



Plan de **atención** a las
personas mayores



PAM

Plan de **atención** a las **personas mayores**

(PAM)



Edita: Osakidetza. C/ Álava, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz

Edición: 1.^a, Mayo 2018

Tirada: 500 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Osakidetza

Internet: www.osakidetza.euskadi.eus

e-mail: coordinacion@osakidetza.eus

D.L.: BI-487-2019

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO:

Blanco Mediavilla, Mª Jesús (*). Enfermera AP - OSI Barrualde-Galdakao
Gerediaga Goikolea, Endika (*). Médico AP - OSI Barrualde-Galdakao
Maroto Rebollo, Mª Carmen. Enfermera AP - OSI Bilbao-Basurto
Martín Lesende, Iñaki. Médico AP - OSI Bilbao-Basurto
Sáenz Ganuza, Adoración. Enfermera AP - OSI Araba
Sánchez Martín, Inmaculada. Equipo de Atención Sociosanitaria de Euskadi

() Participaron en el proyecto de marzo de 2009 a marzo 2015.*

COORDINACIÓN DEL GRUPO:

Peña González, Mª Luz. Responsable del Programa Corporativo de Promoción de la Salud. Dirección de Asistencia Sanitaria

REVISORES:

Azpiazu Aranberri, Ana Jesús. Enfermera AP - OSI Alto Deba
Baztan Cortes, Juan Jose. Geriatra - Cruz Roja - Madrid
de la Rica Giménez, José Antonio. Coordinador de Atención Sociosanitaria de Euskadi Departamento de Salud
Guell Pelayo, Carolina. Médica de AP en C. Salud de Alza y Unidad de Investigación AP
Ibarra Amarica, Josu. Médico AP - OSI Araba
Lekuona Ancisar, Pilar. Enfermera. Zahartzaroa
Orbegozo Aramburu, Ana. Directora de Enfermería - Matia Fundazioa
Rodríguez Matesanz, Irati. Enfermera en HUD y Unidad de Investigación AP
Samper Ochotorena, Ricardo. Farmacéutico del Servicio Corporativo de Farmacia. Dirección de Asistencia Sanitaria
Tranche Robles, Batirtze. Farmacéutica del Servicio Corporativo de Farmacia. Dirección de Asistencia Sanitaria
Vergara Mitxelorena, Itziar. Unidad de Investigación APOSIs de Gipuzkoa
Zurbanobeaskoetxea Larauogoitia, Lourdes. Coordinadora de Atención Sociosanitaria de Euskadi. Departamento de Empleo y Políticas Sociales

Profesionales de enfermería y medicina de los Centros en los que se realizó el pilotaje en 2016:

OSI Alto Deba: UAP Oñati
 OSI Araba: UAP Llanada Alavesa - UAP Montaña Alavesa
 OSI Bilbao-Basurto: UAP San Ignacio
 OSI Donostialdea: UAP Ondarreta
 OSI Ezkerraldea Enkarterri-Cruces: UAP Buena Vista - UAP Ortuella

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS Y ENFOQUE PROPUESTO	19
3.1. OBJETIVO GENERAL	19
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3.3. ENFOQUE PROPUESTO: IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL FUNCIONAL, CLASIFICACIÓN POR TIPOLOGÍAS Y VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL	19
4. CLASIFICACIÓN DE TIPOLOGÍAS	23
5. VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA PERSONA MAYOR	27
5.1. VALORACIÓN DE NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	30
5.2. VALORACIÓN FUNCIONAL	30
5.2.1. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - AVD	30
5.2.2. TEST DE EJECUCIÓN	31
5.3. VALORACIÓN CLÍNICO-PREVENTIVA	32
5.3.1. ACTIVIDADES PREVENTIVAS GENERALES	32
Tensión Arterial (TA)	32
Peso y talla IMC	32
Inmunizaciones	33
Hábitos tóxicos	33
Actividad Física	33
5.3.2. ACTIVIDADES PREVENTIVAS ESPECÍFICAS DE PERSONAS MAYORES	34
Visión	34
Audición	35
Caídas	35
Nutrición- Hidratación	35
Boca	36
Incontinencia	36
Detección del maltrato	37
Ingreso hospitalario en el último año	37

5.3.3. POLIMEDICACIÓN Y ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIÓN	37
5.3.4. ENFERMEDADES CRÓNICAS	40
5.4. VALORACIÓN MENTAL	40
5.4.1. VALORACIÓN COGNITIVA.	40
5.4.2. VALORACIÓN AFECTIVA.	41
5.5. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR Y DE LA PERSONA CUIDADORA.	41
5.5.1. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR	41
5.5.2. VALORACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA	42
6. PLAN DE INTERVENCIÓN	43
7. SISTEMA DE REGISTRO	47
8. COORDINACIÓN CON OTROS AGENTES SOCIALES.	49
9. EVALUACION DEL PAM	51
10. BIBLIOGRAFÍA	53
11. ANEXOS.	59
ANEXO I. ESCALAS Y PRUEBAS	59
Tabla 1. Test de ejecución	59
Tabla 2. Estimación de peso y talla en pacientes encamados.	65
ANEXO II. CAIDAS	71
ANEXO III. INCONTINENCIA URINARIA	87
ANEXO IV. TIPOLOGÍAS DE PERSONAS MAYORES SEGÚN ESTADO FUNCIONAL	91
ANEXO V. REGISTRO OSABIDE GLOBAL – OSANAIA	95
ANEXO VI. EVALUACIÓN PAM	99
ANEXO VII. VALORACION SOCIOSANITARIA: RAI-Ca	101

1. Introducción

CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y PROYECCIÓN DEMOGRÁFICA

El envejecimiento de la población constituye un logro y un reto en todos los países desarrollados. Dada su magnitud, obliga a ajustar las políticas de salud relacionadas así como el abordaje de ciertas enfermedades y condicionantes cada vez más prevalentes en edades avanzadas en España, y específicamente en el País Vasco.

Según la OMS, el envejecimiento poblacional es consecuencia, por un lado del aumento de la esperanza de vida y por otro de la disminución de la tasa de fecundidad, lo que hace que la proporción de personas mayores de 60 años esté aumentando más rápidamente que la de cualquier otro grupo de edad, en la mayor parte de los países [OMS, 2013].

Este fenómeno también está presente en Euskadi. En 2007 la población de 65 y más años suponía un 19,5% del total, por encima de la media española (16,7%), Este elevado porcentaje se acompañaba además de un importante descenso de la natalidad, lo que nos situaba cerca del crecimiento vegetativo nulo (1519 personas en 2006) [IMSERSO-2009].

% POBLACIÓN > 65 AÑOS / POBLACIÓN TOTAL DE EUSKADI

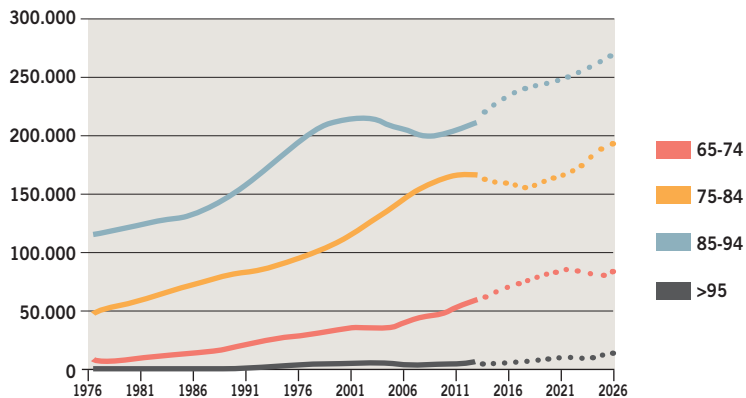
POBLACION	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2016
% > 65 años	16,8	17,3	17,7	18,2	18,5	18,7	18,8	19,1	19,3	19,5	19,9	20,3	20,7	19,5	19,8	20,2	20,7	21,64
bn (miles)	349,2	358,3	366,8	375,6	381,1	384	385,2	391,3	395	399,3	406,3	413,7	422	424,3	432,2	440,1	449,8	471,1

Fuente: EUSTAT. Elaboración propia.

Datos más recientes del CSIC, revelan que Castilla y León, Galicia, Asturias, Aragón y País Vasco son las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 20% y que Canarias, Baleares y Murcia son las comunidades con proporciones más bajas de este grupo poblacional (por debajo del 15%) [Abellan, Puyol, 2015].

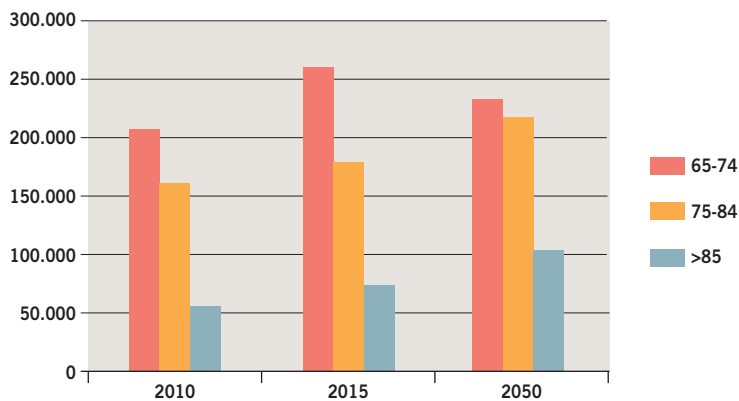
Según datos de EUSTAT [Eustat 2014] entre 2013 y 2026 la población de Euskadi, de 65 a 74 años tendrá un crecimiento relativo del 26% y la de 75 a 84 años del 15%, mientras que los efectivos de 85 a 94 años aumentarán en un 39% y las personas mayores de 95 años se triplicarán.

EVOLUCIÓN Y PROYECCIÓN DE LOS EFECTIVOS DE PERSONAS MAYORES POR SEGMENTO DE EDAD. C.A. DE EUSKADI 1976-2026



Nota: poblaciones a 1 de enero.

En el gráfico y cuadro siguientes, se muestra la evolución de la población de Euskadi de 65 y más años, mediante progresión para 2025 y 2050, comparada con la de 2010:



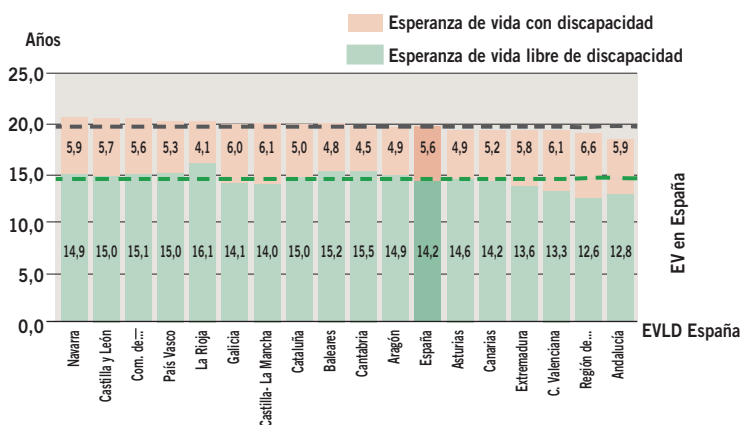
Edad	2010	2025	2050
65-74	204.630	259.500	232.988
75-84	162.084	178.121	218.263
>85	55.294	74.503	103.514

Fuente: EUSTAT. Elaboración propia.

ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD

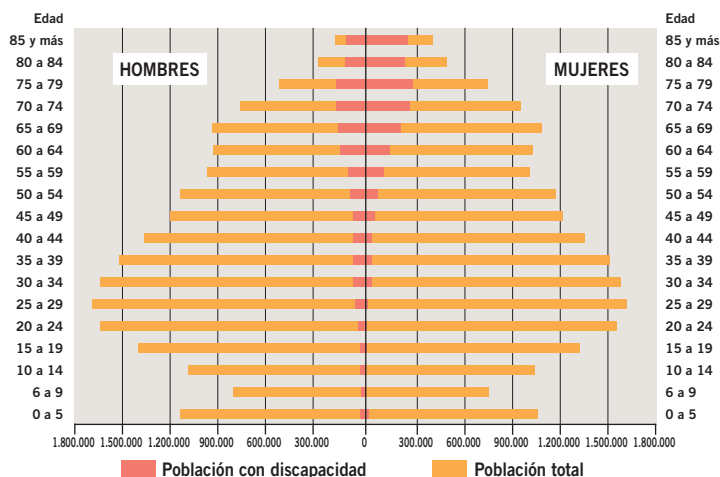
La esperanza de vida al nacer es una medida importante del envejecimiento de la población, sin embargo el tiempo que las personas esperan vivir sin discapacidad, resulta especialmente importante para una población que envejece. La esperanza de vida saludable se utiliza comúnmente como sinónimo de «esperanza de vida libre de discapacidad» (EVLD). Los datos publicados por el CSIC, sobre la Proyección de vida libre de discapacidad [Abellán A, 2015], por Comunidades autónomas, se reflejan en la tabla siguiente:

ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD A LOS 65 AÑOS, 2008



En el gráfico se muestra la distribución por edad y sexo de la población general y de la población con discapacidad.

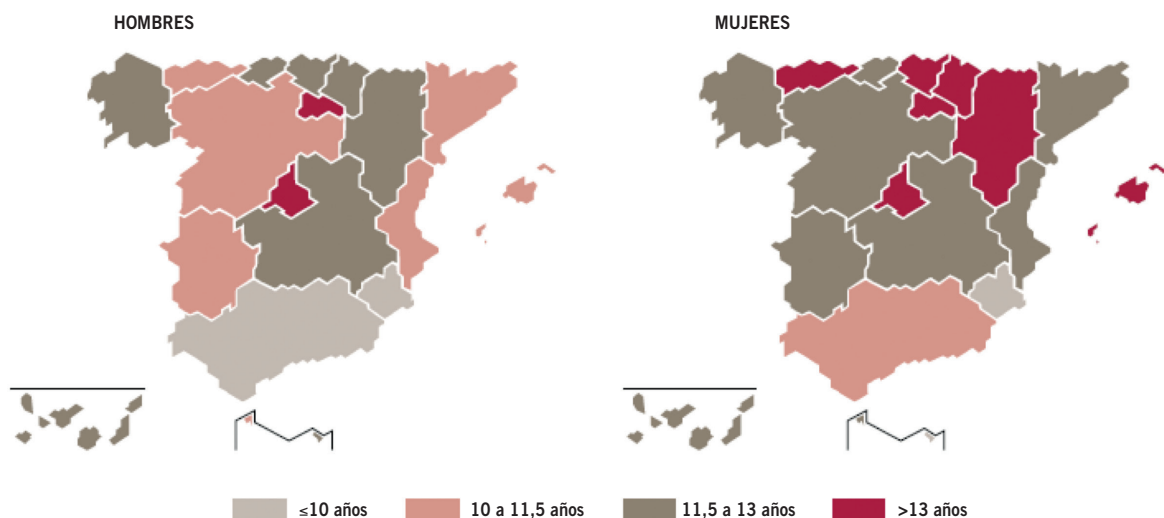
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD SUPERPUESTA A LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN GENERAL



La inversión de estas pirámides pone de relieve la principal característica de la discapacidad: se trata de un fenómeno asociado a la edad que aumenta con ésta. También se perciben las diferencias entre hombres y mujeres. Ellas presentan tasas más elevadas que los hombres a partir de los 45 años, distanciándose cada vez más a medida que avanza la edad.

El INE refleja en el gráfico siguiente, la EVLD para hombres y mujeres a partir de los 65 años, por comunidades [INE, 2014]:

ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD A LOS 65 AÑOS



DATOS DE DEMANDA ASISTENCIAL DE MAYORES DE 70 AÑOS, EN LA C.A.V.

Con el fin de cuantificar la demanda asistencial generada por la población mayor en nuestro medio, en el año 2017, Osakidetza evaluó los datos de las personas incluidas en nuestra base de datos del programa de historia clínica de OSABIDE GLOBAL que contactaron con nuestros Centros de Salud (datos de enero 2017- diciembre 2017). Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

OSI	SEXO	Nº PACIENTES OSABIDE	Nº PACIENTES QUE HAN TENIDO CITAS	% DE PACIENTES QUE HAN TENIDO CITAS
OSI ALTO DEBA	Hombre	4.913	4.592	93,47 %
	Mujer	6.552	6.137	93,67 %
OSI ARABA	Hombre	18.955	17.476	92,20 %
	Mujer	24.595	22.653	92,10 %
OSI ARABAKO ERRIOXA	Hombre	770	712	92,47 %
	Mujer	925	872	94,27 %
OSI BARAKALDO SESTAO	Hombre	9.315	8.534	91,62 %
	Mujer	13.878	12.853	92,61 %
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	Hombre	21.335	20.110	94,26 %
	Mujer	28.703	27.108	94,44 %
OSI BIDASOA	Hombre	5.508	4.993	90,65 %
	Mujer	7.750	7.103	91,65 %
OSI BILBAO-BASURTO	Hombre	25.585	23.883	93,35 %
	Mujer	40.793	38.492	94,36 %
OSI DEBABARRENA	Hombre	5.763	5.319	92,30 %
	Mujer	7.688	7.218	93,89 %
OSI DONOSTIALDEA	Hombre	25.003	22.586	90,33 %
	Mujer	36.841	33.537	91,03 %
OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES	Hombre	11.984	11.134	92,91 %
	Mujer	17.557	16.316	92,93 %
OSI GOIERRI-ALTO UROLA	Hombre	6.823	6.237	91,41 %
	Mujer	9.035	8.409	93,07 %
OSI TOLOSALDEA	Hombre	4.504	4.207	93,41 %
	Mujer	5.815	5.476	94,17 %
OSI URIBE	Hombre	13.671	12.754	93,29 %
	Mujer	18.840	17.434	92,54 %
Suma Total		373.101	346.145	92,78 %

Periodo de explotación: Entre 01-2017 y 12-2017. FUENTE: Osabide Global.

Estas cifras muestran que la gran mayoría de las personas de edad avanzada en nuestro medio consultaron a los servicios públicos de salud durante el periodo estudiado. Dar una respuesta adecuada a esta demanda asistencial constituye un reto que debe ser correctamente abordado. Pero también es una gran oportunidad de acceso a este grupo poblacional, pues permite programar de forma proactiva actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad así como diseñar planes de cuidados personalizados para los sujetos demandantes.

2. Justificación

RETOS Y POLÍTICAS DE SALUD

En el marco de la estrategia Europa 2020 [Comisión Europea-2010], surge la Unión por la Innovación (U.I.) para hacer frente a los retos que plantea la sociedad actual, tales como el envejecimiento de la población. La finalidad de la U.I., es conseguir que las personas vivan más tiempo de forma independiente y con buena salud, incrementando en dos el número medio de años que se vive saludablemente. Se ha planteado como un reto a conseguir: *“La mejora de la calidad de vida de una población que envejece, por ejemplo con nuevas soluciones innovadoras, ensayos clínicos, diagnósticos y tratamientos de enfermedades geriátricas y despliegue de nuevas soluciones innovadoras basadas en las TIC, y con el desarrollo y la introducción de nuevos productos, aparatos y servicios especialmente adecuados para las personas mayores”* [Comisión Europea COM (2010) 546 final. *Iniciativa emblemática de Europa 2020: Unión por la Innovación:*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0546:FIN:ES:PDF>

La Organización Mundial de la Salud sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento poblacional si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas y programas de «envejecimiento activo» que mejoren la salud, la participación y la seguridad de las personas de mayor edad [OMS-2002].

En el ámbito autonómico, la importancia de una correcta atención a la persona mayor y sobre todo la promoción del “envejecimiento activo” constituye un área de trabajo de gran relevancia [Gobierno Vasco. Presidencia-2011].

RETOS PARA AUMENTAR LOS AÑOS DE VIDA LIBRES DE DISCAPACIDAD (AVLD)

La OMS, en su Informe Mundial sobre Discapacidad de 2011 [OMS, 2011] dedica un punto en el que expone la relación existente entre las Condiciones de Salud y la Discapacidad, en el que sostiene que “la posibilidad de que una condición de salud, en interacción con otros factores contextuales, ocasione una discapacidad está determinada por factores interrelacionados”. Y puntualiza que *“la comorbilidad, asociada más con la discapacidad grave que con dolencias individuales, tiene consecuencias en materia de discapacidad”*.

Mantiene asimismo, que se están dando nuevas tendencias en las condiciones de salud que van asociadas a la discapacidad, ya que un creciente conjunto de datos estadístico-epidemiológicos presentan un panorama complejo en el que los factores de riesgo varían según el grupo etario y socio-económico, con un marcado aumento de la prevalencia de condiciones crónicas en la población general. A este respecto, define las tendencias en tres categorías sobre las condiciones de salud:

- las enfermedades infecciosas
- las condiciones crónicas
- las lesiones.

Dicho informe concluye que la discapacidad varía en relación a una combinación de factores, citando entre ellos, la edad, el género, la etapa de la vida, la exposición a riesgos ambientales, la situación socio-económica, la cultura y la disponibilidad de recursos. También incide en que el aumento de las tasas de discapacidad, en muchos lugares, está asociado con el aumento de las condiciones de salud crónicas —diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, cáncer y enfermedades respiratorias— y las lesiones, y que el riesgo de discapacidad es más elevado en las personas de edad avanzada.

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud [MSSSI - 2014], en la que ha participado Euskadi junto con otras Comunidades, propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad.

En este sentido, se ha elaborado un Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, que fue aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 11 de junio de 2014 (*Documento consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. MSSSI-2014*). En dicho documento se pone el énfasis en la importancia de la identificación de la fragilidad en mayores [Documento fragilidad y caídas del SNS, 2014]. Se plantea como objetivo: “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 70 años”. Y propone hacerlo sobre la base del desarrollo de un protocolo básico y común para todo el SNS, que incluya el cribado de fragilidad/deterioro funcional y el riesgo de caídas, asociado a la intervención preventiva correspondiente en mayores, en el ámbito de la Atención primaria (AP).

El término fragilidad surgió hace varias décadas y se ha ido convirtiendo en un concepto fundamental de la Geriátrica. En la actualidad hay un acuerdo general

en cuanto a que el núcleo de la fragilidad es un incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad, 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 salud [INE, 2013]. Permite, por tanto, identificar a un subgrupo de mayores de 65 años que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgo de pérdida funcional [OMS, 2011].

La fragilidad se considera un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación previa de limitación funcional incipiente, y su importancia radica en que se centra en la funcionalidad y no se focaliza en el diagnóstico de enfermedad [OMS, 2002].

En el documento [Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas del SNS, 2014], se recomienda que todas las personas mayores de 70 años, y aquellas con pérdida de peso mayor de 5% en un mes debido a enfermedades crónicas, sean cribados para fragilidad.

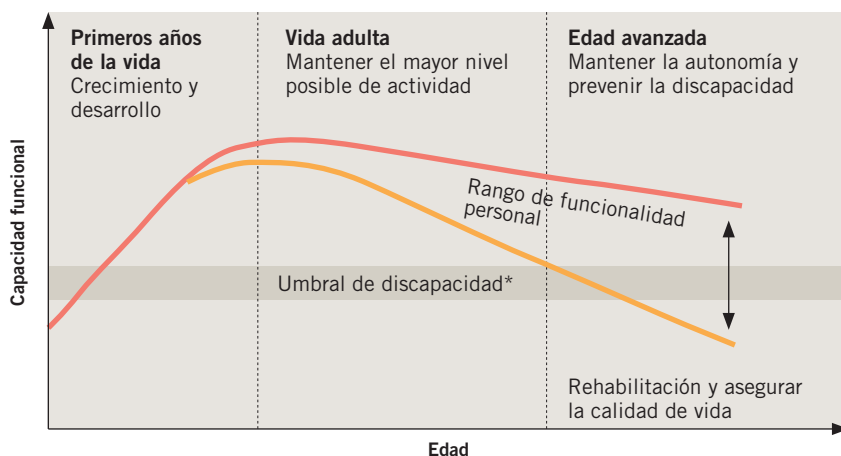
La fragilidad se asocia a mayor edad, sexo femenino, mayor carga de enfermedad y deterioro cognitivo, entre otros factores, y entre sus causas se han identificado factores genéticos, hormonales, inflamatorios, de estrés oxidativo, neuromusculares, energéticos y nutricionales, y entre ellos la sarcopenia como punto final adquiere una especial relevancia [Martín-Lesende I, 2014].

Las actuaciones para abordar la fragilidad son variadas y complejas, pero entre ellas destacan las dirigidas a uno de sus principales factores de riesgo, la inactividad. La inactividad es un elemento nuclear en el desarrollo de la fragilidad, puesto que es esencial en determinar el estado cardiovascular, la resistencia insulínica y el deterioro musculo-esquelético (sarcopenia). Las intervenciones centradas en la actividad física han demostrado su eficacia en retrasar e, incluso, revertir la fragilidad y la discapacidad [Documento fragilidad y caídas del SNS, 2014].

Mantener la funcionalidad y evitar su deterioro debería ser el punto de confluencia final de prácticamente todas las intervenciones clínicas sobre personas mayores y especialmente de los sujetos frágiles. Por ello, los programas de abordaje sistemático deben considerarla como eje central [Gómez-Pavón J, 2007]. [Documento fragilidad y caídas del SNS, 2014]

El gráfico siguiente, permite visualizar la evolución de la capacidad funcional durante el curso vital. En la gráfica se observa el potencial de ganancia funcional relacionado con actuaciones dirigidas a su mantenimiento y/o recuperación y por tanto al incremento de los años de vida libre de discapacidad.

MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DURANTE EL CURSO VITAL



Fuente: Kalache y Kickbusch, 1997.

Es posible crear protocolos y programas de actuación dirigidos al abordaje de la fragilidad que incluyan lo que hoy en día tenemos parcelado en múltiples programas, habitualmente estancos.

Atención primaria es el medio idóneo para la detección y manejo de la fragilidad, tal como indica la última actualización PAPPS 2014 sobre “actividades preventivas en mayores” [Martín-Lesende I, 2014].

LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN EUSKADI EN TORNO AL ENVEJECIMIENTO

Como se ha venido señalando, el envejecimiento constituye un eje fundamental en el abordaje de la salud poblacional para todos los sistemas de salud. En la CAPV así queda recogido en diversos documentos estratégicos:

En el Plan de Salud (PS) 2013-2020 bajo el lema “Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de salud para Euskadi” [Departamento Salud del Gobierno Vasco, 2014], se considera transversal la orientación a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades.

En el Área Prioritaria nº 3 del PS dedicada al Envejecimiento se persigue favorecer el envejecimiento saludable, con intervenciones encaminadas a mantener la autonomía de las personas. Propone mecanismos de valoración integral, gestión interdisciplinar, formación en el uso de las nuevas tecnologías, y promueve el

voluntariado y el mantenimiento de las personas en su entorno habitual. Todo esto a través de diversos Objetivos:

- Objetivo 3.1.: Sobre Envejecimiento Activo, en el que se marcan acciones para favorecer el envejecimiento activo y la autonomía de las personas mayores.
- Objetivo 3.2.: Sobre Asistencia Sociosanitaria, en el que se plantea consensuar y promover una asistencia sociosanitaria adecuada de las personas mayores mediante la gestión interdisciplinar con método del caso, para personas dependientes y frágiles.
- Objetivo 3.3.: Sobre Capacidad y Autonomía, en el que se plantea Adecuar la Atención Sanitaria para abordar de forma más eficaz los problemas de salud derivados del envejecimiento, priorizando la recuperación y minimizando la pérdida de la capacidad funcional.
- Objetivo 3.4.: Sobre Nuevas Tecnologías, en el que se plantea Adaptar las nuevas tecnologías en base a la evidencia de su utilidad y eficiencia en personas mayores, con el establecimiento de la cartera de servicios tecnológicos para personas mayores.
- Objetivo 3.5.: Sobre Atención Domiciliaria, en el que se plantea garantizar la Continuidad de Cuidados de las personas mayores en su propio domicilio/ entorno habitual. Y hacerlo por medio del desarrollo e implantación de la coordinación entre profesionales de servicios sociales y de salud para conseguir una atención personalizada, integral y continuada de las personas mayores o discapacitadas.

Estos Objetivos del Plan de Salud se reflejan, así mismo, en las Líneas Estratégicas (LE) del Departamento de Salud 2013-2016, que se plantean con un enfoque que pretende transitar desde la cultura de la mera asistencia sanitaria de la enfermedad hacia una nueva cultura de fomento de la salud [Departamento Salud del Gobierno Vasco, 2014]

Así la LE nº 3.2.: Respuesta integrada a nuevos retos: vejez, cronicidad y dependencia, es la segunda línea general que se va a desarrollar a lo largo de esta legislatura, y que se justifica por el progresivo envejecimiento de la población, que sitúa a las personas que envejecen, a la cabeza de los retos que deben abordarse desde el sistema de salud, conjuntamente con los servicios sociales.

El Contrato Programa, así mismo incluye indicadores de valoración de la Dependencia en mayores de 75 años.

Las Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria, aprobadas en 2013 por el Consejo vasco de Atención Sociosanitaria [Gobierno vasco - CVASS-2014], plantean un modelo de atención centrado en la persona. Estas líneas, definidas

para un modelo de coordinación y no de integración de sectores, ponen su enfoque en trabajar coordinadamente en todos los niveles de actuación, desde la gobernanza hasta la asistencia, allí donde se encuentre el individuo que requiere asistencia sociosanitaria. En su planteamiento, el punto 1.2. que trata de las personas con necesidades sociosanitarias, incluye la cronicidad, la vejez, la dependencia y el riesgo de exclusión, como los principales factores que definen el ámbito subjetivo del espacio sociosanitario [GOBIERNO VASCO. CVASS - 2014].

La L.E 2 en su punto 2.3., plantea el Desarrollo de la atención primaria sociosanitaria, mediante un abordaje coordinado basado en una metodología de gestión de casos, con la participación coordinada multidisciplinar y multisectorial de agentes profesionales sociosanitarios [Gobierno vasco – CVASS-2014].

Todo el panorama y directrices descritas, refuerzan la necesidad de contar con un Plan específico de Atención a Mayores. Para dar respuesta a esta necesidad, la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza impulsó la realización de este proyecto.

El programa que presentamos como PLAN DE ATENCION A LAS PERSONAS MAYORES EN AP (PAM), nace como una propuesta innovadora y comprometida dirigida a proporcionar una asistencia integrada, continua y de calidad a las personas mayores de nuestro medio.

Se caracteriza por:

- Ser adecuado y compatible con la actividad y recursos de la red de Atención Primaria.
- Estar basado en la evidencia científica, y alinearse con las directrices de Osakidetza, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y de la OMS.
- Contener propuestas de actividades preventivas y de promoción de la salud encaminadas a mantener la funcionalidad y un mayor grado de autonomía en la persona mayor.
- Proponer una valoración sistemática que permita la detección de la fragilidad.
- Proporcionar una clasificación de tipologías de las personas mayores que permita dirigir una valoración integral de sus necesidades, así como definir los objetivos terapéuticos adecuados a la tipología identificada y a las necesidades y preferencias de los sujetos valorados.
- Estar alineado y permitir la integración con otros programas o iniciativas institucionales en la atención de las personas mayores con el fin de dar una respuesta integral y coordinada a sus necesidades.

3. Objetivos y enfoque propuesto

3.1. OBJETIVO GENERAL

Disponer de un procedimiento de valoración multidimensional y de actuación en personas de 70 o más años, basado en las recomendaciones actuales, orientando a la promoción del envejecimiento saludable, la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la funcionalidad y adaptado a la realidad de la Atención Primaria.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y categorizar a las personas mayores en diferentes tipologías en relación a la función, de tal modo que oriente el abordaje más adecuado.
- Realizar una valoración multidimensional según la tipología identificada de tal modo que permita establecer un plan de atención personalizado.
- Establecer intervenciones que contribuyan al mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida de las personas mayores.

3.3. ENFOQUE PROPUESTO: IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL FUNCIONAL, CLASIFICACIÓN POR TIPOLOGIAS Y VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL

Con el fin de dar respuesta a los objetivos antes descritos, se propone un abordaje basado en la identificación del nivel funcional, la categorización de tipologías y una valoración multidimensional, de tal modo que permita identificar las principales necesidades de salud que puedan ayudar a definir de manera individualizada objetivos terapéuticos y planes de atención.

La identificación está basada en de tres test claves:

- **NECPAL.** Permite identificar a las personas que se encuentran en situación de necesidad de cuidados paliativos y la actuación vendrá determinada por esta condición.
- **Índice de Barthel.** Permite clasificar a los sujetos en dos grandes grupos: los autónomos y los dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La presencia de la condición de dependencia será el eje que

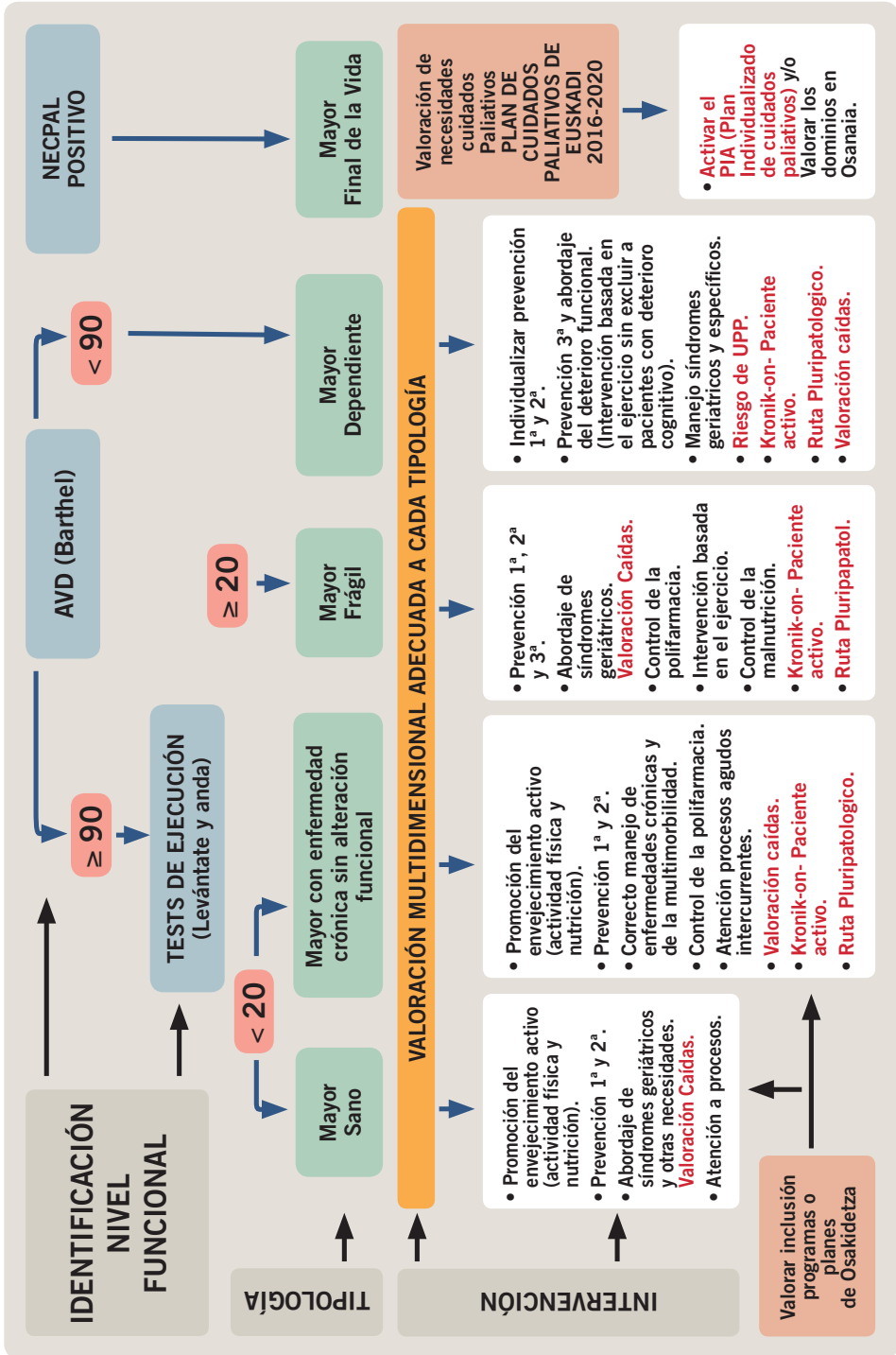
determinará el abordaje de este sujeto. (Desarrollado en el apartado 4.1 (Valoración Funcional))

- **Prueba de ejecución funcional.** Se aplicará a los sujetos autónomos y permitirá identificar a los sujetos frágiles y robustos. La condición de fragilidad, será la clave para abordar las necesidades y los planes de actuación. (Desarrollado en el apartado 4.1 Valoración Funcional)

Una vez identificada la tipología de cada persona y con el fin de detectar sus principales necesidades de salud y poder así dar respuesta a las mismas, se procederá a realizar una valoración multidimensional. Esta valoración puede ser muy amplia, pero con el fin de hacer viable su aplicación en las consultas habituales, deberá adecuarse a cada tipología identificada, poniendo especial énfasis en los aspectos señalados como prioritarios para cada uno de los tipos descritos.

Es imprescindible recordar que esta valoración es una propuesta a modo de guía y que serán las propias características de las personas valoradas las que realmente dirijan y determinen los componentes fundamentales a valorar.

El esquema de trabajo presentado es una propuesta dinámica que podrá ser modificada en función de la nueva evidencia generada, de los nuevos programas o iniciativas desarrollados en nuestro medio y de las aportaciones de mejora propuestas por los profesionales tras su aplicación en la práctica asistencial.



4. Clasificación de tipologías

Las personas mayores pueden ser clasificadas en diferentes subgrupos según sus características fisiológicas y clínicas de tal modo que pueda desarrollarse la atención más adecuada a sus necesidades; esto facilita una atención específica según las condiciones y características identificadas. En la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España, celebrada en junio de 2007 en Madrid, en el documento de revisión “Prevención de la dependencia en las personas mayores” se establecieron una serie de tipologías de personas mayores en relación a la función [Gómez-Pavón J, 2007], que han sido adaptadas por este grupo de trabajo siguiendo las directrices del Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en Atención Primaria (PAPPS-semFYC) [Martín-Lesende I, 2014], del Documento de Prevención de fragilidad y caídas del MSCSS [Documento de fragilidad y caídas del SNS, 2014] y de la guía Fisterra de fragilidad [Martín-Lesende I, 2015]. Las tipologías propuestas son las siguientes:

PERSONA MAYOR SANA

No presentan enfermedad crónica ni alteración funcional ni mental.

Los esfuerzos deben encaminarse a mantener el estado de salud, la funcionalidad y la autonomía con actividades de promoción de la salud (fomento de estilos de vida saludable), prevención primaria y prevención secundaria de las patologías más relevantes en este rango etario. También debe incluir el abordaje de síndromes geriátricos y otras necesidades que presente la persona mayor, así como la atención a procesos agudos que pueda presentar.

PERSONA MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA SIN ALTERACIÓN FUNCIONAL

La atención a la cronicidad es uno de los principales retos de los sistemas sanitarios públicos y el ámbito que concentra mayores esfuerzos de revisión e innovación.

Dentro de esta tipología se encuentran las personas que padecen una o varias enfermedades crónicas relevantes, pero sin problemas en su funcionalidad (Test de levántate y anda es normal, 20 o menos segundos, -o las pruebas de ejecución

alternativas adecuadas: test de la marcha <0.8 seg, o SPPB ≥ 10 puntos-, Barthel 90 o más puntos, Lawton entre 6 y 8 puntos).

La intervención debe ir encaminada a la promoción del envejecimiento activo (actividad física y nutrición), la prevención 1ª, 2ª y 3ª, el correcto manejo de enfermedades crónicas, con especial atención a la multimorbilidad y al control de la polifarmacia. Como no podía ser de otro modo, se deberán atender también los procesos agudos intercurrentes.

PERSONA MAYOR FRÁGIL

Son personas autónomas para las ABVD (Barthel ≥ 90) en riesgo de dependencia y con disminución de su capacidad funcional, (valores alterados en las pruebas de ejecución (test de levántate y anda" >20 segundos -o las pruebas de ejecución alternativas: test de la marcha $\geq 0,8m$ seg, o SPPB <10 puntos) ≥ 60).

Los esfuerzos, de prevención primaria, secundaria y terciaria de enfermedad, deben de ir encaminados a intervenir sobre aquellos aspectos que estén determinando la condición de fragilidad así como a la puesta en marcha de intervenciones de probada eficacia en el abordaje de ésta. Fundamentalmente son tres:

- Control de la malnutrición
- Reducción de polifarmacia
- Programas de entrenamiento físico

No hay que olvidar la prevención y abordaje específicos de los principales síndromes geriátricos, (por ej. guía Fisterra y documentos del MSSSI).

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/persona-mayor-fragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/>

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

PERSONA MAYOR EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Personas ya en situación de dependencia para realizar sus ABVD, ya sea de forma transitoria o permanente.

I.Barthel < 90 punto. En este grupo de pacientes los objetivos terapéuticos y el plan de cuidados debe adaptarse al objetivo de responder a las necesidades determinadas por su situación de dependencia.

PERSONA MAYOR EN SITUACIÓN DE FINAL DE LA VIDA

La identificación de esta tipología se realizará empleando el INSTRUMENTO NECPAL.

Esta constituye una entidad específica que precisa ser abordada de forma integral desde el momento mismo de su identificación y que determina el plan de atención de estos pacientes especificado en el “Plan de cuidados paliativos 2016-2020”.

Tras la descripción de las tipologías propuestas, es importante señalar que estas clasificaciones son de carácter transitorio y que la periodicidad de la valoración propuesta permitirá adecuar la clasificación a la condición funcional observada en cada momento.

Además, al clasificar a una persona mayor en su correspondiente tipología, el criterio clínico del profesional es clave ya que las pruebas de detección de fragilidad mencionadas tienen, según autores, un no desdeñable porcentaje de falsos positivos y falsos negativos [Martín-Lesende I, 2015].

Anexo IV.- Tipologías de personas mayores según estado funcional.

5. Valoración Multidimensional de la persona mayor

¿QUÉ ES LA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL?

Es una valoración estructurada dirigida al conocimiento de la situación funcional y al mantenimiento o mejora de la misma.

Se han seleccionado algunos aspectos clave de la valoración geriátrica, para hacerla compatible con la consulta habitual de la Atención Primaria.

Está basada fundamentalmente en las actividades incluidas en la oferta preferente de Osakidetza, en Documentos y guías de referencia (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, PAPPS de la SEMFYC, Documento de consenso y fragilidad y caídas del SNS, etc), así como en las recomendaciones de la FAECAP (Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria) y en el consenso de este grupo de trabajo.

¿QUIÉN LA REALIZA?

La valoración se realizará de manera coordinada entre profesionales de medicina y de enfermería.

¿A QUIÉN SE REALIZA?

A todas las personas ≥ 70 años, adscritas al Centro de Salud, cuando se encuentren en situación estable (no reagudizado, no convaleciente, no al alta hospitalaria...).

¿DÓNDE SE REGISTRA?

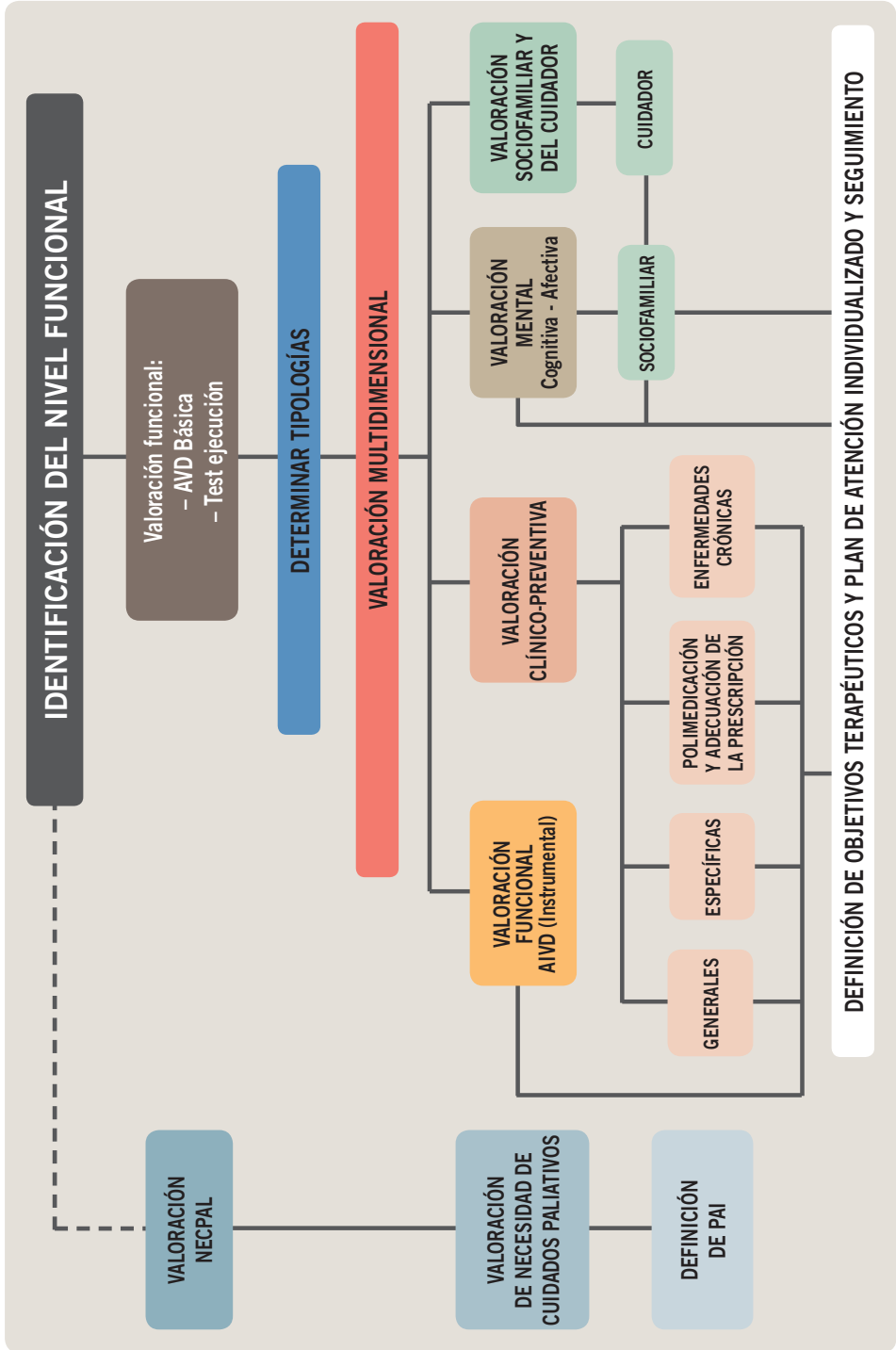
En la Historia clínica a través de Osabide Global y Osanaia. Este es el centro y base del registro y cuenta con un formulario específico para este programa, accesible y disponible para ser cumplimentado tanto por el personal médico como el de enfermería.

¿CADA CUÁNTO TIEMPO?

Se propone realizar esta valoración con una periodicidad entre 1 y 3 años, salvo aquellos aspectos de la valoración que estén incluidos en los PAPs (Plan de Atención Personalizada) con una periodicidad menor, o cuando existan cambios relevantes en la situación clínica, familiar o social de la persona.

¿QUÉ INCLUYE?

- La valoración multidimensional incluye los siguientes componentes:
 - Valoración de necesidad de cuidados paliativos
 - Valoración funcional
 - Valoración clínico-preventiva
 - Valoración cognitiva
 - Valoración sociofamiliar y de la persona cuidadora.
- Una identificación de necesidades y preferencias que dé como resultado la definición de unos objetivos terapéuticos y de cuidados.
- El seguimiento y evaluación de los objetivos terapéuticos y de cuidados a través de una serie de indicadores definidos.
- El adecuado registro de todas las valoraciones realizadas. Ver [Anexo V.- Registro OSABIDE GLOBAL-OSANAIA](#) donde se explica el lugar de registro dentro de la Historia Clínica.



5.1. VALORACIÓN DE NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

La detección de necesidades de cuidados paliativos constituye una entidad específica que precisa ser abordada de forma integral desde el momento mismo de su identificación y que determina el plan de atención de estos pacientes especificado en el “Plan de cuidados paliativos 2016-2020”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Cuidados Paliativos (CP) como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Su identificación precoz es clave para definir los objetivos terapéuticos y los planes de cuidados (voluntades anticipadas incluidas) de forma consensuada con el paciente y la familia, por tanto, se propone que esta condición sea valorada mediante el instrumento NECPAL.

Es fundamental activar el PIA (Plan Individualizado de atención en cuidados paliativos de Osakidetza) y/o valorar por dominios en Osanaia.

5.2. VALORACIÓN FUNCIONAL

5.2.1. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - AVD

A. ABVD (Actividades Básicas de la vida diaria)

Su medida permite diferenciar a los sujetos dependientes de los autónomos para el autocuidado básico diario.

Índice de Barthel [Mahoney F, 1965] Esta escala valora las actividades elementales de autocuidado necesarias para desenvolverse en el medio más inmediato, generalmente hogar (alimentación, movilidad, aseo, continencia de esfínteres etc...).

Esta escala, de amplio uso en nuestro medio, permite categorizar a los sujetos según su grado de dependencia.

Según la versión más empleada de esta escala, se considera dependientes a los sujetos con puntuaciones inferiores a 90. Sin embargo, existen diversos modos de realizar dicha categorización, de tal manera que un sujeto con una puntuación de 70 puede ser considerado dependiente leve o moderado según distintas aplicaciones de la misma. Para el objeto de este plan entendemos que es importante identificar a los sujetos que aún son autónomos, con el fin de promover dicha autonomía y del mismo modo, ser muy sensibles en la identificación de los

ya dependientes para dar una respuesta precoz a las necesidades que su situación de dependencia determina. Por este motivo, y también por facilitar la alineación de este plan con otras iniciativas similares en el ámbito estatal e internacional, consideraremos de interés aplicar la categorización propuesta en el documento de Consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. (Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS).

- Independencia 100 (90 si permanece en silla de ruedas)
- Dependencia leve (91-99). (91-89 si en silla de ruedas)
- Dependencia moderada (61-90)
- Dependencia grave (21-60). Dependencia total (<21)

Puntos de corte segun: Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol. 1989;42:703-9.121

Si al realizar esta escala, se identifica una situación de dependencia moderada a total (≥ 60), o se trata de un paciente domiciliario con limitación importante de la movilidad de manera transitoria, es de gran interés pasar la escala de Valoración de Ulceras por Presión (UPP): Braden Anexo I. Escalas y pruebas Tabla 2. [Braden, 1994] [Bernal MC, 2001]; y se recomienda seguir las pautas marcadas en el Protocolo de Prevención y Cuidados de las UPP de Osakidetza.

B. AIVD (Actividades Instrumentales de la vida diaria)

Índice de Lawton y Brody [Lawton MP, 1969]

Esta escala permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.

En situaciones de dependencia severa según las ABVD no procede pasar esta escala, sin embargo en el resto de pacientes es de gran interés su empleo para conocer sus capacidades para las actividades instrumentales de la vida diaria y poder así hacer una valoración precisa de las necesidades de estas personas. Puede suceder que personas autónomas para las ABVD (Barthel), sean dependientes en las AIVD (esto ocurre, por ejemplo, en personas que presentan algún deterioro cognitivo incipiente). En la condición de fragilidad, las AIVD son las que primero se ven afectadas. Su afectación indica de manera temprana un deterioro funcional que debe ser detectado con prontitud para retrasar la dependencia.

5.2.2. TEST DE EJECUCIÓN

Son pruebas que de manera sencilla valoran la capacidad funcional a través de la medida de ejecución de pruebas de marcha y equilibrio.

A lo largo de este documento se recomienda realizar el “test de levántate y anda” [Podsiadlo D, 1991] [Mathias S, 1986], pero existen otros test igualmente promovidos y validados en nuestro medio como el “Short Physical Performance Battery” (SPPB) y el test de la velocidad de la marcha. Todos ellos disponen de puntos de corte que permiten identificar a sujetos frágiles y con elevado riesgo de sufrir caídas o eventos adversos relacionados con la salud. **Anexo I. Escalas y pruebas Tabla 1. Test de ejecución.**

5.3. VALORACIÓN CLÍNICO-PREVENTIVA

Valora la situación clínica de los pacientes: la presencia de factores de riesgo, de patología crónica, de multimorbilidad y polifarmacia y considera las actividades aplicables según su situación.

Reseñamos las fundamentales tomando en consideración los protocolos de la Oferta Preferente a través de los PAP.

5.3.1. ACTIVIDADES PREVENTIVAS GENERALES

■ Tensión Arterial (TA)

Se plantea la toma de T.A de según los criterios establecidos en Oferta Preferente ya que las cifras límite para la definición de hipertensión arterial son las mismas que para la población general. Sin embargo es fundamental tomar en consideración que los objetivos terapéuticos se deben definir considerando la edad del sujeto y su comorbilidad.

Puede ser de utilidad la revisión de estos documentos
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertension-arterial/>

■ Peso y talla IMC

Es importante disponer de un peso reciente (de <1 año), y una talla de referencia, así como realizar el cálculo de índice de masa corporal, IMC (peso / talla en m²).

Es de especial interés poner atención a una pérdida de peso involuntaria correspondiente al 5 % del peso en un año en población mayor en general y del 3% en pacientes frágiles.

La presencia bajo peso (IMC<23.5 en hombres y <22 en mujeres) se asocia a elevado riesgo de mortalidad. Valorar también obesidad (IMC>30).

En el caso de que se registrara que hay un bajo peso o una pérdida de peso involuntaria estaría indicada la realización de MNA test y asegurar la ingesta proteica.

Para su cálculo en pacientes encamados se pueden emplear las fórmulas indicadas en el **Anexo I.- Escalas y pruebas Tabla 2. Estimación de peso y talla en pacientes encamados.**

■ Inmunizaciones

Según Manual de Vacunaciones del Departamento de Salud se recomiendan para la población adulta sana de 65 o más años las siguientes vacunaciones:

- Gripe: 1 dosis anual.
- Tétanos - difteria: Completar 5 dosis
- Neumococo 23 V: 1 dosis

En los pacientes con patología asociada aplicar la pauta de vacunación que está indicada según el Manual de Vacunación del Departamento de Salud del Gobierno Vasco:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/manual_vacunaciones/es_def/adjuntos/MANUAL-DE-VACUNACIONES.pdf

■ Hábitos tóxicos

Tabaco y Alcohol. Se valorarán según criterios de Oferta Preferente.

Tabaco: Según lo planteado en Oferta Preferente se deberá registrar en la historia si es fumador o no, si es fumador se le realizará consejo Breve se le ofertará tratamiento individual o grupal.

Alcohol: Según lo planteado en Oferta Preferente a todas las personas no abstemias se les realizará un test de AUDIT, versión incluida en Osabide Global cada 3 años. Excepción: mayores abstemios o con AUDIT menor de 9.

■ Actividad Física

Existen claras evidencias de que determinado grado de actividad física regular reporta beneficios significativos para la salud de las personas, especialmente a partir de los 70 años, retrasando la pérdida de función, y en consecuencia la fragilidad.

La valoración de este apartado se deberá realizar según lo indicado en Oferta Preferente.

Es fundamental que se valore para todos nuestros pacientes si su grado de actividad física es suficiente. Este valor podría contestarse respondiendo a la pregunta: "¿realiza habitualmente al menos 30 min de actividad física al día (o 4 horas semanales), en el trabajo y/o en tiempo libre?"

En los sujetos frágiles, es conveniente recomendar la realización de programas de entrenamiento multicomponente ya que han demostrado su eficacia en la mejora y recuperación de función. Estos programas incluyen ejercicios de resistencia aeróbica, de fuerza muscular, de flexibilidad y de equilibrio.

Existen iniciativas interesantes en la CAPV dirigidas a la realización de este y otro tipo de programas de actividad y ejercicio físico como Mugiment . Es un proyecto que tiene como objetivo de aunar las iniciativas orientadas a promover la

actividad física y disminuir el sedentarismo, priorizando las medidas para que las personas inactivas dejen de serlo.

En la actualidad existen ya en muchos municipios un abordaje específico dirigido a estas personas inactivas, entre las que se encuentran las personas mayores, que de manera coordinada entre Centros de Salud y los técnicos de deportes están prestando una atención individualizada.

Esta información se puede tener en cuenta como consulta y/o para trasladar a las personas mayores:

- Pagina general

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksalu02/es/contenidos/informacion/aktibili/es_aktibili/index.html

- Recomendaciones mayores de 65

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85cksalu02/es/contenidos/informacion/aktibili/es_aktibili/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/aktibili_actividad_fisica/es_aktibili/mayores_65.html

- Mugiment

<https://mugiment.eus/es/>

- Recomendaciones realizadas en el documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor.

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

- Programa de ejercicio físico multicomponente vivifrail mayores de 70 años.

<http://vivifrail.com/es/documentacion/send/2-documentos/20-guia>

5.3.2. ACTIVIDADES PREVENTIVAS ESPECÍFICAS DE PERSONAS MAYORES

■ Visión

Se puede determinar la capacidad visual e identificar algunas alteraciones visuales mediante los Optotipos de Snellen.

Si no se puede realizar, por el tamaño reducido de la consulta o por no disponer de ellos, se explorará mediante esta pregunta dirigida a la persona mayor o su familiar: “¿ver mal te supone una limitación para tus actividades habituales y cotidianas?”

En caso de que la respuesta fuera positiva se debe valorar interconsulta a oftalmología y se insistirá en prevención de caídas.

Se considera que existe alteración de la agudeza visual cuando la visión corregida $>0,4$ en un ojo, o si contesta a la pregunta desfavorablemente. En estos casos, valorar la pertinencia de enviar a Optometrista para adecuar lentes o si procede ponerlas.

Para pérdidas superiores al 33% de la capacidad visual, es interesante considerar la derivación a los centros de la ONCE por si pudiera beneficiarse del uso de material tiflotécnico.

Es importante también, valorar y controlar otras patologías oculares frecuentes en este grupo de edad (retinopatía diabética, retinopatía hipertensiva, glaucoma, etc.).

■ Audición

Se debe valorar la agudeza auditiva y detectar patología frecuente en este sistema mediante la formulación de la pregunta: “¿tiene dificultades para oír cuando mantiene una conversación, cuando ve la TV o cuando habla por teléfono?” (Fijarse también en esta dificultad en la propia entrevista clínica.

Si el paciente indica dificultades habrá que realizar una otoscopia para descartar tapón de cerumen y comprobar la mejoría de audición tras su retirada. Si no se observa esta mejoría o no hay tapón se valorará realizar otoscopia, interconsulta a ORL o consejo para acudir a un centro de prótesis auditivas.

Si tiene historia de enfermedades crónicas severas de oído (especificar) y si están o no en control por ORL.

■ Caídas

Es muy importante realizar el registro de caídas previas en la historia valorar del riesgo de caídas tal y como se describe en el “Protocolo para la prevención de caídas de Osakidetza”:

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Asistencia%20Sanitaria/Enfermería/Protocolo/Protocolo%20para%20la%20%20Prevención%20de%20caidas.pdf>

en el que se plantea un algoritmo para dicha valoración de riesgo.

Para ampliar la información de este tema se puede consultar el **Anexo II Caídas**, así como en los siguientes documentos de recomendaciones:

- “Recomendaciones basadas en evidencia para la Prevención y Tratamiento de caídas”

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/comunicacion/publicaciones/corporativas/Paginas/Guías.aspx>

- Documento de “Consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor”.

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

■ Nutrición - Hidratación

La alimentación saludable es un elemento clave en el mantenimiento de un adecuado estado de salud y funcionalidad así como en la prevención de numerosas enfermedades. Existe evidencia suficiente para señalar que la recomendación de un patrón de dieta mediterránea es útil en la prevención de la pérdida de la capacidad funcional y de la fragilidad.

Sin embargo, la valoración del estado nutricional no está incorporada de forma sistemática en nuestra práctica asistencial habitual. Son muchas las razones detrás de esta falta de incorporación, pero entre ellas se encuentran la escasa difusión de los instrumentos y herramientas adecuadas para explorar este tema, así como la limitada capacitación de la mayoría de los profesionales para hacer un adecuado diagnóstico y recomendación nutricional.

Las principales valoraciones indicadas en una persona mayor relativas a la nutrición y la dieta son:

- Identificación de obesidad o bajo peso: todas ellas mediante la valoración del IMC
- Identificación de la pérdida de peso reciente (5% de su peso inicial (3% en población frágil) en el último año)
- Cribado de malnutrición: mediante el empleo del MNA
- Seguimiento de las recomendaciones de una dieta mediterránea
- En personas frágiles o con elevado riesgo de fracturas es interesante valorar el nivel de VitD

Es aconsejable identificar las alteraciones de la digestión.

Es importante la valoración del aporte de líquidos y la adecuada hidratación de piel y mucosas para prevenir el riesgo de UPP y la deshidratación.

Para consultar consejos de alimentación saludable (plato saludable):

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/informacion/alimentacion-saludable/r85-cksalu02/es/>

■ Boca

Es importante determinar el estado bucal a través de detección de problemas de masticación (falta o deterioro de piezas dentales...), deglución, higiene u otros.

■ Incontinencia

Es necesaria la valoración de la incontinencia, su tipificación. Podrían ser de utilidad las siguientes preguntas:

1. ¿Alguna vez se te escapa la orina con la tos, risa, ejercicio?
Incontinencia de esfuerzo
2. ¿Alguna vez se te escapa la orina camino del baño?
Incontinencia de urgencia o funcional
3. ¿Alguna vez se te escapa de igual manera tanto con el esfuerzo como sin darte tiempo a llegar al baño?
Incontinencia mixta
4. ¿Alguna vez se te escapa la orina sin querer?
Incontinencia de rebosamiento o Incontinencia refleja

Para mayor información proponemos lectura del **Anexo III. Incontinencia urinaria**.

■ **Detección del maltrato**

Para la prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores se pondrá en práctica el procedimiento establecido en la CAPV y publicado por el Gobierno Vasco en 2015. Este procedimiento está enmarcado en la atención sociosanitaria y con una finalidad asistencial, que trata de evitar daños y lesiones físicas y económicas a las personas mayores o intervenir para paliar dichos daños y evitar que vuelvan a repetirse.

El acceso al este procedimiento se encuentra en:

http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c5/es_def/adjuntos/c5_es.pdf.

■ **Ingreso hospitalario en el último año**

El hecho de conocer los ingresos en el último año ayuda a identificar pacientes complejos cuyas necesidades deben valorarse adecuadamente.

5.3.3. POLIMEDICACIÓN Y ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

La polimedicación es un fenómeno frecuente que aumenta con la edad. En términos cuantitativos el punto de corte más utilizado para hablar de polimedicación es de cinco o más medicamentos tomados de forma crónica o en términos cualitativos, teniendo en cuenta la utilización de fármacos inadecuados o clínicamente no indicados. Además, a partir de ese número es cuando suelen aparecer fármacos inadecuados que tienen consecuencias sobre la salud.

Revisión y adecuación de la medicación: La revisión de la medicación se define como un examen crítico y estructurado del régimen terapéutico del paciente, con el fin de optimizar su impacto sobre la salud y minimizar los riesgos asociados a la polimedicación.

Entre sus objetivos se encuentran:

- Mejorar la seguridad del paciente.
- Garantizar la prescripción de los fármacos necesarios para las patologías presentadas.
- Evitar acontecimientos adversos de la medicación, interacciones, duplicidades.
- Eliminar medicación innecesaria.
- Aumentar la adherencia con el fin de mejorar los resultados en salud, y el control de sus patologías.

A la hora de hacer una revisión del tratamiento es fundamental obtener el listado más completo posible de la medicación. En este, además del tratamiento habitual disponible en el Historial Farmacoterapéutico, se incluirán los medicamentos sin receta, productos sanitarios, plantas medicinales, suplementos de vitaminas y minerales, así como el resto de automedicación. Uno de los métodos más utilizados para obtenerlo, consiste en que la persona traiga toda la medicación a la consulta o verificarla en el domicilio.

En las personas mayores es frecuente encontrar situaciones de polimedicación, de manera que el riesgo de eventos adversos y de iatrogenia se multiplica exponencialmente y, por tanto, el esfuerzo para optimizar el plan terapéutico debe de ser mayor aun si cabe: ajustar las dosis en base a características de la persona mayor (por ej. en insuficiencia renal), o por características fisiológicas en general (menor aclaramiento de fármacos...). Es necesario prestar especial atención a los medicamentos relacionados con síndromes geriátricos relevantes, como son las caídas. **Anexo II.- Caídas - Apartado de revisión de la medicación.**

Entre las herramientas disponibles para revisar la medicación en mayores, los criterios STOPP-START pueden ser de utilidad.

https://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp_start_espanol.pdf

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Mejorando%20la%20prescripci%c3%b3n%20de%20medicamentos%20en%20las%20personas%20mayores.pdf>

http://cbilbao.osakidetza.net/Web/es/docs/Farmacia/2016/Guia%20ayuda%20STOPP_START_%20Noviembre%202016.pdf

http://cbilbao.osakidetza.net/Web/es/docs/Farmacia/2016/Anexo%20a%20STOPP_START_CF_2016.pdf

Las guías farmacoterapéuticas recomiendan considerar la de prescripción en personas mayores polimedizadas para evitar eventos adversos. La de prescripción es un proceso gradual y debe realizarse fármaco a fármaco comenzando por aquellos que pueden producir problemas relevantes de seguridad como anticolinérgicos y sedantes. [Infac volumen 20-nº 8-2012].

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2012/es_def/adjuntos/INFAC_vol_20_n_8.pdf

Así mismo, recientemente se ha integrado en Presbide una nueva herramienta (módulo) que muestra información actualizada sobre condiciones de uso de medicamentos en pacientes geriátricos.

Dentro de esta nueva ficha, podrá consultarse:

- Uso recomendado del medicamento.
- Uso potencialmente inapropiado.

- Dosis máxima recomendada para pacientes ≥ 65 años, si es diferente a la dosis máxima general.
- Alternativas terapéuticas (en caso de existir).
- Información adicional de interés.

Su contenido se basa tanto en los criterios STOPP START como en otras referencias bibliográficas de interés que están disponibles en la intranet corporativa de Osakidetza en la siguiente ubicación:

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/salud-atencion/farmacia/prescripcion-electronica-vademecum/Ayudasprescrip/Geriatri/Paginas/default.aspx>

Adherencia terapéutica. Se puede valorar mediante instrumentos específicos integrados en PRESBIDE, además de formularios corporativos que incluyen el test de Morisky-Green y de otros datos relevantes para realizar el seguimiento de adherencia de la persona a valorar.

Entre las ayudas que pueden facilitar la toma correcta de la medicación se encuentra los organizadores de medicamentos reutilizables/pastilleros (que pueden ser rellenados por paciente, familiar/cuidador-a,) o los denominados Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) que se preparan para un tiempo determinado en las oficinas de farmacia acreditadas para pacientes concretos.

Así mismo, para facilitar la toma de la medicación es de gran utilidad la Hoja de Tratamiento Activo (HTA), donde vienen instrucciones de cómo y cuándo tomar cada medicamento (se aconseja imprimir en cada cambio de medicación) y la App “Mi tratamiento” que se encuentra integrada con la Historia Clínica y presenta información actualizada, con una alarma a modo de aviso en las horas que tiene que tomar la medicación. Ambas pueden ser consultadas por el propio paciente (si este es autónomo y capaz) o por su cuidador/a.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, son las transiciones asistenciales (por ej. ingreso, alta hospitalaria, derivaciones a consultas o urgencias hospitalarias), atención o ingreso en institución sociosanitaria, por tratarse de puntos de gran vulnerabilidad para la seguridad del paciente por el mayor riesgo que hay de errores de prescripción. Dado que las personas mayores son habituales en estos procesos, se debe recordar que las transiciones asistenciales son los momentos adecuados para desarrollar procedimientos de conciliación de la medicación.

Puede ser de utilidad la revisión de estos documentos

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_2_revisando%20medicacion%20anciano.pdf

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2012/es_def/adjuntos/INFAC_vol_20_n_8.pdf

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia_pacientes_geriatricos.pdf

5.3.4. ENFERMEDADES CRÓNICAS

Son muchas las enfermedades crónicas cuya incidencia está asociada a la edad por lo que es muy frecuente que las personas de 70 años y más presenten varios diagnósticos de enfermedades crónicas activas. Y es más probable que las complicaciones derivadas de estas enfermedades crónicas generen deterioro de su funcionalidad.

Las enfermedades con mayor impacto en la capacidad funcional son:

- Enfermedad osteoarticulares (artrosis, enfermedades reumáticas...) que la persona refiere con dolor o con limitación funcional.
- Enfermedad coronaria
- Insuficiencia cardiaca
- Arritmia cardiaca (ACxFA)
- Demencia
- Déficit visual o auditivo importantes, incluso con corrección
- Enfermedad mental (psicosis, depresión, ansiedad importante)
- Incontinencia
- Anemia
- EPOC
- Enfermedad neurodegenerativa
- Diabetes Mellitus (DM)

El profesional de AP deberá abordar las patologías identificadas siguiendo para ello las guías de práctica clínica de uso habitual y orientando las intervenciones de prevención secundaria y terciaria más adecuadas.

Sin embargo, con gran frecuencia, se darán situaciones de comorbilidad en las que están presentes más de dos o tres enfermedades crónicas. En estos casos será necesario valorar la coexistencia de las enfermedades y las implicaciones que su presencia tienen para la adecuación de la prescripción. A pesar de ser una situación muy frecuente, los apoyos para la toma de decisiones complejas son todavía limitados. He aquí algún ejemplo.

<https://www.uptodate.com/contents/managing-multiple-comorbidities>

<http://www.fisterra.com/herramientas/comorbilidad/>

5.4. VALORACIÓN MENTAL

5.4.1. VALORACIÓN COGNITIVA

Su propósito es valorar, de una manera sencilla, la orientación temporo-espacial y la memoria y supone un primer acercamiento al diagnóstico de deterioro cognitivo.

Será necesario realizarla en aquellas personas en las que hay sospecha de deterioro cognitivo. Si existe alteración, de las AIVD (Lawton y Brody) o ABVD (Barthel) se deberá pasar el Cuestionario de Pfeiffer [Pfeiffer E, 1975]. No se realizará a personas que tengan diagnóstico previo de demencia, ni se establecerá un cribado poblacional.

Para una valoración más amplia el estado cognitivo es recomendable emplear otras con mayor amplitud de áreas evaluadas como el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo- (MEC) [Lobo A, 1979] [Lobo A, 1999], que evalúa la orientación, la fijación, el lenguaje y la construcción.

5.4.2. VALORACIÓN AFECTIVA

Va encaminada a la sospecha de síntomas de trastorno afectivo y se recomienda el empleo del Cuestionario abreviado de depresión de Goldberg, [Goldberg D, 1988].

No se realizará a personas que tengan diagnóstico previo de depresión.

La positividad de esta prueba no es diagnóstica. Debiera seguirse de una valoración médica para determinar si existen criterios de depresión y si está indicado iniciar tratamiento.

5.5. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR Y DE LA PERSONA CUIDADORA

5.5.1. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

Se trata de realizar una valoración básica de los aspectos sociales (convivencia, identificación de la persona cuidadora, relaciones sociales, uso de recursos sociales, factores de riesgo social) de vital importancia en una persona mayor.

Es importante tener en cuenta las necesidades del soporte que ofrece la teleasistencia a través de Beti-On, por lo que habrá que considerar si está indicada esta prestación. Si además se detecta que la persona tiene un soporte social inadecuado o condiciones sociales adversas, valorar la coordinación con los Servicios Sociales del Ayuntamiento de referencia, para establecer un plan individualizado de atención y la necesidad o no de activar otros recursos. Se procederá a realizar una Valoración Sociosanitaria, si es posible a través de la herramienta RAI-Ca (Si no se tiene acceso, para activarla, contactar con el/la responsable de Coordinación Sociosanitaria de la OSI correspondiente, para que se facilite una clave de acceso). Una vez establecido el contacto, se deberá establecer un plan individualizado de atención conjunta y multidisciplinar (Médico/a o Enfermero/a y Trabajador/a Social), incluyendo la necesidad o no de activar otros recursos.

Esta valoración se mantendrá activa hasta que se despliegue la valoración sociosanitaria a través de la herramienta que soporte la historia sociosanitaria.

5.5.2. VALORACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA

En todas las personas incluidas en el programa se deberá registrar la existencia o no del cuidador/a principal.

En muchas ocasiones es la persona mayor la que cuida de otra persona, en estos casos será necesario valorar su sobrecarga y la morbilidad asociada al cuidado.

Se valorará la sobrecarga de la persona cuidadora mediante:

- En personas cuidadoras de pacientes con deterioro cognitivo que presenten un Barthel <60, síntomas de alarma, o cuando el profesional lo considere necesario, valorar la sobrecarga con Cuestionario de Zarit, [Martín M, 1996; Montorio I, 1998; Zarit S, 1985]. Se sospecha de sobrecarga cuando el resultado del Zarit sea < 46 puntos.
- En personas cuidadoras de pacientes sin deterioro cognitivo y con un Barthel > 60, síntomas de alarma, o cuando se considere necesario, valorar la sobrecarga de la persona cuidadora a través del cuestionario Caregiver Risk Screen (CARE-2001) [Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash & Barylak, 2001].

En resultados, los puntos de corte serían:

- hasta 10 puntos: Normal
- entre 11-20: Riesgo de Sobrecarga
- > a 20: Riesgo de Claudicación

Los resultados proporcionados por estos cuestionarios son orientativos sobre la presencia de sobrecarga. En caso de existir una sobrecarga, ésta puede estar condicionada por aspectos de la enfermedad de la persona a la que cuida, necesidad del cuidado, de apoyo formal y social..., que ya se han valorado previamente y cuyo abordaje puede repercutir positivamente en esta situación. El resultado del cuestionario se registrará en la historia del o la paciente, aunque en aquellos casos en que pensemos que la sobrecarga tiene tal relevancia en la persona cuidadora que requiere una valoración e intervención específica; además de comentárselo, se reflejará en su historia con su consentimiento, y se le aconsejará acudir a sus profesionales de referencia de su centro de salud e incluso se podría contactar mediante una cita no presencial con su M.F. o Profesional de Enfermería.

6. Plan de intervención

La valoración de la persona mayor deberá realizarse por los profesionales médicos y de enfermería correspondientes.

La delimitación de los problemas se debe hacer con una concepción global, siendo conveniente:

- tender a agrupar los problemas en síndromes geriátricos o problemas generales,
- considerar los nuevos o los no tratados, y
- los que sean potencialmente modificables

No hay que pensar exclusivamente en patologías y cuadros clínicos concretos. Pueden ser problemas diversos como: dificultades sociales, marcha inestable, persona cuidadora no definida o inexistente, ausencia de inmunización antitetánica, etc...

Habrá que adaptar las intervenciones a las directrices institucionales, al conocimiento actual, al nivel de evidencia científica y a los recursos disponibles. Es imposible protocolizar todas las actuaciones, y como en la actualidad, seguirá habiendo variabilidad en el manejo. En la medida de lo posible todas las propuestas de abordaje se han enlazado con protocolos o guías de práctica clínica existentes en Osakidetza y fuera de esta. Deben ser actuaciones realistas, considerando nuestras posibilidades y recursos, factibles, y en la medida de lo posible multidisciplinarios teniendo en cuenta los/las profesionales del ámbito en el que nos movamos.

Como en todas las situaciones que se plantean en la práctica diaria, en caso que se identifique algún problema de salud que no puede ser resuelto en Atención Primaria, se derivará al ámbito de atención más adecuado para su abordaje. Para dar respuesta a los problemas, se definirán las intervenciones que se requieran en función de los recursos más adecuados (incluyendo recursos sanitarios y sociosanitarios), y determinando el profesional responsable de cada intervención planificada.

Las intervenciones que han demostrado mayor eficacia para el mantenimiento de la funcionalidad en el mayor son:

- Actividad-ejercicio físico.
- Prevención de las caídas.
- Reducción de la polifarmacia y mejora de la adecuación de la prescripción.
- Revisión y abordaje de la nutrición.

El Programa de atención a la persona mayor (PAM) está alineado y permite la integración de otros programas o iniciativas institucionales en la atención de las personas mayores con el fin de dar una respuesta integral y coordinada a sus necesidades.

Una vez realizada la Valoración Multidimensional, cada profesional definirá sus objetivos terapéuticos, en función de los problemas de salud y necesidades de cada persona, dejándolos registrados en la Historia Clínica.

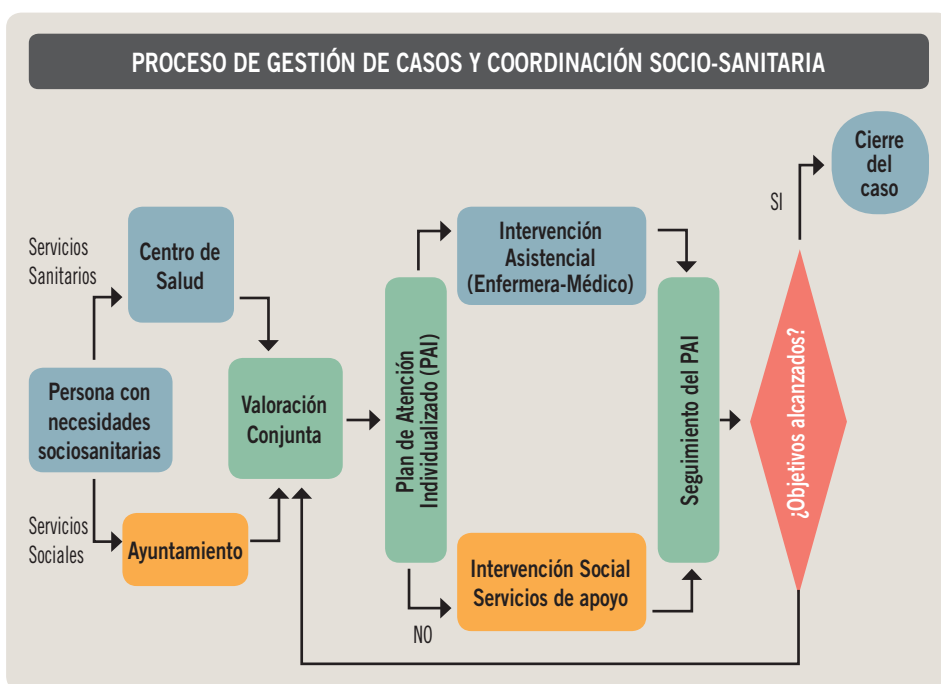
- Elaborar el plan de intervención, entre el Profesional de Medicina y de Enfermería de referencia del paciente, reflejando los Objetivos a alcanzar, para poder realizar el seguimiento y valorar si se están logrando los objetivos propuestos.
- Decidir las Intervenciones a realizar, en base a los problemas de Salud detectados
- Realizar la Educación del paciente/familia que requiera, para la realización de los cuidados propuestos.
- Establecer fechas en agenda, para el Seguimiento telefónico o presencial de síntomas, y de factores de riesgo de posible descompensación.
- Definir el Seguimiento a realizar, programando el plan de intervención en atención primaria.
- Realizar una reevaluación de la persona, si hay modificaciones en su estado de salud o en el requerimiento de otros servicios de apoyo.

Si tras la valoración socio-familiar y del cuidador, se estimara que es necesario activar recursos sociales, se comunicará con los Servicios Sociales del Ayuntamiento correspondiente, para en una reunión conjunta y, con metodología de Gestión de Casos, realizar un Plan de Atención Individualizado y multi-profesional. Las fases para realización del Plan de Atención con los Servicios Sociales sería la siguiente (ver desarrollo y flujograma):

- Identificación de pacientes a incluir en el proceso: Profesional de Medicina y de Enfermería de Atención Primaria, Enfermera o Trabajador/a Social de Base, en función de cuál sea el ámbito de captación (Social o Sanitario).
- Realizar una Valoración Sociosanitaria del caso (aplicación RAI-CA).
- Elaborar el plan de intervención: Profesional de Medicina y de Enfermería y Trabajador Social, reflejando los Objetivos a alcanzar, para poder realizar el seguimiento y valorar si se están logrando los objetivos propuestos.
- Decidir las Intervenciones a realizar, en base a los problemas de Salud y Sociales detectados.
- Realizar la Educación del paciente/familia que requiera, para la realización de los cuidados propuestos.

- Establecer las fechas en agenda, para el Seguimiento telefónico o presencial de síntomas, y de factores de riesgo de posible descompensación.
- Definir el Seguimiento a realizar, programando el plan de intervención en atención primaria.
- Realizar una reevaluación de la persona, si no se resuelve el caso y hay modificaciones en su estado de salud o en el requerimiento de servicios de apoyo: Medico, Enfermera y TS.

FLUJOGRAMA DE GESTION DE CASOS



7. Sistema de Registro

Se han planteado un sistema de registro específico para dar respuesta al Programa PAM:

EN OSABIDE GLOBAL:

1. Formularios corporativos:

- Identificación del nivel funcional y tipologías para uso en profesionales de medicina y de enfermería.
- Formulario corporativo de valoración multidimensional para uso en profesionales de medicina.
- Formularios para todas las escalas que se plantean en el PAM

2. Guía Plan de atención a la persona mayor (PAM)

Tiene como objetivo mejorar el registro en historia haciendo más fácil la búsqueda de los formularios propuestos en la valoración multidimensional PAM.

3. Alerta paciente frágil

Es una de las alertas que se encuentra disponible en Osabide Global.

Se activa de manera manual, cuando el paciente cambie a otra situación deberá ser desactivada.

[Anexo V.- Registro Osabide Global- Osanaia.](#)

EN OSANAIA

Una vez realizada la identificación del nivel funcional y tipologías en Osabide global, la intervención del personal de enfermería se realizará siguiendo la Taxonomía NANDA-NOC-NIC y se plasmará en un Plan de Cuidados en Osanaia.

Se han planteado permisos de registro en Osanaia para profesionales de medicina en los apartados de:

- Caídas
- Cuidador
- Prótesis

El registro se realizará según lo planteado en el [Anexo V.- Registro Osabide Global- Osanaia](#).

8. Coordinación con otros agentes sociales

La orientación que se ha impulsado desde el Departamento de Salud y del resto de los Departamentos del Gobierno Vasco, está enfocada a primar la prevención y fomentar la salud, sobre la base de los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, calidad y participación ciudadana [Líneas Estratégicas Departamento de salud 2013-2016].

Es la segunda línea la que ha abordado a lo largo de la X legislatura, los aspectos relativos a la vejez, la cronicidad y la dependencia, porque el continuo envejecimiento de la población, supone un reto y hace que se deban abordar estos aspectos por el sistema de salud, pero conjuntamente con los servicios sociales.

Para dar respuesta a estos retos, se requiere la colaboración y coordinación de todas las instituciones vascas, además de la implicación de la propia ciudadanía como agente activo. En este sentido, cobra especial interés, la coordinación con otros agentes sociales, cuando la situación lo requiera (técnicos de prevención de ayuntamientos y salud pública agentes judiciales, ertzaintza, asociaciones de pacientes, o grupos de voluntariado, entre otros).

Es en el ámbito de la Atención Primaria de salud, donde deben hacerse esfuerzos y reorganizar su actividad con un enfoque de salud en clave poblacional, dirigiendo sus intervenciones a los colectivos de mayor necesidad, dependencia o fragilidad. Intervenciones que deben orientarse a mejorar los resultados en salud, mantener el máximo de autonomía posible de estos colectivos, y actuando de forma coordinada con los Servicios Sociales cuando se requiera de otros recursos de apoyo a estas personas o a sus cuidadores o familiares de referencia [Línea Estratégica 2, del Departamento de salud 2013-2016].

La Ley de Servicios Sociales de Euskadi (Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales), define que "La Atención Sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención".

También en las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2017-2020 (PEASS), se recoge la necesidad de dar continuidad a la coordinación desde el consenso entre instituciones, así como la gestión compartida de casos entre ámbitos y niveles de atención.

Cuando se esté ante un paciente que requiere de una atención conjunta con los Servicios Sociales, se pondrá en marcha una Valoración Sociosanitaria, mediante la herramienta Rai-Ca, que se está desplegando por las Organizaciones de Servicios Sanitarios y en los Servicios Sociales. En estos casos, los profesionales de salud (medicina y enfermería) y el Trabajador Social del ayuntamiento que corresponda al caso se constituirán como equipo, Equipo de Atención Primaria Sociosanitaria, tal y como se contempla en una de las líneas de Atención Sociosanitaria de Euskadi. Este equipo, deberá realizar la valoración sociosanitaria y el Plan de Atención Individualizado (PAI) para la persona que requiera de la atención continuada, eficiente y coordinada, con el objetivo de garantizar la continuidad de la atención y evitando en todo caso duplicidades y vacíos asistenciales. Todo ello, basado en una metodología de Gestión de Casos, para lo que se seguirán los criterios fijados por cada Organización de Servicios, en los Protocolos que éstas hayan definido para la atención sociosanitaria de las poblaciones diana incluidas en las líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria.

ANEXO VII.- Valoración sociosanitaria: RAI-Ca.

9. Evaluación del PAM

Se plantea una evaluación del programa PAM que valore los siguientes componentes:

1. Despliegue y de cobertura

Se considera la implantación en todos los Centros de Salud de la CAV, y por tanto evaluará la cobertura y ritmo de esta implantación, considerando que está establecido evaluar a todas las personas mayores de cada cupo en el plazo de 3 años.

2. Situación funcional y clínico-social de las personas de ≥ 70 años

En base a la valoración PAM se hará una descripción de la situación funcional, fragilidad y clínico-social, las variables consideradas serán las de la propia valoración.

3. Impacto clínico

La finalidad del programa es obtener unos resultados obteniéndose a través de una selección de las variables en base a su relevancia clínica o representatividad en el abordaje de la persona mayor.

El contenido de la evaluación e indicadores se recoge en el [Anexo VI.- Evaluación del PAM](#).

La **fuentes de información** será los datos de OSABIDE GLOBAL – OSANAIA.

10. Bibliografía

- Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España 2015, Indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red (10). 2015. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- 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. Rev Esp Geriatr y Gerontol 2001; 36 (5): 281-6.
- 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.
- Comisión Europea COM(2010) 2020. Europa 2020: una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador.
http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/president/news/documents/pdf/20100303_1_es.pdf
http://ec.europa.eu/archives/commission_2010-2014/president/news/documents/pdf/20100303_1_es.pdf
- Comisión Europea COM(2010) 546 final. Iniciativa emblemática de Europa 2020: Unión por la Innovación
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0546:FIN:ES:PDF>
- Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Plan de salud. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. Accesible en:
<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net>
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020.
<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Líneas Estratégicas del Departamento de Salud 2013/2016. Accesible en:
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/quienes-somos/estrategia/Paginas/Plan-Estrategico-y-Lineas-de-Accion-2013-2016.aspx>
- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor (estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS). Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>

- Link directo al pdf:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
- EUSTAT Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística-Proyecciones de población 2026, Análisis de resultados. Esta. Vitoria 2014
Accesible en:
http://www.eustat.eus/estadisticas/tema_163/opt_0/temas.html#axzz3IKStglZD
- EUSTAT Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística Estado de Salud. Encuesta de Salud de Euskadi.
http://www.eustat.es/estadisticas/tema_16/opt_0/temas.html#axzz3WYRQATBo
- EUSTAT 2015 Población de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales, grandes grupos de edad cumplida y sexo.
http://www.eustat.eus/bankupx/pxweb/es/spanish/-/PX_2212_ep06b.px#axzz3qQyo0BtJ
- FAECAP. ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS CRÓNICOS. ESTRATEGIA ANTE LA DEPENDENCIA Y LA FRAGILIDAD.
<http://www.faecap.com/publicaciones/show/estrategia-para-la-atencion-a-las-personas-con-problemas-cronicos-estrategia-ante-la-dependencia-y-la-fragilidad>
- Graham JE, Ostir GV, Kuo YF, Fisher SR, Ottenbacher KJ: Relationship between test methodology and mean velocity in timed walk tests: a review. Arch Phys Med Rehabil 2008, 89:865–72.159.
- GOBIERNO VASCO. PRESIDENCIA. Secretaría General de Acción Exterior. INFORME: Proyecto piloto sobre el envejecimiento activo y saludable – 2011
http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.eus/r48-contnot/es/contenidos/noticia/ni11_033/es_ni11_033/adjuntos/ni11_033_es.pdf;
- GOBIERNO VASCO. Departamento de Salud 2014. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>
- GOBIERNO VASCO. Departamento de Salud 2014. Líneas Estratégicas (LE) del Departamento de Salud 2013-1016.
https://www.euskadi.eus/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/lineas_estrategicas_%20castellano.pdf
- GOBIERNO VASCO. Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2017-2020
http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas-estrategicas-sociosanitarias-2017-2020.pdf

- GOBIERNO VASCO. Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (CVASS) - 2014. Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria.
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/l_e_sociosanitarias_es.pdf
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988;97: 897-9.
- GGómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán JJ, Regato P, Abizanda P, Formiga F, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Documento de Trabajo, 1ª Conferencia de Promoción y Prevención de la Salud en la Práctica Clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007. Disponible en:
<http://www.msc.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf>
- Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash & Barylak, 2001. Cuestionario Caregiver Risk Screen (CARE). En
<http://www.msvu.ca/site/media/msvu/CRS%20%20English%20WATERMARK.pdf>
- IMSERSO. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2008, tomo I. Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO. ARTEGRAF S.A. Madrid 2009. Disponible en:
http://www.msc.es/novedades/docs/informe2008_I.pdf
- IMSERSO. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2008, tomo II. Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO. ARTEGRAF S.A. Madrid 2009. Disponible en:
http://www.msc.es/novedades/docs/informe2008_IIporCCAA.pdf
- IMSERSO. Informe 2012 Las personas mayores en España. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Madrid 2014. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=1&id=59438&irPag=1&clave=C7S1cT3wn7&pos=0>
- INE. Esperanzas de vida en salud - 2015
www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf
- INE (Instituto Nacional de Estadística). Encuesta de Integración Social y Salud (EISS2012). 2013. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p470&file=inebase&L=0>

- INE. Proyección de la Población de España 2014–2064 (nota de prensa). 2014. Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- INEbase. Encuesta de Integración Social y Salud (EISS2012).
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p470&file=inebase&L=0>
- Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14 (2): 61-65
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Camara C, Ventura T et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen-Cognoscitivo (primera versión en castellano Mini-Mental State Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 767-774
- Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El “mini examen cognoscitivo”, un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 3: 189-202
- Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia A, Molina M, Abizanda P. Guía FISTERRA: Persona mayor frágil: detección y manejo en Atención Primaria. 2015. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/persona-mayor-fragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/>
- Martín-Lesende I, López-Torres JD, Gorroñoigoitia A, de-Hoyos MC, Baena JM, Herreros I. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en atención primaria (recomendaciones PAPPS, actividades preventivas en los Mayores). *Aten Primaria*. 2014; 46 (Supl 4): 79-81. Disponible en: <http://papps.org/>
- Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338-46.
- Mathias S, Nayak U, Isaacs B. Balance in elderly patients: the “Get-up and Go” test. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67: 387-9.
- Montorio I, Izal M., López A. y Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 1998; 14 (2), 229-48.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. MSSSI-2014. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2014.

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

- Recomendaciones basadas en evidencia para la prevención de caídas. Osakidetza
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Asistencia%20Sanitaria/Enfermería/Guía%20de%20recomendaciones/4-Recomendaciones%20basadas%20en%20la%20evidencia%20para%20la%20Prevención%20de%20caídas.pdf>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). Temas de salud: envejecimiento. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- OMS. Informe mundial sobre la discapacidad 2011. Disponible en:
www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf
- OMS. Envejecimiento activo, un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(S2): 74-105 Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- Peters DM, et al. Assessing the Reliability and Validity of a Shorter Walk Test Compared With the 10-Meter Walk Test for Measurements of Gait. J Geriatr Phys Ther 2013;36:24-30. Speed in Healthy, Older Adults160.
- Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-441
- Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up&Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 142-8
- Protocolo para la Prevención de Caídas. Osakidetza
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Asistencia%20Sanitaria/Enfermería/Protocolo/Pron%20de%20caídas.pdf>
- Vergara I, Bilbao A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. Health Qual Life Outcomes. 2012 Oct 30;10(1):130 Disponible en:
<http://www.hqlo.com/content/10/1/130>
- Zarit S, Orr N, Zarit J. The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress. New York: University Press; 1985.

11. Anexos

ANEXO I ESCALAS Y PRUEBAS

TABLA 1. TEST DE EJECUCIÓN

1. Test de “levántate y anda”

El test de “levántate y anda” cronometrado (Timed Up and Go Test “TUG”), fue diseñado específicamente para cuantificar la movilidad y ha demostrado su valor predictivo del deterioro en el estado de salud y las actividades de la vida diaria, así como de caídas, de manera similar a la velocidad de la marcha; la evidencia como herramienta predictora de discapacidad incidente es más escasa. El fallo en esta prueba parece constituirse como mejor predictor a corto plazo (a un año) y por tanto, de más utilidad para asociarse a intervenciones consecuentes; en contraposición a la poca actividad física y ejercicio que predicen a más largo plazo (a tres 3 años). Existe experiencia de su uso y está validada en nuestro medio. También está validado para evaluar el riesgo de caídas y ha sido validado recientemente como herramienta diagnóstica de fragilidad [Documento consenso fragilidad y caídas SNS 2014].

La persona a examinar debe estar sentada en una silla con apoyabrazos y respaldo, con la espalda bien apoyada en el mismo y los brazos encima del apoyabrazos. Debe realizar esta prueba sin ayuda, utilizando las ayudas técnicas y calzado que utilice habitualmente. El asiento tiene que tener entre 45-47 cm de altura y la distancia del apoyabrazos al suelo entre 63-65 cm. Se le pide que se levante de la silla, al ser posible sin apoyar los brazos, que camine 3 metros, gire, regrese a la silla y se siente nuevamente.

Después de una prueba, se realizarán dos pruebas más considerando la de mejor tiempo.

Rangos, si el tiempo es:

- < 10 seg. → Normal
- De 10-19 seg. → Muy poco alterada.
- De 20-29 seg. → Moderadamente alterada
- >30 seg. → Severamente alterada

El punto de corte que consideramos como normal en nuestro protocolo es de <20 segundos.

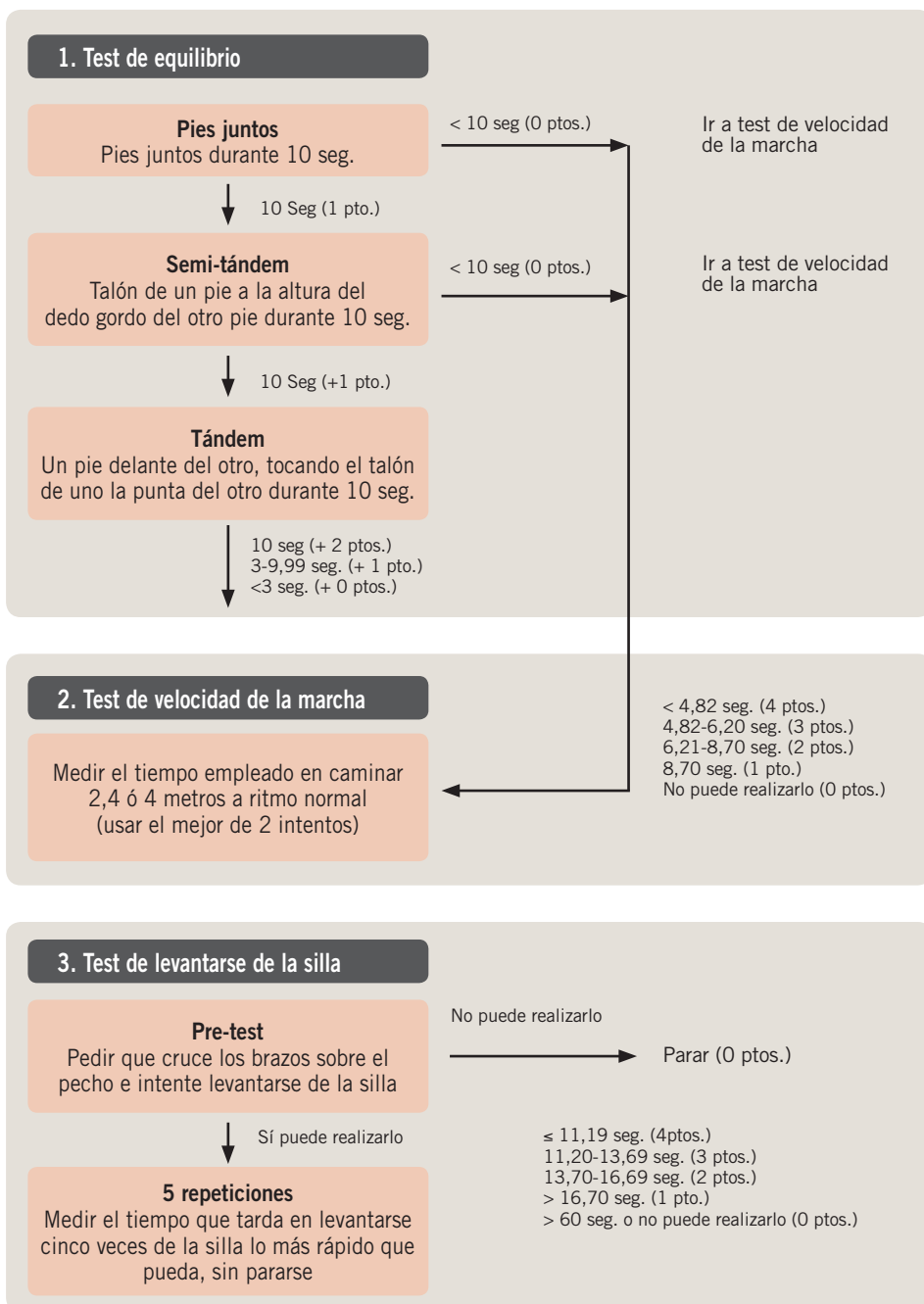
Aunque es más difícilmente estandarizable hay que considerar también las características de la realización:

- Si es una marcha torpe,
- Si busca apoyos (excepto las ayudas técnicas),
- Si tiene tendencia a caerse,
- Se desequilibra,
- Si no entiende bien....

2. Short Physical Performance Battery (SPPB o Test de Guralnik)

De uso cada vez más extendido y validada en nuestro medio para la atención primaria de salud, resulta relativamente sencilla de aplicar. Es el único test de los aquí presentados diseñado específicamente para predecir la discapacidad ha demostrado capacidad para predecir eventos adversos, dependencia, institucionalización y mortalidad. Además de predecir institucionalización y muerte, ya en la década de los 90 se demostró que el SPPB era una herramienta que permite monitorizar a lo largo del tiempo la evolución del sujeto (cambios de 1 punto son clínicamente significativos), y predice significativamente el desarrollo de dependencia, tanto en las actividades de la vida diaria como en la movilidad a 4 años Esta capacidad predictiva fue demostrada en diferentes poblaciones, siempre ajustada por edad, sexo y comorbilidad. El SPPB es, uno de los test más validados y fiables para detectar la fragilidad y predecir la discapacidad Ha sido recomendada como medida objetiva de limitaciones de la movilidad. En una muestra significativa de mayores de 74 años no dependientes, atendidos en el ámbito de la AP, un 30,5% (36,6% mujeres; 21% hombres) presentaron limitación funcional en base a esta prueba [Documento consenso fragilidad y caídas SNS 2014].

Consiste en la realización de tres pruebas: equilibrio (en tres posiciones: pies juntos, semitándem y tándem), velocidad de la marcha (sobre 2.4 ó 4 metros) y levantarse y sentarse en una silla cinco veces. Es muy importante respetar la secuencia de las pruebas, ya que si empezamos por las levantadas, el paciente se puede fatigar y ofrecer rendimientos falsamente bajos en los otros dos sub-test. El tiempo medio de administración se sitúa entre los 6 y los 10 minutos. Los valores normativos para la población española se han establecido en diversos estudios, de cohortes poblacionales y en atención primaria. La puntuación total del SPPB resulta de la suma de los tres sub-tests, y oscila entre 0 (peor) y 12; cambios en 1 punto tienen significado clínico. Una puntuación por debajo de 10 indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad, así como de caídas A continuación se presenta un esquema y protocolo de la ejecución de la prueba:



Esquema de ejecución de la batería SPPB: Rodríguez Mañas L. et al. An evaluation of the effective-ness of a multi-modal intervention in frail and pre-frail older people with type 2 diabetes-the MID-frail study: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014; 15:34

PROCEDIMIENTOS:

1. TEST DEL EQUILIBRIO

Instrucciones

Comenzar con equilibrio en semitándem (talón de un pie a la altura del dedo gordo del otro pie). Los sujetos que no pueden mantener esta posición deberán intentar el equilibrio con pies juntos. Aquéllos que sí puedan, deberán probar la posición en tándem sin pasar por la de pies juntos.

- a. **Equilibrio en semitándem:** Quiero que mantenga el equilibrio con el lateral de un talón tocando el lateral del dedo gordo del otro pie, alrededor de 10 segundos. Puede poner el pie que prefiera delante.
 - Se mantiene 10 seg. → 2
 - Se mantiene menos de 10 seg (apuntar número de segundos...)→1
 - No lo consigue→0

- b. **Equilibrio con pies juntos:** Quiero que intente estar de pie con los pies juntos, durante 10 segundos aproximadamente. Puede usar sus brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero intente no mover los pies. Mantenga esta posición hasta que yo se lo diga.
 - Se mantiene 10 seg. → 2
 - Se mantiene menos de 10 seg (apuntar número de segundos...) → 1
 - No lo consigue → 0

- c. **Equilibrio en tándem:** Ahora quiero que mantenga el equilibrio con un pie delante de otro, tocando el talón de uno la punta del otro, durante 10 segundos. Puede poner delante el pie que usted quiera. Espere mientras se lo demuestro.

(Mantenerse cerca del participante para ayudarle a adoptar la posición. Permitir que el sujeto se apoye en sus brazos hasta que se equilibre. Empiece a cronometrar cuando el participante esté equilibrado con los pies en tándem).

 - Se mantiene 10 Seg. → 2
 - Se mantiene menos de 10 seg (apuntar número de segundos...) → 1
 - No lo consigue → 0

Puntuación:

- Equilibrio con pies juntos incapaz o entre 0-9 seg. → 0
- Equilibrio con pies juntos 10 seg y < 10 seg semitándem → 1
- Semitándem 10 seg y tándem entre 0 y 2 seg. → 2
- Semitándem 10 seg y tándem entre 3 y 9 seg. → 3
- Tándem 10 seg. → 4

2. DEAMBULACIÓN (2,44 o 4,00 METROS)**Instrucciones:**

Tiene que caminar a su ritmo normal hasta donde está el final del pasillo. Tiene que haber pasado la marca final antes de pararse. Puede emplear bastón, andador o cualquier ayuda que usted emplee para caminar por la calle. Yo caminaré con usted. ¿Está preparado?

Puntuación:

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

Distancia 2,44 metros Distancia 4 metros m/s

Puntuación

- No puede hacerlo - No puede hacerlo → 0
- > 5,7 seg > 8,7 seg < 0,43 m/seg. → 1
- 4,1 - 6,5 seg 6,21 – 8,70 seg 0,44-0,60 m/seg. → 2
- 3,2 - 4,0 seg 4,82 – 6,20 seg 0,61-0,77 m/seg. → 3
- < 3,1 seg < 4,82 seg > 0,78 m/s) → 4

3. LEVANTARSE DE UNA SILLA REPETIDAS VECES - TEST DE LEVANTARSE DE LA SILLA**Instrucciones:**

¿Cree que es seguro para usted intentar levantarse de una silla 5 veces sin emplear los brazos? Por favor, levántese y siéntese tan rápido como pueda 5 veces

sin pararse entre medias. Mantenga los brazos cruzados sobre su pecho todo el tiempo. Le voy a cronometrar el tiempo que tarda mientras lo hace. ¿Está preparado? Comience.

Puntuación:

Comience a cronometrar cuando el sujeto inicia el primer levantamiento. Cuente en alto cada vez que el participante se levanta. Termine de cronometrar cuando el sujeto esté totalmente de pie la última vez. Parar el cronómetro si se ayuda de las manos, si después de 1 minuto no ha completado la prueba o si está preocupado por la seguridad del participante.

- No puede hacer la prueba → 0
- $\geq 16,7$ seg. → 1
- Entre 16,6 y 13,7 seg. → 2
- Entre 13,6 y 11,2 seg. → 3
- $\leq 11,1$ seg. → 4

[Documento consenso fragilidad y caídas SNS 2014].

3. Velocidad de la marcha

Consiste en pedir a la persona que recorra 2,4; 4; 5; 6 o 10 m de distancia a su ritmo de marcha habitual, aunque para su uso en el medio de Atención Primaria, se puede adaptar a una distancia de 3 o 4 metros. Los puntos de corte más utilizados para determinar el dintel de riesgo suele situarse entre 1 y 0,8m/seg, siendo esta última la cifra de corte más extendida en los diferentes estudios y recomendaciones de consenso. El tiempo de realización de la prueba oscila entre 2 y 3 minutos. En el caso de velocidad sobre 4 metros, existen datos de interpretabilidad que indican como menor cambio significativo la cifra de 0,05 m/s, y como cambio sustancial 0,1 m/s¹⁶¹. Esta prueba sobre 4 metros es la que se encuentra mejor validada en la bibliografía. [Documento consenso fragilidad y caídas SNS 2014]

TABLA 2. ESTIMACIÓN DE PESO Y TALLA EN PACIENTES ENCAMADOS

Peso estimado según sexo, edad, circunferencia del brazo (CB) y altura rodilla (AR)

MUJER DE 60 – 80 AÑOS: $(AR \times 1.09) + (CB \times 2.68) - 65.51$

VARON DE 60 – 80 AÑOS: $(AR \times 1.10) + (CB \times 3.07) - 75.81$

AR = altura rodilla

CB = circunferencia del brazo

Figuras para ver cómo se miden altura rodilla y circunferencia del brazo

MEDIDA DE LA ALTURA DE LA RODILLA

Hoja sobre la superficie anterior del muslo,
próxima a la rótula.



Hoja bajo el talón
del pie izquierdo.



(Usado con permiso de Gibson RA: *Principles of nutritional assessment*, Nueva York, 1990, Oxford University Press).

CIRCUNFERENCIA MEDIA DE BRAZO

Sirve para conocer el estado de nutrición del paciente. Se obtiene midiendo la parte media del brazo tomando como referencia la longitud entre el hombro y el codo flexionado a 90°.

El valor normal en hombre es de 31 cm y en mujeres de 28 cm.



1 Elia M. (Chairman and Editor) *Guidelines for detection and management of malnutrition. Malnutrition Advisory Group (MAG), Standing Committee of BAPEN (ISBN 1 899 467 459) 2000. Explanatory Booklet A Guidetothe 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for AdLongitud del antebrazo.*

Talla

La altura de rodilla se utilizó como una alternativa a la medida de estatura, de acuerdo con la ecuación desarrollada por Chumlea y colaboradores, según sexo y edad, descrita abajo:

$$\text{Estatura hombres (cm)} = [2,02 \times \text{AR (cm)}] - [0,04 \times \text{edad (años)}] + 64,19$$

$$\text{Estatura mujeres (cm)} = [1,83 \times \text{AR (cm)}] - [0,24 \times \text{edad (años)}] + 84,88$$

La altura de rodilla se determinó con el adulto mayor acostado en posición supina, con la pierna derecha flexionada, formando con la rodilla un ángulo en 90°, y posicionándose la base del antropómetro de huesos largos debajo del talón del pie y sobre la rótula ajustando hasta presionar la cabeza de la rótula. La lectura del antropómetro fue hecha con el mismo paralelo a toda la extensión del peroné, con una precisión de hasta 1 mm más próximo, según la recomendación de Chumlea (*). Fueron tomadas dos medidas de altura de rodilla y se calculó el promedio de los valores.

UBICACIÓN DEL ANTROPOMETRISTA (*)



VERIFICACIÓN DEL ÁNGULO DE 90°



Figuras:

TALLA

Método directo: Tallímetro

Métodos indirectos:

- Medida de los brazos. Edad no afecta.
- Altura de la rodilla. Piernas dobladas 90°, medir desde abajo del talón a la rodilla. Se calcula por medio de una fórmula.



MEDICIONES ALTERNATIVAS PARA OBTENER TALLA

Las mediciones alternativas son: la talla derivada de altura de la rodilla y la media brazada.

ALTURA DE LA RODILLA:

Material:

- Estadímetro portátil con flexómetro.
- Cinta métrica de fibra de vidrio.

Método:

Se mide la distancia entre el talón y la parte más alta de la articulación de la rodilla, por la parte lateral externa, con la pierna flexionada en el individuo sentado y formando un ángulo de 90° entre el muslo y la pantorrilla.



11. Chumlea W, Roche A, Steinbaugh M. Estimating stature from knee height for persons 60-90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 116-120.

Otras formas de medir la TALLA:

1. La misma técnica de la formula pero con tabla:

Técnica:

1. Debe medirse, a ser posible, en la pierna izquierda, con el paciente sentado, sin zapatos y con la rodilla en ángulo recto (*).

2. Medir la distancia entre la mano puesta encima de la rodilla y el punto de contacto del talón con el suelo, siguiendo una línea recta que debe pasar por el maleolo externo.

3. Redondear la medida en 0,5 cm.

4. Llevar el resultado a la siguiente tabla.



* También puede realizarse a enfermos encamados, poniendo la pierna en ángulo de 90°.

TALLA (METROS)	VARÓN 18 A 59 AÑOS	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,865	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81
	VARÓN 60 A 90 AÑOS	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81	1,80
LONGITUD	RODILLA-TALÓN (CM)	65,0	64,5	64,0	63,5	63,0	62,5	62,0	61,5	61,0	60,5	60,0	59,5	59,0	58,5	58,0
TALLA (METROS)	MUJER 18 A 59 AÑOS	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,865	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81
	MUJER 60 A 90 AÑOS	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81	1,80

TALLA (METROS)	VARÓN 18 A 59 AÑOS	1,80	1,79	1,78	1,77	1,76	1,75	1,74	1,73	1,72	1,71	1,705	1,70	1,69	1,68	1,67
	VARÓN 60 A 90 AÑOS	1,79	1,78	1,77	1,76	1,74	1,73	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64
LONGITUD	RODILLA-TALÓN (CM)	57,5	57,0	56,5	56,0	55,5	55,0	54,5	54,0	53,5	53,0	52,5	52,0	51,5	51,0	50,5
TALLA (METROS)	MUJER 18 A 59 AÑOS	1,75	1,74	1,735	1,73	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64	1,63	1,62
	MUJER 60 A 90 AÑOS	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64	1,63	1,625	1,62	1,61	1,60	1,59

TALLA (METROS)	VARÓN 18 A 59 AÑOS	1,66	1,65	1,64	1,63	1,62	1,61	1,60	1,59	1,58	1,57	1,56	1,555	1,55	1,54	1,53
	VARÓN 60 A 90 AÑOS	1,63	1,62	1,61	1,60	1,59	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,49	1,48
LONGITUD	RODILLA-TALÓN (CM)	50,0	49,5	49,0	48,5	48,0	47,5	47	46,5	46,0	45,5	45,0	44,5	44,0	43,5	43,0
TALLA (METROS)	MUJER 18 A 59 AÑOS	1,61	1,60	1,59	1,585	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,50	1,49	1,48
	MUJER 60 A 90 AÑOS	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,50	1,49	1,48	1,47	1,46	1,45	1,44

2. Longitud del antebrazo:

Se mide el brazo izquierdo cruzando el pecho con los dedos apuntando al hombro opuesto y mida la longitud entre el codo y el punto medio más prominente de la muñeca (apófisis estiloides). Se mide la longitud en centímetros redondeando en 0,5 cm.



LONGITUD DEL CÚBITO EN CM.	HOMBRE <65 A.	HOMBRE >65 A.	MUJER <65 A	MUJER >65 A.
32	1,94	1,87	1,84	1,84
31,5	1,93	1,86	1,83	1,83
31	1,91	1,84	1,81	1,81
30,5	1,89	1,82	1,80	1,79
30	1,87	1,81	1,79	1,78
29,5	1,85	1,79	1,77	1,76
29	1,84	1,78	1,76	1,75
28,5	1,82	1,76	1,75	1,73
28	1,80	1,75	1,73	1,71
27,5	1,78	1,73	1,72	1,70
27	1,76	1,71	1,70	1,68
26,5	1,75	1,70	1,69	1,66
26	1,73	1,68	1,68	1,65
25,5	1,71	1,67	1,66	1,63
25	1,69	1,65	1,65	1,61
24,5	1,67	1,63	1,63	1,60
24	1,66	1,62	1,62	1,58
23,5	1,64	1,60	1,61	1,56
23	1,62	1,59	1,59	1,55
22,5	1,60	1,57	1,58	1,53
22	1,58	1,56	1,56	1,52
21,5	1,57	1,54	1,55	1,50
21	1,55	1,52	1,54	1,48
20,5	1,53	1,51	1,52	1,47
20	1,51	1,49	1,51	1,45
19,5	1,49	1,48	1,50	1,44
19	1,48	1,46	1,48	1,42
18,5	1,46	1,45	1,47	1,40

Como determinar el IMC en caso de amputación:

Para determinar el IMC en el caso de amputación, establezca en primer lugar el peso estimado de la persona mayor incluyendo el del miembro que falta.

Use una referencia estándar (véase la tabla) para determinar la proporción del peso corporal que corresponde a cada parte del cuerpo.

- Reste a 1.0 el porcentaje de peso corporal al que contribuye(n) la(s) parte(s) faltante(s) del cuerpo.
- Luego, divida el peso actual entre la diferencia de 1 menos el porcentaje de peso corporal al que contribuye(n) la(s) parte(s) faltante(s) del cuerpo.

Calcule el IMC usando la estatura estimada y el peso estimado (Ejemplo: hombre de 80 años, amputación de la parte inferior de la pierna izquierda, 1,72 m, 58 kg)

- 1. Peso corporal estimado:** peso corporal actual \div (1 - proporción de la pierna faltante)
58 (kg) \div [1-0.059] = 58 (kg) \div 0.941 = 61.6 kg
- 2. Cálculo de IMC:** Peso corporal estimado/estatura corporal (m)²
61.6 \div [1.72 x 1.72] = 20.08

Tabla:

- Tronco sin miembros 50.0
- Mano.0.7
- Antebrazo con la mano 2.3
- Antebrazo sin la mano 1.6
- Parte superior del brazo 2.7
- Brazo completo 5.0
- Pie 1.5
- Parte inferior de la pierna con el pie 5.9
- Parte inferior de la pierna sin el pie 4.4
- Muslo 10.1
- Pierna completa 16.0

BIBLIOGRAFÍA

Lefton, J., Malone A. Anthropometric Assessment. In Charney P, Malone A, eds. ADA Pocket Guide to Nutrition Assessment, 2nd edition. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2009:160-161. Osterkamp LK., Current perspective on assessment of human body proportions of relevance to amputees.

ANEXO II

CAIDAS

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (OMS, 2012).

Es un problema de salud frecuente que sucede cuando las deficiencias en múltiples mecanismos homeostáticos que mantienen la estabilidad postural comprometen la capacidad compensadora del individuo. Condicionan una morbimortalidad importante, asociada a inmovilidad, pérdida de autonomía e ingreso prematuro en Instituciones y generan un gran gasto sanitario.

MOTIVOS DE INFRAVALORACIÓN

El personal sanitario habitualmente no pregunta a la persona mayor o a la cuidadora sobre la historia de las caídas.

- La persona mayor pocas veces cuenta su caída, ni al personal responsable de su cuidado ni al profesional sanitario.
- En muchas ocasiones no hay lesión física visible.
- Falsa creencia de que las caídas son “algo normal” en el proceso de envejecimiento.
- Frecuentemente en el tratamiento de las lesiones no se realiza una investigación de la posible causa de la caída.

EPIDEMIOLOGÍA

El 30-40% de las personas >65 años, y el 50% de las >80 años que viven en la comunidad sufren caídas anualmente. El 50% de las que han sufrido caídas en el año anterior volverán a caerse de nuevo. Entre el 5-10% de las caídas en la comunidad, y el 10-30% en Instituciones sufren lesiones importantes (Fractura, TCE, laceraciones serias).

“MIEDO A CAER” (O SINDROME DE ANSIEDAD POST- CAIDA)

El miedo a caer es un problema reconocido en las personas mayores y que en diferentes estudios se asocia a: Vivir solo/a, deterioro cognitivo, depresión, equilibrio y/o movilidad, y antecedente de caídas La obesidad y la movilidad reducida son predictores de éste síndrome.

FACTORES DE RIESGO

Es un síndrome multifactorial:

- **Historia de caídas previas** – Es, según todos los estudios, uno de los factores de riesgo más significativo de futuras caídas.

- **Alteraciones de la marcha y equilibrio** – Es el factor de riesgo más consistente para futuras caídas. Medicación – Con especial atención a fármacos con efectos en SNC (neurolépticos, benzodiazepinas, y antidepresivos, fármacos cardiovasculares y anti-HTA (vasodilatadores, diuréticos, nitratos, digoxina, y anticolinérgicos).
- **Problemas sensoriales y/o sensitivos** – Alteraciones visuales y/o auditivas, Pérdida de la sensibilidad propioceptiva en EEII, Lesiones vestibulares, etc.
- **Disminución de las abvd y aivd.**
- **Enfermedades crónicas** – El nº de caídas aumenta con el riesgo creciente de patologías crónicas: Enf. de Parkinson, Enfs. Osteoarticulares, Diabetes, Deterioro cognitivo, Historia de ACV, Hipotensión ortostática, Mareos, Bloqueos A-V, Anemia, Alcoholismo, etc.
- **Edad.**
- **Sexo femenino .**
- **Marco institucional** – Las caídas en hospitales e Instituciones son más frecuentes y se asocian a mayor morbilidad.
- **Calzado** – Menor riesgo de caídas si se utiliza calzado con mayor área de contacto entre la planta y el suelo, así como con tacón bajo.
- **Factores ambientales** – Del hogar (Alfombras móviles, suelos deslizantes, muebles, iluminación, umbrales de puertas etc.) o Comunitarios (Firmes irregulares o deslizantes etc.)
- **Otros** – Hombres y mujeres >65 años con niveles séricos bajos de 25-Hidroxi-vitamina D (<10 ngr/ml / 25 nmol/L) tienen riesgo incrementado de pérdida de masa y fuerza muscular.

REGISTRO DE CAÍDAS

Análisis de la/s caída/s y sus circunstancias – Siempre habrá que registrar en la historia de la persona atendida: Número, actividad en el momento de la caída, síntomas prodrómicos (sensación de mareo, desequilibrio, pérdida de conciencia), dónde y cuándo se produjo la misma, consecuencias etc.

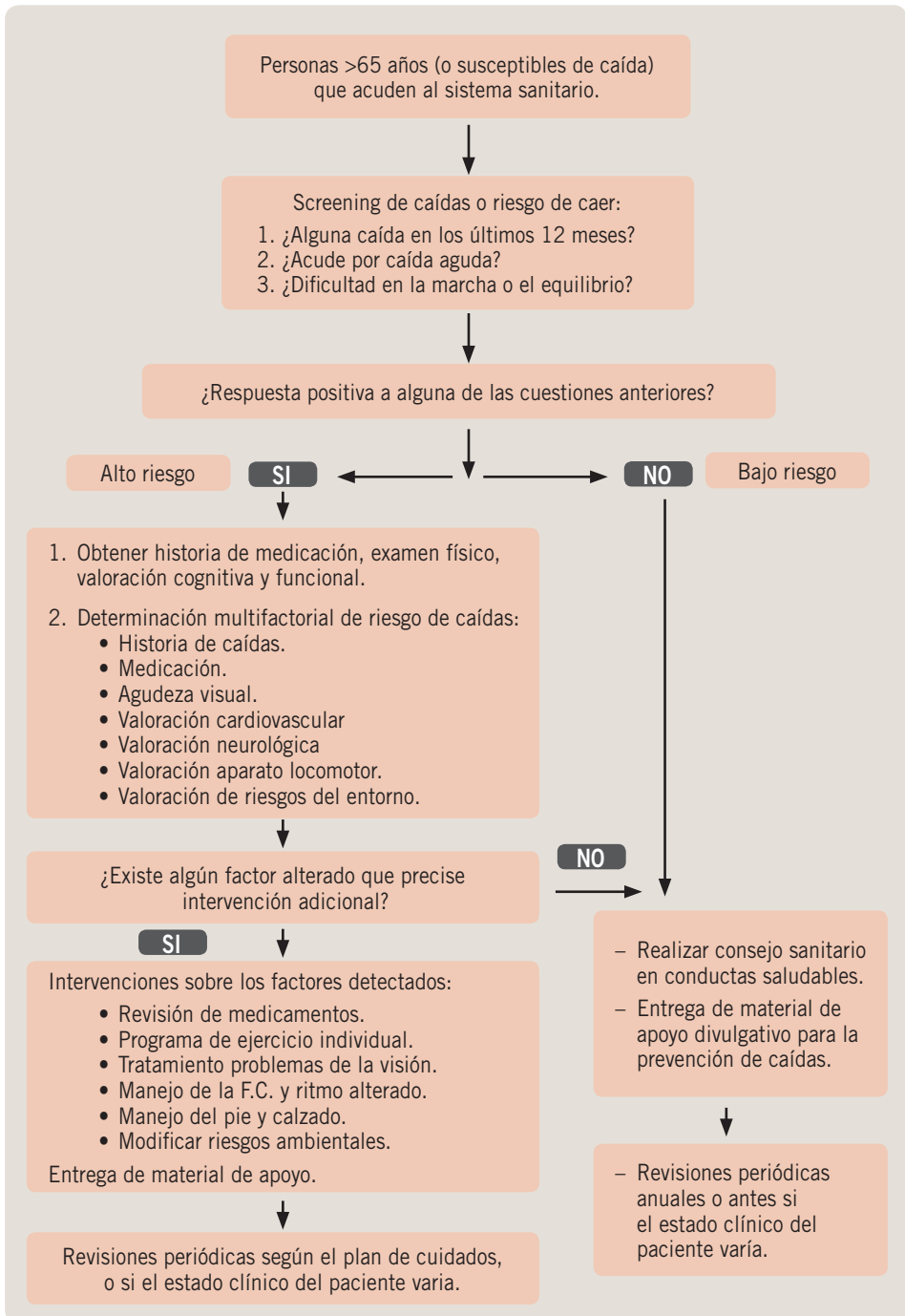
Es importante sistematizar el registro en historia de **todas las caídas** que nos refieran nuestras personas atendidas.

En Osanaia esta disponible para profesionales medicina y de enfermería un módulo específico para el registro de caídas.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS

Se realizará de acuerdo con el algoritmo de valoración incluido en el “Protocolo para la prevención de caídas de Osakidetza”.

ALGORITMO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN ADULTOS



INTERVENCIÓN PERSONAS CON BAJO RIESGO

- Realizar consejo sanitario en conductas saludables.
- Entrega de material de apoyo divulgativo para la prevención de caídas.

Se puede utilizar para mayor información este enlace a estos documentos:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksalu02/es/contenidos/informacion/habitos_saludables/es_salud/habitos_saludables.html

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/aktibili/es_aktibili/adjuntos/envejecimiento_saludable.pdf

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

INTERVENCIÓN PERSONAS CON ALTO RIESGO DE CAÍDAS

Sería importante realizar en la medida de lo posible una anamnesis de historia de caídas, muchos de estos aspectos ya han sido valorados en valoración multidimensional, ahora nos centraremos en aspectos concretos que puedan estar relacionados con las caídas.

- Número de caídas que ha presentado la persona mayor en el último año.
- Lugar de la última caída.
- Actividad que estaba realizando en el momento de la caída: reposo, actividad transferencial... Igualmente, es importante preguntar sobre la mecánica de la caída.
- Síntomas que han acompañado a la caída: conocer la existencia o no de pródromos, disnea, sensación de inestabilidad, debilidad, dolor torácico, pérdida de conocimiento, déficits neurológicos, otros
- Consecuencias de las caídas previas): se deberá recoger tanto las consecuencias físicas como las psíquicas. (Síndrome post-caída, miedo a volver a caer).
- Repercusiones sociales que ha producido la caída en su entorno cercano.

La intensidad de las diferentes áreas de exploración que se propone en la valoración multidimensional individualizada en caídas vendrá condicionada por las características clínicas de las personas y la sospecha hacia las causas que motivan el riesgo de caídas.

1. Existencia de enfermedades que pueden favorecer las caídas

Es importante conocer la existencia de enfermedades que se pueda asociar con el riesgo de padecer caídas e intentar tenerlas controladas, las más frecuentes son:

CAUSAS NEUROLÓGICAS	Accidente cerebro-vascular, enfermedad de Parkinson y síndromes extrapiramidales, hidrocefalia normotensiva, deterioro cognitivo, disfunción del equilibrio, masas intracraneales, etc.
CAUSAS MUSCULO ESQUELÉTICAS	Deformidades de la columna vertebral y del pie, artrosis, artritis, miositis, fracturas, debilidad muscular
CAUSAS CARDIOVASCULARES	Sincope, trastornos del ritmo cardiaco, enfermedad del seno carotideo, cardiopatía isquémica, miocardiopatía obstructiva, embolia pulmonar, hipotensión arterial, ortostatismo, vasculopatías
OTRAS / DESCOMPENSACIONES	Intoxicación, hipoglucemia, deshidratación, alteraciones tiroides, anemia, síncope neurovegetativos, infecciones, diarreas, incontinencia, depresión, ansiedad, psicógena

2. Valoración funcional

Valoración actividades vida diaria Barthel (ABVD) y índice de Lawton (AIVD). A mayor dependencia mayor riesgo de caída.

3. Valoración equilibrio, marcha y movilidad

La valoración de este apartado es un aspecto muy importante en aquellas personas mayores que han sufrido caídas de repetición, en la bibliografía hay distintos estudios que han demostrado la relación entre los trastornos de equilibrio y de la marcha con las caídas.

Esta exploración nos permitirá conocer la velocidad y las características del paso, movimientos que acompañan a esta y de esta manera descartar determinados procesos patológicos vestibulares que favorecen las caídas.

Algunas alteraciones son buenos predictores de caídas recurrentes: mal equilibrio en sedestación, dificultad al levantarse o sentarse, inestabilidad inmediatamente tras levantarse, tambaleo en los giros y pasos cortos y discontinuos.

Se propone el uso de test que nos ayuden a evaluar la marcha, movilidad y equilibrio, proponemos el Test de “levántate y anda” pero si existiera sospecha de alteración de equilibrio habría que realizarse SPPB. Otro test usado para esta valoración es el “test de la marcha”.

4. Valoración del aparato locomotor

Habría que realizar una exploración física completa.

Para la evaluación de la fuerza muscular en los miembros inferiores, las pruebas de los flexores plantares, de los extensores de cadera y de los abductores de cadera aportan información sobre la presencia o no de debilidad en estos.

Referencia guía de Fistera.

PRUEBAS	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN
Prueba de los flexores plantares	De pie sobre una pierna y ponerse de puntillas 5-10 veces. Explorar ambas.	
Prueba de los extensores de la cadera	En decúbito prono, levanta una pierna hacia el techo 3-5 veces. Explorar ambas.	
Prueba de los abductores de la cadera	En pie, apoyado en el respaldo de una silla. Levanta lateralmente la pierna 5 segundos. Explorar ambas.	La caída de la pelvis hacia el lado que no carga el peso indica debilidad muscular.

Es muy importante realizar una Valoración podológica.

Mantener la función del pie, mejorar la adaptación del calzado es determinante para mantener la funcionalidad en el mayor, con objeto de mantener la autonomía personal y reducir el riesgo de caídas.

Hay que valorar el pie y su adecuación al calzado: deformidades propias de la edad, funcionalidad de la articulación del tobillo, uñas deformadas, sequedad en pie o presencia de durezas u hongos, presencia de dolor al caminar.....

Si presentan alteraciones que pueden dar como consecuencias un aumento del riesgo de caídas será importante que se le derive para realizar una valoración podológica.

5. Valoración sensorial: visión y audición

• Visión

Se debería determinar el grado de agudeza visual

Se debe comprobar en historia si existen o no alteraciones visuales recogidas como son: retinopatía diabética, retinopatía hipertensiva, glaucoma, traumatismos anteriores etc.....,

Conocer si la persona a valorar tiene algún problema visual en control y cuándo ha sido revisada en oftalmología.

• Audición

Valoración y detección de agudeza auditiva y/o patología mediante preguntas sobre las dificultades de oír en su vida cotidiana, en una conversación, cuando ve la TV, cuando habla por teléfono. Se puede usar test del susurro, roce de dedos.....

Si esta alterada realizar otoscopia para descartar tapón de cerumen.

Comprobar en historia si existen o no enfermedades crónicas de oído y se estas están siendo controladas por ORL.

6. Valoración neurológica

Se debe realizar una exploración neurológica básica incluyendo: exploración de pares craneales, fuerza en EE, rigideces, equilibrio, coordinación. En base a los hallazgos se puede ampliar la exploración, aunque hay bibliografía que dice que no está claro que sistematizar la realización de una exploración más detallada aporte un valor adicional, mientras consume más tiempo.

Con una adecuada valoración se pueden detectar y prevenir eventos favorecedores de caídas.

7. Valoración cardiovascular

Se deben realizar una exploración de pulsos arteriales periféricos, descartar arritmias, hipersensibilidad del seno carotideo e hipotensión ortostática: Medir la presión arterial y FC en posición decúbito supino, sentado y de pie.

Según remarca la evidencia se debe considerarse la derivación a cardiología en mayores que presentan una hipersensibilidad del seno carotideo que les produzca bradicardia y que hayan experimentado caídas sin causa conocida.

8. Valoración mental y cognitiva

El deterioro cognitivo es un factor de riesgo importante en las caídas, con objeto de evitar las mismas y sus consecuencias; es importante hacer una anamnesis sobre el estado cognitivo de la persona mayor y utilizar cuestionarios específicos si este los requiere.

Se pueden utilizar para ello el Cuestionario de Pfeiffer (Pfeiffer E, 1975). Este cuestionario valora de una manera muy sencilla fundamentalmente la orientación temporo-espacial y memoria. Y Si pretendiésemos valorar más ampliamente el estado cognitivo, existen otras con mayor rango e intensidad de áreas evaluadas, como el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo- (MEC) (Lobo A, 1979) (Lobo A, 1999), en que se evalúa orientación, fijación, lenguaje y construcción.

Puede ser pertinente en algunos casos valorar la esfera afectiva (depresión) u otras alteraciones psicológicas (ansiedad).

9. Evaluación sociofamiliar

Para cualquier plan de intervención se debe implicar a la familia y/o a otras personas cercanas Se recogerán datos en la historia sobre la persona principal encargada del cuidado, características de la vivienda y recursos sociales que dispone la persona mayor.

10. Recoger información de la medicación en la historia médica (se desarrolla en la intervención multifactorial, siguiente punto).

11. Exploraciones complementarias

No está probado el valor de la realización rutinaria de pruebas de laboratorio o complementarias (hemograma, bioquímica general, vitamina B12 y ECG) en pacientes que han sufrido caídas; su realización dependerá de los hallazgos del examen clínico y sospecha.

INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL

La intervención multifactorial es aquella que evalúa el riesgo de caídas de un individuo y permite poner en marcha actuaciones y tratamientos, que integran la intervención individualizada. En términos generales las intervenciones multifactoriales constan de alguna forma de evaluación del riesgo de caída, acompañada de una o más estrategias para la modificación de los factores de riesgo dentro de un programa coordinado.

Tanto la guía NICE sobre prevención de caídas como las sociedades británica y americana de Geriátría incluyen, una intervención preventiva centrada en tres componentes que a este grupo de pacientes se les deberá realizar:

- el ejercicio físico,
- la revisión de la medicación,
- la intervención sobre los riesgos del hogar como componentes de una intervención para la prevención de caídas.

1. Ejercicio físico. Programa de actividad física de componentes múltiples.

Como resumen diremos que el ejercicio tiene un efecto positivo sobre las caídas, incluso sobre las más graves. Las intervenciones de ejercicios de componentes múltiples son efectivas para reducir la tasa y el riesgo de caídas. Hay evidencia sobre la efectividad de tres enfoques diferentes, de programas de actividad física, para reducir la tasa y el riesgo de caídas: ejercicios en grupo de componentes múltiples (que engloban ejercicios de resistencia, equilibrio y fuerza), Tai Chi como ejercicio grupal, y ejercicios de componentes múltiples prescritos de forma individual realizados en el hogar.

Los programas de entrenamiento de fuerza en mayores constituyen por sí mismos una medida preventiva eficaz para retrasar la aparición de pérdida de fuerza y masa muscular, disminución de la capacidad funcional y fragilidad.

La práctica de ejercicio físico es la intervención más eficaz para retrasar la discapacidad y los eventos adversos que asocia habitualmente el síndrome de la fragilidad.

El entrenamiento de fuerza y los programas multicomponente, en particular, cada vez tienen más resultados favorables en este grupo poblacional y sus efectos afectarían además del riesgo de caídas al bienestar psicoactivo e incluso aspectos del deterioro cognitivo.

– Programa de ejercicio físico multicomponente vivifrail mayores de 70 años.

<http://vivifrail.com/es/documentacion/send/2-documentos/20-guia>

2. Revisión de la medicación

El objetivo es adecuar la medicación a las necesidades actuales de la persona tratada con el objetivo final de intentar reducir el número de caídas en las personas mayores. Pacientes, familias y todo el personal profesional relacionado con la salud estarían implicados en este proceso.

- **La polifarmacia** (consumo de cinco o más fármacos) es un importante factor de riesgo de caídas. La proporción de personas mayores con polifarmacia en nuestro medio está en torno a un 35%-50%, con un consumo promedio de 8 medicamentos.

- **El uso de determinados fármacos** aun siendo más de cuatro fármacos es uno de los factores que contribuyen al riesgo de caídas. Es uno de los factores de riesgo de caídas más fácilmente modificables.
- Reducción de **prescripción inadecuada (PI)**, como aquella que debiera evitarse por el riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones, duplicidades, o por su bajo o valor terapéutico.
- **Adherencia**

Para conocer los factores de riesgo de “Medicamentos Relacionados con caídas”. Disponible en Recomendaciones basadas en la evidencia para prevención y tratamiento de caídas:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/enfermeria/4_recomendaciones_prevenición_caidas.pdf

Dentro de las herramientas para la detección de la prescripción inadecuada son los criterios STOPP/START, estos son uno de los más utilizados en nuestro medio.

Recientemente se ha integrado en Presbide una nueva herramienta (módulo) que muestra información actualizada sobre condiciones de uso de medicamentos en pacientes geriátricos.

Dentro de esta nueva ficha, podrá consultarse:

- Uso recomendado del medicamento.
- Uso potencialmente inapropiado.
- Dosis máxima recomendada para pacientes ≥ 65 años, si es diferente a la dosis máxima general.
- Alternativas terapéuticas (en caso de existir).
- Información adicional de interés.

Su contenido se basa tanto en los criterios STOPP START como en otras REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS de interés que están disponibles en la intranet corporativa de Osakidetza en la siguiente ubicación:

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/salud-atencion/farmacia/prescripcion-electronica-vademecum/Ayudasprescrip/Geriatri/Paginas/default.aspx>

Medicamentos de riesgo o a evitar y controlar en son:

1. **Benzodiazepinas.** Evitar sobre todo de acción y vida media prolongada (bromazepam, clobazam, clordiazepóxido, diazepam, flurazepam, flunitrazepam, clorazepato dipotásico, ketazolam, nitrazepam).

2. **Fármacos que afectan al SNC: antidepresivos** (principalmente los tricíclicos) **Neurolépticos** (pueden causar confusión, hipotensión, efectos extrapiramidales..) **antiepilépticos, anti parkinsonianos.**
3. **Diuréticos y antihipertensivos** relacionados con desequilibrios de sodio\potasio, hipotensión ortostática que asocian caídas nocturnas o asociadas a la incorporación\deambulaci3n...
4. **Antihistamínicos de primera generaci3n.**
5. **Vasodilatadores** relacionados con cuadros con hipotensi3n postural.
6. **Opiáceos** en pacientes con caídas recurrentes (riesgo de somnolencia, hipotensi3n postural, vértigo).
7. Otros fármacos con **efecto anticolinérgico:** antiespasmódicos y anticolinérgicos urinarios.

A efectos prácticos, para prevenir el riesgo de caídas, en todas las personas atendidas mayores de 70 años:

- Adecuar la dosis a las necesidades.
- Valorar el tiempo que lleva tomando la medicaci3n.
- Realizar seguimiento periódico de la medicaci3n prescrita y de los cambios planteados.
- Ayudar a los/las pacientes y familia a conocer mejor su tratamiento con el objetivo de mejorar la adherencia al mismo, reducir la utilizaci3n de medicaci3n "innecesaria" y reducir el número de errores en la toma de medicaci3n.
- Después de las altas hospitalarias realizar conciliaci3n de la medicaci3n.
- Valorar la necesidad de mantener la medicaci3n (sobre todo los referidos previamente).
- En el caso de las benzodiazepinas se puede trabajar en la posibilidad de ir reduciendo la medicaci3n a través de documentos de apoyo e informaci3n dirigida a las personas en tratamiento.

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_ibotika_fichas/es_cevime/adjuntos/ibotika_18_pastillas_dormir.pdf

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/boletin_revista/ibotika_fichas/es_def/adjuntos/ibotika_18_anexo_es.pdf

- Minimizar el uso de fármacos con efecto anticolinérgico.
- En esta fase de revisi3n, uno de los métodos más utilizados es el de la «bolsa marr3n» (brown bag), que consiste en que la persona mayor acuda

a la consulta con toda su medicación, de manera que se pueda comprobar exactamente todo lo que está tomando, incluyendo plantas medicinales y la automedicación.

- En PRESBIDE hay otra herramienta que se puede utilizar como método indirecto para la revisión de la adherencia.

3. Riesgos en el hogar

Más de un 50% y hasta un 75% de las caídas se producen en el hogar. Es aquí también donde tienden a caerse más las personas frágiles.

Varios estudios han demostrado la eficacia de la intervención sobre la modificación de los riesgos del hogar en la prevención de caídas especialmente en pacientes de alto riesgo que han sufrido caídas y en aquellas personas con deterioro visual.

Debe realizarse sistemáticamente a todas las personas que han estado hospitalizadas por una caída, debería formar parte del plan de alta y desarrollarse según un calendario acordado entre la persona paciente\cuidadora y los miembros del equipo de salud.

Proponemos la realización de una plantilla de valoración de los riesgos del hogar (adaptada de V. Rodríguez Navarro 2102) basada en un listado de comprobación sobre los principales riesgos de caídas en el hogar y en la que se especifican las recomendaciones para solucionar los problemas detectados. Esta alojada en Osabide Global.

Estas intervenciones deben acompañarse de:

- **Información sobre los recursos sociales y ayudas existentes en relación la prevención de caídas.**
- **Entrega de material divulgativo de apoyo.**

Todas nuestras intervenciones en consulta podemos acompañarlo con entrega de material divulgativo de apoyo, todas las personas, pacientes y cuidadoras deben recibir *información oral* y escrita que contenga:

- Las medidas pueden tomar para prevenir futuras caídas.
- Los beneficios físicos y psicológicos de modificar el riesgo de caídas.
- Como actuar si sufren una caída, incluyendo cómo pedir ayuda y como no permanecer mucho tiempo en el suelo.
- Dónde acudir si necesitan consejo o asistencia.
- La información debe ser relevante y estar disponible en todos los idiomas dando respuesta a la multiculturalidad existente en nuestro medio.

Otros aspectos importantes a tener en cuenta en las caídas...

Programas de intervención en la comunidad en caídas

En términos de salud pública, un enfoque basado en la comunidad parece ser una buena estrategia para la prevención de las lesiones relacionadas con las caídas, a pesar de las limitaciones metodológicas de los estudios referentes a este tema.

Hay que tener en cuenta esta posibilidad de intervención a la hora de actuar en la prevención de caídas en los Centros de Salud.

Los programas que se planteen pueden estar consensuados y llevados a cabo junto con el personal técnico de salud Pública, coordinados con los Ayuntamientos y/o, asociaciones locales, ONGs, hogares de la persona jubilada, etc... Pudiéndose utilizar para su publicitación la prensa, radio y televisión local etc...

Según las recomendaciones GPC del National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013 que tener en cuenta los siguientes aspectos para promover la participación de las personas mayores en los programas de prevención de caídas:

- El personal profesional implicado en el desarrollo de programas de prevención de caídas deben:
 - Garantizar la flexibilidad de los programas que permita amoldarse a las diferentes necesidades y preferencias de las personas participantes.
 - Fomentar el valor social de estos programas.
- El personal profesional implicado en la evaluación y prevención de caídas debe discutir qué cambios está dispuesto a hacer la persona atendida para prevenir las caídas.

Todo profesional que trate con pacientes con riesgo de caídas debe desarrollar y mantener una competencia profesional básica en evaluación y prevención de caídas.

Los programas de prevención de caídas deben considerar barreras potenciales como la baja autoeficacia o el miedo a las caídas y promover los cambios en la actividad como se hayan negociado con la persona implicada.

La información a entregar debe ser relevante y estar disponible en otros idiomas.

La educación e información debe dirigirse a la población mayor, a sus familiares y personas cuidadoras y a la población general para que conozcan los factores de riesgo de caídas y su prevención contribuyen a la disminución de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- Delgado Silveira, B. Montero Errasquín, M. Muñoz García, M. Vélez-Díaz-Pallarés, I. Lozano Montoya, C. Sánchez-Castellano, A.J. Cruz-Jentoft, Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START, Revista Española de Geriátría y Gerontología, Volume 50, Issue 2, March–April 2015, Pages 89-96, ISSN
- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor (estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS). Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>
- Falls: assessment and prevention of falls in older people. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2013;Clinical guideline 161.
<http://publications.nice.org.uk/falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people-cg161>
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-caidas-anciano-13139248>
- Lázaro M, Orduña MJ, González A, Ribera JM. Guía de prevención de caídas en personas mayores. Hospital Clínico SanCarlos. Unidad de caídas. Servicio de Geriátría. Madrid. 2013
http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1077155
http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1077155
- Lázaro del Nogal M. Caídas en el anciano. Med Clin (barc). 2009; 133:147-53.
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-caidas-el-anciano-13139248>
- Lázaro del Nogal M, Diagnóstico y tratamiento caídas en el anciano, Hospital Clínico San Carlos. Unidad de caídas. Servicio de Geriátría. Madrid.(elsevier doyma), 2009
- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número Oxford: Update Software Ltd. <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
<http://www.cochrane.org/es/CD004441/intervenciones-basadas-en-la-poblacion-para-la-prevencion-de-lesiones-relacionadas-con-caidas-en-personas-ancianas>

- Recomendaciones basadas en evidencia para la Prevención y Tratamiento de caídas
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/comunicacion/publicaciones/corporativas/Paginas/Guías.aspx>
- Rodríguez Navarro, V.; Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad. 2012.
Disponible en:
<http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/6319/9788469512791.pdf?sequence=1>
- "Protocolo para la prevención de caídas de Osakidetza"
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-n%20de%20caídas.pdf>
- Z.Rubenstein, K.R. Josephson, Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas, Revista Española de Geriatria y Gerontología, Volume 40, Supplement 1, November 2005, Pages 45-53, ISSN 0211-139X
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X0575085X>

ANEXO III

INCONTINENCIA URINARIA

La Incontinencia urinaria (I.U.) es causante de gran trastorno emocional, social, y de la calidad de vida en la persona anciana y su personal cuidador y, por tanto, factor importante para el ingreso en residencias.

Se estima afecta al 17-55 % de las mujeres mayores.

Los problemas de continencia son con frecuencia tratables, pero la realidad es que hasta un 50% de las personas afectadas lo ocultan, razón por la que se imponen un cribado y una aproximación empática a todas las personas ancianas.

DEFINICIÓN:

- Perdida involuntaria de orina en ausencia de infección del tracto urinario.

TIPOS DE I.U.:

- **I.U. de urgencia** (Vejiga hiperactiva o Hiperactividad del m. detrusor)
Sin estar la vejiga llena se contrae el m. detrusor y no pueden contener la orina. (Tienen ganas de orinar pero no les da tiempo de llegar al baño). Desencadenantes habituales incluyen agua corriente, exposición a agua fría y lavado de manos.
- **I.U. de stress** (I.U. de esfuerzo)
Por incremento de la presión intra-abdominal se escapa la orina con la tos, risa, esfuerzo físico etc. Es la 2ª causa más frecuente en mujeres mayores.
- **I.U. mixta**
De Urgencia y de Stress. Es la causa más frecuente de incontinencia en mujeres.

Menos frecuentes:

- **I.U. por rebosamiento**
Goteo o pérdida continuada en pequeñas cantidades, asociada a vaciamiento incompleto de vejiga, relacionado con alteraciones de la contracción del músculo detrusor o a la obstrucción en la vía de salida vesical.
- **I.U. de causas potencialmente reversibles** (I.U. Funcional)
La función del tracto urinario inferior es normal pero puede ser provocada por causas externas: Movilidad afectada, (Alteraciones músculo-esqueléticas), Deterioro cognitivo, Hostilidad, Depresión, Medicamentos, (diuréticos, etc), Mala iluminación etc.

CAUSAS:

- **Urológicas y ginecológicas:** Fistulas urogenitales, Prolapso de órganos pélvicos (Cistocele) / - Enfermedades sistémicas: I.C.C., Alteraciones neurológicas (Manifestaciones de A.C.V., Esclerosis múltiple, E. Parkinson, Hernia discal, lesiones medula espinal, etc.) / - Diabetes mellitus (hiperglucemia, neuropatía autonómica) / - Diabetes insípida / - Cáncer, de vejiga y uretra fundamentalmente (atentos a la hematuria) / - Causas potencialmente reversibles: (Medicamentos: alfa-bloqueantes, estrógenos), Disminución movilidad (post-cirugía) y/o destreza manual, Cambio en status cognitivo o mental (sedantes), Factores ambientales, Impactación fecal, ingesta de alcohol y café, etc

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA:

- **Historia clínica:** Establecimiento y curso de la I.U., volumen, frecuencia y distribución horaria, nicturia, precipitantes (medicación, cafeína, alcohol, tos, actividad física, risa, sonido del agua, lavado de manos etc.), estreñimiento, comorbilidad.
- **Mujeres que han tenido hijos, con enfermedades asociadas a riesgo aumentado de I.U.** (Diabetes, obesidad, enfermedad neurológica), y >65 años, deben ser específicamente preguntados por síntomas de I.U.
- **Mujeres con I.U. pueden ser identificadas si responden “si” a una de las siguientes preguntas:**
 - ¿Alguna vez se te escapa la orina con la tos, risa, ejercicio?
 - ¿Alguna vez se te escapa la orina camino del baño?
 - ¿Alguna vez se te escapa de igual manera tanto con el esfuerzo como sin darte tiempo a llegar al baño?
 - ¿Alguna vez se te escapa la orina sin querer?

Estas preguntas son las del Cuestionario 3IQ, (Brown JS- 2006) para distinguir entre los diferentes tipos. (Sensibilidad 75%, y especificidad 77% para I. de Urgencia/sensibilidad 86%, especificidad 60% para I. de Stress). Además ayuda a orientar cada tipo de incontinencia: 1. IU de stress, 2. IU de urgencia, 3. IU mixta, 4. Otras IU

- **Diarrios de vaciado vesical** – 3 días para valorar frecuencia, severidad, y volumen de la orina perdida durante los episodios de incontinencia.
- **Impacto en la calidad de vida de paciente** trabajo, ABVD, sueño, relaciones sexuales, relaciones sociales o interpersonales, etc.
Además la I.U. en ancianos frágiles se asocia a un gran incremento en la carga al cuidado, para lo cual existen varios cuestionarios validados.

- **Exploración:**

Cardiovascular (sobrecarga de volumen (ICC, edemas EEII) . Abdomen (masas), EEII (movilidad articular, varices, estasis venoso), Exploración ginecológica, rectal, y neurológica si precisa.

- **Estudio clínico:**

Test de stress vesical (Paciente tumbado con la vejiga llena, hacerle toser y valorar si pierde orina), Volumen residual postmiccional, Flujometría, Estudio urodinámico , etc.

- **Laboratorio:**

Analítica general con calcio, glucosa, función renal, Vit B 12, y PSA en varones.

A todos hay que hacer un análisis de orina, y cultivo para descartar infección. Y Citología urinaria solo si dolor pélvico, hematuria sin infección, o factores de riesgo de cáncer (tabaco, tumor previo de vejiga, etc)

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS:

- **Cambios en estilo de vida** – Ingesta de líquidos adecuada, evitando beber por la noche, evitar cafeína, alcohol y tabaco, manejo del estreñimiento, incremento actividad física/ejercicio etc.

- **Pérdida de peso**

- **Terapia conductual:**

- Entrenamiento vesical – Utilizado en mujeres con I. de Stress, Urgencia, o mixta, y basado en 2 principios generales: 1/ Frecuente micción voluntaria para mantener un volumen vesical bajo. 2/ Entrenamiento de sistema nervioso central y mecanismos pélvicos para inhibir las contracciones inestables del músculo detrusor.

El entrenamiento vesical se utiliza en pacientes con cognición intacta, mientras que en pacientes con deterioro cognitivo se utilizan métodos también conductuales pero variedades del mismo (Entrenamiento de hábitos, Micción programada y Micción inmediata).

- Ejercicios de la musculatura pélvica- (E. de Kegel)

Más indicados para la I.U. de stress o mixta.

La pauta básica recomendada es 3 series de 8-12 contracciones lentas y sostenidas de 6-8 segundos cada una, y practicadas 3-4 veces a la semana, y continuadas por un mínimo de 15-20 semanas.

- **Terapia farmacológica:**

Inicialmente siempre tratar con cambios en el estilo de vida y terapia conductual, y si no resulta efectiva, intentar tratamiento farmacológico, siempre y cuando

teniendo en cuenta que muchos de ellos no están recomendados en mayores de 65 años: Antimuscarínicos (Oxibutinina, Solifenacina, Tolterodina, y Trospio), Imipramina, Mirabegrón, como alternativa a los anteriores si contra-indicaciones o ciertos efectos adversos, Duloxetina, y Estrógenos, en la Incontinencia de Stress, etc.

• **Dispositivos y Pañales:**

Según la Guía Nice para la incontinencia urinaria “Los productos absorbentes no son un tratamiento para la I.U.” y únicamente habría que utilizarlos:

Como estrategia añadida mientras se espera el diagnóstico definitivo.

Complemento a otras terapias en curso.

En I.U. de larga duración sólo después de se han agotado todas las posibilidades terapéuticas.

MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON LA INCONTINENCIA URINARIA:

Existen medicamentos que clásicamente se relacionan con la incontinencia urinaria, como son: diuréticos (por la poliuria y urgencia miccional), hipnóticos, antipsicóticos, y antidepresivos (por la sedación entre otros motivos), y calcio antagonistas, anticolinérgicos, y opiáceos (por su relación con la retención urinaria, o impactación fecal).

BIBLIOGRAFÍA:

- Brown JS, Bradley CS, Subak LL, Richter HE, Kraus SR, Brubaker L, et al for the Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy) Research Group. The Sensitivity and Specificity of a Simple Test To Distinguish between Urge and Stress Urinary Incontinence. *Ann Intern Med* 2006; 144: 715-723
- Catherine E. DuBeau MD et al Approach to women with urinary incontinence. *Uptodateonline.com* – Last literature review Dec. 2014.
- Catherine E. DuBeau, MD et al: Treatment and prevention of urinary incontinence in women
– *Uptodateonline.com* – Last literature review Dec.t. 2014.
- United Kingdom National Institute for health and Clinical Excellence.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG40NICEguideline.pdf>.
- Verdejo C. Incontinencia urinaria. En: *Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia* 2010. Disponible en:
http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2014_II.pdf

ANEXO IV

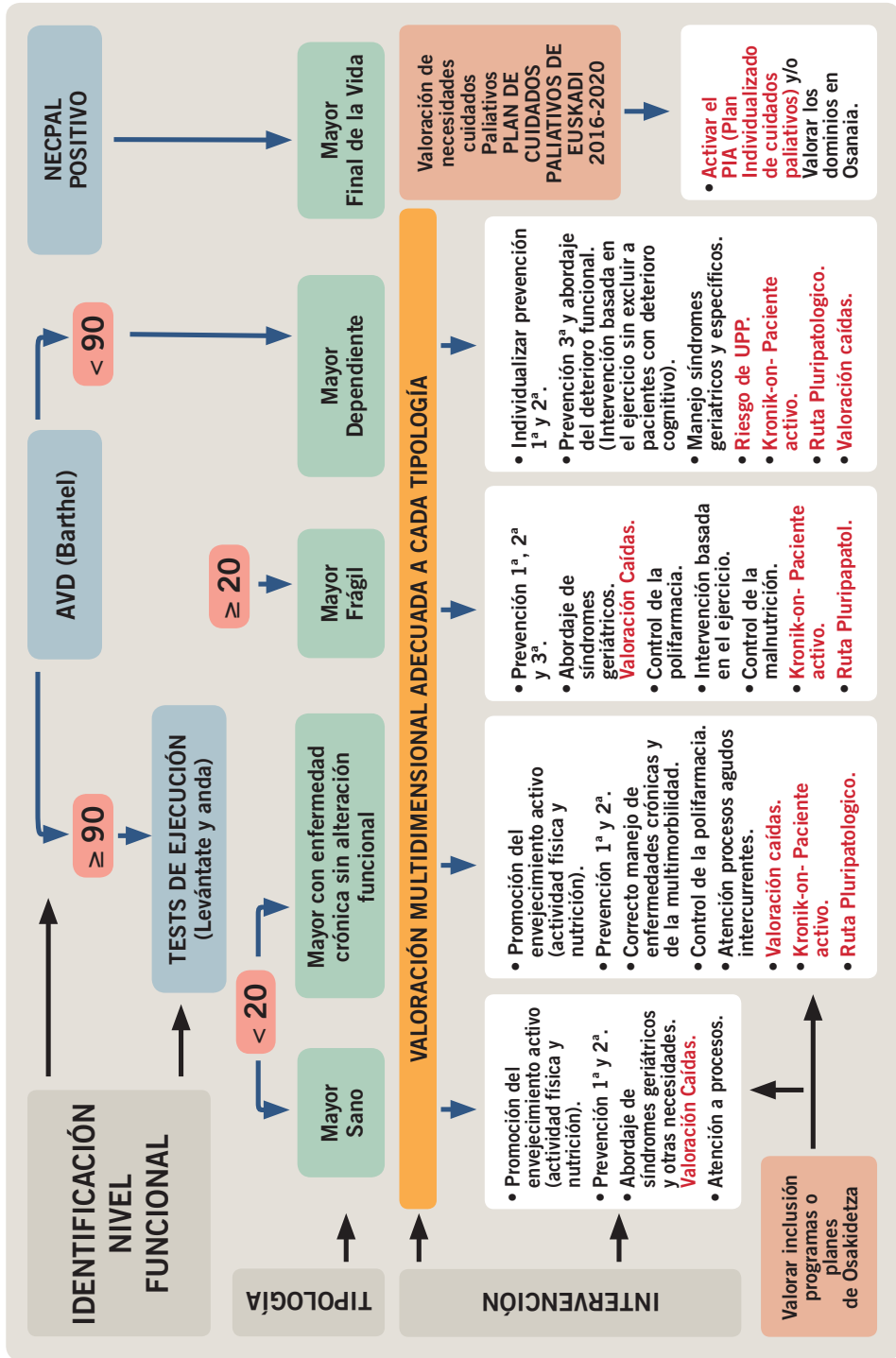
TIPOLOGÍAS DE PERSONAS MAYORES SEGÚN ESTADO FUNCIONAL

En este anexo planteamos la orientación clínica del manejo de las personas mayores, en base a la tipología a la que pertenecen según su funcionalidad, definidas por [Gómez-Pavón J, 2007] y que hemos consensuado y modificado dentro del grupo.

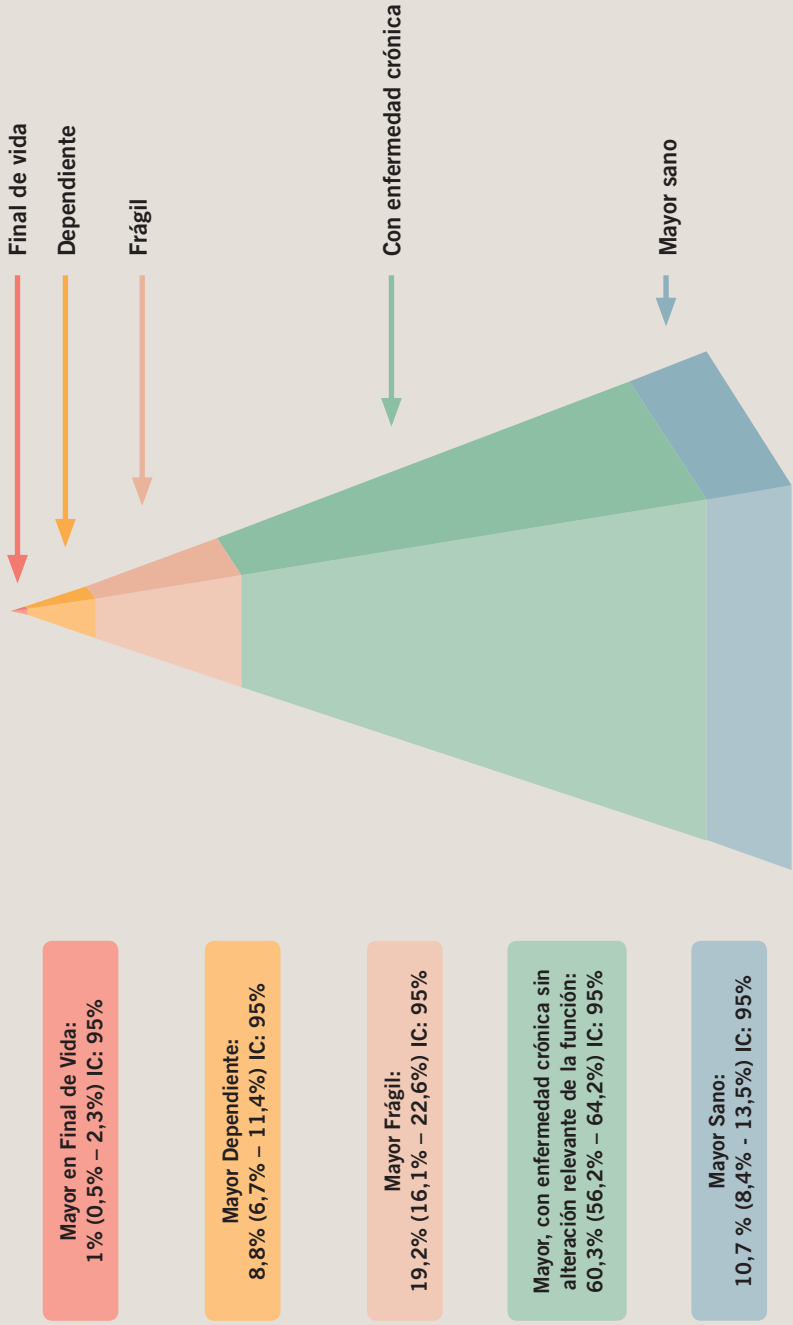
TIPOLOGÍAS DE PERSONAS MAYORES DE ACUERDO A LA FUNCIÓN: PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE PERSONAS MAYORES PARA SU ABORDAJE TERAPÉUTICO

	≥ 1 ENFERMEDAD CRÓNICA RELEVANTE	SITUACIÓN TERMINAL	TEST "LEVÁNTATE Y ANDA"	BARTHEL
PERSONA MAYOR SANA	NO	NO	≤20 seg -o test de la marcha 0.8 a 1 seg, o SPPB ≥10 puntos-	≥90 puntos
PERSONA MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA SIN ALTERACIÓN FUNCIONAL	SÍ	NO	≤20 seg -o test de la marcha <1 seg, o SPPB ≥10 puntos-	≥90 puntos
PERSONA MAYOR FRÁGIL	Indiferente	NO	≥ 20 seg -o test de la marcha ≥1 seg, o SPPB <10 puntos-	≥ 90puntos
PERSONA MAYOR DEPENDIENTE	Indiferente	NO	indiferente	< 90 puntos
PERSONA MAYOR EN SITUACIÓN AL FINAL DE LA VIDA	Indiferente	SÍ (NECPAL positivo)	indiferente	Indiferente

Es importante señalar que determinados deterioros cognitivos, enfermedades neurológicas o psiquiátricas harían necesario valorar las necesidades de los pacientes más allá de las consideraciones de este cuadro.



DISTRIBUCION APROXIMADA DE LAS TIPOLOGÍAS CAPV



Fuente: Elaboración propia Pilotaje PAM 2016.

BIBLIOGRAFÍA:

- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor (estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS). Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). 2014. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>
- Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán JJ, Regato P, Abizanda P, Formiga F, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Documento de Trabajo, 1ª Conferencia de Promoción y Prevención de la Salud en la Práctica Clínica en España. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Madrid 2007. Disponible en:
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/conferenciaPPS/conferencia.htm>
- Martín-Lesende I, López-Torres JD, Gorroñoigoitia A, de-Hoyos MC, Baena JM, Herreros I. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en atención primaria (recomendaciones PAPPs, actividades preventivas en los Mayores). Aten Primaria 2014; 46 (Supl 4): 79-81. Disponible en:
<http://www.papps.es/>
- Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia A, Molina M, Abizanda P. Persona mayor frágil: detección y manejo en Atención Primaria. Guía Fisterra 2015. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/>

ANEXO V REGISTRO OSABIDE GLOBAL - OSANAIA

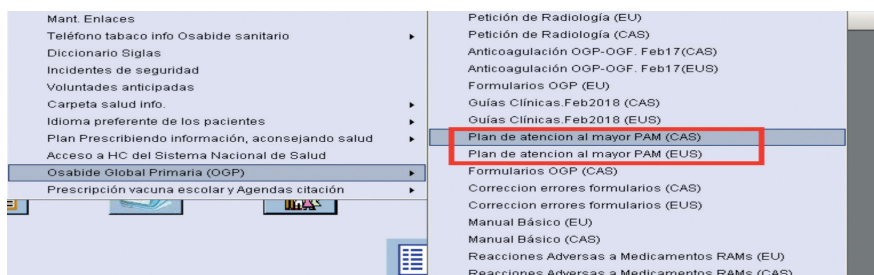
OSABIDE GLOBAL

El procedimiento de registro en historia en Osabide Global está alojado en:

- **Intranet:**

https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/tic/sistemas_informacion/salud/oglobalprimaria/Paginas/default.aspx

- **En Osabide Global AP:**



OSANAIA

Se han planteado permisos en Osanaia para profesionales de medicina en los apartados de:

- Caídas
- Cuidador
- Prótesis

Los profesionales de Enfermería realizaran:

1. Identificación del nivel funcional y clasificación de tipologías:

En el formulario de Osabide Global PAM: Valoración funcional y tipologías.

2. Valoración de la persona mayor:

OSANAIA es la herramienta que permite el registro del proceso de Enfermería, será por lo tanto la herramienta que las enfermeras deben de utilizar para asegurar el registro de la valoración multidimensional de la persona mayor.

Aunque por norma general es la enfermera, ante cada paciente, quien a través del razonamiento crítico en la aplicación del proceso de enfermería realiza una

valoración focalizada sobre los dominios que se representan como prioritarios en cada caso, consideramos que todas las personas mayores, deberá tener una valoración actualizada en los dominios que se recogen en la siguiente tabla:

VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL PERSONA MAYOR	DOMINIOS RECOMENDADOS 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11
DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	Clasificación de tipo fumador y consumo de alcohol, tratamiento farmacológico, adherencia al tratamiento farmacológico, inmunización etc...
DOMINIO 2 NUTRICIÓN	Dificultad para masticar y deglutir, estado nutricional, adecuación de la dieta, conocimiento sobre dieta recomendada, aporte de líquidos, actitud frente a la comida, etc...
DOMINIO 3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO	Uso de dispositivos de ayuda para la eliminación, incontinencia, patrón intestinal, etc...
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO	Grado y motivación de actividad física, cumplimiento de consejo de actividad física, grado de autonomía para el autocuidado.
DOMINIO 5 PERCEPCIÓN COGNICIÓN	Capacidad visual y auditiva, alteraciones sensorceptivas.
DOMINIO 7 ROL/RELACIONES	Relaciones sociales, uso de recursos sociales, información relativa a convivencia, cuidador principal, etc...
DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS	Antecedentes de maltrato, indicadores relativos a la identificación de maltrato, confirmación de malos tratos actuales, tipo de violencia recibida, etc...
DOMINIO 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN	Valoración del riesgo de caídas, valoración del estado de la mucosa oral, tendencia a adoptar conductas de riesgo.

REGISTRO DIMENSIONES DE VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL EN OSABIDE GLOBAL Y OSANAIA

REGISTRO DIMENSIONES DE LA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL	VARIABLES	REGISTRO	
VALORACIÓN NECESIDAD CUIDADOS PALIATIVOS	TEST NECPAL	Medicina y Enfermería: Osabide Global	
VALORACIÓN FUNCIONAL	AVD	ABVD - básicas Índice de Barthel Escala de Braden (*)	
		AIVD - Instrumentales Índice de Lawton y Brody	
	TEST DE EJECUCIÓN	Test Levántate y anda	
VALORACIÓN CLÍNICO PREVENTIVA	GENERAL	Tensión Arterial (TA)	
		Peso / talla e IMC	
		Vacunas (gripe, tétanos-dift, neumococo)	
		Hábitos tóxicos	
	Actividad física	Medicina y Enfermería: Osabide Global Enfermería: Osanaia - Dominio 4	
	ESPECÍFICA	Visión	Medicina: Osabide Global Enfermería: Osanaia - Dominio 5
		Audición	Medicina: Osabide Global Enfermería: Osanaia - Dominio 5
		Caídas	Reg. de una caída: Medicina y Enfermería: Osanaia Reg. valoración riesgo de caídas: Medicina: Osabide Global Enfermería: Osanaia - Dominio 11 Reg. valoración riesgos del hogar: Medicina y Enfermería: Osabide Global
		Nutrición-Hidratación	Registro escala: Medicina y Enfermería: Osabide Global Valoración: Medicina: Osabide Global Enfermería: Osanaia - Dominio 2
		Boca	Medicina: Osabide Global Enfermería: Osanaia - Dominio 2 y 11
		Incontinencia	Medicina: Osabide Global Enfermería: Osanaia - Dominio 3
		Detección del maltrato	Medicina: Osabide Global Enfermería: Dominio 9
	Ingreso en el último año	Medicina y Enfermería: Osabide Global	

REGISTRO DIMENSIONES DE LA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL		VARIABLES	REGISTRO
VALORACIÓN CLÍNICO PREVENTIVA	POLIMEDICACIÓN Y ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIÓN		Medicina: Osabide Global y específicamente en el módulo PRESBIDE. Enfermería: Osanaia - Dominio 1
	ENFERMEDADES CRÓNICAS		Medicina: Osabide Global
VALORACIÓN MENTAL	COGNITIVA	Cuestionario de Pfeiffer Mini Examen Congnosctivo de Lobo (MEC)	Medicina y Enfermería: Osabide Global
	AFECTIVA	Cuestionario abreviado de depresión de Goldberg	
VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR Y DEL CUIDADOR	SOCIOFAMILIAR	Convivencia	Medicina: Osabide Global Enfermería: Osanaia - Dominio 7
		Relaciones Sociales	
		Uso de recursos sociales	
		Factores de riesgo sociales	
	CUIDADOR	Identificación del cuidador	Medicina y Enfermería: Registro en Osanaia: Módulo cuidador
Riesgo o sobrecarga en el cuidador: C. De Zarit / Escala Guberman		Medicina y Enfermería: Osabide Global	

ANEXO VI

EVALUACIÓN PAM

Se basará fundamentalmente en aspectos cobertura, descripción de la situación funcional, clasificación de tipologías y clínico-social de las personas ≥ 70 años, y fundamentalmente en la evaluación de algunos indicadores de resultados de los realizados en el programa.

Estos indicadores a lo largo del proceso de implantación se irán modificando. La propuesta inicial de valoración de indicadores se resume en la siguiente tabla:

1. ESTADO FUNCIONAL	% de personas ≥ 70 años a las que se ha realizado valoración situación funcional. % de personas ≥ 70 años a las que se les ha delimitado las tipologías.
2. IDENTIFICACIÓN DE TIPOLOGIAS	% de personas ≥ 70 años identificadas como tipología sana % de personas ≥ 70 años identificadas como tipología crónica sin alteración funcional % de personas ≥ 70 años identificadas como tipología frágil % de personas ≥ 70 años identificadas como tipología dependiente % de personas ≥ 70 años identificadas como tipología final de la vida
3. CONSEJO E INTERVENCIÓN SOBRE EJERCICIO	% de personas ≥ 70 años a las que se les ha realizado consejo sobre ejercicio. % población mayor de 70 años por tipologías a la que se ha realizado intervención (programa de actividad física).
4. CONSEJO Y VALORACIÓN SOBRE NUTRICIÓN	% de personas ≥ 70 años a las que se les ha realizado consejo sobre nutrición. % población ≥ 70 años a la que se ha realizado MNA. % población ≥ 70 años en riesgo o situación de malnutrición.
5. VACUNACIÓN 5.1 Vacunación antigripal 5.2 Vacunación antineumocócica 5.3 Vacunación antitetánica	% de personas ≥ 70 años vacunadas.
6. CONSUMO DE ALCOHOL	% de personas ≥ 70 años que se les ha realizado la valoración del consumo de alcohol.

7. VALORACIÓN RIESGO DE CAIDAS	% de personas ≥ 70 años con registro de caídas en la historia clínica. % de personas ≥ 70 años a los que consta que se realizado la valoración riesgo de caídas.
8. UPP 8.1 Prevalencia UPP 8.2 Valoración UPP	% de personas \geq de 70 años con UPP (por grado y origen). % de pacientes ≥ 70 años con realización de escala de Bradden \total de personas a total Barthel <60 puntos
9. VALORACIÓN OFTAMOLÓGICA	% de personas ≥ 70 años que se les ha realizado la valoración oftalmológica.
10. ADECUACION FARMACOTERAPEUTICA	% de personas ≥ 70 años con ≥ 5 fármacos % de personas ≥ 70 años adherentes % de personas ≥ 70 años con fármacos anticolinérgicos % de personas ≥ 70 años con más de cuatro semanas en tratamiento con benzodiazepinas de larga duración
11. PERSONA CUIDADORA	% de personas ≥ 70 años con Barthel < 90, que tienen registro de la persona Cuidadora
12. COORDINACIÓN CON SERVICIOS SOCIALES	% de personas ≥ 70 años con necesidades sociosanitarias en las que existe un plan de atención individualizado coordinado con servicios sociales.
13. INGRESOS HOSPITALARIOS	% de personas ≥ 70 años con registro de Ingresos.
14. INSTITUCIONALIZACIÓN	% de personas ≥ 70 años con registro de Institucionalización en el periodo.
15. VALORACION DIAGNOSTICOS NANDA ENFERMERIA	% de personas ≥ 70 años con diagnosticos NANDA asociados a tipologías.

ANEXO VII

VALORACIÓN SOCIOSANITARIA: RAI-Ca

Con el RAI-CA, se pretende favorecer la interoperabilidad al tratarse de una herramienta de uso común y de acceso en los ámbitos sanitario y social.

Se dispone ya de acceso a esta herramienta en los diferentes Centros de Salud y en los servicios sociales de los Ayuntamientos que han realizado protocolos de Coordinación Sociosanitaria y que lo han solicitado.

La aplicación de este instrumento, se dirige a los colectivos diana de las Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria, de manera preferente al colectivo de personas mayores en situación de dependencia.

- La evaluación con RAI-CA se aplicará cuando el profesional (médico, enfermera o trabajador social) detecte un caso de intervención sociosanitaria, preferentemente en personas situación de dependencia.
- El resultado (diagnóstico sociosanitario), será contrastado en el Equipo de At. Primaria Sociosanitaria (EAPSS) mediante el envío de una solicitud de consulta.
- Independientemente del profesional que lo realice, el resultado se asume como diagnóstico y orientación sociosanitaria del caso.

El InterRAI Contact Assessment (CA) o Evaluación de contacto (EC); es un instrumento de cribado o estratificación poblacional, diseñado para su uso tanto en la comunidad como a nivel hospitalario*.

Se trata de un instrumento modular de valoración que permite:

- Evaluar la necesidad de servicios de apoyo en domicilio a largo plazo (modulo comunitario).
- Agilizar los procesos de derivación y alta desde niveles hospitalarios (módulo de urgencias).
- Herramienta validada para la evaluación y cribado de adultos con necesidades sociosanitarias.
- Sencilla de pasar (20-30 min. aproximadamente).
- Profesionales implicados: atención primaria y especializada del ámbito sanitario y del social.

El InterRAI CA no sustituye a los otros sistemas de evaluación.

Permite recabar información básica de primer contacto para evaluar:

- la autonomía de la persona,
- la urgencia de evaluaciones más exhaustivas,
- la urgencia en solicitar recursos y,
- la necesidad de servicios especializados (rehabilitación).