



El anciano frágil

Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud

promoción de la salud



personas mayores



El anciano frágil

*Detección, prevención e intervención
en situaciones de debilidad y deterioro de su salud*



Instituto de Salud Pública



AUTOR:

Javier Gómez Pavón

Médico Especialista en Geriátría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid

EDICIÓN Y COORDINACIÓN:

José Antonio Pinto Fontanillo

Responsable del Programa de Prevención y Promoción de la Salud en las Personas Mayores

SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. CONSEJERÍA DE SANIDAD

ISBN: 84-451-2480-3

Depósito Legal: M. 27.164-2003

Impreso en España - Printed in Spain

Imprime: NUEVA IMPRENTA, S.A.

Avda. de la Industria, 50 - 28108 Alcobendas (Madrid)

Presentación

En el proceso de envejecimiento sobrevienen una serie de cambios fisiológicos, a menudo acompañados de una merma en la propia capacidad para solventarlos. Las personas mayores frágiles corren el peligro de perder aquello que más estiman en el ámbito de la salud: su autonomía personal. Por ello es tan importante estar atentos a los signos que nos adviertan de estas situaciones y poder intervenir a tiempo.

Las estrategias de prevención y promoción planteadas en este documento, que incluyen fundamentos y metodología suficientemente contrastada, quieren servir de apoyo a todas aquellas personas que se ocupan de la salud y la seguridad de los mayores, y que día a día les ayudan a mantener y mejorar su calidad de vida.

José Ignacio Echániz Salgado
CONSEJERO DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Índice

1	Características del paciente anciano	7
	Presentación atípica de enfermedad	8
	Pluripatología	9
	Polifarmacia	0
	Deterioro funcional y cognitivo	10
	Problemas sociales	10
2	Valoración Geriátrica Integral	11
	Objetivos y propósitos de la valoración geriátrica	11
	Componentes de la valoración geriátrica	13
	Áreas de valoración geriátrica	14
3	Asistencia Geriátrica	21
	Niveles asistenciales en la asistencia geriátrica	21
4	Principales actividades preventivas en el anciano	25
	Modificación del estilo de vida	26
	Cribado de los factores de riesgo	28
	Vacunación	30
5	Cuestionarios y escalas para la detección de ancianos frágiles	31
	Bibliografía	41

Características del paciente anciano

Por Gerontología se entiende el estudio del proceso de envejecer en cualquiera de sus aspectos. El término fue utilizado por primera vez en 1903 por Metchnikoff y está focalizado en el estudio del envejecimiento en condiciones biológicas de normalidad. En 1909, Nascher utiliza el término de Geriatria para referirse al estudio del anciano en los aspectos relacionados con la enfermedad. Así la Geriatria se define como la rama de la Medicina que dedicada a la persona mayor se centra en la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad, con el objetivo fundamental de posponer la pérdida de autonomía y el desarrollo de incapacidad, mejorando la calidad de vida.

La Geriatria es una especialidad que abarca la atención de todas las necesidades sanitarias de la persona mayor cubriendo los siguientes aspectos:

- Preventivos: promocionando los autocuidados, desarrollando programas específicos.
- Asistenciales: en la enfermedad aguda, en la enfermedad crónica, en la que incapacita, en los cuidados de larga duración y en la enfermedad terminal.
- Rehabilitadores: con carácter preventivo, en todas las fases de las enfermedades que llevan a la incapacidad.

Por todo ello, el enfoque de la Geriatria es integral, abarcando, además de los aspectos clínicos tradicionales (enfermedad), los funcionales, los físicos, los cognitivos, afectivos y sociales. Para lograr estos objetivos es imprescindible que la atención geriátrica sea multi e interdisciplinar, integrada por personal con formación específica en Geriatria: médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, etc.

La aplicación del modelo tradicional de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad puramente clínico no es de utilidad en la mayoría de los pacientes ancianos, porque raramente se da la enfermedad aislada en estos pacientes, en la práctica siempre viene acompañada de una serie de problemas médicos, funcionales, mentales, sociales y ambientales.

La Geriatria ha desarrollado una técnica propia: la valoración geriátrica integral que identifica, valora y estudia todos estos problemas que acorralan al anciano, para poder elaborar y aplicar un plan de tratamiento integral y de seguimiento a largo plazo.

La valoración geriátrica obtiene los mejores resultados cuando se aplica a los ancianos denominados frágiles, que muestran, como rasgo común, el peligro de perder su independencia.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios fisiológicos que conducen a un estado caracterizado por una menor reserva funcional y una disminución de la capacidad de adaptación a dichos cambios: lo que hace que en los ancianos, la respuesta del organismo a las alteraciones que supone cualquier enfermedad, sea distinta a la del organismo joven. Por ello, el anciano presenta una serie de características que le hace diferente al paciente adulto, no anciano. Estas características son las siguientes:

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD

Con mucha frecuencia la enfermedad se presenta en el paciente geriátrico de forma atípica, mostrando una serie de características propias a este grupo de edad. Así, pueden aparecer, en vez de los síntomas habituales de una enfermedad, síntomas inespecíficos como: debilidad, anorexia, astenia, incontinencia, caídas, ... Estos síntomas tan imprecisos necesitarán ser interpretados tras realizar una exhaustiva valoración geriátrica del paciente, ya que en ocasiones suelen ser la primera señal de una patología grave.

En muchas ocasiones la enfermedad no se manifiesta de una forma tan florida como en el paciente joven, faltando algunos de los síntomas cardinales como por ejemplo el dolor: puede aparecer infarto de miocardio, tromboembolismo pulmonar, etc., y exteriorizarse solamente por la presencia de un cuadro confusional agudo, o bien por una pérdida funcional.

Otras, los síntomas y signos clásicos aparecen, pero no con la intensidad habitual, sino de una forma menos intensa, "apagados": no es raro encontrar procesos infecciosos graves que cursan únicamente con febrícula

e incluso con hipotermia; o procesos abdominales como la colecistitis o perforaciones de vísceras huecas que presentan un discreto dolor abdominal.

Por último, las pruebas de imagen y de laboratorio pueden mostrar variaciones significativas con respecto a los valores que se dan como normales en otros grupos de edad: lo que para un joven serían resultados patológicos, en el anciano se interpretarían como normales, e incluso, ante la presencia de una enfermedad, la desviación de los valores analíticos con respecto a la normalidad es discreta.

PLURIPATOLOGÍA

Es muy frecuente la coexistencia de múltiples patologías agudas o crónicas en la persona mayor. Este hecho condicionará el modo de enfermar en el paciente geriátrico porque:

- 3 Los síntomas y la medicación de una de las enfermedades pueden ocultar o retrasar la aparición de síntomas de la segunda. Por ejemplo: un paciente con limitación física por artrosis reportará pocos síntomas de una enfermedad coronaria subyacente, hasta que ésta se manifieste de forma severa; el uso de diuréticos en el control de la hipertensión arterial aumentará o podrá causar incontinencia urinaria; la utilización de fármacos anticolinérgicos podrá ocasionar: un cuadro confusional agudo, una retención urinaria en un paciente prostático, etc.
- 3 La presencia de una enfermedad puede desencadenar otras patologías: la inmovilidad producida por una artrosis ocasionará, casi seguro, incontinencia urinaria funcional; una anemia precipitará una angina de pecho o una insuficiencia cardíaca, etc.
- 3 Algunas patologías conjuntas presentarán signos inespecíficos: el deterioro funcional progresivo con caídas de repetición puede ser el único signo de una valvulopatía, de una estenosis aórtica, de una infección urinaria, etc.

POLIFARMACIA

En la población anciana existe una alta prevalencia en el consumo de fármacos concomitante a pluripatologías y a la edad. Las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas características del paciente geriátrico añadidas al exagerado consumo de fármacos (5 ó más) acrecientan la frecuencia en la aparición de reacciones adversas, de interacciones entre los diferentes fármacos y de efectos no deseados del fármaco prescrito sobre otras enfermedades existentes. Al riesgo de iatrogenia farmacológica hay

que añadir la dificultad que tiene el anciano para el cumplimiento correcto del tratamiento: no acaba de comprenderlo en sus dosificaciones y horarios, se le olvida, ...

DETERIORO FUNCIONAL Y COGNITIVO

Envejecimiento no es sinónimo de dependencia funcional y mental. Cualquier cambio que aparezca en este sentido en el paciente anciano, debe de ser estudiado y valorado para descartar una enfermedad. La valoración de los cambios funcionales y cognitivos nos van a orientar en la detección del proceso clínico subyacente, su tiempo de evolución y el grado de repercusión en el anciano.

El deterioro funcional puede ser la manifestación inicial de una enfermedad tanto aguda como crónica. En los pacientes que tienen una dependencia grave, la evaluación de pequeños cambios de su situación funcional resultará más compleja que en los ancianos independientes: debiendo de ser utilizadas escalas de valoración geriátrica que analicen la pérdida de la funcionalidad en el tiempo.

El deterioro cognitivo presenta igualmente una mayor frecuencia conforme aumenta la edad, añadiendo una dificultad más al proceso de obtener información en la evaluación clínica. La aparición de confusión y desorientación en un anciano sano constituye un motivo de consulta, y debe considerarse la posibilidad de que se trate de un síntoma inespecífico de alguna enfermedad que puede debutar en el contexto del síndrome confusional agudo.

PROBLEMAS SOCIALES

Conforme aumenta la edad, pero sobre todo, conforme aumenta el grado de dependencia, los problemas sociales se acrecientan. Aspectos como la situación económica, la ubicación de la vivienda, la ausencia de familiares y/o amigos, la dificultad física para deambular, etc. favorecerán los problemas médico-sociales, presentando estos ancianos como rasgo común la pérdida de la independencia.

2

Valoración geriátrica integral

Como se ha comentado anteriormente la evaluación y el cuidado del paciente anciano mediante los sistemas tradicionales de evaluación clínica, se han mostrado insuficientes por las peculiaridades expuestas. Así nace el concepto de “Evaluación Geriátrica Integral o Exhaustiva” (Comprehensive Geriatric Assesment) como técnica de evaluación específica para el abordaje de la atención al anciano. La Evaluación Geriátrica Integral es definida como el proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano, con la intención de elaborar un plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo del paciente. Constituye la forma más razonable de aproximarse al anciano desde cualquier nivel de atención y es esencial su aplicación para mejorar la calidad de vida de los Mayores.

OBJETIVOS Y PROPÓSITOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

- 3 Evaluar el estado de salud del paciente, sus necesidades y recursos.
- 3 Mejorar la identificación y predicción diagnóstica de los problemas.
- 3 Establecer un plan de cuidados médicos y rehabilitadores.
- 3 Asegurar una utilización apropiada de los servicios asistenciales, determinando un emplazamiento óptimo y evitando la institucionalización.

Los pacientes que obtienen mayor beneficio al aplicar la valoración integral son:

- 3 Ancianos que por su problemática corren riesgo de ser institucionalizados.
- 3 Ancianos en el umbral de la pobreza.
- 3 Ancianos sin soporte social.
- 3 Ancianos que han sido derivados incorrectamente desde la Atención Primaria.

La Valoración Geriátrica Integral es la principal herramienta de la Geriátrica, ya que el éxito de su aplicación está relacionado, en gran medida, por su capacidad para detectar problemas. Se ha demostrado en estudios llevados a cabo en diferentes ámbitos: hospitales de agudos y de crónicos, interconsultas hospitalarias, centros de rehabilitación, asistencia domiciliaria, consultas de atención primaria, etc. que es capaz de optimizar los resultados de la evaluación tradicional porque:

- 3 Mejora el estado funcional, la capacidad cognitiva y la función afectiva.
- 3 Disminuye el número de medicamentos prescritos.
- 3 Perfecciona el diagnóstico y las decisiones sobre la mejor ubicación del paciente.
- 3 Disminuye la necesidad de hospitalización por procesos agudos y de institucionalización de los ancianos, aumentando el uso de la Atención domiciliaria.
- 3 Aminorar los costes asistenciales.
- 3 Mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia.

En todo caso la evaluación aislada no basta por sí misma si no va unida a la toma de medidas para el manejo de los problemas detectados. Además, la evaluación deberá adaptarse, siempre, al ámbito donde va a utilizarse: no se usarán los mismos instrumentos en una consulta de atención primaria que en una unidad de rehabilitación o en una unidad hospitalaria de agudos, aunque sus objetivos sean los mismos.

Tipificación de pacientes

- 3 **Ancianos sanos:** no presentan enfermedad ni alteración funcional, mental o social alguna. El seguimiento del estado de salud en este grupo recae en la Atención Primaria y las actividades y programas que establecen son fundamentalmente preventivos.
- 3 **Ancianos enfermos:** presentan alguna afección aguda o crónica pero sin problemas funcionales, mentales o sociales. Los pacientes son atendidos por los Equipos de Atención Primaria y por la Especializada cuando es preciso.

- 3 **Ancianos frágiles o de alto riesgo:** con patologías que tienden a la incapacidad, con deterioro funcional o mental; con problemas sociales: pobreza, soledad, incomunicación..., o factores demográficos como ser mujer y mayor de 80 años. La OMS considera todos estos factores como de riesgo de dependencia, de institucionalización y de muerte (tabla 1, pág. 31).
- 3 **Paciente geriátrico:** es aquel que cumple tres o más de los siguientes requisitos: tener más de 75 años; padecer una enfermedad aguda o crónica que provoque incapacidad funcional; presentar pluripatologías y problemas psíquicos y/o sociales sobreañadidos.

Identificar a los ancianos frágiles es el paso previo para la realización de una valoración posterior más exhaustiva y deberá realizarse tanto en Atención Primaria como en el Hospital: aproximadamente el 30% de los ancianos hospitalizados serán clasificados como frágiles, susceptibles de valoración y tratamiento geriátrico específico. En Atención Primaria, la detección del anciano frágil se realizará de forma universal utilizando cuestionarios como el de Balber (tabla 1, pág. 31), y los podrán aplicar tanto los médicos como los enfermeros, o incluso los trabajadores sociales.

COMPONENTES DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

La Valoración Geriátrica Integral incluye: una evaluación clínica, una evaluación funcional, una evaluación mental y una evaluación social. Las últimas tendencias tratan de incluir también una evaluación de la calidad de vida como área independiente.

El entrevistador y la recogida de datos

Existen factores que hacen que la recogida de datos en el paciente mayor sea más difícil y laboriosa que en la de los adultos no ancianos, ya que aquellos, por regla general, se pueden sentir incómodos y asustados en la entrevista.

El entrevistador adoptará una serie de actitudes para facilitar la comunicación con el paciente y tener éxito en la recogida de datos:

- 3 Pedirá el consentimiento del anciano para realizar determinadas preguntas y exploraciones.
- 3 Mostrará siempre una actitud respetuosa y amistosa, evitando interrogatorios exhaustivos y prolongados. Hablará en términos claros para el paciente y en un buen tono de voz.
- 3 Evitará que la entrevista se haga pesada y larga, siendo preferible dos o más sesiones cortas; hará preguntas sencillas y esperará la respuesta antes de proceder a la siguiente pregunta.

- 3 Dará total libertad al anciano para que refiera sus problemas, y no permitirá que sea interrumpido por los familiares o sus acompañantes, siendo necesario en muchas ocasiones realizar las entrevistas separadamente.
- 3 Se asegurará de que el paciente, si utiliza gafas y/o audífonos los lleve puestos.
- 3 Tendrá que dejar tiempo al paciente para que responda, especialmente si presenta lentitud psicomotora.
- 3 Los datos obtenidos de un paciente con deterioro cognitivo se contrastarán con el cuidador principal, siendo la presencia de este último imprescindible en la entrevista.

ÁREAS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

La evaluación de las diversas áreas (clínica, funcional, mental y social) de la Valoración Geriátrica Integral hace necesario el empleo de distintos instrumentos de medida que permitan objetivar las valoraciones realizadas. La utilización de algunas escalas sencillas, fáciles de aplicar y bien validadas facilitará el proceso de evaluación, haciéndolo más objetivo y pudiéndolo manejar en los diversos niveles asistenciales: hospitales, domicilios, residencias.

Evaluación Clínica

El objetivo de la Evaluación Clínica es cualificar y cuantificar las enfermedades sintomáticas, identificar aquellas que sean desconocidas, evaluar cómo afectan a la función, decidir y planificar la intervención terapéutica más adecuada. La evaluación de la enfermedad biológica en el anciano siempre es un reto, incluso para los especialistas más experimentados, debido a las peculiaridades de su presentación y su evolución.

En el paciente anciano reviste especial interés evaluar la presencia de los llamados **síndromes geriátricos**, caracterizados por ser resultantes de múltiples y variadas etiologías, y por provocar alteraciones funcionales que, con frecuencia, llevan a la incapacidad.

- 3 Deterioro cognitivo / demencia.
- 3 Trastornos del ánimo / depresión.
- 3 Trastornos del sueño / insomnio.
- 3 Inmovilidad / encamamiento.
- 3 Inestabilidad / caídas.
- 3 Incontinencia / estreñimiento.

- 3 Deprivación sensorial.
- 3 Malnutrición / deshidratación.
- 3 Iatrogenia / fármacos.
- 3 Disfunciones sexuales.
- 3 Inmunodeficiencias.

Evaluación funcional

Toda valoración geriátrica debe incluir necesariamente la medición de forma estructurada de la capacidad funcional del paciente. En este epígrafe, aunque puedan incluirse muchos datos, en la práctica clínica se evalúa la capacidad del anciano para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y su capacidad para relacionarse y participar en la sociedad.

Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) se dividen en Actividades Básicas (ABVD), Actividades Instrumentales (AIVD) y Actividades Avanzadas (AAVD).

- 3 **Las Actividades Básicas (ABVD)** se refieren a las tareas propias del autocuidado: vestirse, deambular, bañarse, asearse, controlar los esfínteres, comer sin ayuda, etc.
- 3 **Las Actividades Instrumentadas (AIVD)** implican la capacidad del individuo para poder llevar una vida independiente en la comunidad, como por ejemplo: realizar las tareas del hogar, las compras, manejar la medicación, manejar los asuntos económicos, el teléfono, utilizar el transporte público, etc.
- 3 **Las Actividades Avanzadas (AAVD)** son aquellas tareas más complejas que el sujeto lleva a cabo como parte de su esparcimiento y realización personal, incluyen aficiones, actividades sociales, deportes, etc.

La dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) se relaciona con una mayor mortandad y con la institucionalización, así como con un mayor consumo de recursos sanitarios y sociales.

En toda Evaluación Funcional es necesario no sólo hacer una medición actual de la capacidad funcional del anciano sino también una valoración temporal: cuándo ha dejado de realizar algunas de las actividades, cuándo ha aparecido ese cambio, etc.

Por ejemplo: con la aparición de una patología aguda o subaguda habrá que recoger datos de la capacidad funcional **actual** del paciente y de la capacidad funcional **previa** a la enfermedad, por lo menos de las dos se-

manas anteriores. Ante enfermedades crónicas la evaluación medirá la capacidad funcional de los tres últimos meses o incluso, según en qué patologías, la de los últimos seis meses.

Escalas de valoración

Para la Evaluación Funcional

Las diferentes escalas de medición que se utilizan tienen validez siempre y cuando el valor de puntuación que se asigne en la escala, vaya acompañado de una relación de las actividades en las que el paciente es dependiente o independiente. Una cifra que no precise la dependencia o independencia no tiene ningún valor clínico.

Para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

- 3 **Índice de Barthel (IB).**
- 3 **Índice de Katz (IK).**
- 3 **Escala de Incapacidad de Cruz Roja (CRF).**

El Índice de Barthel (IB tabla 2, pág. 32) fue diseñado inicialmente para la valoración de pacientes con accidentes cerebrovasculares, pero actualmente ha demostrado su utilidad en la evaluación de cualquier paciente anciano. Es el instrumento recomendado por la Sociedad Inglesa de Geriátrica para la evaluación de las ABVD.

Mide la dependencia o independencia en 10 ítem: alimentación, baño, vestido, aseo, uso del retrete, micción, deposición, traspasos cama-sillón, deambulación y escaleras, siendo la puntuación de máxima dependencia 0 puntos y de máxima independencia 100 puntos; calificando los cambios de 5 en 5 puntos. Es muy útil para describir la realidad funcional y predecir los cambios a largo plazo.

Al igual que el resto de las escalas funcionales (IK, CRF), el Índice de Barthel no es sensible para detectar pequeños cambios, así como para medir la incapacidad por encima de un determinado umbral: los muy incapacitados.

El Índice de Katz (IK, tabla 3, pág. 33) es una escala sencilla y muy empleada que mide de forma jerárquica seis actividades: baño, vestirse, uso de retrete, movilidad, continencia y alimentación, tratando de reflejar la secuencia de la pérdida habitual de estas habilidades y clasificando a los pacientes de A a G: siendo A el de mayor independencia y G el más dependiente.

La Escala de Incapacidad de Cruz Roja (CRF, tabla 4, pág. 34) mide las Actividades Básicas (ABVD) haciendo especial hincapié en la movilidad y la

continencia. Clasifica a los pacientes en seis grados: de 0 a 5, siendo 5 el de máxima dependencia. Proporciona una información menos detallada que el IB o el IK, pero diversos estudios han descrito una elevada correlación con estos índices.

Para las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD)

Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton (tabla 5, pág. 35). Es concisa, sencilla, rápida y fácil de usar. Su mayor inconveniente estriba en que algunos ítem deben ser adaptados a nuestro entorno sociocultural: se vienen utilizando 5 ítem en vez de los 8 originales, desechándose el cuidado de la casa, el hacer la comida y la compra.

Para las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)

Aunque existen algunas escalas que miden las actividades de tipo social, no está demostrada su utilidad clínica.

Evaluación mental

El objetivo de la valoración mental es detectar, diagnosticar y cuantificar los trastornos del área cognoscitiva y del área afectiva que puedan interferir en el autocuidado y en la independencia del anciano.

En la valoración de la función cognitiva interesa descubrir los síntomas de una demencia y/o el síndrome confusional agudo. En el área afectiva, es de gran importancia el diagnóstico precoz de la depresión.

Al realizar una valoración afectiva pueden surgir problemas de gran importancia: por un lado, los ancianos tienden a negar sus sentimientos y a reconocer que están deprimidos o que se encuentran en un estado de ansiedad y por otro, pueden presentar molestias somáticas que aún teniendo una base orgánica real, sin embargo están enmascarando una depresión; otras veces, los síntomas que presentan pueden ser en realidad efectos secundarios de medicamentos: los betabloqueantes y anticolinérgicos producen depresión, los betamiméticos y xantinas que producen ansiedad.

La Evaluación Mental comprende dos partes: una valoración no estructurada y otra estructurada.

La Valoración No Estructurada incluye los siguientes aspectos:

- 3 Alteraciones conductuales como la agresividad verbal y física, conductas sexuales inadecuadas, desinhibición social, reacción ante la enfermedad (negación, indiferencia), ...

- 3 Alteraciones del pensamiento como las ideas delirantes (pensamientos que no se ajustan a la realidad y no pueden ser desechados por el razonamiento, por ejemplo, celos, paranoia, ...) y las fobias (miedos exagerados a un objeto o una situación, que conducen a una conducta de evitación de la misma, por ejemplo miedo a quedarse solo, a ser abandonado).
- 3 Alteraciones de la percepción como las alucinaciones (percepciones sin estímulo real, por ejemplo ver animales corriendo por el suelo) y las ilusiones (interpretaciones erróneas de un estímulo sensorial normal, por ejemplo ver una persona donde hay una percha o una lámpara).
- 3 Alteración en el nivel de conciencia expresado en sus distintos grados: de alerta, de somnolencia, de obnubilación, de estupor y comatoso.
- 3 Alteraciones en la orientación espacial, temporal y personal.
- 3 Alteraciones de la memoria: inmediata, reciente y remota. Las dos primeras pueden verse alteradas precozmente en la demencia y en el síndrome confusional agudo. La memoria remota es la última en trastornarse en el proceso demencial.

La Valoración Estructurada se realiza por medio de diferentes cuestionarios estandarizados que evalúan el deterioro de las funciones cognitiva y afectiva.

Aunque ninguna de las valoraciones establece por sí misma un diagnóstico, si que pueden acercarnos a él, sobre todo si se completan los datos obtenidos con otras pruebas: DSM-IV para la depresión y una valoración neuropsicológica reglada para la demencia, etc.

TEST para la Evaluación Mental

Valoración cognitiva

- 3 Cuestionario abreviado de estado mental de Pfeiffer.
- 3 Escala de Incapacidad Mental de la Cruz Roja (CRM).
- 3 Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).

El cuestionario abreviado de Pfeiffer (tabla 6, pág. 36) es una prueba sencilla y útil en la detección del deterioro cognitivo en ancianos; puntúan los errores en la contestación a diez preguntas básicas, considerándose 5 errores el punto de corte más adecuado entre deterioro cognitivo o no. Es uno de los tests más utilizados en la detección selectiva de pacientes, tanto ambulatorios como hospitalizados.

La Escala de Incapacidad Mental de Cruz Roja (CRM tabla 7, pág. 36) se divide en seis grados (de 0 a 5) siendo el 5 el de mayor deterioro cognitivo. Es útil por su comparación en el tiempo, permitiendo de una forma rápida valorar el estado mental previo y el actual mediante los datos que proporciona el cuidador del anciano.

El Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC tabla 8, pág. 37) es igualmente sencillo y rápido de pasar, más completo que los anteriores y más estructurado. Necesita de entrenamiento previo (hay que aclarar qué significa esto). Valora 35 ítem: puntuaciones inferiores a 24 significan deterioro cognitivo. Presenta limitaciones para aplicarlo en personas con bajo nivel educativo, así como para detectar deterioros cognitivos leves.

Valoración afectiva

El test más utilizado es la Geriatric Depression Scale, creada por Yesavage (tabla 9, pág. 38) y diseñada especialmente para detectar **la depresión** en el paciente anciano. Existen dos versiones: una de 30 ítem y otra reducida de 15. Es fiable y válida en pacientes sin deterioro cognitivo.

No se ha generalizado el uso de escalas de valoración para **la ansiedad**, siendo la entrevista directa y el interrogatorio sobre las alteraciones del sueño, el hábito alimenticio, la existencia de fobias, de pensamientos obsesivos, de sentimientos..., etc., lo más utilizado y lo más práctico.

Evaluación social

Los datos que interesan para la realizar una valoración social son aquellos que advierten de **riesgo social**, entendido éste como necesidad de ayuda social a través de los distintos Servicios Sociales de: Ayuntamientos, Comunidades, Entidades Privadas, etc. Al no existir escalas de evaluación social aceptadas mayoritariamente se vienen aplicando protocolos elaborados por las Unidades Geriátricas de los diversos niveles asistenciales.

Los antecedentes que en general hay que recoger son:

- Si tiene cuidador y cómo vive: si vive solo, con su mujer, con familiares... Es fundamental recoger quién es el principal cuidador y la situación funcional de éste.
- Tipo de vivienda: propia o alquilada, metros cuadrados de habitabilidad, agua caliente, calefacción, baño, modificaciones geriátricas, etc. y lo más importante, si el piso tiene ascensor.
- Pensión: cuantía y tipo.
- Ayudas sociales que recibe: clase y cuantía reflejada en horas y en calidad de la ayuda (realización de limpieza, comida, compra, ...).

- Soporte asistencial: si tiene buen seguimiento del médico y/o del enfermero de Atención Primaria, de la Ayuda Domiciliaria o de la Atención Especializada.
- Relaciones sociales: si recibe visitas de familiares o amigos, si sale a la calle, etc. (Menos de 5 contactos sociales al mes de familiares o amigos se considera riesgo social y se relaciona con dependencia funcional, depresión y con mayor consumo de recursos sociales y sanitarios.) Por último será útil reflejar las actividades sociales y de esparcimiento que viene realizando: cine, teatro, museos, conciertos, paseos, clubes, hogares...).

Asistencia geriátrica

La asistencia geriátrica está fundamentada en el uso y aplicación de la Valoración Geriátrica Integral, en el trabajo interdisciplinario y en la atención al anciano a través de los diferentes niveles asistenciales que garantizan el cuidado y vigilancia del paciente geriátrico ante situaciones de enfermedad o necesidad. De esta forma se da cumplimiento al principio que preside la asistencia a la persona mayor: la continuidad en los cuidados. Para lograr esa continuidad en los cuidados es esencial la detección de los problemas que surgen a lo largo del tiempo y que se pueda actuar sobre ellos, y que se modifique la “asistencia tradicional” en “**asistencia geriátrica**”: en sus diferentes niveles asistenciales el paciente será atendido según su problemática.

NIVELES ASISTENCIALES EN LA ASISTENCIA GERIÁTRICA

1. Atención Primaria.
2. **Atención Especializada, donde cobra especial protagonismo el SERVICIO DE GERIATRÍA formado por:**
 - **Unidad Geriátrica de Agudos.**
 - **Unidad de Media Estancia.**
 - **Hospital de Día.**
 - **Asistencia Geriátrica Domiciliaria.**
 - **Unidad de Coordinación y Cuidados Comunitarios.**
3. Servicios Sociales Comunitarios

Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)

Es el nivel asistencial destinado a hospitalizar a aquellos pacientes que presentan procesos agudos o reagudizaciones de enfermedades crónicas. Además de realizar el diagnóstico y de tratar la enfermedad, el principal objetivo de la Unidad de Agudos se fundamenta en prevenir las complicaciones surgidas del ingreso en el hospital: caídas, incontinencia de esfínteres, dependencia funcional, etc. que pueden derivar en incapacidad. La estancia media suele estar en torno a 10-15 días y la mortalidad en torno al 30%.

Para que la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) funcione adecuadamente y obtenga óptimos resultados ha de contar con unas características especiales de diseño, de funcionamiento y de formación específica de su personal.

El equipo multi e interdisciplinar que trabaja en estas unidades UGA estará constituido por: médicos geriatras, personal de enfermería especializado, trabajadores sociales, personal rehabilitador (terapeuta ocupacional en planta y, al menos, fisioterapeuta en el gimnasio de rehabilitación central del hospital).

Unidad de Media Estancia (UME)

La Unidad de Media Estancia (UME) acoge a aquellos pacientes ya diagnosticados que han superado la fase aguda de la enfermedad y, aunque se encuentran clínicamente estables, el riesgo a perder su independencia es alto, o bien, el tratamiento que se les aplica, al ser especializado, no puede realizarse de forma ambulatoria; en la mayoría de los casos, el objetivo fundamental de la Unidad de Media Estancia es que el anciano recupere su independencia para las actividades básicas de la vida diaria, mediante un tratamiento de rehabilitación y el control clínico de ciertas afecciones y problemas geriátricos. Quedan excluidos de este objetivo aquellos pacientes que presenten un deterioro funcional grave e irreversible y aquellos cuyo deterioro cognitivo no les permita participar activamente en el proceso de recuperación funcional.

Estas Unidades UME deben de contar con un médico rehabilitador y fisioterapeutas. La estancia media de hospitalización oscila entre los 20 y los 30 días.

Hospital de Día (HD)

El Hospital de Día (HD) atiende a ancianos ambulatoriamente, aplicándoles tratamientos de rehabilitación y/o seguimiento de problemas médicos o de enfermería.

El equipo que trabaja en los Hospitales de Día está constituido por personal con la misma formación que el de las UGA. Sus objetivos son la rehabilitación de pacientes con un deterioro funcional reversible y no demasiado intenso (en caso contrario se requeriría un tratamiento más enérgico en la Unidad de Media Estancia), la valoración geriátrica integral por parte de todo el equipo interdisciplinario y el control médico y/o de enfermería de los procesos crónicos y de los tratamientos: úlceras, anticoagulación oral, seguimiento de diabetes, transfusiones, paracentesis, etc.

Los pacientes suelen acudir al Hospital de Día dos o tres veces a la semana, con un horario diurno que suele incluir la comida del medio día: generalmente estos hospitales disponen de transporte propio para el traslado de pacientes.

Ayuda Geriátrica Domiciliaria (AGD)

Esta Unidad está constituida básicamente por un médico especialista en Geriatria y personal de enfermería con formación específica, junto con un trabajador social y un terapeuta ocupacional con disponibilidad para acudir al domicilio del paciente; cuenta con el apoyo de conductores y de personal administrativo.

Los objetivos del servicio de Ayuda a Domicilio (AGD) son la asistencia integral al paciente en su domicilio, tratando de que se mantenga en la comunidad y en su entorno en el mejor estado de salud y de funcionalidad posible, aunque padezca enfermedades crónicas y de invalidez.

Los pacientes que más se benefician de la Ayuda Geriátrica son los ancianos frágiles o pacientes geriátricos que no pueden acudir a la consulta ambulatoria y el control periódico por parte de un especialista les resultará sumamente beneficioso.

Unidad de Coordinación y Cuidados Comunitarios (UCCC)

Esta Unidad sirve de nexo entre el hospital (Servicio de Geriatria) y la comunidad (Equipos de Atención Primaria). Su papel es velar por la continuidad de cuidados en el paso del hospital al domicilio y viceversa.

Contacta regularmente con los Centros de Salud de su Área, realizando un seguimiento de los pacientes que han sido dados de alta de los niveles hospitalarios. Junto con el Equipo de Atención Primaria realiza seguimiento de los ancianos frágiles o de alto riesgo del Área: los médicos de Atención Primaria realizan consultas a la UCCC solicitando ingresos hospitalarios, comentando casos complejos o requiriendo visitas domiciliarias.

La Ayuda Geriátrica Domiciliaria (AGD) es uno de los niveles asistenciales que trabaja más estrechamente con la Unidad de Coordinación (UCCC).

Unidad de Consultas Externas

Integrada dentro del Servicio de Geriátrica su función es la de atender de forma especializada a determinados pacientes. En algunos casos se atienden consultas referidas a síndromes geriátricos: caídas, pérdida de memoria, incontinencia, etc.

Unidades de Interconsulta Intrahospitalaria

También en el Servicio de Geriátrica su objetivo será la atención y el apoyo sistemático del anciano frágil y del paciente geriátrico cuando su ingreso hospitalario no se dé en el Servicio de Geriátrica: normalmente ocurre después de una intervención quirúrgica y son los Servicios de Traumatología, de Urología, de Cirugía General y de Neurología los que más utilizan esta Unidad.

Por último, el INSALUD (ya transferido) creó los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos formados por un médico geriatra, un enfermero y un trabajador social; sin adscripción a un Servicio de Geriátrica. Funcionan como equipos interconsultores y como consultas externas.

4

Principales actividades preventivas en el anciano

La “Gerontología preventiva” ha sido definida por Hazzard como “el estudio y la puesta en práctica de aquellos elementos relacionados con el estilo de vida, con el control del medio ambiente y con el cuidado de la salud que pueden maximizar la longevidad con la mejor calidad de vida posible a nivel tanto individual como colectivo”. Es un concepto amplio dejando atrás el tradicional de *usual aging*, envejecimiento normal, por el de *successful aging*, envejecer con éxito. Aunque incluye también lo cuantitativo (busca prolongar la vida), la Gerontología preventiva centra especial atención a los aspectos cualitativos, intentando dar resultado al significado de “compresión de la morbilidad” que Fries traduce por un envejecimiento saludable, en donde sólo en las etapas más tardías de la vida aparecería un periodo inevitable de enfermedad y limitación previo a la muerte.

El objetivo principal de los programas de prevención de la enfermedad en los ancianos es tratar de mantener y mejorar su calidad de vida, más que el incremento en la esperanza de vida. La mayoría de las actividades preventivas y de promoción de la salud que forman parte de los programas de salud también tienen éxito cuando se aplican a personas ancianas.

Para realizar actividades preventivas con ancianos son necesarios los siguientes requisitos:

- 3 Interés por las actividades de prevención tanto por parte del profesional como del anciano y de su familia.
- 3 Conocimiento por parte del profesional de las actividades de prevención.
- 3 Contar con un sistema sanitario y social que facilite el cumplimiento de las recomendaciones.
- 3 Comunicación eficaz entre el profesional y el anciano a la hora de establecer un plan de prevención y asegurar su cumplimiento. No

hay que olvidar que la programación de actividades preventivas debe realizarse de forma individualizada, basándose en la patología objeto de la prevención y en las características funcionales, mentales y sociales del paciente.

Los Equipos de Atención Primaria además de establecer exámenes periódicos de salud son los principales responsables en la prevención de la enfermedad en el anciano: garantizando el seguimiento y el control de las diferentes actividades preventivas realizadas en colaboración con los especialistas (radiólogos, ginecólogos, oftalmólogos, geriatras...).

No hay protocolos universalmente establecidos y es Atención Primaria y más concretamente el Centro de Salud en coordinación con los Servicios de Geriatría y de Preventiva del Área quienes deben de establecerlos de acuerdo con sus posibilidades asistenciales y con sus recursos.

Dado el amplio número de actividades preventivas posibles, la variabilidad en el grado de recomendación según los diferentes organismos y autores, y la extensión del tema, se exponen a continuación las principales medidas que se consideran recomendadas y las que no (tablas 10 y 11, págs. 39 y 40).

MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA

Llevar lo que se conoce como unos “hábitos de vida saludables”, constituye sin duda la mejor forma de prevención posible a cualquier edad, incluidas las Personas Mayores.

Los campos de actuación más importantes al respecto son los relativos a la actividad física, la dieta, consumo de tóxicos, los accidentes y las caídas.

Actividad física: La U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), la American Heart Association (AHA) y el American College of Physicians (ACP) dan a esta medida una recomendación basada en la evidencia científica grado A (buena evidencia para mantener la recomendación de que la condición sea considerada para su inclusión en un examen periódico de salud). La edad nunca va a ser una contraindicación para practicar ejercicio físico, adecuándolo a las características personales. La recomendación para realizar ejercicio físico va desde el simple paseo hasta la práctica no competitiva de algunos deportes: natación, golf, marcha o gimnasia entre otros.

La inactividad física supone un importante factor de riesgo bien conocido tanto para las enfermedades cardiovasculares como para otros numerosos procesos, entre los que destacan la depresión y la demencia.

Dieta: En primer lugar, habrá que evitar o corregir aquellas situaciones, bien de carácter social, bien vinculadas a la salud, que puedan actuar como factores de riesgo de malnutrición.

Para los ancianos con buen estado de salud general y funcional se recomienda una valoración anual del peso y la talla junto a una valoración del riesgo de malnutrición.

En los que padecen enfermedades agudas o crónicas se recomienda una valoración anual completa del estado nutricional: peso, talla y analítica y del riesgo de desnutrición.

Con respecto a la alimentación lo recomendado (USPSTF) es la ingesta de 2.100 kcal/día (varones) y 1700 Kcal/día (mujeres), que sea variada y acorde con lo que han sido los hábitos culturales del individuo, a lo largo de su vida. Que sea rica en alimentos frescos, en productos lácteos, en vitaminas y minerales, fomentando el consumo de fibra (30 gr/24h).

Consumo de Tóxicos: Se recomienda limitar el consumo de vino a un máximo de 1-2 vasos diarios; en cambio el tabaco, hoy en día, sigue siendo factor de riesgo para múltiples patologías, a lo largo de la vida, por lo que la recomendación grado A de la USPSTF es la supresión.

Accidentes: La presencia de déficit sensoriales junto al deterioro de la capacidad psicomotora que condicionan un mayor tiempo de reacción, hacen que los accidentes tanto domésticos, de ocio o con vehículos sean frecuentes en los ancianos.

Se recomienda:

- La instalación de aparatos domiciliarios de alarma contra incendios.
- Evitar el hábito de fumar: especialmente en el dormitorio.
- Prescindir de dispositivos caloríficos como mantas eléctricas y braseros.
- Utilizar cinturones de seguridad en los coches.

Con un nivel de evidencia C la USPSTF recomienda la realización de controles periódicos de visión y audición: una vez al año, en la consulta de Atención Primaria, a los mayores de 65 años, y para el control del glaucoma, también una revisión anual por el Oftalmólogo.

No hay evidencia de éxito como para recomendar el cribado anual de la demencia. La Sociedad Americana de Geriátría aconseja realizar la evaluación cognitiva en una primera consulta, seguida de una evaluación posterior en cuanto se perciba cualquier cambio cognitivo.

Debe recomendarse no conducir a los pacientes con demencia o deterioro cognitivo y que se sometan a reconocimientos periódicos mediante test dirigidos.

Caídas: La incidencia aumenta con la edad, y la tendencia a caerse es un marcador de fragilidad en la vejez. Numerosos estudios han demostrado que la identificación e intervención sobre los factores de riesgo y el asesoramiento sobre conductas a seguir: adaptaciones del medio y tipo de ejercicio a realizar, reducen la frecuencia de caídas y sus consecuencias.

CRIBADO DE FACTORES DE RIESGO

Más de dos tercios de las muertes son atribuibles a enfermedades arterioescleróticas: cardiovasculares y/o cerebrovasculares, y a las enfermedades tumorales, aumentando la incidencia de las cardiopatías y del cáncer con la edad. Será de gran importancia para la prevención de la arterioesclerosis y del cáncer realizar un cribado de los **factores de riesgo**:

Hipertensión: El control de la tensión arterial (TA) es la mejor medida de prevención primaria de la enfermedad cardiovascular sobre todo en ancianos. Las recomendaciones para su control y tratamiento han demostrado su eficacia en distintos estudios y deben realizarse de acuerdo con los informes al respecto: particularmente los del Joint National Committee, los de la Organización Mundial de la Salud y los de la Sociedad Internacional de Hipertensión. Respecto a los normotensos, la recomendación de la USPSTF es comprobar la TA al menos una vez al año y en la consulta médica.

Actividad física y Tabaquismo: comentados anteriormente.

Colesterol: No existe clara demostración, ni en ensayos, ni en estudios poblacionales, de que la reducción en el nivel de colesterol como prevención primaria obtenga beneficios en las personas mayores de 75 años, por ello la USPSTF y la ACP recomiendan su valoración en pacientes sanos al menos cada 5 años, hasta los 75 años (grado C, evidencia pobre, basado en Comité de Expertos). Por encima de esta edad no se han establecido pautas a seguir ni sobre la detección, ni sobre la actitud terapéutica, confiando en la atención individualizada del paciente.

Diabetes: la diabetes tipo 2 es la sexta causa de muerte entre los ancianos. Con frecuencia no se diagnostica la enfermedad hasta que las complicaciones aparecen, y se calcula que aproximadamente un tercio de los pacientes con diabetes pueden no estar diagnosticados.

Las recomendaciones para la detección de la enfermedad de la USPSTF (grado C) son: glucemia basal en ayunas cada 3 años en ancianos con

bajo riesgo de diabetes, y cada año para aquellos con alto riesgo: obesos, hipertensos, con antecedentes familiares o con presencia de complicaciones comúnmente asociadas a la diabetes.

Cáncer de próstata: El escaso valor predecible positivo de las 3 pruebas posibles para la detección precoz (tacto rectal, antígeno prostático específico y ecografía), así como su baja letalidad en esta edad, hacen no recomendable su búsqueda. La USPSTF realiza una recomendación con nivel de evidencia D (evidencia insuficiente para incluir la posibilidad de que la condición analizada pueda ser incluida en el examen periódico de salud).

Cáncer de pulmón: Los estudios realizados no han demostrado de forma clara que los test de cribado (citología de esputo, radiografías de tórax) reduzcan la mortalidad. Por lo tanto, no se recomienda ninguna técnica para la detección del cáncer como práctica habitual en los individuos asintomáticos, únicamente se desaconseja el consumo del tabaco (USPSTF: nivel de evidencia E, suficiente para no incluir la recomendación en el examen básico de salud).

Cáncer de cuello uterino: En las mujeres mayores de 65 años no hay evidencia a favor o en contra de realizar el test de Papanicolau (la interpretación de un frotis de Papanicolau en ancianas no está bien estudiada). La recomendación más aceptada es practicar cribado anual mediante citología y tras 3 exámenes negativos realizarla cada 2-3 años, pudiendo prolongar el intervalo o suspenderlo a partir de los 69 años. En las mujeres mayores de 65 años, que no se hayan realizado ningún test previo, se recomienda la práctica de al menos una citología.

Cáncer de colon: Existe acuerdo entre las distintas asociaciones en efectuar la detección rutinaria en todos los adultos mayores de 50 años, mediante el test de sangre oculta en heces, o mejor aún, la sigmoidoscopia cada 5 años. No están definidos los límites de edad pero parece conveniente no intervenir en mayores de 85 años.

Cáncer de mama: El cribado del cáncer de mama en mujeres de mediana edad es la intervención preventiva más recomendada en la prevención del cáncer. Hay acuerdo en realizar mamografía con o sin examen clínico a las mujeres de 50-69 años, cada 1-2 años (recomendación grado A de American College of Radiologist, American Cancer Society y la USPSTF). La American Geriatrics Society y la USPSTF, recomendación grado C, plantean la posibilidad de seguir realizando controles cada 1-3 años entre los 70 y los 85 años, siempre que la mujer así lo desee y su esperanza de vida sea buena.

VACUNACIÓN

Diferentes enfermedades infecciosas son prevenibles mediante la vacunación.

- **Vacunación antigripal:** La efectividad de la vacuna es del 80% en la prevención de la gripe en ancianos de la comunidad, y del 40 y del 70% en la prevención de ancianos hospitalizados o institucionalizados, respectivamente. Existe un acuerdo generalizado en recomendar la vacunación anual de todas las personas mayores de 65 años (Center for Disease Control and Prevention-CDC y la American Academy of Family Physician-AAFP), especialmente en aquellas personas con enfermedades crónicas y con otros factores de riesgo como el vivir institucionalizado (USPSTF nivel B).
- **Vacunación antineumocócica:** Los Centers for Disease Control consideran que, a pesar de que los datos sobre la eficacia de la vacunación masiva en personas mayores son discordantes, la evidencia científica es suficiente para recomendar la aplicación de la vacuna a los grupos de población de alto riesgo y, de manera especial, a los mayores de 65 años. Esta línea es apoyada igualmente por la USPSTF (grado B) y la ACP.
- **Vacunación antitetánica y antidiftérica:** A pesar de que el tétanos es una enfermedad infrecuente más del 60% de los casos aparecen en ancianos. Existe acuerdo entre las distintas asociaciones para recomendar, después de la inmunización primaria de 3 dosis (basal, al mes y al año), recuerdos periódicos de la vacuna toxoide (TD) cada 10 años en los adultos. Debido a la baja tasa de inmunidad entre los adultos, así como a la eficacia, efectividad y seguridad de la vacuna antidiftérica, se recomienda su administración junto a la vacuna antitetánica (USPSTF, grado B).

5

Cuestionarios y escalas para la detección de ancianos frágiles

TABLA 1

Cuestionario Postal del Woodside Health Center (Balber et al.)

1. Vive solo.	n
2. Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda.	n
3. Hay más de dos días a la semana que no come caliente	n
4. Necesita de alguien que le ayuda a menudo.	n
5. Su salud le impide salir a la calle.	n
6. Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo.	n
7. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.	n
8. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.	n
9. Ha estado ingresado en el hospital durante el último año.	n

Si hay una o más respuestas, positivas o no, devuelve el cuestionario: “anciano de riesgo”.

TABLA 2

Índice de Barthel**Comer**

- (10) Independiente. Capaz de usar cualquier instrumento necesario. Come en un tiempo razonable.
- (5) Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.
- (0) Dependiente

Lavarse

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero usando la ducha o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona presente.
- (0) Dependiente

Vestirse

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos que precise sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda, pero realiza sólo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

Arreglarse

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

Deposición (valorar la semana anterior)

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se lo administra el mismo.
- (5) Ocasional. Un episodio de incontinencia. Necesita ayuda para administrarse enema o supositorio.
- (0) Incontinente.

Micción (valorar la semana anterior)

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de atender sólo su cuidado.
- (5) Ocasional. Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.
- (0) Incontinente.

Usar el retrete

- (10) Independiente. Usa retrete, bacinilla o cuña sin ayudar y sin manchar. Si va al retrete se quita y pone la ropa, se sienta y se levanta sin ayuda, se limpia y tira de la cadena.
- (5) Necesita ayuda pequeña para mantener el equilibrio, quitar y ponerse la ropa, pero se limpia solo.
- (0) Dependiente.

Trasladarse (sillón /cama /sillón)

- (15) Independiente.
- (10) Mínima ayuda física o supervisión verbal.
- (5) Gran ayuda (persona fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o ayuda de dos personas; no permanece sentado.

Deambular

- (15) Independiente. Camina solo 50 m, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas. Si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela.
- (10) Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 m
- (5) Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión
- (0) Dependiente

Escalones

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

Puntuación orientadora del grado de dependencia:

< 20 = dependencia total; entre 20-40 = dependencia grave; entre 45-55 = dependencia moderada; 60 o más = dependencia leve.

TABLA 3

Índice de Katz

- A. Independiente para alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto, bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional
- G. Dependiente en las seis funciones.

Otros: Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad para hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se considere capaz.

Bañarse (con esponja, ducha o bañera)

Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.

Vestirse

Independiente: coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos, utiliza cremalleras, se excluye el atarse los zapatos.

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

Usar el retrete

Independiente: accede al retrete, entra y sale en él, se arregla la ropa, se limpia los órganos excretores (puede utilizar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.

Movilidad

Independiente: entra y sale de la cama, y se sienta y levanta de la silla independientemente (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia:

Independiente: control completo de micción y de defecación.

Dependiente: incontinencia urinario y/o fecal parcial o total; control total o parcial mediante enemas, sondas, o el uso reglado de orinales y/o cuñas.

Alimentación

Independiente: lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación el cortar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla en pan).

Dependiente: precisa ayuda para el acto de alimentarse (véase arriba); no come en absoluto o nutrición parenteral.

TABLA 4

Escala de incapacidad física de Cruz Roja

Grados

- | | |
|----|---|
| 0. | Totalmente normal |
| 1. | Realiza las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. |
| 2. | Alguna dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. Deambula con la ayuda de un bastón o similar. |
| 3. | Grave dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con dificultad ayudado por una persona. Incontinencia ocasional. |
| 4. | Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Deambula con extrema dificultad ayudado por dos personas. Incontinencia habitual. |
| 5. | Inmovilizado en cama o en sillón. Dependiente total. Necesita cuidados continuados de enfermería |

Puntuación:

- 0 = independiente**
- 1-2 = dependencia leve**
- 3 = dependencia moderada**
- 4-5 = dependencia grave**

TABLA 5

Escala de Lawton y Brody

	Mujer	Varón
Capacidad para usar el teléfono		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar	1	1
No utiliza el teléfono	0	0
Hacer compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporciona ingredientes	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0
Lavado de la ropa		
Lava por sí solo toda su ropa	1	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	0
Uso de medios de transporte		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0	0
No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de sus asuntos económicos		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0

TABLA 6

**Cuestionario abreviado
del estado mental de Pfeiffer**

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

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

TABLA 7

Escala de incapacidad mental de Cruz Roja

Grados

- | | |
|---|--|
| 0 | Totalmente normal. |
| 1 | Ligera desorientación en el tiempo. Mantiene correctamente una conversación. |
| 2 | Desorientación en el tiempo. Conversación posible, pero no perfecta. |
| 3 | Desorientación. No puede mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Trastornos del humor. Frecuente incontinencia. |
| 4 | Desorientación. Claras alteraciones mentales. Incontinencia habitual o total. |
| 5 | Vida vegetativa con o sin agresividad. Incontinencia total. |

Puntuación = dos o más deterioro cognitivo

TABLA 8**Mini examen cognoscitivo de Lobo**

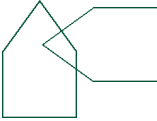
Años de escolarización: No sabe leer ni escribir, estudios primarios, bachillerato, Universidad.						PUNTOS
ORIENTACIÓN						
1.	Día	Fecha	Mes	Estación	Año	(5).....
(En marzo, junio, septiembre y diciembre se dan válidas cualquiera de las dos estaciones del mes)						
2.	Lugar	Planta	Ciudad	Provincia	Nación	(5).....
(en 1 y 2 señalar abreviaturas de ítem correctos).						
MEMORIA DE FIJACIÓN						
3.	Repita estas palabras: "peseta-caballo-manzana" (Repetir hasta que las aprenda y contar número de intentos)					(3)..... (.....)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO						
4.	Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? (Anotar 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta, máximo 5 puntos).					(5).....
5.	Repita estas tres cifras "5-9-2" (anotar núm. de intentos) Ahora hacia atrás (1 punto por cada cifra en orden correcto)					(.....) (3).....
MEMORIA (Repetición)						
6.	¿Recuerda las tres palabras que le dije antes?					(3).....
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN						
7.	Mostrar un bolígrafo y preguntar: ¿Qué es esto? Repetir con un reloj					(2).....
8.	Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros"					(1).....
9.	Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?; ¿y un perro y un gato?					(2).....
10.	Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (No repita, ni ayude. Puntúe un movimiento como correcto si es realizado en el orden correcto)					(3).....
11.	Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS*					(1).....
12.	Escriba una frase completa (La frase debe de tener un sujeto, real o implícito, un verbo: "Ayúdeme" o "váyase" pueden aceptarse).					(1).....
13.	Copie este dibujo* (Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)					
						
TOTAL:						
Nivel de conciencia: 1, alerta; 2, obnubilado.						
* NOTA: tanto la frase como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente deberá utilizar gafas si las precisa habitualmente.						
PUNTO DE CORTE: 23/24						
(Grado de deterioro cognitivo: 19-23 = leve; 14-18 = moderado; <14 = grave)						

TABLA 9**Escala Geriátrica de Depresión (GDS)
de Yesavage (versión reducida)**

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

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

TABLA 10**Principales medidas de prevención recomendadas en personas mayores**

MEDIDA	OBSERVACIONES
Modificaciones del estilo de vida	
Actividad Física	Realización ejercicio adecuado.
Dieta	Cribado de desnutrición (Peso y talla anual). Dieta rica y variada.
Tabaco	Supresión.
Accidentes	Medidas de seguridad domicilio. Revisiones anuales auditiva y visual.
Caídas	Identificar, consejo e intervención sobre factores de riesgo detectados.
Cribado	
Hipertensión	TA Una vez al año en normotensos.
Colesterol	Hasta los 75 años 1 vez cada 5 años. > 75 años una vez si nunca se ha realizado.
Diabetes	Si bajo riesgo: glucemia en ayunas cada 3 años. Si alto riesgo: cada año.
Cáncer de mama	Mamografía 1-2 años hasta los 69 años. Mamografía / 1-3 años de 70-85 si la mujer lo desea.
Cáncer de colon	Sigmoidoscopia / 5 años entre 50 y 85 años.
Cáncer de cuello uterino	Citología a los >65 años si no ha habido control
Terapéutica	
Hipertensión	Objetivo TA: 140/90 mmHG. Si diabetes o enfermedad renal 130/85.
Colesterol	Estatinas de forma individualizada.
Antiagregación (AAS)	Prevención primaria: personas de alto riesgo Prevención secundaria: 75-150 mg/día.
Vacuna gripe	Anual en todos los >65 años.
Vacuna antineumocócica	Una vez en todos los >65 años.
Vacuna Tétanos/difteria	En todos los >65 años, con 3 dosis y recuerdo. Cada 10 años

TABLA 11**Principales medidas de prevención
no recomendadas en personas mayores**

MEDIDA	OBSERVACIONES
Deterioro cognitivo	No existen test de cribado aceptados universalmente. Se recomienda la detección “oportunistas” y valoración. De todos los casos detectados.
Continencia de esfínteres	No recomendado el cribado de toda la población. Se recomienda la detección de casos.
Hormonas tiroideas	Sólo se recomienda con grado C (USPSTF), cada 5 años en mujeres > 50 años.
Electrocardiograma	No recomendado como cribado.
Densitometría	No tiene valor como test de cribado.
Cáncer de pulmón Cáncer de próstata Cáncer de útero Cáncer de ovario	Los test de cribado no reducen la mortalidad. Escaso valor predictivo de las pruebas cribado. Los test de cribado no reducen la mortalidad. Se desconoce si los tests de cribado disminuyen la mortalidad.

Bibliografía

- ABRAMS, W.B.; BEERS, M.H.; BERKOW, editores: *The Merk manual of geriatrics*, 2.^a ed., New York, Merck, 1995.
- APPLEGATE, W.: "Use of assessment instrument in clinical settings", *J. Am. Geriatr. Soc.* 1987; 35: 45-50.
- ALEXOPOULOS, G. S.: "Psychiatric disorders in late life", *Clin. Geri. Med.* 1992; 8(2): 235-51.
- DENHAM, M. J.; MILLARD, P. H.: "The role of the Physician in Geriatric Medicine in the Ageing Society", *Age and Ageing*, 1994; 23 (3): 121-124.
- GARCÍA NAVARRO, J. A.: "Niveles de Atención Geriátrica", en RIBERA CASADO, J. M., y CRUZ JENTOFT, A. J., eds.: *Geriatría en atención Primaria* (3.^a edición), Aula Médica, Barcelona, 2002; págs. 135-146.
- GELDMACHERS, D. S., WHITEHOUSE, P. J.: "Evaluation of dementia", *N. Engl. J. Med.* 1996; 330-335.
- GOLDBERG, T. H., CHAVIN, S. I.: "Preventive medicine and screening in older adults", *J. Am. Geriatr. Soc.* 1997; 45: 344-54.
- GONZÁLEZ MAS, R., editor: *Rehabilitación médica en ancianos*, Barcelona, Masson, 1995.
- GONZÁLEZ MONTALVO, J. L.; ALARCÓN, M. T.; SALGADO, A.: "Medicina preventiva en las personas mayores", *Medicine* 1995; 6 (87): 3854-3861.
- GUILLÉN, F.; PÉREZ DEL MOLINO, J., editores: *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*, Barcelona, Masson, 1994; 3: 17-26.
- Hazzard, W. R.: "Preventive gerontology: a personalized designer approach to a life of maximum quality and quantity", en: HAZZARD, W. R.; BLASS, J. P.; ETTINGER, Jr. W. H.; HALTES, J. B.; OUSLANDER. J. G. (eds.):

Principles of geriatric medicine and gerontology (4.^a ed.), McGraw Hill, Nueva York, 1999; págs. 239-244.

INSALUD: *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria de las personas mayores*, Madrid, Servicio de Documentación y Publicaciones, 1995.

KANE, R. L.; OUSLANDER, J. G.; ABRASS, I. B., editores: *Essentials of clinical geriatrics*, 3.^a ed., New York, McGraw-Hill, 1994.

LACHS, M.; PILLEMER, K.: "Abuse and neglect of elderly persons", *N. Engl. J. Med.* 1995; 332: 437-443.

MAROTOLI, R. A.; COONEY, L. M.; WAGNER, Dr.; DOUCETTE, J.; TINETTI, M. E.: "Predictors of automobile crashers and moving violations among elderly drivers", *Ann. Intern. Med.* 1994; 121: 842-846.

MINTZER, J. E.; KUMAR, V.: "Treatment of agitation in patients with dementia", *Clin. Geriatr. Med.* 1998; 14: 147-176.

NIH: "Consensus Conference. Diagnosis and treatment of depression in late life", *JAMA* 1992; 268 (8): 1018-1024.

O'KEEFE, S.; LAVAN, J.: "The prognostic significance of delirium in older persons", *J. Am. Geriatr. Soc.* 1997; 45: 174-178.

OMENN, G. S.: "Health promotion and disease prevention", *Clin. Geriatr. Med.* 1992; 8 (1).

RIBERA, J. M.; CRUZ, A. J., editores: *Geriatría en atención primaria*, 3.^a ed., Madrid, Asta Médica, 2002.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L.: "Successful aging", *Gerontologist* 1997; 37: 433-437.

RUBENSTEIN, L.: "The clinical effectiveness of multidimensional geriatric assessment", *J. Am. Geriatr. Soc.* 1983; 31: 758-759.

RUIPÉREZ, I.; BAZTÁN, J. J.; JIMÉNEZ, C.; SEPÚLVEDA, D.: *El paciente anciano*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 1998.

BLOON, H. G.: "Preventive medicine. When to screen for diseases in older patients", *Geriatrics* 2001; 56 (4): 41-48.

SALGADO, A., y ALARCÓN, M. T., editores: *Valoración del paciente anciano*, Barcelona, Masson, 1993.

SALGADO, A.; GUILLÉN, F.; RUIPÉREZ, I., editores: *Manual de Geriatría*, 3.^a ed., Barcelona, Masson, 2002.

SMALL, G. W.: "Diagnosis and Treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus statement of the American Association for Geriatrics Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society", *JAMA* 1997; 278: 1363-1371.

SOLOMON, D.: "Chairman, Consensus Development Panel; National Institutes of Health Consensus Development: Conference Statement, Geriatric Assessment method for clinical decision making", *J. Am. Geriatr. Soc.* 1988; 36: 342-347.

US: *Preventive Services Task Force (USPSTF). Guide to clinical preventive services*, 2nd ed., Baltimore (MD): Williams & Wilkins, 1996.