo de intervenciones que se desarrollarán dentro de este programa de salud para personas mayores de 65 años.

Se ha establecido desde el consenso del grupo redactor, que la edad para empezar a evaluar la funcionalidad podría iniciarse a partir de los 65 años. Sin embargo, la funcionalidad es variable por lo que debe ser reevaluada, aunque no existe periodicidad establecida para ello.

Cualquier persona puede pasar de una a otra categoría por lo que no son inamovibles.

La funcionalidad debe reevaluarse ante cualquier circunstancia física, mental o social que produzca o pueda producir cambios en la capacidad funcional de la persona, sea cual sea el intervalo de tiempo desde la valoración anterior.

La funcionalidad no debería dejar de evaluarse en ninguna situación, incluso en las situaciones de fase final de la vida, lo que sí pueden variar son los instrumentos de valoración y la periodicidad.

5.1 Proceso de Estratificación/ Clasificación:

La capacidad funcional se evaluará dentro de este programa para todas las personas atendidas de más de 65 años a los que se realizará el Índice de Barthel (IB), la prueba de velocidad de la marcha para la detección de fragilidad y la valoración del riesgo de caídas.

En función del resultado de la valoración funcional a través del Índice de Barthel, los distintos perfiles de pacientes se clasificarán entre (Anexo 1):

- **Persona mayor autónoma.** Incluye:
 - Persona mayor sana y autónoma
 - Persona mayor con enfermedades crónicas sin alteración de la funcionalidad
 - Se definirían por:
 - I. Barthel=100: independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

- **Persona mayor frágil.** El objetivo de la detección de la fragilidad en las personas de edad avanzada tiene sentido para identificar a personas frágiles en una fase relativamente temprana, en un punto en el tiempo en el que las intervenciones puedan ser eficaces. La detección es útil sólo si el riesgo de fragilidad se puede revertir o los resultados negativos para la salud pueden ser evitados. Igualmente, importante es la capacidad para prevenir el sufrimiento innecesario, como consecuencia de intervenciones clínicas fútiles o innecesarias. Sería útil disponer de herramientas de cribado de fragilidad suficientemente sensibles y específicas para identificar a personas frágiles y por lo tanto útiles para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas en la práctica diaria. Sin embargo, las herramientas disponibles tienen baja especificidad y, por tanto, son eficaces para rechazar la hipótesis de fragilidad, pero su valor limitado para identificar personas frágiles, es decir, que un resultado positivo es de un valor incierto. Esto significa que cualquier instrumento clinimétrico no sustituye al juicio clínico del profesional.

Se incluye:

- Persona mayor que realiza vida independiente, pero tiene una incipiente pérdida de función y alta probabilidad de deterioro.
- Se definirían por:
 - I. Barthel= de 90 a <100: independencia/mínima dependencia para la realización de actividades básicas.
 - I. Lawton (mujeres <8/ hombres <5)
 - Prueba de ejecución (Anexo 2): Test de velocidad de la marcha (Anexo 2.1). Se considera alterada si en 4 metros camina menos de 1metro por cada segundo (< 0,8 m/seg.)
 - Preguntas de cribado de riesgo de caídas³ (Anexo 2.2):
 1. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
 2. ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?
 3. ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo? (Esta pregunta tiene respuesta positiva, si el test de ejecución empleado para el cribado de fragilidad está alterado).

Riesgo de caídas: respuesta positiva a cualquiera de las 3 preguntas.

Bajo Riesgo: Respuesta negativa a las 3 preguntas.

- Se realizará una *valoración integral* (VI) (Anexo 3) con plan de intervención individualizado y revisable cuando se produzcan cambios en la situación global de la persona.
- **Persona mayor en situación de dependencia.** Personas mayores con algún grado de dependencia para realizar actividades básicas y/o instrumentales, dependiendo por tanto de la ayuda de otras personas. Pueden ser situaciones transitorias que se resuelvan total o parcialmente. Pueden deberse a situaciones físicas, psíquicas y/o sociales, lo que debe ser evaluado de cara a la intervención. Incluye la situación denominada “de final de la vida”.
 - Se definirían por:
 - I. Barthel <90: dependencia para la realización de actividades básicas.
 - I. Lawton (mujeres <8/ hombres < 5)
 - Preguntas de cribado de riesgo de caídas²:
 1. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
 2. ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?
 3. ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo? (Esta pregunta tiene respuesta positiva, si el test de ejecución empleado para el cribado de fragilidad está alterado).

Riesgo de caídas: respuesta positiva a cualquiera de las tres preguntas.
Bajo Riesgo: Respuesta negativa a las tres preguntas.
 - En este grupo de personas se dan como características:
 - El alto riesgo de empeoramiento de su situación, con posibilidad de intervenir a tiempo.
 - La importante presencia de síndromes geriátricos, muchos reversibles.
 - La alta demanda y expectativa de las personas y sus familias.
 - La necesidad de revisar las intervenciones a hacer y a dejar de hacer.
 - Se realizará una *valoración integral* (VI) (Anexo 3) con plan de intervención individualizado y revisable cuando se produzcan cambios en la situación global de la persona.

6.- Plan de actuación

En este programa de Atención a Personas Mayores de 65 años: Examen de Salud para mayores de 65 años se priorizará, en base a criterios basados en la evidencia científica, una serie de actuaciones con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. En el Anexo 4 se presentan 13 fichas de intervención con recomendaciones por grupos de apoyo a las actuaciones que se preconizan. En función de los objetivos planteados se realizarán actividades relacionadas con diferentes aspectos:

- Promoción y prevención (envejecimiento activo y saludable).
- Fragilidad y riesgo de caídas.
- Recuperación, conservación u optimización de las capacidades funcionales, cognitivas y afectivo emocional.

6.1.- Persona mayor autónoma

A.- Actuaciones de *promoción de salud*:

Alimentación saludable (Anexo 4. Ficha 1)

- Actividad física adaptada: (Anexo 4. Ficha 2)
 - Recomendaciones, consejos y entrenamiento sobre la práctica de actividad física, deportivas o recreativas
- Seguridad del entorno y supresión de barreras arquitectónicas. (Anexo 4. Ficha 3)
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol. (Anexo 4. Ficha 4 y 5)
- Gestión emocional: (Anexo 4. Ficha 6)
 - Mantenimiento de la capacidad cognitiva/ mental y ocupación
 - Cohesión social, interés por el entorno y relaciones sociales.

B.- Actuaciones en *prevención*:

- Inmunizaciones: antigripal, tétanos - difteria, antineumocócica 23 valente¹ y vacunas específicas requeridas según situación clínica y características de la persona. (Anexo 4. Ficha 7)
- Valoración del uso adecuado de los medicamentos según criterios STOPP START³¹ que se utilizarán igualmente como criterios para la prescripción inicial. (Anexo 4. Ficha 8)
- Screening o cribados:
 - Ansiedad-depresión (sólo en personas que presenten sintomatología según el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones).
 - Indicación de la valoración de agudeza visual.
 - Valoración de la hipoacusia.
 - Cribados generales para la detección precoz de *cáncer*:
 - Cáncer de mama (población: mujeres de 50 - 69 años/ Prueba de cribado: mamografía. Intervalo: 2 años).

¹ Las recomendaciones de la vacunación en mayores de 65 años estarán alineadas con el Plan Andaluz de vacunas de la Consejería de Salud.

- Cáncer colorrectal (población de 50-69 años/ Prueba sangre oculta en heces/ Intervalo: 2 años).
- Se realizarán cribados específicos ante situaciones de riesgo (cardiovasculares, cuello de útero, cáncer de piel...)

Cada persona mayor de 65 años autónoma debe tener constancia de las actividades que se le han realizado a través de la definición de un plan terapéutico compartido, y que quedará registrado en su *historia de salud*.

La situación de las personas mayores autónomas incorporadas al programa y su plan terapéutico, se revisará al menos anualmente en el contexto de este programa y/o cuando sus condiciones de salud lo requieran.

Para favorecer los resultados en salud y el impacto de las intervenciones incluidas en este programa, será igualmente necesario promover desde los equipos de salud un trabajo compartido con los activos comunitarios y locales y las acciones intersectoriales oportunas.

6.2.- Persona mayor frágil

Se realizarán las siguientes intervenciones de promoción y prevención:

A.-Actuaciones en *promoción de salud*:

- Alimentación saludable: Mantenimiento del IMC en niveles de normo peso o ligero sobrepeso. Disminución de peso en obesos. (Anexo 4. Ficha 1)
- Actividad física adaptada: (Anexo 4. Ficha 2) (Anexo 5)
 - Ejercicio físico aeróbico y de resistencia regular, adecuado a las características de los individuos y entrenamiento de la fuerza muscular y el equilibrio.
- Seguridad del entorno y prevención de accidentes: supresión de barreras arquitectónicas. (Anexo 4. Ficha 3)
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol. (Anexo 4. Ficha 4 y 5)
- Gestión emocional: (Anexo 4. Ficha 6)
 - Mantenimiento de la capacidad cognitiva/ mental y ocupación
 - Cohesión social, interés por el entorno y relaciones sociales.

B.- Actuaciones en *prevención*:

- Inmunizaciones: antigripal, tétanos - difteria, antineumocócica 23 valente y vacunas específicas requeridas según situación clínica y características de la persona. (Anexo 4. Ficha 7)
- Valoración del uso adecuado de los medicamentos según criterios STOPP START³¹ que se utilizarán igualmente como criterios para la prescripción inicial. (Anexo 4. Ficha 8)
- Determinaciones:
 - Colesterol: determinación cada 5-6 años si los valores son normales. En personas con edades de 65-75 años, realizar estas determinaciones si tiene factores de riesgo asociados (tabaco, diabetes, HTA). A > 75 años realizar una determinación analítica si no tiene ninguna previa.
 - Glucemia: determinación periódica si se tienen factores de riesgo (antecedentes familiares, hipertensión arterial, hiperlipemia, obesidad...).
 - Hipertensión: valoración anual, si los valores son normales³².
- Screenig o cribados:
 - Ansiedad – depresión (solo en personas que presenten sintomatología según Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones).
 - Indicación de la valoración de la agudeza visual.
 - Valorar la corrección de cataratas, si existe.
 - Valoración de la hipoacusia
 - Cribados generales para la detección precoz de cáncer:
 - Cáncer de mama (población: mujeres de 50 - 69 años/ Prueba de cribado: mamografía. Intervalo: 2 años).
 - Cáncer colorrectal (población de 50 -69 años/ Prueba sangre oculta en heces/ Intervalo: 2 años).
 - Se realizarán cribados específicos ante situaciones de riesgo (cardiovascular, cuello de útero, cáncer de piel...).

C.- Otras actuaciones o intervenciones específicas:

C1.- Se realizará una *valoración integral* adaptada a personas mayores con condiciones de fragilidad y un plan terapéutico en función de los factores de riesgo y las necesidades de cuidados detectadas, que incluirá:

C2.- Intervenciones ante el riesgo de *caídas*: (Anexo 4. Ficha 3)

C2-1.- Intervenciones iniciales para evitar el deterioro funcional con el fin de promover la realización de actividad física:

- Control del dolor: El dolor es una de las principales causas del inmovilismo, pues supone un riesgo para el avance de la pérdida de funcionalidad, por ello su abordaje y control es

imprescindible antes del inicio de otras medidas encaminadas a la prevención del riesgo de caídas.

- Historia, valoración, diagnóstico y evaluación terapéutica para el control efectivo del dolor.
 - Aplicación de Criterios STOPP-START
 - Derivación a recursos específicos para control y alivio de dolor, cuando no se consiga un manejo adecuado
- Fisioterapia en personas mayores frágiles con alto riesgo de caída y dificultad en la movilidad/deambulación:
 - Valoración y atención grupal (entrenamiento en programa multicomponente) por equipo de rehabilitación y fisioterapia del área. En caso de pasar a una situación de dependencia, se incluirá la atención grupal para personas que cuidan (programas de movilización para potenciar la movilidad de las personas dependientes y prevenir problemas de salud de la persona que cuida)
 - Atención individual en situaciones específicas para potenciar y facilitar la movilidad en persona mayor frágil y con riesgo de caídas.

C2-2.- Promover la *actividad física*: Indicar la realización de ejercicio físico de programas multicomponentes (resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular).

- Este programa se podrá realizar de forma individual y/o en el medio comunitario, con los recursos que la zona disponga (centros de mayores, polideportivos u otros centros deportivos, etc.)
- Las recomendaciones básicas para elaborar un programa multicomponente dirigido a la población frágil se recogen en el Anexo 5 de este documento.
- Se entregarán estas recomendaciones básicas en documento escrito para que sirva de guía a las personas y orientación a los recursos comunitarios que intervengan en la realización efectiva del programa.

C2-3.- Revisión de la medicación que pueda tener impacto en el riesgo de caídas (Ej.: sedantes, hipnóticos, medicación psicotrópica, diuréticos...).

C2-4.- Valoración de riesgos en el domicilio.

C3.- Deterioro cognitivo: se aconseja realizar el Minimental Test en caso de sospecha y recomendaciones de ejercicio-actividad física. (Anexo 4. Ficha 9)

C4.- Desnutrición: valoración peso y talla y posteriores mediciones de peso para detectar pérdidas. Las pérdidas de más del 10% del peso habitual en menos de un año han de ser valoradas por riesgo de desnutrición (disminución del apetito o ingesta por causas clínicas o relacionadas con la medicación, situación funcional, dificultad para deglutir restricciones alimentarias previas, valoración bucodental.) y ajustar las recomendaciones dietéticas y/o suplementarias necesarias³² (Anexo 4. Ficha 10)

C5.- Valorar niveles de *vitamina D* y *calcio*:

- Aporte dietético de 800 U de vit. D y 1,2 gr de calcio diarios a través de los alimentos que lo contiene (para todas las personas mayores de 65 años).
- En mayores con riesgo de caídas se deberían determinar niveles de vit. D por si hay que suplementarla farmacológicamente.

C6.- Detección precoz de incontinencia urinaria. (Anexo 4 Ficha 11)

C7.- Detección precoz del maltrato. (Anexo 4. Ficha 12)

C8.- Hipotiroidismo: valorar y establecer tratamiento en personas con posibles síntomas.

C9.- Intervención odontológica en personas mayores en riesgo o con desnutrición por problemas bucodentales:

- Información sobre técnicas de higiene bucodental y mantenimiento adecuado de las prótesis dentales
- Valoración y atención odontológica contemplada en la cartera de servicios del SAS.
 - Atención odontológica en situaciones específicas para la persona mayor frágil contemplada en la cartera de servicios del SAS

C10.- Intervención podológica en personas mayores en riesgo por problemas morfológicos o con gran dificultad para realizar autocuidados del pie:

- Información y recomendaciones sobre cuidados del pie en los equipos de atención primaria.

- Promoción y prevención podológica encaminada a la prevención de las caídas
- Valoración de problemas morfológicos y estructurales para su derivación a atención traumatológica y/o podológica
- Atención podológica en situaciones específicas para la persona mayor frágil y con riesgo de caídas (cuidados de las uñas, callosidades, intervención y prótesis de descargas, entre otros...)

Cada persona mayor de 65 años frágil debe tener constancia de las actividades que se le han realizado a través de la definición de un plan terapéutico compartido, que quedará registrado en su *historia de salud*.

La situación de las personas mayores frágiles incorporadas al programa y su plan terapéutico se revisará al menos semestralmente en el contexto de este programa y/o cuando sea necesario por cambios en sus condiciones de salud o se requiera igualmente, en el proceso de monitorización o seguimiento de las indicaciones terapéuticas.

Para favorecer los resultados en salud y el impacto de las intervenciones incluidas en este programa, será igualmente necesario promover desde los equipos de salud un trabajo compartido con los activos comunitarios y locales y las acciones intersectoriales oportunas.

6.3.- Persona mayor dependiente

Es criterio esencial la realización de una *valoración integral* adaptada y realización de plan terapéutico en función de los factores de riesgo y las necesidades de cuidados detectadas. Se realizará esta valoración a la persona mayor dependiente y a la persona cuidadora familiar

Además de la captación y atención para atención domiciliaria y atención a personas cuidadoras, se realizarán las actividades que procedan de las incluidas en los grupos anteriores, siempre teniendo en cuenta la situación clínica y socio-familiar de la persona.

Se definirá un plan de actuación específico para la persona que cuida y se desarrollarán medidas relacionadas con el Plan de Apoyo Integral al Cuidado en Andalucía (pendiente de publicación).

La situación de las personas mayores dependientes incorporadas al programa y su plan terapéutico, se revisará al menos semestralmente en el contexto de este programa y/o cuando sea necesario por cambios en sus condiciones de salud y

según se establezca con la persona y su familia para dar continuidad a su plan terapéutico.

Para favorecer los resultados en salud y el impacto de las intervenciones incluidas en este programa, será igualmente necesario promover desde los equipos de salud un trabajo compartido con los activos comunitarios y locales y las acciones intersectoriales oportunas.

7.- EVALUACIÓN-INDICADORES

Se definen a continuación el conjunto de indicadores mínimos de indicadores de seguimiento asociados con el Examen de Salud para Mayores de 65 años

INDICADORES	FUENTES
<p>EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS</p> <p>Número de personas de 65 y más años incluidas en el programa</p>	DIRAYA AP
<p>CAPACIDAD FUNCIONAL</p> <p>Capacidad funcional (ABVD): % de personas de 65 y más años con realización de Barthel y resultados de 100 puntos (autónomo)</p> <p>% de persona de 65 y más años con realización de Barthel y resultados entre 90 y 99 puntos (frágil)</p> <p>% de personas de 65 y más años con realización de Barthel y resultados < 90 puntos (dependientes)</p> <p>Capacidad funcional (AIVD): % personas de 65 y más años frágil (Barthel 90 y 99) con realización del Lawton y Brody con resultados < 8 puntos en mujeres y < de 5 puntos en hombres</p> <p>% personas de 65 y más años dependiente (Barthel < 90) con realización del I Lawton y Brody con resultados < 8 puntos en mujeres y < de 5 puntos en hombres</p> <p>Capacidad funcional (Test de ejecución/ Velocidad de la marcha):</p>	<p>DIRAYA AP</p> <p>DIRAYA AP</p> <p>DIRAYA AP</p> <p>DIRAYA AP</p> <p>DIRAYA AP</p> <p>DIRAYA AP</p> <p>DIRAYA AP</p>

<p>% personas 65 y más años frágil (Barthel 90 y 99) con realización del test de velocidad de la marcha y resultados < de 1m/s en 4 metros.</p>	<p>DIRAYA AP</p>
<p>% personas de 65 y más años dependiente (Barthel < 90, si capacidad para la deambulaci3n) con realizaci3n del test de velocidad de la marcha y resultados < de 1m/s en 4 metros.</p>	<p>DIRAYA AP</p>
<p>Capacidad funcional (Cribado de riesgo de Caídas):</p>	<p>DIRAYA AP</p>
<p>% personas 65 y más años frágil (Barthel 90 y 99) con realizaci3n del cribado de riesgo de caída y resultado positivo en 1 o más preguntas</p>	<p>DIRAYA AP</p>
<p>% poblaci3n 65 y más años dependientes (Barthel < 90, si capacidad de deambulaci3n) con realizaci3n del cribado de riesgo de caída y resultado positivo en 1 o más preguntas</p>	<p>DIRAYA AP</p>
<p>MODIFICACI3N DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (IMPACTO PROGRAMA)</p>	<p>DIRAYA AP</p>
<p>% de personas de 65 y más años con realizaci3n de Barthel y resultados de 100 puntos (aut3nomo) que pasa a Barthel de 90-99 en el per3odo de 1 ańo (medici3n desde el ańo anterior)</p>	<p>DIRAYA AP</p>
<p>% de personas de 65 y más años con realizaci3n de Barthel y resultados de 90-99 que pasa a Barthel < 90 en el per3odo de 1 ańo (medici3n desde el ańo anterior)</p>	<p>DIRAYA AP</p>
<p>% de personas de 65 y más años con</p>	<p>DIRAYA AP</p>

<p>realización de Barthel y resultados de 90-99 que pasa a Barthel de 100 en el período de 1 año (medición desde el año anterior)</p> <p>% de personas de 65 y más años frágil (Barthel 90-99) a los que se ha realizado intervención: programa de actividad física.</p> <p>% de personas de 65 y más años que mejoran el resultado (cambio significativo: 1 punto o más) en la prueba de ejecución inicial al año tras el consejo-intervención.</p>	<p>DIRAYA AP</p>
<p>VALORACIÓN INTEGRAL</p> <p>% de personas de 65 y más años con Barthel de 90-99 que tienen realizada una valoración integral en el año que se evalúa (anual)</p> <p>% de personas de 65 y más años con Barthel de 90 que tienen realizada una valoración integral en el año que se evalúa (anual)</p>	<p>DIRAYA AP</p> <p>DIRAYA AP</p>

CAÍDAS	CMBD
Tasa de ingresos hospitalarios por fractura de cadera (incluir códigos CMBD posibles)	CMBD
nº de personas mayores de 65 o más fallecidos por causa accidental o mecanismo lesional, relacionado con caídas (incluir códigos CMBD posibles)	DIRAYA AP
% de personas de 65 y más años frágil (Barthel 90-99) con alto riesgo de caídas (respuesta positiva a 1 o más preguntas del cribado de riesgo) a los que se ha realizado intervención: programa de actividad física.	DIRAYA AP
% de personas mayores de 65 o más años con alto riesgo de caídas (respuesta positiva a 1 o más preguntas del cribado de riesgo) que sufre alguna caída en el año que se evalúa.	DIRAYA AP

Los indicadores se desagregarán en la medida que los sistemas de información lo permitan en base a los siguientes criterios:

1. Sexo: Hombre / Mujer
2. Grupo de edad: 65 a 69/ 70 a 74/ 75 a 80 y > 80 años
3. Unidades Geográficas: Distrito Sanitario, Área de Gestión Sanitaria/ Provincia/ Total Andalucía
4. Zonas de transformation social

Se facilitarán los datos referidos a períodos de años naturales con referencia al año anterior. Estarán disponibles en el primer trimestre del año en curso.

8. BIBLIOGRAFIA

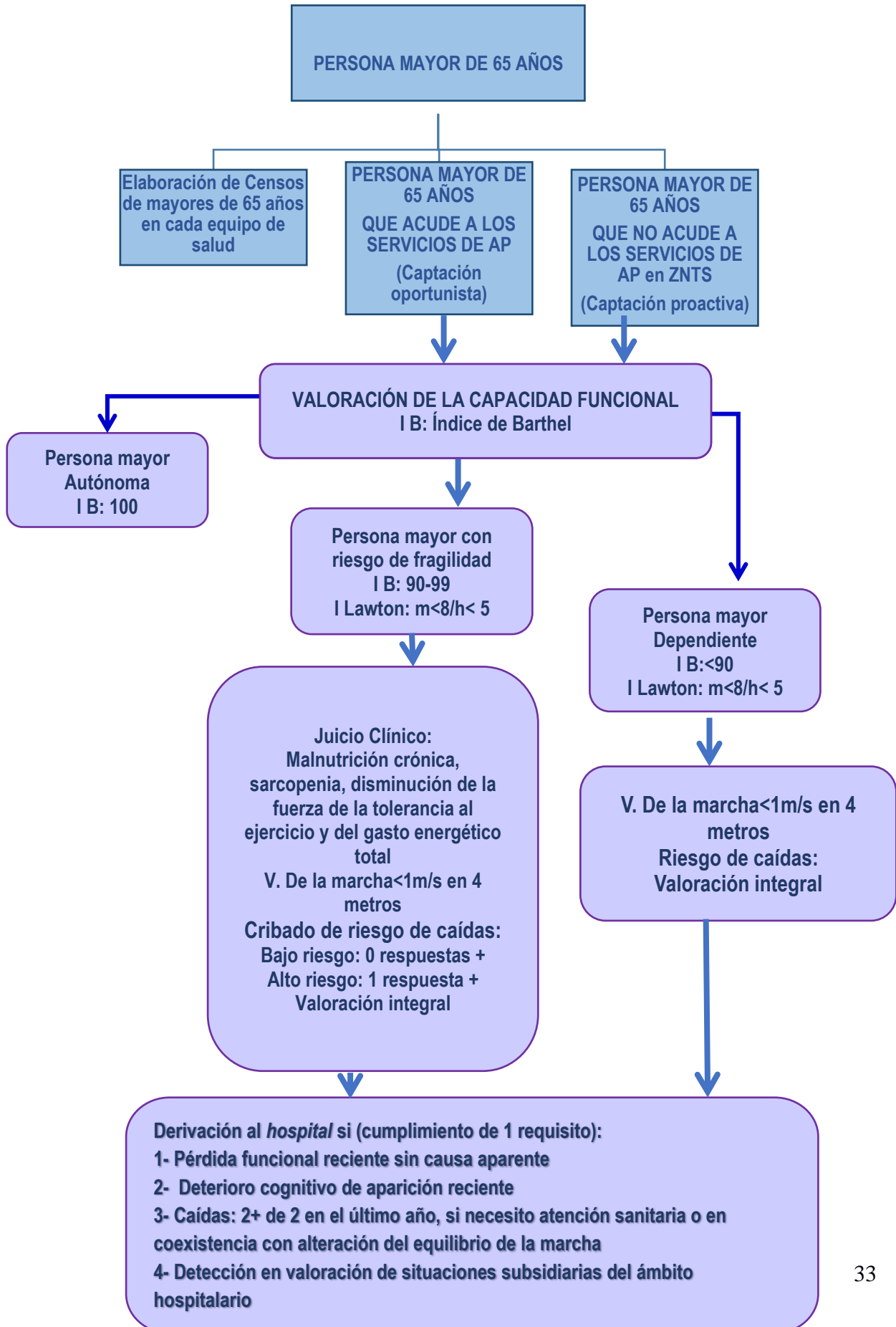
1. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Examen de salud para mayores de 65 años. Sevilla 2008
2. DG Salud y Seguridad Alimentaria [Internet]. Unión Europea: Comisión Europea; [consultada 29 diciembre 2017]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/home_es
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Madrid 2013
4. Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. World Health Organization 1997: 4-5.
5. Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Sevilla, 2010
6. Junta de Andalucía. Ley 16/2011, de Salud Pública de Andalucía, 23 de diciembre. BOJA 255, de 31 del 12 de 2011
7. IV Plan Andaluz de Salud, Ruiz Fernández Josefa, Rabadán Asensio Andrés, Fernández Ajuria Alberto, Sevilla, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013
8. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015
9. Escuela Andaluza de Salud Pública. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria. Junio 2016
10. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Estrategia de Cuidados de Andalucía (PICUIDA). Sevilla, enero 2016.
11. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan de Acción Personalizado. Junio 2016.
12. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan andaluz de Atención Integral a pacientes con Enfermedades Crónicas. Sevilla, 2012.
13. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Procesos Asistencial Integrado de Atención a pacientes pluripatológicos. Segunda Edición 2007
14. Consejería de Bienestar Social. Junta de Andalucía. I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020). Un proyecto compartido en el horizonte del 2020. Sevilla 2016.
15. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía [Internet]. Andalucía: Consejería de Economía y Conocimiento; [consultada 2017 diciembre 29]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia>
16. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. OMS. Envejecimiento activo: un marco político. Rev. Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105.
17. Advantage. Managing frailty [Internet]. European Union: European Commission; [consultada 2017 diciembre 29] Disponible en: <http://www.advantageja.eu/index.php>

18. Walker Alan. Grupo de Población del CSIC. Informe Una vejez activa en España, p 91. Madrid, 2012
19. Murguialday C, Pérez de Armiño K y Eizagirre M. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al desarrollo. [Internet]. País Vasco: Hegoa; [consultada 2017 diciembre 29]. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/86>
20. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. [Internet]. WHO. Regional Office for Europe; [consultada 2017 diciembre 29]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>.
21. Zamarrón MD. El bienestar subjetivo en la vejez. Informes Portal Mayores. nº 52. Lecciones de Gerontología II. Madrid:Portal Mayores;2006.
22. Vaillant GE, Mukamal K. Successful aging. *Am J Psychiatry*. 2001; 158:839-47.
23. Schalock R y Verdugo MA, Handboock on quality of life for human service practitioner, American Association on Mental Retardation AAMR, Washington, 2002
24. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid 2014
25. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. *Aten Primaria* 2010; 42 (7): 388-93
26. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G et al. Searching for an operational definition of frailty: A Delphi method based consensus statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013;68:62–7.
27. Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín-Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2010; 135 (15): 713-9.
28. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14: 392–397.
29. LAPAD. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
30. Gómez J, Martín I, Baztán JJ, Regato P, Formiga F, Segura A, Abizanda P, de Pedro J. et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42 (Supl 2):15-56
31. Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44 (5): 273-9.
32. Helfin MT. Geriatric health maintenance. In: UpToDate, Schmader KE, Sokol HN (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2016 (Accessed on June 17, 2016).

9. ANEXOS:

ANEXO 1. SECUENCIA DE ESTRATIFICACIÓN Y CAPTACIÓN

Revisión según necesidades. Se recomienda anual en autónomos y semestral en frágiles



ANEXO 2: TEST BÁSICOS PARA LA DETECCIÓN DE FRAGILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS:

2.1.- TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA PARA LA DETECCIÓN DE SITUACIONES DE FRAGILIDAD FUNCIONAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS:

Consistirá en pedir a la persona que recorra 4 metros de distancia a su ritmo de marcha habitual. Se marcará en el espacio donde realice la prueba la distancia a recorrer (4 metros) y usaremos un punto de corte de 0,8 m/s.

Instrucciones para la persona:

Usted deberá caminar a su ritmo normal hasta pasar la línea marcada y una vez que sobrepase la línea deberá pararse.

Puede emplear su bastón, andador o cualquier ayuda que necesite para caminar por la calle.

Yo caminaré con usted.

¿Está preparado?

Instrucciones para el profesional:

Tendrá señalizado (de forma visible) en el espacio donde realice la prueba, el inicio y final de los 4 metros

Realizará las explicaciones oportunas para la realización de la prueba previo a su desarrollo y asegurándose de que la persona ha entendido sus indicaciones.

Medir el tiempo empleado en caminar 4 metros a ritmo normal (usar el mejor de 2 intentos)

Utilizará un cronómetro para realizar la prueba. Generalmente, podrá acceder al cronómetro asociado al reloj de su teléfono móvil

Comience a cronometrar cuando la persona empiece a caminar y pare el cronómetro cuando el último pie haya sobrepasado la marca de la distancia a recorrer



Interpretación de la prueba:

DISTANCIA:4 METROS	m/seg.	PUNTUACIÓN
no puedo hacerlo		
>8,7 seg.	<0,43 m/seg.	1
6,21-8,70 seg.	0,44-0,60 m/seg.	2
4,82-6,20 seg.	0,61-0,77 m/seg.	3
<4,82	>0,78 m/seg.	4

PUNTOS DE CORTE:

- Persona mayor autónoma: 4 puntos
- Persona mayor frágil: 3 -1 punto
- Persona mayor dependiente: 0 puntos

BIBLIOGRAFIA:

1. Consejo Interterritorial del SNS. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y Caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y prevención en el SNS. Madrid. Junio 2014.
2. Freiburger E et al, Age Ageing. 2012;41(6):712-21.
3. Cabrero-García, J.; Muñoz-Mendoza, C.L., Cabañero-Martínez, M.J.; González-Llopis, L.; Ramos-Pichardo, J.D.; Reig-Ferrer, A. (2012). Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. Atención Primaria, 44 (9): 540-548.

2.2.- TEST ASOCIADO AL CRIBADO DE FRAGILIDAD: DETECCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Instrucciones para el profesional:

Se realizará esta batería de preguntas a las personas mayores de 65 años con un Índice de Barthel < 100 puntos.

Para la detección de riesgo de caídas se realizarán estas 3 preguntas

1. ¿Has sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
2. ¿Has sufrido 2 o más caídas al año?
3. ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo? (se considerará positivo si la prueba de ejecución: Velocidad de la Marcha para el cribado de fragilidad resulta alterada)

PUNTO DE CORTE:

La respuesta positiva a cualquiera de las 3 preguntas se considera riesgo de caídas.

Bajo Riesgo: Respuesta negativa a las 3 preguntas

BIBLIOGRAFIA:

1. Consejo Interterritorial del SNS. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y Caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y prevención en el SNS. Madrid. Junio 2014
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls: assessment and prevention of falls in older people. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013 Jun. 33 p. (Clinical guideline; no. 161).
3. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. New York (NY): American Geriatrics Society; 2010.

ANEXO 3: VALORACIÓN INTEGRAL

Motivo de la valoración Integral (cambio condición clínica, funcional, fragilidad, sociofamiliar, otros).

1. VALORACIÓN CLÍNICA

Antecedentes clínicos:

- Antecedentes
- Problemas de salud previos
- Otras características clínicas de relevancia (datos que puedan aproximar a una visión global y actual del perfil o estado clínico de la persona, así como sus condicionantes).

Anamnesis y exploración física:

- Básica: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, talla, respiración, coloración, piel y estado de hidratación
- Dirigida: según hallazgos pudiera requerir otras específicas como la neurológica, osteoarticular, ECG, espirometría, etc.
- Pruebas y escalas complementarias: Las que se precisen en función de los hallazgos.

Valoración de hábitos:

- Actividad física (Test de actividad física: GPAQ/ IPAQ)
- Alimentación (Dieta mediterránea)
- Hábitos tóxicos (Tabaco/alcohol: Fagestrom- Richmond/CAGE modificado)

Valoración de Riesgos:

- Valoración del Riesgo de caídas (según batería de preguntas fragilidad)
- Valoración del Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (Norton/ Braden)
- Valoración de déficit sensoriales no corregidos (visión/ optometría-audición/ test del susurro)
- Valoración del riesgo de gestión ineficaz de la propia salud (GIPS-3)
- Valoración del cansancio del rol del cuidador (Índice de cansancio del rol de cuidador)
- Valoración del afrontamiento familiar comprometido.

Medicación:

- Revisión del tratamiento prescrito y de la automedicación (Revisión sobre la base de los criterios STOPP- START 2015. Anexo 4. Ficha 8).
- Valorar deprescripción o justificación razonada del mantenimiento de inadecuaciones.

Adherencia:

- Valorar Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico (GIPS-3) o incumplimiento (Morinsky Green).
- Necesidad de ayuda a la preparación y/o administración de los medicamentos y estrategias de soporte (pastilleros, ayuda de persona, suplencia total).

2. VALORACIÓN FUNCIONAL

- **ABVD:** Barthel.
- **AIVD:** Lawton y Brody / cuestionario VIDA.

3. VALORACIÓN MENTAL

- **Área cognitiva:**
 - Personas sin diagnóstico de demencia previo: Cuestionario de Pfeiffer/ si positivo MEC/ Escala de Lobo.
 - Personas con trastorno neurocognitivo mayor (demencias): GDS-FAST
- **Área afectiva:**
 - Escala de Yesavage (5 ítems) /Anamnesis dirigida.

4. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

- Identificar y valorar posibles problemas sociales y familiares.
- Identificar a la persona cuidadora principal.
- Identificar otros convivientes que puedan colaborar y compartir actividades relacionadas con el cuidado y/o actividades relacionales o afectivo emocional.
- Identificar riesgos del entorno y barreras.
- Identificar el uso y disponibilidad de ayudas y recursos propios o subvencionados.
- Identificar las interacciones y redes sociales disponibles.
- Identificación de actividades de ocio, participación, actividades de aprendizaje (Escala sociofamiliar de Gijón).

5. DELIMITACIÓN DE PROBLEMAS Y SU MANEJO Y SEGUIMIENTO

- Interrelación de problemas (listar los problemas interrelacionados priorizándolos, así como las posibles consecuencias a prevenir).

RECOMENDACIONES PARA EL PLAN DE ACTUACIÓN:

- Considerar la evidencia disponible para la propuesta de intervenciones.
- Tener en cuenta los recursos de atención disponibles, así como los recursos personales y del entorno.
- Respetar la autonomía de la persona (deseos, opiniones, expectativas, creencias) respecto del plan de cuidados a proponer.
- El plan de cuidados debe incluir: régimen de medicamentos y cuidados prescritos o indicados, priorizando los problemas delimitados (interrelación de problemas).
- Se realizará una nueva valoración focalizada y plan de cuidados.
- Motivo de revaloración: cambio condición clínica, funcional, fragilidad, sociofamiliar, otros.

ANEXO 4. FICHAS DE RECOMENDACIÓN DE INTERVENCIONES POR GRUPO

1. Recomendaciones de intervención: alimentación equilibrada en personas mayores de 65 años
2. Recomendaciones de intervención: Actividad física en personas mayores de 65 años
3. Recomendaciones de intervención: Prevención de caídas
4. Recomendaciones de intervención: Abandono del consumo excesivo de alcohol y situaciones de dependencia
5. Recomendaciones de intervención: Abandono del hábito tabáquico
6. Recomendaciones de intervención: Activos para la salud y el bienestar emocional en personas mayores de 65 años
7. Recomendaciones de intervención: Vacunación en mayores de 65 años
8. Recomendaciones de intervención: Aplicación de los criterios stopp/start para la adecuación de la polimedización en personas mayores de 65 años
9. Recomendaciones de intervención: Prevención de trastornos neurocognitivos en personas mayores de 65 años
10. Recomendaciones de intervención: Desnutrición en personas mayores de 65 años
11. Recomendaciones de intervención: Detección precoz de incontinencia Urinaria en mayores de 65 años
12. Recomendaciones de intervención: Atención al maltrato
13. Recomendaciones de intervención: Atención a personas que cuidan.

FICHA 1 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

INDICACIÓN:

Promover una alimentación saludable y mantener un buen estado nutricional adaptado a las situaciones específicas de las personas mayores.

El estado nutricional en las personas mayores es primordial, ya que una nutrición deficitaria aumenta la morbilidad y la mortalidad, empeorando el pronóstico y la evolución de multitud de procesos crónicos (diabetes, hipertensión, osteoporosis, insuficiencia renal, etcétera), mientras que una alimentación sana y una actividad física adecuada, puede ayudar a prevenir la discapacidad, el declive físico y funcional y en definitiva, mejorar la calidad de vida en las personas mayores.

Un correcto aporte de nutrientes ha de cubrir las necesidades particulares de la persona, tanto basales como respecto al control de enfermedades y sus consecuencias, y también prevenir o disminuir las alteraciones del propio proceso del envejecimiento y fragilidad.

En las personas mayores la alimentación y la nutrición pueden verse afectadas por factores como el estado anímico, las redes sociales y de cuidado, el nivel socioeconómico, el estado de mantenimiento de boca y dientes, la actividad física, el estilo y los hábitos de vida y otras enfermedades intercurrentes. Todo esto se ha de tener en cuenta para ofrecer unas recomendaciones nutricionales y dietéticas personalizadas y adecuadas a cada persona, sin olvidar las preferencias y gustos personales. Sin embargo, realizaremos una serie de recomendaciones generales:

- Debemos respetar, en la medida de lo posible, la tradición, la cultura culinaria, las preferencias y las apetencias de cada persona mayor.
- Procuraremos que haga las comidas en compañía y en un lugar distinto al que permanece habitualmente. Intentando favorecer la dimensión social y el aspecto placentero de la alimentación.
- Evitar la monotonía en la comida, variar con frecuencia los alimentos y las preparaciones que formen parte de su dieta. Preparándole comidas “ especiales” para los domingos y festivos.
- Ofrecer entre 4-5 comidas diarias, en cantidades moderadas y una cena ligera. Esperar al menos una hora después de comer antes de irse a la cama. El desayuno debe ser diario y completo. No suprimir ninguna comida.
- Es necesario fomentar la moderación, pero vigilando la densidad nutricional. Las raciones deben ser pequeñas y nutritivas, concentrando todos los nutrientes en poca cantidad de alimento, especialmente en casos de inapetencia.


- Diseñar menús sencillos, de fácil preparación y presentar los alimentos de forma agradable y vistosa. Usar condimentos suaves y aromáticos y reduzca la sal.
- Los mayores con frecuencia se alimentan de alimentos preparados, la calidad de los alimentos congelados o enlatados puede ser buena, pero son necesarios también los alimentos frescos.
- También suelen comer varios días de la misma comida. No es recomendable recalentar repetidamente la comida ya preparada.
- Siempre que sea posible, evitaremos las dietas restrictivas y monótonas. Cuantos más alimentos de cada grupo incorpore a su dieta, más garantiza su buen estado nutricional. Además el porcentaje de IMC límite para normopeso se incrementa al 27%.
- Nutrientes que se necesitan en especial:
 - Calcio y vitamina D: Los adultos mayores requieren más vitamina D y calcio para los huesos. Tomar al día 3 raciones de leche y/o de yogur bajos en grasa o descremados.
 - Vitamina B12: Muchas personas no adquieren suficiente vitamina B12. Se consigue en cereales fortificados, carne baja en grasa y en algunos pescados y mariscos.
 - Fibra: consumir alimentos ricos en fibras, como cereales integrales, frutas, verduras y legumbres, junto con la adecuada hidratación y ejercicio físico para ir al baño con regularidad.
 - Potasio: Aumentar el consumo de potasio y disminuir el sodio (sal) para reducir el riesgo de presión alta. Las frutas, los vegetales y la leche y el yogur bajo en grasa o descremados son buenas fuentes de potasio. Escoja y cocine alimentos con poca sal o sin sal agregada.
- Debido a que en esta etapa de la vida el mecanismo que desencadena la sed está alterado, se recomienda ingerir líquidos con regularidad a lo largo de todo el día, teniendo en cuenta las necesidades hídricas diarias y prestando una especial atención en los meses calurosos y, en situaciones con necesidades aumentadas y aquellos con indicación de ingesta hídrica restringida (edemas, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal...).
- Cuando hay dificultades de masticación o falta de salivación, debemos elegir alimentos como pasta (variedades de fácil deglución), arroz, lácteos, vegetales cocinados, pescado cocido, carne picada, sopas, cremas. Siempre que sea posible, se recomienda no abusar de los triturados.
- Si hay dificultades para la deglución, no les sirva comidas con dos texturas diferentes, sólido y líquido (por ejemplo, sopa con tropezones, leche con pan, yogur con trozos de fruta, garbanzos en potaje), por el peligro de atragantamiento.
- También es recomendable espesar los líquidos (gelatinas, harinas). Cuidar la temperatura a la que sirve el alimento.


- Los cortes y platos deben ser limpios, sin espinas, para prevenir posibles accidentes, sobre todo si tiene dificultades para tragar o si la persona anciana está en una residencia o come sola.

La base de la alimentación en las personas mayores es la continuidad de una alimentación equilibrada, la actividad física y la participación activa en el autocuidado. En cualquier caso, tendremos que tener en cuenta la adaptación de la alimentación en personas mayores de especial riesgo de vulnerabilidad:

- a. Personas que viven solas, en situaciones de aislamiento social y residentes en instituciones (enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación)
- b. Desigualdad social y económicas (desnutrición crónica o bien sobrepeso, obesidad desencadenantes de muchas enfermedades crónicas) Se deberá prestar especial atención a evitar el consumo excesivo de grasas saturadas y grasas trans y el excesivo consumo de azúcares y sal, frente al reducido consumo de fruta y vegetales frescos.
- c. Personas mayores de 80 años en los que sus limitaciones comienzan a ser más evidentes, enfermedades más frecuentes y aumenta el grado de dependencia. Es necesario adaptar la alimentación de forma personalizada atendiendo a más criterios además de la edad
- d. Personas con discapacidad o trastorno mental grave, sea cual sea la edad, pueden existir dificultades: disfagia, sobrepeso, nivel de colaboración bajo, efectos de la medicación que afectan a la movilidad o apetito (ej: aumento de peso con los antipsicóticos), además del sedentarismo.

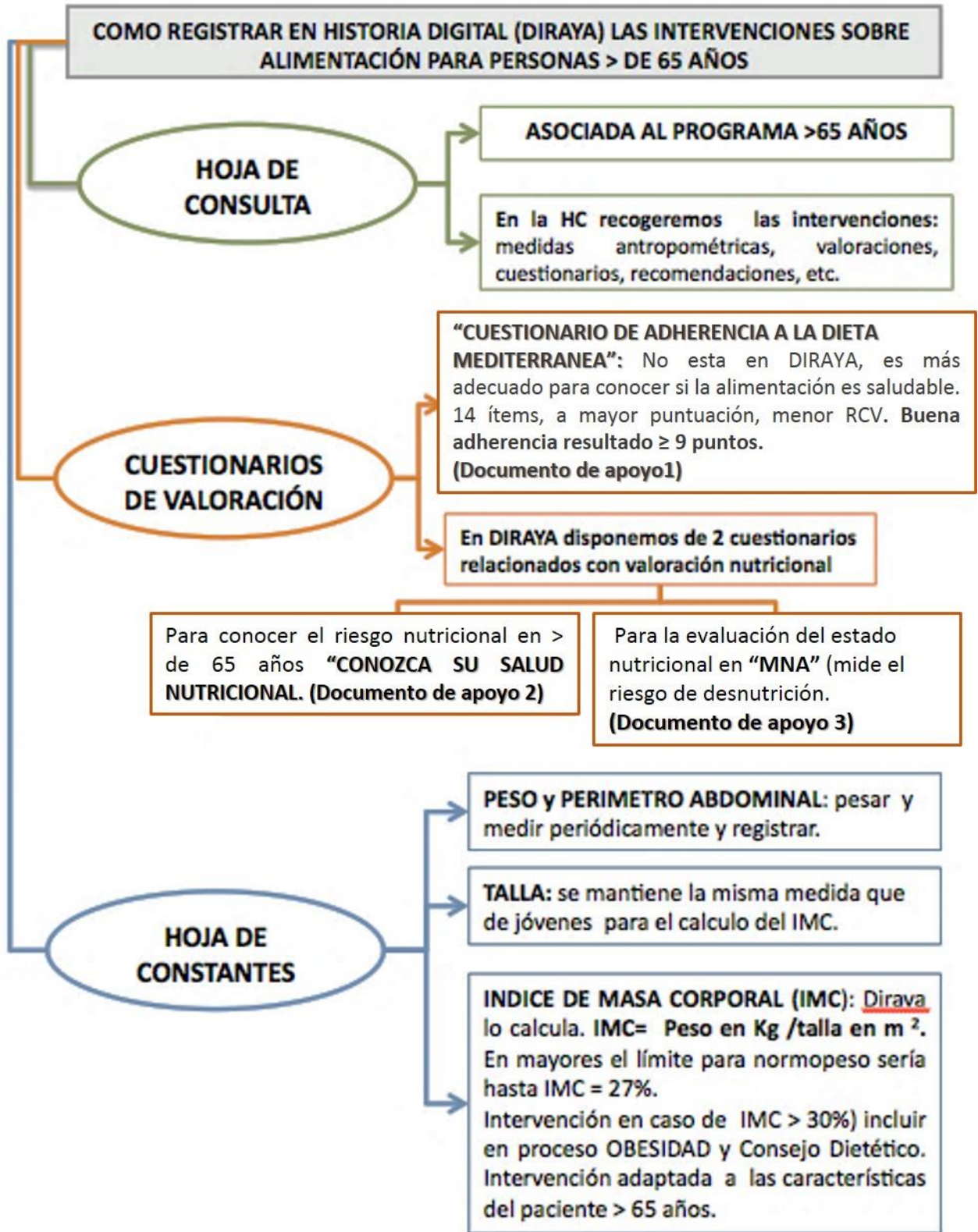
Una adecuada educación nutricional y una alimentación saludable puede ayudar a las personas mayores para mantener o mejorar su salud.

	RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA	OBSERVACIONES	EVITAR EL CONSUMO DE:
<p style="text-align: center;"> + 65 años AUTONOMO Barthel = 100 Prueba de velocidad de la marcha ≥ 0,8 m/s No riesgo de caídas </p>	<p>Se realizarán al menos 5 comidas al día. Dando especial importancia al desayuno, un 25% del total. Limitar la ingesta de grasas saturadas e incrementar las grasas con ácidos esenciales omega-3 y omega-6. Utilizar el aceite de oliva como principal fuente de grasa. La ración lipídica debe corresponder al 30% de la ración energética total.</p> <p>Consumo a diario de frutas y verduras, siguiendo la pauta al menos de 5 piezas al día y de colores diferentes.</p> <p>Los hidratos de carbono deben representar el 55-60 % del aporte calórico diario. Incluir un predominio de hidratos de carbono complejos.</p> <p>Las proteínas deben suponer el 15% del consumo calórico total. Se recomienda un consumo proteico de 1,0-1,2 g/kg de peso/día.</p> <p>Ingerir al menos 2- 3 litros de agua al día.</p> <p>Mantener la relación calcio/fósforo en la dieta. Una relación 1/1 de 800 mg/día.</p>	<p>Conseguir un peso normal (saludable y que nos haga sentir bien) y un equilibrio energético.</p> <p>Disfrutar de una variedad de alimentos amplia con equilibrio y moderación.</p> <p>Comer con regularidad.</p> <p>Para cambiar hábitos: empezar lo antes posible e ir introduciendo cambios de forma gradual.</p> <p>Comer despacio y masticar bien los alimentos.</p> <p>Preparar el momento de la compra, evitando alimentos precocinados y envasados.</p> <p>Consumir alimentos de temporada y locales.</p> <p>Evitar las comidas rápidas.</p>	<p>Reducir el consumo de sal y azúcar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitar la ingesta de azúcares libres. ○ Limitar la ingesta de sal (sodio) de cualquier procedencia y consumir preferentemente sal yodada. <p>Sustituir las grasas saturadas por insaturadas y eliminar los ácidos grasos trans.</p> <p>Se debe moderar el consumo de café y de bebidas excitantes.</p> <p>No se debe abusar de licores y bebidas edulcoradas.</p> <p>Evitar el consumo de conservas y alimentos pre-cocinados.</p>

	RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA	OBSERVACIONES	EVITAR EL CONSUMO DE:
<p style="text-align: center;"> + 65 años FRAGIL I. Barthel: 90-100 I. Lawton (mujeres <8; hombres <5 Prueba de velocidad de la marcha <0,8 m/s Riesgo de caídas </p>	<p>Se realizarán al menos 5 comidas al día. Dando especial importancia al desayuno.</p> <p>Limitar la ingesta de grasas saturadas e incrementar las grasas con ácidos esenciales omega-3 y omega-6. Utilizar el aceite de oliva como principal fuente de grasa. La ración lipídica debe corresponder al 30% de la ración energética total.</p> <p>Consumo a diario de frutas siguiendo la pauta al menos de 5 piezas al día y de colores diferentes. y verduras (vegetales de color verde oscuro y anaranjados y otras verduras). Los hidratos de carbono debe representar el 55-60 % del aporte calórico diario. Predominio de hidratos de carbono complejos.</p> <p>Las proteínas deben suponer el 15% del consumo calórico total.</p> <p>Para ancianos frágiles desnutridos o en riesgo requerimiento proteico de 1,2-1,5 g/ kg/día.</p> <p>Ingerir al menos 2- 3 litros de agua al día.</p>	<p>Conseguir un peso normal (saludable y que nos haga sentir bien) y un equilibrio energético.</p> <p>La cantidad de calorías debe ser la suficiente para evitar una deficiencia de micronutrientes.</p> <p>Se aconseja una reducción de un 20% la ingesta calórica total, tomando de referencia lo que consumían cuando eran jóvenes.</p> <p>Disfrutar de una variedad de alimentos amplia con equilibrio y moderación.</p> <p>Comer con regularidad.</p> <p>Para cambiar hábitos: empezar lo antes posible e ir introduciendo cambios de forma gradual</p> <p>Comer despacio y masticar bien los alimentos.</p> <p>Elegir alimentos de fácil masticación.</p> <p>Preparar el momento de la compra, evitando alimentos precocinados y envasados.</p> <p>Es muy importante controlar la situación dental ya que se relaciona con la pérdida ponderal y modificaciones en la ingesta alimentaria.</p> <p>Mantener una buena hidratación. Dar de beber agua a intervalos regulares aunque no se tenga sed.</p>	<p>Reducir el consumo de sal y azúcar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitar la ingesta de azúcares libres. ○ Limitar la ingesta de sal (sodio) de cualquier procedencia y consumir preferentemente sal yodada. <p>Reducir el consumo de grasas saturadas e incrementar las grasas con ácidos esenciales omega-3 y omega-6. Eliminar los ácidos grasos trans.</p> <p>Se debe moderar el consumo de café y de bebidas excitantes.</p> <p>No se debe abusar de licores y bebidas edulcoradas.</p> <p>Evitar el consumo de conservas y alimentos precocinados</p>

	RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA	OBSERVACIONES	EVITAR EL CONSUMO DE:
<p>+ 65 años DEPENDIENTE I. Barthel: < 90 I. Lawton (mujeres <8; hombres <5) Prueba de velocidad de la marcha 0,8 m/s Riesgo de caídas</p>	<p>Se realizarán al menos 5 comidas al día. Dando especial importancia al desayuno. Limitar la ingesta de grasas saturadas e incrementar las grasas con ácidos esenciales omega-3 y omega-6. Utilizar el aceite de oliva como principal fuente de grasa. La ración lipídica debe corresponder al 30% de la ración energética total. Consumo a diario de frutas siguiendo la pauta al menos de 5 piezas al día y de colores diferentes. y verduras (vegetales de color verde oscuro y anaranjados y otras verduras). Los hidratos de carbono deben representar el 55-60 % del aporte calórico diario. Predominio de hidratos de carbono complejos. Combinar las verduras con cereales y féculas. Las proteínas deben suponer el 15% del consumo calórico total. Con desnutrición marcada pueden requerir de hasta 2g/kg/día. Ingerir al menos 2- 3 litros de agua al día. Mantener la relación calcio/fósforo en la dieta. Una relación 1/1 de 800 mg/día.</p>	<p>Respetar los gustos. Comer despacio, masticando lentamente. Utilizar cocciones que aporten poca grasa al alimento: hervido, plancha, cocción, al horno, vapor o microondas. Dedicaremos un tiempo a la higiene bucal. Utilizar los utensilios para comer que más se adapten a sus necesidades. La postura correcta a la hora de comer es en posición de sentado y con la barbilla inclinada hacia abajo. Si problemas para deglutir líquidos finos (agua o caldos) añadir espesante en polvo. Se recomienda utilizar la gelatina como espesante es barato y saludable ya que no nos aporta apenas calorías. Otros alimentos que puede actuar como espesantes son la harina, patatas y huevos, que añadidos al puré pueden aportar mayor valor nutricional si es necesario. La leche puede ser espesada con galletas, bizcocho, cereales en polvo. Si problemas para deglutir sólidos, adaptar la textura de los alimentos para facilitar la masticación. Dieta blanda mecánica o triturados. El triturado o puré debe prepararse en el momento del consumo. Cuidar las presentaciones de los platos. Servir los alimentos tibios.</p>	<p>Retirar la comida de la mesa después de servirse y no comer “lo que sobra”. Reducir el consumo de sal y azúcar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitar la ingesta de azúcares libres. ○ Limitar la ingesta de sal (sodio) de cualquier procedencia y consumir preferentemente sal yodada. <p>Reducir el consumo de grasas saturadas e incrementar las grasas con ácidos esenciales omega-3 y omega-6. Eliminar los ácidos grasos trans. Se debe moderar el consumo de café y de bebidas excitantes. No se debe abusar de licores y bebidas edulcoradas. Evitar el consumo de conservas y alimentos precocinados. En la disfagia evitar el consumo de alimentos fibrosos, pieles de frutas y verduras, frutos secos y alimentos crujientes o de textura dura. Mejor que pocas comidas y copiosas utilizar raciones pequeñas y frecuentes</p>

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN Y REGISTRO DE DATOS



PARA SABER MÁS (ENLACES A DOCUMENTOS o WEBS RECOMENDADAS)

Recomendaciones de alimentación para centros de personas mayores y personas con discapacidad. Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales. Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada (PAFAE) 2014.

https://dl.dropboxusercontent.com/u/5527817/Consejos%20para%20pacientes%20en%20blog/Recomendaciones_alimentacion%20saludable%20para%20personas%20mayores.pdf

Comedores saludables para mayores. Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

<http://comedoressaludables.org/>

Dieta Mediterránea. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medioambiente. Fundación Diera mediterránea. 2016.

<http://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición AESAN. <http://www.aesan.msc.es/>

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátría. Alimentación, Nutrición e Hidratación en Adultos y Mayores. Madrid 2016
<https://www.segg.es/index.asp>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid 2005.
<http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
3. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Consejo Dietético en Atención Primaria. Sevilla 2010

http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/alimentacion_equilibrada_actividad_fisica/consejo_dietetico.pdf

4. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria. Sevilla 2007

http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1220/5/GuiaConsejoDietetico_2007.pdf

5. Espinosa Almendro JM, Muñoz Cobos F, Burgos Varo M^ªL, Gertrudis Díez M^ªA, Canalejo Echeverría A, Criado Zofio M. La estrategia de envejecimiento activo: de la teoría a la práctica clínica (artículo especial). Med fam Andal. 2015; 16 (3 Sup 1): 5-70. Disponible en:

<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n3sup1/v16n3sup1.pdf>

DOCUMENTOS DE APOYO FICHA 1:

1. Cuestionario de adherencia a la dieta Mediterránea
2. Escalas Evaluación estado nutricional
3. Conozca su salud nutricional

DOCUMENTO DE APOYO 1

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

Nos interesa conocer sus hábitos de alimentación, por ello necesitamos que responda a algunas cuestiones relacionadas con su dieta. Le informamos que este cuestionario es totalmente anónimo.

Muchas gracias por su colaboración

Nº	Pregunta	Modo de valoración	Puntos
1	¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?	Si =1 punto	<input type="text"/>
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?	Dos o más cucharadas =1 punto	<input type="text"/>
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones acompañamientos contabilizan como ½ ración)?	Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas)= 1 punto	<input type="text"/>
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	Tres o más al día= 1 punto	<input type="text"/>
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr.)?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="text"/>
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día porción individual equivale a 12 gr)?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="text"/>
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="text"/>
8	¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	Tres o más vasos por semana= 1 punto	<input type="text"/>
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	Tres o más por semana= 1 punto	<input type="text"/>
10	¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?	Tres o más por semana= 1 punto	<input type="text"/>
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	Menos de tres por semana= 1 punto	<input type="text"/>
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	Una o más por semana= 1 punto	<input type="text"/>
13	¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100- 150 gr)?	Si= 1 punto	<input type="text"/>
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	Dos o más por semana= 1 punto	<input type="text"/>
Resultado final, puntuación total			<input type="text"/>

PUNTUACIÓN TOTAL:
< 9 baja adherencia
≥ 9 buena adherencia

Para finalizar, le vamos a pedir que registre algunos datos de interés estadístico:

SEXO: Hombre Mujer

EDAD: _____

EMPRESA/INSTITUCIÓN: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

POBLACIÓN: _____

PROFESIÓN: _____

CATEGORÍA PROFESIONAL: _____

DEPARTAMENTO EN EL QUE TRABAJA: _____

Muchas gracias por su colaboración.

Los resultados se tratarán de forma global y se mantendrá el anonimato de los participantes en las publicaciones que puedan derivarse de este cuestionario.
La transmisión de datos se hará con las medidas de seguridad adecuadas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99.



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Escalas de evaluación del estado Nutricional

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Población diana: Población general geriátrica. Se trata de una escala **heteroadministrada** para la evaluación del estado nutricional de una persona. Si la suma de las respuestas de la primera parte –Test de cribaje- es igual o inferior a 10, es necesario completar el - test de evaluación- para obtener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente. La puntuación global del Test de evaluación resulta de la suma de todos los ítems del Test de cribaje y de los del Test de evaluación. Los puntos de corte del Test de evaluación son de 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición, y menos de 17 puntos: malnutrición.

TEST DE CRIBAJE			
PREGUNTAS		RESPUESTAS	PUNTOS
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 3kg	
	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	Sí	
	1	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) ² en kg/m ²)	0	IMC < 19	
	1	19 < ó = IMC < 21	
	2	21 < ó = IMC < 23	
	3	IMC > ó = 23	
PUNTUACIÓN TOTAL (Cribaje)			

Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos)

- 11 puntos o más: normal, no es necesario continuar.
- 10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación.



Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

TEST DE EVALUACIÓN			
PREGUNTAS	RESPUESTAS		PUNTOS
G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?	0	No	
	1	Sí	
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	0	No	
	1	Sí	
I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	0	No	
	1	Sí	
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	Sí	
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	Más 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 ≤ CB ≤ 22	
	1	CB > 22	
R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	0	CP < 31	
	1	CP ≥ 31	
PUNTUACIÓN TOTAL (Global)			

Evaluación global (cribaje + evaluación, máximo 30 puntos)

- De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición.
- Menos de 17 puntos: malnutrición.



Escalas de evaluación del estado Nutricional

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Bibliografía

- Guigoz Y Vellas B Garry PJ 1994. Mini Nutritional Assessment: a practical assesment tool for grading the nutritional state of elderly patienst. Facts Res Gerontol 1994;12 (supl 2):15-59.
- Vellas B Guigoz Y Garry PJ Nourhashemi F Bennahum D Lauqu S Albarede JL. The Mini Nutritional Assessment and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition 1999 feb;15(2):116-22.
- Rubenstein LZ Harker JO Salva A Guigoz Y Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developin the short-form mini nutritional assesment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001. jun;56(6):M366-72.
- Ramon JM Subira C. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. Med Clin (Barc) 2001 dec 15;117(20):766-70.
- Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. Decubitus 1989;2:24-31 (erratum 1989;2:10).
- Quiralte C Martínez RM Fernández C Estudio de validez de criterio de la escala de Norton modificada del hospital clínico San Carlos. Enf Clin 1998 jul 8(4);151-6.
- García AM Rosa G Garrido G Rodríguez P Escala de Norton: ¿es válida como método de predicción del desarrollo de úlceras por presión? Med Prev 1999, V(3):24-27.



DOCUMENTO DE APOYO 3

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

-CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"-

Población mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**

AFIRMACIÓN		
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	SI	NO
Tomo menos de dos comidas al día	SI	NO
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	SI	NO
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	SI	NO
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	SI	NO
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	SI	NO
Como sólo la mayoría de las veces	SI	NO
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	SI	NO
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	SI	NO
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL		

FICHA 2 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

INDICACIÓN:

Evitar el SEDENTARISMO y realizar actividad física a diario en personas mayores de 65 años.

Se recomienda que las personas se mantengan suficientemente activas durante toda la vida. En adultos, se indica realizar al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada (aeróbica) al menos 5 días a la semana (ó 75 min de actividad vigorosa semanal). Para las personas mayores 65 años en adelante, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Entre las características de la actividad física que podemos indicar a una persona mayor se encuentran:


- Dedicar 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad se practicará en una sola sesión, o acumulando bloques de 10 minutos, como mínimo.
- Para obtener mayores beneficios para la salud, aumentar hasta 300 minutos semanales la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien acumular 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida deberían realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio prevenir las caídas, tres días o más a la semana.
- Convendría realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

Nunca es tarde para hacer ejercicio. De hecho, la práctica regular de actividad física es la mejor herramienta para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento así como para fomentar la salud y el bienestar de los mayores.

El ejercicio físico ayuda a mantener y mejorar la función músculo-esquelética, osteo-articular, cardio-circulatoria, respiratoria, endocrino-metabólica, inmunológica y psico-neurológica. Por lo tanto, la práctica regular de actividad física tiene efectos beneficiosos en la mayoría, si no en todas, las funciones orgánicas contribuyendo a mantener su funcionalidad e incluso a mejorarla.


Dado que la pérdida de funcionalidad que se produce con la edad es, precisamente, la principal consecuencia del envejecimiento, el efecto del ejercicio puede ser considerado como una verdadera terapia que lucha contra las inevitables consecuencias del proceso de envejecimiento.

Todas las personas mayores deben evitar la inactividad. Realizar algo de actividad física es mejor que nada y cualquier actividad física produce algún beneficio sobre la salud.

	RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA	OBSERVACIONES	REDUCIR PERIODOS SEDENTARIOS Y LIMITAR TIEMPOS DE PANTALLA
<p>65 años AUTÓNOMO I. Barthel = 100 Prueba de velocidad de la marcha $\geq 0,8$ m/s No riesgo de caídas</p>	<p>Se realizará al menos 150 min de actividad moderada a la semana Ó 75 min de actividad vigorosa a la semana Ó una combinación equivalente de las anteriores.</p> <p>Esta recomendación puede alcanzarse sumando 3 o más períodos de al menos 10 min seguidos cada uno.</p> <p>Se adaptará la indicación a las condiciones físicas de la persona, prescripción individualizada.</p>	<p>Se realizará al menos 2 días en semana actividades de fortalecimiento muscular y mejora de la masa ósea y actividades para mejorar la flexibilidad.</p> <p>Los mayores de 65 años, especialmente con dificultades de movilidad, al menos 3 días a la semana realizar actividades de fortalecimiento muscular y para mejorar el equilibrio.</p>	<p>Reducir los períodos sedentarios prolongados de más de 2 horas seguidas, realizando descansos activos cada 1-2h con sesiones cortas de estiramiento o dando un breve paseo.</p>

	RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA	OBSERVACIONES	REDUCIR PERIODOS SEDENTARIOS Y LIMITAR TIEMPOS DE PANTALLA
<p style="text-align: center;"> 65 años FRÁGIL I. Barthel: entre 90 – 100 I. Lawton (mujeres 8; hombres 5) Prueba de velocidad de la marcha 0,8 m/s Riesgo de caídas </p>	<p>Programa de Ejercicio Multicomponente :</p> <p>La actividad aeróbica será de un mínimo de 3 días a la semana.</p> <p>Realizaremos 150 minutos de intensidad moderada. Podremos hacer la actividad aeróbica en bloques de un mínimo de 10 minutos de duración.</p> <p>La actividad moderada que abarque desde 3.0 hasta 4.7 METs.</p> <p>Podremos mantener una conversación, mientras hacemos la actividad física.</p> <p>Realizar dos días de ejercicios de equilibrio.</p> <p>Caminar 5 días en semana 2 por 10 minutos, descansando 2 minutos entre series.</p> <p>Se recomienda unos 5000 pasos diarios.</p> <p>Realizar ejercicios de flexibilidad todos los días con ejercicios de calentamientos previos.</p> <p>Se puede comenzar por bloques, incluso menores de 10 minutos de actividad ligera, como caminar e ir incrementando los minutos.</p>	<p>Practicar estiramientos.</p> <p>Caminar a un ritmo inferior de 5km/h.</p> <p>Practicar taichi, Qiigong, gimnasia en el agua o yoga dos días a la semana en un centro deportivo cercano e ir caminando hasta el centro.</p> <p>Realizar Aquaeorebic o gimnasia acuática.</p> <p>Otras actividades: balnoterapia, expresión corporal psicomotocidad acuática, gimnasia suave en el agua, paseos suaves por la playa...</p>	<p>Reducir los periodos sedentarios prolongados de más de dos horas seguidas; realizando descansos activos cada una o dos horas con sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo.</p> <p>Para conseguir la adhesión y convertir en rutina la realización de ejercicio físico, se debe incorporar de manera gradual.</p> <p>Incluir la actividad física en la rutina diaria.</p> <p>Convertir la actividad física en una actividad social.</p> <p>Animar a que acudan a su centro deportivo más cercano por si algunas de las actividades ofertadas les resultan motivantes.</p> <p>Siempre tener presente la máxima que es mejor hacer algo, que nada.</p> <p>Incluso una hora semanal de actividad moderada ya proporciona algunos beneficios</p> <p>Limitar el tiempo delante de una pantalla.</p> <p>Fomentar el transporte activo.</p>

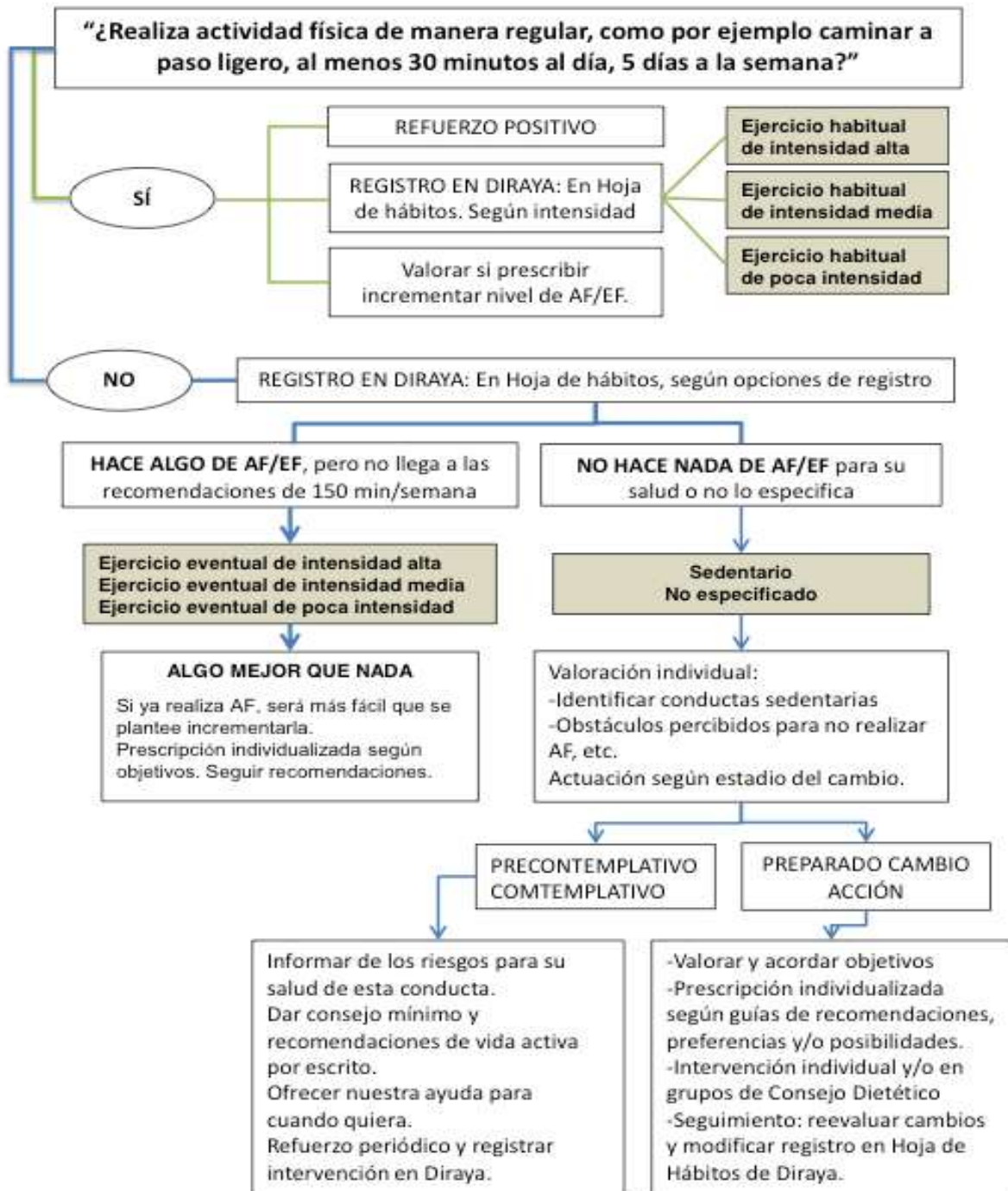
El objetivo es detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en la persona mayor, como medio para evitar y/o retrasar el deterioro funcional, así como promover la salud en la población mayor de 65 años.

	RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA	OBSERVACIONES	REDUCIR PERIODOS SEDENTARIOS Y LIMITAR TIEMPOS DE PANTALLA
<p>65 años DEPENDIENTE I. Barthel: < 90 I. Lawton (mujeres <8; hombres <5) Prueba de velocidad de la marcha < 0,8 m/s Riesgo de caídas</p>	<p>Si está encamado.</p> <p>Le animaremos a que colabore en los cambios posturales, así como en su higiene y cambios de ropa.</p> <p>Ejercicios individualizados para ayuda en las ABVD.</p> <p>Le sentaremos siempre que se pueda, prolongando progresivamente el tiempo de sedestación.</p> <p>Le ayudaremos a ponerse en pie o le daremos algún material para que se apoye, como un andador o bastón.</p> <p>Le animaremos a realizar traslados cortos, adaptados a su resistencia.</p> <p>Realización de ejercicios y técnicas respiratorias.</p> <p>Técnicas de relajación.</p>	<p>Le propondremos actividades sencillas, con frases cortas y claras.</p> <p>Evitar tirar de sus brazos y realizar movimientos bruscos.</p> <p>Evitar todo aquello que le cause dolor.</p> <p>Marcar objetivos fáciles de alcanzar.</p> <p>Desarrollar ejercicios para entrenar y conservar la funcionalidad de las manos.</p>	<p>Acompañar a talleres de actividad física que fomenten el desarrollo cognitivo.</p> <p>Favorecer la práctica unitaria de ejercicios para el cuerpo y la mente</p> <p>Procurar que los programas sean dinámicos, atractivos y adaptados a la dependencia.</p>



REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN DIRAYA: Algoritmo para registrar la AF en Hoja de Hábitos y/o en Hoja de Consulta en el programa de >65 años

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN Y REGISTRO DE DATOS



Fuente: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Documento para disminuir el sedentarismo. Enero 2016.

PARA SABER MÁS (ENLACES A DOCUMENTOS o WEBS RECOMENDADAS)

1. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Documento para disminuir el sedentarismo. Enero 2016. <http://www.picuida.es>
2. Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFyC). La Estrategia de Envejecimiento Activo: De la teoría a la práctica Clínica. Rev. Medicina de Familia Andalucía. Volumen 16, número 3, suplemento 1, noviembre 2015
<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n3sup1/v16n3sup1.pdf>
3. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor.
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>

BIBLIOGRAFÍA

1. Tunez Rodríguez L, Martínez de la Peña RA, Lopez Tunez M et al. Documento para disminuir el sedentarismo. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. (ASENEC) . Enero 2016.
2. Espinosa Almendro JM, Muñoz Cobos F, Burgos Varo ML et al. La Estrategia de Envejecimiento Activo: De la teoría a la práctica Clínica. Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFyC). Rev. Medicina de Familia Andalucía. Volumen 16, número 3, suplemento 1, noviembre 2015
3. Muñoz Bellerín J, Delgado Fernández M, Carbonell Baeza A et al. Guía de recomendaciones para la promoción de actividad física. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010.
4. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el sistema nacional de salud. Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014
5. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014
6. Recomendaciones para la población sobre actividad física y reducción del sedentarismo. Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015
7. Alvarez Tello M, Morales Asencio JM (Eds). Guía Asanec para cuidadoras de personas dependientes Volumen II. Málaga 2007

FICHA 3 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: PREVENCIÓN DE CAÍDAS

INDICACIÓN:

Prevenir situaciones de riesgo de caída en las personas mayores que puedan provocar daño, lesión o pérdida de funcionalidad asociadas.

Las caídas se definen por la OMS como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, y aunque la mayoría de ellas no lo son¹, las consecuencias de una caída pueden provocar daños, que constituyan lesiones, pérdidas de capacidad funcional recuperables o no y condiciones de discapacidad, que podrían haberse prevenido. Entre algunos datos proporcionados por la OMS, encontramos que las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424.000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos. Uno de los factores principales de riesgo de caída es la edad. Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica y los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales¹.

En España, según datos facilitados por el INE, el 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años de las que viven en la comunidad se caen al menos en una ocasión al año. Teniendo consecuencias o daños asociados un 70% de esas caídas. Y 1 de cada 10 personas tiene consecuencias graves, como la fractura de cadera o traumatismo craneoencefálicos². Este tipo de lesiones llevan consigo una pérdida de la movilidad y de la independencia, aumentando el riesgo de muerte prematura. El índice de caídas en residencias de ancianos y en el grupo de mujeres mayores de 75 años, puede ser más del doble³. El riesgo puede aumentar debido, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada y factores ambientales^{1,4}.

En una revisión sistemática publicada recientemente también se recogen los trastornos del equilibrio y la marcha, la polifarmacia y la historia de las caídas avanzada y el sexo femenino^{4,5}

Según la OMS: “Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos¹”.

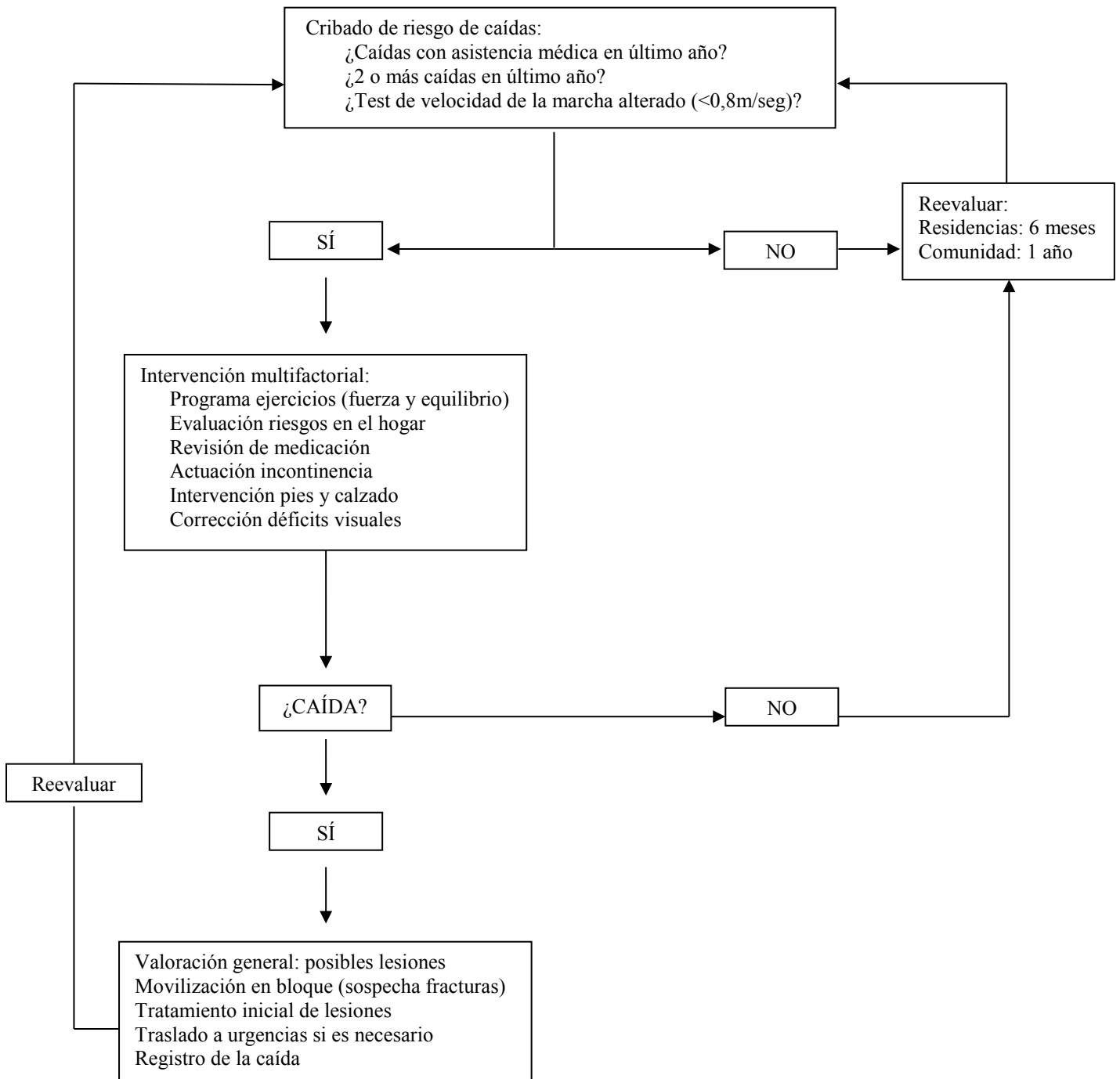


RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN CASO DE CAÍDA:

En el caso de atender a personas mayores que han sufrido caídas en el domicilio o en centros residenciales:

- Valorar el estado general de la persona mayor y las posibles lesiones en una primera inspección.
- Si hay sospecha de lesiones severas o incluso fracturas, movilizar entre dos o más personas, en bloque, fijando tanto columna como posibles miembros fracturados.
- Realizar el tratamiento y observación en base a la lesión que la caída haya producido.
- Trasladar a la persona mayor al Servicio de Urgencias del centro de salud/hospital si fuera necesario.
- En caso de pacientes institucionalizados registrar el evento en documento específico que recoja circunstancias, posibles causas y consecuencias de la caída.
- Reevaluar los riesgos del paciente.

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN



Fuente: Guía FASE. Cuidados seguros. Prevención y actuación ante caídas. AS Costa del Sol-Estrategia de Seguridad del Paciente SSPA. 2016

PARA SABER MÁS:

Guía FASE, para la prevención y actuación ante una caída. Servicio Andaluz de salud. Consejería de Salud. Sevilla 2017.

Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf

Otros documentos de interés:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls: assessment and prevention of falls in older people; 2013. Recuperado a partir de: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/guidance-falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people-pdf>
- Avin KG, Hanke TA, Kirk-Sanchez N, McDonough CM, Shubert TE, Hardage J, et al. Management of Falls in Community-Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement From the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Phys Ther.* 2015;95(6):815-34.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Guidebook for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Australian Community Care. A Short Version of Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Community Care 2009. Recuperado a partir de: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2009/01/30455-COMM-Guidebook1.pdf>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Guidebook for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Australian Residential Aged Care Facilities A Short Version of Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities 2009. Recuperado a partir de: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2009/01/30454-RACF-Guidebook1.pdf>

- Herreros YH, López-Torres Hidalgo JD, de-Hoyos Alonso MC, Díez JMB, Gorroñoigoitia Iturbe A, Lesende IM, et al. [Preventive activities among the elderly]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria* 2012;44 Suppl 1:57-64.
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. En: *The Cochrane Collaboration, Gillespie LD, editores. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 Recuperado a partir de: <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/onlinewiley/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/abstract>
- González Ramírez A, Calvo Aguirre JJ, Lekuona Ancizar P, González Oliveras JL, Marcellán Benavente T, Ruiz de Gordo Armendia A, et al. [Falls in nursing homes and institutions: update by the Osteoporosis, Falls and Fractures Working Group of the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology (GCOF-SEGG)]. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 2013;48(1):30-8.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Fact Sheet nº 344. [Internet]. OMS. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
2. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
3. Gama ZA da S, Conesa AAG. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. *Fisioterapia.* 2008;30(3):142-51.
4. Ambrose AF, Cruz L, Paul G. Falls and Fractures: A systematic approach to screening and prevention. *Maturitas.* 2015;82(1):85-93.
5. Guía FASE, para la prevención y actuación ante una caída. Servicio Andaluz de salud. Consejería de Salud. Sevilla 2017.

FICHA 4 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: ABANDONO DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y SITUACIONES DE DEPENDENCIA

INDICACIÓN

Prevenir situaciones de riesgo en la salud de las personas mayores de 65 años provocadas por el consumo excesivo de alcohol y situaciones de alcoholismo o dependencia alcohólica.

El consumo excesivo de alcohol en personas mayores de 65 años puede ser perjudicial para la salud y asociarse a un trastorno adictivo crónico, situándose entre los principales determinantes sociales en salud (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la toxicidad asociada al alcohol etílico, las alteraciones sensoriales y motoras derivadas de su ingesta excesiva y la enorme capacidad adictiva de esta droga, la convierten en una de las de mayor consumo y más peligrosas para las personas (2). Aproximadamente 3,3 millones de muertes cada año, es decir, el 5,9% de todas las muertes, y el 5,1% de la carga mundial de morbilidad es atribuible al consumo de alcohol (3-5). El alcoholismo constituye un problema de salud pública a nivel mundial, estimándose que afecta al 10% de la población, siendo el trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia (3, 6).

A pesar de ello, el consumo de alcohol, forma parte de la sociedad y de la cultura, con una gran significación social. En países occidentales forma parte de los estilos de vida, existiendo una excesiva permisividad hacia su consumo (5,7). Socialmente se acepta al bebedor moderado y se rechaza al bebedor que no es capaz de controlar el consumo. La fuerte desaprobación social que presenta esta enfermedad conlleva un difícil abordaje terapéutico (8-10).

Es frecuente que la sociedad estigmatice a las personas alcohólicas considerándolas desviadas, imperfectas, indeseables, viciosas, peligrosas, violentas, agresivas o irresponsables (11). Como consecuencia la persona alcohólica y su familia, pueden sentir vergüenza, discriminación, devaluación, rechazo y aislamiento social, o experimentar baja autoestima y baja confianza (12). Con frecuencia, esta situación les lleva a desarrollar estrategias de afrontamiento inadecuadas, a rechazar la condición de enfermo, a poner barreras a la búsqueda de ayuda, a dificultar la adherencia al tratamiento, o intentar abandonar el consumo sin ayuda, pudiendo llevarles a sufrir recaídas y a cronificar el problema (13,14).

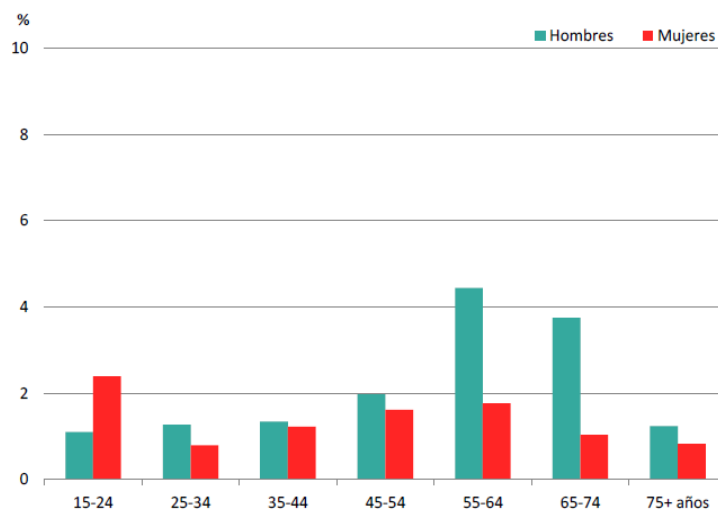
Situación en España y Andalucía del consumo del alcohol

Respecto a las encuestas sobre el consumo de alcohol, debemos tener en cuenta que subestiman la cuantía, infrarrepresentando a los bebedores de riesgo, por el sesgo de memoria y por cierta infradeclaración deliberada (15). Según la OMS, las cuantías obtenidas, mediante encuesta, representan el 40-60% de las obtenidas de datos de compraventa (2).

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012) (16), el 65,6% de la población de 15 y más años, refirió haber tomado bebidas alcohólicas en el año anterior. Respecto a la población mayor fue el 57,1%, en el grupo de 65 a 74 años, el 43,13% en el grupo de 75 a 84 años y el 29,3 en el grupo mayor, habiendo una marcada diferencia en el consumo entre ambos sexos, siendo la razón entre hombres y mujeres aproximadamente de 2:1. En Andalucía, según la Encuesta de Salud (17), en el año 2011, consumió alcohol el 30,4% en el grupo de 65 a 74 años y del 16,8% de las personas mayores de 75 años.

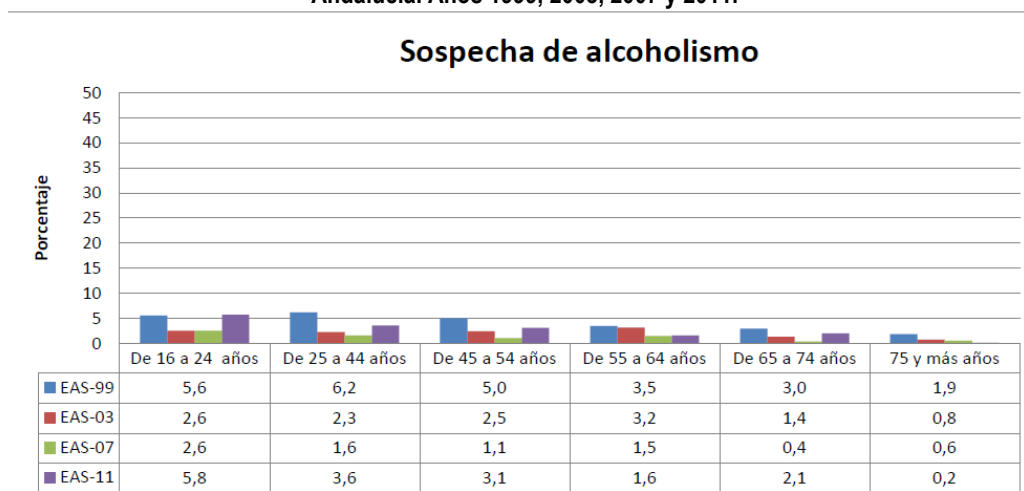
En relación al consumo de riesgo para la salud, situando el umbral de riesgo en 40 g de promedio diario para hombres y 20 g para mujeres, solo el 1,7% de la población española de 15 y más años declara consumir por encima de los umbrales de riesgo. Si la estimación se hace entre los bebedores habituales (l menos un día por semana), el porcentaje es de un 4,3%. En el grupo de 65-74 años, la prevalencia alcanza casi el 4% en hombres (figura 1) (16).

Figura 1. Porcentaje de bebedores de riesgo según sexo y grupo de edad. Población adulta (15 y más años), ENSE 2011/12, MSSSI/INE.



Dado la infraestimación asociada a las encuestas sobre consumo de alcohol (2, 15), puede ser de interés información recogida forma indirecta a través de test o escalas. Así, en Andalucía, Según la Encuesta de Salud (17), un 3,1% de la población andaluza mayor de 16 años podría realizar un consumo excesivo de alcohol, valorado mediante el test CAGE; los hombres (5,4%) tienen un mayor porcentaje que las mujeres (1%). En el grupo de 65 a 74 años, la sospecha alcoholismo es del 2,1% y en el de 75 y más años del 0,2 (figura 2).

Figura 2. Porcentaje de personas con sospecha de alcoholismo (valorado mediante test CAGE) por edad. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.



Definición de términos y criterios diagnósticos

La American Society of Addiction Medicine define el alcoholismo como una “enfermedad crónica primaria, en cuya evolución y manifestaciones intervienen factores genéticos, psicosociales y ambientales. La enfermedad suele ser progresiva y fatal, caracterizándose por una serie de rasgos, que pueden ser continuos o periódicos, como deterioro del control sobre la bebida, obsesión por el alcohol, consumo de alcohol pese a sus consecuencias adversas y perturbación del pensamiento, sobre todo, negación.” La OMS en vez de alcoholismo, utiliza el término de síndrome de dependencia del alcohol, que define como “un estado psíquico y habitualmente también físico, resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas, que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol, de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia” (6,18, 19).

Otros términos que se utilizan en relación al consumo excesivo son: Consumo problemático de alcohol (patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales) Consumo perjudicial (patrón de consumo que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para la salud física y mental) y Consumo de riesgo (que, además de estas, incluye las consecuencias sociales, afectando a la salud pública) (18).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) (20) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (21) incluyen diferentes trastornos relacionados con el consumo de alcohol, haciéndolo en términos de: abuso, consumo perjudicial, síndrome de dependencia del alcohol, intoxicación alcohólica aguda, abstinencia alcohólica.

Según el DSM-IV, el síndrome de dependencia del alcohol puede definirse como un Patrón desadaptativo de consumo, en algún momento continuado de 12 meses, que

conlleve deterioro o malestar, clínicamente significativo, expresado por 3 o más de los siguientes ítems (6,22):

1. Tolerancia (el efecto del alcohol disminuye con su consumo continuado, generando necesidad de cantidades marcadamente crecientes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado).
2. Abstinencia alcohólica con sintomatología adyacente.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.
5. Dedicar mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos del alcohol.
6. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión.
7. Persistencia del consumo a pesar de sus consecuencias perjudiciales.

Diagnóstico de trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

El diagnóstico de problemas relacionados con el consumo de alcohol tiene dificultades por distintas cuestiones de criterio diagnóstico, clínicas, como la ausencia, en ocasiones, de complicaciones somáticas objetivables, la escasa conciencia de patología, la negación del problema por el paciente o la banalización por parte del profesional.

Se puede sospechar el diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia del alcohol en personas que: viven en un ambiente (familiar o social) que favorece y acepta el consumo excesivo; encuentran beneficios en el consumo de alcohol (vencer la inseguridad, la timidez, la dificultad para relacionarse); afirman que son capaces de controlarlo; reconocen un modelo de consumo (cantidad, deseo, periodicidad, rapidez) diferente a la de la mayoría de consumidores; anteponen el alcohol a otras responsabilidades (familiares, laborales, sociales); no recuerdan lo que hicieron antes de consumir; han intentado disminuir o abandonar el consumo; tienen conflictos, presiones familiares o los familiares informan sobre un consumo excesivo; presentan aislamiento social; cambian con frecuencia de domicilio, trabajo y relaciones; presentan somatización o hiperfrecuentación; han tenido repetidos accidentes o traumatismos; presentan disfunción sexual, tos crónica, síntomas gastrointestinales, cardiovasculares, crisis convulsivas de aparición tardía o abusan de otras sustancias (6, 23).

Para llegar al diagnóstico es necesario hacer una adecuada recogida de datos, con diferentes técnicas (entrevista, test, cuestionarios, exploración, determinación de marcadores biológicos), que permitan: valorar el patrón de consumo (cantidad, frecuencia), consecuencias (signos clínicos, alteraciones somáticas, psicopatologías previas o asociadas) y sus repercusiones (trastornos conductuales, familiares, sociales y legales) (17). Igualmente, importante es conocer la situación familiar de esta persona, pudiendo resultar de gran utilidad hablar con los familiares o las personas con las que convive, que nos pueden facilitar información en relación al proceso de enfermedad de la persona alcohólica (6, 24).

Hay una serie de aspectos básicos a recoger en la historia clínica: Antecedentes familiares (de consumo de alcohol, enfermedades orgánicas y / o trastornos psiquiátricos), antecedentes personales (enfermedades y tratamientos previos y actuales, antecedentes escolares, laborales, sociales y forenses), patrón de consumo de alcohol (evolución del consumo de alcohol y de los problemas relacionados con el mismo, reconstrucción de un día típico de bebida reciente, reconstrucción del consumo a lo largo de una semana reciente, influencia actual del alcohol en la personalidad del paciente y en sus actividades), periodos previos de abstinencia (duración, motivo, métodos empleados para conseguirlo), motivación del paciente para dejar de beber.

Valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica.

Para calcular el consumo de alcohol, se utiliza la unidad de bebida estándar (UBE), en España es igual a 10 gramos de etanol puro. Se pueden seguir las orientaciones de la tabla 2 (25):

Tabla 1. Número de Unidades de Bebida Estándar (UBE) según el tipo y volumen de bebida (25).

Tipo de bebida	Volumen	Nº de UBES
Vino	1 Vaso (100 cc)	1
	1 Litro	10
Cerveza	1 Caña (200 cc)	1
	1 Litro	5
Copas	1 carajillo (25cc)	1
	1 copa (50cc)	2
	1 combinado (50cc)	2
	1 litro	40
Generosos	1 copa (50cc)	1
	1 vermut (100cc)	2
	1 litro	20

Patrón de consumidores y consumo de riesgo

En función del número de UBES consumidas y del sexo, se establecen diferentes patrones de consumidores (abstemio, bebedor ligero, moderado, alto, excesivo) y el tipo de consumo (Uso, Abuso, Dependencia, gran riesgo) (tabla 3) (22,26).

Tabla 2. Patrones de consumo y tipo de riesgo en función del número de Unidades de Bebidas Estándar (UBE) diarias (22).

Patrón de consumo (Bebedor)	HOMBRE	MUJER
Abstemio		
Bebedor ligero	1-2 UBE/día	1-2 UBE/día
Bebedor moderado	3-6 UBE/día	3-4 UBE/día
Bebedor alto	7-8 UBE/día	5-6 UBE/día
Bebedor excesivo	9-12 UBE/día	7-8 UBE/día
Tipo de Consumo		
USO (Bajo riesgo)	< 17 UBES/semana	< 11 UBES/Semana
ABUSO (Peligroso)	17-28 UBES/Semana	11-17 UBES/Semana
DEPENDENCIA (Riesgo Alto)	> 28 UBES/Semana, ó 5 UBES/en 14 horas/en un mes, ó antecedentes familiares de alcoholismo	> 17 UBES/Semana, ó 5 UBES/en 14 horas/en un mes, ó antecedentes familiares de alcoholismo
Gran riesgo	> 13 UBE/día	> 8 UBE/día

Unidad de Bebida Estándar (UBE): Contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen=10 g alcohol

Gramos de alcohol: ml de bebida * graduación de la bebida * 0,8/100

Tests y cuestionarios diagnósticos

Existen diversos tests y cuestionarios eficaces para: la detección o screening; el diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso del alcohol; determinar la gravedad e intensidad de la dependencia o para conocer la motivación para el cambio de conducta. No obstante, un resultado negativo en estos test no debe interpretarse como excluyente del problema, dado que la negación y posturas defensivas pueden provocar falsos negativos. Por ello, hay que complementarlos con pruebas biológicas y entrevistas a familiares antes de formular un diagnóstico (6,24).

1. Detección o screening, de casos. Los más utilizados, especialmente en atención primaria son el CAGE, el AUDIT, el Münchner Alkoholismus Test (MALT) (Anexo 1).
2. Diagnóstico. Cuantifican la presencia y, en su caso, la gravedad de los síntomas que constituyen la dependencia, sirviendo para confirmar y evaluar la enfermedad. En atención primaria pueden ser útiles el AUDIT y MALT.
3. Evaluación de la gravedad e intensidad de la dependencia, y del deseo o necesidad de beber (craving). Además de las anteriores podemos considerar la Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ), la Escala de intensidad de la dependencia alcohólica (EIDA) o la Escala Analógica Visual de Craving (6).
4. Evaluación de la motivación para el cambio de conducta. Pueden utilizarse la escala Perfil de bebida (CPD), el Inventario del uso del alcohol (AUI) o la Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) de Prochaska y Di Clemente entre otros.

Marcadores biológicos del alcoholismo

Ayuda a estudiar a los pacientes que niegan o minimizan el consumo, determinar la gravedad física del consumo y monitorizar la evolución. La identificación física se basa en la búsqueda de signos físicos indicativos de daños en órganos y sistemas (rubicundez, hipertrofia parotídea, alopecia y distribución ginoide del vello, etc.) (6, 24).

Además, existen una serie de parámetros biológicos indicativos de alteraciones hepáticas y/o metabólicas. La determinación conjunta de VCM y GGT permite identificar más del 75% de bebedores excesivos, sobre todo cuando van asociados a cuestionarios de detección del consumo de riesgo (6, 22).

- Volumen corpuscular medio o VCM eritrocitario: Valores mayores de 96 son considerados indicativos de abuso de alcohol. El VCM disminuye lentamente con la abstinencia y se normaliza en 3-4 meses, volviendo a elevarse tras la ingesta (27).
- La GGT o gammaglutamil transpeptidasa sérica: Se eleva con consumos mayores de 40-60 gr/día. La abstinencia prolongada disminuye los valores séricos, presentando una caída característica en los 5 primeros días tras la abstinencia y alcanzando valores normales al cabo de 2-3 meses (6).
- La GOT o AST (glutámico-oxalacético trasaminasa o aspartato-amino transferasa) y GPT o ALT (alanino-amino transferasa) se elevada en 32-77% de pacientes alcohólicos (6).
- La CDT está elevada en el 80% de bebedores que consumen entre 50-60 gr. de alcohol/día y en el 90% de pacientes alcohólicos. Se establece un punto de corte para hombres de 20 U/l y de 26 U/l para mujeres, con mejores resultados si se utiliza la %CDT (valor relativo mayor de 6 en ambos sexos). Tras la abstinencia sus valores se normalizan en dos semanas y vuelve a subir tras las recaídas (6).
- Además, 30% de alcohólicos presentan dislipemias, especialmente hipertrigliceridemia y el ácido úrico suele elevarse en pacientes alcohólicos masculinos.

Se recomienda solicitar una analítica general: Hemograma, VSG y estudio de coagulación, bioquímica general: función hepática, urea y creatinina, lípidos, glucosa, ácido úrico, electrolitos, CPK, amilasa y lipasa, proteinograma, marcadores de los virus de la hepatitis (VHC y VHB) serología luética, y análisis de orina (6).

Estrategias o medidas de soporte para el abordaje de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

El alcoholismo es una enfermedad crónica que puede cursar con períodos de remisión y recaídas. Para entender la conducta de enfermedad del enfermo alcohólico, puede ser útil el modelo Transteórico de Prochaska, que considera el cambio de conducta como un proceso que se desarrolla en cinco etapas: 1) Precontemplación, en la que la persona no intenta actuar para cambiar de conducta en un periodo inmediato, 2) Contemplación, donde la persona intenta cambiar en los próximos seis meses, 3) Preparación, cuando la persona está dispuesta a realizar

acciones en menos de un mes, 4) Acción, cuando se han realizado cambios durante los últimos seis meses, 5) Mantenimiento, cuando la persona confía en los cambios y tiene menor probabilidad de volver a la conducta no deseada (6, 23).

El enfermo alcohólico puede percibir un patrón de consumo diferente y superior al de la mayoría de las personas de su entorno, aunque suele encontrar numerosas barreras para modificar su modelo de consumo, destacando las ventajas asociadas al mismo, citadas anteriormente, y la negación del problema, característica de esta enfermedad. Estas barreras le dificultan, identificarse como enfermo, salir de la etapa de precontemplación y avanzar hacia siguientes en las etapas del proceso de cambio (23).

En caso de sospecha de este diagnóstico, **la abstención continuada de alcohol es el objetivo óptimo**, que consigue el mejor funcionamiento a largo plazo, dado que una pequeña dosis de alcohol puede desencadenar el proceso y llevar a la recaída (6,23).

Aunque algunas personas con dependencia del alcohol pueden dejar de beber por sus propios medios, muchas otras van a necesitar un tratamiento de desintoxicación y deshabitación (6). Debido a la dificultad que supone el abordaje de la enfermedad, resulta fundamental el apoyo de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, psicólogos) y de los grupos de ayuda mutua existentes, para enfermos alcohólicos y familiares, durante el proceso de recuperación de esta enfermedad crónica. Para mejorar la calidad del proceso terapéutico se deben adaptar las intervenciones, teniendo en cuenta las características de la conducta de enfermedad, en este tipo de enfermedades, y las motivaciones y dificultades asociadas a cada etapa de la misma. (23).

Existe controversia sobre cuáles son las psicoterapias más adecuadas en el tratamiento del alcoholismo, destacando las intervenciones breves (abordaje motivacional), el abordaje de refuerzo Comunitario (Community Reinforcement Approach), las técnicas facilitadoras basadas en los 12 pasos, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia cognitivo-conductual y de pareja. La inclusión de la pareja y familiares en el tratamiento del alcoholismo parece mejorar los resultados sobre el consumo de alcohol. El tratamiento del alcoholismo redonda, además, en una mejora del funcionamiento de la pareja y la familia (6, 23).

Entre las distintas estrategias destacamos, las intervenciones breves, utilizando como base la entrevista motivacional, y el tratamiento de deshabitación.

Intervenciones breves.

Con respecto al consumo de riesgo, diversos estudios y metanálisis han comprobado que las Intervenciones Breves son eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol, el número de episodios de consumo de riesgo y la frecuencia de consumos excesivos, en el ámbito de la atención primaria de salud (6, 28). Se recomienda informar a las personas que se encuentran en riesgo de alcoholismo, que se trata de una enfermedad adictiva, caracterizada por una pérdida de control sobre el consumo, con consecuencias graves para su salud y la de su familia. Dado

que la pérdida de control es un efecto de la sustancia, se recomienda la abstinencia si se sospecha la existencia de alcoholismo. La recuperación es posible, para ello se recomienda ayuda profesional, familiar y la participación en grupos de ayuda mutua.

Entrevista Motivacional.

Ayuda a explorar en qué fase de cambio se encuentra el enfermo alcohólico, y posteriormente, establecer intervenciones que fomenten su motivación para el cambio, y poder conseguir que él mismo pueda modificar sus hábitos de consumo de alcohol y su estilo de vida (6, 29,30).

El estilo terapéutico determina la eficacia de la entrevista, no se debe dirigir, ni solucionar, sino ofrecer calidez, empatía y autenticidad. Desde un lenguaje no autoritario, insinuar la responsabilidad del cambio en el paciente, mediante el uso de estrategias persuasivas.

Miller y Rollnik propusieron cinco principios claves de la entrevista motivacional: 1) Expresar empatía (aceptación, escucha reflexiva), 2) Desarrollar discrepancia (respecto a los pros y los contras, la conducta presente y la conducta esperada), 3) Evitar enfrentamientos; 4) Manejar la resistencia (evitar la imposición, buscar en el paciente las soluciones a sus propios problemas), y 5) Apoyar la autoeficacia (capacidad del paciente para cambiar y afrontar situaciones difíciles, y elegir entre distintas alternativas terapéuticas).

Como técnicas básicas encontramos: 1) Utilizar preguntas abiertas (qué, cómo, por qué, cuándo, quién...), 2) Escuchar reflexivamente o repetir (en otras palabras, lo que quieres decir...), 3) Afirmar (debe ser difícil para ti, parece que esta situación la manejas bien), 4) Resumir (comprobando si se ha entendido correctamente), y 5) Evocar frases motivacionales (reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención de cambiar y optimismo sobre el cambio).

Es fundamental adaptar la intervención a la fase en que se encuentra el enfermo evitando así la resistencia al cambio (6). Además, es frecuente que se produzcan recaídas y, la persona alcohólica, puede pasar varias veces por las distintas fases, antes de alcanzar una estabilidad en la recuperación (30).

En el anexo 2, se indican, de forma más extensa, estrategias motivacionales así como los pasos a seguir en la entrevista motivacional.

Tratamiento de deshabituación.

Implica un abordaje multidisciplinar que integra las dimensiones biológica, psicológica y social, trabajando todos los factores de vulnerabilidad hacia la recaída.

Tratamiento farmacológico: En determinados momentos se requiere de tratamiento farmacológico, será siempre sintomático y con la finalidad de prevenir el Síndrome de Abstinencia Alcohólica, reducir el craving, evitar las recaídas, o para otros trastornos médicos o psiquiátricos que puedan aparecer durante el tratamiento de deshabituación. Se utilizan fármacos hipno-sedantes (como benzodicepinas o clormetiazol), anticomiciales, simpaticolíticos y antidopaminérgicos. Además,

vitaminoterapia (especialmente tiamina) para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Ante pacientes ancianos o con compromiso hepático, o cuando deba evitarse una sedación excesiva, son de elección las benzodiacepinas de vida media corta o intermedia, como el lorazepam. Además puede ser necesario el uso de otros fármacos en caso de enfermedad existencia de enfermedad psiquiátrica (6).

Intervención psicosocial: Orientada a mantener la adherencia terapéutica, prevenir recaídas, incrementar la competencia y calidad de vida y reducir la posible comorbilidad psiquiátrica del paciente alcohólico (6).

Los pacientes que presentan dependencia del alcohol, los que presentan comorbilidad médica, psiquiátrica o adictiva, y aquellos en los que la intervención breve ha resultado ineficaz, deberían ser derivados a un centro especializado en el tratamiento del alcoholismo. Estos deben mantener una estrecha relación con la Atención Primaria y otros servicios médicos especializados, para agilizar las derivaciones y garantizar los seguimientos (6). Igualmente importante es contar con la labor de los GAM para enfermos alcohólicos y familiares (23).

Grupos de Ayuda Mutua (GAM): Los GAM para enfermos alcohólicos y familiares, resultan fundamentales, para que cuando el paciente deja de recibir atención médica, siga teniendo los apoyos, conocimientos y recursos necesarios para mantenerse en abstinencia, evitar recaídas y cambiar los estilos de vida que le llevaban al consumo. En los GAM, los familiares adquieren apoyo psicosocial, conocimientos sobre la enfermedad y el abordaje familiar de la misma, pudiendo contribuir a la recuperación del enfermo (6,23).

Destacamos la existencia, a nivel mundial existe una importante red de grupos de Alcohólicos Anónimos, para la recuperación de personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol, y de Al-anon, para la recuperación de familiares y amigos de estas personas. En Andalucía hay más 90 grupos.

Intervención y recomendaciones en mayores de 65 años desde Atención Primaria:

Se estima que entre los pacientes de la Atención Primaria hay entre un 4% y un 29% de bebedores de riesgo, entre un 0.3% y un 10% de bebedores abusivos y entre un 2% y un 9% de pacientes con dependencia al alcohol. Los profesionales sanitarios, en Atención Primaria, tienen una labor fundamental en el diagnóstico de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, el inicio del tratamiento mediante la intervención motivacional, la derivación a los especialistas, si el paciente lo requiere y a informarle y recomendarle acudir a GAM.

Por otra parte, dado el importante problema que supone el consumo excesivo de alcohol, en la población general, sería conveniente la detección sistemática de bebedores de riesgo en el sistema sanitario y, en especial, en la Atención Primaria de Salud, donde el consejo terapéutico sobre la reducción de un consumo de riesgo puede ser útil (6,24).

En el seguimiento de personas mayores de 65 años se tendrá especial interés en determinar y evaluar el consumo de alcohol. Cuando el consumo ha sido explicitado y está claro, la fase de evaluación podrá ser simplificada, en caso contrario y tras

preguntar a la persona procederemos a determinar si es abstemio o si tienen patrón de consumo que no representa riesgos para la salud. En ese caso procederemos a felicitar a la persona y muy esporádicamente le preguntaremos por posibles cambios en dicho consumo.

Cuando la persona consume alcohol ocasionalmente, pasaremos a determinar el número de unidades básicas de alcohol que consume. Tomando los índices marcados anteriormente para determinar si existe USO, ABUSO o DEPENDENCIA. En caso de uso, se realizará únicamente un consejo básico explicitando el consumo de alcohol como un riesgo para la salud y combatiendo posibles mitos alrededor de éste. En el caso de que este consejo no sea suficiente, se utilizarán técnicas motivacionales.

En el caso de un consumo frecuente, o si al determinar las UBEs aparece un consumo abusivo procede aplicar técnicas de entrevista motivacional, se recomendará reducir el consumo, y en el caso de dependencia alcohólica la abstinencia total como patrón terapéutico.

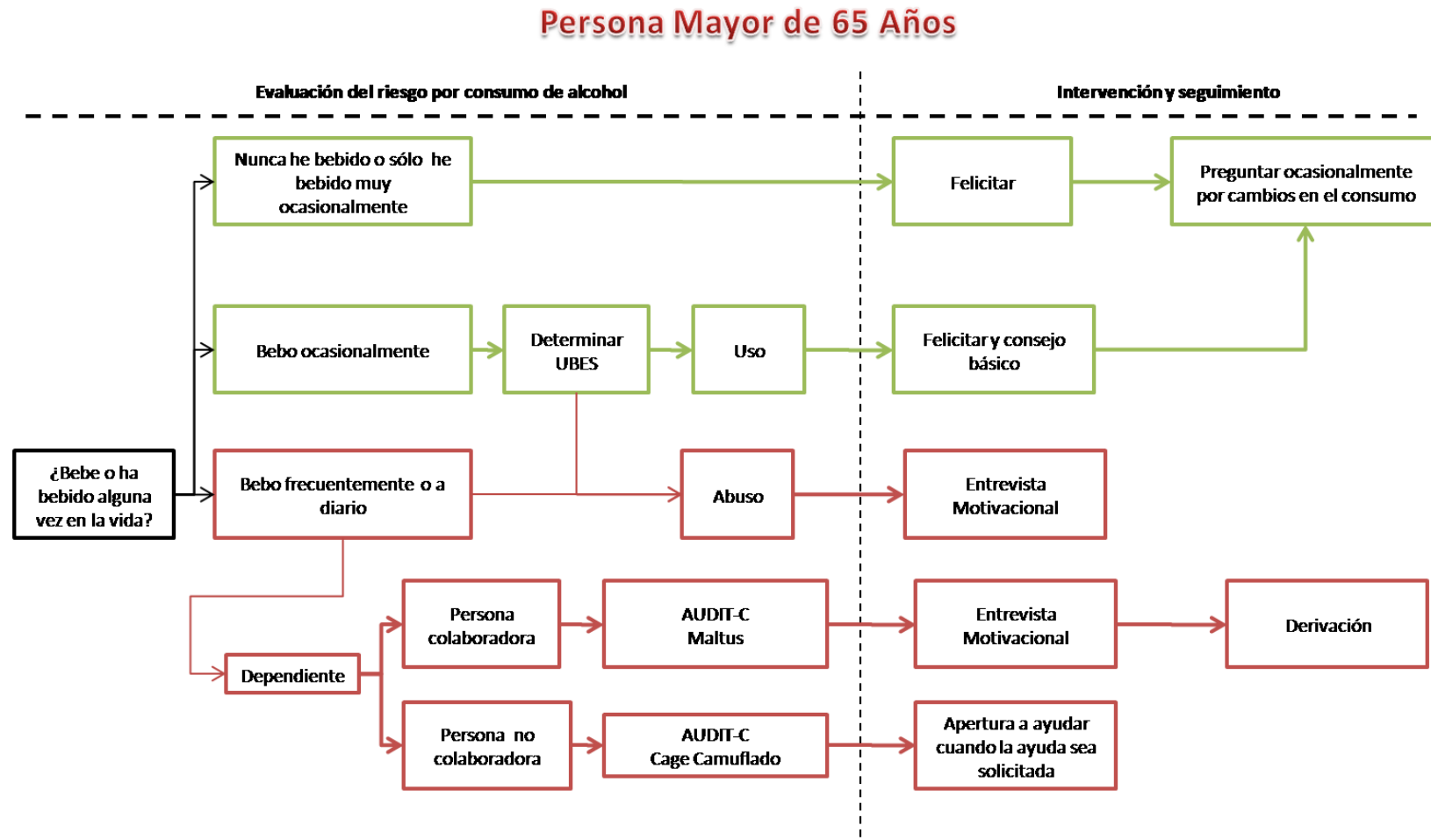
Si es dependiente y colabora, podemos aplicar el test AUDIT o el cuestionario de MALT y ciertas técnicas de entrevista motivacional e intentar derivarlo a un recurso específico, tales como centro de intoxicación o abordaje comunitario, así como grupos de ayuda mutua. Si no colabora y necesitamos evaluar la conducta de consumo podemos utilizar el CAGE camuflado. En este último caso, mostraremos una actitud receptiva y nos ofreceremos para ayudarle a tratar el problema, cuando la persona lo estime oportuno. No procede adoptar posturas paternalistas o inquisitorias hacia su conducta, sino de oferta de ayuda para cuando la persona tome una decisión de actuar para abandonar/ controlar el consumo de alcohol.

Una buena anamnesis y exploración, así como los registros del consumo de alcohol aportarán datos sobre la duración, frecuencia y cantidad de la ingesta de cada consumición. La entrevista clínica semi-estructurada debe ser utilizada como herramienta diagnóstica de los problemas relacionados con el alcohol en todos los ámbitos clínicos, siempre que se disponga de al menos 15 minutos para realizarla. De esta forma podremos recoger los aspectos básicos que deben recogerse en la historia clínica de este tipo de personas y que se indicaron previamente.

En las siguientes páginas se presentan algoritmos de actuación para el abordaje del consumo de alcohol en pacientes mayores de 65 años.



ALGORITMO DE INTERVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



Anexo 1. Instrumentos de Evaluación del consumo

1. DETECCION CONSUMO ALCOHOL - CUESTIONARIO CAGE CAMUFLADO (24, 31)

Se puede utilizar en población general y con personas no colaboradoras. Es un test heteroadministrado con 12 ítems de los cuales sólo 4 preguntas son las puntuables (marcadas en negrita en test). El punto de corte se sitúa en más de dos respuestas afirmativas. Cada preguntas debe intercalarse durante la entrevista sin formularse seguidas para evitar posturas defensivas o de rechazo.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un "porro" o una dosis de cocaína?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Puntuación Total		

Fuente: Servicio Andaluz de Salud (29)

2. AUDIT C (33).

Como en el caso anterior se utiliza con personas colaboradoras. Es un test elaborado por la OMS en un contexto internacional, para identificar un consumo de riesgo, prejudicial e incluso dependencia, diseñado para atención primaria y que estudia el consumo actual de alcohol. Los puntos de corte validados para la detección de consumos de riesgo para el sexo masculino es de 9 puntos y para aquellos sujetos que admiten tener una dependencia al alcohol los puntos de corte son de 10 para hombres y de 10 u 11 para mujeres.

1. Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(0) nunca (1) Una o menos veces al mes (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 o 3 veces a la semana (4) 4 o mas veces a la semana

2. Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o mas

3. Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcohólicas en un solo dia?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

4. Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

5. Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

6. Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

7. Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

8. Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

9. Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

(0) no (2) sí, pero no en el curso del último año (4) sí, el último año

10. Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

(0) no (2) sí, pero no en el curso del último año (4) sí, el último año

Fuente: Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Adicciones 1999; 11(4): 337-47.

3. DETECCIÓN ALCOHOLISMO – CUESTIONARIO MALT (24, 32) –

Se puede utilizar en población general, con personas colaboradoras. Es un test autoadministrado (MALT-S) y heteroadministrado (MALT-0) con 26 y 7 ítems con dos respuestas respectivamente. El valor de cada respuesta afirmativa del MALT-S tiene un valor de 1 punto, y en el MALT-0 de 4 puntos. Los puntos de corte se presentan en la siguiente tabla:

Total MALT-S		0-5 puntos: no alcoholismo 6-10 puntos: sospecha de alcoholismo ≥ 11 puntos: alcoholismo
Total MALT-O		
Total		

A cumplimentar por el profesional:

MALT-O		SI	NO
1	Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico; p.ej. consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc, y al menos un valor de laboratorio patológico: p.ej. GOT, GPT o GGT). (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues, hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc)		
2	Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej. diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		
3	Delirium tremens (actual o en la anamnesis)		
4	Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses		
5	Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer, 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes		
6	Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica)		
7	Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico/a, trabajador/a social o instituciones pertinentes).		
PUNTUACIÓN TOTAL			

A cumplimentar por el paciente:

Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se adapte a su situación personal durante los últimos meses

Cuestionario MALT-S		SI	NO
1	En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos.		
2	A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación		
3	Alguna vez he intentado calmar " la resaca", el temblor o la náusea		
4	Actualmente, me siento amargado/a por mis problemas y dificultades		
5	No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo		
6	Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7	A menudo pienso en el alcohol		
8	A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico/a me lo había		
9	En las temporadas en que bebo más, como menos		
10	En el trabajo, me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido		
11	Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean).		
11	Bebo de un trago y más de prisa que los demás.		
12	Desde que bebo más, soy menos activo/a.		
13	A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después		
14	He ensayado un sistema para beber (p.ej. no beber antes de		
15	Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
16	Sin alcohol, no tendría tantos problemas		
17	Cuando estoy excitado/a, bebo alcohol para calmarme.		
18	Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.		
19	Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a		
20	Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
21	Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa o pareja.		
22	Ya he probado pasar temporadas sin alcohol		
23	Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo/a.		
24	Repetidamente me han mencionado mi "aliento alcohólico"		
25	Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.		
26	A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que		
Puntuación Total			

Fuente: Servicio Andaluz de Salud (ver referencias bibliográficas de validación y validación al castellano)

Anexo 2.

El objetivo de la entrevista motivacional es explorar la etapa de cambio en la que se encuentra el enfermo alcohólico y establecer intervenciones que permitan pasar de la fase de pre contemplación a la de acción, fomentando la motivación para el cambio. Se recomiendan adaptar las intervenciones a la etapa en la que se encuentra el paciente (6, 28). En la tabla 4, se indican algunas de las estrategias motivacionales posibles para cada etapa (30).

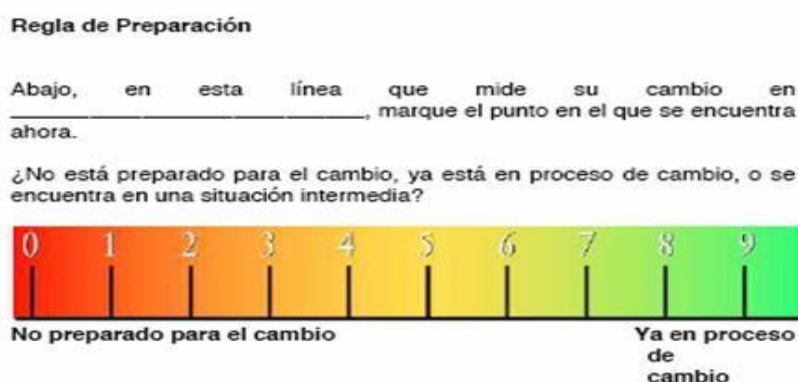
Tabla 3. Estrategias motivacionales según la etapa de cambio en la que se encuentra la persona alcohólica. Adaptado de “Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancia (William R Miller) (30).

Etapa de cambio	Estrategias adecuadas
Precontemplación	Establecer afinidad y confianza Aclarar dudas y preocupaciones del pacientes respecto al patrón de consumo de alcohol: <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el significado de los sucesos que han llevado al paciente al tratamiento o los resultados de tratamientos anteriores. - Extraer percepciones sobre tratamientos anteriores - Ofrecer información objetiva acerca del riesgo del uso de sustancias - Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los hallazgos de la entrevista. - Explorar las ventajas y desventajas del uso de alcohol. - Ayudar a intervenir a las personas significativas - Examinar las discrepancias entre las percepciones y los demás en cuanto al consumo.
Contemplación	Normalizar la ambivalencia Ayudar al paciente a “sopesar el balance decisional” hacia el cambio: <ul style="list-style-type: none"> - Extraer y poner en una balanza las ventajas y desventajas del uso de alcohol y del cambio. - Cambiar la motivación extrínseca por la intrínseca - Examinar los valores personales del paciente respecto al cambio. -Enfatizar la libre elección, responsabilidad y autoeficacia del paciente para el cambio -Extraer planteamientos automotivacionales respecto a la intención y el compromiso para el cambio -Extraer ideas acerca de la autoeficacia percibida y las expectativas en cuanto al tratamiento -Resumir los planteamientos de automotivación
Preparación	Aclarar las metas y estrategias del paciente para el cambio Ofrecer un menú de opciones para el cambio o el tratamiento Negociar un plan de cambio o tratamiento Considerar y reducir las barreras del cambio Ayudar al paciente a conseguir apoyo social Explorar expectativas del tratamiento y el papel del paciente Sacar del paciente lo que ha funcionado en el pasado para él o para otros que conoce
Acción	Comprometer al paciente con el tratamiento y reforzar la importancia de mantener la recuperación Apoyar un punto de vista realista de cambio a través de pasos pequeños Reconocer las dificultades para el paciente en las etapas iniciales del cambio Ayudar al paciente a identificar situaciones de alto riesgo Ayudar al paciente a encontrar nuevos refuerzos de cambio positivo Ayudar al paciente a evaluar cuando tiene un apoyo familiar y social fuerte
Mantenimiento	Ayudar al paciente e identificar y examinar alternativas al consumo Apoyar los cambios en el estilo de vida Afirmar la resolución del paciente y la autoeficacia Ayudar al paciente a practicar y usar nuevas estrategias para evitar el regreso al consumo Desarrollar un plan de “escape” si el paciente vuelve al consumo de alcohol Repasar con el paciente las metas a largo plazo
Recaídas	Ayudar al paciente a reiniciar el ciclo de cambio y reforzar cualquier disposición para reconsiderar un cambio positivo Explorar el significado y la realidad de la recaída como una oportunidad de aprendizaje Ayudar al paciente a encontrar alternativas a las estrategias de manejo

La entrevista motivacional se desarrolla en seis pasos: Introducción, conciencia, motivación, acción, prevención de recaídas y continuación. A continuación se desarrollan estas etapas.

- 1) Introducción. Consiste en la presentación del profesional y el paciente, la construcción de una relación de confianza, se explica el procedimiento de la entrevista motivacional, se trabaja la toma de conciencia del problema y se reflexiona sobre la situación, analizando el comportamiento de riesgo.
- 2) Conciencia. Para valorar y aumentar el nivel de conciencia, hay que explorar la percepción del comportamiento de riesgo, del conocimiento de que el alcohol es una sustancia que crea adicción y altera el comportamiento y proveer retroalimentación del riesgo y consecuencias para la salud, el conocimiento de las relaciones entre el problema de salud y el comportamiento, así como el nivel de conciencia de la probabilidad y gravedad de la enfermedad.
- 3) Motivación. Se debe valorar el nivel de preparación para el cambio, si es baja, trabajar la mejora de la motivación, si es alta, seguir con la acción. En esta fase puede ser útil emplear una regla de preparación para el cambio (figura 3).

Figura 3. Regla de preparación para el cambio.



Para mejorar la motivación, se recomienda valorar los pros y contras del comportamiento actual y deseable, y ayudar al paciente a modificar la balanza entre pros y contras. Una herramienta útil puede ser una matriz de pros y contras (figura 4).

Figura 4. Matriz para tomar decisiones

Problema	
Alternativas de solución	Pros (+) y Contras (-)
1	+ -
2	-
3	+ -

DECISION TOMADA:

Razones por las que se tomó la decisión:
1.
2.
3.

4) Acción. Se debe valorar el nivel de autoeficacia y habilidades para el cambio deseado, ayudarle a identificar vías para incrementar la autoeficacia y destrezas,

valorar barreras para el cambio y ayudarle a encontrar soluciones para las barreras, desarrollar planes para situaciones difíciles y ayudarle a establecer objetivos.

5) Prevención de recaídas. Ayudar al enfermo a identificar situaciones difíciles y a hacer planes para estas situaciones.

6) Continuación. Para ayudarle a mantener la sobriedad, se debe monitorizar el progreso con el paciente/cliente y ayudarle a permanecer motivado y adaptar metas y acciones.

PARA SABER MÁS:

1. Guardia J (coord.). Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo.

Socidrogalcohol. 2007 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en:

<http://www.cedro.sld.cu/bibli/gp/gp1.pdf>

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Glosario de términos de alcohol y droga (Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Organización Mundial de la Salud; 1994).

Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid; 20008 [consultado 27 Dic 2016].

Disponible en:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

3. Tirado P (coord.). Guía clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Sevilla: Consejería de Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2007 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GUIA_CLINICA_ALCOHOL.pdf

4. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico [internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [actualizado 18 Nov 2016; consultado 27 Dic 2016]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

Otros documentos de interés:

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003.

Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [consultado 27 Dic 2016].

Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Suiza: Editorial WHO; 2011 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprfiles.pdf

3. Chestnov O. Foreword. En: World Health Organization, editors. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: Editorial World Health

Organization; 2014 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Suiza: Editorial WHO; 2011 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsrupr_ofiles.pdf
3. Chestnov O. Foreword. En: World Health Organization, editors. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: Editorial World Health Organization; 2014 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
4. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7
5. Oliveira GF, Luchesi LB. The discourse on alcohol in the Brazilian Journal of Nursing: 1932-2007. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(spe):626-33.
6. Guardia J (coordinador). Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. *Socidrogalcohol*. 2007 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.cedro.sld.cu/bibli/gp/gp1.pdf>
7. Menéndez EL, di Pardo RB. Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos*. 2006;20:29-52
8. Hill JV, Leeming D. Reconstructing 'the Alcoholic': Recovering from Alcohol Addiction and the Stigma this Entails. *Health Addiction*. 2014;12:759-71
9. Wallhed Finn S, Bakshi AS, Andréasson S. Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Subst Use Misuse*. 014;49(6):762-9. doi: 10.3109/10826084.2014.891616
10. Van Boekel LC, Brouwers EP, Van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its

consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2013;131(1-2):23-35. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018

11. Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001; 27(1): 363-85.

12. Watson A, Corrigan P, Larson J, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull.* 2007 Noviembre; 33(6): 1312-8

13. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Regional Office for Europe; 2005 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

14. Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *Int Rev Psychiatry.* 2007; 19(2): 157-78

15. Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de consumo de alcohol en España. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:544-50

16. Suárez M, Neira M, Ichaso MS. Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013[consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNacional2011/informesMonograficos/ENSE2011_12_MONOGRAFICO_1_ALCOHOL4.pdf

17. Sánchez JJ (coord.). Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Muestra de adultos. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/EAS_2011_2012_Adultos.pdf

18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Glosario de términos de alcohol y droga (Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Organización Mundial de la Salud; 1994).

Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid; 20008 [consultado 27 Dic 2016].

Disponible en:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

19. American Society of Addiction Medicine (ASAM). Public Policy Statement on the Definition of Alcoholism. North Bethesda, MD: ASAM, 1990 [consultado 27 Dic 2016].

Disponible en: <http://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition-of-alcoholism-2-902.pdf?sfvrsn=0>

20. DSM IV-TR. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.

21. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de las enfermedades mentales. 1992
22. Ochoa E, Madoz-Gúrpide A, Vicente N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Med segur trab.* 2009 [consultado 27 Dic 2016]; 55(214): 26-40
23. Lima-Rodríguez JS, Guerra-Martín MD, Domínguez-Sánchez I, Lima-Serrano M. Respuesta del enfermo alcohólico ante su enfermedad: Perspectivas de pacientes y familiares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(6):1165-72. DOI: 10.1590/0104-1169.0516.2662
24. Aubà J, Freixedas R. La detección del consumo de alcohol en atención primaria. *Aten Primaria.* 2000; 25(4): 268-73
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [internet, consultado 27 Dic 2016]. Campañas 2007- Alcohol y menores. El alcohol te destroza por partida doble. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/campañas/campanas07/alcoholmenores9.htm>.
26. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Dependencias. Aula Médica. Madrid 2000.
27. Cronigrave KM, Saunders JB, Whitfield JB. Diagnostic test for alcohol consumption. *Alcohol Alcohol* 1995; 90: 1479-85
28. Colom J, Segura L, Gual A. Las intervenciones breves en los problemas de alcohol desde la atención primaria. *Tratado SET de trastornos adictivos.* Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 172-80.
29. Bóveda J, Pérula LA, Campiñez M, Bosch JM, Barragán N, Prados JA, Grupo Colaborativo Estudio Dislip-EM. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2013; 45(9): 486–95
30. Tirado P (coord.). Guía clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Sevilla: Consejería de Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2007 [consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GUIA_CLINICA_ALCOHOL.pdf
31. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico [internet]. Detección Consumo de Alcohol- Cuestionario Cage Camuflado. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [actualizado 18 Nov 2016; consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT1_Conalcohol_Cagecamuflado.pdf

32. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico [internet]. Detección Alcoholismo- Cuestionario Malt. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [actualizado 18 Nov 2016; consultado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT1_Alcoh_MALT.pdf
33. Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de transtornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Adicciones 1999; 11(4): 337-47

FICHA 5 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

INDICACIÓN:

Prevenir situaciones de riesgo en la salud de las personas mayores provocadas por la adherencia al hábito tabáquico.

El tabaquismo es un trastorno adictivo crónico y recidivante, que en la actualidad conforma una de las principales causas de mortalidad prevenibles y causa la muerte prematura de hasta la mitad de las personas consumidoras, generalmente por enfermedades del aparato respiratorio, cardiovasculares y diversas neoplasias¹ y también la causa más importante de años de vida perdidos de forma prematura junto a años vividos con discapacidad en España.²

El consumo de tabaco tiene una alta tasa de letalidad, más del 50% de los fumadores de larga evolución morirá por una enfermedad causada por el tabaco². El tabaquismo continúa produciendo estragos en la población española con más de 53.000 muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco que sin duda obedecen, en gran medida, a las aún cifras elevadas de prevalencia del consumo. En Andalucía como consecuencia del consumo de tabaco 10.000 personas mueren anualmente, más muertes que el SIDA, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos³.

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2012, el 24% de la población de más de 15 años afirma que fuma a diario (28% en los hombres y 20% en las mujeres)¹.

El abandono del tabaquismo se asocia con una reducción sustancial del riesgo de muerte por todas las causas entre los pacientes con cardiopatía coronaria.² Con frecuencia, y de forma errónea, se considera que el tabaquismo es una opción exclusivamente personal. Contradice esta percepción el hecho de que la mayoría de los fumadores desea abandonar el consumo de tabaco cuando adquiere plena conciencia de los efectos nocivos del tabaco en la salud, aunque ya les resulte difícil dejarlo debido al gran poder adictivo de la nicotina. Sin embargo, disponemos de las herramientas útiles y necesarias para conseguir la abstinencia¹.

Muchas personas recurren a manuales y otras no saben dónde buscar ayuda efectiva y lo cierto, es que a nuestras consultas acude cada año el 75% de las personas asignadas y la mayoría lo hacen 5 ó 6 veces para lograr vencer el hábito. Disponemos de poco tiempo en cada ocasión, pero aún tenemos muchas oportunidades para intervenir y una batería de herramientas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas de eficacia probada para vencer la lucha

contra el tabaquismo, tan efectivamente impulsada aprobación de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, junto con el incremento del precio del tabaco en España, está aumentando la proporción de fumadores que solicitan ayuda para dejar de fumar o se encuentran en disposición de querer abandonar el consumo aunque no lo soliciten directamente ².

Consumo de tabaco según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años.				
	Fumador diario (%)	Fumador ocasional (%)	Ex fumador (%)	Nunca ha fumado (%)
Hombre				
De 65 a 74 años	18,64	1,92	51,55	27,89
De 75 y más años	8,93	0,37	57,46	33,23
Mujer				
De 65 a 74 años	3,86	0,66	5,92	89,57
De 75 y más años	1,37	0,12	2,89	95,62

Fuente: Guía de tabaquismo sociedad gallega de Medicina Familiar y Comunitaria²

Ya en 2002 la Consejería de Salud inició, en el marco del II Plan Andaluz de Salud, un Plan de actuación sobre el tabaquismo para abordar este grave problema y se publicó un segundo Plan de Tabaquismo en Andalucía 2005-2010³, que constituirá el marco de desarrollo de las recomendaciones para el abandono del hábito tabáquico recogidas en este documento.

TEST DE BARTHEL

AUTONOMO

T. Barthel : 100

Intervención Mínima a todos los fumadores en cada contacto que tenga con él cualquier profesional de la salud².

- Averiguar: identificar a los fumadores y documentar su historia de tabaquismo.
- aconsejar: se recomienda un consejo breve, firme, personalizado y oportunista
- apreciar: la disposición para dejar de fumar. La actitud a seguir en los siguientes pasos dependerá de éste.
- Ayudar: preparar y ofrecer un plan terapéutico individualizado
- acordar: planificar el seguimiento. Identificación de la fase de abandono:
 - Precontemplación
 - Contemplación
 - Preparación
 - Acción
 - Mantenimiento.

Entrevista motivacional (para aumentar el abandono en fumadores menos motivados): empatizar, crear discrepancia, promover vencer su resistencia hacia el abandono y apoyar autoeficacia, evitando la discusión. Pasos a seguir: 1) Relevancia: animarlo a poner de manifiesto que el abandono del tabaco es importante para él y su salud. 2) Riesgo: hacer que entienda por sí mismo que el tabaco tiene riesgos para su salud. 3) Recompensa: hacer que identifique los beneficios del abandono. 4) Resistencia: hacer que identifique las barreras que le dificultan dejar de fumar. 5) Repetición: la eficacia de la intervención aumenta si se repite cada vez que el fumador acude al profesional sanitario.

Recoger en la Historia Clínica:

- Síntomas relacionados con enfermedades debidas a la exposición del tabaco: respiratorias y cardiológicas, ORL, digestivas y neoplásicas.
- Antecedentes psiquiátricos
- Abuso de otras sustancias: alcohol, cocaína, opioides, cannabis u otros.

Realizar el Historial de tabaquismo:

- Antecedentes de tabaquismo - Características del fumador
- Intentos de abandono y terapias utilizadas previamente
- Estudio de recaídas y sus causas
- Comportamiento del entorno: Ambiente familiar social, laboral.
- Cuestionarios necesarios para un adecuado diagnóstico de tabaquismo (Motivación:Richmond/Dependencia:Fargestrom).

FRÁGIL

T. Barthel : 90 - 100

Las recomendaciones son las mismas que para las personas mayores autónomas.

DEPENDIENTE

T. Barthel < 90

Las recomendaciones son las mismas que para las personas mayores autónomas. Se realizarán las intervenciones dependiendo del grado de dependencia y capacidad de la persona para desplazarse en:
1. Consulta médica o de enfermería convencional.
2. En caso de personas con dependencia atendidas en el domicilio las intervenciones para abandonar el hábito tabáquico se realizará en este medio.

Exploraciones complementarias:

- a) Constantes, IMC, coloración uñas y dientes etc...
- b) Espirometría: Detección personas con EPOC al inicio y 12 meses después de abandono (valorar beneficios). Se indica en mayores de 35 años y con síntomas respiratorios (disnea, tos y/o expectoración) y exfumadores con síntomas y un consumo acumulado de tabaco de 10 paquetes años.
- c) Edad pulmonar (se precisa de COP6 electrónicos o algunos espirómetros específicos)
- e) ECG: se recomienda realizar ECG en la visita basal y a los 6-12 meses de la deshabituación tabáquica.
- f) Específicas (cooximetría).

Inducir la Reducción del consumo en aquellas personas que no quieran aún abandonar el hábito bruscamente (se puede emplear soporte farmacológico)

Indicación intervención multicomponente en fumadores que quieren dejar el hábito:

A) Apoyo psico-emocional: (intervención individual-grupal).

- Terapias de baja intensidad (hasta 4 sesiones de no más de 10 min)
- Terapias de alta intensidad (más de 4 sesiones de más de 10 min)

Técnicas de afrontamiento de soporte cognitivo conductual (reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, técnicas de distracción, entrenamiento en autocontrol, técnicas de imaginación, etc.) para ayudar al fumador a reconocer y evitar temporalmente los estímulos externos asociados al consumo, exponiéndose a los mismos de forma progresiva una vez superado el control del craving*, y reforzando las conductas que ayudan a mantener la abstinencia.

Será útil actuar sobre: conducta o patrón, factores que inducen a fumar, obstáculos en el proceso de abandono. Realizar autorregistros de consumo. Reforzar intervenciones de apoyo mediante uso de TICs (teléfono, internet...). UTILIZAR EL SERVICIO DE SALUD RESPONDE DE SOPORTE QUIT-LINE (tlf 900850300) para dejar de fumar.

Es importante prevenir y actuar con este tipo de técnicas en la prevención de recaídas en caso de abandono reciente

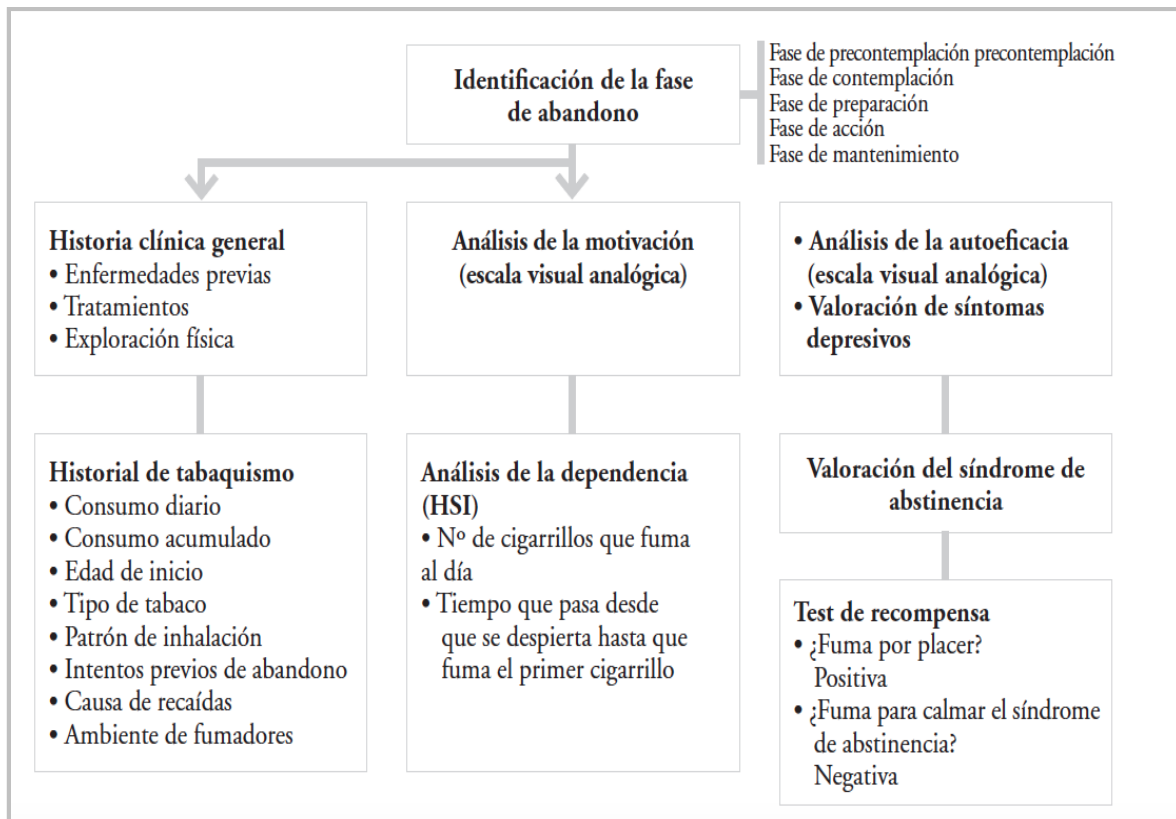
B) Tratamientos farmacológicos:

- 1) Se ofrecerá para el control del síndrome de abstinencia, siempre que no esté contraindicado, ya sea como apoyo a un cese brusco o para un descenso gradual del consumo.
- 2) Se suelen usar en nuestro contexto 3 fármacos: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. La Amitriptilina y clonidina, serán de limitado uso por sus contraindicaciones. (Anexo 1)
 - El TSN es el tratamiento más utilizado. Se pretende su suministro por vía distinta a al tabaco y en dosis decreciente. Se indica de forma combinada, parches de liberación lenta y chicles o sprays de liberación rápida y uso puntual para control del craving. Explicar bien su uso y evitar infradosificación
 - Fármacos no nicotínicos: Bupropión (mejora los síntomas del síndrome de abstinencia), puede mejorar efecto en combinación con TSN/ Vareniclina (mejora el síndrome de abstinencia y el craving), más seguro que el anterior (no metabolismo hepático y no interacciona con otros fármacos). Es el más eficaz en monoterapia.
 - o Valorar contraindicaciones:
 - Enfermedades previas (Ej: Cardiopatía isquémica reciente o arritmias graves: contraindicación de la Terapia Sustitutiva con Nicotina: TSN)
 - Circunstancias que reduzcan el umbral convulsivo (contraindicación de bupropión).
 - En enfermedades de Salud mental puede estar contraindicado el uso de bupropión
 - Dermopatías extensas: probable contraindicación de parches.
 - Patología oral: probable contraindicación de TSN en forma de chicles, comprimidos para chupar y spray bucal.
 - Alteraciones de articulación temporo-maxilar: probable intolerancia a chicles de nicotina.
 - Fenilcetonuria o intolerancia a fructosa: intolerancia a comprimidos de nicotina.
 - o El abandono o reducción del tabaco puede conllevar al incremento en la actividad de numerosos fármacos.
 - o Tener en cuenta las interacciones farmacológicas con la medicación para dejar de fumar, sobretodo bupropión por su metabolismo hepático y sus efectos secundarios (ej: Los Inhibidores de la MAO están contraindicado uso concomitante de bupropión con tiempo de lavado de 14 días).
- 3) La eficacia de tratamientos farmacológicos no se ha demostrado de forma concluyente en pacientes con edad avanzada.
- 4) El seguimiento debe ser más estrecho y hay que tener en cuenta varias condiciones en estas personas:
 - Las posibles interacciones farmacológicas, ya que en numerosas ocasiones son pacientes pluripatológicos y polimedicados.
 - Si la función renal está disminuida, la dosis de bupropión deberá reducirse (150 mg día en una sola toma).

C) Recomendaciones para la persona que quiere dejar de fumar: Técnicas, pautas y consejos para poner en práctica en los primeros días sin tabaco así como consejos para afrontar los síntomas del síndrome de abstinencia (Anexo 2).

* Craving: Es el deseo incontrolable de volver a consumir tras 8-12 horas sin hacerlo.

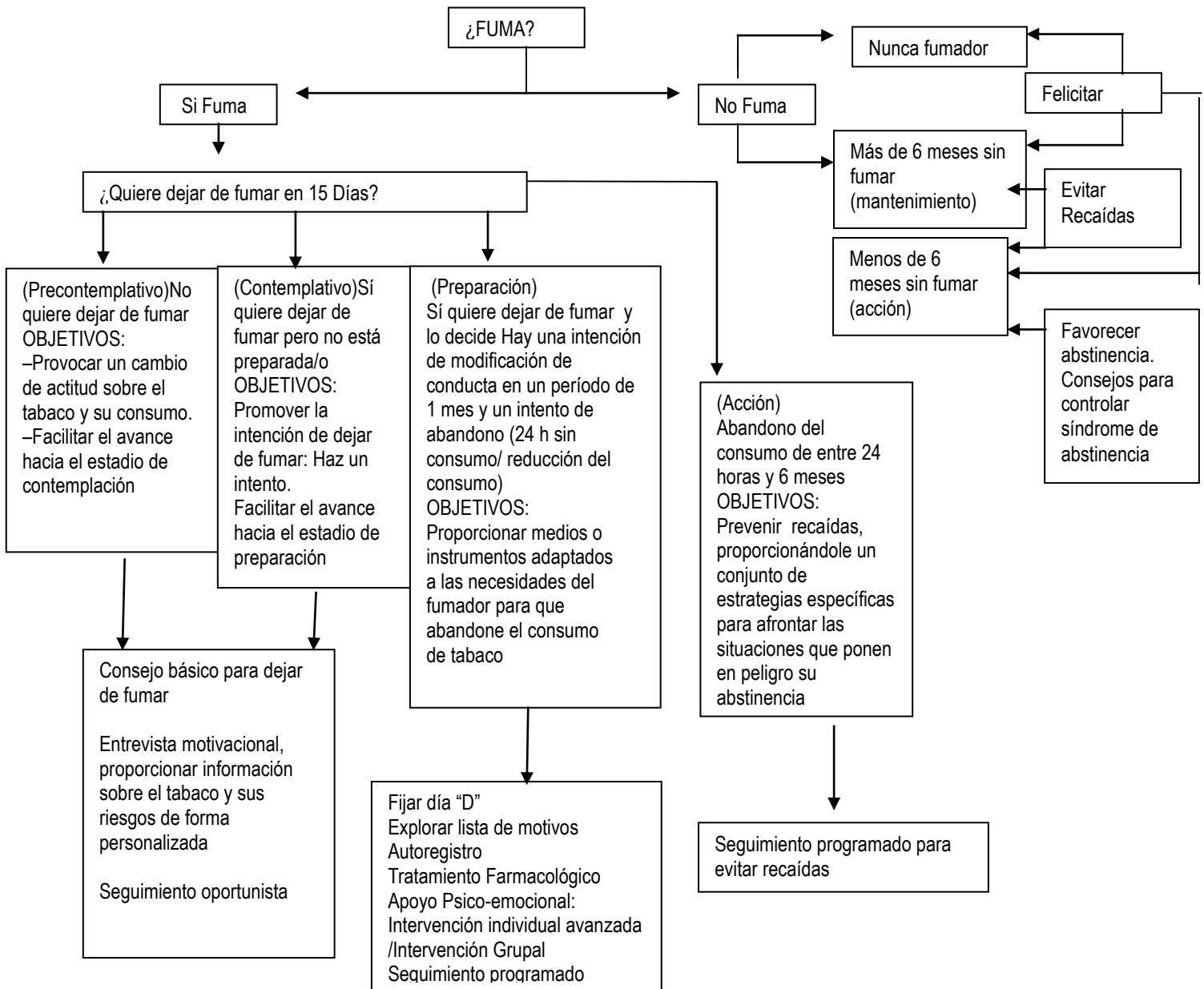
ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA



Fuente: Manual SEPAR de Procedimientos. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica.2015.

Consultar test e índices en Anexo1 (se incluyen además de la Escala visual analógica, el test de Richmond para valorar la motivación y el test de Fageström para valorar dependencia al tabaco).

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de la Guía de Tabaquismo de la Sociedad Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria²

PARA SABER MÁS

Manual SEPAR de Procedimientos. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica. 2015

https://issuu.com/separ/docs/manual_32?e=3049452/13885360

OTROS DOCUMENTOS DE INTERÉS

- Torrecilla M, Martín M, Moreno de Vega B, Plaza D, Hernández-Mezquita MA, Barrueco M. Deshabitación tabáquica e incremento ponderal. *Prev Tab.* 2000; 2: 89-94.
- Holm KJ, Spencer CM. Bupropión. Revisión de su empleo en el tratamiento de la deshabitación tabáquica. *Drugs.* 2000; 59:1007–26.
- Barrueco Ferrero M, et al. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 2009.
- García Rueda M. Abordaje del tabaquismo en situaciones especiales. En: Ramos Pinedo A, Mayayo Ulibarri ML. Manual Separ de Procedimientos 13. Abordaje del tabaquismo. Barcelona, SEPAR. 2007; 59–69.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Edita: MSC centro de publicaciones. 2009.
- Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes
- Costa Miñana J, Solano Reina S, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Arch Bronconeumol.* 2013; 49:354–63.
- Mayayo Ulibarri ML, Amor Besada N. Papel de la enfermería en el control del tabaquismo. EN: Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, editores. Tratado del Tabaquismo, 2ª. Edición. Madrid: Grupo Aula médica. 2007; 463–70.
- Mayayo Ulibarri ML. Papel de la Enfermería en la intervención diagnóstica y terapéutica del tabaquismo. En: Jiménez- Ruiz CA, Solano Reina S, editores. Monografías Neumomadrid Volumen VII/2004 Tabaquismo. Madrid: Ergon. 2004; 149–57.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III. 2003.

ANEXOS

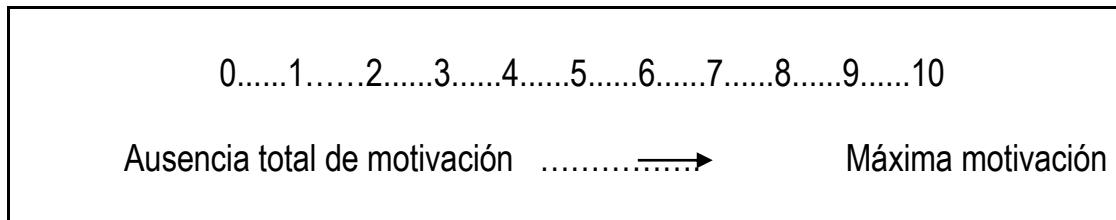
ANEXO 1: CUESTIONARIOS, TEST E INDICES DE VALORACIÓN Y SOPORTE

Análisis de la motivación²:

Podremos realizar una aproximación del grado de motivación a través de la escala visual analógica o a través del Test de Richmond^{4,5}.

Escala visual analógica de la motivación:

Se mostrará al paciente la figura y se le explicará que se trata de una escala en la que 0 se corresponde con la ausencia total de motivación para dejar de fumar y 10 con el grado máximo de motivación para hacerlo. El paciente señalará con su dedo el punto de la escala que define su grado de motivación⁵.



Test de Richmond:

Valora el grado de motivación para dejar de fumar en una escala del 1 al 10. Es un test de 4 preguntas. Para que un paciente tenga expectativas de éxito en un programa de deshabituación tabáquica debe presentar una puntuación de 9 o 10 puntos.

Es importante también analizar cuáles son las razones por las que el paciente quiere dejar de fumar. Los pacientes que no quieren dejar de fumar suelen ignorar la información sobre los efectos nocivos del tabaco, beneficios de dejar de fumar, posibilidades terapéuticas, etc.^{4,6,7}

1. ¿Quiere dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?			
0: NO	1: SI		
2. ¿Cuánto interés tiene para dejarlo?			
0: Nada	1: Algo	2: Bastante	3: Mucho
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?			
0: Definitivamente no	1: Quizás	2: Sí	3: Definitivamente sí

4. ¿Cabe la posibilidad de que usted sea un exfumador en los próximos seis meses?			
0: No	1: Quizás	2: Sí	3: Definitivamente sí
Motivación alta: 10	Motivación moderada: 7-9	motivación baja ≤ 6	

Test de análisis de la dependencia física²:

Se utiliza el Test de Fageström (FTND) o el Heavy Smoking Index (HSI)

HSI: Es una versión reducida del anterior, que se utiliza con mayor frecuencia en AP. El HSI consta de 2 preguntas: número de cigarrillos al día y tiempo transcurrido hasta el consumo del primer cigarrillo.

La puntuación oscila entre 0-6, de tal forma que aquellos fumadores que tengan una puntuación de 5 y 6 tendrán una dependencia alta. Tiene una buena correlación con el FTND especialmente en varones y en fumadores con dependencia física alta. Es el test recomendable en consultas de Atención Primaria⁸.

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
Menos de 11	0 PUNTO
Entre 11 y 20	1 PUNTO
Entre 21 y 30	2 PUNTOS
Más de 30	3 PUNTOS
2. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?	
Menos de 5 minutos	3 PUNTO
Entre 5 y 30	2 PUNTO
Entre 30 minutos y 1 hora	1 PUNTOS
≥ 1 hora	0 PUNTOS
0-2 Baja dependencia	3-4 Moderada dependencia
5-6 Alta dependencia	

Test de Fageström (FTND)

Para la valoración de la dependencia al tabaco también se usa actualmente el FTND. También es un test breve y sencillo que consta de 6 preguntas. La

puntuación oscila de 0-10, de tal manera que a mayor puntuación mayor dependencia. No sólo este test mide la dependencia física sino que también tiene un valor terapéutico y pronóstico. A mayor puntuación en el FTND más intensivo es el tratamiento y más riesgo tiene el fumador de desarrollar EPOC y cáncer de pulmón^{4,6, 9}.

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?	
< 5 minutos	3 PUNTOS
6-30 minutos	2 PUNTOS
31-60 minutos	1 PUNTO
> 1 hora	0 PUNTO
2. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
1-10	0 PUNTO
11-20	1 PUNTO
21-30	2 PUNTOS
> 30	3 PUNTOS
3. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	
SI	1 PUNTO
No	0 PUNTO
4. ¿De todos los cigarrillos que consume al día, cuál es el que más necesita?	
El primero de la mañana	1 PUNTO
Cualquier otro	0 PUNTO
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
SI	1 PUNTO
NO	0 PUNTO
6. ¿Fuma cuando está enfermo y tiene que guardar cama la mayor parte del día?	
Si	1 PUNTO
NO	0 PUNTO

Puntuación del Test Fagerström

0-3 Dependencia física baja. 4-6 Dependencia física moderada. ≥7
Dependencia física alta

Análisis de auto eficacia y estado de animo²:

Es importante la valoración de la auto eficacia, de la autoestima y del estado de ánimo en aquellos fumadores que ya han realizado múltiples intentos de abandono, con enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y que han sido advertidos por los profesionales sanitarios en múltiples ocasiones de la conveniencia de dejar de fumar⁵.

Escala visual analógica de la auto eficacia: Mide el grado de auto eficacia del fumador. Es similar a la escala visual analógica de motivación.

Permite identificar pacientes con mayores posibilidades de sufrir depresión y que vayan a precisar antidepresivos.

Valoración del estado de ánimo

Podremos realizar dos preguntas: durante el último mes 1) ¿ha tenido algún sentimiento de tristeza, desánimo o se ha sentido deprimido? 2) ¿no ha tenido ganas de hacer cosas que antes le producían satisfacción y bienestar? Si las respuestas a estas preguntas son positivas las posibilidades de que el fumador padezca depresión son elevadas.

Valoración del síndrome de abstinencia²

El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas y signos del fumador derivado de la reducción o del abandono del consumo de tabaco. Conviene analizar la intensidad del síndrome de abstinencia durante todo el proceso de deshabitación¹⁰.

Para analizar dicho síndrome utilizaremos:

Cuestionario MNWS: Es un cuestionario de 9 ítems que el fumador debe de contestar de acuerdo a lo que ha sentido en las últimas 24 horas. Cada uno de los ítems es valorado desde 0 a 4 puntos.

CRAVING	0	1	2	3	4
DISFORIA	0	1	2	3	4
IRRITABILIDAD/FRUSTACIÓN/IRA	0	1	2	3	4
ANSIEDAD	0	1	2	3	4
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	0	1	2	3	4

INQUIETUD	0	1	2	3	4
AUMENTO DE APETITO	0	1	2	3	4
DIFICULTAD PARA DORMIRSE	0	1	2	3	4
DIFICULTAD PARA QUEDARSE DORMIDO	0	1	2	3	4
0-Nada en absoluto. 1-Leve. 2-Moderado. 3-Mucho. 4-Grado extremo					

Análisis del craving

Debemos analizar la intensidad, duración, ciclo de aparición y relación con factores externos

Test de recompensa: RFQ

Si se consume tabaco para evitar el padecimiento del síndrome de abstinencia hablaremos de un fumador con recompensa negativa. Si se consume tabaco para disfrutar de la sensación placentera que le produce éste será un fumador con recompensa positiva¹¹.

ANEXO 2: POSOLOGÍA DE FÁRMACOS

La dosis del tratamiento se calculará en función de la dependencia y del número de cigarrillos fumados, manteniendo las dosis durante las primeras semanas para posteriormente hacer un descenso progresivo hasta su suspensión (habitualmente entre 8-12 semanas, aunque con pautas más prolongadas si el paciente lo requiere)².

POSOLOGÍA TSN

Dependencia	Parches 24 horas	Parches 16 horas
< de 5 paq/año 1 ^{er} cig > 30 min < 15 ppm CO	21 mg/6 semanas	15 mg/6 semanas
	14 mg/2 semanas	10 mg/2 semanas
	7 mg/1 semana	5 mg/1 semana
> de 5 paq/año 1 ^{er} cig < 30 min > 15 ppm CO	21 mg/6-8 semanas	25 mg/6-8 semanas
	14 mg/2 semanas	10 mg/2 semanas
	7 mg/1 semana	5 mg/2 semanas

Dependencia	Chicles	Comprimidos	Spray bucal
< de 20 cig/año 1 ^{er} cig > 30 min	2 mg/1-2 horas 8-10 semanas	1 mg/1-2 horas 8-10 semanas	1-2 puff/cigarrillo semana 1-6
> de 20 cig/año 1 ^{er} cig < 30 min	4 mg/1-2 horas 12 semanas hasta 6-12 meses	2 mg/1-2 horas 12 semanas hasta 6-12 meses	reducir hasta 50% semana 7-9
			reducir hasta 4 puff semana 12

POSOLOGÍA BUPROPIÓN Y VARENICLINA

Fármaco	Semana previa día D		Día D hasta semana 12
Bupropión	1 comprimido 150 mg/día en ayunas		2 comprimidos 150 mg/día 8 horas entre tomas
Vareniclina	Días 1-3	Días 4-7	2 comprimidos 1 mg/día 8 horas entre tomas
	1 comprimido 0,5 mg/día por la mañana	2 comprimidos 0,5 mg/día 8 horas entre tomas	

ANEXO 3: RECOMENDACIONES PARA DEJAR DE FUMAR

Consejos que el paciente no debe olvidar

- Piensa en dejar de fumar sólo por el día presente.
- Dejar de fumar es difícil, pero no imposible, merece la pena dedicarle tiempo y esfuerzo adicional.
- Procura comer muchas veces y poco cada vez. Evita el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes. Los zumos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán tus mejores alimentos durante este periodo.
- Durante los primeros días sentirás un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero poniendo en práctica técnicas de relajación y respiración, así como actividades que te distraigan, se superan.
- A medida que pasa el tiempo disminuyen los riesgos atribuibles al tabaco, como cáncer de pulmón o infarto de miocardio.
- Mejora el olfato, el gusto y el estado de la piel.
- Las situaciones de tensión o de estrés se pueden superar sin un cigarrillo.
- Date un premio con el dinero que ahorras cada día (el dinero que derrochabas antes en tabaco).
- Vigilando un poco la dieta y haciendo ejercicio el peso se puede mantener.
- Felicítate cada día por el logro que estas consiguiendo.
- No ceda nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo.

CONTROL DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA₂

SÍNTOMA	CONSEJOS PARA CONTROLARLO
DESEO INTENSO DE FUMAR	<p>Espere. Las ganas de fumar duran un par de minutos y cada vez serán menos frecuentes e intensas. Cambie de lugar o situación.</p> <p>Beba agua o zumo.</p> <p>Mastique chicle sin azúcar.</p> <p>Permanezca ocupado: aficiones, deportes.....</p>
IRRITABILIDAD	<p>Pasee.</p> <p>Dúchese o tome un baño.</p> <p>Beba infusiones relajantes.</p> <p>Haga técnicas de relajación y respiración.</p> <p>No consuma café o bebidas excitantes.</p>
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	<p>No se exija un alto rendimiento durante un par de semanas.</p> <p>Duerma más.</p> <p>Evite bebidas alcohólicas.</p> <p>Haga deporte.</p>
AUMENTO DE APETITO	<p>Beba mucha agua y líquidos.</p> <p>Evite grasas y dulces.</p> <p>Aumente las verduras y las frutas en la dieta.</p> <p>Coma con más frecuencia y menor cantidad.</p>
INSOMNIO	<p>Evite café, té y colas por las tardes.</p> <p>Aumente el ejercicio físico por la tarde.</p> <p>Al acostarse tómese un vaso de leche caliente, tila o valeriana.</p> <p>Evite las siestas.</p> <p>Sea muy regular con los horarios de sueño.</p> <p>Cene ligero y dos horas antes e acostarse.</p>
	Mantenga su actividad.

CANSANCIO, DESÁNIMO	Haga lo que más le guste. Prémiese. Evite la soledad. Busque compañía de amigos. Aumente las horas de sueño.
ESTREÑIMIENTO	Camine. Haga ejercicio. Dieta rica en fibra. Beba muchos líquidos, sobre todo agua. Sea regular en sus hábitos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dominguez Grandal F, Castañal Canto X. Guía de Tabaquismo. Grupo de Tabaquismo de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (semFYC). Junio 2011
2. Manual SEPAR de Procedimientos. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica. 2015
3. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Plan de Tabaquismo en Andalucía 2005-2010. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Sevilla 2005
4. Ramos Pinedo A, De Higes Martínez E, García-Salmones Martín M. Diagnóstico clínico del tabaquismo En: Manual de Tabaquismo Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda Juan A. Ed. Respira. 2012; 61–70.
5. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda Juan A, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Normativa SEPAR. Arch Bronconeumol. 2013; 49(8):354–63.
6. Ramos Pinedo A, Prieto Gómez E. Estudio clínico del fumador En: Tratado de tabaquismo Jiménez Ruiz CA. Fagerström KO. Madrid 3ª Edición. 2011; 295–308.
7. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso .Arch Bronconeumol .2003; 39:35–41.
8. Hughes JR, Rennard SI, Fingar JR, Talbot SK, Callas PW, Fagerstrom KO. Efficacy of varenicline to prompt quit attempts in smokers not currently trying to quit: a randomized placebo-controlled trial. Nicotine Tob Res . 2011; 13:955–64.
9. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med . 1989; 12:159–82.
10. Pomperleu OF, Fagerström KO, Marks JL, et al .Development and validation of a self rating scale for positive and negative reinforcement smoking: The Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire. Nic Tob Res . 2003; 5:711–8.
11. Shiffman S. Measuring craving and withdrawal. European Conference of SRNT. Madrid October 2007.

FICHA 6. RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: ACTIVOS PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR EMOCIONAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

INDICACIÓN:

Promocionar los activos para la salud y el bienestar emocional de las personas mayores con la finalidad de mantener su satisfacción con la vida y sostener su salud y bienestar.

La OMS considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos mentales; es un estado de bienestar que permite a la persona realizarse y ser capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. Se manifiesta de formas diversas y relacionadas entre sí, siendo un recurso importante para el bienestar de los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en general. Además, es parte indivisible de la salud general; abarca a todas las personas, edades y entornos; y contribuye al capital social, humano y económico de cada sociedad.

En el ámbito andaluz, esta mirada positiva es asumida por el IV Plan Andaluz de Salud¹, que incorpora la perspectiva de los Activos en Salud, cuyo eje es la potenciación de los elementos o factores personales, comunitarios e institucionales que generan salud y bienestar a la población, a lo largo del ciclo vital. El modelo de Activos en Salud^{2,3} trata de completar las propuestas procedentes de los modelos preventivos tradicionales, basados en los déficits y las enfermedades, con otras como la capacidad de personas y comunidades para desarrollarse saludablemente, lo que supone una menor dependencia de los servicios de salud.

La salud mental y el bienestar en la edad avanzada nos benefician a cada uno de nosotros, al asegurarnos más años de vida saludable, agradable y satisfactoria. Promover la salud mental entre las personas mayores es una vía para maximizar las valiosas contribuciones que pueden hacer a la sociedad y a la economía, a la vez que se minimizan los costes relacionados con los cuidados originados por una salud mental frágil⁴.

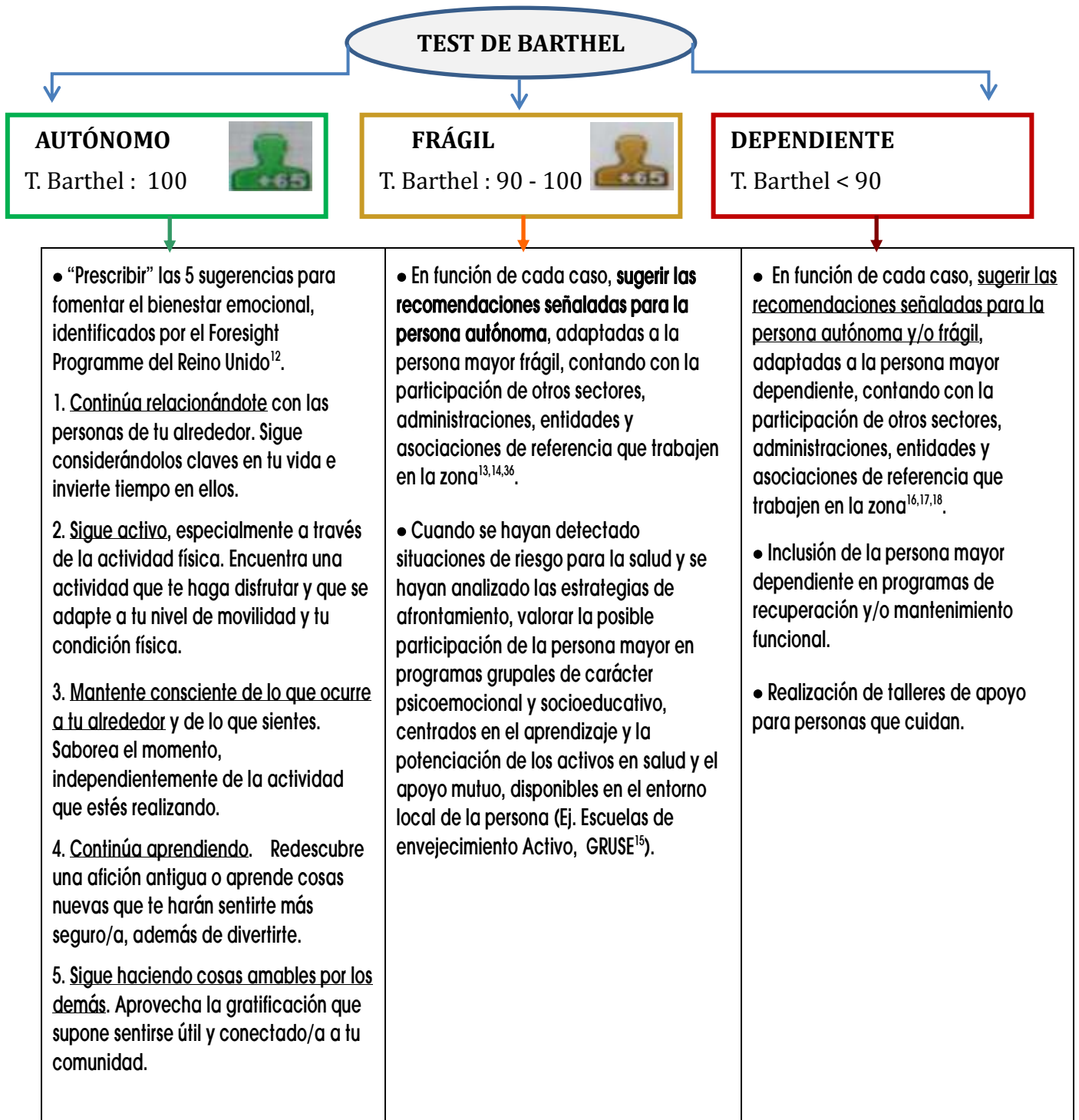
Para muchas personas mayores, esta etapa del ciclo vital les brinda experiencias positivas, libres de obligaciones laborales y con oportunidades para seguir creciendo y aprendiendo, así como para el disfrute personal y social. Sin embargo, en esta etapa también se dan circunstancias que impactan negativamente en la salud mental de esta población y que han de considerarse como situaciones de riesgo: viudedad reciente; otras pérdidas de personas cercanas; separación o divorcio; jubilación forzosa y/o cuando se asocia a una pérdida de estatus, de estructuración de la vida diaria o de disminución de contacto sociales; desempleo tardío; precariedad económica; aislamiento social; problemas de salud física; etc.^{5,6,7}

Teniendo en cuenta los factores determinantes de la salud mental (individuales y contextuales)^{8,9}, así como las situaciones de riesgo ya comentadas, se ha de establecer un equilibrio entre las acciones preventivas para evitar o reducir el impacto de la enfermedad y aquellas que potencian la salud y el bienestar emocional de las personas mayores, en línea con las recomendaciones del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020¹⁰.

Conseguir un equilibrio entre estas opciones es un reto, y más aún en un sistema sanitario tradicionalmente enfocado al abordaje de la enfermedad. Un segundo desafío tiene que ver

con la necesidad de cohesionar las acciones intersectoriales en este ámbito, para que lo individual y lo social sean una suma consistente, formando parte del diseño integral de iniciativas para promocionar la salud y el bienestar de esta población¹¹.

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN



AUTÓNOMO	FRÁGIL	DEPENDIENTE
<p>● Facilitar las sugerencias anteriores ofreciendo información, facilitando el acceso y/o colaborando en el desarrollo de las siguientes actividades^{19,20}.</p> <p>1. Participación en grupos comunitarios de interés para la persona mayor, orientados a su empoderamiento¹², a través de actividades de apoyo mutuo y el intercambio de información, experiencia y aprendizaje.</p> <p>2. Participación en actividades y programas grupales de carácter lúdico, cultural y/o vacacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Localización de activos comunitarios de ámbito local (Ej.: centros de participación activa, distritos municipales, asociaciones de mayores, etc.) a los que poder derivar a las personas mayores para desarrollar actividades de ocio y tiempo libre. ○ Participación en programas de termalismo social y viajes adaptados a las personas mayores (IMSERSO) <p>3. Participación en actividades grupales disponibles en el entorno comunitario (ayuntamientos, asociaciones, entidades de la zona, etc.), donde se aborden aspectos relacionados con los hábitos de vida saludable²¹, la gestión de emociones, las habilidades sociales, el uso de los activos comunitarios, etc. (Ej.: Escuela de Envejecimiento Activo²²).</p>	<p>● Asimismo, valorar la participación de la persona mayor frágil en programas de Escuelas de Pacientes²³ o Escuelas de Envejecimiento Activo³⁷, adaptados a sus necesidades, disponibles en la zona.</p> <p>● Valorar la participación de la persona mayor frágil en programas de prevención de accidentes (Ej.: talleres de prevención de caídas con ejercicios de tai-chi, etc.)</p> <p>● Procurar el mantenimiento de las condiciones de habitabilidad de la vivienda de la persona mayor frágil, en coordinación con otros sectores.</p> <p>● En la valoración integral realizada a personas mayores frágiles, incluir el cribado inicial indicado en la 2ª edición del PAI Ansiedad, Depresión y Somatizaciones²⁴ (anexo 1).</p> <p>● Si el cribado anterior es positivo, continuar con las evaluaciones complementarias y las valoraciones específicas indicadas en el PAI ADS, disponible en: http://goo.gl/3kTmLZ</p> <p>● Asimismo, valorar el nivel de soledad social a través de la Escala Este II^{25,26} (anexo 2). Como alternativa, se recomienda el uso del cuestionario de apoyo social percibido o funcional DUKE-UNC²⁷, incluido en el PAI ADS.</p> <p>● Si el nivel de puntuación de la escala Este II es alto o el apoyo percibido del cuestionario DUKE-UNC es bajo, pasar la subescala de Riesgo de Suicidio de la MINI Internacional Neuropsychiatric Interview^{28,29} (anexo 3).</p>	<p>1. Desarrollo de hábitos de vida saludable: alimentación, actividad física adaptada, gestión emocional, hábitos nocivos (alcoholismo, tabaquismo...)^{12,19,21,36}.</p> <p>2. Prevención de caídas y programas de prevención de accidentes.</p> <p>3. Prevención del deterioro cognitivo/estimulación de la memoria.</p> <p>● Promover el acompañamiento y el apoyo al cuidado con la participación de entidades, asociaciones y grupos de voluntariado de referencia en la zona, que trabajen con mayores en situación de dependencia.</p> <p>● Coordinar y desarrollar las acciones en salud necesarias para la implementación de la Ley de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal y el I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia¹⁸.</p> <p>● Fomentar desde salud, en coordinación con los servicios sociales comunitarios, la implementación de servicios de promoción de la autonomía personal y en particular^{12,17,18,30,31,32,36}</p> <p>1. Rehabilitación y terapia ocupacional</p> <p>2. Estimulación cognitiva</p> <p>3. Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía personal</p> <p>4. Apoyos personales</p> <p>● En caso de personas incluidas en el PAI Trastorno Mental Grave³³, seguir las</p>

AUTÓNOMO	FRÁGIL	DEPENDIENTE
<p>4. Localización de activos comunitarios de ámbito local (Ej.: centros de participación activa, distritos y centros deportivos municipales, etc.) a los que poder derivar a las personas mayores para desarrollar actividades físicas y deportivas (gimnasia de mantenimiento, yoga, natación, etc.)³⁶.</p> <p>5. Participación en actividades de voluntariado, fomentando la utilidad social y autoestima de las personas mayores³⁶.</p> <p>6. Participación en actividades educativas y ocupacionales destinadas a fomentar y/o mantener el proceso de aprendizaje a lo largo de la vida: programas de educación de adultos, universidad de mayores, aulas de la experiencia, bibliotecas accesibles a personas mayores, actividades locales de índole cultural o académica, talleres de manualidades, baile, idioma, pintura, etc.</p> <p>7. Acceso a las nuevas tecnologías, facilitando actividades de adiestramiento y entrenamiento (Ej.: talleres municipales de informática, centros Guadalinfo, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● En función de las valoraciones anteriores, seguir las indicaciones establecidas en el PAI ADS, basadas en el modelo de atención por pasos, donde la primera intervención sería la “prescripción” de las guías de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad³⁴, disponibles en: http://goo.gl/vGKOOf ● En función de cada caso, seguimiento domiciliario y coordinación y apoyo al personal cuidador (entorno familiar o institucional) ● En caso de personas mayores que viven en residencias, considerar los siguientes estándares de calidad relacionados con su bienestar emocional³⁵: <ol style="list-style-type: none"> a) Oferta de oportunidades para participar en actividades diarias con sentido. b) Mantenimiento y desarrollo de su identidad personal. c) Incorporación de las necesidades relacionadas con los problemas de salud mental, las enfermedades somáticas y la discapacidad sensorial en los planes de atención residencial. d) Acceso a la cartera de servicios sanitarios disponible para toda la población, en función de sus necesidades. ● En caso de ideación suicida, junto al seguimiento en la consulta de AP, indicar el servicio de Tele asistencia de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Si además, se detecta planificación suicida, solicitar visita domiciliaria de enfermería de AP para valoración de acceso a métodos letales. El servicio de Teleasistencia 	<p>recomendaciones del mismo, disponibles en: http://goo.gl/0o1ipZ</p>

AUTÓNOMO	FRÁGIL	DEPENDIENTE
<p>8. Participación en actividades de Salud Laboral disponibles en empresas de la zona, y de manera específica, programas de adaptación a la jubilación.</p> <p>9. En función de cada caso, uso de alguna de las guías para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana³⁶ (afrontando las preocupaciones; aprende a programar actividades; aprende a relajarte; autoestima; resolución de problemas; concédete una oportunidad y cuídate). Materiales disponibles en: http://goo.gl/83W115</p> <p>10. Asimismo, seguir las recomendaciones establecidas en las guías de este programa para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable; la seguridad del entorno; la prevención del consumo de tabaco y alcohol; y la atención a personas que cuidan</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promover los entornos saludables mediante la implicación de las administraciones en proyectos del tipo “Ciudades Sin Barreras” y “Red Mundial de Ciudades Amigables”³⁷ y en el cuidado del medio ambiente (Ej.: Sistemas de Suministros, Sistemas de Recogida y Tratamiento de Residuos, etc.)³⁶ ● Promover la participación de los medios de comunicación y el uso de las redes sociales para el desarrollo de acciones de sensibilización y el fomento de los programas de promoción de la salud para personas mayores^{12,32,36}. 	<p>también se solicitará si la persona está siendo atendida en los servicios de salud mental.</p>	

AUTÓNOMO	FRÁGIL	DEPENDIENTE
<ul style="list-style-type: none">• Estar alerta ante síntomas compatibles con ansiedad/depresión u otros problemas de salud mental, manifestados tanto por quejas subjetivas de la persona, por familiares o a criterio clínico, así como de signos de deterioro cognitivo y sospecha de maltrato.		

PARA SABER MÁS:

- Comisión Europea. “La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible”. Disponible en: <http://goo.gl/17fTZK>
- Portal Web sobre Bienestar Emocional de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS: <http://www.bemocion.mssi.gob.es>
- La Caja de Herramientas Comunitarias: <http://ctb.ku.edu/es>
- Blog salud comunitaria: <http://saludcomunitaria.wordpress.com>
- IMSERSO: Ciudades Amigables con las Personas Mayores: <http://goo.gl/0wnY43>
- The Community Guide <http://www.thecommunityguide.org/index.html>
- Recomendaciones sobre Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Resumen para Atención Primaria. <http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/default.asp>

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: La Consejería; 2013.
- ² Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education; 2007, Suppl 2: 17-22.
- ³ Hernan M, Lineros C, Morgan A. Los activos para la salud personales, familiares y comunitarios. En: Hernán M, Morgan A, Mena AL (eds). Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013.
- ⁴ EC. (2005). Green Paper «Confronting demographic change: a new solidarity between the generations». Disponible en: <http://goo.gl/kA9At0>
- ⁵ Jané-Llopis E, Gabilondo A. (Eds). Mental Health in Older People. Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008. (Traducción: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010)
- ⁶ Lang G, Resch K, Hofer K, Braddick F, Gabilondo A. Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older. Luxembourg: European Communities; 2010. (Traducción: IMSERSO, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010)
- ⁷ Servicio Andaluz de Salud. La Salud Mental en Andalucía 2008-2013. Sevilla: SAS, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2014.
- ⁸ Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Organización Mundial de la Salud; 2003 (Traducción: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006). Disponible en: <http://goo.gl/mtC9t>

- ⁹ World Health Organization. The Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
- ¹⁰ Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Sevilla: La Consejería; 2016.
- ¹¹ Hernán M, Mena AL, Lineros C, Botello B, García-Cubillana P, Huertas A (Eds). Activos para la salud y promoción de la salud mental. Experiencia formativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013.
- ¹² Foresight Programme. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report. London: The Government Office for Science; 2008.
- ¹³ Tunez L, Martínez RA, Lopez M, et al. Documento para disminuir el sedentarismo. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASENEC); 2016.
- ¹⁴ Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020). Sevilla: La Consejería; 2016. Disponible en: <http://goo.gl/DKCP5t>
- ¹⁵ Secretaría General de Salud Pública y Participación. Manual para el diseño e implementación de los Grupos Socioeducativos en Atención primaria (GRUSE). Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2011. Disponible en: <http://goo.gl/MlfOFS>
- ¹⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Madrid; 2015.
- ¹⁷ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. PAPPS. Semfyc 2014. Vo. 46 Extraordinario IV: 1-120. Disponible en: <http://goo.gl/x5TdZl>
- ¹⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores. MSC; 2007. Disponible en: <http://goo.gl/1L3ucJ>
- ¹⁹ National Institute for Health and Care Excellence. Public Health Guideline 16: Mental wellbeing in over 65s: occupational therapy and physical activity interventions. London: NICE; 2008.
- ²⁰ National Institute for Health and Care Excellence. Pathway: Mental wellbeing and independence in older people overview. London: NICE; 2015.
- ²¹ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. I Recomendaciones PACAP. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. Barcelona: SEMFYC. Año 2003: 1-57. Disponible en: <http://goo.gl/qUNf5E>
- ²² Espinosa JM, Muñoz F, Burgos ML, Gertrudis MA, Canalejo A, Criado M. La estrategia de envejecimiento activo: de la teoría a la práctica clínica. Medicina de Familia. Andalucía; noviembre 2015, 16 (3), Suplemento 1: 5-70. Disponible en: <http://goo.gl/VtgNjz>

- ²³ Escuela Andaluza de Salud Pública. Escuela de Pacientes. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Disponible en: <http://goo.gl/omSuFB>
- ²⁴ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (2ª edición). Sevilla: La Consejería; 2011.
- ²⁵ Pinel M, Rubio L, Rubio M. Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II. Universidad de Granada; 2010. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
- ²⁶ Rubio R, Aleixandre M. La escala "ESTE", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. Geriatrika. Revista Iberoamericana de Geriátrica y Gerontología. 1999; 15: 26-35.
- ²⁷ Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria. 1996; 18: 153-63.
- ²⁸ Sheehan DV et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. J Clin Psychiatry. 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.
- ²⁹ Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M, Soto O. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Versión en Español 5.0.0); 2000. Disponible en: <http://goo.gl/aeDa5Y>
- ³⁰ Cofiño R, et al. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. Gac Sanit; 2012, 26(S): 88-93 Disponible en: <http://goo.gl/W9XhdR>
- ³¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: MSSSI; 2015: Disponible en: <http://goo.gl/9p2MfD>
- ³² Real Decreto 291/2015 de 17 de abril, por el que se modifica el RD 1051/2013 de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 104, de 1 de mayo de 2015.
- ³³ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: La Consejería; 2006.
- ³⁴ García-Herrera Pérez Bryan JM, Nogueras Morillas V. Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad. Servicio Andaluz de Salud; 2013.
- ³⁵ National Institute for Health and Care Excellence. Quality Standard 50: Mental wellbeing of older people in care homes. London: NICE; 2013.
- ³⁶ Servicio Andaluz de Salud. Materiales para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012.
- ³⁷ Organización Mundial de la Salud. Ciudades Globales Amigables con los mayores: Una guía. Ginebra:OMS; 2007. Disponible en: <http://goo.gl/VuXVvM>

FICHA 7 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: VACUNACIÓN EN MAYORES DE 65 AÑOS

INDICACIÓN:

Prevenir las enfermedades vacunables en la población mayor de 65 años.

La vacunación es la estrategia de prevención más eficaz frente a determinadas enfermedades. No es una estrategia preventiva exclusiva de la infancia, sino que debe extenderse a todas las edades de la vida, para favorecer un envejecimiento saludable.

Algunas de las vacunas administradas durante la infancia no inducen inmunidad duradera, por lo que, si los programas de vacunaciones no se refuerzan con dosis posteriores, las personas vacunadas pasan a ser susceptibles.

Las políticas poblacionales de vacunación son recientes, en el momento actual existen cohortes de personas adultas, que no se han beneficiado de esta herramienta de prevención. (1)

Las personas mayores de 65 años por edad, pueden presentar un debilitamiento de la respuesta inmune natural y adaptativa.

El proceso de envejecimiento provoca cambios en el sistema inmune, que afecta a su función (“inmunosenescencia”). Es un proceso multifactorial que va a ocasionar una mayor susceptibilidad a la infección, una menor respuesta inmune a las vacunas. (2)

Algunas de estas enfermedades pueden prevenirse mediante la vacunación. En Andalucía, se recomienda en mayores de 65 años, la vacunación sistemática frente a la gripe, frente a neumococo, y frente a tétanos y difteria.

	Vacunación frente a la gripe	Vacunación frente a neumococo	Vacunación frente a tétanos y frente a difteria
65 años AUTÓNOMO, FRÁGIL Y DEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - La gripe es una enfermedad causada por virus, <i>Influenzae tipo A Y B</i>, más frecuente en las personas mayores de 65 años. Además, este grupo son más vulnerables a presentar una enfermedad más grave y con mayor tasa de hospitalización y mortalidad. - El objetivo de la vacunación frente a la gripe, es disminuir la incidencia y gravedad de la enfermedad. - Está recomendada la vacunación antigripal anual, para garantizar la correspondencia óptima entre las cepas circulantes y las cepas contenidas en la vacuna, y porque la protección conferida por la vacunación dura relativamente poco tiempo, especialmente en las personas de mayor edad. (3)(4) (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad neumocócica es una patología causada por <i>Streptococcus Pneumoniae</i>, que puede causar manifestaciones graves, como neumonía bacteriémica, septicemia y meningitis; y también manifestaciones menos graves como: otitis, sinusitis y neumonías no bacteriémicas. - Existen más de 90 serotipos de neumococo, la distribución va a depender de la edad, de la región geográfica y de la dinámica de recambio temporal. (6) - La edad mayor de 65 años es un factor de riesgo de enfermedad invasiva por neumococo, independientemente de la presencia o no de otro factor de riesgo médico. - Para la prevención de la enfermedad neumocócica en mayores de 65 años, se recomienda la vacunación sistemática, con una dosis de la vacuna polisacárida de 23 serotipos. No se recomienda la administración de dosis de recuerdo. - En personas mayores de 65 años de edad con un mayor riesgo de enfermedad neumocócica grave, puede estar recomendado la administración secuencial de vacuna conjugada de 13 serotipos, seguido de la vacuna polisacárida de 23 serotipos. (7) 	<ul style="list-style-type: none"> - El tétanos es una enfermedad bacteriana grave, causada por <i>Clostridium tetani</i>, aunque su incidencia es baja, tiene una mortalidad elevada. - En las personas mayores de 65 años, se concentra una gran proporción de personas susceptibles (sin vacunar o con vacunación incompleta) y es donde ocurren la mayoría de los casos de tétanos notificados. - La difteria es una enfermedad grave ocasionada por bacterias productora de exotoxina (<i>Corynebacterium diphtheriae</i>), es importante mantener coberturas de vacunación elevadas para evitar la aparición de brotes de esta enfermedad. - El tétanos y la difteria, son enfermedades prevenibles mediante la vacunación. La inmunidad adquirida por la vacunación disminuye progresivamente con el paso de los años, por lo tanto, con la edad aumenta la susceptibilidad a la enfermedad, para conseguir una inmunidad duradera es necesario la administración de dosis de recuerdo. - Para la prevención del tétanos y de la difteria en las personas que han completado el calendario de vacunación en la infancia, se recomienda la administración alrededor de los 65 años, de una dosis de recuerdo de la vacuna combinada con ambos antígenos (Td) - Para las personas mayores de 65 años con vacunación incompleta, se recomienda administrar en número de dosis necesarias hasta alcanzar un total de 5 dosis. En ningún caso se debe reiniciar la vacunación, es decir, hay que seguir la máxima de "dosis puesta, dosis que cuenta". - Para los mayores de 65 años, no vacunados previamente, se recomiendan cinco dosis: una primera cuanto antes, una segunda 4 semanas después y una tercera a los seis meses. Se completará con 2 dosis de recuerdo cada 10 años. (8)

CALENDARIO DE VACUNACIÓN PARA MAYORES DE 65 AÑOS

Vacunas	Mayores de 65 años
Gripe	Una dosis anual
Neumococo (VPN23)	Una dosis
Tétanos-Difteria (Td)	Calendario vacunación completo, una dosis de recuerdo Si no vacunado, completar 5 dosis: 0, 4 semanas, 6 meses y dos dosis de recuerdo cada 10 años

PARA SABER MÁS:

Plan Estratégico de Vacunaciones de Andalucía Vacunaciones en personas mayores de 65 años. Junio de 2016.

Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=ciud&opcion=listadoTematico&tema=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vacunas/&desplegar=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Vacunación en adultos. Recomendaciones año 2004
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/recoVacunasAdultos.pdf>
- 2.-Inmunosenescencia: Efectos de la edad sobre el sistema inmune. Revista Cubana de Hematol Inmunol y Hemoter. 2014;30(4):332-345
- 3.- Vacunas antigripales: Documento de posición de la OMS .Noviembre-2012. Wkly Epidemiol Rec 2012; 87: 461-476
http://www.who.int/immunization/position_papers/WHO_PP_Influenza_Nov_2012_Spanish.pdf?ua=1
- 4.-Recomendaciones de vacunación frente a la gripe. Temporada 2015-2016
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe2015_2016.pdf
- 5.- Recomendaciones de vacunación frente a la gripe. Temporada 2015-2016
http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_3_PREVENCION/Vacunas/vacuna_gripe/gripe?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&idioma=es&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_3_PREVENCION/Vacunas/vacuna_gripe/&conh
- 6.-Vacunas antineumocócicas: Documento de posición de la OMS. Abril 2012. Wkly Epidemiol Rec 2012; 87: 129-144
http://www.who.int/immunization/position_papers/WHO_PP_pneumococcal_2012_ES.pdf?ua=1
- 7.-Grupo de trabajo vacunación frente a neumococo en grupos de riesgo 2015 de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Utilización de la vacuna frente a neumococo en grupos de riesgo. Comisión de Salud Pública del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Neumococo_Gruposriesgo.pdf
- 8.-Vacunación en adultos. Recomendaciones vacuna difteria y tétanos. Actualización 2009
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria_2009.pdf

FICHA 8 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP/START PARA LA ADECUACIÓN DE LA POLIMEDICACIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

INDICACIÓN

Adequar la prescripción para disminuir la polimedicación y adaptar los criterios de indicación y uso de la medicación a las necesidades y disminución de riesgos de las personas mayores.

Según una reciente revisión sistemática, aproximadamente una de cada cinco prescripciones realizadas en atención primaria (AP) en personas mayores es inapropiada, aunque estos datos son muy variables según el estudio y el contexto^{1 2 3}

El/la paciente mayor es un gran consumidor de medicamentos

- El 17% de la población total consume el 46% de los recursos farmacéuticos
- 65 años consumen el 30% de la medicación

La polimedicación y el uso inapropiado de medicamentos se han convertido en un problema de salud pública de primer orden en los países desarrollados, tanto por su alta prevalencia y tendencia al alza como por sus consecuencias:

1. Clínicas: disminución de la adherencia y uso inapropiado de la medicación (seguridad), efectos adversos (reacciones adversas y problemas relacionados con la medicación – RAM-/ PRM) e interacciones, mayor riesgo de hospitalización, de morbilidad y mortalidad, mayor riesgo de lesiones por caídas y deterioro de la funcionalidad física y la calidad de vida.
2. Éticas: ausencia de beneficio de determinados tratamientos, daños por efectos adversos, pérdida de autonomía de los pacientes, deterioro de la relación clínica, pérdida de confianza en la asistencia sanitaria.
3. Económicas: gasto innecesario para los pacientes y para la sociedad, aumento de visitas a urgencias y de visitas a las consultas y aumento del número de hospitalizaciones por efectos adversos o cuidados adicionales.

Cada vez son más numerosas las revisiones relacionadas con la adecuación de la polimedicación en mayores. En estos análisis se concluye que la adecuación se debe

realizar de manera estructurada siguiendo varias cuestiones o preguntas sobre la actitud que debemos plantearnos, como son: ^{4 5}

- ¿Está indicado para ese problema de salud?
- ¿Es adecuado dadas las necesidades clínicas del paciente?
- ¿Es la alternativa más eficaz según guías clínicas y consensos?
- ¿Es efectivo según el objetivo terapéutico planteado?
- ¿La dosis, pauta y duración del tratamiento son adecuadas?

¿Existen duplicidades o contraindicaciones por la edad o patología del

- paciente?
- ¿Existe riesgo de interacción o de reacción adversa que deba controlarse?

El/la paciente mayor y pluripatológico requiere un mayor seguimiento por parte de los diferentes profesionales sanitarios.

Los criterios STOPP/START son idóneos para su aplicación en el ámbito de la AP en nuestro país si bien deben ir revisándose periódicamente para adaptarse a las evidencias científicas y a las nuevas formulaciones medicamentosas.⁶

Fueron publicados en 2008⁷ y desarrollados originalmente en Irlanda y el Reino Unido.

Han sido asumidos por la Sociedad Europea de Medicina Geriátrica y, Posteriormente, validados en 2014 por médicos especialistas en geriatría de 6 países europeos, entre ellos, España.

Estos criterios constituyen una de las mejores herramientas para la identificación de prescripción inapropiada en personas mayores⁸.

Existen otras herramientas que también se utilizan como:

1. Criterios de Beers: Publicados en 1991 en EEUU y actualizados en 2015⁹. Han sido adoptados por la Sociedad Americana de Geriatría y son los más extendidos. Igualmente, están recomendados por el PAPPS-2016¹⁰.

2. Estudio de Berdot

3. Criterios MAI

APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP/START EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

	RECOMENDACIONES PARA LA ADECUACIÓN	OBSERVACIONES	UTILIDAD CLÍNICA
> 65 años (autónoma, frágil y dependiente) Se adaptará en cada caso a las condiciones específicas de cada persona.	Se valorará la retirada de medicamentos prescritos: 1) Cuya indicación no esté basada en evidencia clínica 2) Con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento esté bien definida 3) Cuando exista prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase, como dos AINE, ISRS, diuréticos de asa, IECA, anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco)	La aplicación de los criterios STOPP/ START en la revisión del tratamiento farmacológico de pacientes mayores ha encontrado que son superiores a los criterios de Beers en detectar y prevenir eventos adversos y RAM Los criterios STOPP, y especialmente los START, también ayudan a predecir el riesgo de reingreso en los 12 meses posteriores al alta hospitalaria. Un estudio multicéntrico en residencias mostró que un programa educativo basado en los criterios STOPP-START reducía el uso de antipsicóticos, el riesgo de delirium y caídas y el uso de recursos sanitarios, incluidas las hospitalizaciones.	Suponen un avance que busca seguir mejorando el manejo de medicamentos en los mayores, especialmente en los más vulnerables. Son una buena herramienta de detección de prescripciones potencialmente inapropiadas y de mejora de la calidad de la prescripción en personas mayores en todos los ámbitos asistenciales.

Fuente: Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START.E. Delgado Silveira et al / Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2)¹¹

CRITERIOS STOPP: Screening Tool of Older Persons Prescriptions

Representan la Prescripción inapropiada (PI) en caso de omisión, aunque en la clínica las causas son muy complejas en los adultos mayores estas omisiones son de causa discriminatoria o irracional, pretenden optimizar el tratamiento crónico domiciliario del paciente anciano, en función de la situación fisiopatológica del paciente.

Los criterios STOPP incluyen 65 indicadores de prescripción potencialmente inapropiados como interacciones, duplicidad, aumento de riesgo de deterioro cognitivo y de caídas en personas mayores.^{12 13}

VENTAJAS: Se centran en la práctica clínica en nuestro entorno y aparecen en sus tablas fármacos de uso habitual. Detecta la prescripción inadecuada y también la falta de prescripción de medicamentos que deben estar indicados. Se organizan por sistemas fisiológicos y van asociados al diagnóstico. Incluyen interacciones fármaco con fármaco y fármaco con enfermedad. Estos criterios son aplicables en diversos ámbitos clínicos, incluyendo cuidados domiciliarios y constituyen una herramienta fiable y validada en nuestro país. Son de fácil y rápida aplicación (5 min).

INCONVENIENTES: Estos criterios no pueden convertirse en una foto fija: la evidencia

científica en este campo sigue avanzando y en el futuro dispondremos de datos que permitirán optimizar el uso de nuevos fármacos y grupos de fármacos en las personas mayores. Están basados en evidencias para enfermedades aisladas, que a veces son difíciles de trasladar a pacientes con múltiples comorbilidades.

Es importante tener en cuenta que no todas las prescripciones inapropiadas detectadas por los criterios Stopp pueden evitarse, aunque es de buena práctica justificarlas.

<p>Sistema cardio vascular</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Digoxina para la insuficiencia cardíaca con función sistólica ventricular conservada (no hay evidencia clara de su beneficio) 2. Verapamilo o diltiazem en la insuficiencia cardíaca grado III o IV de la NYHA (pueden empeorar la insuficiencia cardíaca) 3. Betabloqueantes en combinación con verapamilo o diltiazem (riesgo de bloqueo cardíaco) 4. Betabloqueantes con bradicardia (50 lpm), bloqueo cardíaco de segundo o tercer grado (riesgo de bloqueo cardíaco completo o asistolia) 5. Amiodarona como tratamiento antiarrítmico de primera elección en las taquiarritmias supraclaviculares (mayor riesgo de efectos secundarios) 6. Diuréticos de asa como tratamiento de primera línea de la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas) 7. Diuréticos de asa para los edemas maleolares sin evidencia clínica, bioquímica o radiológica de insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, síndrome neurótico o insuficiencia renal (la elevación de los miembros inferiores o las medias de compresión son generalmente más apropiadas) 8. Diuréticos tiazídicos cuando existe hipopotasemia (potasio sérico < 3,0 mmol/l), hiponatremia (sodio sérico 130 mmol/l) o hipercalcemia (calcio sérico corregido > 2,65 mmol/l) significativas o con antecedentes de gota (las tiazidas pueden producir hipopotasemia, hiponatremia, hipercalcemia y gota) 9. Diuréticos de asa para el tratamiento de la hipertensión cuando existe incontinencia urinaria (pueden empeorar la incontinencia) 10. Antihipertensivos de acción central (p. ej., metildopa, clonidina, moxonidina, rilmenidina, guanfacina), salvo que exista intolerancia clara o falta de eficacia de otras clases de antihipertensivos (los antihipertensivos de acción central son generalmente peor tolerados por los mayores que los jóvenes) 11. IECA o ARA-II en pacientes con hiperpotasemia 12. Antagonistas de la aldosterona (p. ej., p. ej., espironolactona, eplerenona) junto con otros fármacos que pueden aumentar los niveles de potasio (p. ej., IECA, ARA-II, amilorida, triamtereno) sin monitorizar el potasio (riesgo de hiperpotasemia grave > 6,0 mmol/l; el potasio sérico debería monitorizarse periódicamente, al menos cada 6 meses) 13. Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (p. ej., sildenafil, tadalafilo, vardenafilo) en insuficiencia cardíaca grave con hipotensión (presión arterial sistólica < 90 mmHg) o asociados al tratamiento de la angina de pecho con nitratos
---------------------------------------	---

<p>Antiagregantes/ anticoagulantes</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. AAS en tratamiento crónico a dosis superiores a 160 mg al día (aumento del riesgo de sangrado sin evidencia de mayor eficacia) 2. AAS con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin uso concomitante de IBP (riesgo de recurrencia de la úlcera péptica) 3. AAS, clopidogrel, dipyridamol, antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de un riesgo significativo de sangrado (p. ej., hipertensión grave no controlada, diátesis hemorrágicas, sangrado reciente espontáneo significativo) (alto riesgo de sangrado) 4. AAS más clopidogrel para la prevención secundaria del ictus, salvo que el paciente tenga un stent coronario implantado en los 12 meses previos, un síndrome
---	--

	<p>coronario agudo o una estenosis carotídea grave y sintomática (no hay evidencia de beneficios respecto al clopidogrel en monoterapia)</p> <p>5. AAS combinada con un antagonista de la vitamina K, un inhibidor directo de la trombina o un inhibidor del factor Xa en pacientes con fibrilación auricular crónica (el AAS no aporta beneficios)</p> <p>6. Antiagregante con antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa en pacientes con enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica estables (el tratamiento combinado no aporta beneficios)</p> <p>7. Ticlopidina en cualquier circunstancia (clopidogrel y prasugrel tienen eficacia similar, mayor evidencia y menores efectos adversos)</p> <p>8. Antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa para un primer episodio de trombosis venosa profunda sin que persistan los factores desencadenantes (p. ej. Trombofilia) durante 6 meses (no se han demostrado beneficios)</p> <p>9. Antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa para un primer episodio de tromboembolismo pulmonar sin que persistan los factores desencadenantes (p. ej. Trombofilia) durante un periodo 12 meses (no se han demostrado beneficios)</p> <p>10. AINE en combinación con antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa (riesgo de hemorragia digestiva grave)</p> <p>11. AINE con otro antiagregante sin tratamiento profiláctico con IBP (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica)</p>
--	--

<p>Sistema nervioso central y psicótopos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antidepresivos tricíclicos (ATC) en presencia de demencia, glaucoma de ángulo estrecho, trastornos en la conducción cardíaca, prostatismo o antecedentes de retención urinaria (riesgo de empeoramiento de estas enfermedades) 2. Introducción de ATC como tratamiento antidepresivo de primera línea (mayor riesgo de efectos secundarios con ATC que con ISRS o ISRN) 3. Neurolépticos con efectos antimuscarínicos moderados-graves (clorpromazina, clozapina, flupentixol, flufenazina, pipotiazina, promazina, zuclopentixol) con antecedentes de prostatismo o retención urinaria (alto riesgo de retención urinaria) 4. ISRS con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) (riesgo de precipitar o exacerbar una hiponatremia) 5. Benzodiazepinas durante ≥ 4 semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados; riesgo de sedación prolongada, confusión, pérdida de equilibrio, caídas, accidentes de tráfico; todas las benzodiazepinas deberían suspenderse de forma gradual si el tratamiento ha superado las 4 semanas, ya que al suspenderse de forma brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia) 6. Antipsicóticos (distintos de quetiapina o clozapina) en pacientes con parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extra piramidales graves) 7. Anticolinérgicos/antimuscarínicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos (riesgo de toxicidad anticolinérgica) 8. Anticolinérgicos/antimuscarínicos en pacientes con delirium o demencia (riesgo de empeoramiento de la cognición) 9. Neurolépticos en pacientes con síntomas de comportamiento y psicológicos de la demencia, salvo que estos sean graves y no respondan a otros tratamientos no farmacológicos (aumento del riesgo de ictus) 10. Neurolépticos como hipnóticos, salvo que el trastorno del sueño se deba a psicosis o demencia (riesgo de confusión, hipotensión, efectos secundarios extrapiramidales, caídas) 11. Inhibidores de la acetilcolinesterasa con antecedentes de bradicardia persistente (< 60 lpm), bloqueo cardíaco o síncope recurrentes de etiología no explicada o tratamiento simultáneo con fármacos que bajan la frecuencia cardíaca como betabloqueantes, digoxina, diltiazem, verapamilo (riesgo de trastornos de la conducción cardíaca, síncope o lesiones)
---	---

	<p>12. Fenotiazinas como tratamiento de primera línea, ya que existen alternativas más seguras y eficaces (las fenotiazinas son sedantes y producen toxicidad antimuscarínica relevante en los mayores, con la excepción de la proclorperazina para el tratamiento de náuseas/vómitos/vértigo, clorpromazina para el hipo persistente y levomepromazina como antiemético en cuidados paliativos)</p> <p>13. Levodopa o agonistas dopaminérgicos para el temblor esencial (no hay evidencia de eficacia)</p> <p>14. Antihistamínicos de primera generación (existen muchos antihistamínicos más seguros y menos tóxicos)</p>
Sistema renal	<p>Los siguientes medicamentos son potencialmente inapropiados en personas mayores con enfermedad renal aguda o crónica por debajo de determinados umbrales de TFGe (consultar fichas técnicas de los medicamentos y vademecum locales)</p> <p>1. Digoxina en tratamiento crónico a dosis superiores a 125 µg/día con TFGe < 30 ml/min/1,73 m² (riesgo de intoxicación digitálica si no se monitorizan los niveles plasmáticos)</p> <p>2. Inhibidores directos de la trombina (p. ej., dabigatrán) con TFGe < 30 ml/min/1,73 m² (riesgo de sangrado)</p> <p>3. Inhibidores del factor Xa (p. ej., rivaroxabán) con TFGe < 15 ml/min/1,73 m² (riesgo de sangrado)</p> <p>4. AINE con TFGe < 50 ml/min/1,73 m² (riesgo de deterioro de la función renal)</p> <p>5. Colchicina con TFGe < 10 ml/min/1,73 m² (riesgo de toxicidad por colchicina)</p> <p>6. Metformina con TFGe < 30 ml/min/1,73 m² (riesgo de acidosis láctica)</p>

Sistema gastrointestinal	<p>1. Proclorperazina o metoclopramida con parkinsonismo (riesgo de empeoramiento de los síntomas parkinsonianos)</p> <p>2. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica no complicada o la esofagitis péptica erosiva a dosis terapéuticas plenas durante 8 semanas (está indicada la disminución previa de la dosis o la retirada)</p> <p>3. Medicamentos que suelen causar estreñimiento (p.ej. fármacos antimuscarínicos/anticolinérgicos, hierro oral, opiodes, verapamilo, antiácidos con aluminio) en pacientes con estreñimiento crónico cuando existan alternativas que no estriñen (riesgo de exacerbar el estreñimiento)</p> <p>4. Hierro oral a dosis elementales superiores a 200 mg/día (p. ej., hierro fumarato > 600 mg/día, hierro sulfato > 600 mg/día, hierro gluconato 1.800 mg/día; no hay evidencia de mayor absorción por encima de estas dosis.</p>
---------------------------------	--

Sistema Respiratorio	<p>1. Teofilina como monoterapia para la EPOC (existen alternativas más seguras y efectivas; riesgo de efectos adversos por el estrecho margen terapéutico)</p> <p>2. Corticosteroides sistémicos en lugar de corticosteroides inhalados para el tratamiento de mantenimiento de la EPOC moderada-grave (exposición innecesaria a los efectos secundarios a largo plazo de los corticosteroides sistémicos; existen alternativas inhaladas más efectivas)</p> <p>3. Broncodilatadores antimuscarínicos (p. ej., ipratropio, tiotropio) con antecedentes de glaucoma de ángulo estrecho (pueden exacerbar el glaucoma) u obstrucción del tracto urinario inferior (pueden causar retención urinaria)</p> <p>4. Betabloqueantes no cardioselectivos (orales o tópicos para el glaucoma) con antecedentes de asma que precisa tratamiento (aumenta el riesgo de broncoespasmo)</p> <p>5. Benzodiazepinas con insuficiencia respiratoria aguda o crónica (p. ej. pO₂ 8,0 kPa pCO₂ 6,5 kPa; riesgo de exacerbación de la insuficiencia respiratoria)</p>
-----------------------------	---

<p>Fármacos que aumentan de forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benzodiazepinas (sedantes, pueden reducir el nivel de conciencia, deterioran el equilibrio) 2. Neurolépticos (pueden causar dispraxia de la marcha, parkinsonismo) 3. Vasodilatadores (p. ej., bloqueantes alfa-1-adrenérgicos, calcioantagonistas, nitratos de acción prolongada, IECA, ARA-II) con hipotensión postural persistente (descenso recurrente superior a 20 mmHg de la presión sistólica; riesgo de síncope, caídas) 4. Hipnóticos-Z (p. ej., zoplicona, zolpidem, zaleplón) (pueden causar sedación diurna prolongada, ataxia)
<p>Analgésicos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de opiodes potentes orales o transdérmicos (morfina, oxicodona, fentanilo, buprenorfina, diamorfina, metadona, tramadol, petidina, pentazocina) como tratamiento de primera línea para el dolor leve (inobservancia de la escala analgésica de la OMS) 2. Uso de opiodes pautados (no a demanda) sin asociar laxantes (riesgo de estreñimiento grave) 3. Opiodes de acción prolongada sin opiodes de acción rápida para el dolor irruptivo (riesgo de persistencia del dolor grave)
<p>Carga antimuscarínica anticolinérgica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso concomitante de 2 o más fármacos con propiedades antimuscarínicas/anticolinérgicas (p. ej., antiespasmódicos vesicales, antiespasmódicos intestinales, ATC, antihistamínicos de primera generación) (riesgo de toxicidad antimuscarínica/anticolinérgica)

<p>Prevención de caídas</p>	<p>En general, se recomienda optimizar las dosis de los fármacos que están relacionados con las caídas, ajustándolas teniendo en cuenta los cambios en la absorción, distribución, aclaramiento y eliminación de los mismos en las personas mayores. Se ha demostrado que el uso de dos o más fármacos de los contenidos en la tabla adjunta, y no la polifarmacia, es un factor independiente de las caídas,¹² por lo que se debe prestar especial atención a la combinación de los mismos, retirando uno de ellos si fuera posible. La retirada o reducción de dosis de este fármaco debe de ir acompañada de otras estrategias de prevención de caídas en personas mayores.</p>
------------------------------------	---

Listado ordenado de los medicamentos que tienen mayor riesgo de favorecer las caídas en personas mayores (con su riesgo relativo)^{14 15 16}

GRUPO	MEDICAMENTO/GRUPOS MEDICAMENTOS ^{1,2,3,4}	POR CAÍDAS	ESTRATEGIAS PREVENCIÓN ^{* 13, 14}
SISTEMA CARDIOVASCULAR	Glucósidos cardíacos (Digoxina)	1.48 [1.11–1.99] ¹⁵	Reducción dosis
	Antiarrítmicos clase Ia	1.59 [1.02, 2.48] ¹³	
	Vasodilatadores para enf. Cardíacas (nitratos y α-bloq.)	1.12 [1.04–1.21] ¹⁵	
	Antihipertensivos (en general)	1.10 [1.05–1.16] ¹⁵	Retirada con monitorización posterior de la TA
	Antihipertensivos acción central	1.16 [0.87, 1.55] ¹³	
	Diuréticos	1.08 [1.02, 1.16] ¹³	
	Tiazídicos	0.97 [0.78, 1.20]	
	Del asa	0.90 [0.73, 1.12]	
	Beta bloqueantes	0.93 [0.77, 1.11] ¹³	
	Antagonistas del Ca	0.94 [0.94, 1.14] ¹³	
SISTEMA NERVIOSO	IECAs	1.21 [1.15–1.28] ¹⁵	
	Opioides	0.97 [0.78, 1.12] ¹³	
	Antiepilépticos	1.56 [1.28–1.90] ¹⁵	
	Psicotropos (en general)	1.74 [1.56–1.95] ¹⁵	Reducción gradual de dosis
	Antipsicóticos	1.37 [1.16–1.61] ¹⁵	
	Antiparkinsonianos	1.55 [1.21–1.97] ¹⁵	
	Hipnóticos	1.53 [1.40–1.68] ¹⁵	
	Antidepresivos	1.59 [1.43–1.75] ¹⁵	
	Benzodiazepinas	1.61 [1.35–1.93] ¹	Reducción gradual de la dosis
	Acción corta	1.44 [1.09, 1.90] ²	
Acción larga	1.32 [1.09, 1.90] ²		
SISTEMA ENDOCRINO	Antidiabéticos	1.39 [1.20–1.62] ¹	
OTROS	Analgésicos	1.33 [1.07–1.65] ¹	
	Antiinflamatorios	1.25 [1.11–1.42] ¹	

CRITERIOS START (Screening Tool to Action the Right Treatment)

Representan una herramienta para llamar la atención sobre los tratamientos indicados y apropiados basados en la evidencia disponible. En este caso, se asume que quien realiza la prescripción observará todas las contraindicaciones específicas de los fármacos prescritos antes de recomendarlos en pacientes mayores.

Criterios START (Screening Tool to Action the Right Treatment).

Incorporan 22 indicadores que detectan omisiones de prescripción de medicamentos que podrían beneficiar a los pacientes mayores de 65 años. Sin embargo, el inicio de la prescripción de medicamentos en estos pacientes, como hemos visto frecuentemente poli medicados, requiere una aproximación diagnóstica y clínica

compleja y adaptada a la situación de cada persona No han sido diseñados para remplazar el juicio clínico, sino para mejorar la evaluación farmacoterapéutica de los pacientes.

Sistema cardio vascular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de fibrilación auricular crónica. 2. AAS (75-160 mg/día) en presencia de fibrilación auricular crónica cuando los antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa están contraindicados. 3. Antiagregantes (AAS, clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) con antecedentes bien documentados de enfermedad vascular coronaria, cerebral o periférica 4. Antihipertensivos cuando la presión arterial sistólica sea habitualmente > 160 mmHg y/o la presión arterial diastólica sea habitualmente > 90 mmHg (> 140 mmHg y > 90 mmHg, respectivamente, si el paciente es diabético) 5. Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad vascular coronaria, cerebral o periférica, salvo que el paciente esté en situación de final de vida o su edad sea > 85 años 6. IECA en la insuficiencia cardíaca sistólica y/o cardiopatía isquémica bien documentada 7. Betabloqueantes en la cardiopatía isquémica 8. Betabloqueantes apropiados (bisoprolol, nebivolol, metoprolol o carvedilol) en la insuficiencia cardíaca sistólica estable
Sistema respiratorio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agonista beta-2 o antimuscarínico (p. ej., ipratropio, tiotropio) inhalado pautado en el asma o la EPOC leve a moderada 2. Corticosteroide inhalado pautado en el asma o la EPOC moderada a grave, cuando FEV1 < 50% del valor predicho y existen frecuentes exacerbaciones que requieren corticosteroides orales 3. Oxigenoterapia domiciliaria continua en la hipoxemia crónica ($pO_2 < 8,0$ kPa, 60 mmHg o $SatO_2 < 89\%$)

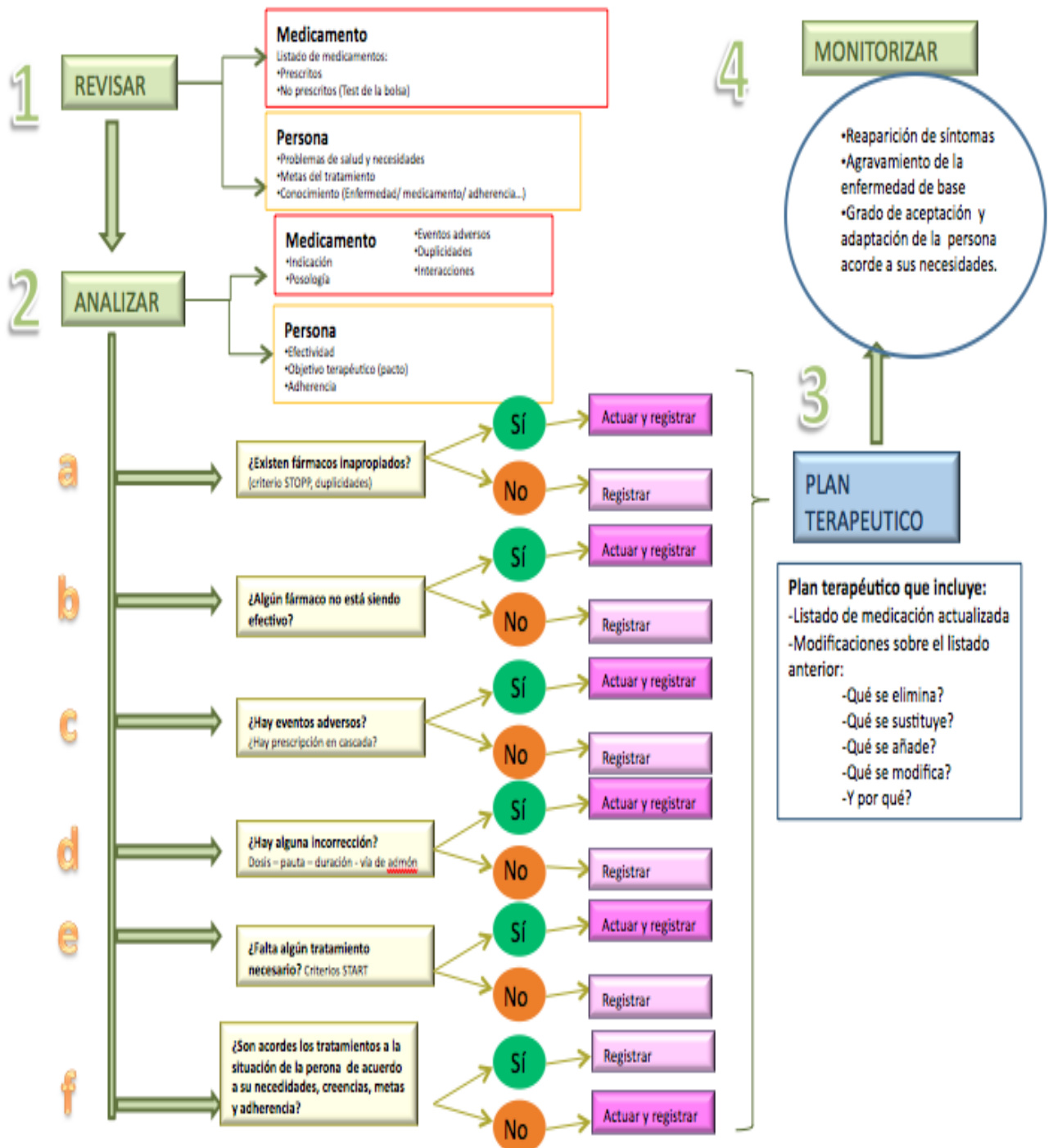
Sistema nervioso central y ojos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Levodopa o un agonista dopaminérgico en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional y discapacidad secundarias. 2. Antidepresivos no tricíclicos en presencia de síntomas depresivos mayores persistentes 3. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, galantamina) para la enfermedad de Alzheimer leve-moderada o la demencia por cuerpos de Lewy (rivastigmina). 4. Prostaglandinas, prostamida o betabloqueantes tópicos para el glaucoma primario de ángulo abierto. 5. ISRS (ISRN o pregabalina si los ISRS está contraindicados) para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional. 6. Agonistas dopaminérgicos (ropinirol, pramipexol o rotigotina) para el síndrome de piernas inquietas una vez se han descartado como causas la deficiencia de hierro y la enfermedad renal grave.
Sistema gastro intestinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. IBP en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o la estenosis péptica que precise dilatación. 2. Suplementos de fibra (p. ej., salvado, ispaghula, metilcelulosa, sterculia) en la diverticulosis con antecedentes de estreñimiento

Sistema musculoesquelético	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide activa incapacitante. 2. Bifosfonatos y vitamina D y calcio en pacientes que reciben corticosteroides orales a largo plazo 3. Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida y/o fracturas por fragilidad, previas y/o densidad mineral ósea con T inferiores a -2,5 en múltiples puntos) 4. Antirresortivos o anabolizantes óseos (p. ej., bifosfonatos, ranelato de estroncio, teriparatida, denosumab). en pacientes con osteoporosis conocida cuando no existan contraindicaciones farmacológicas o clínicas para su uso (densidad mineral ósea con T inferiores a -2,5 en múltiples puntos) y/o antecedentes de fracturas por fragilidad. 5. Suplementos de vitamina D en pacientes mayores que no salen de casa, sufren caídas o tienen osteopenia (densidad mineral ósea con T < -1,0 pero no < -2,5 en múltiples puntos) 6. Inhibidores de la xantina oxidasa (p. ej., alopurinol, febuxostat) en pacientes con antecedentes de episodios de gota recurrentes 7. Suplementos de ácido fólico en pacientes que toman metotrexato
Sistema endocrino	<ol style="list-style-type: none"> 1. IECA (ARA-II si no se toleran los IECA) en la diabetes con evidencia de enfermedad renal (proteinuria en una tira reactiva o microalbuminuria(> 30 mg/24 h) con o sin datos bioquímicos de enfermedad renal
Sistema genitourinario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bloqueantes alfa-1-adrenérgicos para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía 2. Inhibidores de la 5-alfa reductasa para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía 3. Estrógenos tópicos vaginales o pesario con estrógenos para la vaginitis atrófica sintomática
Analgésicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opiodes potentes en el dolor moderado o severo cuando el paracetamol, los AINE o los opiodes de baja potencia no son apropiados para la gravedad del dolor o se han demostrado ineficaces 2. Laxantes en pacientes que reciben opiodes de forma regular
Vacunas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vacuna trivalente anual contra la gripe estacional 2. Vacuna antineumocócica cada 5 años

INTERVENCIÓN PARA LA ADECUACIÓN SISTEMÁTICA DE LA MEDICACIÓN**PASOS PARA LA ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL EN LA ADECUACIÓN SISTEMÁTICA DE LA MEDICACIÓN** ^{17 18 19}

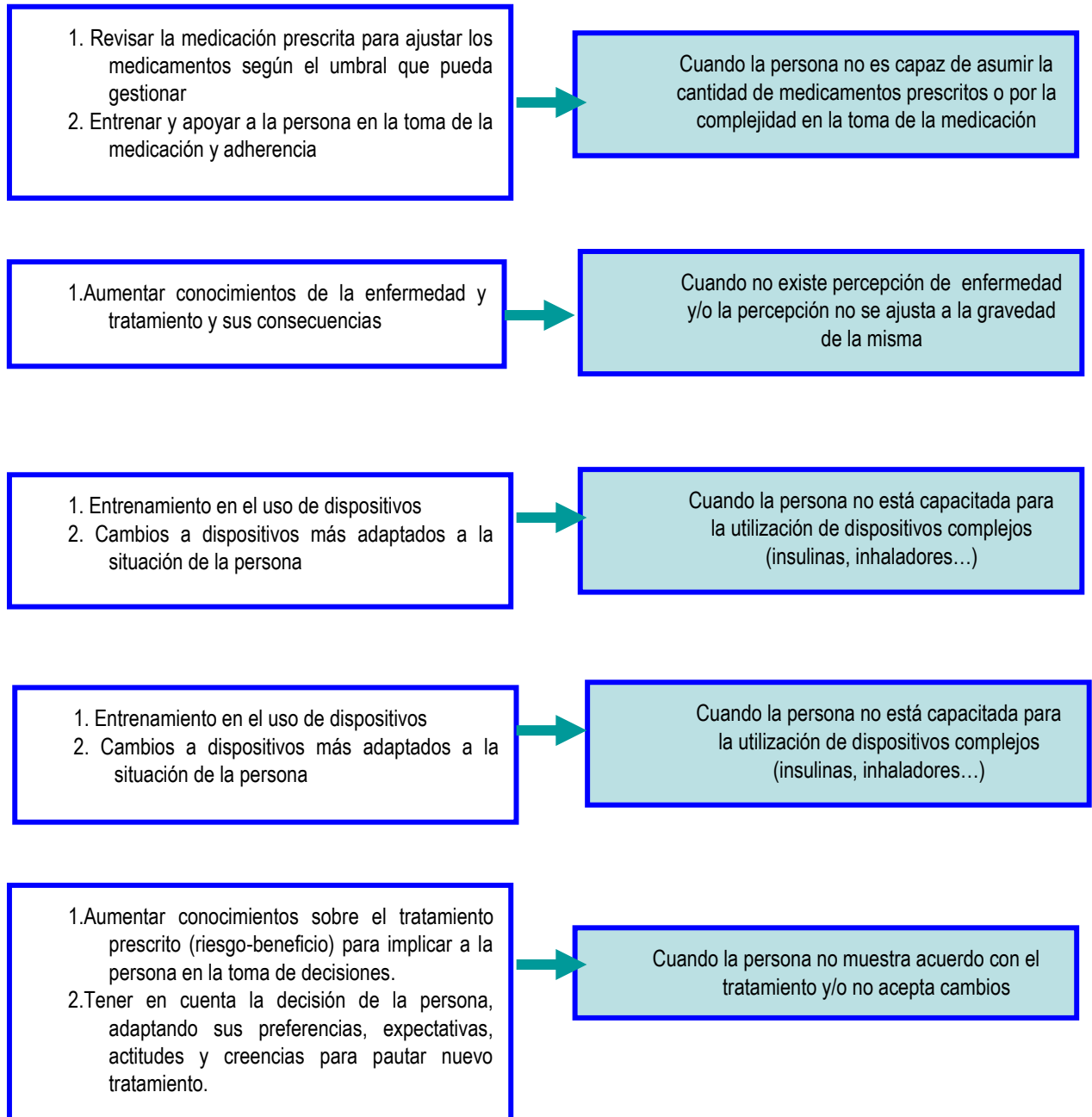
ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN
1. REVISIÓN
a) Medicación registrada en historia + información aportada ("test de la bolsa")
b) Listar los problemas de salud activos priorizándolos y posibles consecuencias a prevenir
c) Medicación prescrita relacionada con los problemas de salud activos y priorizados. Indicación válida y relevante.
d) Conocimiento de la persona/ persona cuidadora sobre la medicación
2. ANALIZAR
a) Problemas de Adherencia terapéutica
b) Pacto de objetivos ajustado a situación del paciente
3. ACTUAR (criterios STOPP-START)
Retirar: Duplicidades, fármacos que produzcan Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) valorando el riesgo-beneficio, fármacos anteriormente prescritos para síntomas de una RAM, fármacos que hayan superado el tiempo máximo de duración, fármacos sin indicación terapéutica activa, registrada o justificada, fármacos con poca evidencia de eficacia para una indicación concreta, fármacos de utilidad terapéutica baja o nula.
Sustituir/ nueva prescripción: Fármacos inapropiados para personas mayores, fármacos que estén interaccionando entre ellos, fármacos con opciones más eficientes.
Adecuar: - Dosis y pautas de la medicación (dosis mínima eficaz) y uso adecuado de los productos sanitarios. - Si existen criterios STOPP mantenidos justificarlos debidamente.
4. SEGUIMIENTO Y APOYO AL MANEJO EFECTIVO DEL TRATAMIENTO
a) Adaptar el ritmo a las necesidades y situación de la persona
b) Pacto con la persona: Tener en cuenta preferencias, expectativas, actitudes y creencias
c) Pacto con la persona: Resaltar logros, valorar la adherencia y apoyar
d) Detectar síntomas o agravamiento de enfermedades de base

ALGORITMO PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN



Elaboración propia a partir de 20 21 22 23 24 25

PASOS PARA LA IMPLICACIÓN DE LA PERSONA EN LA ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN ¿CUANDO HAY QUE ADAPTAR LA MEDICACIÓN A LAS SITUACIONES Y NECESIDADES DE LA PERSONA?²⁶



PARA SABER MÁS (ENLACES A DOCUMENTOS o WEBS RECOMENDADAS)

1. La Estrategia de envejecimiento activo: de la teoría a la práctica clínica. Artículo especial²⁰. Disponible en:
<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n3sup1/v16n3sup1.pdf>
2. Guía Crea Recursos. [SAMFYc/documentos/crea-recursos-01.pdf](http://www.samfyc.es/documentos/crea-recursos-01.pdf)
3. AGL active ageint going local.
[SAMFYc/documentos/AGL%20Active%20Ageing%20Going%20Local.pdf](http://www.samfyc.es/documentos/AGL%20Active%20Ageing%20Going%20Local.pdf)
4. Boletín terapéutico andaluz (BTA) Editado por el Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME) www.easp.es/cadime
5. Guía para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedicados en Atención Primaria 1ª Edición. Edita: Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía. Febrero de 2013.
<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/>
6. Guía de la buena prescripción. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción sobre medicamentos esenciales.
<http://www.icf.uab.es/universidad/gbp/castella/gbp.pdf>.

WEBS RECOMENDADAS:

- <http://www.sefap.org/noticias/327/criterios-stop-start-2015#.V0sMC49OLIU>
- <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-mejorando-prescripcion-medicamentos-las-personas-90393323>
- http://www.samfyc.es/index.php?option=com_content&view=section&id=19&Itemid=58
- [SAMFYc/medicacion_paciente_cronico_cat%20.pdf](http://www.samfyc.es/medicacion_paciente_cronico_cat%20.pdf)
- [SAMFYc/documentos/EI%2030%25%20de%20las%20personas%20mayores%20de%2065%20años%20sufre%20caídas%20al%20menos%20una%20vez%20al%20año.pdf](http://www.samfyc.es/documentos/EI%2030%25%20de%20las%20personas%20mayores%20de%2065%20años%20sufre%20caídas%20al%20menos%20una%20vez%20al%20año.pdf)
- [SAMFYc/criterios%20stop%20start/FICHA_ProyectoHENDEL_KA2_2016_CS_JA.pdf](http://www.samfyc.es/criterios%20stop%20start/FICHA_ProyectoHENDEL_KA2_2016_CS_JA.pdf)

1 Hamilton H, Gallagher PF, Ryan C, Byrne S, O'Mahony D. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. Arch Intern Med. 2011;171:1013–9

2 STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version Deniso'Mahony ,David O'Sullivan,Stephen Byrne, Marien Oelle O'Connor, Cristin Ryan, Paul

Gallagher. Age and Ageing 2015;44:213–218 doi: 10.1093/ageing/afu145 Published electronically 16 October 2012

3 Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. Estudio Octabaix Assumpta Ferrer, Francesc Formiga, Héctor Sanz, Elena Monserrated, Dolors Verges y Grupo Octabaix. Aten Primaria. 2014;46(9):475–482
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.004>

4 Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_ap_eas.pdf. Consultado enero 2014.

5 Roure Nuez C. Conciliación de la medicación: una herramienta necesaria para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente. Butlletí d'Informació Terapèutica. 2010; 22:19-26. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/Medicaments/Professionals/Butlletins/Boletin_Informacion_Terapeutica/Documents/Arxiu/BIT_v22_n04_e.pdf

6 Hill-Taylor B, Sketris I, Hayden J, Byrne S, O'Sullivan D, Christie R. Application of the STOPP/START criteria: A systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. J Clin Pharm Ther. 2013;38:360–72

7 Criterios STOPP-START: Gallagher P Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony. STOPP (Screening tool of older person's prescriptions) and START (Screening tool to alert doctors to right treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008; 46:72-83. La versión en español la encontramos en: E. Delgado Silveria et al.

8 Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: Los criterios STOPP/START. Traducción en España por Delgado y Cols en 2009. Rev Esp Geriatria gerontología. 2009;44: 273-279.

9 American Geriatrics Society 2015. Update Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Journal American Geriatrics Society. JAGS 201

10 López-Torres Hidalgo J et al. Actividades preventivas en mayores, grupo de expertos del PAPPs. Atención Primaria 2016.

11 Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. E. Delgado Silveira et al / Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89–96

12 Criterios STOPP-START: Gallagher P Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony. STOPP (Screening tool of older person's prescriptions) and START (Screening tool to alert doctors to right treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008; 46:72-83. La versión en español la encontramos en: E. Delgado Silveria et al.

13 Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(5): 273-9. top tips for GPs – Strategies for safer prescribing. National Institute for Health & Clinical Excellence, 2011.

- 14 Huang AR, Mallet L, Rochefort CM, Eguale T, Buckeridge DC, Tamblyn R. Medications related falls in the elderly. Causative factors and preventive strategies. *Drug Aging*. 2012;29:359-76.
- 15 de Jong MR, Van der Elst M, Hartholt KA. Drug-related falls in older patients: implicated drugs, consequences, and possible prevention strategies. *Ther Adv Drug Saf*. 2013;4:147-54.
- 16 Bloch F, Thibaud M, Tournoux-Facon C, Brèque C, Rigaud AS, Dugué B et al. Estimation of the risk factors for falls in the elderly: Can meta-analysis provide a valid answer?. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13: 250–263.
- 17 Gómez Rodríguez de Acuña A, Alvarez Dorta I, Padilla Luz A, González Gómez CM, Pérez Cánovas, ME. Desprescripción razonada en pacientes polimedicados. *Bolcan*. 2014;5(4):1-8..
- 18 Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MDC. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(4):162–7.
- 19 Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Territ del Sist Nac Salud*. 2011;35:114–23.
- 20 Espinosa Almendro JM, Muñoz Cobos F, Burgos Varo M^aL, Gertrudis Díez M^aA, Canalejo Echeverría A, Criado Zofio M. La estrategia de envejecimiento activo: de la teoría a la práctica clínica [artículo especial]. *Med fam Andal*. 2015; 16 (3 Sup 1): 5-70. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n3sup1/v16n3sup1.pdf>
- 21 Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Polimedicación e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de la misma moneda? *Pharm Care Esp*. 2011;13(1): 23-9.
- 22 Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015
- 23 Hanlon J, Schmader K, Samsa G, Weinberger M, Uttech K, Lewis I, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol*. 1992;45:1045–51
- 24 Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MDC. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la de prescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(4):162–7.
- 25 Gómez Rodríguez de Acuña A, Alvarez Dorta I, Padilla Luz A, González Gómez CM, Pérez Cánovas, ME. Desprescripción razonada en pacientes polimedicados. *Bolcan*. 2014;5(4):1-8.
- 26 Generalitat de Catalunya. Programa de prevació y atenció a la cronicitat . Manejo de la medicación en el paciente crónico: Conciliación, revisión, represcripción y adherencia. Pla de Salut 2011-2015. Barcelona 2015

FICHA 9 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: PREVENCIÓN DE TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

INDICACIÓN

Promover la detección precoz y el abordaje de los trastornos neurocognitivos de las personas mayores

El trastorno neurocognitivo menor es muy prevalente y afecta a la cuarta o quinta parte de las personas mayores y por sí, supone un aumento de morbilidad y un mayor riesgo de paso a trastorno neurocognitivo mayor. Se estima que en el año 2015, viven en el mundo 46.8 millones de personas. Se prevé que este número se duplique cada 20 años, alcanzando los 74.7 millones en el 2030 y los 131.5 millones en el 2050. Estas cifras calculadas recientemente significan un aumento de un 12%-13% más de las informadas en el Informe Mundial sobre el Alzheimer del año 2009.

A fin de poder hacer una estimación de la proyección de la enfermedad en nuestro entorno, nos apoyamos en el estudio Eurodem¹ que aun sigue estando vigente (6.5% en edades comprendidas entre los 65-79 años y el 13% en mayores de 80 años), en función de estas estimaciones podemos prever que en 2020 tendremos en Andalucía aproximadamente 123695 personas afectadas de demencias, que se elevarán a 156683 tan solo una década después.

La evolución es imparable y además es necesario reseñar que habrá una preponderancia de mujeres afectadas por la enfermedad, es necesario por ello, a la hora de efectuar cualquier intervención, tener muy en cuenta la perspectiva de género a fin de aminorar las desigualdades. Se estima que un 90% de personas afectadas viven con sus familias y un 40% son dependientes totales. Los estudios indican que un 40% de las personas ingresadas en residencias para mayores padecen demencia¹

En el contexto de las personas con demencia, todo lo relacionado con los cuidados adquiere una especial relevancia, dado que la gran mayoría viven en sus propios domicilios y los cuidados más habituales son los denominados *cuidados informales*, que son aquellos que realiza la propia familia, amigos o allegados

Para la definición de trastorno neurocognitivo se utilizan los criterios del DSM5:

¹ Lobo A et al (GRUPO ZARADEMP). El estado del proyecto EURODEM: epidemiología de las demencias en Europa. Capítulo 2. Alzheimer 2003: ¿qué hay de nuevo? En: http://ealzheimer.bligoo.es/media/users/10/533679/files/55897/Estudio_Europeo_Alzheimer_EURODEM.pdf

Trastorno neurocognitivo menor:

A. Evidencia de un declive cognitivo-modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del clínico con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.
2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B. Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un *delirium* D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno mental grave).

Trastorno neurocognitivo mayor:

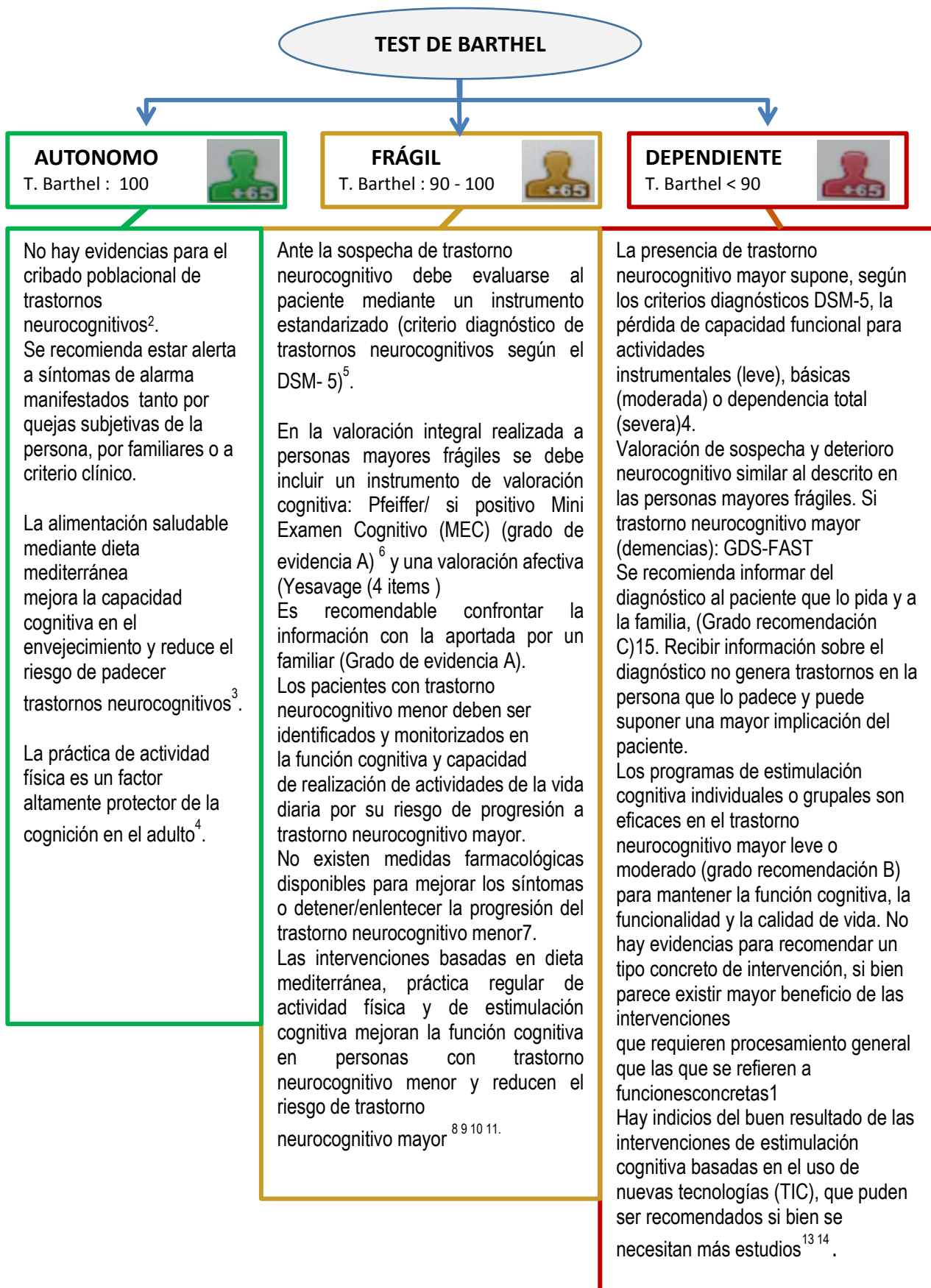
A. Existencia de un declive cognitivo importante desde un nivel previo de mayor desempeño en al menos una de las áreas: aprendizaje y memoria, lenguaje, capacidad ejecutiva, atención, habilidad perceptual, cognición social.

1. Preocupación respecto al cambio de cognición del paciente, familia y/o clínico.
2. Declive en el desempeño neuropsicológico de test en 2 DS.

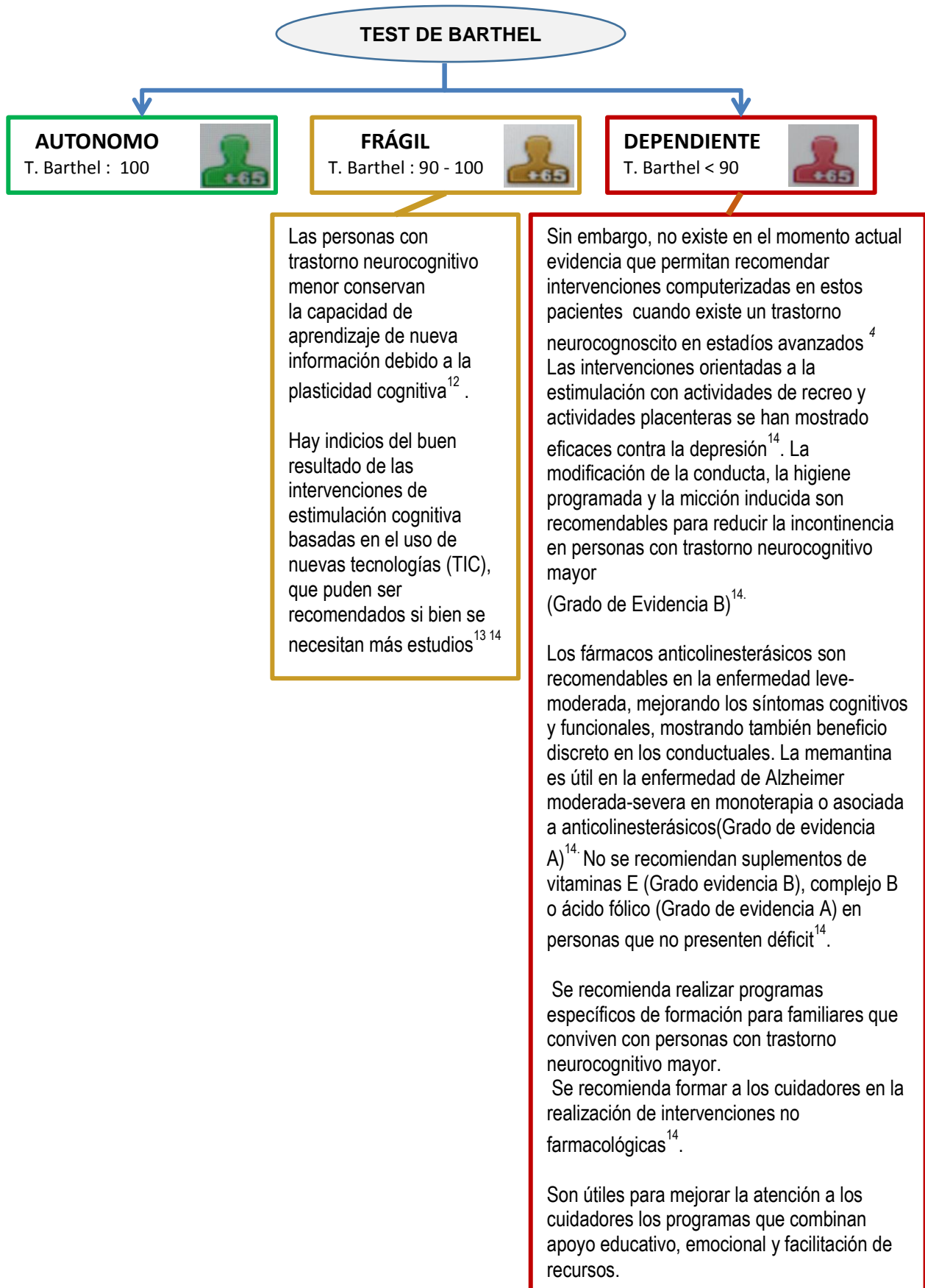
B. Con repercusión significativa en las actividades laborales y/o sociales, precisan ayuda para realizarlas y si no disponen de ella no las realizan. leve: actividades instrumentales, moderada: actividades básicas, severa: dependencia total.

C. Los déficits cognitivos no pueden atribuirse a la existencia de presencia de otros trastornos mentales.

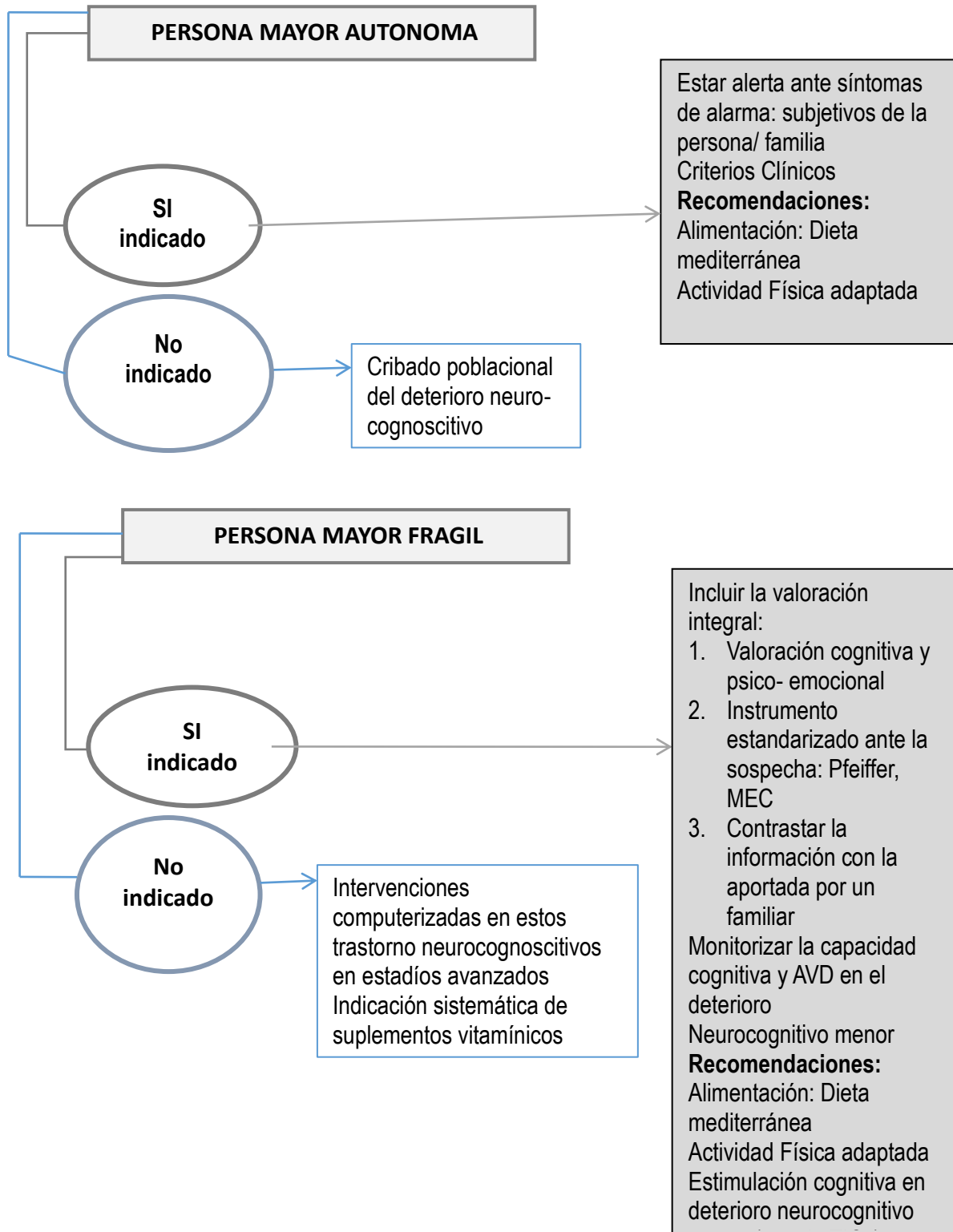
D. Los déficits cognitivos no aparecen en el transcurso de un *delirium*, aunque este puede superponerse.

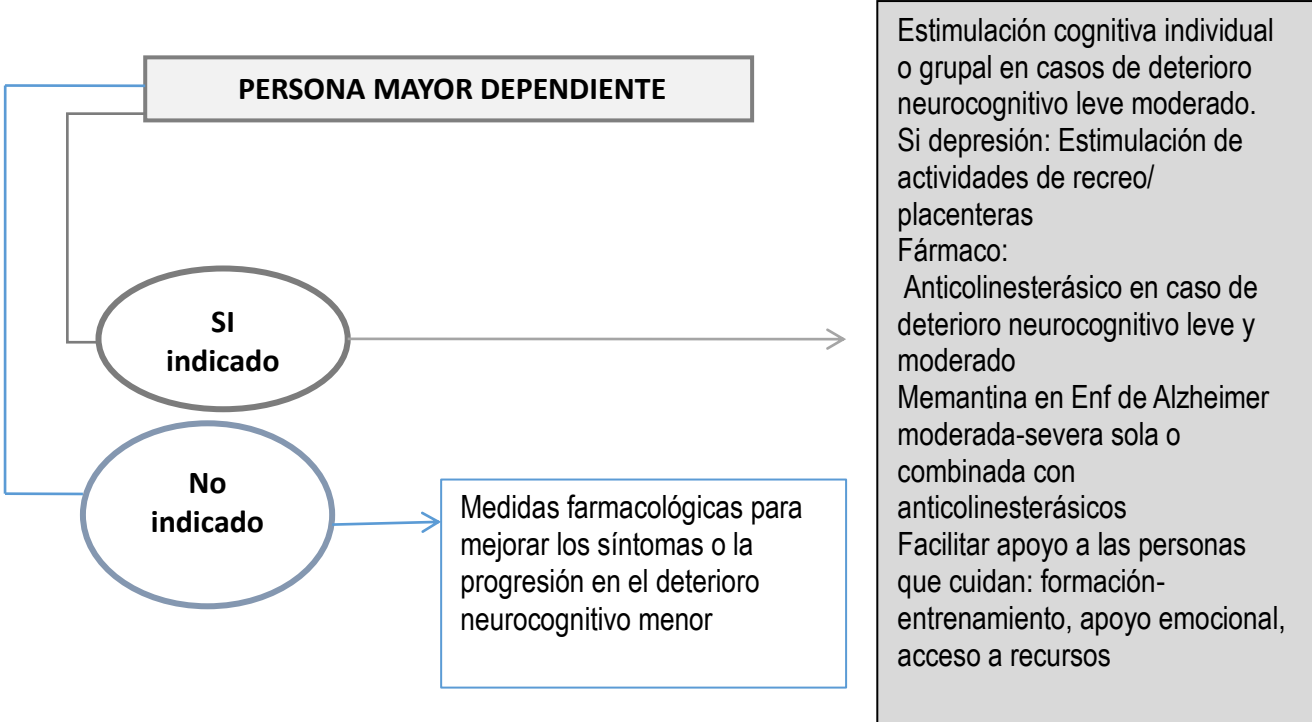


TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS



ALGORITMO DE INTERVENCIÓN





PARA SABER MÁS:

- **GPC Alzheimer y otras Demencias - GuíaSalud**
[www.guiasalud.es/GPC/GPC_484 Alzheimer AIAQS compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf)
- Estimulación cognitiva:
- <http://www.demenciayalzheimer.com/ejercicios-cognitivos-paradescargar/>
- envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/crea-recursos01.pdf

BIBLIOGRAFIA

- 1 Instituto Andaluz de Neurociencia y Conducta. <http://www.ianec.es/>. Consultado en mayo 2016
- 2 Conferencia de Prevención y Promoción de la salud en la práctica clínica en España. Libro de resúmenes. Madrid. 2007: 26-30
- 3 Cinta Valls-Pedret, MSc; Aleix Sala-Vila, DPharm, PhD; Merce Serra-Mir, RD; Dolores Corella, DPharm, PhD; Rafael de la Torre, DPharm, PhD; Miguel Angel Martinez-Gonzalez, MD, PhD et al. Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2015;175(7):1094-1103
- 4 Ruscheweyh R, Willemer C, Kruger K, Duning T, Warnecke T, Sommer J, et al. Physical activity and memory functions: An interventional study. *Neurobiol Aging.* 2011;32:1304-19
- 5 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 5ª ed. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013
- 6 De Hoyos MC, Tapias E, García de Blas F. Demencia. *AMF* 2012;8(9):484-495
- 7 Li H, Li J, Li N, Li B, Wang P, Zhou T. Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2011;10:285–96

- 8 Baker LD, Frank LL, Foster-Schubert K, Green PS, Wilkinson CW, McTiernan A, et al. Effect of aerobic exercise on mild cognitive impairment: A controlled trial. *Arch Neurol.* 2010;67:71-9
- 9 Ngandun T, Lethisalo A, Levalahti A, Ahtiluoto S, Antikainen R, Boekman L, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;385:2255–63
- 10 Mangialasche F, Kivipelto M, Solomon A, Fratiglioni L. Dementia prevention: Current epidemiological evidence and future perspective. *Alzheimers Res Ther.* 2012;4:6.
- 11 Jean L, Simard M, Wiederkehr S, Bergeron ME, Turgeon Y, Hudon C, et al. Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: result of a randomised controlled study. *Neuropsychol Rehabil.* 2010;20:377-405
- 12 Calero MD, Navarro E. Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Arch Clin Neuropsychol.* 2007;22:63–72
- 13 Soto-Pérez F, Franco Martín M, Monardes C, Jiménez F. Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *R.P.P.C.* 2010;15:19–37
- 14 Faucounau V, Wu YH, Boulay M, de Rotrou J, Rigaud AS. Cognitive intervention programmes on patients affected by mild cognitive impairment: A promising intervention tool for MCI? *J Nutr Health Aging.* 2010;14:31–5
- 15 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07
- 16 Conferencia de Prevención y Promoción de la salud en la práctica clínica en España. Libro de resúmenes. Madrid. 2007: 26-30

17 Cinta Valls-Pedret, MSc; Aleix Sala-Vila, DPharm, PhD; Merce Serra-Mir, RD; Dolores Corella, DPharm, PhD; Rafael de la Torre, DPharm, PhD; Miguel Angel Martinez-Gonzalez, MD, PhD et al. Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2015;175(7):1094-1103

18 Ruscheweyh R, Willemer C, Kruger K, Duning T, Warnecke T, Sommer J, et al. Physical activity and memory functions: An interventional study. *Neurobiol Aging.* 2011;32:1304-19.

19 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 5^a ed. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

20 De Hoyos MC, Tapias E, García de Blas F. Demencia. *AMF* 2012;8(9):484-495
21 Li H, Li J, Li N, Li B, Wang P, Zhou T. Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2011;10:285–96.

22 Baker LD, Frank LL, Foster-Schubert K, Green PS, Wilkinson CW, McTiernan A, et al. Effect of aerobic exercise on mild cognitive impairment: A controlled trial. *Arch Neurol.* 2010;67:71-9.

23 Ngandun T, Lethisalo A, Levalahti A, Ahtiluoto S, Antrikainen R, Boekman L, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;385:2255–63.

24 Mangialasche F, Kivipelto M, Solomon A, Fratiglioni L. Dementia prevention: Current epidemiological evidence and future perspective. *Alzheimers Res Ther.* 2012;4:6

25 Jean L, Simard M, Wiederkehr S, Bergeron ME, Turgeon Y, Hudon C, et al. Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: result of a randomised controlled study. *Neuropsychol Rehabil.* 2010;20:377-405

26 Calero MD, Navarro E. Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Arch Clin Neuropsychol.* 2007;22:63–72

- 27 Soto-Pérez F, Franco Martín M, Monardes C, Jiménez F. Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. R.P.P.C. 2010;15:19–37
- 28 Faucounau V, Wu YH, Boulay M, de Rotrou J, Rigaud AS. Cognitive intervention programmes on patients affected by mild cognitive impairment: A promising intervention tool for MCI? J Nutr Health Aging. 2010;14:31–5
- 29 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07

FICHA 10 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: DESNUTRICIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

INDICACION:

Identificar y abordar de manera precoz y efectiva las situaciones de desnutrición

La desnutrición es un trastorno por déficits en la ingesta o absorción de nutrientes respecto a los requerimientos nutricionales de la persona.

El déficit nutricional tiene importantes implicaciones para las personas mayores: duplican días de encame y tienen mayor probabilidad de reingresos y hay estudios que muestran la relación entre riesgo nutricional y mortalidad. La relación entre malnutrición y mortalidad sigue una curva en "U": la menor mortalidad se registra para un sobrepeso ligero. Un IMC por debajo de 22Kg/m² se ha asociado a una mayor tasa de mortalidad al año y a un peor estado funcional en personas mayores.

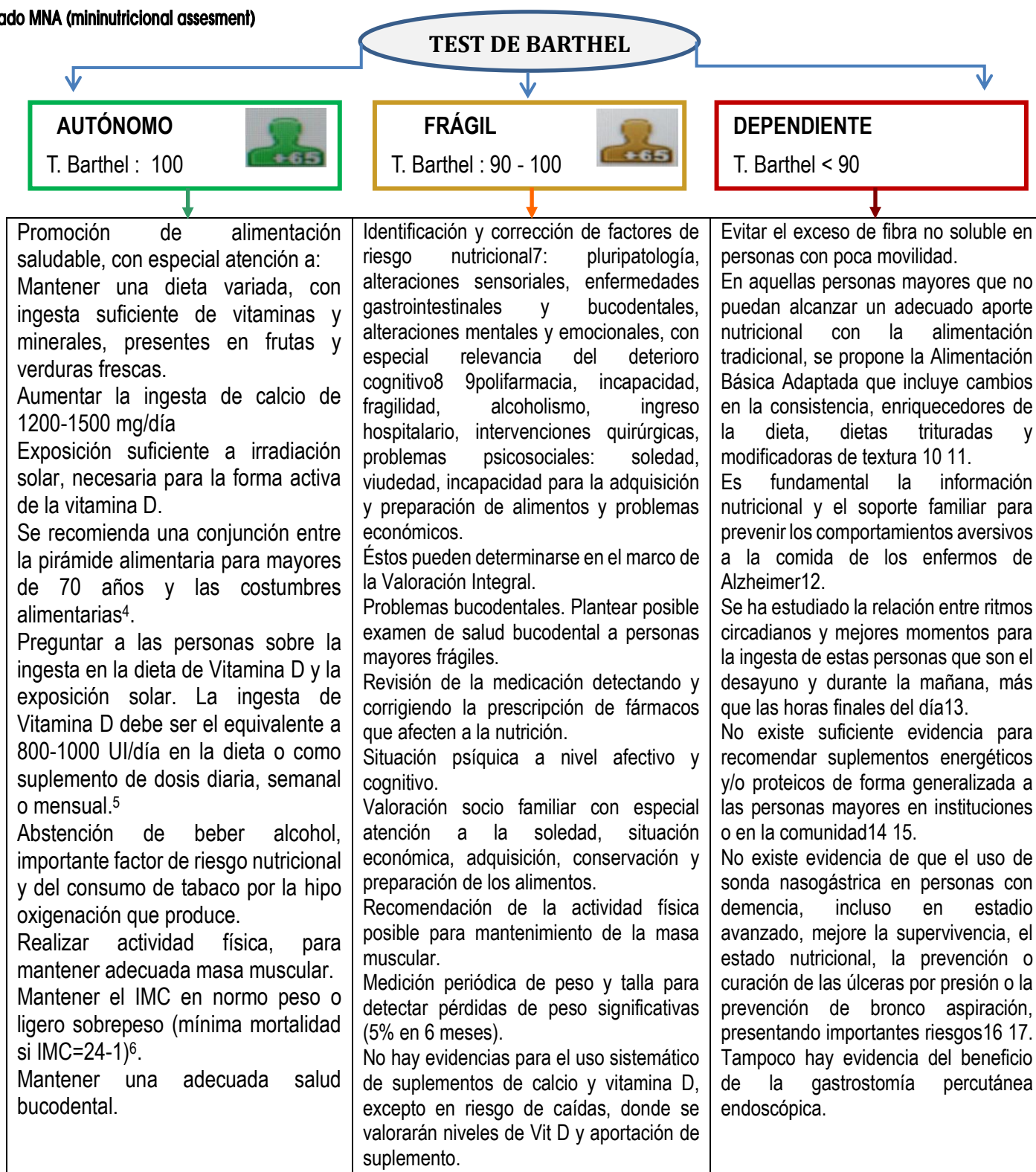
La desnutrición no está necesariamente ligada al propio proceso de envejecimiento, pero sí comporta la mayor presencia de determinadas características y el conocimiento de estos factores de riesgo debería permitir prevenirla y diagnosticarla de manera precoz, antes de que los marcadores biológicos se vean alterados. Entre los factores de riesgo de desnutrición en ancianos destacan ¹: pluripatología, alteraciones sensoriales, enfermedades gastrointestinales, alteraciones mentales y emocionales, con especial relevancia del deterioro cognitivo, polifarmacia, incapacidad, fragilidad, alcoholismo, ingreso hospitalario, intervenciones quirúrgicas. Son relevantes también los problemas psicosociales: soledad, viudedad, incapacidad para la adquisición y preparación de alimentos y problemas económicos.

La prevalencia de este trastorno varía de forma importante según el método utilizado y la población estudiada. Una revisión sistemática² sobre desnutrición en población mayor española, siguiendo el Mini Nutritional Assessment, mostró una prevalencia del 16.6%.

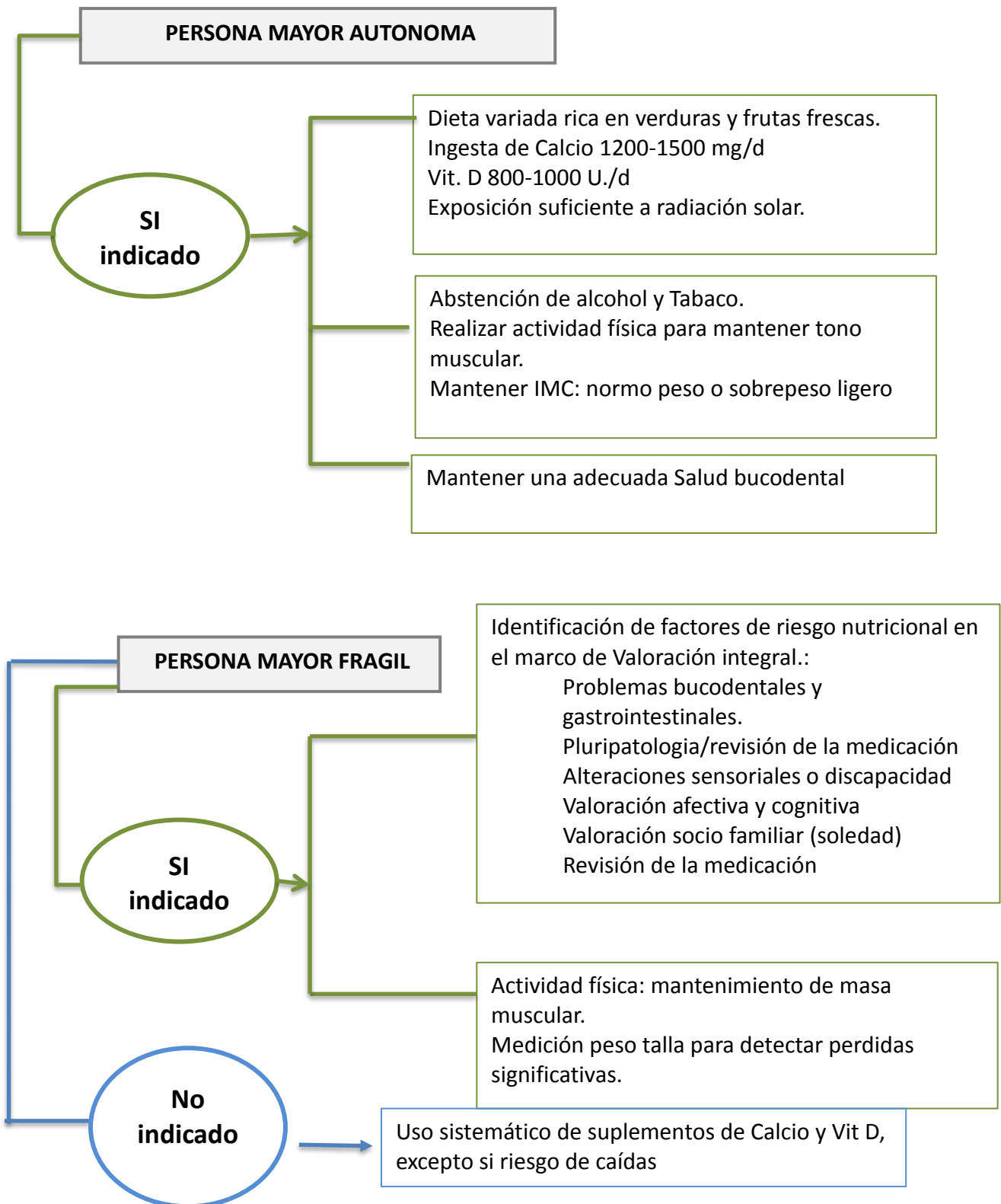
En un estudio poblacional realizado en la comunidad autónoma andaluza se pone de manifiesto que en ambos sexos disminuye con la edad la ingesta energética, en hombres de modo gradual y en mujeres tras una meseta que presenta un punto de inflexión a edades medias³.

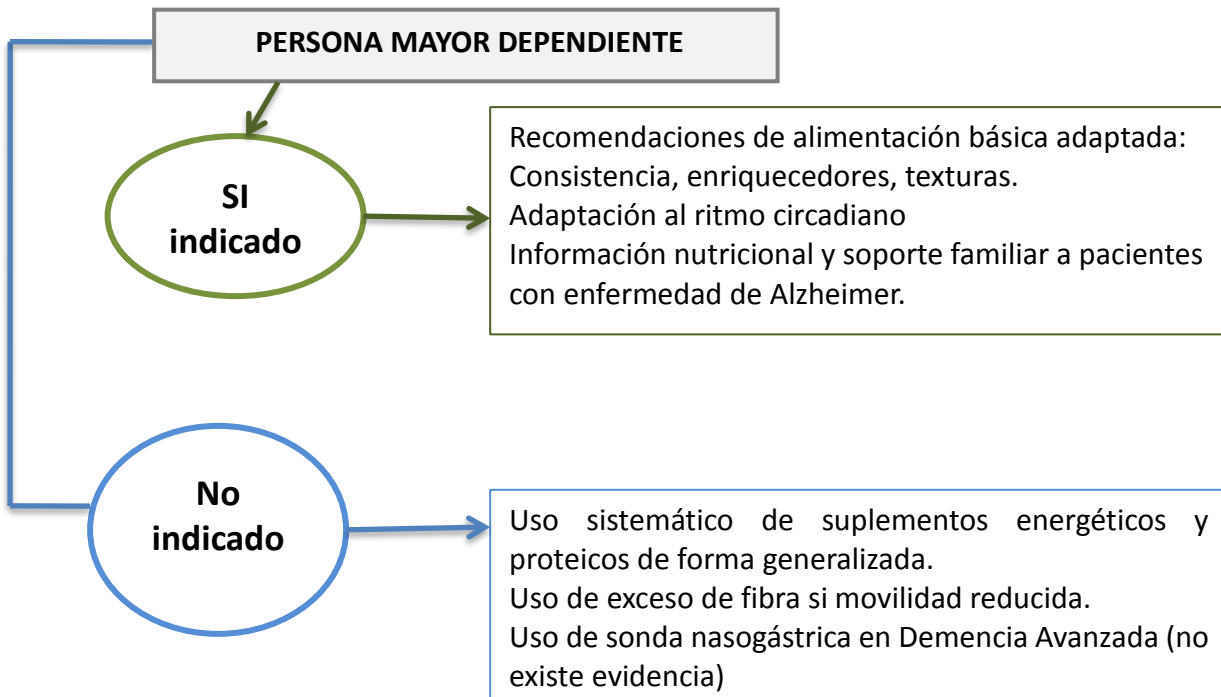
RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Cribado MNA (mininutricional assesment)



ALGORITMO DE INTERVENCIÓN





PARA SABER MÁS:

- Guía de orientación nutricional para personas mayores:
www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid...pagename...
- Guía de alimentación y nutrición para las personas mayores
www.edad-vida.org/destacados_edad_vida.php?id=68
- Nutrición y alimentación en personas de edad avanzada.
www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/4_colaboraciones/nutricion_mayores/alimentacion_mayores.htm

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Sabartés O. Factores de riesgo de malnutrición. En: Rubio MA. Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Barcelona: Ed Masson, 2002: 31-38.
- 2 Milá R, Formiga F, Duran P y Abellana R. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Med Clin (Barc).2012.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.04.008>.
- 3 Valoración del Estado Nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Consejería de Salud, Sevilla, 2000.
- 4 Noel M, Reddy M. Nutrition and aging. Prim Care 2005;32(3):659-69.
- 5 Martín Lesende I, López-Torres JD, Gorroñoitia Iturbe A, de Hoyos MC, Baena Díez JM y herreros Herreros Y. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria. 2014;46(Supl 4):75-81
- 6 Conferencia de Prevención y Promoción de la salud en la práctica clínica en España. Libro de resúmenes. Madrid. 2007: 26-30.
- 7 Sabartés O. Factores de riesgo de malnutrición. En: Rubio MA. Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Barcelona: Ed Masson, 2002: 31-38.
- 8 Irving GF, Olsson BA, Cederholm T. Nutritional and Cognitive Status in Elderly Subjects living in Service Flats, and the effect of nutrition education on personal. Gerontology 1999;45:187-194.
- 9 Botella JJ, Ferrero MI. La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar. Nutr Hosp. 2004;19:154-159.
- 10 Domínguez A, López-Pardo M. Intervenciones de enfermería/asesoramiento nutricional para paciente y cuidadores de enfermedad de Alzheimer. Nutr Hosp. 2005;20 (Supl 1):189-90.
- 11 García PP, Romero H, Serrano P, Pereira JL. Alimentación Básica Adaptada a los ancianos y personas con alteraciones de la deglución. Endocrinol Nutr 2002;49(Supl 2):5-8.
- 12 Riviere S, Gillete-Guyonet S, Andreieu S, Nourhashemi F y cols..... Cognitive function and caregiver burden: predictive factors for eating behaviour. Int J Geriatr Psychiatry 2002;17(10):950-955.
- 13 Young KW, Binns MA, Greenwood CE. Meal delivery practices do not meet needs for Alzheimer patients with increased cognitive and behavioural difficulties in a long-term care facility. J Gerontol 2001;56(10)M 656-M661.
- 14 Milne AC, Avenell A, Potter J. Meta-analysis: protein and energy supplementation in older people. Ann Intern Med 2006;144:37-48
- 15 Soto A, Venegas E, Santos M, Sanz L Luna PP. Patients in treatment for malnutrition in primary care of 500 real patients. Nutr Hosp 2002, 17(1):10-4.
- 16 Álvarez-Fernández B, García-Ordóñez MA, Martínez-Manzanares C, Gómez-Huelgas R. Survival of a cohort of elderly patients with advanced dementia: Nasogastric tube feeding as a risk factor for mortality. Int J Geriatr Psychiatry.2005;20:363-70.
- 17 Elizabeth L Sampson, Bridget Candy, Louise Jones. Alimentación enteral para personas mayores con demencia avanzada (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD007209. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

FICHA 11 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: DETECCIÓN PRECOZ DE INCONTINENCIA URINARIA EN MAYORES DE 65 AÑOS

INDICACIÓN:

Identificar de manera precoz la incontinencia urinaria en persona mayores para un abordaje efectivo.

La incontinencia de orina, es un síntoma patológico multicausal, fluctuante en intensidad, consistente en la pérdida involuntaria de orina, en un momento y lugar inadecuados, y que constituye para la persona que la sufre un problema psíquico, social, de higiene y/o económico.

La incontinencia urinaria es prevenible, por ello desde edades tempranas es importante poner en marcha medidas para evitar su aparición (Vg.: fortalecimiento del suelo pélvico tras el parto).

Es un síndrome reversible si se diagnostica de manera temprana, hay que desterrar el mito de la irreversibilidad.

Suele ser un problema oculto por el que se suele preguntar cuando el proceso ya está muy avanzado, históricamente ha conllevado un estereotipo vergonzante, por ello las personas que lo padecen se recluyen, abandonan sus actividades sociales con la consiguiente pérdida de felicidad que conlleva.

Es más frecuente en la mujer que en el hombre y aumenta con la edad, tanto en unos como en otras, la incontinencia urinaria es prevenible y tratable, por ello es importante investigar activamente dado que cuanto antes se detecte el problema, mayores posibilidades de tratamiento puede tener.

La incontinencia urinaria se clasifica en función de:

- Según la cantidad de la pérdida.
 - Leve, moderada y severa
- Incontinencia funcional.
- Según el tiempo de evolución.
 - Transitorias.
 - Establecidas o crónicas:
 - Incontinencia de esfuerzo o de estrés
 - Incontinencia de urgencia, refleja, inestable o hiperactiva
 - Incontinencia de causa neurológica o vejiga neurógena
 - Incontinencia por rebosamiento
 - Incontinencia mixta.

En los hombres, la más frecuente es la incontinencia de urgencia y en la mujer la incontinencia de esfuerzo, es importante tener claro el tipo de incontinencia predominante porque en función de ella podemos plantear un tipo u otro de tratamiento.

Reseñar que con mucha frecuencia encontramos incontinencias mixtas, a pesar de ello es importante definir el predominio a fin de establecer el tratamiento.

Para realizar una correcta anamnesis se recomienda tener en cuenta:

Incontinencia de esfuerzo: pérdidas pequeñas ante maniobras de esfuerzo o Valsalva.

Incontinencia de urgencia: sensación imperiosa de micción con vaciamiento completo.

Incontinencia neurógena: ausencia de reflejo, micción continua.

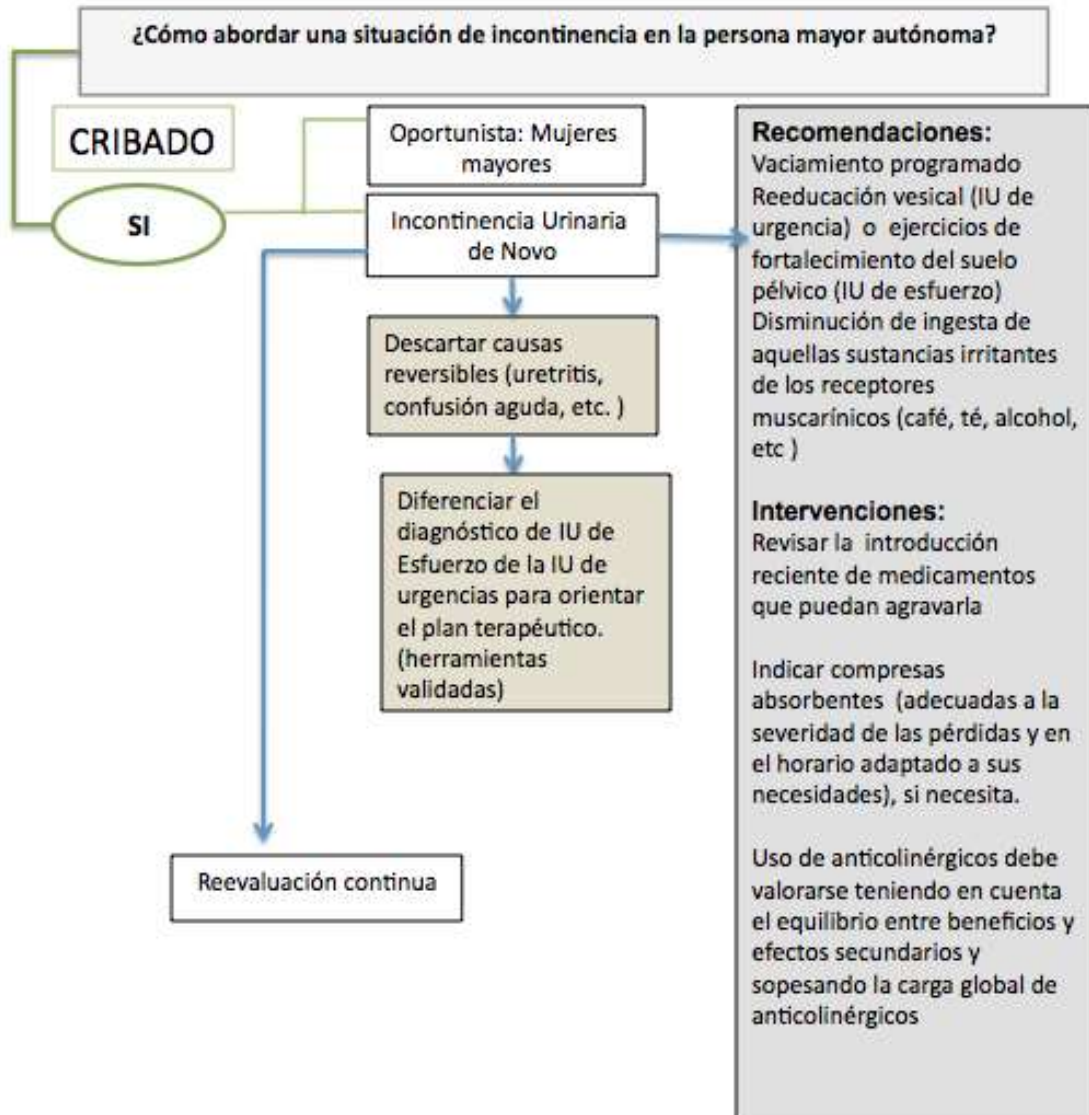
Incontinencia por rebosamiento: en cuadros obstructivos pequeñas pérdidas continuas.

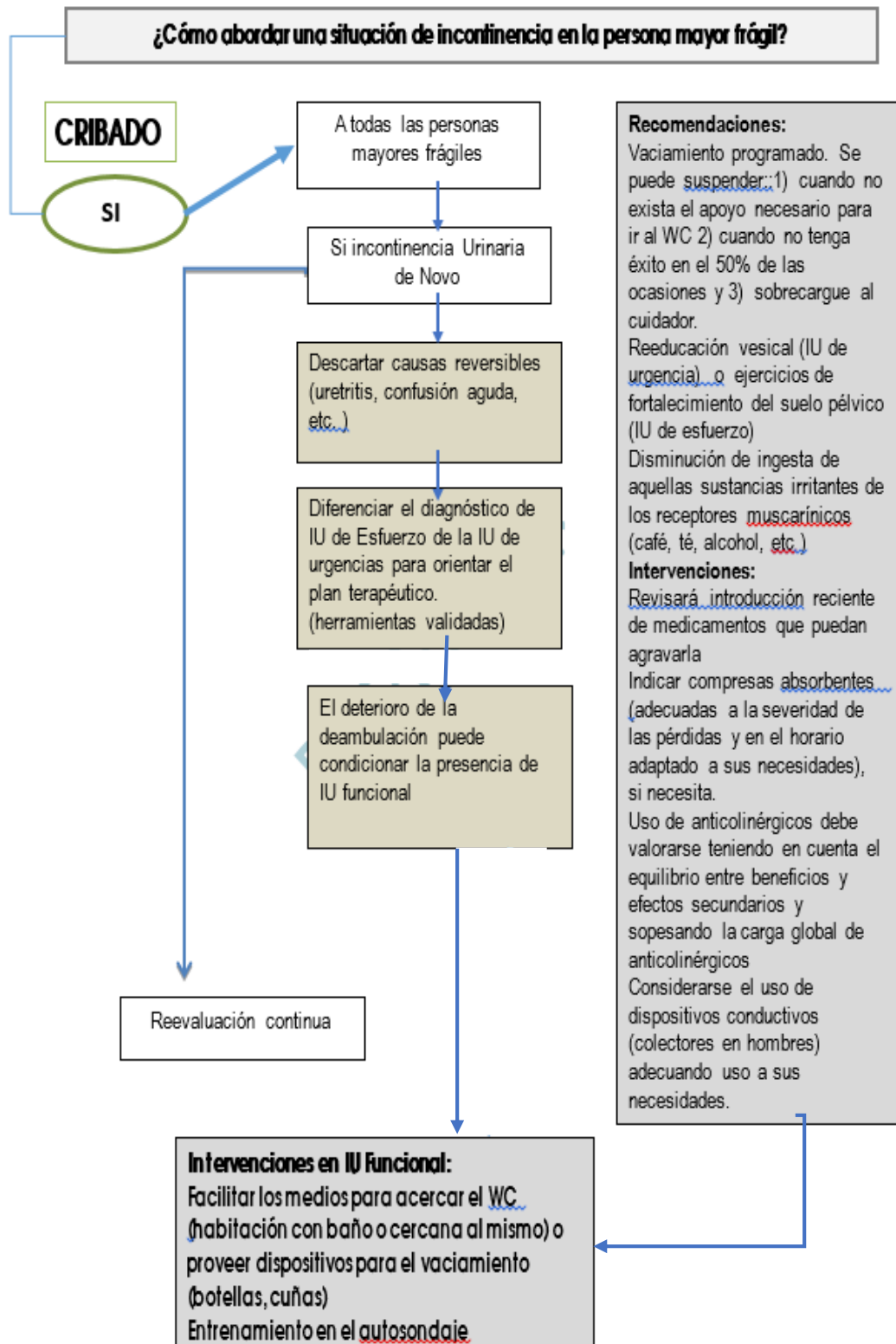
IDEAS CLAVES	<ul style="list-style-type: none">- 3 de cada 10 mujeres mayores son incontinentes (sobre todo IU de esfuerzo). En el varón destaca la IU de urgencia y la de rebosamiento por hiperplasia benigna de próstata (HBP).- Ante una persona mayor se debe pensar en IU funcional y mixta.- Se tratará según afecte la calidad de vida y específicamente según el mecanismo etiopatogénico.- Las medidas higiénicas y generales, y los tratamientos funcionales deben considerarse y ponerse en práctica siempre.-- Tener en cuenta la indicación de intervención quirúrgica, sobre todo en la incontinencia de esfuerzo en la mujer.- Las medidas paliativas independizan y mejoran la calidad de vida.- Continuamente deben reevaluarse.
---------------------	--

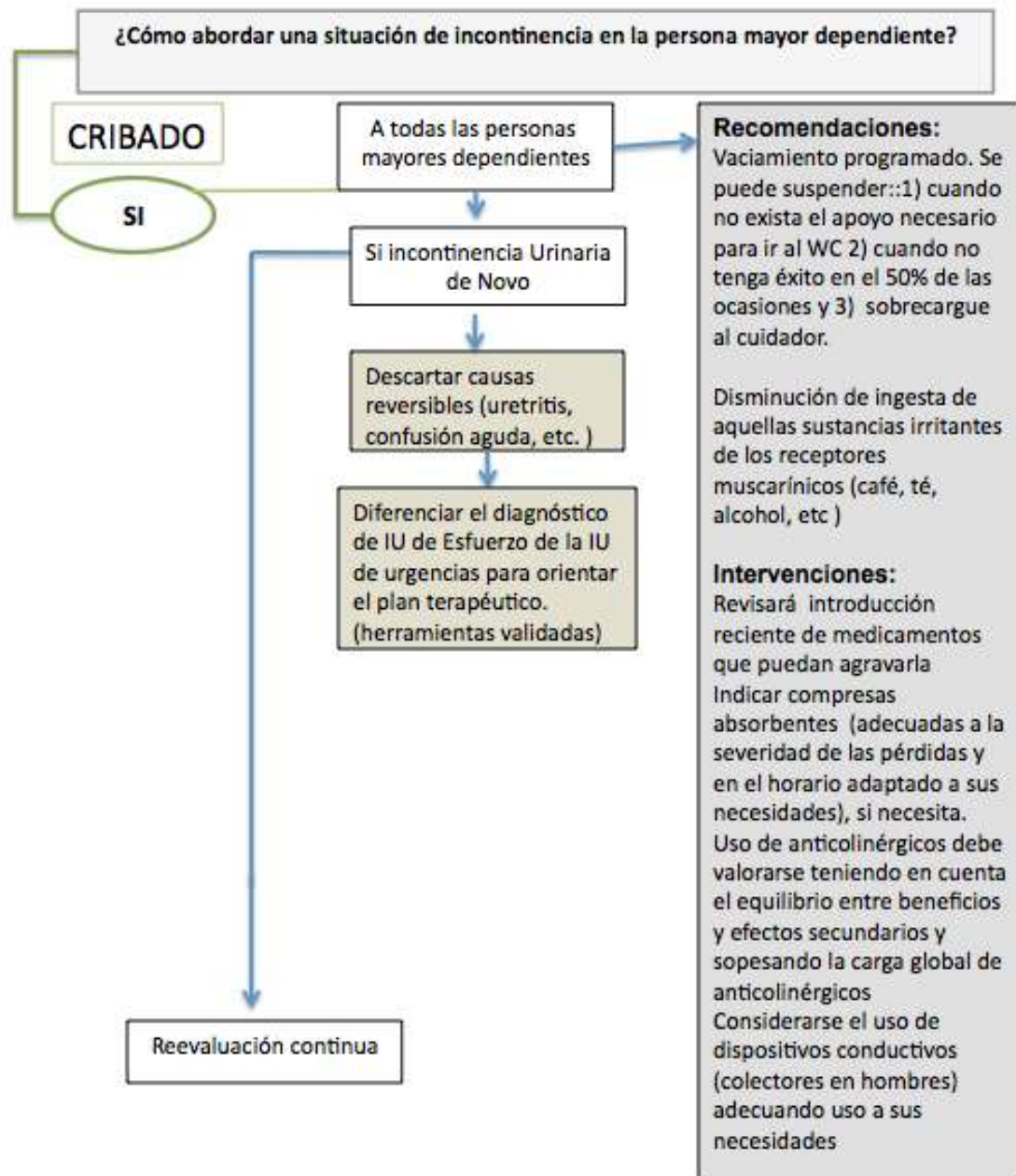
	PERSONA MAYOR AUTONOMA	PERSONA MAYOR FRAGIL	PERSONA MAYOR DEPENDIENTE
RECOMENDACIONES E INTERVENCION	<p>Se realizará cribado de padecer incontinencia (IU) a todas las mujeres mayores de manera oportunista¹.</p> <p>Si es IU de novo, descartar causas reversibles de IU (uretritis, confusión aguda, etc.)²</p> <p>El uso de herramientas para orientar el diagnóstico de IU de esfuerzo o IU de urgencia contribuirá a orientar la terapia conductual adecuada^{3 4 1}.</p> <p>En todos los casos se recomendará la disminución de ingesta de aquellas sustancias irritantes de los receptores muscarínicos (café, té, alcohol, etc.)^{4 1}</p> <p>Se revisará la introducción reciente de medicamentos que puedan agravar la IU¹.</p> <p>De forma sistemática se recomendará el vaciamiento programado¹.</p> <p>Según el predominio de IU de urgencia o de IU de esfuerzo se recomendará la reeducación vesical o los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico respectivamente^{2, 4, 1}.</p> <p>En caso necesario se podrán indicar compresas absorbentes adecuadas a la severidad de las pérdidas y en el horario que se adapte a las necesidades de la persona con incontinencia⁵</p> <p>El uso de anticolinérgicos debe valorarse teniendo en cuenta el equilibrio entre beneficios y efectos secundarios y sopesando la carga global de anticolinérgicos⁴.</p>	<p>Se realizará cribado de padecer incontinencia (IU) a todas las personas mayores frágiles.</p> <p>Si es IU de novo, descartar causas reversibles de IU (uretritis, confusión aguda, etc.)^{2 1}</p> <p>El uso de herramientas para orientar el diagnóstico de IU de esfuerzo o IU de urgencia contribuirá a orientar la terapia conductual adecuada^{3 4 1}.</p> <p>La presencia de deterioro de la deambulación por disminución de la fuerza o el equilibrio puede condicionar la presencia de IU funcional¹.</p> <p>Se procurará facilitar los medios para acercar el WC a la persona con IU funcional (habitación con baño o cercana al mismo) o proveer dispositivos para el vaciamiento (botellas, cuñas)².</p> <p>En todos los casos se recomendará la disminución de ingesta de aquellas sustancias irritantes de los receptores muscarínicos (café, té, alcohol, etc.)^{4, 1}</p> <p>Se revisará la introducción reciente de medicamentos que puedan agravar la IU¹.</p> <p>De forma sistemática se recomendará el vaciamiento programado¹.</p> <p>Incluso en casos de deterioro cognitivo el vaciamiento programado puede conseguir reducir la humedad del paciente¹.</p> <p>El vaciamiento programado puede suspenderse cuando no exista el apoyo necesario para realizar desplazamientos seguros al WC¹.</p> <p>El vaciamiento programado puede suspenderse cuando no tenga éxito en el 50% de las ocasiones y sobrecargue al cuidador¹.</p> <p>Según el predominio de IU de urgencia o de IU de esfuerzo se recomendará la reeducación vesical o los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico respectivamente^{2, 4, 1}.</p> <p>La cirugía será siempre un tratamiento de segunda línea. Existe evidencia de nivel 1-2 que permite afirmar que los resultados de la colposuspensión retropúbica por vía laparotómica y los de la banda libre de tensión por vía retropúbica o transobturadora son similares, por lo que se pueden utilizar indistintamente para corrección de la IUE por hipermovilidad uretral (grado de recomendación A). Dadas la baja morbilidad y facilidad de realización de la técnica de banda libre de tensión, se convierten en la técnica de elección.</p> <p>En caso necesario se podrán indicar compresas absorbentes adecuadas a la severidad de las pérdidas y en el horario que se adapte a las necesidades de la persona con incontinencia⁵.</p>	<p>Se realizará cribado de padecer incontinencia (IU) a todas las personas mayores dependientes.</p> <p>Si es IU de novo, descartar causas reversibles de IU (uretritis, confusión aguda, etc.)^{2 1}.</p> <p>De forma sistemática se recomendará el vaciamiento programado¹.</p> <p>Incluso en casos de deterioro cognitivo el vaciamiento programado puede conseguir reducir la humedad del paciente¹.</p> <p>El vaciamiento programado puede suspenderse cuando no exista el apoyo necesario para realizar desplazamientos seguros al WC¹.</p> <p>El vaciamiento programado puede suspenderse cuando no tenga éxito en el 50% de las ocasiones y sobrecargue al cuidador¹.</p> <p>Se indicarán compresas absorbentes adecuadas a la severidad de las pérdidas y en el horario que se adapte a las necesidades de la persona con incontinencia⁵.</p> <p>Deben considerarse el uso de dispositivos conductivos (colectores en hombres) si resultan cómodos para la persona con incontinencia y en el horario adecuado a sus necesidades^{2, 1}.</p>

Deben considerarse el uso de dispositivos conductivos (colectores en hombres) si resultan cómodos para la persona con incontinencia y en el horario adecuado a sus necesidades^{2 1}.

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN:







PARA SABER MÁS:

Incontinencia urinaria en la mujer. Fisterra 2016

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/incontinencia-urinaria/>

Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. ASANEC 2007

Juan Carlos Morilla Herrera

http://www.asanec.es/bibliografias/GUIA%20IU%20PDF%20REVISADA%2011_2007ZIP.pdf

BIBLIOGRAFIA

1. Herrera JCM, de Enfermería Comunitaria AA. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria; 2007.
2. National Guideline Clearinghouse (NGC). Urinary incontinence in the long term care setting. (Internet). (cited 2016 Mar 2). Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=45526&search=incontinence>
3. Vila Coll M, Fernández Parcés M, Florensa Claramunt E, Orejas López V, Dalfó Baqué A, Romea Lecumberri S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Aten Primaria. 1997;19(3):122–6.
4. National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. London: NICE; 2013.
5. Fader M, Cottenden AM, Getliffe K. Absorbent products for moderate-heavy urinary and/or faecal incontinence in women and men. Cochrane Database Syst Rev Online. 2008;(4):CD007408.
6. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Prog Obstet Ginecol 2015;58:252-6. Vol. 58. Núm. 5. Mayo 2015. En <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-tratamiento-incontinencia-urinaria-esfuerzo-actualizado-S0304501314002751>

FICHA 12 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: ATENCIÓN AL MALTRATO

INDICACIÓN:

Identificar de manera precoz el maltrato y promocionar los buenos tratos para prevenir problemas de salud y favorecer la calidad de vida en las personas mayores.

El Maltrato se define como el uso intencional de la fuerza o el poder físico y/o psicológico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones¹, y más concretamente, el maltrato de personas mayores consiste en realizar un acto único o reiterado de dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la existen expectativas de confianza y que provocan daño o angustia a una persona mayor².

En el ámbito doméstico, las consecuencias del maltrato a personas mayores pueden ser especialmente graves por su debilidad y vulnerabilidad. El maltrato genera un gran estrés interpersonal que puede aumentar el riesgo de muerte³. No podemos olvidar el maltrato que no pocas veces podemos ejercer los propios profesionales, es el denominado Maltrato Institucional.

En todo el proceso de atención al maltrato, se seguirán los principios éticos de no maleficencia (valorando adecuadamente la razón beneficio/riesgo), justicia (tratando a todas las personas con igual consideración), autonomía (respetando las decisiones de la persona mayor) y beneficencia (procurar el mayor beneficio limitando los riesgos)

Los resultados de encuestas indican una tasa de maltrato de 4-6% en población mayor, incluyendo maltrato físico, psíquico, económico y descuido, lo que quiere decir que por cada 100 personas mayores de 65 años a las que atendemos diariamente, de 4 a 6 de ellas pueden estar en una situación de malos tratos. Según el informe mundial de Violencia y Salud de la OMS, entre el 4% y el 6% de las personas mayores sufren algún tipo de maltrato en el hogar, y también ocurre con más frecuencia de lo que se cree en los centros de atención de salud ⁴.


Es un problema oculto, por parte de las personas que la padecen porque tiene escasa salida y además está asumido como un problema de “puertas a dentro”, los


profesionales no suelen poner la mirada en el problema por el déficit de empoderamiento que tiene esta población en la sociedad actual y además por las escasas soluciones que puede tener, por último, en la sociedad actual primen valores muy diferentes en los que las personas mayores tiene escasa cabida.


Desde Atención Primaria se tiene una posición de privilegio para poder actuar de manera preventiva, dado que el maltrato a las personas mayores se circunscribe generalmente al ámbito doméstico, la observación más directa se puede realizar en la atención domiciliaria.

Ante la presencia de factores de riesgo habría que indagar cómo influyen esos factores en su situación de salud, para ello es preciso realizar una valoración integral a fin de elaborar un plan de intervención, el plan de intervención debe ser interdisciplinar y en coordinación con los Servicios Sociales. Y tendrá como objetivo mejorar su calidad de vida, atendiendo los factores de riesgo y promover el “buen trato” (entendiendo por “buen trato” fomentar el respeto a los derechos de la persona mayor y las normas de convivencia), posteriormente habrá que hacer un seguimiento de las mejoras alcanzadas y evaluar si hemos conseguido nuestros objetivos.

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN

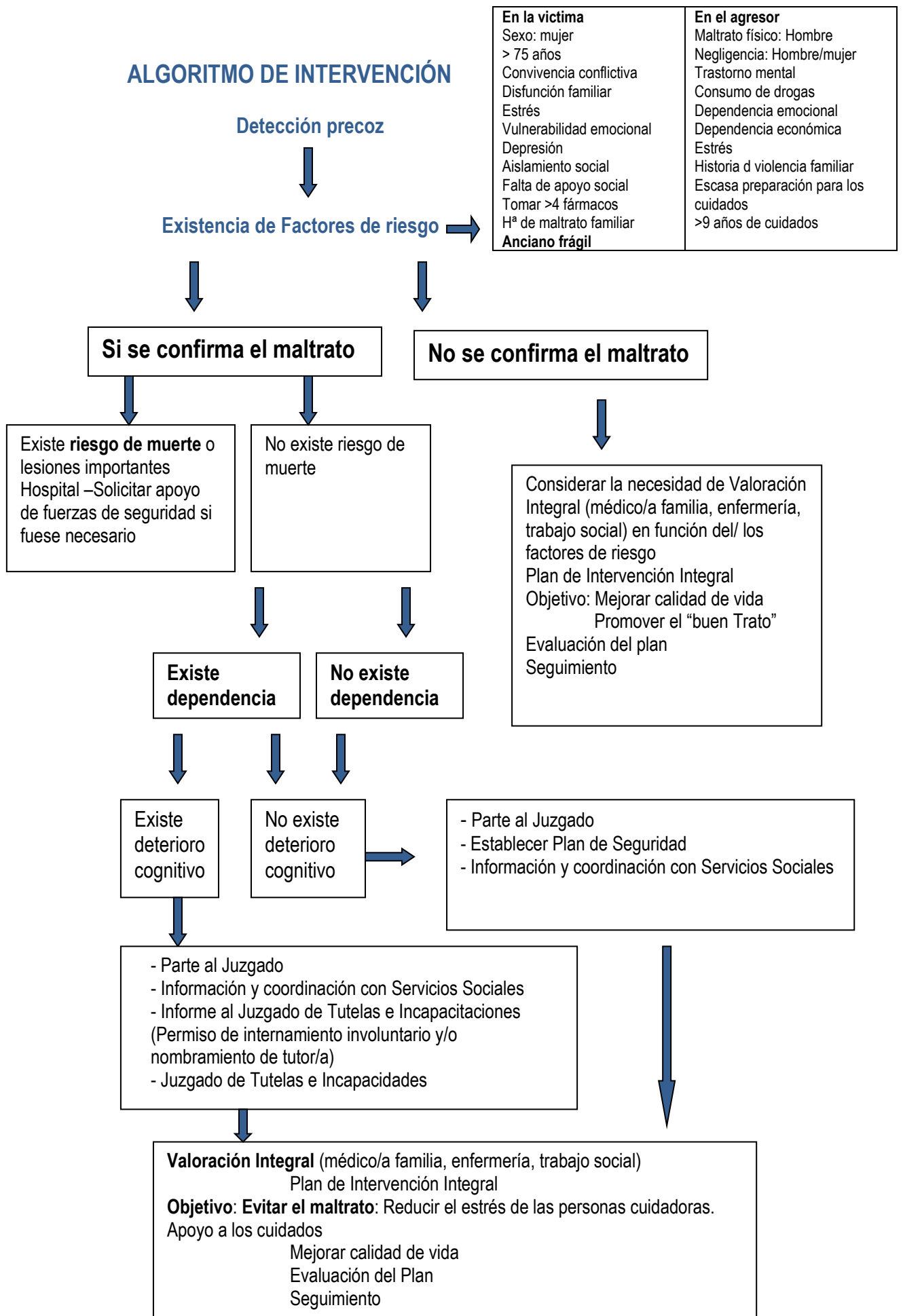
	Factores de riesgo Persona maltratada	Factores de riesgo Persona maltratadora	Signos de alerta
Factores de Riesgo	Sexo: Mujer 75 años Convivencia conflictiva, disfunción familiar. Estrés Vulnerabilidad emocional/Depresión Aislamiento social/Falta de apoyo social Tomar 4 fármacos Hª anterior de maltrato familiar Anciano frágil (El comienzo de cierto grado de dependencia es en sí un riesgo para el maltrato)	Sexo: Maltrato físico: Hombre Negligencia: Hombre/Mujer Trastorno mental Consumo de drogas Dependencia emocional Dependencia económica Estrés Transmisión generacional de la violencia Escasa preparación para los cuidados 9 años de cuidados	Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones. Retraso en solicitar la asistencia. Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes. Administración involuntaria de medicamentos. Ausencia de respuesta a tratamientos adecuados. Mala evolución de las lesiones (UPP) tras la aplicación de las medidas adecuadas.

	FÍSICO	SEXUAL	NEGLIGENCIA	PSICOLÓGICO	ECONÓMICO
Signos de maltrato	Moratones. Quemaduras Fracturas Marcas	Enfermedades e infecciones genitales Hemorragias vaginales/anales	Úlceras Suciedad Vestido inadecuado Malnutrición Deshidratación Ignorar/Excluir a la persona mayor Aislarla	Impotencia Indefensión Miedo Comportamiento inusual Agitación	Patrón irregular de gastos Cambio repentinos de cuentas o testamento

	Actuación ante el maltrato	
	<p>- Atender a la persona, las lesiones, heridas o problemas de salud que presente. Alejar del foco de maltrato con derivación a centro hospitalario si fuera preciso</p> <p>- Tranquilizar tanto a la persona mayor como a los acompañantes</p> <p>- Siempre deberemos tener tanto ante la víctima como ante el posible maltratador una actitud de escucha activa sin juzgar ni desconfiar. Cuando la persona mayor no presente un deterioro cognitivo habrá que respetar la autonomía de la persona y sus decisiones.</p> <p>- Elaboración del parte al juzgado incluido en Diraya (Derivaciones). Se entregará una copia a la persona agredida para poder poner denuncia.</p> <p>- Registro en Historia con detalles de las circunstancias</p> <p>- Se procederá a la derivación a enfermería para valoración de los cuidados</p> <p>- Igualmente se derivará a trabajo social para que realice valoración social y se ponga en contacto con los Servicios Sociales</p> <p>- Elaborar con el paciente un plan de seguridad (personas de apoyo, utilización del teleasistencia, pedir orden de alejamiento, tener controlados sus documentos, marcharse de casa, teléfonos de auxilio, etc.)</p> <p>- Establecer un plan coordinado de actuación entre los miembros del equipo sanitario y con los servicios sociales</p> <p>- Se hará un seguimiento del Plan establecido y Evaluación de los objetivos propuestos.</p>	
Actuación ante el maltrato	- Situaciones especiales	<p>Persona en situación de dependencia</p> <p>Cuando la persona esté en una situación de dependencia, es importante que no se rompa la continuidad de los cuidados. Se procederá con los mismos pasos pero asegurando la atención adecuada a sus necesidades</p> <p>Cuando sea imposible seguir atendiéndolo en su domicilio o sea preciso alejarlo de la persona agresora se podrá plantear un ingreso social de emergencia, bien en centro hospitalario, o en centro residencial; la situación de maltrato es uno de los criterios para ingresos por exclusión social (regulado por la Orden de 11 de febrero del 2008) y será gestionado por los Servicios Sociales.</p>

		<p>Persona con deterioro cognitivo Se procederá con los mismos pasos pero asegurando la atención adecuada a sus necesidades, además: Se pondrá en conocimiento del Juzgado de Tutela e Incapacitaciones. En caso de ingreso en una residencia el director del centro residencial quien cursará el permiso de internamiento involuntario. Si es preciso se podrá solicitar ayuda a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.</p>
Elementos básicos a tener en cuenta		
Elementos básicos a tener en cuenta	Actitud de mejorar la calidad de vida de la persona mayor no de juzgar	
	Mantener un equilibrio entre la protección y el respeto a la autonomía	
	Si no existe deterioro cognitivo, la persona mayor debe participar de forma activa la intervención	
	Elaborar con ella un plan de seguridad	
	Poner en marcha los apoyos institucionales e informales disponibles. Los Servicios Sociales pondrán en marcha la gestión de los recursos adecuados: Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio, Centro de Estancias Diurnas, Residencias.	
	El parte al juzgado debe considerarse un elemento más en la estrategia de abordaje y no debe ser un fin en sí misma.	

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN



PARA SABER MÁS:

Moya Bernal Antonio y Barbero Gutiérrez Javier “Malos tratos a personas mayores. Guía de Actuación” Ed. IMSERSO 2005 <http://www.copib.es/pdf/imsero-malostratos-01.pdf>

OTROS DOCUMENTOS DE INTERÉS:

1.- Malos tratos a personas mayores. IMSERSO. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Serie Documentos Técnicos. Nº 21013 Catálogo General de Publicaciones Oficiales <http://060.es>

2.- Martínez Maroto Antonio “El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española” Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores. Nº 40. 30708/2005 <http://www.imseromayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-maltrato-01.pdf>

3.- Iborra Marmolejo, Isabel “Maltrato de personas mayores en la familia en España” Serie Documentos 14 .Generalitat Valenciana. 2008
http://www.discapnet.es/Castellano/comunidad/websocial/Recursos/Documentos/Tecnica/Paginas/maltrato_mayores.aspx?pasaCustom=INFORMACI%C3%93N&url=listado.aspx&page=31

4.- Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS, 2002

5. El maltrato de las personas mayores. Burgos Varo M^o Luz, Espinosa Almendros, Juan Manuel, Muñoz Cobos, Francisca “Abordaje del anciano maltratado” Taller de habilidades: Congreso SAMFYC. Grupo del anciano. Málaga 2009.

6.- Orden de 11 de febrero de 2008, por la que se regula el procedimiento y requisitos para el ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de exclusión social.

BIBLIOGRAFIA

1. Krug E et al. Informe mundial de violencia y la salud. 2003. OMS. Organización panamericana de la Salud. 2003
2. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Myores. Red Internacional para la prevención del maltrato de las personas mayores. Toronto. 2002
En: .www.who.int/hpr/ageing, www.inpea.net y www.onpea.org
3. Malos tratos a personas mayores. IMSERSO. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Serie Documentos Técnicos. Nº 21013 Catálogo General de Publicaciones Oficiales <http://060.es>
4. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS, 2002.
En: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

FICHA 13 RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN: ATENCIÓN A PERSONAS QUE CUIDAN

INDICACIÓN:

Promover mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud y el bienestar de las de las personas que cuidan de una persona mayor.

Las personas mayores según el nivel de autonomía que presenten, van a precisar de una persona que les proporcione soporte o ayuda para su cuidado. Esta persona que cuida, se viene reconociendo en la literatura como cuidador/a formal (remunerado) o cuidador/a informal, que asume el rol de apoyo al cuidado y que puede ser del entorno familiar o próximo de la persona (no recibe remuneración alguna). La persona que cuida va a supervisar, ayudar o realizar por la persona mayor aquellos aspectos del autocuidado que se vean afectados por la pérdida de autonomía.

En la atención a las personas que cuidan el foco o base se sustenta en los siguientes aspectos:

- Identificación del potencial de cuidado en el entorno familiar.
- Consecuencias del cuidado en la persona cuidadora familiar.
- Intervenciones para personas cuidadoras familiares.

Identificación del potencial de cuidado en el entorno familiar

Si la persona que vive en su entorno necesita ayuda para su cuidado, es necesario identificar si existe una persona cuidadora familiar principal que asuma este rol y que tenga conocimientos, habilidades y/o aptitudes para desempeñar de forma eficaz los cuidados.

Ante la inexistencia de potencial cuidador en la familia, bien por ausencia o por falta de capacidad para afrontar el cuidado, será necesario establecer otras opciones cuidadoras tanto en el entorno comunitario como en el residencial, sin realizar juicios de valor, ya que el rol de cuidador en ningún caso debe ser impuesto (principio de autonomía).

En caso de presencia de una persona cuidadora, pero que existan dificultades porque el apoyo al cuidado sea insuficiente o inefectivo, se valorará cuáles pueden ser las causas de dificultades para el familiar que desea asumir el rol de cuidador/a y se establecerá un plan de intervención individualizado con la persona que asume el cuidado, implicando otras opciones de apoyo en el entorno familiar. Conocer las necesidades de la persona cuidadora familiar, así como planificar intervenciones para intentar cubrirlas, hacen que el cuidado sea más apropiado y efectivo tanto para la persona mayor que recibe el cuidado como para la persona que cuida, y en ocasiones, evita la aparición de problemas.

Consecuencias del cuidado en la persona cuidadora familiar

El cuidado tiene repercusiones tanto positivas como negativas en multitud de esferas de la vida de las personas que cuidan.

En las últimas décadas numerosos estudios nos han mostrado el impacto negativo derivado del cuidado. Revisiones sistemáticas y meta análisis nos aportan que las personas que cuidan son más propensos a sufrir estrés, ansiedad, síntomas depresivos y una peor salud física que las personas no cuidadoras^{1,2,3}. La combinación de factores estresantes de forma prolongada (duración y tipo de cuidado, deterioro funcional y cognitivo, coste económico, conflictos familiares...) pueden provocar en la personas que cuidan un deterioro en sus hábitos de salud y consecuentemente problemas de salud físicos y psicológicos que podrían agravarse³.

En los últimos años ha surgido una literatura emergente sobre las consecuencias positivas del cuidado, por la que la experiencia del cuidado se valora frecuentemente como un “aprendizaje vital”⁴, que proporciona beneficios emocionales (sensación de control, satisfacción, empatía), beneficios físicos derivados de la actividad física que se realiza y beneficios en la relaciones sociales por el estrechamiento en las relaciones con algunos miembros de las familia⁵, incluso estudios recientes nos muestran que puede existir una menor mortalidad en personas cuidadoras respecto a personas no cuidadoras^{6,7,8,9,10}. Las personas cuidadoras familiares experimentan falta de tiempo para dedicarlo “a ellas mismas” y esto influye también en el cuidado de su propia salud¹¹.

Los profesionales tendrán que intervenir en la promoción, prevención y atención de los problemas de salud de la persona que cuida, por lo que se favorecerá proactivamente la realización de intervenciones de promoción de salud para el desarrollo de hábitos saludables, la prevención y detección precoz de posibles problemas de salud y el seguimiento de las enfermedades crónicas que puedan padecer, ofreciendo a la persona cuidadora familiar tanto atención en consulta como en su domicilio.

El esfuerzo principal se centrará en identificar las repercusiones negativas del cuidado en cada caso, principalmente, sobrecarga, ansiedad y depresión. La detección, evaluación y seguimiento del grado de sobrecarga asociada a los cuidados es esencial para identificar a personas cuidadoras en riesgo o con un significativo cansancio en su rol, el conocimiento del grado de sobrecarga de la persona que cuida permitirá aportar elementos a nivel clínico para iniciar intervenciones en los aspectos psicoemocionales y sociofamiliares, y así poder mejorar tanto el estado de salud de la persona que cuida como la calidad de la atención de la persona mayor, acompañando este proceso con intervenciones de apoyo al cuidado.

Para evaluar la sobrecarga de la persona cuidadora disponemos de herramientas clinimétricas: Escala de 22 elementos o ítems de Zarit, que probablemente haya sido el instrumento más utilizado en Gerontología para evaluar la carga familiar y ha sido punto de referencia para otras escalas. El índice de esfuerzo del cuidador (IEC) es un instrumento diseñado para medir la carga percibida de aquellas personas que cuidan a sus familiares, es una herramienta de 13 preguntas que identifica de forma rápida el riesgo de sobrecarga, es de fácil administración por su brevedad y acredita unos valores de fiabilidad y validez adecuados para su uso en la población de cuidadores españoles.

En cuanto a la salud psicológica de las personas que cuidan, de forma global, la depresión aparece como el factor más determinante, con mayor incidencia en las personas que cuidan frente a la población general, acentuándose en personas que cuidan de pacientes con demencia o trastornos de conducta.

Para evaluar la ansiedad disponemos de la subescala de Goldberg y la escala de Hamilton, entre otras, ambas para población general. En el caso de la depresión, disponemos de la subescala de Goldberg y el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) entre otros para población general y el test de Yessavage para mayores de 65 años. El apoyo para mejorar el afrontamiento y el apoyo social son las dos variables moduladoras o modificadoras del estrés de la persona que cuida, son los recursos para hacer frente a las situaciones de estrés que se generan con el cuidado. Para evaluar el apoyo social percibido disponemos del cuestionario Duke-unk para población general.

Intervenciones para personas cuidadoras familiares

A lo largo de las dos últimas décadas han proliferado los estudios experimentales que han evaluado distintas intervenciones. Muchas están basadas en intervenciones cognitivas, conductuales, otras son de carácter organizativo, multicomponentes, farmacológicas, etc... En los últimos 6 años se han publicado casi una decena de meta-análisis y revisiones sistemáticas que han evaluado muchos de estos aspectos^{12,13,14}. En síntesis, las intervenciones de carácter multicomponente y las que implican a la persona suelen ser las más efectivas.

Las personas que se dedican a cuidar son un grupo de difícil acceso, los más afectados son los más proclives a abandonar los tratamientos y en ocasiones tienen serias dificultades en participar en las intervenciones, por lo que es necesario adecuar las intervenciones a las necesidades y características específicas de cada persona cuidadora.

Para evitar abandonos es conveniente, programas de intervención breves, llevado a cabo por profesionales bien formados que puedan ofrecer habilidades específicas de afrontamiento, control y soluciones de sus problemas emocionales¹⁵.

El aspecto que las personas que cuidan valoran de forma más positiva es el apoyo que reciben de los profesionales sanitarios, de quienes resaltan su dedicación, capacidad de compromiso y escucha¹⁶.

Las intervenciones deben incluir técnicas que promuevan la participación activa de los cuidadores familiares¹⁷.

Las intervenciones para disminuir la ansiedad y depresión resultaron más eficaces en las personas que cuidan a corto plazo, el efecto positivo disminuye con el transcurso del tiempo¹⁸

Las intervenciones multicomponentes grupales¹⁹, al igual que las intervenciones centradas en la adquisición de habilidades de cuidado²⁰ y modificación del entorno²¹, muestran resultados estadísticamente significativos sobre la sobrecarga.

Intervenciones de terapia ocupacional mejoran significativamente la calidad de vida, el estado de ánimo y la salud de los cuidadores^{22,23}.

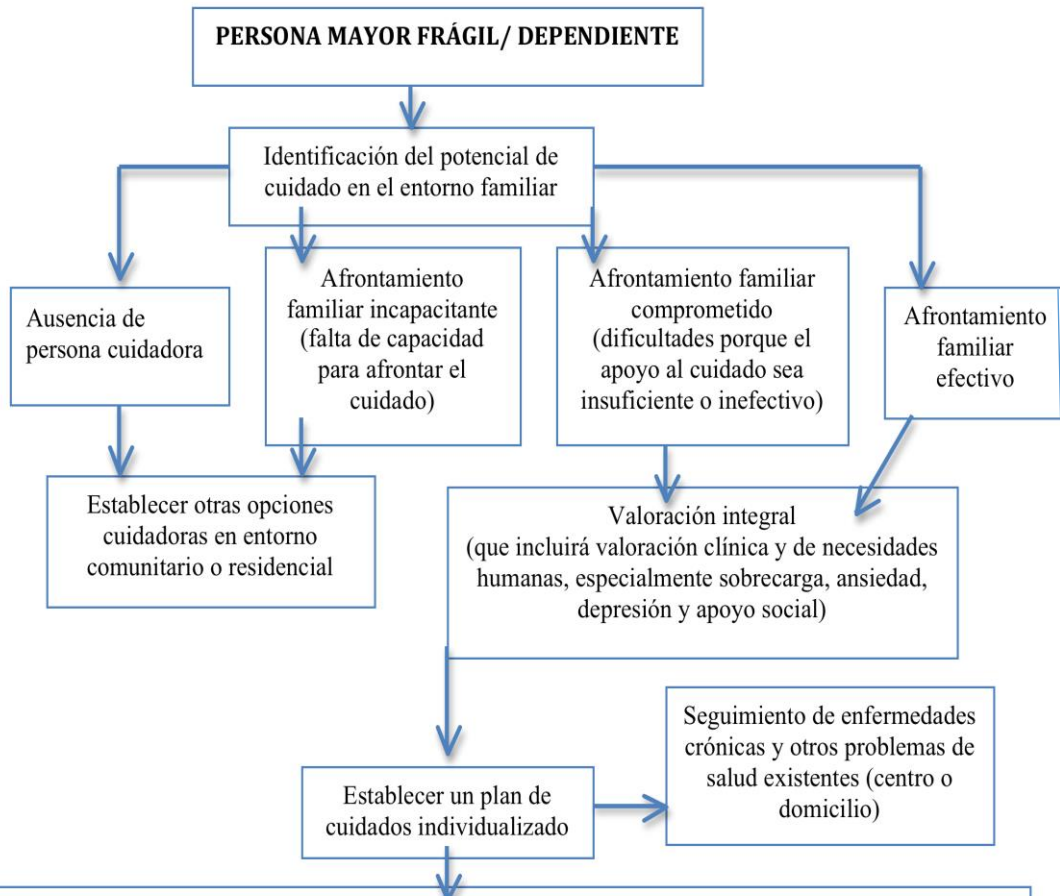
Intervenciones de asesoramiento psicosocial reducen la carga subjetiva, la depresión y los problemas de sueño de las personas que cuidan²⁰.

Intervenciones de orientación telefónica, centradas en conocer las inquietudes de la persona, escuchar y brindar apoyo, información o enseñanza en respuesta a las inquietudes declaradas pueden reducir los síntomas depresivos en personas que cuidan de personas con demencia y satisfacer necesidades importantes de cuidador/a²⁴.

La reestructuración cognitiva en cuidadores familiares de personas con demencia reduce la morbilidad psicológica y el estrés subjetivo, pero sin alterar las evaluaciones de afrontamiento o sobrecarga. Los resultados sugieren que puede ser un componente eficaz de las intervenciones individualizadas y que su impacto podría ser mayor cuando se utiliza junto con otras intervenciones, porque esto ofrece mejores oportunidades para adaptar la reestructuración cognitiva a los problemas cotidianos de las personas cuidadoras ²⁵.

Proporcionar estrategias de apoyo social constituye una variable protectora frente a la depresión que provoca el cuidado en los cuidadores familiares^{26,27}. Es de destacar que, con los servicios de respiro, aunque mejoran la satisfacción, no se advierten beneficios en disminución de la sobrecarga, ni consiguen retrasar la institucionalización²⁸.

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN: ATENCIÓN A PERSONAS QUE CUIDAN DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTE



- Características de las intervenciones de apoyo al cuidado (psicoemocional, sobrecarga apoyo social) :
- Adecuadas a las necesidades y características de la persona cuidadora.
 - Breves, llevadas a cabo por profesionales bien formados que puedan ofrecer habilidades específicas de afrontamiento, control y soluciones a problemas emocionales.
 - Técnicas de reestructuración cognitiva (reduce la morbilidad psicológica y el estrés subjetivo)
 - Técnicas que promuevan la participación activa de las personas cuidadoras.
 - Técnicas grupales multicomponentes, centradas en la adquisición de habilidades de cuidados y modificación del entorno, ya que disminuyen la sobrecarga.
 - Terapia ocupacional (mejoran calidad de vida, estado de ánimo y la salud)
 - Asesoramiento psicosocial reducen la carga subjetiva, la depresión y los problemas de sueño.
 - Orientación telefónica, centradas en conocer las inquietudes de la persona, escuchar y brindar apoyo, información o enseñanza en respuesta a las inquietudes declaradas, pueden reducir los síntomas depresivos.
 - Proporcionar estrategias de apoyo al cuidado: apoyo de los profesionales y servicios (salud, ayuda a domicilio, servicios de respiro...), de otros miembros de la familia y el apoyo social y/o comunitario constituye una variable protectora frente a la depresión

PARA SABER MÁS:

ENLACES A DOCUMENTOS:

Asociación Andaluza de Enfermería Familiar y Comunitaria (ASANEC). Guía para cuidadoras de personas dependientes Vol 1 y Vol 2. 2007

<http://www.asanec.es/bibliografias/IMPRESA%20Guia+cUIDADORAS+asanec+VOL+1.pdf>

<http://www.asanec.es/bibliografias/Guia+Cuidadoras+ASANEC+vol+2.pdf>

Cuidar, Cuidarse y Sentirse Bien. Guía para personas cuidadoras según el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Fundación Pilares para la autonomía personal. 2014

http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/guia_fpilares_cuidar-cuidarse-y-sentirse-bien.pdf

WEBS RECOMENDADAS:

Aula de personas cuidadoras. Escuela de Pacientes. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Objetivo de mejorar la calidad de vida y la salud de todas las personas cuidadoras y, como consecuencia, la de las personas dependientes a las que éstas dedican sus cuidados. Contenidos: vídeos, guía informativa (para cuidar y cuidarse), cursos y actividades, biblioteca (vídeos, documentos, enlaces), asociaciones de la CCAA de Andalucía y formadores (acceso al aula virtual)..

http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/Personas_cuidadoras

Red de Cuidados de Andalucía. Picuida Ciudadanía. Sitio web de la Estrategia de Cuidados de Andalucía que oferta información fiable sobre salud a la ciudadanía

<http://www.picuida.es/ciudadania/>

Sitio web para personas cuidadoras de crónicos: Programa 2.0 de apoyo dirigido a cuidadoras/es no profesionales de pacientes crónicos. Plataforma web con comunidad virtual, gestionadas por profesionales de la salud y otras cuidadoras expertas, para que se facilite información, asesoramiento y soporte a estas personas.

<http://www.cuidadoraschronicos.com/>

Red social de cuidadoras y cuidadores familiares

Red social o comunidad online como punto de encuentro de cuidadoras familiares, profesionales y personas expertas en innovación en cuidados, para que puedan intercambiar opiniones, información, etc. Acceso a blogs, foros, chats, etc..

<http://cuidadoras.net/>

Fundación CASER

Recursos y guías para cuidar mejor de personas mayores dependientes
<http://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/guias-y-manuales>

BIBLIOGRAFÍA

1. Pinguart M, Sörensen S. Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007;62(2):P126-37.
2. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychol Bull.* 2003;129(6):946-72.
3. Schulz R, Sherwood PR. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *Am J Nurs.* 2008;108(9 Suppl):23-7.
4. López MC, Martínez JL. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar». *Imsero*; 2007.
5. Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm.* 2010;19(1):47-50.
6. Brown SL, Smith DM, Schulz R, Kabeto MU, Ubel PA, Poulin M, et al. Caregiving behavior is associated with decreased mortality risk. *Psychol Sci.* 2009;20(4):488-94.
7. Fredman L, Cauley JA, Hochberg M, Ensrud KE, Doros G. Mortality Associated with Caregiving, General Stress, and Caregiving-Related Stress in Elderly Women: Results of Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(5):937-43.
8. Roth DL, Haley WE, Hovater M, Perkins M, Wadley VG, Judd S. Family caregiving and all-cause mortality: findings from a population-based propensity-matched analysis. *Am J Epidemiol.* 2013;178(10):1571-8.
9. O'Reilly D, Connolly S, Rosato M, Patterson C. Is caring associated with an increased risk of mortality? A longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2008;67(8):1282-90.
10. Ramsay S, Grundy E, O'Reilly D. The relationship between informal caregiving and mortality: an analysis using the ONS Longitudinal Study of England and Wales. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67(8):655-60.
11. del Mar García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac sanit*, 18(Supl 2), 83-92.
12. Thompson CA, Spilsbury K, Hall J, Birks Y, Barnes C, Adamson J. Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatr.* 2007;7(1):18.
13. Sörensen S, Pinguart M, Duberstein P. How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist.* 2002;42(3):356-72.
14. Nehen H-G, Hermann DM. Supporting dementia patients and their caregivers in daily life challenges: review of physical, cognitive and psychosocial intervention studies. *Eur J Neurol.*;22(2):246-52, e19-20.

15. López J, López MC. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*. 2007;19(1):72-80.
16. Zabalegui Yáñez A, Navarro Díez M, Cabrera Torres E, Gallart Fernández-Puebla A, Bardallo Porrás D, Rodríguez Higuera E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2008;43(3):157-66.
17. Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr*. 2006;18(04):577-95.
18. Akkerman RL, Ostwald SK. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: The effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2004;19(2):117-23.
19. Toseland RW, McCallion P, Smith T, Huck S, Bourgeois P, Garstka TA. Health education groups for caregivers in an HMO. *J Clin Psychol*. 2001;57(4):551-70.
20. Teri L, McCurry SM, Logsdon R, Gibbons LE. Training Community Consultants to Help Family Members Improve Dementia Care: A Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*. 2005;45(6):802-11.
21. Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. A Randomized, Controlled Trial of a Home Environmental Intervention Effect on Efficacy and Upset in Caregivers and on Daily Function of Persons With Dementia. *The Gerontologist*. 2001;41(1):4-14.
22. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Rikkert MGMO. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333(7580):1196.
23. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, OldeRikkert MGM. Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(9):1002-9.
24. Lins S, Rücker G, Motschall E, Langer G, Antes G, Meyer G. Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia. En: The Cochrane Collaboration, editor. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009126>
25. Vernooij-Dassen M, Downs M. Cognitive and behavioural interventions for carers of people with dementia. En: The Cochrane Collaboration, editor. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005318>
26. Mittelman MS, Roth DL, Haley WE, Zarit SH. Effects of a Caregiver Intervention on Negative Caregiver Appraisals of Behavior Problems in Patients With Alzheimer's Disease: Results of a Randomized Trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004;59(1):P27-34.
27. Roth DL, Mittelman MS, Clay OJ, Madan A, Haley WE. Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse

caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychol Aging*. 2005;20(4):634-44.
28. Cameron M, Lee H. Respite care for people with dementia. En: *The Cochrane Collaboration*, editor. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004396>

Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor.

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS

Se presentan a continuación unas recomendaciones básicas para elaborar un programa de actividad física multicomponente dirigido a la población mayor frágil, basado en los trabajos del grupo de investigación dirigido por Mikel Izquierdo^{1,2}

Los programas del entrenamiento multicomponente incluyen: ejercicios de resistencia aeróbica, de fuerza muscular, de caminar y equilibrio, así como de flexibilidad.

BENEFICIOS	MODALIDAD DE EJERCICIOS	PRESCRIPCIÓN
Mejora de resistencia cardio-vascular	Caminar Pedalear	-60-80% de la FC _{max} (40-60% del VO ₂ máx) -5-30 min/sesión -3 días/semana
Aumento de masa muscular y fuerza	Pesos libres Máquinas de resistencia variable	-3 series de 8 a 12 repeticiones, comenzando con un paseo o un ejercicio que nos permita realizar 20-30 RM, hasta realizar progresivamente un máximo de 3 series de 4-6 repeticiones con un peso que nos permita realizar 15 RM. -6 a 8 ejercicios de grandes grupos musculares. -Para optimizar la capacidad funcional, los ejercicios de fuerza deberán ser específicos para los grupos musculares más utilizados e incluir ejercicio que simulen actividades de la vida diaria (p. sentarse y levantarse de una silla). -2-3 días/semana
Potencia y capacidad funcional	Incluir ejercicios de la vida diaria (levantarse y sentarse, subir/bajar escaleras) Incluir ejercicios de potencia (a altas velocidades con pesos ligeros/moderados)	-se puede mejorar la potencia mediante el entrenamiento al 60% de 1RM y con la máxima velocidad a esta resistencia (p. ej., tan rápido como sea posible), que estará entre el 33 y el 60% de la velocidad máxima sin resistencia
Flexibilidad	Estiramientos Yoga/Pilates	-10-15 min -2-3 días/semana
Equilibrio	Debe incluir ejercicios en la posición de tándem, semitándem, desplazamientos multidireccionales con pesos extra (2-4 kg), caminar con apoyo talón-punta, subir escaleras con ayuda, transferencia de peso corporal (desde una pierna a la otra) y ejercicios de taichí modificados	-En todas las sesiones

FC máx: frecuencia cardíaca máxima; RM: resistencia máxima; VO₂ máx: captación máxima de oxígeno.

Tabla-guía para un programa de actividad física multicomponente para personas mayores frágiles^{2,3}

Recomendaciones generales para un programa de actividad física multicomponente:

- ▣ Los programas multicomponente deben incluir aumentos graduales de volumen, intensidad y complejidad en los ejercicios de resistencia cardiovascular, fuerza muscular y equilibrio.
- ▣ Entrenar 1 día a la semana la fuerza muscular y 1 día a la semana resistencia cardiovascular es un excelente estímulo para mejorar la fuerza, potencia y resistencia cardiovascular en personas mayores frágiles que se inician en un programa de ejercicio.
- ▣ En programas que combinen la fuerza y resistencia cardiovascular, el entrenamiento de fuerza se debe realizar antes que el entrenamiento de resistencia cardiovascular, pues se observan mayores ganancias neuromusculares y cardiovasculares en ese orden entrenamiento.
- ▣ Programas de ejercicio físico, sobre todo los dirigidos al desarrollo de la fuerza muscular y que utilice pesas, deben ser supervisados por profesionales con conocimiento y formación específica. Otros programas como, por ejemplo, caminar que aumentan la cantidad de actividad física semanal, son muy beneficiosos y contribuyen en gran medida a la mejora de salud.
- ▣ En personas con bajo nivel de actividad física y sin histórico de práctica de ejercicio físico sistemático, un volumen inicial bajo de entrenamiento puede facilitar la adherencia al programa.

Entrenamiento de la fuerza y potencia muscular ^{4,5}:

En el entrenamiento de fuerza se podrán utilizar 4-6 ejercicios en máquinas de resistencia variable, o utilizar ejercicios con/sin material (tobilleras lastradas, gomas elásticas, el propio peso).

Para optimizar la capacidad funcional los ejercicios de fuerza deberán ser específicos para los grupos musculares más utilizados e incluir ejercicio que simulen actividades de la vida diaria (por ejemplo sentarse y levantarse de una silla). Los músculos flexores/Extensores de los tobillos, rodillas, y los abductores de la cadera son particularmente importantes para los movimientos funcionales y para caminar. Los músculos que participan en la dorsiflexión del tobillo y los músculos flexores plantares, los cuales son particularmente importantes para recuperar el equilibrio.

Este tipo de entrenamiento se puede realizar entre:

- 2 y 3 veces por semana.
- Se recomienda realizar de 1 a 3 series de 8 a 12 repeticiones, comenzando con un peso que nos permita realizar 20-30 repeticiones máximas, hasta realizar progresivamente de 1 a 3 series de 4-6 repeticiones con un peso que nos permita realizar 15 repeticiones máximas.

Se recomienda: realizar ciclos de 10 – 14 semanas, ir aumentando progresivamente la intensidad de ejercicio, utilizar todo el rango de movimiento, mantener una correcta técnica de respiración, durante los ejercicios expulsar el aire por la boca o por la nariz (evitar retener el aire). Maniobra de Valsalva¹⁶⁸.

El entrenamiento basado en la potencia muscular (altas velocidades) podría ser más beneficioso en términos de mejorías funcionales que los programas de resistencia (bajas velocidades) ^{5,6}.

Entrenamiento de la Resistencia Aeróbica:

El entrenamiento de la resistencia aeróbica podría incluir bloques (en función de la capacidad funcional del paciente) de:

- Caminar en diferentes direcciones y ritmos
- Caminar en cinta rodante,
- Subir escalones, subir escaleras
- Bicicleta estática

El test de la mayor distancia en 6 minutos de marcha es una herramienta de fácil aplicación para control de la resistencia aeróbica. Monitorizar cada 8 a 10 semanas.

Si la persona puede andar 1 hora, se podría realizar el test de 6 minutos marcha midiendo la frecuencia cardiaca que se alcanza en los dos últimos minutos. A partir de esa frecuencia cardiaca, se podría calcular una intensidad entre el 85%-100% de ese valor. 2 a 3 veces por semana. Podría comenzar con 5-10 minutos durante las primeras semanas y progresar hasta 15-30 minutos.

Si la persona puede andar entre 30 minutos-1 hora, se podría realizar el test de 6 minutos marcha midiendo la frecuencia cardiaca que se alcanza en los dos últimos minutos. A partir de esa frecuencia cardiaca, se podría calcular una intensidad entre 60%-85% de ese valor. 2 a 3 veces por semana. Podría comenzar con 5-10 minutos durante las primeras semanas y progresar hasta 15-30 minutos.

Si la persona puede andar como máximo entre 4-5 minutos, se podría comenzar con un trabajo que dure la mitad del tiempo que podía andar (2 minutos). La sesión duraría la mitad de lo que podría hacer hasta agotarse. Este trabajo de 2 minutos se podría fraccionar en periodos de trabajo de 15" con reposo de 15" hasta completar 2 minutos. Se podría realizar 2 veces al día. Podría comenzar con 2 minutos, 2 veces al día durante las primeras semanas y progresar hasta 5 minutos, 2 veces al día.

Si la persona no se puede levantar de una silla:

- Lo primero sería empezar con un programa de fuerza.
- Una vez que la persona se puede levantar de una silla, se comenzaría con marcha de 5" y reposo de 10" hasta completar 1-2 minutos según como sea tolerado el ejercicio. Se podría realizar 2 veces al día.

Monitorización de síntomas de intolerancia al ejercicio físico:

- Escala de percepción de esfuerzo de BORG es un buen método alternativo para prescribir la intensidad del ejercicio (12-14/6-20)

- ▣ Aumento importante de sensación de falta de aire
- ▣ Dolor en el pecho
- ▣ Opresión o palpitaciones
- ▣ Mareos o síncope
- ▣ Talk test: la intensidad nunca debe ser tan vigorosa que le dificulte el habla.

Debería de mantener una conversación de manera confortable mientras realiza el ejercicio físico.

Entrenar 1 día a la semana la fuerza muscular y 1 día a la semana la resistencia aeróbica es un excelente estímulo para mejorar la fuerza y potencia muscular y resistencia cardiovascular.

Entrenamiento del equilibrio y la marcha

El entrenamiento de equilibrio y marcha incluirá ejercicios desde la posición de sentado, posición de pie como:

- Subir y bajar talones
- Quedarse sobre un pie, en la posición de tándem o semitandem
- Y con ejercicios en movimiento caminar con apoyo talón punta, subir escaleras con ayuda, transferir el peso corporal (desde una pierna a la otra), desplazamientos multidireccionales con pesos extra (2-4 kg), ejercicios de Tai Chi modificados

Estos ejercicios se pueden realizar todos los días en 2 o 3 series de 8-10 repeticiones.

Será importante que se combine el programa de equilibrio con entrenamiento de fuerza y resistencia, ya que ha demostrado más mejorías en la capacidad funcional. Un elemento fundamental para el mantenimiento de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los ancianos.

La progresión de los ejercicios incluirá:

- La modificación de la posición de los brazos como por ejemplo apoyando los brazos en una mesa, manos en las caderas, brazos cruzados, etc.
- Realización de los ejercicios en diferentes superficies como por ejemplo en una silla, sobre superficies inestables, balones gigantes
- Modificación de la percepción visual, hacer el ejercicio con los ojos cerrados/ abiertos
- Multitareas complejas como por ejemplo ejercicios de equilibrio mientras pasamos una pelota.

El test de velocidad habitual de marcha (5m) puede ser una herramienta útil, para el control de esa habilidad. Otra herramienta con mayor grado de complejidad puede ser el test de marcha con doble tarea por ejemplo caminar y hablar, contar, etc.

Entrenamiento de la flexibilidad

El entrenamiento de la flexibilidad debe incluir ejercicios para los grupos musculares más grandes y podría incluir actividades tipo:

- Estiramientos
- Yoga
- Pilates

Este tipo de entrenamiento se puede realizar entre:

- 2 y 3 veces por semana.
- Podría comenzar con 10 -15 minutos durante las primeras semanas y progresar paulatinamente.
- Repita cada ejercicio 3 -5 veces en cada sesión.
- Manténgase en la posición durante 10 - 30 segundos.
- Efectué los movimientos lentamente; nunca hacerlo de forma violenta.
- El estiramiento no puede causarle nunca dolor, si una incomodidad.

Estas actividades están diseñadas para aumentar el rango de movimiento en las articulaciones, aumentar la longitud muscular, la relajación muscular y la flexibilización general del cuerpo. Deben realizarse después de los ejercicios de resistencia y fortalecimiento, cuando los músculos estén calientes.

A la hora de practicar cualquier modalidad de ejercicio se deben tener en cuenta estas recomendaciones generales:

- Técnica Respiratoria: Inspirar antes de un impulso, expirar durante el mismo, e inspirar al final del impulso.
- Descanso: 2 minutos entre cada ejercicio.
- Uso de pesos: Valorar los riesgos de usar pesos adicionales frente a potenciales efectos adversos (lesiones, eventos cardiovasculares, incumplimiento)
- Enfermedad: Si una enfermedad interrumpe el programa de ejercicio, siempre se debe consultar con el médico antes de volver a iniciarlo.

Contraindicaciones absolutas y relativas para participar en el entrenamiento de fuerza

Absolutas:

- Valvulopatías cardíacas severas
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Angina inestable
- Infarto de miocardio reciente
- Embolia pulmonar o sistémica reciente
- Arritmias cardíacas no controladas
- Enfermedad infecciosa aguda
- Hipertensión no controlada (>180/>110 mm Hg)
- Miocarditis, pericarditis, endocarditis activa o reciente
- Disección aórtica
- Arritmias ventriculares malignas (taquicardia ventricular, actividad multifocal ventricular...)
- Diabetes no controlada

Relativas (consultar al médico):

- Angina de pecho inestable, Fibrilación auricular reciente
- Hipertensión no controlada (>160/100 mm Hg)
- Baja capacidad funcional (<4 METS)
- Limitaciones músculo esqueléticas
- Personas con marcapasos o desfibriladores
- Tromboflebitis

BIBLIOGRAFÍA:


1. Casas Herrero A., Izquierdo M. Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. *Anales Sis San Navarra* [revista en Internet]. 2012 Abr [citado 2014 Mar 18] ; 35(1): 69-85. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100007>.
2. Cadore, E.L., Izquierdo, M. (2014). New strategies for the concurrent strength, power and endurance training prescription in elderly. *Journal of American Medical Directors*, 14(8):623-4. Cadore EL, Moneo AB, Mensat MM, Muñoz AR, Casas-Herrero A, Rodríguez-Mañas L, Izquierdo M. Positive effects of resistance training in frail elderly patients with dementia after long-term physical restraint. *Age (Dordr)*. 2014 Apr;36(2):801-11.
3. Cadore, E.L., Rodríguez-Mañas, L., Sinclair, A., et al. (2013b). Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation Res*, 16(2),105-114.
4. Cadore, E.L., Izquierdo, M. (2013a). How to simultaneously optimize muscle strength, power, functional capacity and cardiovascular gains in the elderly: An update. *AGE*. 35 (6):2329-2344.
5. Izquierdo M, Cadore EL. Muscle power training in the institutionalized frail: a new approach to counteracting functional declines and very late-life disability. *Curr Med Res Opin*. 2014 Apr 7.
6. Cadore, E.L., Casas-Herrero, A., Zambón-Ferraresi, F., Idoate, F., Millor, N., Gomez, M., Rodríguez-Mañas, L., Izquierdo, M. (2013). Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. *Age (Dordr)*. 2014 Apr;36(2):773-85.


PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO FÍSICO MULTICOMPONENTE PARA PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD Y CAIDAS EN MAYORES DE 70 AÑOS¹⁴


A


Limitación severa
Discapacitado

HACIENDO ESTOS EJERCICIOS CONSEGUIRÁS LEVANTARTE DE LA SILLA

A  Levanta los brazos con una botella de agua pequeña agarrada.

A  Sentado, estira la pierna lo máximo.

A  Estira los brazos por encima de la cabeza.

A  Inclina la cabeza a derecha e izquierda.


COMO HACER ESTOS EJERCICIOS


- Para los ejercicios de peso, escoge un peso o cinta que le permita realizar el ejercicio correctamente y sin interrupciones unas 30 veces, pero con el que note que hace un esfuerzo al terminarlo.
- Empieza haciendo 1 serie de 10 repeticiones (es decir, 10 veces los movimientos indicados).
- El objetivo es realizar 3 series de 10 repeticiones.
- Entre ejercicio y ejercicio realiza un descanso entre 1 y 3 minutos.
- Este programa se debería realizar entre 12 y 16 semanas para que fuera efectivo. Cumplido este tiempo, vuelve a medir el valor en el SPPB, su velocidad de marcha y su Riesgo de Caídas. En el caso de que haya mejorado su capacidad puede pasar al siguiente nivel.
- Los ejercicios deben realizarse 2 días a la semana.


B


Limitación moderada
Frágil

SI HACES ESTOS EJERCICIOS NOTARÁS UNA GRAN MEJORA

B  Aprieta, con cada mano, una pelota de goma poco a poco hasta que no pueda más.

B  Flexiona rodillas, como si fueras a sentarte, apoyado en una mesa.


B  Agarra el respaldo de la silla y echa el pecho hacia adelante, hasta que estiren los brazos.


B  Ponte a la pata coja con los brazos cruzados en el pecho.


C1 **C2**


Limitación leve
Frágil, Pre-frágil

EL OBJETIVO DE ESTOS EJERCICIOS ES QUE SIGAS DISFRUTANDO CAMINANDO

C  Estira una cinta elástica, enrollada en tus muñecas, abriendo los brazos.

C  Apoya bien los pies en el suelo y levántese sin apoyarse en los brazos de la silla.


C  Apóyate en una mesa y ponte a la pata coja agarrándote el pie con el brazo por detrás y manteniendo la otra pierna estirada.


C  Mantenga el equilibrio 10 segundos sobre las puntas de los pies y después sobre los talones.


D

Limitación mínima o sin limitación

¡NO TE RELAJES! SI PARAS PUEDES EMPEORAR RÁPIDAMENTE

D  Estira una cinta elástica, enrollada en tus muñecas, separando los brazos en diagonal.


D  Camine de puntillas 10 segundos y después de talones.


D  Camina en línea recta recogiendo objetos del suelo.


E


Riesgo de caídas


- Realizar los ejercicios 3 días a la semana con especial énfasis en ejercicios de equilibrio adaptados a su capacidad funcional.
- Valorar suplementación nutricional y prescripción de Vitamina D a deficientes.
- Reducción de Polifarmacia (Psicofármacos).
- Modificación de Barreras ambientales y Arquitectónicas.

B  Camine, sólo o acompañado, hasta llegar a caminar 1 minuto sin ayuda.

C  Empieza andando 4 minutos hasta conseguir andar 15 minutos.

C  Empieza andando 8 minutos hasta conseguir andar 30 minutos.

D  Camina en series de 15 minutos descansando 30 segundos.



www.vivifrail.com

ANEXO 6 TEST ASOCIADOS A MAYORES DE 65 AÑOS

1. Cuestionario Mundial sobre actividad física (GPAQ).
2. Cuestionario Internacional de actividad física(IPAQ).
3. Cuestionario de adherencia a la dieta Mediterránea.
4. Test de Fagerström. Dependencia a la Nicotina.
5. Test de Richmond. Motivación para dejar de fumar.
6. Cuestionario Cage camuflado. Detección consumo alcohol.
7. Cuestionario detección alcoholismo MALT.
8. Escala de Riesgo de UPP – NORTON.
9. Escala de Riesgo de UPP – BRADEN.
10. TEST GIPS-3.
11. Índice de Esfuerzo del cuidador.
12. Autonomía para las actividades de la vida diaria. Test Bathel.
13. Actividades instrumentales de la vida diaria. Escala Lawton Y Brody.
14. Test de Pfeiffer. Cribado de deterioro cognitivo.
15. Lobo mini mental.
16. Escala de deterioro global. GDS fase.
17. Escala de depresión geriátrica. Test de Yesevage.
18. Riesgo social. Escala de valoración socio-familiar.

Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)

Departamento de Enfermedades crónicas y Promoción de la Salud
Vigilancia y Prevención basada en la población
Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza
Para más información: www.who.int/chp/steps

Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)

Presentación general

Introducción El Cuestionario Mundial sobre Actividad Física ha sido desarrollado por la OMS para la vigilancia de la actividad física en los países. Recopila información sobre la participación en la actividad física y sobre el comportamiento sedentario en tres marcos (o campos). Estos campos son:

- Actividad en el trabajo
 - Actividad al desplazarse
 - Actividad en el tiempo libre
-

Utilización de GPAQ Se deberán preguntar todas las preguntas del cuestionario. Si se salta alguna pregunta o elimina alguno de los campos, los resultados que pueda calcular se verán afectados.

Antes de utilizar este cuestionario, debería revisar la sección "Instrucciones relativas a las preguntas". Esta sección que encontrará después de las preguntas propiamente dichas sirve de guía para el entrevistador a la hora de hacer las preguntas y registrar las respuestas.

GPAQ version 1 Este documento le proporciona información sobre la versión 2 del Cuestionario Mundial de Actividad Física. Se aconseja utilizar la Versión 2 del cuestionario.

Si ya ha utilizado el cuestionario 1 y necesita ayuda para analizar esta información, consulte la sección "Versión 1" en este documento.

Cálculo y limpieza de datos sobre Actividad física Al final de este documento encontrará una sección de análisis que describe el proceso de limpieza y análisis de datos sobre actividad física. Esta sección utiliza la columna del código como referencia para todos los cálculos

MET MET es la medida que se utiliza normalmente para analizar la actividad física.

MET (Equivalente Metabólico): La proporción del índice de metabolismo trabajando y en situación de reposo. Un MET se define como 1 kcal/kg/hora y equivale a la energía consumida por el cuerpo en reposo.

Un MET también se define como el oxígeno consumido en ml/kg/min cuando un MET equivale a 3.5 ml/kg/min de oxígeno consumido en situación de reposo.

Columna de codificación para el cuestionario La columna del código se utiliza como guía para el análisis de los datos sobre actividad física. Si inserta este cuestionario en otro cuestionario puede cambiar los números de las preguntas, pero no cambie el código.

Actividad física			
<p>A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.</p> <p>Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, que se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo <i>[inserte otros ejemplos si es necesario]</i>. En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquellas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco.</p>			
Pregunta	Respuesta		Código
En el trabajo			
49	<p>¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como <i>[levantar pesos, cavar o trabajos de construcción]</i> durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, Saltar a P 4</p>	P1
50	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?	Número de días <input type="text"/>	P2
51	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P3 (a-b)
52	<p>¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa <i>[o transportar pesos ligeros]</i> durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, Saltar a P7</p>	P4
53	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?	Número de días <input type="text"/>	P5
54	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P6 (a-b)
Para desplazarse			
<p>En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos tratado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al mercado, al lugar de culto <i>[insertar otros ejemplos si es necesario]</i></p>			
55	¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, Saltar a P 10</p>	P7
56	En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Número de días <input type="text"/>	P8
57	En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P9 (a-b)
En el tiempo libre			
<p>Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría tratar de deportes, fitness u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre <i>[inserte otros ejemplos si llega el caso]</i>.</p>			
58	<p>¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como <i>[correr, jugar al fútbol]</i> durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, Saltar a P 13</p>	P10
59	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos en su tiempo libre?	Número de días <input type="text"/>	P11
60	En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P12 (a-b)

SECCIÓN PRINCIPAL: Actividad física (en el tiempo libre) sigue.		
Pregunta	Respuesta	Código
61 ¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, [ir en bicicleta, nadar, jugar al volleyball] durante al menos 10 minutos consecutivos? (INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)	Sí 1 No 2 Si No, Saltar a P16	P13
62 En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	Número de días <input type="text"/>	P14
63 En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P15 (a-b)
Comportamiento sedentario		
La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado [ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión], pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo. (INSERTAR EJEMPLOS) (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)		
64 ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P16 (a-b)

Instrucciones GPAQ relativas a las preguntas

SECCIÓN PRINCIPAL: Actividad física			
<p>A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.</p> <p>Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, que se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo <i>[inserte otros ejemplos si es necesario]</i>. En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquéllas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquéllas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco.</p> <p><i>Esta introducción no se debería omitir.</i></p>			
Pregunta		Respuesta	Código
En el trabajo			
49	<p>¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como <i>[levantar pesos, cavar o trabajos de construcción]</i> durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>Son consideradas actividades físicas intensas aquéllas que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco.</i></p> <p><i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P 4</p>	P1
50	<p>En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?</p> <p><i>Una "semana típica" no se refiere a la media de varias semanas a lo largo de un período sino que hace referencia a una semana normal en la que una persona practica actividades intensas.</i></p> <p><i>Las respuestas válidas están comprendidas entre 1 y 7.</i></p>	Número de días <input type="text"/>	P2
51	<p>En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?</p> <p><i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta únicamente las actividades realizadas durante por lo menos 10 minutos consecutivos. Verifique las respuestas muy altas (más de 4 horas) para obtener confirmación.</i></p>	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P3 (a-b)
52	<p>¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa <i>[o transportar pesos ligeros]</i> durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>Son consideradas actividades de intensidad moderada aquéllas que implican una ligera aceleración de la respiración y/o del ritmo cardíaco.</i></p> <p><i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P7</p>	P4
53	<p>En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?</p> <p><i>Las respuestas válidas están comprendidas entre 1 y 7.</i></p>	Número de días <input type="text"/>	P5
54	<p>En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?</p> <p><i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta únicamente las actividades realizadas durante por lo menos 10 minutos consecutivos. Verifique las respuestas muy altas (más de 4 horas) para obtener confirmación.</i></p>	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P6 (a-b)

Para desplazarse			
<p>En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos tratado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al mercado, al lugar de culto [insertar otros ejemplos si es necesario]</p> <p><i>El párrafo que introduce las preguntas sobre la actividad física para desplazarse es muy importante. Ayuda al participante a centrarse en sus desplazamientos. No se debería omitir.</i></p>			
55	<p>¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?</p> <p><i>Marque la respuesta adecuada.</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P 10</p>	P7
56	<p>En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?</p> <p><i>Las respuestas válidas están comprendidas entre 1 y 7.</i></p>	Número de días <input type="text"/>	P8
57	<p>En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?</p> <p><i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta el tiempo total que pasa caminando o andando en bici para desplazamientos de 10 minutos o más. Verifique las respuestas muy altas (más de 4 horas) para obtener confirmación.</i></p>	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P9 (a-b)
En el tiempo libre			
<p>Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría tratar de deportes, fitness u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre [inserte otros ejemplos si llega el caso].</p> <p><i>Este párrafo de introducción ayuda al participante a centrarse sobre sus actividades de tiempo libre, que también podemos llamar de ocio. El deporte está incluido en esta parte pero no se trata únicamente de la participación a competiciones. Las actividades mencionadas deberían ser practicadas regularmente y no sólo de vez en cuando. Es importante tratar únicamente de las actividades de tiempo libre y de no incluir las actividades que ya han sido desarrolladas. Esta introducción no se debería omitir.</i></p>			
58	<p>¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como [correr, jugar al fútbol] durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p> <p><i>Son consideradas actividades físicas intensas aquéllas que implican una aceleración importante de la respiración y/o del ritmo cardíaco.</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P 13</p>	P10
59	<p>En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos en su tiempo libre?</p> <p><i>Las respuestas válidas están comprendidas entre 1 y 7.</i></p>	Número de días <input type="text"/>	P11
60	<p>En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?</p> <p><i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta el tiempo que pasa en su tiempo libre haciendo actividades físicas intensas por periodos de 10 minutos o más. Verifique las respuestas muy altas (más de 4 horas) para obtener confirmación.</i></p>	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P12 (a-b)
61	<p>¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, [ir en bicicleta, nadar, jugar al volleybal] durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>Son consideradas actividades de intensidad moderada aquéllas que implican una ligera aceleración de la respiración y/o del ritmo cardíaco.</i></p> <p><i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P 16</p>	P13
62	<p>En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?</p> <p><i>Las respuestas válidas están comprendidas entre 1 y 7.</i></p>	Número de días <input type="text"/>	P14

63	<p>En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?</p> <p><i>Piense en un día del que puede acordarse fácilmente. Tenga en cuenta el tiempo que pasa en su tiempo libre haciendo actividades físicas de intensidad moderada por períodos de 10 minutos o más. Verifique las respuestas muy altas (más de 4 horas) para obtener confirmación.</i></p>	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p> hrs mins</p>	P15 (a-b)
Comportamiento sedentario			
<p>La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado [ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión], pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo. <i>[INSERTAR EJEMPLOS] (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p>			
64	<p>¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?</p> <p><i>Tenga en cuenta el tiempo total que pasa sentado en una oficina, leyendo, viendo televisión, utilizando un ordenador, haciendo labores (punto...), descansando, etc. No incluya las horas que pasa durmiendo.</i></p>	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p> hrs min s</p>	P16 (a-b)

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los últimos 7 días. Le informamos que este cuestionario es totalmente anónimo.

Muchas gracias por su colaboración

1.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	<input type="checkbox"/>
2.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
3- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar	
Días por semana (indicar el número)	
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	<input type="checkbox"/>
4.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
5.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	<input type="checkbox"/>
6.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
7.- Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>

VALOR DEL TEST:

1. Caminatas: $3'3 \text{ MET}^{\#} \times \text{minutos de caminata} \times \text{días por semana}$ (Ej. $3'3 \times 30 \text{ minutos} \times 5 \text{ días} = 495 \text{ MET}$)
2. Actividad Física Moderada: $4 \text{ MET}^{\#} \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$
3. Actividad Física Vigorosa: $8 \text{ MET}^{\#} \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$

A continuación sume los tres valores obtenidos:

Total = caminata + actividad física moderada + actividad física vigorosa

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN:

- Actividad Física Moderada:
 1. 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día.
 2. 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.
 3. 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET*.
- Actividad Física Vigorosa:
 1. Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET*.
 2. 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET*.

* Unidad de medida del test.

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD (señale el que proceda)	
NIVEL ALTO	<input type="checkbox"/>
NIVEL MODERADO	<input type="checkbox"/>
NIVEL BAJO O INACTIVO	<input type="checkbox"/>

Para finalizar, le vamos a pedir que registre algunos datos de interés estadístico:

SEXO: Hombre Mujer

EDAD: _____

EMPRESA/INSTITUCIÓN: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

POBLACIÓN: _____

PROFESIÓN: _____

CATEGORÍA PROFESIONAL: _____

DEPARTAMENTO EN EL QUE TRABAJA: _____

Los resultados se tratarán de forma global y se mantendrá el anonimato en las publicaciones que puedan derivarse de este cuestionario.

La transmisión de datos se hará con las medidas de seguridad adecuadas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99.

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

Nos interesa conocer sus hábitos de alimentación, por ello necesitamos que responda a algunas cuestiones relacionadas con su dieta. Le informamos que este cuestionario es totalmente anónimo.

Muchas gracias por su colaboración

Nº	Pregunta	Modo de valoración	Puntos
1	¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?	Si =1 punto	<input type="checkbox"/>
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?	Dos o más cucharadas =1 punto	<input type="checkbox"/>
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones acompañamientos contabilizan como ½ ración)?	Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas)= 1 punto	<input type="checkbox"/>
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	Tres o más al día= 1 punto	<input type="checkbox"/>
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr.)?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="checkbox"/>
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día porción individual equivale a 12 gr)?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="checkbox"/>
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="checkbox"/>
8	¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	Tres o más vasos por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	Tres o más por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
10	¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?	Tres o más por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	Menos de tres por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	Una o más por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
13	¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100- 150 gr)?	Si= 1 punto	<input type="checkbox"/>
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	Dos o más por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
Resultado final, puntuación total			<input type="checkbox"/>

PUNTUACIÓN TOTAL:
< 9 baja adherencia
≥ 9 buena adherencia

Para finalizar, le vamos a pedir que registre algunos datos de interés estadístico:

SEXO: Hombre Mujer

EDAD: _____

EMPRESA/INSTITUCIÓN: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

POBLACIÓN: _____

PROFESIÓN: _____

CATEGORÍA PROFESIONAL: _____

DEPARTAMENTO EN EL QUE TRABAJA: _____

Muchas gracias por su colaboración.

Los resultados se tratarán de forma global y se mantendrá el anonimato de los participantes en las publicaciones que puedan derivarse de este cuestionario.
La transmisión de datos se hará con las medidas de seguridad adecuadas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1599 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99.



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

DEPENDENCIA DE LA NICOTINA - TEST DE FAGERSTRÖM –

Población diana: Población general fumadora. Se trata de una escala **heteroadministrada** de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	hasta 5 minutos	3
	entre 6 y 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 ó menos	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
PUNTUACIÓN TOTAL		

Bibliografía

- Fagerstrom KO Measuring degree of physical dependence to tobacco smokin with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3(3-4):235-41
- Carrasco, TJ Luna, M Vila, J Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Rev Esp Drogodependencias 1994; 19(1):3-14.
- Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. Arch Intern Med 1993 Ene 11; 153(1):34-48.
- Cordoba, R Martin, C Casas, R Barbera, C Botaya, M Hernández, A Jane, C Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. Aten Primaria 2000 Ene; 25(1):32-6.



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR –RICHMOND-

Población diana: Población general fumadora. Se trata de un test **heteroadministrado** con 4 ítems que permite valorar el grado de motivación para dejar de fumar. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde el ítem 1 puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3. Los puntos de corte detectados sobre la asociación del nivel de motivación y el cese del hábito tabáquico son de 0 a 3: nulo o bajo, de 4 a 5: dudoso, de 6 a 7: moderado (con necesidad de ayuda), y de 8 a 10: Alto.

PREGUNTAS	RESPUESTAS		PUNTOS
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No	0	
	Sí	1	
2. ¿Con qué ganas de 0 a 3 quiere dejarlo?	Nada	0	
	Poca	1	
	Bastante	2	
	Mucha	3	
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	No	0	
	Dudoso	1	
	Probable	2	
	Sí	3	
4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?	No	0	
	Dudoso	1	
	Probable	2	
	Sí	3	
PUNTUACIÓN TOTAL			

Bibliografía

- Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993; 88: 1127-1135.
- Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A & Jané C. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Atención Primaria* 2000; 25(1): 32-36.



Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

DETECCION CONSUMO ALCOHOL - CUESTIONARIO CAGE CAMUFLADO -

Población diana: Población general. Se trata de un test **heteroadministrado** con 12 ítems de los cuáles 4 preguntas –marcadas en negrita- son puntuables. El punto de corte se sitúa en más de dos respuestas afirmativas. Las preguntas no deben formularse seguidas para evitar posturas defensivas o de rechazo. Cada pregunta debe intercalarse durante la entrevista.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un “porro” o una dosis de cocaína?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
PUNTUACIÓN TOTAL		



DETECCION CONSUMO ALCOHOL - CUESTIONARIO CAGE CAMUFLADO -

Bibliografía

- Mayfield D McLeod G Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974 oct; 131(10):1121-3.
- Ewing JA Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-1907.
- Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C Pérez R Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. Drogaalcohol 1986; 11:132-39.
- Díez S, Martín JM, Altisent R, Aznar P, Cebrián C, Imaz FJ, Castillo M. Cuestionarios breves para la detección precoz de alcoholismo en atención primaria. Aten Primaria 1991 may; 8(5):367-70.



Nombre

Unidad/Centro

Fecha

Nº Historia

DETECCION ALCOHOLISMO – CUESTIONARIO MALT –

Población diana: Población general. Se trata de un test **autoadministrado** (MALT-S) y heteroadministrado (MALT-0) con 26 y 7 ítems dicotómicos respectivamente. El valor de cada respuesta afirmativa del MALT-S tiene un valor de 1 punto, y en el MALT-0 de 4 puntos. Los puntos de corte se presentan en la siguiente tabla:

Total MALT-S		<p>0-5 puntos: no alcoholismo 6-10 puntos: sospecha de alcoholismo ≥ 11 puntos: alcoholismo</p>
Total MALT-O		
Total		

A cumplimentar por el profesional:

MALT-O		SI	NO
1	Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico; p.ej. consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc, y al menos un valor de laboratorio patológico: p.ej. GOT, GPT o GGT). (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues, hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc)		
2	Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej. diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		
3	Delirium tremens (actual o en la anamnesis)		
4	Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses		
5	Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer, 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes		
6	Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica)		
7	Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico/a, trabajador/a social o instituciones pertinentes).		
PUNTUACIÓN TOTAL			

Bibliografía

- Feuerlin W, Ringer C, Kufner H, Antons K. Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism Test -MALT-. MMW Munch Med Wochenschr 1977 oct 7; 119(40):1275-82.
- Feuerlin W, Ringer C, Kufner H, Antons K. Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism Test -MALT-. Curr Alcohol 1979 ;7: 137-47.
- Gorenc KD, Peredo S, Pacurucu S, Llanos R, Vincente B, Lopez R, Abreu LF, Paez E. Validation of the cross-cultural alcoholism screening test -CCAST-. Arch Med Res 1999 sep-oct; 30(5):339-410.



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

A cumplimentar por el paciente:

Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se adapte a su situación personal durante los últimos meses

Cuestionario MALT-S		SI	NO
1	En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos.		
2	A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación		
3	Alguna vez he intentado calmar “ la resaca”, el temblor o la náusea		
4	Actualmente, me siento amargado/a por mis problemas y dificultades		
5	No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo		
6	Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7	A menudo pienso en el alcohol		
8	A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico/a me lo había		
9	En las temporadas en que bebo más, como menos		
10	En el trabajo, me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido		
11	Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean).		
11	Bebo de un trago y más de prisa que los demás.		
12	Desde que bebo más, soy menos activo/a.		
13	A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después		
14	He ensayado un sistema para beber (p.ej. no beber antes de		
15	Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
16	Sin alcohol, no tendría tantos problemas		
17	Cuando estoy excitado/a, bebo alcohol para calmarme.		
18	Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.		
19	Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a		
20	Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
21	Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa o pareja.		
22	Ya he probado pasar temporadas sin alcohol		
23	Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo/a.		
24	Repetidamente me han mencionado mi “aliento alcohólico”		
25	Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.		
26	A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que		
PUNTUACIÓN TOTAL			

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE RIESGO DE UPP – NORTON-

Población diana: Población general hospitalizada y que vive en la comunidad. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** de 5 ítems (estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia) cuya puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total de la escala 1-20. Un total de 14 puntos o más bajo nos indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas (Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor).

Escala de Norton. Modificada por el grupo de trabajo del Insalud de Madrid

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

FECHA					
PUNTUACIÓN					

Bibliografía

- Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. London: Churchill Livingstone; 1962:193-224.
- Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. Decubitus 1989;2:24-31 (erratum 1989;2:10).
- Quiralte C Martínez RM Fernández C Estudio de validez de criterio de la escala de Norton modificada del hospital clínico San Carlos. Enf Clin 1998 jul 8(4);151-6
- García AM Rosa G Garrido G Rodríguez P Escala de Norton: ¿es válida como método de predicción del desarrollo de úlceras por presión? Med Prev 1999, V(3):24-27
- Subdirección General de Relaciones Internas. Insalud. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid: Dirección General del Insalud. 1997.

ESCALA DE NORTON. MODIFICADA POR INSALUD DE MADRID

Estado físico general

Muy malo

Nutrición: persona que realiza una comida diaria. Toma un tercio del menú

Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento

Temperatura corporal: >38,5°C y < 35,5°C

Ingesta de líquidos: <500 ml/día (<de3 vasos)

Pobre

Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias. Toma la mitad del menú.

Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

Temperatura corporal: 37,5°C a 38°C

Ingesta de líquidos: 500 a 1... ml día(3-4 vasos)

Mediano

Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias. Toma la mitad del menú

Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa

Temperatura corporal: 37°C a 37,5°C

Ingesta de líquidos: 1000 a 1.500 ml/día (5-7 vasos)

Bueno

Nutrición: persona que realiza cuatro comidas diarias. Toma todo el menú

Hidratación: peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento

Temperatura corporal: 36°C a 37°C

Ingesta de líquidos: 1.500 a 2.000 ml/día (8-10 vasos)

Incontinencia

Urinaria y fecal

No controla ninguno de sus esfínteres

Urinaria o fecal

No controla uno de los esfínteres permanentemente

Ocasional

No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.

Ninguna

Control de ambos esfínteres

Implantación de una sonda vesical y control de esfínter anal

Estado mental

Estuporoso y/o comatoso

Desorientación en tiempo, lugar y personas.

Despierta sólo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto

Comatoso: ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja

Confuso

Inquieto, agresivo, irritable, dormido

Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos

Cuando despierta responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo

Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse

Intermitente desorientación en tiempo, lugar y personas

Apático

Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso.

Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado.

Obedece órdenes sencillas

Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.

Alerta

Paciente orientado en tiempo, lugar y personas

Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles

Comprende la información

Actividad

Encamado

Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total)

Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse, etc)

Sentado

La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.

La persona precisa de ayuda humana y/o mecánica

Camina con ayuda

La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas)

Ambulante

Independiente total

No necesita depender de otra persona

Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis

Movilidad

Inmóvil

Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla

Muy limitada

Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos

Disminuida

Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.

Total

Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE RIESGO DE UPP - BRADEN

Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “Fricción y rozamiento” que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad y el estado funcional.

Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	-----

FECHA					
PUNTUACIÓN					

Bibliografía

- Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. Res Nurs Health 1994;17: 459-70.
- Bernal MC, Curcio CL, Chacón JA, Gómez JF & Botero AM. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2001; 36(5): 281-286.

ESCALA DE BRADEN

Percepción sensorial. Capacidad para responder significativamente al disconfor relacionado con la presión.

1. **Completamente limitada.** No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.
2. **Muy limitada.** Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfor excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfor sobre la mitad del cuerpo.
3. **Levemente limitada.** Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el disconfor o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfor en una o dos extremidades.
4. **No alterada.** Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o disconfort.

Humedad. Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.

1. **Constantemente húmeda.** La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.
2. **Muy húmeda.** La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).
3. **Ocasionalmente húmeda.** La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).
4. **Rara vez húmeda.** La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).

Actividad. Grado de actividad física.

1. **En cama.** Confinado a la cama
2. **En silla.** Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.
3. **Camina ocasionalmente.** Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.
4. **Camina con frecuencia.** Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.

Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

1. **Completamente inmóvil.** No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.
2. **Muy limitada.** Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.
3. **Ligeramente limitada.** Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.
4. **Sin limitaciones.** Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.

Nutrición. Patrón usual de consumo alimentario.

1. **Muy pobre.** Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.
2. **Probablemente inadecuada.** Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.
3. **Adecuada.** Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.
4. **Excelente.** Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.

Fricción y deslizamiento

1. **Es un problema.** Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.
2. **Es un problema potencial.** Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.
3. **Sin problema aparente.** Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.

GIPS-3

El GIPS-3: es una herramienta de ayuda al juicio clínico enfermero basada en indicadores NOC y diseñada para detectar el diagnóstico NANDA de Manejo inefectivo del régimen terapéutico (actualmente Gestión Ineficaz de la Propia Salud).

Los valores de la escala oscilan en un rango entre 3-15 puntos.

11 o más puntos nos confirmaría el Manejo efectivo del régimen terapéutico.

10 o menos puntos nos confirmaría el Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
Evita conductas que potencian la patología					
Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos					
Razona los motivos por los que ha de adoptar un régimen terapéutico					

Morilla-Herrera J, Morales-Asencio J, Fernández-Gallego MC, Berrobianco Cobos E, Delgado Romero A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficaz de la salud propia. In: Anales del Sistema Sanitario de Navarra. SciELO Espana; 2011. p. 51-61.



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Población diana: Población cuidadora de personas dependientes en general. Se trata de una **entrevista semiestructurada** que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

Instrucciones para el profesional: Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el Hospital ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aporte ejemplos).

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

Bibliografía

- Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ & Pellicer Magraner P. Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes interesados en su domicilio. Atención Primaria. 2003; 32(2): 77-85.
- López Alonso SR, Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. Enferm Comun 2005; 1(1): 12-17.

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha					
Puntuación Total					

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – BARTHEL-

Bibliografía

- Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med J 1958; 51: 605-609.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.
- Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 14-17.
- Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 145-154.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989; 42: 703-709.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28: 32-40.



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA LAWTON Y BRODY-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 8 ítems. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

	Puntos
Capacidad de usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
Cuidado de la Casa	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
Manejo de asuntos económicos	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes	1
Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN TOTAL	



ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA LAWTON Y BRODY-

Bibliografía

- Lawton MP, Brody EM Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. Gerontologist. 1969 Autumn; 9(3):179-86.

- Pendiente de validación en población española.



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Bibliografía

- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41
- Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. J Am Geriatr Soc 1987 May;35(5):412-6.
- Sano M, Mackell JA, Ponton M, Ferreira P, Wilson J, Pawluczyk S, Pfeiffer E, Thomas RG, Jin S, Schafer K, Schittini M, Grundman M, Ferris SH, Thal LJ. The Spanish Instrument Protocol: design and implementation of a study to evaluate treatment efficacy Instruments for Spanish-speaking patients with Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Dis Assoc Disord 1997;11 Suppl 2:S57-64.
- Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30;117(4):129-34.

Mini-examen cognoscitivo (lobo et al, 1079)

DESCRIPCION:

El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales

Diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración.

Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje

INSTRUCCIONES GENERALES:

Invitar al entrevistado a colaborar. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque. Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los 5 ítems del test.

1.Orientación: No se permite la Comunidad Autónoma como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país(excepto en las comunidades históricas).

2.Fijación. Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Están permitidos seis intentos para que las repita correctamente.

3.Concentración y Cálculo: Sustracción de 3 en 3. Si no le entiende se puede reformular la pregunta. Si tiene 30 pesetas y me da tres ¿cuántas le quedan?, y seguir pero sin repetir cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta.

Repetir los dígitos 5 – 9 – 2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.

4.Memoria: Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. 1 punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.

5.Lenguaje y construcción: El entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra, es 0 puntos en el ítem:

- Semejanzas: En las semejanzas perro-gato las respuestas correctas son animales de “x” características. Órdenes verbales, si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error.

- Lectura, escritura y dibujo: Si utiliza gafas se solicita que se las ponga.

- Frase: Advertir que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir algo diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.

- Figura. Cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.

PUNTUACIÓN:

La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23 puntos.

Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total.

Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación $(20 \times 35 / 31) = 22,5$ (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).

INTERPRETACIÓN:

Instrumento sencillo y breve de aplicación, no requiere de especiales habilidades para su administración. La edad y la escolarización influyen en la puntuación total.

Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales. No explora todas las áreas cognitivas. Posibilidad de que pasen inadvertidos los casos incipientes de deterioro cognitivo.

RANGO de PUNTUACION 0 – 35.

Lobo y col, proponen:

- Pacientes GERIATRICOS (> de 65 años), punto de corte 23/24 (es decir, 23 ó menos igual a “caso” y 24 ó más a “no caso”., y en

- Pacientes NO GERIATRICOS punto de corte 27/28 (es decir, 27 ó menos igual a “caso”, y 28 ó más igual a “no caso”.

En España, la titular de los derechos del MEC de Lobo es Tea Ediciones, y su sitio web es <http://www.teaediciones.com>

Paciente..... Edad.....

Ocupación..... Escolaridad.....

Examinado por..... Fecha.....

ORIENTACIÓN

• Dígame el día..... fecha Mes..... Estación..... Año..... (5 puntos)

• Dígame el hospital (o lugar).....

planta..... ciudad..... Provincia..... Nación..... (5 puntos)

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

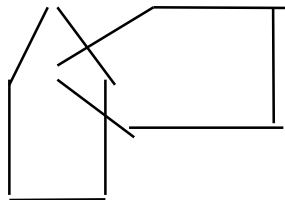
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? (5 puntos)
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos)

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj (2puntos)
- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros (1 punto)
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? (2 puntos)
¿qué son el rojo y el verde ?
- ¿Que son un perro y un gato ? (1 punto)
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS (1punto)
- Escriba una frase (1 punto)
- Copie este dibujo (1 punto)



Escala de deterioro global (GDS)

Global Deterioration Scale (Escala de deterioro global) de Reisberg

GDS-1, ausencia de alteración cognitiva

([Miniexamen cognoscitivo -MEC- de Lobo](#) entre 30 y 35 puntos). Se corresponde con el individuo normal:

Ausencia de quejas subjetivas.

Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.

[Ir al comienzo](#)

GDS-2, disminución cognitiva muy leve

(MEC [de Lobo](#) entre 25 y 30 puntos). Se corresponde con el deterioro cognitivo subjetivo:

Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:

- a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
- b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.

No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.

No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.

Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

[Ir al comienzo](#)

GDS-3, defecto cognitivo leve

(MEC [de Lobo](#) entre 20 y 27 puntos). Se corresponde con el deterioro cognitivo leve:

Primeros defectos claros: manifestaciones en una o más de estas áreas:

- a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.
- b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.
- c) Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres.
- d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.
- e) Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.
- f) Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.
- g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.

Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva.

Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.

La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente.

Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.

[Ir al comienzo](#)

GDS-4, defecto cognitivo moderado

(MEC [de Lobo](#) entre 16 y 23 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio leve:

Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:

- a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
- b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
- c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes.
- d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.

Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:

- a) Orientación en tiempo y persona.
- b) Reconocimiento de personas y caras familiares.
- c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares.

Incapacidad para realizar tareas complejas.

La negación es el mecanismo de defensa dominante.

Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

[Ir al comienzo](#)

GDS-5, defecto cognitivo moderado-grave

(MEC [de Lobo](#) entre 10 y 19 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio moderado:

El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.

No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.

Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar.

Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.

Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.

Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos.

No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados

[Ir al comienzo](#)

GDS-6, defecto cognitivo grave

(MEC [de Lobo](#) entre 0 y 12 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave:

Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.

Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.

Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario.

Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.

Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante.

Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.

Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.

El ritmo diurno está frecuentemente alterado.

Casi siempre recuerda su nombre.

Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.

Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:

- a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo.
- b) Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza.
- c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente.
- d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

[Ir al comienzo](#)

GDS-7, defecto cognitivo muy grave

(MEC [de Lobo](#) = 0 puntos, impracticable). Se corresponde con una demencia en estadio grave:

Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.

Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.

Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulación.

El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

Nota aclaratoria: La correlación entre el estadio GDS y la puntuación del MEC de Lobo es orientativa



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0 - 4 : Normal
 - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		



Referencias bibliográficas

- Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. Medifam. 2002; 12: 620-30.
- Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión. Aten Primaria 2005; 35 (1): 14-21.



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -

Población diana: Población mayor de 65 años. Se trata de una escala **heteroadministrada** de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.

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

Bibliografía

- Cabrera D, Menéndez A Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23(7): 434-440.

