



“Atención al mayor, abordaje multidisciplinar de su complejidad”

Juan Carlos Durán Alonso

Javier Benítez Rivero

Fátima Villar Puerto

Juan Pedro Fernández de los Ríos Moreno

Barbara Cachero Alba

Patricio Caballero Barrios

Esther Serrano Martín-Lázaro

“Atención al mayor, abordaje multidisciplinar de su complejidad”

Juan Carlos Durán Alonso

Javier Benítez Rivero

Fátima Villar Puerto

Juan Pedro Fernández de los Rios Moreno

Barbara Cachero Alba

Patricio Caballero Barrios

Esther Serrano Martín-Lázaro

Nota Editorial:

Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro: “Atención al mayor, abordaje multidisciplinar de su complejidad” son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizan de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita y distribuye: Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología (SAGG) 2019
Ilmo. Colegio Oficial de Médicos de Málaga
C/. Curtidores 1
29006 Málaga.

ISBN: 978-84-09-13336-9

Depósito legal: MA-1028-2019

Imprime: DD Creativos

Fotografía, diseño y composición: Javier Benítez Rivero

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

ÍNDICE

Prólogo.....	11
<i>Capítulo 1</i>	
Mayores socialmente complejos.....	15
<i>Javier Benítez Rivero</i>	
<i>Capítulo 2</i>	
Mayores solos en domicilio, ¿hasta cuándo pueden estar?.....	21
<i>Juan Manuel Caparros García</i>	
<i>Capítulo 3</i>	
Cuando surge una enfermedad aguda y no puede volver a casa, ¿cómo solucionarlo?.....	29
<i>Juan Jorge Racero</i>	
<i>Capítulo 4</i>	
Plan de promoción de la Autonomía Personal y prevención de la Dependencia, situación actual.....	43
<i>Federico Alonso Trujillo</i>	
<i>Capítulo 5</i>	
La obligación legal de cuidar a nuestros mayores.....	58
<i>Isabel Zurita Martín</i>	
<i>Capítulo 6</i>	
Detección precoz de la fragilidad.....	68
<i>Pedro Abizanda Soler</i>	
<i>Capítulo 7</i>	
Cuando se pierden las fuerzas, ¿se pueden recuperar?.....	73
<i>Esther Serrano Martín-Lázaro</i>	
<i>Capítulo 8</i>	
Cuidados de enfermería de mayores frágiles. Promoción de salud	87
<i>Ana María Sainz Otero</i>	

*Capítulo 9***Mayores con enfermedades crónicas complejas en Atención Primaria.....** 91*Juan Pedro Erdozain Corpas**Capítulo 10***Proyecto hospital amable para la persona mayor.....** 98*Fátima Brañas Baztan**Capítulo 11***Aceptar el final de la vida. ¿morir en casa o en el hospital?.....** 119*María Carmona González**Capítulo 12***Complejidad mental.....** 125*Jesús Vargas Cruz**Capítulo 13***Alteraciones del estado de ánimo y fallos cognitivos. Depresión o demencia.....** 130*Miguel Moya Molina**Capítulo 14***Trastorno de conducta asociado a la demencia. ¿De qué estamos hablando?.....** 142*Miguel Araujo Ordoñez**Capítulo 15***Cuando no se controlan con nada, ¿qué podemos darle? Farmacoterapia actual de los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia.....** 170*Juan Sánchez Sevilla**Capítulo 16***Síntomas del tracto urinario inferior. Vejiga hiperactiva.....** 173*Juan Carlos Durán Alonso**Capítulo 17***Anticoagulación en el paciente mayor, cuándo y cómo hacerlo...** 182*Juan Carlos Hidalgo Santiago*

Capítulo 18

Diabetes en mayores. Protocolo de actualizado de actuación.....	195
<i>Florentino Casal San Laureano</i>	

Capítulo 19

Nuevos anticoagulantes en los pacientes mayores. Situaciones específicas, protocolo de actuación.....	203
<i>Roberto Petidier Torregrosa</i>	

Capítulo 20

Valoración geriátrica Integral.....	210
<i>Juan Carlos Durán Alonso</i>	

Capítulo 21

Evaluación funcional del mayor. Equilibrio, marcha y potencia.....	215
<i>Alejandro Galán Mercant</i>	

Capítulo 22

Valoración y riesgo social.....	217
<i>Fátima Villar Puerto</i>	

Capítulo 23

Continuidad de cuidados. Coordinación socio-sanitaria.....	224
<i>Patricio Caballero Barrios</i>	

Capítulo 24

Seguridad en el mayor, riesgo de caídas, sujeciones.....	236
<i>Antonio Cardona Peláez</i>	

Capítulo 25

Cuidados al final de la vida.....	253
<i>Mercedes García Moreno</i>	

Capítulo 26

40 años de historia de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología.....	262
<i>Carlos Martínez Manzanares</i>	

*Capítulo 27***Causa de éxitus en el servicio de Medicina interna de un hospital transfronterizo.....** 273*J. Osuna Sánchez, MJ Requena Pou, E. Peiteado Valderrama, J Ampuero Ampuero.**Capítulo 28***Perfil sociodemográfico y comorbilidades de los éxitus en el servicio de Medicina Interna.....** 276*J. Osuna Sánchez, MJ Requena Pou, E. Peiteado Valderrama, J Ampuero Ampuero.**Capítulo 29***Perfil clínico y causas de fallecimiento de los pacientes mayores de 80 años en el hospital transfronterizo.....** 279*J. Osuna Sánchez, MJ Requena Pou, JJ Soria Cano, J Ampuero Ampuero.**Capítulo 30***Programa “cuidados de demencia sin sujeciones físicas”** 282*Luis Benítez Ragel**Capítulo 31***Estado nutricional de la población mayor de 65 años no institucionalizada. Estudio de peso y salud en la población mayor (PYSMA).....** 285*Felipe Mozo Alonso, Juan Carlos Duran Alonso, José Pedro Novalvos Ruíz, Amelia Rodríguez Martín**Capítulo 32***Decálogo de razones para implantar asistencia geriátrica especializada en Andalucía.....** 301*Juan Carlos Durán Alonso, Javier García Monlleó, Jesús Vargas Cruz, Mercedes García Moreno, Belén Ostos Lucena, José Manuel Marín Carmona, José Antonio López Trigo**Capítulo 33***Acompañamientos activos: buenas prácticas en el servicio de ayuda a domicilio.....** 309*Lucía González López, Ana Perandrés Gómez, Alfonso Cruz Lendinez, Andrés Rodríguez Gonzalez, Rosa Bonachela Pallarés**Capítulo 34***Evaluación en una unidad de pacientes pluripatológicos y de las necesidades y satisfacción de los familiares.....** 312*María del Carmen López Porras, María José Vázquez Ramos, Rosario Martínez Barea*

*Capítulo 35***Enfermedad renal diabética en pacientes diabéticos tipo II mayores de 65 años. Prevalencia. Grado de control.....** 315*Luis Benítez Ragel, Javier García Panal**Capítulo 36***Expectativas y vivencias de la familia en la Enfermedad de Alzheimer.....** 317*María José Vázquez Ramos, María del Carmen López Porras, Miriam Esperanza Durán Pastor**Capítulo 37***Efectividad de la aplicación de ultrasonidos terapéuticos en las úlceras por decúbito** 319*José Manuel Romero León, Elvira García Cuerva**Capítulo 38***Prevención multidisciplinar del síndrome confusional en el anciano hospitalizado.....** 323*José Manuel Romero León, Elvira García Cuerva**Capítulo 39***Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga del cuidador familiar.....** 327*Belén Gutierrez Baena, Jesús Manuel Vallejo Sánchez, Carmen Romero Grimaldi**Capítulo 40***Entrenando la inteligencia emocional en personas mayores con deterioro cognitivo.....** 337*Paola Martín Carmacho, Nora Inés Páez Casado, María León Fernández, José Manuel Marín Carmona**Capítulo 41***Evaluación e intervención del lenguaje en usuarios con demencia leve-moderada del centro de envejecimiento saludable.....** 350*Geidy Bermúdez Llusa, María León Fernández, 'Nora Inés Casado Páez, José Manuel Marín Carmona**Capítulo 42***Perfil de los pacientes atendidos en urgencias en un servicio de urgencias de un hospital privado tras una caída con fractura de fémur.....** 356*Sonsoles Frutos Díaz, Francisco Javier Valera Martínez*

Capítulo 43

Patologías más frecuentes en pacientes geriátricos en un servicio de urgencias privado.....	358
--	------------

Sonsoles Frutos Díaz, Francisco Javier Valera Martínez

Capítulo 44

Estrategias de coordinación sociosanitarias entre centro de salud y servicio de ayuda a domicilio: una mejora de atención de la persona mayor dependiente en domicilio.....	360
--	------------

Susana Cabezas Gabaldón, Celia De frutos Aparicio

Capítulo 45

La soledad en las personas mayores: la mediación como alternativa a la problemática con las instituciones y familia.....	378
---	------------

Grosa Raquel Ruíz Trascastro, Luis Miguel Rondón García

Capítulo 46

El trabajo multidisciplinar al servicio de nuestros mayores.....	381
---	------------

Gerardo Guerrero Ramos, Carmen López Montes, Elisabeth Aguado Guerrero, Francisco David Peláez Jiménez, Rocio Pérez Hamilton

Capítulo 47

Trombosis bilateral de senos cavernosos: una complicación grave de la sinusitis aguda.....	385
---	------------

Patricia Lupiáñez Seoane, Francisco Javier Gómez Jiménez, José Antonio Lobón Hernández

Capítulo 48

Según criterios STAR-STOP, ¿utilizamos bien los psicofármacos en nuestros pacientes ancianos?.....	387
---	------------

Gerardo Andrés Boillat-Oriani, Carlos Alberto Delgado-Sánchez, Pedro Rafael López, Milagrosa Espinar-Toledo, Lucía Ocaña-Martínez, José Carlos Pérez Sánchez

Capítulo 49

Causa infrecuente de un dolor torácico agudo.....	390
--	------------

Patricia Lupiáñez Seoane, Francisco Javier Gómez Jiménez

Capítulo 50

Como controlamos a nuestros pacientes hipertensos.....	393
---	------------

Gerardo Andrés Boillat Oriani, Elisabeth Agudo Guerrero, Francisco David Peláez Jiménez, María Jesús Sese García, Maria Prudencia Barea Sánchez, José Carlos Pérez Sánchez

*Capítulo 51***Valoración del estado nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados, MNA y Conut: Necesarios y complementarios** 395*José Antonio López Trigo, Ángela Hernández Ruíz, Esther Molina Montes, Juan Luis Cabanilla Moruno, Virtudes Niño Martín, Rosa López Mongil**Capítulo 52***Valoración de la capacidad funcional y del estado cognitivo y su relación con el diagnóstico nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados.....** 404*Ángela Hernández Ruíz, José Antonio López Trigo, Esther Molina Montes, Juan Luis Cabanilla Moruno, Mario Rodríguez Baeza, Rosa López Mongil**Capítulo 53***Aproximándonos a la sarcopenia y a la fragilidad con el test Mongil de actividades básicas de la vida diaria.....** 413*Rosa López Mongil, Esther Molina Montes, Jordi Amblas Novella, José Antonio López Trigo, Juan Luis Cabanillas Moruno, Ángela Hernández Ruiz**Capítulo 54***Índice PROFUN, análisis de objetivos con pacientes hospitalizados.....** 416*Rosario Martínez Barea, Ana López Navarro, María Carmen López Porras, María Dolores Zamudio*

PRÓLOGO

Estamos viviendo un progresivo envejecimiento de la población, aumentando cada vez más la esperanza de vida, y creciendo el sector de los mayores de 85 años. Los estudios demográficos indican que esta tendencia aumentará en los próximos años, y España será uno de los países más envejecidos.

Con este envejecimiento está aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas, que tienden a generar discapacidad en la persona que las padecen, y que requieren un manejo diferente. Debiéndose dar respuesta de forma precoz, intentando prevenirlas si fuera posible, y asistiendo tanto en su fase estable para evitar su progresión, como en las descompensaciones agudas.

La aparición de muchas enfermedades en un mismo paciente, casi todas crónicas, lo que llamamos pluripatológicos, y la necesidad de tomar muchos medicamentos para el control de las mismas: polimedicación; junto a las peculiaridades de muchos mayores que viven solos, o con apoyo puntual de algún familiar o cuidador en su domicilio, a veces con problemas económicos, y otras con deterioro en sus funciones cognitivas, hacen que la asistencia a este sector de población sea COMPLEJA.

Para ello es fundamental la asistencia geriátrica especializada, donde se unen dos cuestiones esenciales para la atención a los mayores: el trabajo en equipo multidisciplinar, y la valoración geriátrica integral como herramienta básica de atención.

Valoración geriátrica integral, donde se estudien las diferentes esferas que participan en el concepto de salud de la persona mayor: social, clínica, funcional, cognitiva y emocional. Ya que las enfermedades en los mayores

suelen repercutir en su situación social particular, y ésta en la enfermedad, se manifiestan de forma peculiar o atípica cuando se ve desde un prisma diferente, y repercuten en sus capacidades tanto funcionales, afectando a las actividades instrumentales o básicas de la vida diaria, y a la esfera cognitiva, deteriorándola o afectiva, y repercutiendo negativamente en su calidad de vida.

Y Equipo multidisciplinar, donde los diferentes profesionales: médicos geriatras, enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales, pongan en común sus conocimientos y habilidades para detectar los problemas de salud y/o sociales, y sus opciones de tratamiento para establecer unos objetivos asistenciales concretos e individualizados para cada persona mayor, elaborando entre todos de forma conjunta, un plan individual de atención.

La complejidad puede aparecer en la esfera SOCIAL, cuando detectamos que personas mayores muy frágiles, viven solas en domicilio, a veces sin disponer de los requisitos más adecuados para poder hacerlo, con barreras arquitectónicas o ausencia de recursos. Mayores que no tienen familia o si la tienen se encuentra muy lejos para atenderles. Muchos quieren continuar viviendo así, y se niegan a aceptar un recurso social que les ayude. A veces por afectar también a su esfera cognitiva, la toma de decisiones se hace más compleja. ¿Quién decide cuando deben dejar su domicilio para ser mejor atendidos? Respetar sus derechos a veces se enfrenta a la opinión de sus familiares que desean otra opción para el mayor.

También puede aparecer la complejidad en la esfera FUNCIONAL, y el propio proceso de envejecimiento, casi siempre acompañado de aparición de enfermedades que afectan al aparato locomotor: muscular y osteoarticular, junto a déficits nutricionales y tendencia al sedentarismo, hacen que cada vez se vean con menos fuerza para caminar y menos habilidades para desenvolverse por sí mismos. La detección precoz de la fragilidad es fundamental para lograr, si es

posible, que no progrese para evitar la discapacidad. Ello requiere un abordaje multidisciplinar, tanto de la patología de base, como de los hábitos nutricionales, y ritmo de vida.

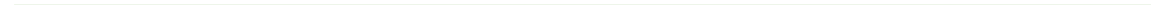
Y, por último, la complejidad puede aparecer en la esfera COGNITIVA, apareciendo fallos progresivos en la memoria que pueden acompañarse de alteraciones en otras esferas de la cognición como el lenguaje, la orientación, el juicio o las capacidades ejecutivas. En ocasiones los mayores sufren por sus problemas personales y la soledad, síntomas depresivos que les producen déficit en la atención, en la concentración y en la memoria. Diferenciar una depresión de un deterioro cognitivo leve o de una demencia es difícil y requiere una valoración detallada con el paciente y su familiar.

Estimular cognitivamente y ofrecerle el recurso más adecuado para cada patología y cada fase de la misma. Y aunque los medicamentos son necesarios, no son la única opción para el manejo de la demencia y de los síntomas conductuales y psicológicos que acompañan durante su curso evolutivo a esta temible enfermedad. La música ayuda a despertar la mente, y puede llegar a ser una medicina para el alma.

Por tanto, debemos estar preparados para atender la complejidad asistencial que presentan la población mayor, y debemos hacerlo entre todos, para que la valoración integral sea lo más exhaustiva posible y el abordaje terapéutico individualizado más completo. Mejorar la calidad de vida de los mayores debe ser el gran reto de los profesionales de la salud y de servicios sociales que nos dedicamos a ellos.

Juan Carlos Durán Alonso

Javier Benítez Rivero



CAPÍTULO 1

MAYORES SOCIALMENTE COMPLEJOS

JAVIER BENÍTEZ RIVERO

Médico de Familia, Geriatra.
C.S. "La Laguna", SAS, CÁDIZ

En la evolución de la población en estos años se está objetivando la aparición de un número cada vez más elevado de pacientes mayores de 65 años con respecto a la población general, pero sobre todo de mayores de 80 años, como pone de manifiesto el IAE para nuestra Comunidad.

En la ciudad de Cádiz, y en la zona básica de salud de "La Laguna" con una población de 24.589 habitantes presenta un índice de envejecimiento de 17.58 %, y un índice de >80 años del 4.25%.

Es una población envejecida con alto nivel de >80 de años, como ya pusimos de manifiesto en anteriores estudios realizados en esta U.G.C. por nuestro grupo.

Como describe Ribera Casado (2008), entre otros, una de las características del envejecimiento es la concurrencia de varias enfermedades, agudas o crónicas. Este hecho condicionará el modo de enfermar en este paciente porque:

- ✓ 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.

- ✓ 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.
- ✓ 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, una infección urinaria.

y con carácter de evolucionar hacia la generación de dependencia, por pérdida de la autonomía personal, sobre un paciente frágil, con interurrencias interrelacionadas y asociado a una polifarmacia, y en la que existe un cuidador como responsable de los cuidados cuando no vive solo, como ya pusieron de manifiesto en su publicación: “Situación social de los mayores en Andalucía” de Antonio Trinidad Requena y Juan López Doblas de la Universidad de Granada en 2007, se ha detectado que 1 de cada 5 ancianos que padecen alguna discapacidad, viven en un hogar unipersonal, ratificado por los resultados de la última encuesta del IMSERSO, que habla de que el 16% de los mayores viven solos.

La Consejería de Salud de Andalucía, hace años puso en valor el trabajo por Gestión de Procesos, entre los cuales definió el PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLOGÍCOS, evolucionada posteriormente a PLAN ANDALUZ DE ATENCIÓN INTEGRADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. En éste, define el Proceso como: “Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes con enfermedades crónica una asistencia integral, coordinando a los profesionales, servicios o centros, a lo largo del tiempo y en el marco del actual Sistema Sanitario Público de Andalucía”, pero también juega en la definición con las importancia de la participación de los Servicios de Medicina Interna (en ausencia de servicios de Geriátrica) en cooperación-colaboración con Atención Primaria, y valora el volumen de este tipo de pacientes en el 5% de la población mayor de 65 años, lo que en nuestro caso representarían 217 pacientes, según nuestra pirámide de población.

Por otra parte, la fragilidad entendida como aquella situación que afecta a pacientes con patologías que tienden a la incapacidad, con deterioro funcional o mental, con problemas sociales: pobreza, soledad, incomunicación..., u factores demográficos cómo ser mujer y mayor de 80 años. La OMS considera todos estos factores como de riesgo de dependencia, de institucionalización y de muerte.

La fragilidad de los pacientes pluripatológicos-crónicos se ha puesto de manifiesto en los estudios realizados, constatándose que en Atención Primaria hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% están polimedicados, el 34% presentan un Barthel menor de 60, el 37% tiene deterioro cognitivo, más del 60% precisan cuidador y el 40% de éstos tienen signos de sobrecarga, relacionándose la mayoría de estas variables con la insuficiencia sociofamiliar, por lo que en esta revisión se sigue propugnando una valoración integral que incluya las áreas clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar.

Parta Atención Primaria este alto volumen de pacientes complejos con enfermedades crónicas hace que sea necesario una coordinación entre ésta y los servicios hospitalarios, por ello hace unos años 2013-2014 desarrollamos un sistema de comunicación entre Atención Primaria y el Servicio de Medicina Interna del hospital de referencia, al no existir en la cartera de servicios del Servicio Sanitario Público de Andalucía -SAS- la Geriátría como elemento de atención.

Este modelo, que dio muy buenos resultados por la capacidad de resolver los problemas diarios del día a día del médico de primaria en cuanto a necesidad de acciones que solo se realizan en el medio hospitalario, se difundió a todos los centros de salud de Cádiz, y sigue en la actualidad.

Actualmente el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha una Comisión de análisis y abordaje de las Estrategias de la Cronicidad en el Sistema Nacional

de Salud, se han analizado los recursos, procesos asistenciales, disponibilidad, marcando una serie de líneas estratégicas de desarrollo con actividades:

- ✓ Línea estratégica 1: Promoción de estilos de vida saludable y prevención primaria.
- ✓ Línea estratégica 2: Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- ✓ Línea estratégica 3: Continuidad asistencial.
- ✓ Línea estratégica 4: Reordenación de la atención sanitaria.
- ✓ Línea estratégica 5: Equidad en salud e igualdad de trato.
- ✓ Línea estratégica 6: Investigación e Innovación.

Desarrollándose en un documento que está siendo de trabajo y estudio en la actualidad.

Un dato que es de singular interés es la necesidad de tener interrelación todos los profesionales de salud y de servicios sociales, la tan traída y llevada: coordinación socio-sanitaria, con una herramienta básica que es la historia de salud-social digital estatal, y que poco a poco va abriéndose camino, pero en el que hay un abismo de separación entre los dos sectores de salud y servicios sociales, y que esperemos, en un tiempo no muy lejano sea una realidad de visualización, relación que beneficiará al paciente crónico, actualmente un paciente se puede mover por el territorio nacional y poder retirar sus medicamentos en cualquier farmacia de país.

BIBLIOGRAFÍA

http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf

<http://www.imserodependencia.csic.es/documentacion/libro-blanco-dependencia.html>

<http://www.imsersodependencia.csic.es/documentacion/legislacion/normativa/ley-dependencia/index.html>.

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/pluri.pdf

Benítez Rivero, Javier et al. La Soledad de los mayores de 80 años que viven en Cádiz: PIAMLA'80. IX Congreso de la Sociedad Vasca de Geriátría y Gerontología. San Sebastián, 2010.

Benítez Rivero, Javier, Valoración de la nutrición en el Anciano. Manual de Valoración de la desnutrición del anciano de Caballero García JC y Benítez Rivero Javier, edit. Ergón. Madrid 2011.

Contrato Programa del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz –La Janda y la Unidad de Gestión Clínica “La Laguna”, año 2009, 2010, 2011.

Gómez González T, Los Factores Socioeconómicos, familiares y psicológicos en la desnutrición del anciano en Manual de Valoración de la desnutrición del anciano de Caballero García JC y Benítez Rivero Javier, edit Ergón. Madrid 2011.

Guillén Llera F. Síndromes y cuidados del paciente geriátrico. 2ª edición. Barcelona: Elsevier-Masson;2008.

Ribera Casado JM et al. Geriátría en Atención Primaria. 4ª ed. Madrid: Aula Médica; 2008.

Robles Agudo F et al. Malnutrición en el anciano. En: Guillén Llera F y cols. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2007.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56: 66-72.

Salvá A, Lucas R. Qualitat de vida a les persones grans a Catalunya. Fundació Viure i Conviure. Barcelona, 2007.

Trinidad Requena, A; López Doblas, J Situación social de los mayores en Andalucía. Universidad de Granada. Consejería de Presidencia, 2007.

Documentos de la UGC de Medicina Interna del Hospital Puerta del Mar: HOJA DE RUTA, 2011.

Informe de Evaluación y líneas prioritarias de actuación. Estrategias para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2019.

CAPÍTULO 2

MAYORES SOLOS EN DOMICILIO, ¿HASTA CUÁNDO PUEDEN ESTAR?

JUAN MANUEL CAPARRÓS GARCÍA

Enfermero Gestor de Casos
C.S Puerta de Tierra y C.S La Merced, SAS, Cádiz

RESUMEN

La realidad actual tanto de nuestro país, como de los países de nuestro entorno, es que cada vez más personas mayores viven en sus domicilios solas y además muchas de ellas con el agravante de vivir “en soledad” o así sentirlo.

El poder conjugar calidad de vida de estas personas, con sus deseos de permanecer en su entorno habitual y en su domicilio, son uno de los retos a los que nos enfrentamos como sociedad. El poder cambiar o simultanear el ¿hasta cuándo pueden estar? con el ¿hasta cuándo le gustaría a usted estar? en su domicilio es un trabajo que merece un análisis y una apuesta firme por parte de todos como sociedad.

INTRODUCCIÓN

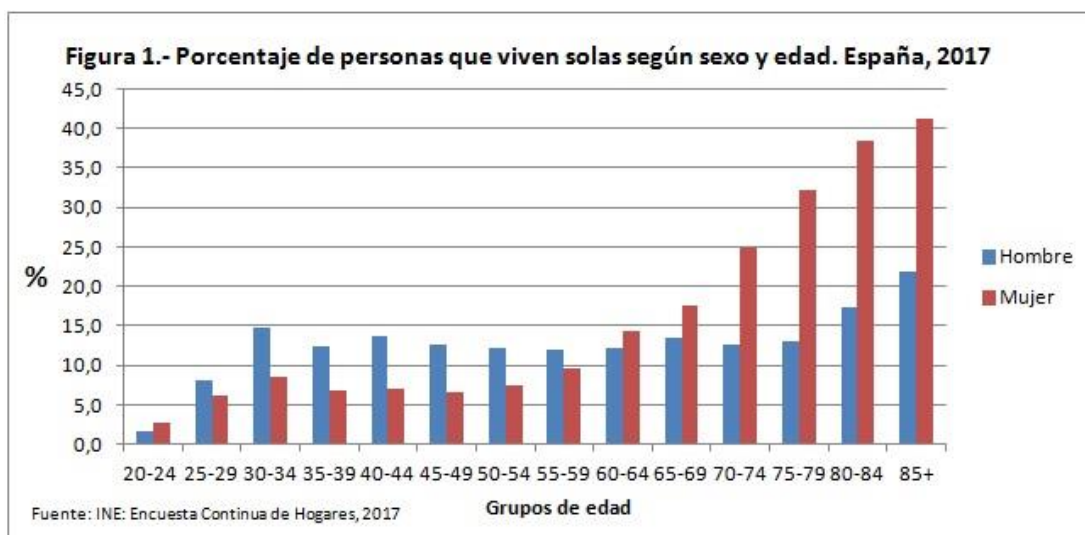
En Europa $\frac{1}{3}$ de las personas mayores viven en soledad, según Eurostat⁴. En la zona del mediterráneo hay porcentajes más bajas que en el resto de Europa. En total un 40,4% de mujeres y un 21,3% de hombres que viven en soledad a partir de la denominada tercera edad.

Según la *Encuesta Continua de Hogares 2018, INE, del 02/04/2019*, de los 4,7 millones de hogares donde vive una sola persona, dos millones treinta y

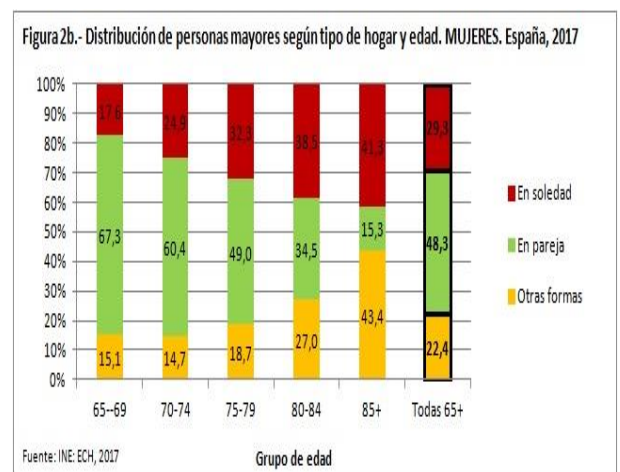
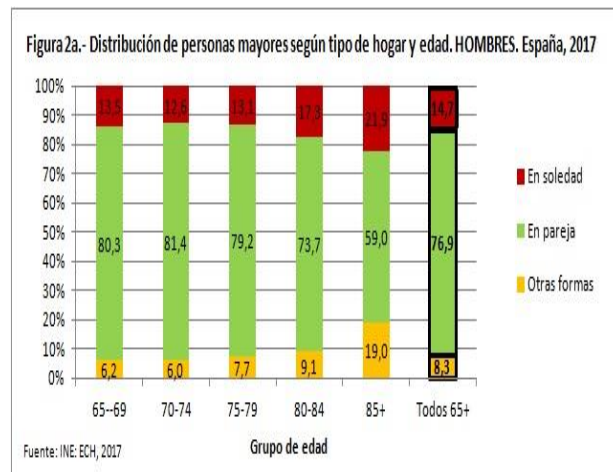
siete mil de ellos están habitado por personas mayores de 65 años y de estos 600,000 habitados por hombre y el resto por mujeres. Cerca del 45% están habitados unipersonalmente por personas mayores de 65 años.

Y estos índices aumentan con la edad, y cuanto mayor edad mayor n.º de personas solas, predominando este dato en mujeres.

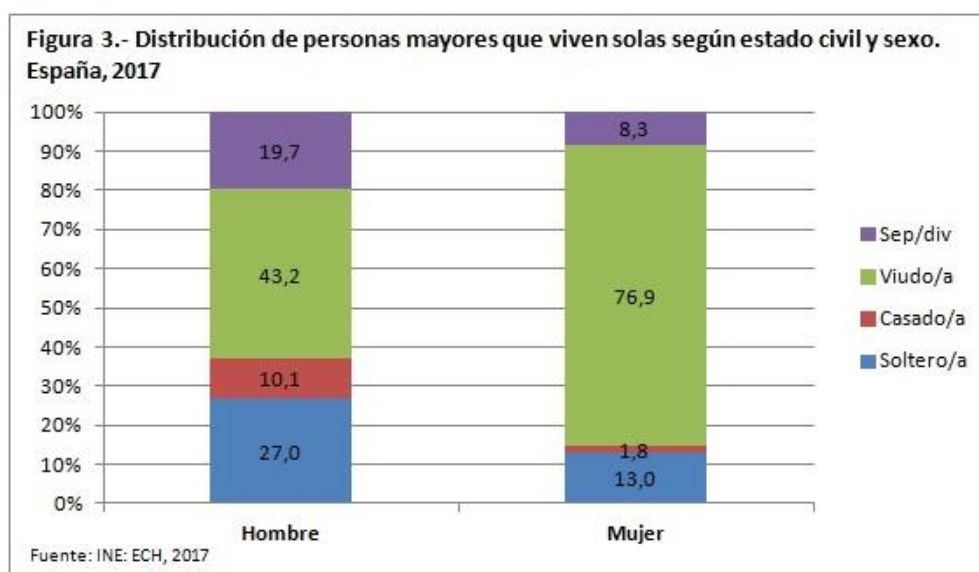
En Andalucía son 314,700 personas mayores de 65 años que viven solas,



Si lo que analizamos es las formas de convivencia por sexo podemos ver, que en ambos casos el porcentaje de personas que viven solas aumenta con la edad, pero a partir de los 70 años se duplica en mujeres que en hombres. Llegando a ser en mujeres mayores de 85 años de más del 40 %.



Este porcentaje se puede explicar por la mayor mortalidad masculina con el aumento de la edad. De hecho, el 76,9% de las mujeres mayores que viven solas están viudas. En el caso de los hombres es del 43,2%. El haber perdido la pareja, no haber tenido hijos, o que se hayan emancipado, no vivir con otros familiares pueden ser la explicación de esta situación de soledad.



En Andalucía, según el INE, en el 2033 el 24,9% de la población tendrá más de 65 años.

DESARROLLO

Pero todo esto es estadística. Números. Porcentajes. Pero quisiera aterrizar en lo tangible.

Trabajo como enfermero gestor de casos de dos zonas muy diferentes de Cádiz. Una (la UGC de Puerta de Tierra), es una zona que abarca desde parte del paseo marítimo y la avenida de Cádiz (zona con poder adquisitivo medio alto) hasta parte de la zona de las Puertas de Tierra por otro lado con barrios también de clase media alta, y por otro lado limitando con la zona de la Barriada de La Paz con una zona más deprimida y de nivel medio, medio-bajo.

Pero por otro lado está el centro de salud de La Merced. Abarca desde pasada las puertas de tierra y entramos en el Barrio de Santa María, Barrio del Pópulo, Catedral, San Juan, Parte de Canalejas y hasta el comienzo del Barrio de la Viña. Una zona con menos población, pero más deprimida social y económicamente que la de Puerta de Tierra. De esta zona depende la asistencia a un centro residencial con 100 residentes.

Además, la situación de la vivienda en estos barrios, y sobre todo el de Santa María, es de gran cantidad de infravivienda, con viviendas sin ascensor en su mayoría con aumento en el riesgo de enclaustramiento forzado de las personas que allí viven.

Con estos datos podríamos pensar que, en la zona de Puerta de Tierra, por disponer de mayores recursos socioeconómicos las personas mayores pueden **permitirse estar más tiempo en sus domicilios. Pero la realidad es que los datos son muy parecidos en ambos casos.**

Nos encontramos con que donde hay más recursos hay posibilidad de buscar cuidador@s que apoyen a esos mayores solos, y donde no los hay, se recurre a la familia, vecinos, etc...Con la salvedad de que cuando ya la convivencia en el domicilio se hace imposible en el primer caso, se pueden permitir, aunque sea mientras llega otro recurso, ingresar en un centro residencial asistido y en el segundo deben esperar a que dicho recurso sea asignado desde los recursos públicos.

Es decir. Las desigualdades en salud condicionan el bienestar, los años de vida vividos y los cuidados de nuestros mayores en sus domicilios y el que puedan o no, decidir o no continuar en su domicilio o dejar de estarlo.

Según el IV Plan de salud de Andalucía:

“Aproximadamente el 32% de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad. En general, se estima que un 5,6% de la ciudadanía andaluza necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). De cada 100 personas con dependencia, cerca de 70 son personas mayores de 65 años.

Por término medio, en Andalucía, los hombres viven 7,9 años de su vida en situación de dependencia y las mujeres 12,1 años. ·

Si esto lo mezclamos con el número de personas que están solas en su domicilio como bien dice el IV PAS, tenemos que replantearnos la estrategia que hoy desde todos los niveles se están desarrollando.

Soledad + desigualdades + salud.... Conlleva a mayor riesgo en los pacientes por errores en la toma de la medicación, mayor riesgo de accidentes/caídas, mayor demanda de los servicios sanitarios, y en definitiva un déficit en darle vida de calidad a los años.

CONCLUSIÓN

Los mayores solos en su domicilio es un problema que afecta a los pacientes y familias, pero es una responsabilidad de todos.

Como dice el IV PAS: *Esta tendencia que incrementa el número de personas que requerirán cuidados de larga duración, común en otros países y regiones de la UE, va a obligar a considerar las políticas preventivas y de promoción de la salud que promuevan el mantenimiento de la salud y la autonomía de las personas. Y también, a reconfigurar las políticas y recursos sanitarios y sociales que mejoren los niveles de eficiencia en la atención a las personas mayores esto es, que permitan redefinir la provisión de los cuidados, tanto desde los servicios de salud como de asistencia social, sea a través del apoyo familiar, informal y de atención domiciliaria o residencial. “*

El aumento en la esperanza de vida (aunque con desigualdades importantes depende de donde se viva (estudio INDESAN)), el cambio de mentalidad de la sociedad respecto al cuidado de los mayores, en muchos casos el no asumir como problema propio el cuidado de nuestros mayores y el exceso

de “delegación” en los recursos públicos, el aumento de la despersonalización de las relaciones (vecinos, etc.), la necesidad de incorporación al mercado laboral de la mayoría de los miembros de la familia, hacen que los cuidados de los mayores necesiten una vuelta de tuerca a todos los niveles.

Y no son pocas las iniciativas y recursos que se tienen.

La incorporación de las nuevas tecnologías (teleasistencia, servicio de atención digitalizado.), la incorporación de nuevas formas de convivencia que ya se están iniciando en Europa (Programa DUO.org).

Iniciativas como la residencia humanitas (Holanda) donde pueden jóvenes vivir en una residencia con el compromiso de pasar un mínimo de 30 horas semanales con mayores del lugar. Iniciativas parecidas en España donde estudiantes conviven con mayores solos donde intercambian alojamiento por compañía....

No sólo las plazas residenciales tradicionales sino los “cohosursing” para personas mayores (viviendas, urbanizaciones, comunidades o casas independientes que comparten zonas comunes de atención médica y limpieza...

El aumento en el desarrollo de la Ley de Dependencia y el apoyo en los cuidados en los domicilios...

Iniciativas como el “Bajemos a la calle” del Ayuntamiento de Cádiz junto con Cruz Roja para salvar las barreras de los domicilios que obligan a confinarse a mayores con deterioro de la movilidad....

Pero aun así el avanzar, sentarse, reflexionar, y coordinar una estrategia común para el cuidado y defensa de nuestros mayores sería fundamental por la realidad que vivimos y la que vamos a vivir en pocos años por la evolución demográfica nuestra y de nuestro entorno.

En definitiva, Mayores solos en su domicilio ¿hasta cuándo pueden estar? Hasta que tengamos la certeza que van a estar bien cuidados y con el apoyo necesario para estar hasta cuando ellos decidan estar.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://envejecimientoenred.es/vivir-solos/>
2. Ayala A; Pujol R; Abellán A. "Prevalencia de personas mayores confinadas en su hogar en España". *Medicina de Familia: Semergen*, 2018; 44(8):562-571.
3. IV Plan Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales.
4. Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.
5. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00200/default/table?lang=en>
6. <https://www.ine.es>

CAPÍTULO 3

CUANDO SURGE UNA ENFERMEDAD AGUDA Y NO PUEDE VOLVER A CASA, ¿CÓMO SOLUCIONARLO?

JUAN JORGE RACERO.

Jefe Departamento de Dependencia, Discapacidad y Atención al Mayor.
Ayuntamiento de Jerez.

1. Presentación.

Durante años, considero que he asistido con ilusión y gran expectativa a la creación de un nuevo sistema de protección, el sistema de Dependencia. Este sistema de Dependencia, causó allá por el año 2007 un gran reto en los Servicios Sociales, y he tenido la gran suerte de ser participe en primera persona, dentro de las competencias asignadas a mi puesto de trabajo en el Ayuntamiento de Jerez.

Esta ilusión generada en aquel momento, quizás amparada en la juventud y el creer que se daba un gran paso en esta materia, durante los años venideros se ha ido convirtiendo en una lucha diaria, y en una desilusión, motivada principalmente por la falta de recursos, y la poca confianza de que estos lleguen en la justa medida que puedan de alguna manera hacer real la aplicación de la Ley cumpliendo los plazos establecidos.

Probablemente, entre unos y otros, hemos conseguido que una magnífica norma que pretendía poner los pilares para solucionar un problema y un reconocimiento, se ha convertido en una tramitación compleja, incomprensible, y sin repuesta a corto plazo, que ha provocado que situaciones normalizadas en los cuidados de personas en situación de dependencia, se conviertan en

urgentes, y que las situaciones urgentes se conviertan a insostenibles, ya que el propio sistema no tiene capacidad para asumir las demandas existentes, y el incumplimiento constante de los plazos, hace que las expectativas marcadas tanto por usuarios como los familiares, se conviertan en un factor más a tener en cuenta a la hora de gestionar los Programas Individuales de Atención.

La solución es fácil, dotar presupuestariamente la Ley para que el sistema cumpla con la norma establecida.

Pero como ya he dicho anteriormente, no espero que esto ocurra, por lo tanto, tendremos que seguir siendo los profesionales que nos dedicamos día a día a sostener el sistema, los que tengamos que continuar con nuestra labor de evitar que las situaciones normalizadas en los cuidados de personas en situación de dependencia, se conviertan en urgentes, y que las situaciones urgentes se conviertan a insostenibles.

2. Recursos para personas mayores en situación de dependencia; ¿Existen recursos suficientes?

No vamos a profundizar en la regulación legal de las prestaciones que se reconocen en la LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, únicamente las nombramos para establecer a qué tipo de servicios puede acceder, una persona que está valorada con Grado de dependencia, y así se determine en su Programa Individual de Atención.

Las prestaciones del sistema, para personas valoradas con grado de dependencia las siguientes:

- Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a Domicilio
- Centro de Día/Noche
- Atención Residencial
- Prestación económica en el entorno familiar
- Prestación económica vinculada al servicio
- Asistente personal

La intensidad de estas prestaciones, dependen del grado de dependencia. Igualmente, la propia Ley contempla la participación económica de los usuarios en función de la capacidad económica personal.

Normativamente el procedimiento de reconocimiento de situación de dependencia y el procedimiento de aprobación del Programa Individual de Atención, tiene un plazo de resolución de 6 meses, desde que se inicia la solicitud por el interesado.

Debemos partir de la premisa que los plazos establecidos por el decreto de procedimiento no es que no se cumplan en la actualidad como algo circunstancial, sino que el procedimiento se incumple con naturalidad desde el año 2013.

En la actualidad el tiempo medio para la valoración de dependencia es de al menos 8 meses. Y en Jerez el tiempo medio para realizar un PIA es de 12 meses.

El plazo medio para aprobar una prestación (no es lo mismo SAD, que SAR que PECEF) podemos establecerlo en 10 meses.

Por lo tanto, el tiempo medio puede estar situado en 30 meses desde la solicitud hasta que la persona en situación de dependencia recibe el recurso, esto significa que los plazos se han alargado 5 veces más de lo establecido en la norma.

Por lo tanto, la cuestión que hoy nos ocupa es compleja: Cuando surge una enfermedad aguda y no puede volver a casa, ¿cómo solucionarlo?

Principalmente la única alternativa fiable y rápida, son los recursos privados. Si estos recursos privados no pueden ser asumidos por la persona en situación de dependencia y/o sus familiares, con toda probabilidad tendremos un gran problema de cuidados, donde como ya hemos dicho antes: **situaciones normalizadas en los cuidados de personas en situación de dependencia, se convierten en urgentes, y situaciones urgentes se convierten en insostenibles.**

Ante esta situación, la coordinación socio-sanitaria, se convierte en imprescindible para la detección y priorización de situaciones detectadas en el sistema de salud que requieren de una actuación urgente de los Servicios Sociales para minimizar los plazos y tiempos de espera.

3. Coordinación socio-sanitaria.

Para llevar a cabo esta coordinación, es necesario establecer protocolos y procedimientos de actuación, y estos no pueden quedar únicamente en la

buena voluntad que exista en cada momento por los profesionales que trabajamos en el sistema de Servicios Sociales y en el sistema de salud.

Ante la situación actual, alguien debería propiciar y establecer una regulación institucional donde cada parte que participa en este procedimiento hable un mismo lenguaje y se establezcan prioridades para conseguir un mismo objetivo, que sea atender de forma adecuada y eficiente situaciones de dependencia sobrevenida que puedan ser atendidas de forma inminente.

En nuestra ciudad, y pongo de ejemplo Jerez, esta coordinación parte de la iniciativa de los profesionales de ambos sistemas, dónde no solamente hemos establecido protocolos de actuación, sino procedimientos para la detección y coordinación eficaz de los casos.

Concretamente, estamos coordinados tanto con los servicios públicos como privados, en la detección de las urgencias sociales de personas en situación de dependencia. Igualmente, con Salud mental.

De esta manera evitamos los siguiente:

7. Que las personas ingresadas en hospitales o detectadas desde atención primaria, tengan que acudir a los servicios sociales para la tramitación de su solicitud, sino que directamente la misma se tramite desde donde se detecte y se envíe directamente al Departamento de Dependencia del Ayuntamiento para la tramitación urgente de la misma, estableciéndose unos criterios de urgencia para su tramitación.
8. Desde el sistema de salud, se aporta la documentación para la tramitación del PIA coordinándose con la trabajadora social municipal de referencia.

9. En caso de ingresos residenciales, desde el propio sistema de salud, se agilizan las pruebas médicas como el mantoux o la serología.
10. En el alta hospitalaria se coordina con los Servicio Sociales, tanto para la vuelta a domicilio como para el ingreso en residencia.

Para situación urgente de personas dependientes en situación de riesgo o malos tratos, desde el Ayuntamiento de Jerez tenemos establecido un Procedimiento.

4. Procedimiento de personas dependientes en situación de riesgo o malos tratos.

En este punto, debemos diferenciar las situaciones sobrevenidas por algún tipo de enfermedad aguda, y aquellas que además conllevan una situación de riesgo para la persona en situación de dependencia.

Estas situaciones por lo general están provocadas por negligencias en los cuidados del dependiente por omisión, es decir, ni lo familiares ni la vivienda están preparadas para atender a personas en situación de dependencia.

Todas estas situaciones que realizamos en el procedimiento, tienen como único objetivo la protección de la persona dependiente ante una situación de riesgo.

Para ello, es importante tomar medidas de protección, en el caso que fuera necesario, comunicando a Fiscalía, la situación de riesgo y la solicitud de

medidas de protección, como ingreso involuntario en residencia de personas mayores.

En este sentido, tenemos a disposición de estos casos, tres plazas de urgencias en la Residencias de la Fundación Municipal Centro de Acogida San José, con el objeto de realizar ingresos temporales con carácter de urgencia, mientras no se resuelve la plaza residencial por parte de la Junta de Andalucía.

Este recurso, nos permite solucionar de manera rápida, situaciones sobrevenidas de extrema urgencia, que las plazas de respiro familiar disponibles en la provincia y competencia de la Consejería no pueden darnos respuesta.

Para que nos hagamos una idea, para toda la provincia de Cádiz se disponen de 7 plazas de respiro, y en el Ayuntamiento de Jerez contamos con 3 plazas propias para la población de la ciudad.

5. Los procedimientos de urgencia en la Ley de dependencia

El DECRETO 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración, no contempla ningún procedimiento de urgencia para la valoración de situaciones sobrevenidas o ante situaciones de urgencia por enfermedad o situación social grave y urgente.

Es cierto que en el año 2017, la Junta de Andalucía publicó un Proyecto de Decreto por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía, donde se recogían entre otros aspectos, el procedimiento de urgencia social y mejorar la eficacia en la gestión del procedimiento de dependencia, reduciendo los plazos medios de tramitación del mismo.

Después de 2 años de la publicación de dicho proyecto, el mismo no ha sido aprobado.

Mientras tanto, desde las diferentes Delegaciones territoriales han remitido a los Servicios Sociales Comunitarios, instrucciones para la tramitación urgente.

Esto nos ha servido para priorizar los expedientes, pero dicha priorización no está amparada en ningún marco normativo, teniendo que justificar internamente el adelanto del reparto de dicho expediente (*Ley 39/2015, de 2 de octubre, art. 71.1 establece que «en el despacho de los expedientes se guardará el orden riguroso de incoación en asuntos de homogénea naturaleza, salvo que por el titular de la unidad administrativa se dé orden motivada en contrario, de la que quede constancia»*)

Los criterios establecidos en dichas instrucciones son los siguientes:

Para la valoración de la situación de dependencia deberán darse la concurrencia simultánea de las tres primeras áreas (salud, convivencia y familia)

1. SALUD

1. Problemas de salud a nivel físico.

2. Problemas de salud a nivel psíquico.

3. Problemas de salud a nivel funcional.

2. CONVIVENCIA

1. Vive sola.

2. Vive acompañada, pero presenta situación de maltrato.

3. Vive acompañada sin poder ser atendido por ello, por razón de discapacidad, edad, enfermedad.

4. Convive con familiares de 2º grado o más o sin ningún parentesco.

3. FAMILIA

1. No tiene hijos.

2. Tiene hijos, pero existe falta de auxilio hacia el supuesto dependiente, por maltrato pasado o presente, discapacidad, patología invalidante o por situación geográfica que lo imposibilite.

Igualmente deberá darse al menos una de las siguientes tres áreas (vivienda, economía y la comunidad)

4. VIVIENDA

1. Vive en la calle

2. Vive en albergue, centro acogida, pensión.

3. Vive en un centro de manera privada y no tiene mas recursos económicos para seguir pagando dicha plaza.

4. Síndrome Diógenes.

5. Zona rural aislada.

6. Barreras arquitectónicas importantes que impiden al supuesto dependiente hacer uso de los servicios de la localidad.

5. ECONOMÍA: Ingresos menor o igual al 1,5 del IPREM. 2017 = 806.76€/mes

6. LA COMUNIDAD: Si la situación del solicitante es conocida por vecinos como de emergencia social.

6. ¿Ante una situación de dependencia sobrevenida, tenemos alternativas urgentes? ¿Quién se puede favorecer? ¿Quién queda fuera?

Inicialmente y en base a lo expuesto, en primera instancia las situaciones sobrevenidas se están resolviendo en la actualidad en centros privados ya sean de atención residencial o centros de día principalmente, con recursos económicos del propio dependiente y/o familiares, con una temporalidad comprendida entre 1 y 2 años.

Por lo tanto, esa situación sobrevenida, no tiene una pronta resolución a nivel de Recursos de Dependencia.

Aquellos expedientes que se encuentran en situación de riesgo social y requieren de un ingreso urgente, están siendo solventadas por recursos municipales y en coordinación con la Delegación Territorial la resolución de manera rápida del expediente de dependencia.

Lo positivo: las situaciones de riesgo, son atendidas de forma inminente, teniendo una resolución inmediata.

Lo negativo: las situaciones que no son catalogadas de riesgo, tienen una resolución dilatada en el tiempo, motivada por el propio incumplimiento del procedimiento.

7. Conclusiones.

Indudablemente, después de 12 años de aplicación de la Ley de Dependencia, no podríamos concluir o quedarnos con la sensación de que todo ha sido o es negativo.

Es cierto, que con su aprobación se genera un derecho subjetivo del dependiente que anteriormente no existía, e igualmente se han sentado los bases para una mejor atención, creándose un sistema de atención a la dependencia.

Muestra de ello es que desde el año 2007 se han aprobado los siguientes servicios o prestaciones en nuestra ciudad:

AÑO	Servicios						Prestaciones Económicas				TOTAL PRESTACIONES
	Teleasís	Ayuda a domicilio	Centro Día	Centro Noche	Atención Residencial	SERVICIO DE PROMOCION	TELASISTENCIA AVANZADA	Vinculada Servicio	Entorno Familiar	Asistencia Personal	
TOTAL	4782	2720	584	0	1601	5	50	117	5588	2	15449
PORCENTAJE	30,95%	17,61%	3,78%	0,00%	10,36%	0,03%	0,32%	0,76%	36,17%	0,01%	

Fuente: Datos del Servicio de Dependencia, Ayto. Jerez.
Elaboración propia

Igualmente, el servicio de ayuda a domicilio, se ha visto francamente favorecido en la aplicación de la ley con un crecimiento como es el caso de Jerez, de un 500% con respecto al ejercicio 2006.

Quando surge una enfermedad aguda y no puede volver a casa ¿cómo solucionarlo?
Juan Jorge Racero

Esto ha implicado, no solamente el aumento de atenciones domiciliarias, sino también a la creación de puestos de trabajo, por ejemplo, en el año 2006 el servicio de ayuda a domicilio de Jerez, tenía un total de 77 auxiliares de ayuda a domicilio, y a día de hoy son cerca de 570 auxiliares.

Pero también, existen Servicios tan importantes con los Centros de Día o las Residencias de personas Mayores que no han sufrido ese incremento.

- ✓ **Centros de Día:** En el año 2007 existían en Jerez 160 plazas de Unidad de Estancia Diurna, las expectativas generadas por la ley, hacen de este recurso una magnífica opción para las familias que quieren mantener a la persona dependiente en su medio y contar con un recurso especializado que les permita la atención durante el día.

Durante los siguientes años hemos llegado a las 234 plazas de estancia diurna en la ciudad, pero su ocupación es mínima, principalmente motivada por tres aspectos:

- La Crisis
- La Prestación Económica en el entorno familiar se convierten una motivación familiar para mantener a la persona dependiente en su domicilio, siendo cuidado por un familiar que está en situación de desempleo.
- La falta de regulación para hacer más atractivo este tipo de Centros, donde los costes económicos son elevados, existiendo un copago en Andalucía del 40% con transporte y el 30% sin transporte de los ingresos del dependiente.

- ✓ **Atención Residencial:** Antes de la aprobación de la Ley de Dependencia, en el año 2006, en Jerez existían 950 plazas residenciales, en la actualidad, existen 825 plazas residenciales.

El IMSERSO y la OMS recomiendan que debe existir un 5% de plazas residenciales de la población mayor de 65 años existentes, Jerez únicamente llega al 2,74% teniendo un déficit de plazas residenciales de 702 plazas.

No obstante, resulta bastante curioso que desde la aplicación de la Ley hasta la fecha se ha reducido el número de plazas.

- ✓ **Servicio de Ayuda a domicilio:** Aunque ha crecido, el precio hora que la Junta de Andalucía financia por la prestación de servicio a los Ayuntamientos es de 13€/hora, precio fijado en el año 2007 y que no ha sido incrementado en 12 años.

Todo ello, denota una clara falta de financiación (dotación presupuestaria de la Ley), y da la sensación que en un futuro próximo no va cambiar.

Por mucho que cambiemos la normativa, algo que es necesario, o agilicemos los trámites de urgencia de personas en situación de dependencia producida por una enfermedad o situación sobrevenida, seguiremos teniendo los mismos problemas.

Si no se construyen más residencias, se conciertan más plazas, se abarata el copago de los Centros de Día, o se incrementa el precio hora del servicio de ayuda a domicilio, seguiremos en la misma situación.

Mientras tanto, desde los Servicios Sociales seguiremos trabajando para sostener desde primera línea las situaciones de alto riesgo, atendiendo con nuestros propios recursos determinadas situaciones que requieren de una intervención rápida, urgente e inminente que la propia Ley de dependencia no puede resolver.

CAPÍTULO 4

“MAYORES SOCIALMENTE COMPLEJOS”

I Plan de Promoción de la Autonomía Personal y prevención de la Dependencia (PAP&PD) - Situación actual.

FEDERICO ALONSO TRUJILLO.

ASSDA (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía).
Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de
Andalucía. SEVILLA.

Teléfono: 609548503 Email: federico.alonso@juntadeandalucia.es

RESUMEN

El **I Plan Andaluz para la Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (PAP&PD 2016-2020)** es una de las estrategias ambiciosas que ha lanzado la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Ayudará a continuar con la transformación social y sanitaria y el crecimiento de los servicios para la atención y prevención de la Dependencia destinados a las personas mayores o con discapacidad en todas las políticas. También afronta los retos demográficos y el avance tecnológico que presionan la sostenibilidad de los sistemas de salud y bienestar. Tiene un carácter plurianual e interdepartamental al integrar en la coordinación **9 Consejerías y 8 entidades públicas** en la primera bienal. También participan en esta coordinación 8 entidades públicas. Para su seguimiento se utiliza la **escala AIL (Adoption Impact Ladder)** de 7 niveles de impacto de la implementación, aplicada a cada una de las actuaciones de sus 6 líneas prioritarias y 16 objetivos. Se expone los logros alcanzados en las **186 actuaciones** desarrolladas durante la **I bienal 2017-2018**.

INTRODUCCIÓN

Para la promoción y coordinación de actuaciones en este ámbito se redactó en Andalucía, con un carácter plurianual e interdepartamental, el **I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia** (PAP&PD 2016-2020) ⁽¹⁾. Por parte de la Junta de Andalucía, participan de forma coordinada las Consejerías de Igualdad y Políticas Sociales, Salud, Educación, Empleo Empresa y Comercio, Fomento y Vivienda, Cultura, Turismo y Deporte, Hacienda y Administración Pública y Justicia e Interior. También participan en esta coordinación diferentes entidades públicas; Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA), el SAS, el Instituto Andaluz de la Mujer (IAM), el Instituto Andaluz de Administración Pública (IAAP), la Fundación pública Andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental (FAISEM), la Escuela de Seguridad Pública de Andalucía (ESPA), el Servicio Andaluz de Empleo (SAE) y el Patronado de la Alhambra.

La **finalidad** del plan es evitar situaciones severas de dependencia, reforzar las medidas orientadas a disminuir el impacto en las personas afectadas y en las personas cuidadoras.

Se han considerado **6 líneas de actuación básicas**:

- I.- Promoción de la autonomía.
- II.- Prevención de la dependencia.
- III.- Reducción del impacto.
- IV.- Intersectorialidad y participación.
- V.- Formación y sensibilización.
- VI.- Investigación e innovación.

El plan concreta diferentes **objetivos específicos**:

- Facilitar el desarrollo de una existencia autónoma de la persona en su medio habitual y en condiciones de igualdad.
- Promover el aumento de la esperanza de vida libre de enfermedades y

discapacidad.

- Reducir el impacto sobre las personas afectadas y sus cuidadoras.
- Mejorar los mecanismos de participación ciudadana.
- Coordinar los distintos sectores implicados.
- Impulsar la formación, la innovación e investigación en estos ámbitos.

El plan ayudará a promover la transformación social y sanitaria y el crecimiento de los servicios para la atención y prevención de la Dependencia. También afronta los retos demográficos y el avance tecnológico que presionan la sostenibilidad de los sistemas de salud y bienestar.

En la redacción del Plan se ha tenido en cuenta el libro blanco del envejecimiento activo de Andalucía⁽²⁾, el **IV Plan Andaluz de Salud**⁽³⁾, las recomendaciones de la **OMS**, el **informe mundial de discapacidad**⁽⁴⁻⁶⁾, el **Plan de Atención a menores de 6 años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla (2017-2020)**⁽⁷⁾ y una especial consideración a los planteamientos que aparecen sobre el envejecimiento activo en el articulado de la nueva **Ley de Servicios Sociales de Andalucía**⁽⁸⁾.

Por otro lado, este Plan se ha integrado en las actuaciones de seguimiento y difusión del **Partenariado Europeo para la Innovación en el Envejecimiento Activo y Saludable** (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing – EIPonAHA*), de cuya red la Junta de Andalucía forma parte, habiendo sido nominada como uno de los **Sitios de Referencia** europeos en este campo (*Reference Site*), con la calificación máxima de 4 estrellas que aparecen en su logotipo. Andalucía forma parte de los **sitios de referencia europeos (RS)** que apuestan por impulsar el envejecimiento activo y saludable a través de una estrategia que sigue el **modelo de la 'Cuádruple Hélice'**, en el que se implican los gobiernos, la ciudadanía, las universidades y las empresas. También desde Andalucía se ha colaborado activamente en el grupo de trabajo para la definición europea del envejecimiento activo y

saludable y sus publicaciones (9-10).

METODOLOGÍA

La elaboración y redacción del plan ha contado con las aportaciones de 167 profesionales y personas expertas, provenientes de más de 40 organizaciones dependientes de la administración autonómica, entidades locales, agentes sociales y económicos, organizaciones del Tercer Sector y Universidades. Para su desarrollo se han montado diferentes grupos de trabajo sobre unas “temáticas marco” específicas, que han elaborado un plantel de propuestas y temáticas a abordar, que luego se consensuó por una comisión técnica de validación y un grupo de expertos para la redacción definitiva (11-12) (fig. 1).



Fig. 1: Metodología y gestión del Plan PAP&PD (SGSS – Secretaría General de Servicios Sociales), CEA – Confederación de Empresarios de Andalucía, UGT – Sindicato Unión General de Trabajadores, CCOO – Sindicato Comisiones Obreras)

Para el control y seguimiento del Plan PAP&PD se han creado diferentes comisiones:

- **COMISIÓN PERMANENTE (CP).** De ámbito autonómico, está constituida por personal de la Administración Pública de las 9 Consejerías que participan en el Plan y sus entes instrumentales.
- **COMISIÓN TÉCNICA INTERADMINISTRATIVA (CTIA).** De ámbito autonómico, integra representantes de las entidades públicas participantes, así como de las asociaciones de personas con discapacidad, personas mayores, la FAMP y agentes sociales y económicos.
- **8 COMISIONES TÉCNICAS DE ÁMBITO PROVINCIAL (CTIP).** Además de los representantes de las Delaciones Territoriales de las Consejerías y Agencias que participan en el Plan, se integran representantes de Asociaciones de personas con discapacidad, personas mayores, la FAMP y agentes sociales y económicos de ámbito provincial.

Para el desarrollo del Plan se ha dividido en dos etapas, de dos años cada una. La primera bienal engloba los años 2017 a 2018 y la segunda de 2019 a 2020 (fig. 3).

El I Plan PAP&PD no solo se dirige a aquellas personas en situación de dependencia que ya tienen asignado un recurso, sino que apuesta por el desarrollo de políticas que eviten o retrasen la aparición de la dependencia en toda la ciudadanía y en todas las edades promoviendo un envejecimiento activo y saludable. Y esto lo hacemos fundamentalmente a través de los **Centros de Participación Activa (CPA)**, 900 en Andalucía, de los que 168 son de titularidad de la Junta de Andalucía, con cerca de 500.000 personas asociadas, que realizan casi 100.000 horas de talleres de promoción de la autonomía personal al año ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Las personas incluidas en esta categoría de **dependencia moderada**, con un **grado I de valoración**, desarrollarán y mantendrán sus capacidades

mediante intervenciones de:

- Terapia ocupacional.
- Estimulación cognitiva.
- Rehabilitación y otros apoyos.
- Programas de educación para la salud en centros sanitarios, sociales y educativos.
- Medidas de incorporación o permanencia en el mercado laboral.
- Impulso a la participación ciudadana a través de colectivos y asociaciones.
- Medidas de seguridad.
- Formación y recualificación de profesionales.
- Actuaciones de Investigación e Innovación.

Para la evaluación macro del impacto se ha utilizado un **inventario de 7 niveles** desarrollado para evaluación del impacto de programas de atención psicosocial por el Centro de Investigación en Salud Mental de la Australian National University (ANU), ConNetica (REF EdLinq en Queensland-Australia) y la Asociación PSICOST ⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ (Fig. 2).

La escala seleccionada posibilita el seguimiento del:

- Nivel de conciencia de la necesidad por los responsables de la organización.
- Nivel de asimilación en las estrategias de la organización.
- Nivel de asignación y dotación de recursos.
- Nivel de publicación científica y desarrollo.
- Nivel de difusión (excluidas las publicaciones científicas).
- Nivel de impacto en los medios de comunicación y medios sociales.
- Nivel de colaboración con otras organizaciones y población diana.
- Nivel de impacto de la implementación en la organización y población diana.
- Nivel de monitorización y seguimiento de las actuaciones.



Fig. 2. Escala de 7 niveles de impacto de la implementación en el sistema, la organización y la población objetivo.

Para la recogida de la información de una forma estandarizada, en cada una de las actuaciones de cada entidad participante, se elaboró una **ficha de recogida de información básica**. En nuestro caso se determinó que las **evaluaciones de seguimiento fuesen anuales**.

La metodología permite representar mediante diagramas de araña el seguimiento anual acumulado del impacto de implementación de las actuaciones, con un color de línea para cada año, tanto de cada objetivo del plan como de las actuaciones que desarrollan cada una de las 9 Consejerías. Además, permite el seguimiento de las actuaciones en el proceso de ejecución con independencia de la fase en la que se encuentre el Plan, el seguimiento de cada línea del Plan y el trabajo desarrollado por cada entidad que participa. Es muy amigable y entendible por personas no expertas gracias a la representación gráfica periódica en diagramas de tela de araña con un color para cada etapa de implementación.

En las actuaciones de coordinación y dirección del Plan en el año 2018 y utilizando los resultados del informe de progreso y gestión del año 2017 ⁽¹⁹⁾, se procedió a realizar un **estudio para la validación de la escala AIL (*Adoption Impact Ladder*)** y su publicación correspondiente ⁽²⁰⁾.

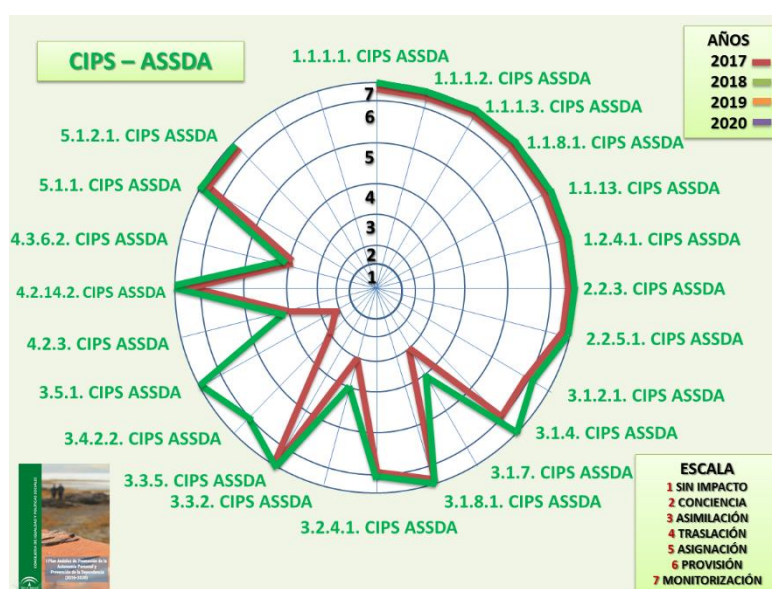
RESULTADOS

El I Plan de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia incluye **6 LÍNEAS, 16 OBJETIVOS ESPECÍFICOS y 110 ACCIONES PROPUESTAS** y coordina a las **9 Consejerías** que participan activamente en el mismo junto a las **8 entidades públicas** y a las Comisiones que se han creado para el seguimiento, evaluación, territorializar su implantación y para cumplir los criterios de gobernanza estratégica. Estas Comisiones han terminado de definir y especificar el I **Programa Bienal 2017-2018** que contemplará las actuaciones que se han desarrollado en cada provincia durante este periodo.

Durante los **dos primeros años 2017-18**, se han puesto en marcha un total de **186 ACTUACIONES EN EJECUCIÓN**, recogiendo la información en las correspondientes **fichas estandarizadas** por cada entidad responsable. En tan solo **32 DE LAS ACCIONES PROPUESTAS** (29% del total de las 110 acciones programadas en el documento del Plan) no se han acometido propuestas específicas de actuación para esta primera etapa del plan y se han dejado para poner en marcha en los años 2019-2020.

6 LINEAS Y 16 OBJETIVOS	CIPS SGPS	CIPS DGPM	CIPS DGPD	CIPS ASSDA	CIPS IAM	FAISEM	CSALUS / SAS	CEDU	CEEC	CFV	CHAP / IAAP	CJI / ESPA	CCUL	CTD	TOTALES	Nº Consejerías + Empresas
L1 Obj 1.1.	-	-	3	5	-	2	7	-	-	-	1	1	3	-	22	5+5
L1 Obj 1.2.	-	1	2	1	-	-	10	-	-	-	2	-	-	5	21	4+3
L2 Obj 2.1.	-	1	-	-	-	1	7	-	-	-	-	1	-	-	10	3+3
L2 Obj 2.2.	-	-	1	2	-	1	5	-	-	-	-	-	-	-	9	2+3
L3 Obj 3.1.	-	2	-	4	-	5	3	-	-	-	-	-	-	1	15	3+3
L3 Obj 3.2.	-	-	3	1	-	2	4	-	-	-	3	-	6	5	24	5+4
L3 Obj 3.3.	-	-	-	2	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	6	2+3
L3 Obj 3.4.	-	1	-	1	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	8	2+2
L3 Obj 3.5.	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1+2
L4 Obj 4.1.	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	3	2+1
L4 Obj 4.2.	-	-	2	2	-	-	5	4	6	2	-	1	10	-	32	7+3
L4 Obj 4.3.	-	4	-	1	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	9	3+3
L5 Obj 5.1.	-	4	2	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	10	2+2
L5 Obj 5.2.	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	-	-	10	3+2
L6 Obj 6.1.	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1+2
L6 Obj 6.2.	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
TOTAL	2	17	13	22	2	15	50	4	9	2	12	8	19	11	186	
% del total	1	9	7	12	1	8	27	2	5	1	7	4	10	6	100%	

Fig. 3: Número de fichas de actuaciones en desarrollo en 2017-2018 por cada Línea y Objetivo del Plan y por cada entidad responsable y porcentaje de participación de cada entidad.



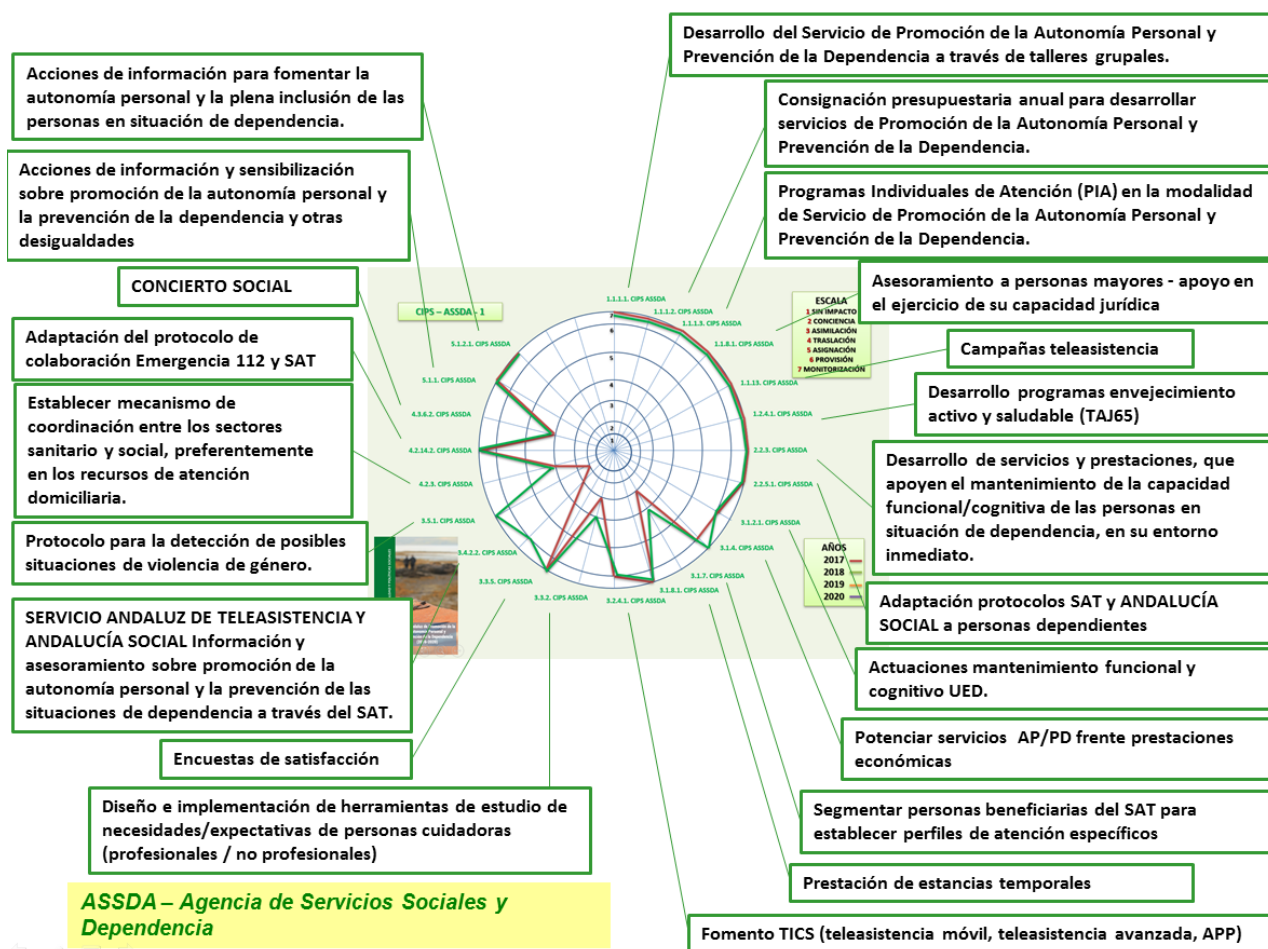


Fig. 4. Ejemplo de la representación de las actuaciones de la Agencia de Servicios Sociales (ASSDA) en el Plan PAP&PD

CONCLUSIONES

El objeto de este Plan es disminuir la prevalencia e incidencia de deficiencias, fragilidad y discapacidades que puedan dar lugar a situaciones de dependencia en personas que todavía no se encuentran en esta situación (prevención de la dependencia), así como la promoción de la autonomía personal y la prevención del agravamiento de la dependencia de las personas que ya están en esa situación.

Pretende coordinar y reforzar los servicios de prevención y promoción de la autonomía que actualmente desarrolla la Junta, especialmente en lo relativo al diseño de los itinerarios personalizados de intervención y a la asignación de profesionales para evitar el agravamiento de situaciones de dependencia moderadas. Se busca que las personas incluidas en esta categoría desarrollen y mantengan sus capacidades mediante intervenciones de terapia ocupacional, de atención temprana, estimulación cognitiva, rehabilitación y otros apoyos y servicios activos.

Asimismo, se seguirán desarrollando los programas de educación para la salud en centros sanitarios, sociales y educativos; las medidas de incorporación o permanencia en el mercado laboral y el impulso a la participación ciudadana y el envejecimiento activo y saludable contando con colectivos interesados, voluntariado y asociaciones.

La cooperación interinstitucional y multisectorial con los representantes de los grupos de interés incluye una estrategia de escalabilidad y despliegue de las actuaciones tradicionales y de otras novedosas basadas en prácticas innovadoras. No obstante, la complejidad del programa y de sus intervenciones en todas sus vertientes y facetas, sin bien está estratégicamente diseñada, resultan en ocasiones repetitivas y otras inconexas, de difícil seguimiento para los no conocedores en profundidad del programa. Asimismo, los objetivos resultan necesarios pero muy ambiciosos en términos temporales y económicos y debido a la complejidad del sector del que trata, los resultados finales presentan cierto grado de incertidumbre.

En definitiva, a pesar del enorme esfuerzo humano que va a ser necesario en su desarrollo, de la implicación multisectorial y multidisciplinar y de los recursos a utilizar a todos los niveles, la sensación imperante de los miembros de las diferentes Comisiones es que el programa avanza en la dirección adecuada y también se deduce que el paso del nivel estratégico al operativo es ya una realidad.

Al evaluar estas actuaciones nos permite apreciar un avance en el estímulo que se realiza desde las diversas políticas públicas para fomentar la participación social de las personas mayores y conseguir que a pesar de que la sociedad en su conjunto tienda al envejecimiento, las necesidades y la realidad de esta población se activen y se visualice. Las personas mayores y las personas con discapacidad aportan valores a la sociedad y la enriquece al permitir la convivencia activa, integradora y participativa con la diversidad y la intergeneracionalidad.

Por otro lado, la diversidad de las actuaciones que se han dispuesto para el 2017 y 2018 ha necesitado un esfuerzo muy grande en el proceso de recopilación de resultados e indicadores al estar implicadas 9 Consejerías, 8 entes públicos y un desarrollo atomizado de actuaciones en las 8 provincias. En estos dos años se han acometido 186 actuaciones en las 6 líneas prioritarias de actuación, afectando a los 16 objetivos propuestos. Los indicadores específicos seleccionados para esta tarea eran 304. Con posterioridad tendremos que desarrollar un sistema adecuado para conseguir realizar el estudio del impacto social del Plan.

Con respecto al sistema de seguimiento que hemos utilizado podemos afirmar que es posible utilizar la **escala AIL** de impacto de la implementación con la escalera de 7 niveles para el seguimiento de este tipo de Plan complejo, multidimensional y donde participan tantos actores. Esta metodología de evaluación elegida y su representación mediante gráficas de tela de araña permitirá evaluar la implantación y desarrollo de las actuaciones del Plan de una forma coordinada, visualmente amigable y ordenada. Igualmente posibilita el seguimiento de todos los niveles planteados en los objetivos.

El Plan Andaluz para la Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia se constituye como una herramienta de especial interés para la estrategia del envejecimiento de Andalucía, de la estrategia de los servicios sociales de Andalucía y el desarrollo de la nueva Ley de Servicios Sociales de Andalucía.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- CIPS. I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. SEVILLA. 2015.
<http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypolicassociales/areas/dis-capacidad/plan-promocion-autonomia.html>
- 2.- CIPS. Libro blanco del envejecimiento activo en Andalucía. SEVILLA. 2011.
- 3.- CSPS. Plan de Salud (4º) IV Plan Andaluz de Salud [Recurso electrónico] / [dirección del plan, J Ruiz Fernández, A Rabadán Asensio, A Fernández Ajuria]. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. SEVILLA. 2013. URL: http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
- 4.- WHO. Disability. WHA66.9. GENEVA. 2013.
- 5.- WHO. Global Disability Action Plan 2014-2020: Better health for all people with disabilities. WHO, GENEVA. 2014.
- 6.- United Nation General Assembly. Convention on the rights of persons with disabilities. Resolution 61/106; UN, NEW YORK. 2006.
- 7.- I Plan Andaluz de Atención Integral a Personas Menores de 6 años en situación de Dependencia o en riesgo de desarrollarla (2017-2020). URL: <http://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78232.html>
- 8.- CIPS. Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. BOJA.
- 9.- J Bousquet, D Kuh, M Bewick, et al. Hot topic in geriatric medicine: Operative definition of active and healthy ageing (AHA): Meetingreport. Montpellier October 20–21, 2014. European Geriatric Medicine. 2014;5 (Issue 6): 406-415.
- 10.- J Bousquet, D Kuh, M Bewick, et al. Operational definition of active and healthy ageing (AHA): A conceptual framework. The journal of nutrition, health & aging (JNHA). 2015; Sep 19: 1-6.
- 11.- J Bousquet, D Kuh, A Cano et al. Building bridges for Innovation in Ageing: Synergies between Action Groups of the EIP on AHA. J Nutr Health Aging. 2017; 21-1: (92-104).

-
- 12.- M García-Sáez, AM Carriazo, F Alonso-Trujillo, P Gálvez-Daza, M Martínez-DOMENE, grupo EIPONAHHA de Andalucía. REF: 25. Consorcio europeo para la innovación del envejecimiento activo y saludable - EIPonAHA – actuaciones en servicios sociales de Andalucía. Paraninfo Digital. 2017; 26:1-11. Ref. 25. URL: <http://www.index-f.com/para/n26/pdf/025.pdf>
- 13.- F Alonso Trujillo, M García-Sáez, S Jiménez González, P Gálvez-Daza, M Martínez Domene, grupo Plan And PAPPD. Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020). VII Encuentro Provincial de Profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios. Los SSCC, tomando el pulso a la práctica. Diputación de Jaén, Ayuntamiento de Andújar y Delegación Territorial de Jaén de la Junta de Andalucía. ANDÚJAR. 20/10/2016. DOI:10.13140/RG.2.2.21028.88962 URL: <https://campinadigital.me/2016/10/20/andujar-acoge-el-vii-encuentro-provincial-de-profesionales-de-los-servicios-sociales/>
- 14.- F Alonso-Trujillo, M García-Sáez, S Jiménez González, P Gálvez-Daza, M Martínez Domene, Grupo Plan AND PAPPD. REF 41. Metodología para la redacción del plan andaluz de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia (2016-2020) y previsión de resultados. Paraninfo Digital. 2017; 26. Ref. 41. URL: <http://www.index-f.com/para/n26/pdf/041.pdf>
- 15.- J Mendoza, M Wands, L Salvador-Carulla, M Hackett, L Najlepszy, A Fernandez. Evaluation of the Queensland Ed-LinQ Initiative: a school-community mental health initiative. Report for the Queensland Mental Health Commission. ConNetica. BRISBANE. 2014. October. URL: <https://www.qmhc.qld.gov.au/sites/default/files/wp-content/uploads/2014/11/Final-Complete-Ed-LinQ-Report.pdf>
- 16.- L. Salvador Carulla. Brain and Mind Centre: Operational & Strategic planning process 2016 – 2020. IMPACT ASSESSMENT. 2016. (Comunicación personal).
- 17.- Lukersmith S, Millington M, Salvador-Carulla L. What is case management? A scoping and mapping review. Int J Integr Care. 2016; 16:2.
- 18.- Lukersmith S. A taxonomy of case management: development, dissemination and impact. [Tesis doctoral]. Sydney: University of Sydney; 2017.
-

URL:

[https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/17000/1/LukersmithPhDthesis117 2017.pdf](https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/17000/1/LukersmithPhDthesis117%202017.pdf)

19.- F Alonso-Trujillo, P Gálvez, A Velasco, AM Vázquez, A Pérez, C Conradi, JM Espinosa, MD Gallardo, M Vázquez, ML Martínez, M Presencio, MI Adán, R García, S González, S Jiménez, grupo de expertos del PAP&PD. Informe de progreso y de gestión – I Bienal 2017-2018. I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020). Secretaría General de Servicios Sociales. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Sevilla. 2018. DOI: 10.13140/RG.2.2.17850.44485 [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/16/06/PAP_PD_I NFORME 2017.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/16/06/PAP_PD_I_NFORME_2017.pdf)

20.- F Alonso-Trujillo, JA Salinas, MR Gutiérrez Colosía, JL González, S Pinzón, S Jiménez, P Gálvez, M Martínez, L Salvador. Evaluación del impacto de un Plan Multisectorial de Promoción de la Salud y Bienestar Social en Andalucía. Gaceta Sanitaria. 2019 (en prensa). DOI: 10.1016/j.gaceta.2019.01.001 URL: <http://www.gacetasanitaria.org/es-evaluacion-del-impacto-un-plan-avance-S0213911119300354>.

CAPÍTULO 5

LA OBLIGACIÓN LEGAL DE CUIDAR A NUESTROS MAYORES

Isabel Zurita Martín

Catedrática de Derecho Civil
Universidad de Cádiz

Sumario:

1. Deber moral y obligación legal.
2. Contenido de la obligación legal de alimentos y sujetos obligados.
3. Estado de necesidad del alimentista y posibilidad económica del alimentante.
4. Pensión alimenticia o convivencia en el domicilio del alimentante.
5. Una reflexión final.

1. Deber moral y obligación legal

Si desde el ámbito jurídico hablamos de la obligación de cuidar a nuestros mayores nos estamos refiriendo a un deber legal de actuación que puede ser coactivamente exigido, en tanto nuestro ordenamiento, concretamente el Código Civil, así lo reconoce. Para un profano en Derecho puede resultar llamativo que esto suceda, hasta el punto de poder llegar a preguntarse con asombro si realmente la ley me ordena que cuide de mis padres, de mis abuelos o de otros parientes, cuando tal actuación es algo considerado socialmente como un desempeño intrínseca y únicamente derivado del sentimiento familiar.

Verdaderamente, el deber de cuidar a nuestros padres, a nuestros mayores en general, es comúnmente considerado una obligación moral; una obligación nacida del cariño o del afecto o, simplemente, a falta incluso de cercanía afectiva, proveniente de un deber espiritual o del mero vínculo familiar, biológico o no, que existe entre ascendientes y descendientes. El cumplimiento de este deber moral, sin embargo, no puede imponerse de forma coactiva, bajo la amenaza de una sanción, como sucede con el deber legal. De ahí que el legislador quisiera

reconocer en el ordenamiento jurídico, al margen de la obligación moral de cuidar a nuestros padres, una obligación de carácter legal, cuyo cumplimiento puede ser exigido judicialmente, y cuyo incumplimiento puede significar la imposición de distintas sanciones.

Este deber legal se incardina en la llamada “obligación legal de alimentos” o “alimentos entre parientes”, institución regulada entre los artículos 142 a 153 del Código Civil español. El fundamento de su existencia se ha querido ver en el principio de solidaridad familiar, que encuentra reflejo constitucional en el artículo 39.1 de nuestra Carta Magna, cuando ordena a los poderes públicos asegurar “la protección social, económica y jurídica de la familia”. Esta obligación legal, no obstante, ha de ser entendida, también a la luz de la propia Constitución Española -que define España en su artículo 1.1 como un Estado social y democrático de Derecho-, como una prestación complementaria de la asistencia social pública. De este modo, cuanto mayor desarrollo y fortaleza alcance el Estado social, menor ha de considerarse cuantitativamente la obligación legal de atender a nuestros familiares. Precisamente, podría afirmarse que es en el ámbito de la tercera edad donde con mayor fuerza ha evolucionado en los últimos tiempos el Estado social español, al amparo de todo un entramado legislativo tendente a la protección de la dependencia, para el que, desgraciadamente con demasiada frecuencia, no dan respuesta completa los fondos públicos disponibles.

2. Contenido de la obligación legal de alimentos y sujetos obligados

Incardinado, pues, este deber de cuidar de nuestros mayores en el marco de la obligación legal de alimentos que regula el Código Civil, hay que partir del contenido de dicha obligación a fin de describir las actuaciones de las que aquellos serían acreedores. A ello que se refiere el artículo 142 del mencionado texto legal, que entiende por alimentos “todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica” del alimentista. El concepto de alimentos debe entenderse, pues, en sentido muy amplio, como todo aquello que

ha de cubrir las necesidades vitales de la persona. Cuidar de nuestros mayores como alimentantes en sentido legal implicaría, por tanto, proporcionarles atención en todos los aspectos mencionados, en la forma que judicialmente se ordene.

La obligación legal de alimentos no se extiende a cualquier pariente, sino solo a los señalados en el artículo 143 del Código Civil, que los restringe, con carácter recíproco, a cónyuges, descendientes, ascendientes y hermanos; estos últimos solo se deben alimentos estrictos, no amplios, los llamados “auxilios necesarios para la vida”, según especifica el párrafo segundo del citado precepto. En consecuencia, en contra del entendimiento socialmente generalizado, cuidar de nuestros mayores no es un deber que corresponda en exclusiva a los hijos –aunque sea este el supuesto más común, en el que solemos pensar-, sino también a los nietos, a los cónyuges e, incluso, a los hermanos de la persona mayor necesitada. Cuando concurren diversos alimentantes en varios estamentos, el Código prevé la aplicación de un orden de prelación entre ellos, viniendo obligados en primer lugar los cónyuges, luego los descendientes de grado más próximo –es decir, los hijos antes que los nietos-, seguidamente los ascendientes, también de grado más cercano, y finalmente los hermanos. En el supuesto de que recaiga sobre dos o más personas del mismo grado la obligación de dar alimentos, se repartirá entre ellas el pago de la pensión en cantidad proporcional a su caudal respectivo.

3. Estado de necesidad del alimentista y posibilidad económica del alimentante

Cumpléndose con el requisito de parentesco antedicho, presupuesto asimismo básico del nacimiento de la obligación alimenticia es la existencia de un estado de necesidad en el alimentista, circunstancia esta que ha de ser objeto de valoración e interpretación judicial. En esta materia, como en tantas otras del Derecho de Familia, el arbitrio judicial juega un trascendental papel; en esta ocasión, el juzgador cuenta con un amplio campo de actuación a la hora

determinar la concurrencia o no de los requisitos legalmente exigidos para la interposición exitosa de la correspondiente acción frente a los tribunales. A fin de estimar una demanda de alimentos, el juez deberá valorar si, en función de las particulares circunstancias del caso, el demandante se encuentra en verdadero estado de necesidad, considerando si tiene derecho a exigirlos y frente a quién.

El “estado de necesidad” es un concepto jurídico indeterminado, carente de parámetros normativos precisos, correspondiendo a los juzgadores la apreciación de su existencia en cada supuesto concreto; en esta labor, los tribunales van construyendo doctrina jurisprudencial sobre las distintas circunstancias o condiciones que podrían dar lugar al nacimiento de la obligación alimenticia. En cualquier caso, jurisprudencialmente se aprecia que estado de necesidad no ha de identificarse con estado de indigencia, por cuanto aquel puede acaecer en el marco de un amplio abanico de situaciones en las que se puede encontrar una persona, que la llevan a necesitar una prestación de esta naturaleza. La persona anciana o dependiente, en tanto integrante de un colectivo vulnerable, resulta especialmente sensible a incurrir en una situación de estado de necesidad, derivada tanto de sus escasos recursos económicos como de su falta de capacidad para asistirse a sí misma.

Finalmente, un tercer presupuesto imprescindible, tanto para el nacimiento como para la continuación de la obligación de alimentos ya establecida, es la posibilidad económica del alimentante. Si se demuestra que este carece de los medios económicos suficientes no nacerá para él la obligación de alimentar al pariente que lo demande.

Una vez determinada la obligación de alimentos y la persona que debe prestarlos, el juez también concretará la cuantía de la prestación que corresponda. A ello se refiere el artículo 146 del Código Civil cuando establece que “la cuantía de los alimentos será proporcionada al caudal o medios de quien los da y a las necesidades de quien los recibe”. Teniendo en cuenta estos condicionantes, las prestaciones alimenticias se reducirán o aumentarán proporcionalmente según el aumento o disminución que experimenten las

necesidades del alimentista y la fortuna del que hubiere de satisfacerlas (art. 147 CC); de esta manera, el juez fijará inicialmente la cuantía de la prestación teniendo en cuenta de nuevo las circunstancias del caso. Si el demandante de alimentos es una persona mayor, el juzgador deberá analizar dichas circunstancias teniendo presente diversos factores, entre ellos, su situación económica personal, las prestaciones públicas de que dispone, las condiciones de su vivienda y su estado físico y psíquico, en particular su capacidad de asistirse. Del otro lado, la autoridad judicial debe estudiar la situación en la que se encuentra el alimentante, valorando no solo su capacidad económica, sino también sus posibilidades de cumplir con la prestación en forma pecuniaria o en especie.

4. Pensión alimenticia o convivencia en el domicilio del alimentante

Con respecto a esta última cuestión, el Código Civil prevé que la prestación de alimentos pueda consistir tanto en una pensión dineraria como en una prestación de carácter personal. En el primer caso, el juez fijará la cuantía de la pensión alimenticia, que, a falta de pacto u otra indicación, se pagará periódicamente, por meses anticipados (art. 148.2 CC). En el segundo caso, el artículo 149 del Código Civil concede al obligado a prestar alimentos la posibilidad de optar, a su libre elección, entre satisfacerlos pagando la pensión que se fije o recibiendo y manteniendo en su propia casa al que tiene derecho a ellos. Este derecho de opción, en cualquier caso, no tiene carácter absoluto, como se deriva del párrafo segundo del propio artículo, al precisar que esta elección no será posible en cuanto contradiga la situación de convivencia determinada para el alimentista por las normas aplicables o por resolución judicial, y será igualmente rechazable cuando concurra justa causa o perjudique el interés del alimentista menor de edad.

La facultad de opción con que cuenta el alimentante para cumplir con la obligación de alimentos prestándolos en su propio domicilio, parece particularmente interesante en el contexto de las personas mayores, en especial

apegadas a su entorno habitacional y social. En verdad, la fijación de la prestación de alimentos a los padres en el domicilio de los hijos puede resultar ciertamente conflictiva, por cuanto hablamos de personas mayores de edad, con capacidad, en principio, de ejercitar plenamente su autonomía de la voluntad. En esta materia, la negativa de los mayores a salir de su hogar para trasladarse a vivir al domicilio de sus hijos o a un centro asistencial, quizás sea uno de los problemas más usuales a los que se enfrentan los profesionales de la gerontología. Aunque la casuística de este problema puede ser muy amplia, las soluciones con las que cuenta el Derecho confluyen tan solo en dos: por un lado, la imposibilidad de obligar coactivamente al mayor con capacidad a salir de su domicilio; por otro, la necesidad de incapacitar a la persona cuando se den las circunstancias que posibiliten el inicio del correspondiente procedimiento judicial.

En todo caso, debemos tener presente que, aunque la obligación de alimentos existe en todo momento para los sujetos obligados, tan solo puede ser exigida cuando sean demandados por la persona legitimada; en consecuencia, si la persona mayor no demanda alimentos judicialmente a sus hijos, nietos o, en su caso, hermanos, estos no pueden ser obligados a cumplir por exigencia de la autoridad judicial. Y lo cierto es que la reclamación de alimentos legales es en cierta medida frecuente por parte de los hijos mayores de edad frente a sus padres, pero es por completo inusual en sentido inverso.

Contando con esta premisa, pensemos en las situaciones con las que nos podemos encontrar cuando una persona mayor necesita ayuda para desarrollar su vida cotidiana, pero no quiere abandonar su domicilio:

- a) Mayor con facultad de decisión, con recursos económicos, pero necesitado de ayuda: en este caso la persona mayor no estaría legitimada para solicitar alimentos –tampoco querría hacerlo-, en tanto no se encuentra en estado de necesidad, ya que cuenta con recursos económicos suficientes para evitar tal estado. Por sus circunstancias, sus hijos solo tienen posibilidad de atenderlo trasladándolo a su domicilio, pero no pueden obligarlo de forma coactiva en

contra de su voluntad. Estamos ante un conflicto puramente familiar, no jurídico.

b) Mayor con facultad de decisión, necesitado de ayuda y sin recursos económicos: en este supuesto, el mayor sí contaría con legitimación para reclamar alimentos. Si no lo hace nos encontraríamos en la misma situación anterior; los hijos dispuestos a asistirlo no pueden hacerlo de forma coactiva obligándolo a convivir con ellos, o ingresándolo en un centro asistencial si no consiente. Si demanda alimentos a los hijos, el juez podría disponer que la prestación de alimentos se satisfaga en el domicilio de los alimentantes, si bien tampoco en este caso se podría obligar al alimentista de forma coactiva a abandonar su domicilio. Solo cabría que se estipulara por el juez una pensión alimenticia si los hijos tuvieran suficientes recursos para ello. El artículo 149 del Código Civil no resuelve el problema. Este prevé que el alimentante no puede ejercitar la opción de llevar a vivir al alimentista a su casa si concurre justa causa que impida la convivencia, como sería, por ejemplo, la existencia de desavenencias graves entre las partes; pero la consecuencia de la carencia de causa nos lleva a la improcedencia de la obligación de prestar alimentos y, con ello, a la desatención de la persona mayor, que no puede ser llevada en contra de su voluntad al domicilio del alimentante, como podría hacerse con un menor carente de suficiente juicio. Cuestión distinta sería que los hijos se desentendieran por completo de cualquier obligación para con su padre, que sufre un total abandono, pues en tales circunstancias se podría incurrir en un delito de abandono de familia, que no tratamos ya desde el ámbito civil.

c) Mayor con falta de capacidad: en este supuesto cabría la posibilidad a los hijos de iniciar un proceso de incapacitación del padre, que culmine en una sentencia en la que se le nombre tutor, normalmente uno de sus hijos. Tan solo en este caso la persona mayor puede ser trasladada de su domicilio, bien al de sus hijos, bien a un centro residencial, en función de los lazos familiares y los recursos económicos o de orden habitacional

disponibles. Es posible el cumplimiento de la prestación de los alimentos por los hijos internando al padre en un centro residencial, si bien la problemática del consentimiento al internamiento de la persona mayor, capaz o incapacitada, siguiendo el procedimiento que contempla la Ley de Enjuiciamiento Civil, es cuestión que excede del objeto de esta ponencia.

Como se ha indicado, la conflictividad judicial de la reclamación de alimentos por personas mayores a sus hijos es escasa, y en cualquier caso reducida al ámbito de tribunales de primera instancia. Y es que las características de estos eventuales alimentistas no casan bien con esta institución. Por un lado, los padres, personas mayores que han ejercido de cuidadores de sus hijos, no son proclives a solicitar de estos su cuidado. Por otra parte, los mayores en estas circunstancias se encuentran en una situación de dependencia, no solo económica sino también afectiva, respecto de sus hijos, lo que los hace ajenos a cualquier pretensión de reclamación frente a ellos. A todo ello podría añadirse que, en la generalidad de los casos, los hijos no hacen dejación absoluta del cuidado de sus progenitores. En todo caso, no obstante, una vez alcanzado el estadio judicial y habiéndose acordado en la correspondiente sentencia, el incumplimiento de la obligación alimenticia por parte del alimentante puede desencadenar distintos efectos civiles. Entre ellos, cabe el embargo y la ejecución forzosa de los bienes del deudor de la pensión, constituye causa de desheredación y también puede ser causa suficiente para revocar una donación realizada previamente por el alimentista a favor del alimentante; podría asimismo originar responsabilidad penal, en el caso de que concurran las circunstancias constitutivas de un delito de abandono de familia, como ya se ha señalado.

Finalmente, la obligación de prestar alimentos determinada judicialmente no solo puede ser objeto de modificación posterior, bien aumentando o bien disminuyéndose su cuantía, sino que podrá extinguirse definitivamente por diversas causas. Así, al margen de la muerte de alimentante o alimentista, también se extinguiría tanto por la insuficiencia patrimonial sobrevenida del

deudor (art. 152.2º CC), como por la desaparición de la necesidad del alimentista acreedor (art. 152.3º CC), así como en el caso de que este hubiese cometido alguna falta de las que dan lugar a la desheredación (art. 152.4º CC).

5. Una reflexión final

Teniendo como telón de fondo este marco normativo, en el que se encuadra la obligación de cuidar de nuestros mayores, debe reflexionarse, a modo de conclusión, sobre la operatividad del Derecho para solucionar los problemas familiares que en este ámbito se desencadenan. Realmente, las normas existentes resultan inoperantes en muchas situaciones, siempre que el resultado final no pueda ser otro que el derivado del respeto al derecho a la libertad, a la autonomía y plena capacidad de decisión del individuo. El Derecho solo puede ofrecer respuesta satisfactoria a las cuestiones más conflictivas nacidas de la obligación de alimentar a nuestros padres en algunos casos concretos.

Básicamente, instituye tal deber como una obligación legal, lo que permite a la persona mayor exigir judicialmente a sus hijos una pensión alimenticia, pero más allá de ahí no puede solventar sin fisuras los demás conflictos que se presentan. No podemos obligar legalmente a nuestros padres a abandonar su hogar, a vivir con sus parientes más cercanos o a ingresar en un centro residencial, ni siquiera a aceptar ayuda de sus hijos o allegados. Y ello es así porque por encima de todas estas circunstancias debemos respetar sus derechos fundamentales, constitucionalmente reconocidos, a la dignidad y libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE) y a la libertad personal y deambulatoria (art. 17 CE).

No podemos desconocer que, en el ámbito familiar, todo lo que haya de hacerse por obligación pierde efectividad práctica, simplemente porque la coacción se compadece mal con la propia esencia del concepto de familia. El Derecho, ni puede ni está llamado a desenredar las rencillas o desencuentros familiares, la falta de cercanía o sintonía entre padres e hijos, el desafecto o el desamor. Un juez mal puede solucionar una disputa familiar que deriva de

sentimientos encontrados cuando sus protagonistas no pueden hacerlo; ni siquiera cuando han de protegerse los intereses de los menores de edad la autoridad judicial consigue evitar desajustes, agravios o escenarios poco deseables. Cuando de adultos se trata, tan solo en los supuestos en que los conflictos familiares deriven en cuestiones patrimoniales, las leyes pueden solucionar las situaciones de injusticia o desequilibrio económico; cuando se trata de desavenencias, opiniones discrepantes o contiendas de carácter exclusivamente personal, el Derecho solo podría aportar una salida de emergencia, a veces inservible o inefectiva.

En el campo de la gerontología, el ordenamiento jurídico, ya sea en materia de alimentos o en otras cuestiones, otorga a las partes afectadas instrumentos para la protección de los intereses más vulnerables, pero siempre desde la observancia de los derechos fundamentales de la persona. Desde este punto de partida, cuando los mecanismos jurídicos no puedan solucionar con solvencia u operatividad las situaciones personales de conflicto, lo más aconsejable es acudir a la mediación familiar. La mediación está llamada a cumplir un importante papel en la sociedad venidera, de hecho, ya lo está desplegando en muy diversos escenarios jurídicos conflictivos. Tan es así que el Anteproyecto de Ley de Mediación aprobado por el Consejo de Ministros el 11 de enero de 2019 obligará a intentar solucionar los conflictos civiles y mercantiles más comunes mediante la participación de un mediador antes de acudir al juez; entre estos conflictos se citan expresamente los derivados de la obligación legal de alimentos entre parientes.

Intentemos, pues, solucionar los problemas que nacen de la obligación de cuidar a nuestros mayores desde el diálogo, utilizando la mediación –en la que deben estar formados los profesionales de la gerontología-, como vehículo más idóneo y efectivo de proteger a nuestros padres y abuelos, además de preservar la paz familiar. El recurso a los tribunales debe ser siempre en estos casos el último camino.

CAPÍTULO 6**DETECCIÓN PRECOZ DE LA FRAGILIDAD****PEDRO ABIZANDA SOLER**

Jefe Servicio Geriátría.
Hospital Universitario de Albacete.

La fragilidad es un estado de prediscapacidad dentro del continuum funcional que va desde la máxima capacidad intrínseca posible hasta la dependencia absoluta para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La Acción Conjunta de la Unión Europea 724099/ADVANTAGE la define como “un estado caracterizado por un declinar progresivo de los sistemas fisiológicos relacionado con el envejecimiento, que resulta en una reducción de la capacidad intrínseca y que confiere una extrema vulnerabilidad a estresores, aumentando el riesgo de presentar diversos eventos adversos de salud”.

La fragilidad es un síndrome complejo, de causa multifactorial, heterogéneo, relacionado biológicamente con el envejecimiento y que presenta transiciones bidireccionales entre sus estados de robustez-prefragilidad-fragilidad. Los principales estresores asociados con una progresión de la fragilidad son la hospitalización, la enfermedad aguda, el cambio de fármacos o los cambios sociales. La fragilidad se ha asociado de manera independiente en meta-análisis a mortalidad, discapacidad incidente tanto en ABVD como en AIVD (actividades instrumentales), institucionalización, hospitalización, visitas a urgencias, caídas, fracturas, demencia y mala calidad de vida, originando un incremento en los costes hospitalarios, costes sanitarios globales y costes indirectos. Su prevalencia es elevada, del 12% en mayores de la comunidad y hasta del 18% en estudios poblacionales según estimaciones de la Joint Action ADVANTAGE que ha analizado 62 estudios epidemiológicos.

Para el diagnóstico, el fenotipo de fragilidad descrito por Fried es hoy por hoy el instrumento más ampliamente usado y referenciado en la literatura científica. Está conformado por 5 criterios clínicos objetivos: pérdida de peso, debilidad muscular, baja resistencia y agotamiento, lentitud en la velocidad de la marcha, y bajo nivel de actividad física. La herramienta FRAIL, una adaptación del fenotipo de fragilidad de Fried para poder ser aplicada en todos los ámbitos sanitarios como urgencias o las unidades de hospitalización, se ha desarrollado posteriormente presentando una buena concordancia con el fenotipo original. El Índice de Fragilidad (*Frailty Index*, FI) es el más representativo y de referencia dentro de los índices de acumulo de déficits o multidimensionales, evaluando 70 ítems que se suman. Posteriormente se han publicado versiones reducidas, aunque su principal problema conceptual es que incluye a la propia discapacidad en su constructo, funcionando realmente como una escala de estado vital más que de verdadera fragilidad. De este índice ha derivado la escala clínica de fragilidad, que clasifica a los mayores en 9 categorías que incluyen la discapacidad.

Aunque ningún modelo de atención sanitaria ha demostrado de manera inequívoca ser superior a otro en referencia a la fragilidad, el modelo más recomendado actualmente es el basado en cuidados integrales, continuados y coordinados, en el que el sistema sanitario detecte la fragilidad de manera sistemática desde Atención Primaria iniciando el tratamiento previamente comentado, sin solución de continuidad pase a los Servicios de Geriátrica hospitalarios cuando lo precise estableciendo mecanismos de continuidad de cuidados entre ambos dispositivos, y todo ello esté coordinado con los Servicios Sociales. La fragmentación de cuidados separando la Atención Primaria de los Servicios de Geriátrica y de los Servicio Sociales solo conlleva a desastres en la atención sanitaria a los mayores frágiles. Los modelos escoceses (*Think Frailty*) e inglés (*Fit for Frailty*) se encuentran entre los mejor estructurados, implementados y validados para el manejo de la fragilidad.

En el año 2018, y como parte del trabajo de ADVANTAGE, se hacen recomendaciones sobre cuál debe ser el mapa de ruta de la atención a la fragilidad en Europa, cómo abordar el manejo de la fragilidad a nivel individual y cuáles son las intervenciones que, hasta la fecha, se deben considerar definitivamente contrastadas. Este mapa de ruta incluye los siguientes elementos:

1. Estrategia poblacional
 - a. Concienciación social
 - b. Medidas de educación y promoción de la salud
 - c. Estrategia de ciclo de vida
2. Sistema de salud: Atención Primaria
 - a. Cribado y búsqueda activa
 - b. Intervenciones generales: Ejercicio, nutrición, control de la multimorbilidad
 - c. Derivación a especialista en casos complejos
3. Sistema de salud: Equipos especializados en fragilidad
 - a. Servicios de Geriátrica hospitalarios. Valoración Geriátrica Integral.
 - b. Integrados con Atención Primaria y coordinados con los Servicios sociales
 - c. Continuidad de cuidados
4. Sistema de salud: Urgencias hospitalarias
 - a. Valoración rápida y derivación cuando esté indicada
 - b. Sistemas de alertas
5. Otros actores
 - a. Servicios sociales
 - b. ONGs
 - c. Servicios privados

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad lidera desde el 2014 una estrategia nacional denominada “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor.

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. 2014” que establece las bases de la atención sanitaria a los frágiles, desde el cribado, la detección, la clasificación y la intervención. El programa está basado en Atención Primaria, pero cuenta con el respaldo de la Geriatria como Atención Hospitalaria.

Por último, están en fase de investigación plataformas tecnológicas como el sistema FACET que permitirán la identificación, monitorización e intervención en personas mayores frágiles o en riesgo de fragilidad para reducir o retrasar este síndrome.

Bibliografía

1. Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, et al. Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults? J Nutr Health Aging 2014; 18: 622-7.
2. Hoogendijk EO, Romero L, Sánchez-Jurado PM, et al. A New Functional Classification Based on Frailty and Disability Stratifies the Risk for Mortality Among Older Adults: The FRADEA Study. J Am Med Dir Assoc 2019; 20: 1105-1110.
3. García-Nogueras I, Aranda-Reneo I, Peña-Longobardo LM, et al. Use of Health Resources and Healthcare Costs associated with Frailty: The FRADEA Study. J Nutr Health Aging 2017; 21: 207-14..
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56A: M146-56.
5. Kojima G, Iliffe S, Walters K. Frailty index as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing 2017; 13:1-8.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf .

-
7. Rodríguez-Laso A, Caballero Mora MA, García Sánchez I, et al. State of the art report on the prevention and management of frailty. Joint Action '724099 / ADVANTAGE'. Accesible en: <http://www.advantageja.eu/images/State-of-the-Art-ADVANTAGE-JA.pdf>.
 8. Rodriguez-Mañas L, Fried LP. Frailty in the clinical scenario. Lancet 2015; 385(9968): e7-e9.
 9. O'Caoimh R, Galluzzo L, Rodríguez-Laso Á, et al. Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis. Ann Ist Super Sanita 2018; 54: 226-238.
 10. Hendry A, Vanhecke E, Carriazo AM, et al. Integrated Care Models for Managing and Preventing **Frailty**: A Systematic Review for the European Joint Action on **Frailty** Prevention (**ADVANTAGE** JA). Transl Med UniSa 2019; 19: 5-10.

CAPÍTULO 7

CUANDO SE PIERDEN LAS FUERZAS ¿SE PUEDE RECUPERAR?

ESTHER SERRANO MARTÍN-LÁZARO

Terapeuta Ocupacional Fundación San José, Jerez de la Frontera

1. PERSPECTIVA OCUPACIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES.

La detección y tratamiento del anciano frágil es un tema prioritario en nuestra atención a las personas mayores, estrechamente ligado al tema de la funcionalidad y dependencia, su pérdida y su prevención.

Anteriormente la atención sanitaria a los mayores se fundamentaba en la atención a la enfermedad y olvidaba los condicionantes biopsicosociales de las personas. Con la aparición de la Geriátrica se observó que había aspectos muy importantes que debían tenerse en cuenta como los síndromes geriátricos, el estado cognitivo y funcional, la discapacidad y los condicionantes psicosociales y ambientales. Es a partir de aquí cuando se fundamentan las bases de la medicina geriátrica, la VGI, los servicios de geriatría con los niveles asistenciales y el trabajo en equipo interdisciplinar.

Los cambios físicos, psicológicos y sociales que se atribuyen a la vejez pueden incidir en la capacidad de realizar ocupaciones diarias y esto puede tener un gran impacto en la calidad de vida de los mayores. Cuando estas actividades de la vida diaria se ven afectadas por déficits físicos, sensoriales, cognitivos, emocionales, mentales... el Terapeuta Ocupacional puede ayudar a retomar la

independencia y autonomía para lograr mejorar su calidad de vida y disminuir el riesgo de establecerse el estado de fragilidad.

Los abordajes utilizados por el Terapeuta Ocupacional serán distintos en función de las necesidades, dificultades y los objetivos que se pretendan alcanzar.

El objetivo del Terapeuta ocupacional es mejorar las dificultades del día a día de las personas que lo necesitan.

Cuando estamos ante un anciano frágil que debido a una situación transitoria sufre un detrimento de las funciones fisiológicas, psicológicas, emocionales... la intervención del Terapeuta Ocupacional se hace necesario y cobra realmente importancia ante la necesidad de acortar períodos de inactividad durante su estancia hospitalaria debido a procesos de agudización, caídas en el domicilio, enfermedades sobrevenidas, deterioro cognitivo o cualquier situación que le lleve a padecer una situación de dependencia o riesgo de sufrir fragilidad.

Debemos diferenciar entre el abordaje de una persona mayor independiente, no frágil, que sufre un evento estresante menor, como puede ser una caída y que puede volver a su situación basal con la intervención del Terapeuta ocupacional ya que se verán afectadas las actividades de la vida diaria básicas o instrumentales y donde se hace necesario la utilización de adaptaciones o ayudas técnicas, simplificar la actividad en tareas sencillas hasta conseguir el objetivo planteado, y una persona mayor frágil, que después de un evento estresante similar al anterior, sufre un deterioro mayor que puede producirle dependencia funcional y que aunque salga de la dependencia no volverá a la situación inicial o que incluso puede empeorar. Es por ello, que se hace necesario crear protocolos de actuación que permitan intervenciones

concretas sobre los grupos de población más vulnerable con el objetivo de mejorar la salud y con ello las cifras de dependencia y de coste sanitario-social asociado al envejecimiento cuando está observado que dicha actuación produce claros beneficios en términos de función y por tanto de salud y coste.

2. INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

Valoración de anciano frágil

Tener más de 80 años
Vivir solo o aislado
Alta hospitalaria reciente
Reingresos hospitalarios en el último año
Ser portador de enfermedades crónicas
Reunir criterios objetivables de deterioro funcional, físico o mental
Polifarmacia
Haber presentado trastornos en la marcha o caídas repetidas en el último año

En la tabla 1 se muestran diferentes elementos que definen al anciano frágil.

Elaboración propia

La esencia de la geriatría y de tener un buen diagnóstico específico sobre la salud de las personas mayores es medir en términos de función y no de enfermedad, ya que la valoración funcional constituye la clave del sistema. Dentro de esta valoración es importante tener en cuenta algunos aspectos (Calenti 2010):

- Exploración del movimiento y de la marcha.
- Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria.
- Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria

Si observamos la capacidad que tiene la persona para el desenvolvimiento de su vida diaria podremos detectar que antes de que alguna actividad básica de la vida diaria (ABVD) se vea afectada se han alterado las que llamamos actividades instrumentales. Son las actividades que necesitan mayor funcionalidad y globalidad en las capacidades de la persona y que pasan más desapercibidas cuando se pierden porque no han afectado a las más básicas y necesarias. Nadie suele preocuparse si la persona mayor que vive en su domicilio deja de coger el autobús, si sale de compras, si no maneja el bien el euro o si tiene miedo a salir fuera de su barrio porque puede desorientarse. Y, sin embargo, si nos llama la atención que deje de asearse, vestirse, ir al baño o que tenga dificultad en la movilidad y es cuando se ponen en marcha mecanismos para satisfacer esas necesidades básicas como solicitar ayuda a domicilio o ingresos en centros de día o centros residenciales. Es por ello, que cuando estamos ante fallos en las AIVD (Índice de Lawton y Brody) estamos ante un marcador de riesgo de fragilidad. Dos variables importantes a tener en cuenta sobre la capacidad a la que pueden llegar los ancianos frágiles y mantener dicha salud, pueden verse influenciadas de manera significativa por el entorno físico y psicosocial. La valoración integral permite realizar una valoración que incluye cuatro esferas de la persona: física, funcional, psíquica (cognitiva y afectiva) y social.

El proceso de intervención ocupacional está estrechamente relacionado con el nivel asistencial en el que se ubique el anciano frágil, influyendo aquellos factores contextuales en la planificación del tratamiento y en las técnicas y métodos utilizados. Por ejemplo, el tiempo de permanencia en un recurso u otro determinará la extensión de la evaluación ocupacional y la duración de las sesiones, priorizando sobre todo en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. Los recursos materiales con los que se disponga pueden influir en el contenido de las sesiones y en el tipo de actividad diaria a entrenar; el número de terapeutas ocupacionales y auxiliares de terapia determinarán el número de personas que podrán ser atendidos.

En base a estos datos, la recuperación funcional, el tiempo de intervención y la calidad de esa recuperación va a depender de la situación pre mórbida de la persona y del nivel de colaboración que presente el cuidador o la familia.

Una de las herramientas básicas en terapia ocupacional es la observación del desempeño ocupacional de la persona, siempre que éste lo permita, donde podremos comprobar los déficits en el desempeño real de las actividades de la vida diaria. Con el objeto de ajustar la intervención ocupacional a las necesidades del anciano resulta necesaria la derivación por parte del profesional al servicio de terapia ocupacional.

3. INTERVENCIÓN EN LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES.

En España el modelo de asistencia geriátrica está compuesto por tres niveles asistenciales donde interviene el terapeuta ocupacional: Atención primaria de salud, servicios de geriatría hospitalaria y servicios sociales comunitarios (Corregidor 2010).

3.1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La cartera de servicios de terapia ocupacional en este nivel asistencial consta de dos fases:

- La fase de evaluación:
 - Evaluación del desempeño ocupacional: se lleva a cabo una valoración de los problemas o déficits que se pueden observar en la realización de las AVD básicas, actividades instrumentales de la vida

diaria, ocio, juego, tiempo libre, participación social, educación, descanso y trabajo.

- Valoración del estado general del anciano y detectar la necesidad de ayuda para poder llevar a cabo sus actividades cotidianas.
 - Valoración del entorno y de productos de apoyo que pueda necesitar. Cualquier barrera arquitectónica en forma de escalón puede dificultar que la persona salga a la calle a realizar una vida normal y debido a ello no quiera o pueda salir a desarrollar sus actividades de la vida diaria fuera de su domicilio.
-
- La fase de intervención: contempla dos contextos: el domicilio y el centro de salud. El domicilio del paciente es el contexto ideal para valorar y entrenar en el desempeño en las actividades de la vida diaria y realizar las modificaciones ambientales necesarias para disminuir la dependencia. La intervención en el centro de salud requiere una sala donde el terapeuta ocupacional pueda disponer de los recursos necesarios para poder llevar a cabo la valoración y el tratamiento.
- La intervención ocupacional en ambos contextos irá dirigida a:
- Entrenamiento de las actividades de la vida diaria.
 - Aplicación de principios ergonómicos: economía articular, simplificar tareas, conservación de la energía, higiene postural.
 - Prevención de caídas.
 - Entrenamiento, asesoramiento y prescripción en el uso de ayudas técnicas.
 - Elaboración y entrenamiento en el uso de férulas.
 - Estimulación cognitiva.
 - Adaptación ambiental.
 - Formación del cuidador.
 - Formación de profesionales de atención primaria.
 - Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con profesionales, cuidadores y colectivos con afectaciones concretas.

Una vez establecido el plan de tratamiento el terapeuta propone objetivos a largo y medio plazo y realizará una evaluación del programa establecido con el objetivo de conseguir mejorar la situación sobrevenida o el estado de fragilidad actual. Los objetivos marcados serán reevaluados si la situación funcional del anciano cambia.

En el 2002 se introdujo en el sistema sanitario público de Andalucía una modalidad de atención domiciliaria diseñada para dar respuesta al Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, dirigida a personas con elevada complejidad clínica y necesidad de cuidados de alta intensidad, con el objetivo de asegurar que reciben los cuidados adecuados en relación a su situación, un plan personalizado y acordado con los pacientes y con las personas de su red de apoyo. Con esta gestión de casos y el trabajo interdisciplinar en equipo fomenta la autogestión de la propia salud y mantenimiento en la comunidad, así como el acompañamiento en la última fase de la vida.

3.2. SERVICIOS DE GERIATRÍA HOSPITALARIA

Los hospitales que cuentan con servicios de geriatría disponen de una secuencia de unidades de asistencia progresiva en relación con la situación clínica y funcional del anciano, donde la estancia en el hospital no puede suponer una pérdida de autonomía en ocasiones no explicable por la enfermedad. El inmovilismo secundario a la hospitalización influye negativamente en el desempeño de las actividades básicas como el aseo, las transferencias o la deambulación y se hace más difícil poder controlar el entorno más inmediato. Por este motivo es necesario adoptar un enfoque ocupacional en el ingreso hospitalario de las personas mayores pues contribuye a prevenir el deterioro funcional y cognitivo. No sólo importa que se resuelva el problema de salud sino

también que la realización de las actividades básicas se vea afectada lo menos posible.

El tratamiento de terapia ocupacional en los ingresos hospitalarios puede evitar que la persona vuelva con un grado de dependencia a su alta hospitalaria.

- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DE TO EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA

- Dar continuidad en las funciones de automantenimiento.
- Asesoramiento en la modificación ambiental.
- Entrenamiento en el uso de ayudas técnicas.
- Formación de familiares y/o cuidadores.

- FASES DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS

1FASE

Esta fase de la evaluación contempla la percepción y vivencias del paciente y sus familiares. El ingreso puede producirse de forma repentina y no ha habido tiempo para que el paciente asimile y comprenda la situación, entienda que ha ocurrido y que no sea capaz de expresar sus dudas o preocupaciones.

2 FASE

En esta etapa es fundamental conseguir la sensación de seguridad y autoconfianza del paciente. El control sobre el entorno que nos rodea es importante a la hora de realizar el tratamiento pues, aunque el nivel de movilidad sea escaso por el proceso clínico, es necesario fomentar el sentimiento de competencia y manejo del entorno que le rodea. La intervención en esta fase se

dirige a la modificación ambiental y entrenamiento funcional de la movilidad en cama.

3 FASE

En esta fase se aborda la observación del desempeño de las actividades básicas primarias (aseo, vestido, sedestación, bipedestación, utilización del retrete...etc.). En esta fase se aplicarán técnicas de graduación y adaptación de las actividades al nivel de resistencia y tolerancia a la fatiga del anciano. Los objetivos marcados se adecuarán en base a la situación potencial de la persona teniendo en cuenta su situación antes del ingreso hospitalario. La utilización de escalas estandarizadas de evaluación funcional como pueden ser el índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) o la escala de ALSAR (Williams et al., 1991) resultan útiles y rápidas para realizar la valoración de la situación previa al ingreso.

Es en esta fase donde podemos realizar una evaluación específica de las destrezas necesarias para desarrollar las AVD:

4FASE

En la cuarta fase de evaluación y tratamiento coincide con la planificación del alta de la unidad. El alta dependerá de la competencia funcional logrado por el paciente y el destino del paciente después del alta.

TABLA 2. Evaluación de destrezas ocupacionales	
Destrezas ocupacionales	Descripción de evaluación
Destrezas sensoriomotoras	Arco de movimiento de articulaciones Fuerza muscular Coordinación motora gruesa y fina Sensibilidad Resistencia Propiocepción Patrón postural Percepción visual y auditiva Orientación
Destrezas cognitivas y de comunicación	Cognición Habilidad para seguir instrucciones Conceptuación Comprensión instrucciones verbales y no verbales
Destrezas psicosociales	Expresión de ideas y sentimientos Autoidentidad Autoestima Habilidad de adaptación a situaciones cambiantes Sistema de apoyo social

Elaboración propia

3.3. TERAPIA OCUPACIONAL EN UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICAS.

Son las conocidas como unidades de rehabilitación geriátricas o unidades de valoración y cuidados geriátricos, que tienen como objetivo principal la

recuperación del deterioro funcional, combinando un proceso intensivo de rehabilitación con la vigilancia de la patología por la que ingresó.

La duración aproximada de la estancia es de 25 a 40 días. El equipo de profesionales está formado por el médico geriatra, el equipo de enfermería y celadores, trabajador social y terapeuta ocupacional. La función aquí del terapeuta ocupacional es ayudar a la persona a adaptarse y comprender la situación actual, valorar la capacidad del desempeño que tiene, proporcionar actividades y programas de tratamiento consensuados con el paciente y relacionadas con las necesidades y realizar recomendaciones en el momento del alta. La recuperación funcional en su totalidad del anciano frágil después de una enfermedad grave es difícil alcanzar en la población geriátrica por los procesos de comorbilidad y fragilidad, por tanto, desde este punto de vista, la recuperación funcional irá encaminada a reconstruir un estilo de vida y retomar el desempeño de las actividades que son significativas para la persona.

Con un enfoque centrado en la persona, el tratamiento irá encaminado en ver “qué es lo que quiere y qué es lo que necesita hacer”. Este modelo fue introducido en la práctica de la Terapia Ocupacional, desarrollando el Modelo Canadiense de Rendimiento Ocupacional (MCRO).

El proceso de evaluación consta de dos fases:

- 1ª. FASE. Historia ocupacional de la persona. Conocer su perfil ocupacional.
- 2ª. FASE. Situación funcional actual. Análisis del desempeño ocupacional. Analizar la capacidad que tiene la persona para poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Esta fase requiere de una buena interacción paciente-actividad-entorno.

3.4. TERAPIA OCUPACIONAL EN HOSPITALES DE DIA

El hospital de día se trata de una unidad destinada a la valoración y tratamiento integral, ambulatorio e interdisciplinar de ancianos frágiles y pacientes geriátricos que residen en la comunidad.

Se trata de un recurso entre el hospital y la vida cotidiana de la persona mayor que ofrece servicios de rehabilitación, pero le permite seguir viviendo en su entorno. La persona asiste días alternos o de forma diaria para recibir actividades rehabilitadoras, atención médica o de enfermería. Si la persona tiene un perfil funcional que se inclina hacia la dependencia en AVD básicas y ayuda para deambular, los programas de intervención irán dirigidos a trabajar esas actividades junto con las actividades instrumentales. Si estamos ante un perfil de paciente que mantiene su independencia en actividades básicas y precisa afianzar las actividades instrumentales y retomar las actividades de ocio y participación social, el tratamiento irá destinado a establecer programas destinados a este tipo de actividades.

3.5. TERAPIA OCUPACIONAL EN SERVICIOS COMUNITARIOS

Los centros de día, los centros residenciales y el servicio de ayuda a domicilio, representan los recursos básicos de atención social en los que el terapeuta ocupacional aborda el proceso de autonomía y prevención de la dependencia.

La atención domiciliaria y la atención diurna son los recursos más adecuados para favorecer que las personas mayores vivan en su entorno residencial. Los centros de atención diurna como los hogares y clubes son centros donde predomina la realización de actividades culturales, de ocio, juego, formativa donde se hace necesaria la presencia del terapeuta ocupacional con el objetivo de implantar programas de prevención y detectar los intereses ocupacionales de ocio, participación social y educativos, así como el desarrollo de actividades preventivas que disminuya el riesgo de padecer fragilidad.

Los centros de día son los recursos intermedios por situarse entre el domicilio y el centro residencial, donde la persona suele tener algún grado de dependencia y sirve como apoyo a las familias permitiendo que el anciano con deterioro funcional continúe permaneciendo en su domicilio. El papel del terapeuta ocupacional es crucial para el desarrollo de programas de prevención, rehabilitación funcional y de estimulación cognitiva dirigidos a mejorar el desempeño en las actividades de la vida diaria y establecer programas de adaptación del domicilio a la situación funcional del anciano frágil.

El papel del terapeuta ocupacional en centros residenciales va dirigido a mantener el desempeño en las actividades de la vida diaria que ese entorno permita, así como el entrenamiento en habilidades motoras, cognitivas y sociales con el fin de favorecer un desenvolvimiento óptimo del entorno residencial.

El servicio de ayuda a domicilio pretende atender las necesidades de la vida diaria a personas en situación de dependencia. Es aquí donde es fundamental la valoración exhaustiva de la capacidad de la persona mayor y la capacidad de ayuda por parte de su cuidador. El tratamiento se basa en una intervención rehabilitadora sobre las actividades de la vida diaria. Las auxiliares de ayuda a domicilio han de recibir las directrices terapéuticas en función de la valoración funcional realizada por el terapeuta ocupacional con el fin de evitar la sobreprotección muy habitual en estos casos. Se debe llevar a cabo igualmente una adaptación ambiental con la consiguiente prescripción de ayudas técnicas.

Igualmente deberá establecer asesoramiento y formación a las familias o personal que se encuentre a cargo de la persona mayor para promover su salud, prevenir enfermedades y lesiones y fomentar su bienestar físico, psicológico y social.

El terapeuta ocupacional tiene como objetivo primordial conocer a la persona mayor como un “ser ocupacional”, que de sentido a su vida a través de las ocupaciones que realiza.

El círculo vicioso de la fragilidad muestra una íntima relación entre la fragilidad, sarcopenia, baja actividad física, falta de ejercicio y la disminución de la velocidad de la marcha embocan a una situación de deterioro funcional, discapacidad y dependencia de otras personas.

El óptimo nivel de actividad y la práctica de ejercicio físico regular en el anciano son sinónimos de buen estado de salud. Por tanto, si conseguimos disponer de sistemas eficaces, rápidos y útiles que puedan predecir estados de fragilidad en las personas mayores y se establezcan protocolos de intervención con programas preventivos o de mantenimiento de un buen estado de salud se podrá conseguir que la persona viva en su entorno domiciliario el mayor tiempo posible.

Cuando la enfermedad, el trauma u otros factores alteran la participación, la falta de capacidad funcional puede originar una mayor patología. La privación de la posibilidad de desarrollar satisfactoriamente ocupaciones amenaza la salud mental y física de las personas. Por tanto, si utilizamos la ocupación como medio terapéutico para alcanzar una mayor calidad de vida podemos confirmar la relación entre ocupación y salud. Para la utilización de la ocupación como herramienta terapéutica es necesario desgranar las actividades y tareas que componen cada ocupación para poder ser empleadas por el terapeuta ocupacional como herramienta terapéutica.

CAPÍTULO 8

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE MAYORES FRÁGILES. PROMOCIÓN DE SALUD

ANA M. SÁINZ OTERO

Departamento de Enfermería.
Facultad de Enfermería y Fisioterapia.
Universidad de Cádiz

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XX se produce una revolución demográfica, ocasionada por la caída de la natalidad, avances sanitarios, mejor control de las enfermedades y aumento del progreso social, por lo que aumenta la calidad de vida de la población. Como consecuencia hay un aumento de la proporción de personas de mayores de edad y un incremento de la esperanza de vida.

Este envejecimiento de la población ha modificado el escenario de la atención sanitaria, por el espectacular aumento del consumo de recursos sanitarios, al menos, el 40-50% del gasto sanitario en nuestro país y del 75% del total de los tratamientos de carácter crónico. Además, el concepto de fragilidad ha ganado rápidamente la atención como un síndrome independiente con una alta prevalencia en los adultos mayores.

La fragilidad la podemos relacionar con ciertos resultados adversos como la mortalidad o discapacidad, y un aumento de la utilización de la atención sanitaria.

La fragilidad en las personas mayores

Podemos considerar el concepto de *fragilidad* como un indicador básico de salud en la persona mayor, teniendo en cuenta que la pérdida de la salud en el mayor no responde únicamente a situaciones de enfermedad sino de pérdida de funcionalidad, más relacionada con la expectativa de vida, la calidad de vida y los recursos o apoyos que precisará la persona.

La persona mayor puede pasar de tener buena funcionalidad a tener una situación de dependencia (deterioro funcional): esto puede ocurrir de manera brusca (tras evento cardiovascular, caída con complicaciones, etc.), pero es más habitual (así sucede en más de un 60% de los casos) que ocurra de forma paulatina, incluso predecible.

Si realizamos una detección precoz y aplicamos las medidas adecuadas, puede ser posible la reversibilidad del proceso o su enlentecimiento, intentando obtener el menor grado de alteración funcional.

Algunos autores definen *la fragilidad física como un síndrome de causas múltiples, que se caracteriza por pérdida de fuerza y resistencia, y disminución de la función o reservas fisiológica y homeostasis*. La fragilidad predispone a sufrir eventos adversos de salud o a mayores consecuencias de los mismos (hospitalización, caídas, complicaciones postquirúrgicas, infecciones, inmovilismo u otros síndromes geriátricos...). La fragilidad aumenta la vulnerabilidad individual para desarrollar dependencia o fallecer.

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

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

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

Cuidados al mayor frágil. Cuidados de enfermería

El objetivo de los cuidados al mayor frágil debe ser mejorar el bienestar, promover la salud, prevenir la enfermedad y responder a sus necesidades de atención adaptando la respuesta del equipo de salud a las condiciones que determinan el estado y capacidad funcional de estas personas. Por todo ello es necesario detectar de forma precoz la fragilidad y desarrollar intervenciones orientadas a la recuperación y/o conservación de las capacidades funcionales.

El objetivo de la detección de la fragilidad en las personas de edad avanzada tiene sentido para identificar a personas frágiles en una fase relativamente temprana, en el que las intervenciones puedan ser eficaces. La detección es útil sólo si el riesgo de fragilidad se puede revertir o los resultados negativos para la salud pueden ser evitados.

En este sentido para determinar la situación de fragilidad es muy importante una valoración integral llevada a cabo por todos los profesionales del equipo de salud.

En cuanto a las actuaciones a llevar a cabo se realizarán intervenciones encaminadas a la promoción de la salud, tales como: alimentación saludable, actividad física adaptada, seguridad del entorno y prevención de accidentes, evitar el consumo de tabaco y alcohol, gestión emocional (mantenimiento de la capacidad cognitiva, y entorno y relaciones sociales).

Con respecto a las intervenciones de prevención se tendrán en consideración las inmunizaciones, uso adecuado de los medicamentos, controles (colesterol y glucemia, en caso de tener factores de riesgo, y presión arterial), cribados de: ansiedad/depresión, agudeza visual, cataratas, hipoacusia, detección precoz de cáncer, y riesgo cardiovascular.

En definitiva, se realizará una *valoración integral* adaptada a personas mayores con condiciones de fragilidad y un plan terapéutico en función de los

factores de riesgo y las necesidades de cuidados detectadas de forma individualizada.

Los cuidados de enfermería deben integrarse en los cuidados de todo el equipo de salud. Además, consideramos necesario la presencia del rol de Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en atención a población mayor, con atributos para desarrollar los perfiles de práctica avanzada en nuestro sistema sanitario de: liderazgo, coordinación de la atención compleja, consultoría para otros profesionales y referente de su aprendizaje, motor de cambio para promover innovaciones que mejoren la práctica clínica, y promoción de la investigación en su ámbito de práctica.

En este sentido, partimos de las experiencias previas de integración de estos nuevos roles de práctica a nivel nacional e internacional, así como de la evidencia científica disponible sobre la efectividad y los resultados previos de este perfil profesional.

Las necesidades de salud de las personas y sus demandas asistenciales presentan cambios y retos a los servicios sanitarios, que de la misma forma requieren nuevas respuestas por parte de los servicios enfermeros avanzados.

CAPÍTULO 9

MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y EL MÉDICO DE FAMILIA

JUAN PEDRO ERDOZAIN CORPAS

MFYC. UGC Delicias. Jerez de la Frontera.

El envejecimiento de la población y el aumento de personas con enfermedades crónicas constituye un escenario que plantea importantes retos en la manera de cómo organizar y prestar los servicios para este grupo de población.

La OMS en un informe sobre enfermedades no transmisibles en el año 2010 en España, indica que dichas patologías superaron el 91% de las causas totales de defunciones. La dependencia funcional en personas mayores de 65 años es del 45% aumentando progresivamente con la edad. En mayores de 74 años una de cada 5 estuvo hospitalizado y en mayores de 64 años uno de cada 10 fue atendido en un hospital de día situación que sigue aumentando progresivamente.

El médico de familia es **ESPECIALISTA EN PERSONAS**, resuelve el 90% de las demandas de los usuarios, siendo por tanto una figura fundamental en el Sistema Nacional de Salud.

En este contexto la Atención Primaria debe ser la vertebradora de los servicios sanitarios y sociales, de ahí la importancia de REFORZAR la función de la Medicina y Enfermería de Familia como los PRINCIPALES agentes del paciente.

Si tenemos que resumir las funciones del Médico de Familia en esta población sería:

- a) **IDENTIFICAR** a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos con **PRIORIZACIÓN** de las personas subsidiarias de beneficiarse de la gestión de casos
- b) **INTEGRAR** las intervenciones basadas en la evidencia, ajustadas a la comorbilidad de cada individuo y personalizar en cada paciente.
- c) **REVISIÓN del tratamiento**, de las DESCOMPENSACIONES y derivación al hospital si procede. **SEGUIMIENTO** del paciente y coordinación con enfermería

Sin duda la **CONTINUIDAD ASISTENCIAL** es uno de los principales valores del “Médico de Cabecera” máspreciado por los pacientes. El MFYC atiende al paciente a lo largo del tiempo con control de interurrencias ocupando un lugar privilegiado para la coordinación con los distintos niveles asistenciales y servicios sociales.

“El concepto de Atención a enfermedades crónicas es antitético con la Medicina de Familia porque se focaliza en enfermedades y no en personas”. Bárbara Starfield. Med. Care 2011

“En los sistemas de salud, la Atención Primaria y los Hospitales tienen roles complementarios, pero no superpuestos. Los especialistas hospitalarios y los especialistas en Medicina familiar y Comunitaria tienen formaciones distintas y diferentes perspectivas a la enfermedad. El reto es coordinar estos roles diferentes sin permitir que uno domine al otro”. Starfield 10/09 HS 4292.

Analizando estas dos frases de B. Starfield que sigue ocurriendo según creo en el día de hoy la pregunta sería:

¿Cómo podemos mejorar la salud poblacional de una manera más costoefectiva?

El modelo de Kaiser Permanente identifica 3 niveles de intervención:

Nivel 1. La mayoría pacientes crónicos. Estados incipientes. Autogestión.

Nivel 2 Mayor riesgo, menor complejidad. Combinar autogestión y cuidados profesionales.

Nivel 3. Mayor complejidad. Gestión integral. Cuidados fundamentalmente profesionales.

¿Cuáles son los objetivos PRIORITARIOS del Médico de Familia?

Es muy importante que la población sana no enferme

1.FORTALECER LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

- a. Pacientes enfermos se mantengan controlados y no desarrollo de complicaciones
- b. Pacientes pluripatológicos y/o complejos sean atendidos de manera adecuada por TODOS los profesionales implicados. En estos pacientes se elabora un **Plan de Acción Personalizado. (PAP)**

A pesar de la importancia de la prevención, el envejecimiento de la población, el incremento de enfermedades crónicas, la no disponibilidad de cuidadores informales, la política de intervención en régimen ambulatorio, está produciendo un aumento de pacientes en Atención Domiciliaria y el Médico de Familia una vez más tiene que identificar criterios de inclusión y en casos necesarios hospitalización a domicilio.

2.ASISTENCIA DOMICILIARIA.

Las visitas a domicilio representan sin duda para el MEDICO DE

CABECERA el mejor escenario donde se desarrolla el arte de la medicina.

Lógicamente no me refiero a los abusos de pacientes que confunden sus derechos con avisos a visitar a adultos jóvenes con catarros que no les apetece venir a la consulta sin ninguna justificación

Cuando el paciente mayor abre las puertas de su casa, abre también la de su intimidad. Nada más llegar al domicilio encontramos multitud de datos para el diagnóstico como circunstancias personales, familiares y sociales. El paciente busca ayuda y el médico desde su condición humana y revestido de ciencia (siempre inexacta) y sobre todo moralidad y generosidad (siempre absoluta) trata de curar y ahorrar el sufrimiento del paciente.

Lástima que precisamente estas visitas domiciliarias se han calcinado por el sistema de salud por imposibilidad: 5 minutos por paciente, 50 o 60 diarios con urgencias, acudiendo al domicilio fuera del horario laboral en condiciones exhaustas, deterioro físico y mental.

Actualmente creo que por desgracia la situación de acoso laboral por la administración que padecen los médicos de familia en España está degradando el acto médico afectando no solo al médico sino también por supuesto al paciente con un grave retroceso social.

¿Qué necesidades habría que cubrir en Atención domiciliaria?

2.1 Existencia de un censo de personal necesitadas de cuidados domiciliario identificando a los profesionales de referencia para la persona y familia

2.2 Realización de una valoración integral y de los cuidados necesarios domiciliarios

2.3 Seguimiento protocolizado con pautas actualizadas de actuación y registro en historia de salud.

2.4 Es importante tener un Médico Internista o Geriatra de referencia para reuniones periódicas con Atención Primaria y atención compartida de

necesidades médicas complejas con ingresos programados si la situación lo precisa.

3. Y por último y no menos importante, el Médico de Familia tiene la responsabilidad de la **Seguridad y Atención Centrada en el Paciente**, considerada dimensiones transversales de la calidad asistencial.

Tenemos un papel primordial en la atención del paciente polimedicado y por supuesto en domicilio (cajones de mesitas de noche o cómodas e incluso cajas de zapatos con múltiples medicamentos muchos sin envases) Nuestra labor llevada a cabo sobre el terreno, en el día a día con el paciente (continuidad asistencial) de forma sistematizada basada en una relación de confianza clínica, en coordinación con otros profesionales, tienen potencialmente más posibilidades de ser aceptada y compartida por el paciente que cualquier otra intervención sanitaria

La revisión de la medicación también está incluida en el Plan Andaluz de la Atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas complejas.

3.1 CONCILIACION

La CONCILIACIÓN se define como un proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas.

En el momento del alta hospitalaria se observan discrepancias de medicamentos no intencionadas entre la medicación que tomaba el paciente en el momento del ingreso y la prescripción hospitalaria en al menos el 40% de los pacientes.

Los factores relacionados:

- a) Los pacientes mayores con enfermedades complejas crónicas que presenta un mayor número de prescripciones.
- b) La falta de información precisa y completa y defectos de comunicación
- c) Ingresos hospitalarios agudos en las transiciones asistenciales y en el alta hospitalaria

Los errores pueden ser por omisión, medicamentos innecesarios, erróneos, diferente frecuencia en la pauta, duplicidad terapéutica, seleccionado inadecuadamente, interacción farmacológica.

El Médico de Familia realiza el proceso de conciliación en 3 pasos:

1. Historia farmacoterapéutica
2. Detección y resolución discrepancias.
3. Comunicación y Registro en Historia Clínica.

3.2 DESPRESCRIPCIÓN

Tiene como finalidad reconsiderar la prescripción desde el principio comenzando desde el conocimiento del estado y la situación del paciente hasta el diagnóstico de sus problemas de salud, la indicación de los medicamentos y su seguimiento posterior.

Es por tanto un proceso continuo prescripción/deprescripción que debe adaptarse a cada paciente de forma individual y a sus circunstancias.

Los pacientes ancianos o mayores con enfermedades complejas están polimedicados y habría que revisar la medicación de manera rutinaria para evitar tratamientos innecesarios o adecuados, duplicidades, interacciones relevantes, o errores de prescripción

CONCLUSIONES

La atención a personas mayores con enfermedades crónicas complejas constituirá uno de los retos más importantes que habrá de afrontar el sistema de salud en los próximos años.

Difícilmente una sola organización o un solo grupo profesional pueden dar una respuesta mágica y universal a estas nuevas situaciones.

El abordaje debe ser diferente, multidisciplinario y subsidiario, exige escenarios donde cada organización y profesional implicado haga lo que le toca hacer de manera cooperativa, con un modelo distinto al actual.

Tras la exposición pienso que un verdadero fortalecimiento de la Atención Primaria sería la mejor opción ante los desafíos sanitarios planteados, sin necesidad de recurrir a innovaciones externas sin evidencia de su efectividad.

BIBLIOGRAFÍA

Documento de trabajo por las sociedades científicas SEMI, SEMFYC y FAECAP. Proceso Asistencial de Pacientes con Enfermedades Crónicas Complejas y pluripatológica. octubre 2013

Orozco-Beltrán D, Ollero M. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Aten. Primaria 2011; 43:165-6

Bodenheimer T, Berry-Millet R. Care Management of patients with complex health care needs. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation;2009

Gómez Santana MC, Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L Prescripción prudente y deprescripción de fármacos como herramientas para la prevención cuaternaria. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1021](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1021).

CAPÍTULO 10

PROYECTO “HOSPITAL AMABLE PARA LA PERSONA MAYOR”

FÁTIMA BRAÑAS BAZTÁN

Geriatra

Jefe de la Sección de Geriátría

Líder del Proyecto “Hospital Amable para la Persona Mayor”

Hospital Universitario Infanta Leonor

Profesor Asociado de Medicina. Universidad Complutense, Madrid

JUSTIFICACIÓN

Envejecimiento de la población

España es el segundo país del mundo con la esperanza de vida más alta por detrás de Japón y la esperanza de vida de la población de la Comunidad de Madrid es la más alta de la Unión Europea tanto en hombres – 81,9 años – como en mujeres – 87,6 años – con una esperanza de vida global de 84,9 años.

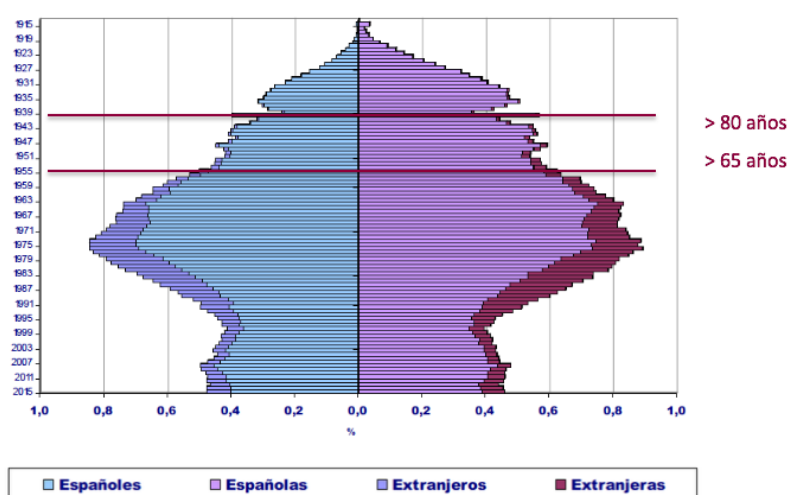
Concretamente en la ciudad de Madrid, la figura de la pirámide poblacional presenta la forma característica de las poblaciones envejecidas (Figura 1): estrechamiento de la base y ensanchamiento de la cúpula consolidándose el fenómeno de la cuarta edad que se refiere al sobre envejecimiento representado por el grupo de 80 años o más y que alcanza ya a un 7,3% de la población madrileña. Dicho grupo está compuesto por 151.391 mujeres y 78.477 hombres, lo que habla de una “cuarta edad de sexo femenino” al contar con dos mujeres por cada hombre de estas edades.

El Distrito de Vallecas, en el que se sitúa el Hospital Universitario Infanta Leonor, es un distrito envejecido en el que la población mayor o igual a 65 años supone el 16,4% del total de la población y los mayores o iguales a 75 años el 9,2%.

Peso del paciente mayor en el Hospital Universitario Infanta Leonor

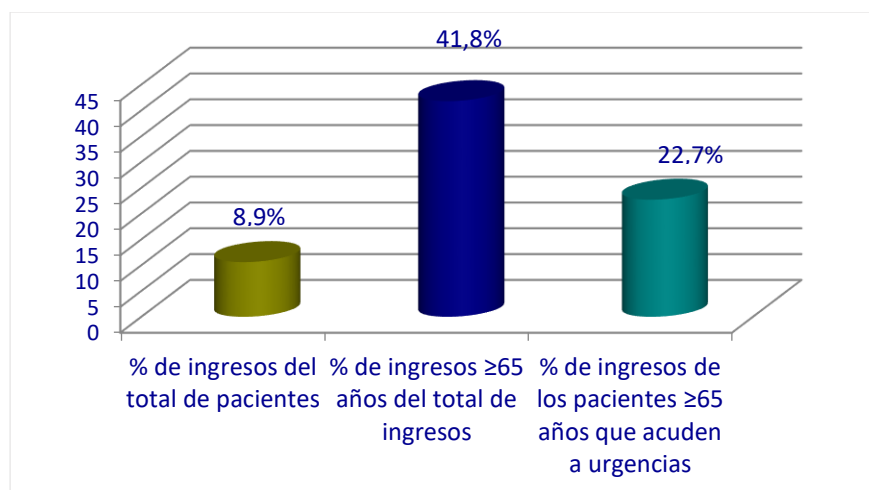
El peso del paciente mayor en el Hospital Universitario Infanta Leonor es muy importante como reflejan de forma somera los datos que a continuación exponemos. Del total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el año 2017 el 19,7% tenían una edad mayor o igual a 65 años y de los mayores,

Figura 1. Pirámide poblacional la ciudad de Madrid a 01/01/2016. INE



el 68% son mayores de 75 años. Sin embargo, siendo los pacientes mayores de 65 años menos del 20% del total de los pacientes que acuden a Urgencias, los ingresos en este grupo suponen cerca de la mitad del total de ingresos (41,8%) como se representa gráficamente en la Figura 2.

Figura 2. Porcentaje de ingresos desde Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor 2017.



En el área de hospitalización el 74% de los pacientes con edad mayor o igual a 65 años ingresados, es decir tres de cada cuatro, fueron mayores de 75 años. Son muchos los servicios, diez de dieciocho, en los que más del 50% de los pacientes ingresados tienen una edad igual o mayor a 65 años: Cardiología, Digestivo, Hematología, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Nefrología, Neurología, Oftalmología, Oncología Médica y Urología, siendo mayor del 40% en Cirugía General, Neumología y Traumatología.

Es importante destacar, en el contexto del sobre envejecimiento del Distrito de Vallecas, que de los mayores ingresados más del 20% son mayores de 85 años en servicios como Cardiología, Digestivo, Nefrología, Neurología y Traumatología y suponen cerca del 50% en el Servicio de Medicina Interna.

Sistema sanitario y persona mayor

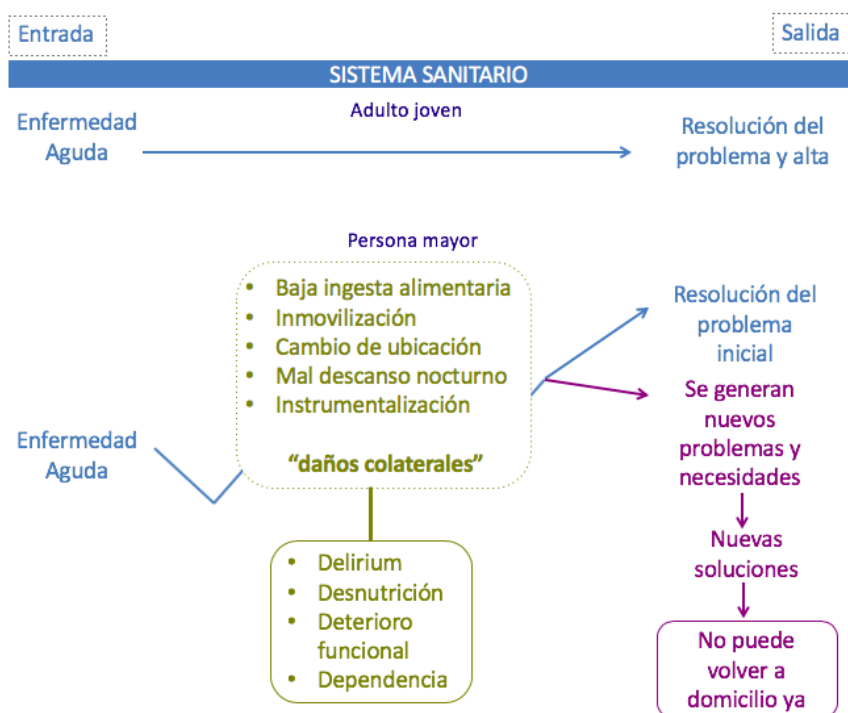
Además de su protagonismo en “números”, el paciente mayor tiene unas características-necesidades complejas, enfermedades crónicas que se superponen con procesos agudos y con el proceso de envejecimiento subyacente que inciden en su capacidad funcional – que reclaman estrategias distintas de las que se adoptan para tratar los problemas agudos en los adultos

jóvenes. Como ha subrayado recientemente la OMS: “más de lo mismo no es suficiente. Se necesita un cambio sistémico” El sistema actual de salud debe transformarse para poder responder a las nuevas características de la población mayoritaria que atiende, la población mayor. Se ha demostrado que los sistemas de salud que tienen en cuenta las necesidades complejas del envejecimiento y se ocupan de ellas de una manera integrada son más eficaces que los servicios que simplemente reaccionan a enfermedades específicas por separado². Esta es la esencia del abordaje geriátrico y por eso es el más indicado para aproximarse a la complejidad. La valoración geriátrica integral y el plan de cuidados que de ella se establece han demostrado en la población general disminuir la mortalidad y la dependencia.

Nuestro sistema sanitario no se diseñó pensando en la persona mayor que además de la enfermedad aguda presenta otros problemas que condicionan su recuperación incluso cuando la enfermedad aguda está resuelta. El sistema sanitario está diseñado de forma lineal, es decir, con una entrada “la enfermedad aguda” que se diagnostica, se trata y genera una salida “resolución del problema agudo y alta”. En las personas mayores la propia hospitalización genera una serie de “daños colaterales” (Figura 3) que pueden llegar a tener mayor impacto y peores consecuencias que la enfermedad en sí misma y que condicionan la atención hospitalaria de las personas mayores.

Dado el progresivo envejecimiento de la población, el peso del paciente mayor en el sistema sanitario y específicamente en nuestro hospital, el Hospital Universitario Infanta Leonor, y las características del sistema sanitario actual que no están adaptadas a las necesidades del grupo principal al que atiende, el de

Figura 3. Daños colaterales de la hospitalización en la persona mayor



las personas mayores, es preciso un cambio de enfoque que permita adaptar el hospital a las necesidades de las personas mayores en lugar de que sean ellos quienes tengan que adaptarse a la estructura y a la dinámica del centro. Éste es el objetivo del proyecto ***“Hospital Amable para la Persona Mayor”***.

Hasta donde nosotros conocemos, este es el primer proyecto de la Comunidad de Madrid (y posiblemente de España) de estas características que se integraría perfectamente en los principios que rigen el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 de la Comunidad de Madrid, al que le falta precisamente una línea estratégica para la atención a la persona mayor.

ALCANCE DEL PROYECTO

Todas las actividades comprendidas desde que un paciente mayor entra en contacto con el Hospital a través de cualquiera de sus áreas hasta que se termina la relación paciente-hospital por alta, fallecimiento o fin de la atención. Es un proyecto transversal en el que están implicadas todas las áreas del Hospital:

Hospitalización, Urgencias, Unidades especiales (UCI y Reanimación), Área quirúrgica, Hospital de día, Rehabilitación y Consultas Externas, todos los servicios asistenciales (médicos y quirúrgicos, todas las categorías profesionales) y no asistenciales (concesionaria: limpieza, mantenimiento, restauración), la Dirección del centro y por supuesto los pacientes mayores y sus familiares

OBJETIVOS

El objetivo general del proyecto es dar una mejor atención sanitaria al paciente mayor, más adecuada a sus necesidades reales: adaptar el hospital a las necesidades de las personas mayores en lugar de que sean ellos quienes tengan que adaptarse a la estructura y a la dinámica del centro. Es decir, hacer el hospital más amable para la persona mayor: a través de la asistencia sanitaria, de la formación, del entorno y sus estructuras y a través de la implicación de pacientes y familiares.

HOSPITAL AMABLE PARA LA PERSONA MAYOR A TRAVÉS DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Desde el punto de vista asistencial hemos definido 3 líneas estratégicas de acción por su prevalencia e impacto en términos de salud para el paciente y en términos de gestión para la institución. Con la evidencia científica disponible hasta el momento los principios que rigen las actuaciones tienen como centro al paciente y son: intervenciones precoces centradas en la prevención, que la intensidad de la intervención sea la adecuada para que sea eficaz, protocolización de las actuaciones para que sea el “modus operandi” de la institución asumible por cualquier persona que se incorpore al hospital, el trabajo en equipo y que el equipo sea transdisciplinar y la implicación de paciente y familiares.

Líneas estratégicas

Detección y prevención del cuadro confusional agudo

El cuadro confusional agudo es un síndrome caracterizado por una alteración de la atención y la conciencia de inicio agudo y curso fluctuante al que se suman otras alteraciones cognitivas asociadas (memoria, lenguaje, percepción), que no se puede explicar por una demencia preexistente y con evidencia de causa /s orgánicas. El riesgo de presentarlo aumenta con la edad por una menor reserva fisiológica para combatir un estrés cerebral adicional. Es la complicación más frecuente en los pacientes ancianos hospitalizados. Un 10-15% de los pacientes presentan delirium a su llegada al hospital, 30-40% lo presentan en algún momento del ingreso y más del 50% de los pacientes quirúrgicos presentan cuadro confusional agudo en algún momento.

El cuadro confusional agudo o delirium es factor predictor de mortalidad, duplica la mortalidad intrahospitalaria; aumenta el número de complicaciones médicas (desnutrición, úlceras por presión, infecciones...); aumenta la estancia media; es factor de riesgo para no poder volver al domicilio tras el alta y genera deterioro funcional. Además del impacto que tiene en la salud del paciente y en los indicadores de resolutiveidad y efectividad clínica, el impacto económico del cuadro confusional agudo es alto, rivalizando con los costes debidos a la diabetes y a las caídas (152 billones de dólares/año en EEUU). El cuadro confusional agudo es, por tanto: altamente prevalente, potencialmente grave, reversible y en un 30-40% de los casos se puede prevenir.

Detección y prevención del deterioro funcional

La OMS en su última definición de salud pone el acento no tanto en la enfermedad en sí misma sino en la capacidad funcional. Se puede tener

enfermedades, pero si se mantiene la capacidad funcional que permite vivir con autonomía y relacionarse con el entorno el envejecimiento puede ser saludable y positivo. Sin embargo, si curamos las enfermedades – tras un ingreso por un proceso agudo en el hospital, por ejemplo – pero generamos un deterioro funcional que no permite al paciente regresar a su entorno habitual o ser independiente para las actividades básicas de la vida diaria, habremos contribuido a mermar su calidad de vida y a generar discapacidad. El objetivo tiene que ser aumentar los años de vida libres de discapacidad. La incidencia de deterioro funcional al alta hospitalaria es exponencialmente creciente con la edad al ingreso y sus consecuencias son devastadoras para el paciente, para su entorno y para las instituciones ya que es el principal determinante de la calidad de vida pues genera dependencia e institucionalización; es el principal factor pronóstico independiente de mortalidad y es el principal factor pronóstico independiente de consumo de recursos sanitarios y sociales. Muchas veces, cuando se “etiqueta” a un paciente de “problema social” lo que realmente ocurre es que ha sufrido un deterioro funcional durante el ingreso que no le permite regresar a su entorno y que en la mayoría de los casos puede prevenirse.

Detección y abordaje del paciente mayor frágil

En todas las especialidades médicas y quirúrgicas la edad media de los pacientes está aumentando y se plantean pruebas diagnósticas y tratamientos agresivos tanto médicos como quirúrgicos, cirugías electivas y urgentes que hace años era impensable plantearse a partir de cierta edad lo que ha supuesto un gran avance en la atención sanitaria de las personas mayores pues la edad cronológica no es un índice fiable para uniformar a un grupo poblacional con distintas capacidades funcionales, expectativas en salud y calidad de vida. Por otra parte, hemos visto cómo el aumento de años de vida se ha acompañado en muchas ocasiones de aumento de la discapacidad. En algunos pacientes mayores “esta medicina más agresiva”, muchas veces electiva, ha generado

múltiples complicaciones, ingresos prolongados, deterioro funcional, discapacidad y dependencia. Hemos aumentado su supervivencia, pero no la supervivencia libre de discapacidad que debe ser el objetivo tal y como marca la OMS en su Informe sobre Envejecimiento y Salud. Ante el aumento de personas mayores candidatas a quimioterapia, cirugías electivas... la pregunta clave es ¿podemos saber qué pacientes tienen más posibilidades de complicarse y evolucionar mal ante una intervención médica?

La fragilidad es un síndrome clínico que nos permite aproximarnos a la edad biológica del paciente. El fenotipo de fragilidad se define por cinco dimensiones: debilidad, baja resistencia al esfuerzo, lentitud, baja actividad física y pérdida de peso, y las hacen operativas en cinco criterios. Tiene un alto impacto en la población, con una prevalencia de sujetos frágiles del 7% entre los mayores de 65 años que viven en la comunidad y de prefrágiles del 47% y es un buen predictor de eventos adversos en salud: hospitalización, caídas, discapacidad, disminución de la movilidad y mortalidad a corto y medio plazo. Detectar fragilidad supone detectar pacientes en riesgo de evolucionar peor y de presentar eventos adversos de salud. Existe evidencia científica sólida que avala el reconocimiento de la fragilidad como marcador independiente de riesgo de peores resultados y la integración de su valoración en el proceso de toma de decisiones: en cirugía general, cardiovascular, ginecología, en oncología, hematología... Por tanto, existen datos objetivos que demuestran la necesidad de que determinados pacientes mayores de riesgo reciban una valoración geriátrica integral previa a la cirugía o al tratamiento médico agresivo que ayude en la toma de decisiones.

HOSPITAL AMABLE PARA LA PERSONA MAYOR A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN

La formación del personal es una estrategia crucial para que el proyecto pueda desarrollarse con éxito. La afirmación “aquí siempre se ha hecho así” tan

frecuente en nuestro medio, pone de manifiesto en muchas ocasiones la falta de actualización, de formación, de criterios científicos que sustenten las actuaciones. Es una afirmación que se acompaña de una falsa sensación de comodidad pero que nos ancla al inmovilismo y no nos permite avanzar.

Este proyecto supone romper moldes. Cambiar estructuras y obtener más recursos no siempre depende de nosotros. Sin embargo, cambiar el enfoque, la visión de los profesionales siempre es posible pero sólo es posible a través del conocimiento, de la formación. Por eso la formación es uno de los objetivos principales del proyecto: la formación general a todo el personal y la formación específica con formación en cascada (formador de formadores) y las sesiones específicas en cada unidad.

A través de la formación detectamos a las personas que pueden estar más implicadas con el proyecto en cada unidad para que sean ellas las que formen a sus propios compañeros, mantengan la adherencia al proyecto en el día a día y propongan objetivos de mejora.

HOSPITAL AMABLE PARA LA PERSONA MAYOR A TRAVÉS DEL ENTORNO Y SUS ESTRUCTURAS

El Hospital Universitario Infanta Leonor es un hospital de reciente creación, ha cumplido 10 años desde su apertura recientemente. Esto hace que desde el punto de vista estructural haya mucho camino recorrido: las habitaciones son amplias, luminosas, con baños adaptados, camas articuladas de fácil manejo, los pasillos son amplios también lo que favorece que los pacientes puedan pasear por las unidades. Las líneas de colores en el suelo que llevan a las distintas áreas del centro son muy facilitadoras. Sin embargo, hay

adaptaciones estructurales menores que los profesionales detectan en el trabajo del día a día, que no suponen un gran gasto añadido, que se pueden implementar con facilidad y que hacen el hospital más amable para la persona mayor y generan una mejora importante en la calidad percibida.

HOSPITAL AMABLE PARA LA PERSONA MAYOR A TRAVÉS DE LA IMPLICACIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES

El paciente mayor es el centro del proyecto. Si queremos hacer el hospital más amable para la persona mayor es imprescindible conocer su visión, sus necesidades y sus sugerencias y al mismo tiempo hacerle partícipe de su proceso de abordaje de la enfermedad y de su recuperación. En el proyecto es prioritario recuperar los valores del respeto a la persona mayor,

a su intimidad, su autonomía, sus valores y creencias. Implicar al paciente en su autocuidado y a sus familiares.

METODOLOGÍA

El proyecto Hospital Amable para la Persona Mayor surge de la iniciativa de un médico geriatra del hospital y ha contado desde el principio con el compromiso e implicación de la Dirección Gerencia que lo considera una línea prioritaria de acción del centro. Para dotarle de la entidad institucional necesaria se ha constituido como un Proceso dentro del Mapa de Gestión por Procesos del Hospital Universitario Infanta Leonor en marzo de 2018.

Esto supone que el proceso tiene:

- un líder o propietario del proceso, que es la persona de quien surgió la iniciativa.

- un equipo de trabajo definido con nombres y apellidos, multidisciplinar del que forman parte: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.
- Una dinámica de trabajo con reuniones periódicas, objetivos comunes compartidos y tareas concretas a realizar para alcanzar dichos objetivos.
- Comunicación directa con la Dirección Gerencia por parte de la propietaria del proceso para rendir cuenta de resultados y para plantear nuevas áreas de mejora lo que asegura que el proyecto es dinámico y se reevalúa periódicamente y supone además la implicación y el respaldo de la Dirección al proyecto.

RESULTADOS – ACCIONES REALIZADAS

Acciones de puesta en marcha del proyecto

- Constitución del proyecto como un Proceso dentro del Mapa de Gestión por Procesos del Hospital Universitario Infanta Leonor. Marzo de 2018.
- Constitución del equipo de trabajo inicial (13 personas de distintas categorías profesionales) en abril de 2018.
- Abril-junio de 2018. Análisis situacional, detección de áreas de mejora y definición de tareas concretas para llevar a cabo por parte del equipo de trabajo con la líder del proyecto.
- Sesiones de presentación del proyecto. Se realizaron en cada una de las unidades de enfermería y servicios médicos para favorecer la interacción, la implicación y el feedback. La líder del proyecto lo presentó a los distintos servicios y unidades en 29 sesiones a un total de 286 profesionales.
- Decidimos que el proyecto debía tener su propio Logotipo que sería la imagen, el sello, lo que define lo que somos y lo que queremos ser como hospital (Figura 3). Realizamos un concurso para la elección del logotipo entre los profesionales. La convocatoria del concurso la hicimos en pleno agosto y en menos de 1 mes se presentaron 12 logotipos realizados por personal sanitario y no sanitario de todas las categorías lo que es motivo de orgullo porque pone

de manifiesto las ganas de implicarse y la realidad de que este proyecto es de todos. Realización de vinilos con el Logo para su visibilización en los dos vestíbulos del Hospital y el logotipo se incluyó en las plantillas de documentación oficial del centro.

- Realizamos un vídeo promocional del proyecto para que lo conocieran todos los profesionales del centro, los pacientes y para llegar a toda la sociedad. Está disponible en la intranet del hospital (videoteca) y accesible a través de la página web de la Sociedad Madrileña de Geriátrica y Gerontología (www.smgg.es).
- Apertura de un canal de comunicación para sugerencias y aportaciones al proyecto para todos los profesionales. Hospitamable.hvll@salud.madrid.org
- El 1 de octubre de 2018, Día Internacional de la Persona Mayor, tuvo lugar el Acto de presentación oficial del proyecto con presencia de la Dirección Gerencia, la Consejería de Sanidad, la Sociedad Madrileña de Geriátrica y Gerontología y numerosos profesionales del hospital en el Salón de Actos.

Figura 3. Logotipo del proyecto



- Impacto social: el proyecto fue portada de la sección de sanidad de un periódico nacional (El Mundo) el Día Internacional de las Personas Mayores,

el 1 de octubre de 2018 además de difundirse la noticia de la inauguración oficial del proyecto en otros medios locales y nacionales.

- Constitución del equipo de referentes del proyecto. Tras la puesta en marcha inicial del proyecto con el equipo inicial (13 personas) y con el objetivo de que el proyecto fuera transversal e implicar al mayor número de profesionales del centro se solicitó a cada unidad y servicio un referente voluntario para el proyecto constituyéndose así el equipo de referentes: un total de 72 referentes médicos, enfermeras, farmacéuticos, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.
- Reuniones con todos los referentes para el análisis situacional, detección de áreas de mejora y definición de tareas concretas a realizar en el área médica, el área de enfermería, en lo referente a la estructura y medios materiales y en cuanto a la implicación de pacientes y familiares. Además, se han llevado a cabo reuniones periódicas de la líder del proceso con la Directora Gerente del hospital, con frecuencia al menos cuatrimestral para priorización de tareas a realizar y evaluación de las ya realizadas.

Acciones para hacer el hospital amable para la persona mayor a través de la asistencia sanitaria

Como decíamos previamente uno de los principios fundamentales del proyecto en las líneas estratégicas asistenciales es la prevención. El modelo de prevención del cuadro confusional agudo que implantamos está basado en la estrategia multifactorial: muchas pequeñas intervenciones concretas (orientación, nutrición e hidratación apropiadas, ritmo sueño-vigilia, alteraciones sensoriales y movilidad) que han demostrado dar grandes resultados. Lo mismo con la prevención del deterioro funcional asociado a la hospitalización. Son medidas sencillas que si se protocolizan y se implementan como el modo de hacer habitual cambiarán la filosofía de la institución en lo relativo a la movilidad

de los pacientes. Para que este modelo tenga éxito se requiere formación del personal y adherencia al programa.

Las medidas concretas que hemos implantado para alcanzar objetivos en las líneas estratégicas de prevención del cuadro confusional y del deterioro funcional son:

- Colocación de relojes y calendarios en todas las habitaciones de hospitalización convencional, unidades especiales y Urgencias.
- Diseño de texto e imágenes de los carteles de prevención de la inmovilidad y la confusión que se han colocado en todas las unidades y a las que se remite a pacientes y familiares. Esta acción tiene una doble finalidad: formación de personal, pacientes y familiares en las líneas estratégicas asistenciales (Figura 4 y Figura 5)
- El día 20 de febrero de 2019 realizamos un corte transversal para conocer la prevalencia de deterioro funcional asociado a la hospitalización y la prevalencia de cuadro confusional, imprescindible para saber si mejoramos tras implementar medidas. Se ha evaluado la presencia de cuadro confusional y de deterioro funcional asociado a la hospitalización en todos los pacientes con edad mayor o igual a 65 años. Trabajo realizado de forma coordinada por los referentes de cada unidad. Los resultados se han dado a conocer a todas las unidades y servicios.
- Definición y colocación en cada unidad de enfermería de un decálogo de actuación dirigido a los profesionales con acciones concretas de NO hacer para mejorar el descanso nocturno y favorecer la humanización en la atención al paciente mayor.

En cuanto a la línea estratégica de detección y abordaje del paciente mayor frágil las acciones concretas son el resultado del trabajo multidisciplinar de distintos servicios en colaboración con el servicio de Geriátrica:

- En octubre de 2018 se ha puesto en marcha la consulta de Valoración geriátrica integral (VGI) de todas las pacientes mayores diagnosticadas de

cáncer de mama y/o cáncer ginecológico y la aportación de dicha valoración al Comité de Tumores de mama para ayudar a la toma de decisiones de modo que se adecuen a la situación global y funcional del paciente, a sus necesidades y expectativas. En aquellos pacientes que lo necesitan se diseña un plan de optimización previo a la cirugía/QMT/RDT.

Figura 4. Cartel Prevención del deterioro funcional



- En abril de 2019 se ha puesto en marcha la consulta de Valoración geriátrica integral (VGI) de todos los pacientes mayores diagnosticados de enfermedad tumoral hematológica y la aportación de dicha valoración para ayudar a la toma de decisiones de modo que se adecuen a la situación global y funcional del paciente, a sus necesidades y expectativas. En aquellos pacientes que lo necesitan se diseña un plan de optimización previo a la QMT.

Acciones para hacer el hospital amable para la persona mayor a través de la formación

- Como hemos comentado previamente se ha presentado el proyecto, exponiendo las características particulares de los pacientes mayores y sus necesidades en todas las unidades y servicios a través de un total de 29 sesiones a 286 profesionales.

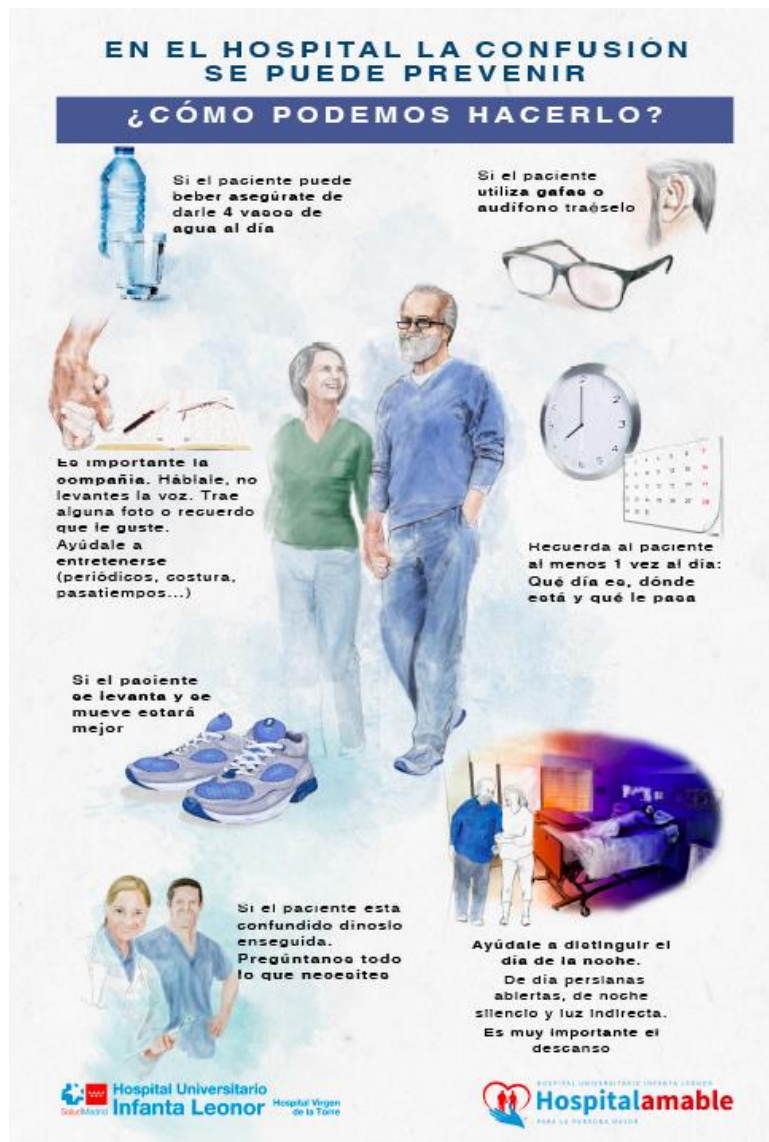
Se ha programado un calendario formativo dirigido a todos los médicos y enfermeras del hospital ofreciendo varias fechas posibles para asistir a una sesión de prevención del cuadro confusional agudo y a otra de prevención del deterioro funcional. Este calendario se ha difundido desde la Gerencia a

- todos los servicios para subrayar la importancia de las mismas. La asistencia ha sido un éxito.
- Sesión general del hospital con el tema “Hospital amable para la persona mayor también desde la prescripción” en colaboración con el Servicio de Farmacia en la que se han presentado las líneas que estamos trabajando en
 - este sentido: dosis máximas de algunos fármacos en personas mayores, fármacos cuya biodisponibilidad es similar por vía oral y por vía intravenosa (para reducir vías periféricas si la vía oral está disponible).
-

Acciones para hacer el hospital amable para la persona mayor a través del entorno y sus estructuras

- Se ha pactado con la concesionaria un cambio en el horario de la máquina de la limpieza del suelo por las plantas de hospitalización retrasándolo por la mañana para favorecer el descanso nocturno.
- Se ha mejorado la señalización de toda la primera planta (quirófanos, laboratorio, consultas, urgencias, Rayos, UCI) con cartelería de colores y letra grande facilitando la accesibilidad.

Figura 5. Cartel para la prevención del cuadro confusional agudo



- Se ha dotado a las plantas de andadores suficientes para facilitar la movilidad de todos los pacientes que los necesiten. En el hospital Virgen de la Torre se ha dotado a las plantas además de bastones trípode.
- Se ha puesto un vinilo oscurecido protector frente a la luz solar en la sala de espera de oftalmología donde muchos pacientes, la mayoría mayores, esperan a la consulta con las pupilas dilatadas con la consiguiente molestia.

- En la zona de preingresos en urgencias se ha facilitado una silla por paciente para que los pacientes puedan levantarse de la cama.
- En Unidad de Corta Estancia (UCE) en la Urgencia, se ha habilitado un sofá y una pequeña librería donde pacientes y familiares pueden descansar o estar más confortables que en los boxes.

Acciones para hacer el hospital amable para la persona mayor a través de la implicación de pacientes y familiares

- Grabación y emisión de dos audios que invitan a pacientes, familiares y personal a fomentar la movilidad de los pacientes en unos rangos horarios específicos y a fomentar el descanso durante la noche.
- Carteles de prevención de la inmovilidad y la confusión ya comentado previamente.
- Folletos con ejercicios adaptados a la movilidad del paciente disponibles en todas las unidades de hospitalización. Diseño, impresión y distribución.
- Colocación en suelo de cada unidad de hospitalización de líneas indicativas de distancia para favorecer la prescripción de la movilidad por parte de los facultativos y motivar a los pacientes.
- Hemos realizado una encuesta a pacientes de distintas unidades para conocer sus sugerencias.

CONCLUSIONES

Dado el progresivo envejecimiento de la población, el peso del paciente mayor en el sistema sanitario y específicamente en nuestro hospital, el Hospital Universitario Infanta Leonor, y las características del sistema sanitario actual que no están adaptadas a las necesidades del grupo principal al que atiende, el de las personas mayores, es preciso un cambio de enfoque que permita adaptar el hospital a las necesidades de las personas mayores en lugar de que sean ellos quienes tengan que adaptarse a la estructura y a la dinámica del centro. Éste es el objetivo del proyecto “**Hospital Amable para la Persona Mayor**”. Para ello

se han diseñado estrategias específicas para conseguir el objetivo a través de la asistencia sanitaria, de la formación, del entorno y sus estructuras y a través de la implicación de pacientes y familiares. El liderazgo, el trabajo en equipo transdisciplinar, la implicación y el apoyo de la Dirección del centro y la formación son los pilares sobre los que se sustenta este proyecto que es dinámico, se evalúa de forma continua para seguir mejorando y que ya está dando excelentes resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padrón Municipal de Habitantes Ciudad de Madrid. Explotaciones estadísticas. Informe 01 de enero de 2016.
http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCEstadistica/Nuevaweb/Demograf%C3%ADa%20y%20poblaci%C3%B3n/Cifras%20de%20poblaci%C3%B3n/PMH/Informe/Informe_PMH%202016.pdf
2. OMS. Informe Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spapdf?ua=1
3. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
4. Young J. Delirium in older people. BMJ 2007; 334:842-6.
5. Inouye, SK. Delirium in older persons. N Eng J Med. 2006; 354:1157–1165
6. Leslie DL. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. Arch Intern Med. 2008 Jan 14;168(1):27-32.
7. Alarcón T. Situación funcional en el paciente anciano hospitalizado: un marcador pronóstico relevante. Med Clin (Barc) 2008; 131:173-4. Covinsky KE. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc 2003; 51:451-458.
8. Boyd CM. Recovery of activities of daily living in older adults after

- hospitalization for acute medical illness. J Am Geriatr Soc 2008; 56: 2171-9.
9. Fried LP. Frailty in older adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol Med Sci 2001; 56A: M146-156.
 10. Bergman H. Frailty: An emerging research and clinical paradigm- issues and controversies. J Gerontol A Biol Med Sci. 2007 Jul; 62(7):731-7.
 11. Goeteyn J. Frailty as a predictor of mortality in the elderly emergency general surgery patient. Acta Chir Belg. 2017 jun 10:1-6. doi: 10.1080/00015458.2017.1337339. [Epub ahead of print]
 12. Dana F. Physical activity and frailty as indicators of cardiorespiratory reserve and predictors of surgical prognosis: General and digestive surgery population characterization. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2017 May 27. pii: S0034-9356(17)30114-7. doi: 10.1016/j.redar.2017.04.003.
 13. Thongprayoon C. Association of frailty status with acute kidney injury and mortality after transcatheter aortic valve replacement: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017 May 18;12(5):e0177157.
 14. Cooper LB. Assessing Frailty in Patients Undergoing Destination Therapy Left Ventricular Assist Device: Observations from Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support. ASAIO J. 2017 May 18. doi: 10.1097/MAT.0000000000000600.
 15. Driver JA. Frailty measure is more predictive of outcomes after curative therapy for endometrial cancer than traditional risk factors in women 60 and older. Gynecol Oncol. 2017 Jun;145(3):526-530.
 16. Kenis C. Functional decline in older patients with cancer receiving chemotherapy: A multicenter prospective study. J Geriatr Oncol. 2017 May;8(3):196-205.
 17. Choe YR. Association between frailty and readmission within one year after gastrectomy in older patients with gastric cancer. J Geriatr Oncol. 2017 May;8(3):185-189
 18. Zhong YP. Geriatric Assessment to Predict Survival and Risk of Serious Adverse Events in Elderly Newly Diagnosed Multiple Myeloma Patients: A Multicenter Study in China. Chin Med J (Engl). 2017 Jan 20;130(2):130-134.

CAPÍTULO 11

ACEPATAR EL FINAL DE LA VIDA.

¿MORIR EN CASA O EN EL HOSPITAL?

MARÍA CARMONA GONZÁLEZ

Geriatra
Residencia Vitalia Sevilla.

Uno de los objetivos de los cuidados paliativos es tratar de facilitar a cada paciente las circunstancias personales –externas e internas- que más puedan favorecer a su proceso de aceptación y acceso a una muerte en paz. Cada vez se comparte más que:

-Toda persona con una enfermedad terminal tiene derecho a recibir cuidados paliativos

-El proporcionar estos cuidados es responsabilidad de todos los médicos independientemente del recurso en el que trabajen

-Los cuidados paliativos deben facilitarse en el lugar que elija cada paciente.

La elección del lugar del fallecimiento depende de muchos factores, pero en situación de salud, el 70% de las personas, desean fallecer en su domicilio, ya que el hospital es un medio hostil para las personas sanas. Normalmente esto ocurre porque se percibe mayor sensación de control a su alrededor en domicilio, así como más intimidad, posibilidad de mantener y estrechar lazos familiares y de amistad, etc. Lo cotidiano y lo cercano son elementos de protección.

Conforme avanza la enfermedad, el conflicto surge porque hay que priorizar entre una buena atención afectiva y una buena atención técnica, ya que de lo que no se trata es de estar en casa si es a cambio de estar mal cuidado, por lo que lo ideal es “que la organización venga a la casa”.

Además, el paciente necesita un cuidador dispuesto y con cierta formación y capacidad para poder atenderlo en domicilio, siendo esto insuficiente al menos en una cuarta parte de los casos.

Por último, es muy importante el conocimiento de la enfermedad y las expectativas del paciente, que en muchas ocasiones piensa que el ingreso es “para recuperarse un poco” y debemos tener claro que un ingreso solo es adecuado cuando podemos mejorar la calidad de vida, ya que hay un riesgo de entrar en un “encarnizamiento”, aunque sea involuntario, porque está en la dinámica per se de los hospitales.

La asistencia en casa

El domicilio es el lugar preferido para el cuidado en una situación terminal de hasta un 50% de los pacientes enfermos, por considerar que el domicilio les aporta mayor seguridad de un contacto continuado con lo que es y ha sido parte de sus vidas. Los que viven en áreas rurales prefieren más que su enfermo fallezca en casa, mientras que, en el medio urbano, con el mejor acceso a los servicios hospitalarios, hay más oportunidades de fallecer en una institución.

Los factores a tener en cuenta para el cuidado en casa son:

1. Disponibilidad familiar para el cuidado

Es fundamental la presencia de un cuidador principal capaz y con una mínima formación. La muerte en casa es cinco veces más frecuente cuando las esposas e hijas son las cuidadoras que cuando lo son los esposos y los hijos.

Cuando no disponemos de cuidador eficaz, el paciente debe ser trasladado en el momento que precise al nivel asistencial adecuado para su situación: centro socio-sanitario o cama de Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). La ausencia de los centros socio-sanitarios o déficit de este recurso es lo que determina una inadecuada utilización de las camas de las UCP.

Para tomar esta decisión es fundamental la realización de una visita domiciliaria.

El apoyo profesional o de la asistencia domiciliaria profesional puede ofrecer a tiempo una ayuda específica que evite el ingreso del enfermo en el hospital: cuidadores domiciliarios subvencionados, facilidades en el trabajo al cuidador principal, material ortoprotésico, camas especiales, centros de día...

La ausencia de estos recursos sociales puede determinar el fracaso de todos los programas de asistencia en casa.

2. La disponibilidad de servicios de cuidados paliativos.

Su presencia facilita una mayor permanencia del paciente en el domicilio, aunque no necesariamente que fallezcan en ella. También es cierto que la mayor provisión de Unidades de Cuidados paliativos donde hay camas específicas atendidas por personal especializado, hace que más pacientes deseen fallecer en ellas antes que en el domicilio, siempre por encima de hospitalización convencional (Oncología, Medicina Interna...).

La actitud de los médicos que atienden a estos pacientes debe ser proactiva y adelantarse y prevenir en la medida de lo posible.

3. Nivel de información.

La información del paciente y de su familia: los pacientes pueden desear en general información menos detallada de la evolución, pero agradecerán saber que disponemos de muchos tratamientos para controlar el dolor, la posibilidad de sedación, etc. La formación que demos a la familia sí debe ser más extensa ya que cuanto mayor sensación de control menos ansiedad provoca la asistencia a su familiar enfermo.

El motivo más común del fracaso de la asistencia en domicilio es el estrés experimentado por los familiares.

Posibles desventajas de la asistencia domiciliaria:

- En no disponer de médico o enfermera las 24h: no hay seguridad de administrar el tratamiento correcto, o pueden dejarse de dar medicamentos por no conocer sus efectos y el motivo para el que se han prescrito.
- Los síntomas que más angustia provocan son el dolor y la disnea, motivando estos la mayoría de ingresos por mal control de síntomas.
- Inadecuada coordinación sanitaria: en domicilio están expuestos a que un médico que no conozca al paciente o tenga menos experiencia lo derive al hospital porque crea preciso un ingreso. No existe contacto continuo con su médico habitual ni de atención primaria y de cuidados paliativos, a pesar de las mejoras en los últimos años.
- Hay más presión hacia el paciente para que coma y se movilice que en el hospital, siendo además los olores de la cocina más molestos.
- Claudicación familiar.
- Administración de opioides en familiares con “opiofobia”.
- Escasos recursos sociales.

La asistencia en el hospital o en residencias.

Existen muchos motivos para ingresar en el hospital. Además de los ya mencionados anteriormente por el fracaso de alguno de los pilares fundamentales: claudicación familiar, dolor y/o disnea como síntomas principales, deseo expreso de un paciente que no quiere ser una carga, necesidad de recursos sociales, etc., nuestros pacientes pueden precisar algunos tratamientos más intervencionistas que pueden ser adecuados según en qué momento de la evolución se encuentren:

- Obstrucción de vías urinarias que precise nefrostomía percutánea
- Obstrucción intestinal, a pesar incluso de optar por manejo conservador.
- Corrección de una hipercalcemia
- Trasfusiones

-Toracocentesis

-Rotaciones de opioides a dosis altas

El abordaje en estos casos debe ser flexible y adaptado a la situación basal del paciente y a sus preferencias de tratamiento.

Cuando el problema sea un déficit de cuidados por incapacidad de la familia o ausencia de la misma, con un grado de sufrimiento no intenso, el paciente es subsidiario de ser derivado a un centro de larga o media estancia.

En los días u horas finales, es decir, en la llamada situación de últimos días, hay pocas razones para trasladar a un paciente a fallecer en el hospital.

Otras consideraciones: factores económicos y supervivencia esperada.

En cuanto a los factores económicos hay amplios estudios que avalan el ahorro que producen los equipos de atención domiciliaria de cuidados paliativos, no sólo por el gasto de un eventual ingreso sino por reingresos y estancias hospitalarias en general. También los costes de ingresar en una Unidad de Cuidados Paliativos son menores que el ingreso en camas de hospitalización convencional, ya que se adaptan más los recursos y se piden menos pruebas complementarias, o estas tienen mayor adecuación a la situación del paciente.

La disminución del gasto se produce por una disminución del número de ingresos hospitalarios en pacientes que tienen seguimiento por equipos domiciliarios y una menor duración de estos ingresos, más que por el lugar del fallecimiento en sí.

En cuando a supervivencia esperada en domicilio vs hospital, puede existir reticencias por parte de familiares e incluso también de especialistas (Oncólogos, etc.) por considerar a priori que el permanecer en domicilio implica asumir una supervivencia de entrada menor que en pacientes ingresados.

Existen algunos estudios al respecto, con las habituales complicaciones y sesgos de realizar estudios en estas poblaciones de pacientes, en los que se demuestra que la supervivencia en domicilio no solo no es menor, sino que

podría ser incluso mayor. En cualquier caso, es interesante conocer que el fallecimiento en casa no tiene un impacto negativo sobre la supervivencia de los pacientes.

Además, sabiendo que en paciente ingresados, casi sistemáticamente se mantienen medidas básicas de hidratación mediante sueroterapia, antibioterapia ante sospecha de infecciones, etc., es interesante conocer que esto no afecta a la supervivencia, algo ya conocido en otros estudios sobre la hidratación parenteral en pacientes cercanos a su fallecimiento, así como el tratamiento de infecciones en situaciones muy cercanas al final de la vida, no teniendo ninguna de estas actuaciones (hidratación y antibioterapia) ningún efecto sobre la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

Hamano J et al. Multicenter Cohort Study on the Survival Time of Cancer Patients Dying at Home or in a Hospital: Does Place –matter?. Cancer 2016; 122:1453-60.

De Miguel C, Rubert M, García M, García AJ, Alonso A. Comparación directa de los costes sanitarios en los 2 últimos meses de vida en pacientes oncológicos a partir de certificados de defunción^[1] en un área periurbana según reciban o no atención en su domicilio por un equipo de cuidados paliativos. Med Paliat. 2018;25(4):260-267

Murakami N, Tanabe K, Morita T, et al. Going back to home to die: does it make a difference to patient survival? BMC Palliat Care 2015; 14:7

Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

Astudillo W, Mendinueta C. ¿Dónde atender al enfermo en fase terminal: en casa o en el hospital? Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 2013; 65-86.

CAPÍTULO 12

ATENCIÓN AL MAYOR. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE SU COMPLEJIDAD MENTAL

JESÚS VARGAS CRUZ

Geriatra.
Centro Asistencial S Juan de Dios. Málaga

Asistimos desde hace décadas a un aumento progresivo del segmento poblacional de mayores de 65 años (índice de envejecimiento) y, en especial con edad geriátrica (subgrupo mayor de 80 años-paciente geriátrico), tanto en términos absolutos como relativos, derivado del progresivo aumento de la esperanza de vida y la disminución de natalidad como circunstancias fundamentales que han motivado los actuales cambios demográficos¹.

Dichos cambios en la pirámide poblacional traen consigo en el subgrupo que nos ocupa una mayor prevalencia de patología mental crónica y aguda. Algunas ligadas a la edad como la demencia (EA) o el Síndrome Confusional Agudo y otras si bien no presentan una mayor incidencia en comparación con otros grupos etarios (Trastorno depresivo Mayor) sí presentan un impacto decisivo en la calidad de vida y a nivel socio-sanitario como pueden ser la depresión o los trastornos de ansiedad entre otros^{2,3}.

Acercarnos a la complejidad mental en el mayor es zambullirnos en el desafío que supone la atención a la complejidad clínica en personas no sólo con múltiples condiciones crónicas (multimorbilidad) sino inmersas en la heterogeneidad individual que caracteriza al proceso de envejecimiento a lo que se suma la encrucijada que supone la transición entre la normalidad y los diferentes grados en patología hasta limitar de forma significativa su capacidad de relación con el medio, en definitiva su calidad de vida⁴.

Este “continuo” que está más presente y evidente en el paradigma evolutivo desde normalidad-DCL-demencia (que será tratado por el Dr. Marín en

la ponencia “*Cuando empiezan los fallos de memoria. Deterioro cognitivo leve o demencia*”) es visible también en otras muchas entidades nosológicas de incidencia en el mayor. Por tanto, abordar personas con necesidades de atención complejas supone considerar no sólo la multimorbilidad/ comorbilidad sino identificar y cuantificar la fragilidad como predictor de discapacidad y mortalidad entre otros^{5,6}.

Esta atención y la consecuente toma de decisiones individualizadas y compartidas, se encuentra estrechamente relacionada con la dificultad para el diagnóstico situacional en condiciones de incertidumbre clínica condicionadas además por circunstancias sociales, familiares y personales. Los esfuerzos diagnósticos –valoración de necesidades- y terapéuticos requieren de una valoración dinámica en la que son imprescindibles herramientas que permitan valorar la heterogeneidad de dicha complejidad y su carácter evolutivo mediante un abordaje multidimensional como la VGI y el modelo de acumulación de déficits/índices de fragilidad. Sin olvidar a las personas en situación de riesgo susceptibles de beneficiarse de acciones preventivas de discapacidad (criterios de Fried y test funcionales)⁴.

Las manifestaciones de las enfermedades neuropsiquiátricas en el mayor se ven afectadas por la comorbilidad con enfermedades físicas y presencia de déficits sensoriales. Además, tienden a presentar una relación bidireccional y manifestar síntomas psíquicos como quejas somáticas, a menudo de un modo poco específico y asertivo².

En el caso concreto de la comorbilidad entre la depresión con una patología médica esta predice un peor pronóstico tanto de la depresión como de la patología con la que se relaciona. A nivel cardiovascular las dos enfermedades que van a tener un mayor impacto son la HTA y la Cardiopatía isquémica (tipo IMA) dónde dicha relación bidireccional es patente. En el caso del Síndrome Coronario Agudo – IMA- hay una mayor incidencia y prevalencia hasta de un 20% en el caso de Depresión Mayor y más si atendemos a síntomas depresivos aislados tras un IMA. Respecto a la mortalidad nos encontramos con tasas de mortalidad cardiaca a los 18 meses 8 veces superior con síntomas depresivos.

En sentido inverso los pacientes con depresión moderada y grave tenían una probabilidad del 69% mayor de muerte cardíaca y un 78% mortalidad general más que los no deprimidos y, más impactante, la asociación depresión post IMA y el aumento de la mortalidad continúa presente a los 10 años⁷.

En los adultos mayores con enfermedad coronaria, los síntomas depresivos iniciales más altos y la menor capacidad de ejercicio predijeron un mayor riesgo de deterioro funcional en los siguientes 5 años. Por el contrario, otras medidas tradicionales de gravedad en la enfermedad cardio vascular (FEVI y la angina de pecho) no se asociaron a disminución o cambios en el estado funcional. Estos hallazgos sugieren que los esfuerzos para mejorar los síntomas depresivos pueden ser tan importantes como el tratamiento de la gravedad de las enfermedades cardiovasculares para mejorar el estado funcional⁸.

Desde el punto de vista socio-económico pacientes con depresión tiene periodos de estancia más largos y un coste de la asistencia médica hospitalaria un 41 % más alto que los no deprimidos con tasas de reingreso más altas⁹. Igualmente, el coste de la asistencia sanitaria durante el primer año post IMA y depresión era un 11% superior respecto a los no depresivos.

Como última aportación a la correlación entre depresión y enfermedad cardiovascular referir que la preponderancia de la evidencia apoya la recomendación por parte de la Asociación Americana de Cardiología de considerar la depresión como un factor de riesgo para los resultados médicos adversos (mortalidad general y cardíaca entre otros) en pacientes con síndrome coronario agudo¹⁰.

En lo referente a la depresión como predictor de demencia está establecido que un 10-25% de los casos de Alzheimer puede ser prevenida con la eliminación de algunos factores de riesgo. Barnes y Yaffe calcularon que aproximadamente un tercio de casos de Alzheimer eran atribuibles a la depresión. Pero además existen suficientes indicios para considerar que los individuos con historia previa de depresión tienen casi el doble de riesgo de desarrollar demencia que los individuos sin historia de depresión, siendo esta asociación más fuerte cuando la depresión se padece ya en la tercera edad.

Dicha relación parece estar justificada por el hecho de que una exposición prolongada a los efectos neurotóxicos de la depresión podría poner en marcha los mecanismos patológicos de una demencia. Completando esta correlación depresión/demencia tendríamos que considerar el hecho en sentido inverso de que la depresión es muy frecuente en fases iniciales e intermedias en muchos tipos de demencia. Siendo una evidencia la mayor prevalencia de depresión en pacientes con demencia respecto a población general¹¹.

Estos y otros aspectos serán tratados en la ponencia *“Alteraciones del estado de ánimo y fallos cognitivos. Depresión o demencia”* por el Dr. Moya.

La tercera ponencia de esta mesa *“Programas de psicoestimulación cognitiva. ¿Previenen el deterioro mental?”* a cargo de D. Roberto Suarez(Neuropsicólogo) pone de relieve la importancia de actuar no sólo desde el contexto de la prevención secundaria una vez se manifiesta el deterioro cognitivo sino la imperiosa necesidad de actuar desde etapas vitales previas sobre factores de riesgo modificables que contribuyan a un mejor envejecimiento y salud mental como pueden ser la actuación sobre el sedentarismo, tabaquismo, hipertensión, diabetes, obesidad, depresión y políticas de promoción cultural. En definitiva, garantizar y mantener la máxima actividad social, familiar y personal.

Quedan fuera de esta mesa otras consideraciones respecto a la vinculación –comorbilidad- entre diversas patologías mentales con otras enfermedades físicas.

1. Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
2. Luis Agüera Ortiz, Manuel Martín Carrasco, Jorge Cervilla Ballesteros. Psiquiatria Geriátrica. 2002 Masson, SA.
3. Consenso Español sobre Depresión en el Anciano. Resultados. Sociedad Española de Psicogeriatria. (abierto página Web)
4. Jordi Amblàs-Novellas, Joan Espauella-Panicot, Marco Inzitari, Lourdes Rexach, Benito Fontecha y Roman Romero-Ortuno. En busca de

respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad

5. S.A. Alfonso Silguero, M. Martínez-Reig, L. Gómez Arnedo, G. Juncos Martínez, L. Romero Rizos y P. Abizanda Soler. Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEA. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Volumen 49, Número 2, marzo-abril 2014
6. M. Martínez-Reig, T. Flores Ruano, M. Fernández Sánchez, A. Noguerón García, L. Romero Rizos y P. Abizanda Soler. Fragilidad como predictor de mortalidad, discapacidad incidente y hospitalización a largo plazo en ancianos españoles. Estudio FRADEA. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Volumen 51, Número 5, septiembre-octubre 2016
7. Julio Bobes, José Giner, Francisco López, Jerónimo Saiz y Enric Zamorano. Salud Física en el Paciente con Depresión. Fundación Española de Psiquiatria y Salud Mental
8. Depressive symptoms, cardiovascular disease severity, and functional status in older adults with coronary heart disease: the heart and soul study. Journal of the American Geriatrics Society 2015; Vol 63(1):8-15. 01/01/2015.
9. Jiang y cols. Depression and heart disease: Evidence of a link and its therapeutic implications. CNS Drugs,2002;16(2),111-127.
10. Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations. A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. Vol: 129 Nro: 12 Págs: 1350 - 69 fecha: 25/03/2014.
11. Josep Deví Bastida. Nuria Puig Pomés, Susanna Jofre Font y Albert Fetscher Eickhoff. La depresión: un predictor de demencia. Revista Española de Geriatria y Gerontología, Volumen 51, Número 2, marzo-abril 2016.

CAPÍTULO 13

ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO Y FALLOS COGNITIVOS. DEPRESIÓN O DEMENCIA

MIGUEL MOYA MOLINA

Jefe Servicio de Neurología
Hospital Universitario Puerta del Mar, SAS, Cádiz

La interrelación entre el deterioro cognitivo y el estado de ánimo, entre la demencia y la depresión, a menudo plantea dudas diagnósticas en el sentido de no poder discriminar si los síntomas responden a un mismo proceso o son manifestaciones de entidades diferentes. En este sentido podemos interpretar esta interrelación en tres ámbitos:

- 1) Que ambas patologías estén unidas como factores de riesgo
- 2) Que sean parte de un continuum
- 3) Que sean condiciones separadas, coincidentes en el tiempo

1. Unión de ambas patologías como factores de riesgo.

La asociación temporal entre síntomas cognitivos y depresivos varía ampliamente. La evidencia sugiere que la enfermedad depresiva contribuye al desarrollo de déficits cognitivos persistentes o progresivos en algunos individuos⁽¹⁾. Sin embargo, los mecanismos neurobiológicos entre depresión y futuro deterioro cognitivo son mal comprendidos. La neuropatología grosera y microscópica de la demencia asociada a depresión es altamente variable pudiendo encontrarse estados mixtos fisiopatológicos frecuentemente. Por otra parte, la coexistencia de otros factores como características específicas de la persona, el nivel educativo o los estilos de vida, influyen en el tiempo de presentación de la demencia, sin importar la naturaleza y extensión de la patología. Existen múltiples estudios de caso control y epidemiológicos que ponen de manifiesto una asociación entre la depresión de inicio tardío y déficits

cognitivos persistentes, así como entre una historia de depresión pasada y la demencia subsecuente, especialmente la Enfermedad de Alzheimer⁽²⁾. Así mismo, hay estudios que analizan la sintomatología depresiva en edades tardías y que encuentran un significativo deterioro cognitivo concurrente con los síntomas afectivos. Esta asociación puede ser debida a la existencia de un bajo procesamiento de la información, así como a déficits de la memoria de trabajo⁽³⁾. A lo anterior hay que añadir que el declinar cognitivo acompañando a la depresión tardía a menudo persiste a pesar de un correcto tratamiento para la depresión e incluso tras la remisión de los síntomas afectivos⁽⁴⁾. Un año después de una buena respuesta al tratamiento para un episodio depresivo mayor, se encontró que un 23% de sujetos con deterioro cognitivo habían sido considerados cognitivamente intactos mientras estaban deprimidos⁽⁵⁾.

Depresión como causa o factor de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer

Es conocido que una historia de depresión duplica el riesgo individual de demencia en general y de Enfermedad de Alzheimer en particular^(1, 6, 7). Existe creciente evidencia de que la asociación es compleja, con estudios epidemiológicos sugiriendo que la depresión es un factor de riesgo independiente para demencia. Pero la fecha de instauración de la depresión es clave. Es importante establecer la temporalidad de la relación^(8, 9).

Estudios individuales como el estudio cardiaco Framingham dirigido por Sacczynski y cols,⁽¹⁰⁾ sobre una cohorte de participantes y 17 años de seguimiento, han puesto de manifiesto que los enfermos con síntomas depresivos tenían un significativo aumento de riesgo de desarrollar demencia comparado con los que no los padecían, concluyendo que la depresión es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de demencia.

Por otro lado, hay una serie de indicios que refuerzan la hipótesis de la depresión como factor de riesgo de demencia. Se sabe que a mayor número de episodios depresivos anteriores más riesgo de demencia existe⁽¹¹⁾. Por otro lado, cuanto más largo sea el intervalo entre el inicio del primer episodio depresivo y el tiempo de evaluación de la demencia, mayor es el riesgo de padecerla⁽¹²⁾. Por

el contrario, otros estudios ponen de manifiesto que cuanto más corto sea el intervalo entre inicio de la depresión y valoración de la demencia mayor es el riesgo⁽¹²⁾. Tales resultados sugieren que cuando los síntomas depresivos y cognitivos aparezcan cerca en el tiempo, pueden tener procesos neuropatológicos comunes. Esta es una hipótesis importante y, como se hablará más adelante, competidora del concepto de depresión como factor de riesgo para demencias.

En este sentido Li y cols.⁽¹³⁾ en su estudio de seguimiento de 15 años encontraron que en pacientes con una historia pasada de depresión en edades tempranas no había un aumento de riesgo de demencia y fue solo la depresión en edades tardías la que tuvo relación. Así mismo, Brommelhoff y cols.⁽¹⁴⁾ también examinaron su relación en estudios caso-control. Encontraron que, si el desarrollo de la depresión ocurre más de 10 años antes que el desarrollo de la demencia, no había relación entre ambas pero que, si la depresión ocurre en menos de 10 años del inicio de la demencia, existe un riesgo incrementado.

No obstante, los datos disponibles sugieren que la depresión, incluyendo los procesos fisiopatológico relacionados, puede actuar como un verdadero factor de riesgo para el Deterioro Cognitivo Ligero y la Demencia^(15, 16).

Ownby en su meta-análisis encontró que las personas con una historia de depresión fueron diagnosticadas más de enfermedad de Alzheimer tardía, apreciando en un segundo análisis de demencia una relación significativa y positiva con el desarrollo de demencia tipo Alzheimer⁽⁷⁾.

Otros meta-análisis como los de Diniz y cols⁽¹⁷⁾, Gao y cols⁽¹⁸⁾ o la revisión sistemática de Da Silva y cols⁽¹⁹⁾ que incluyen otros tipos de demencia, llegan a la misma conclusión.

Brunnstrohm y cols.⁽²⁰⁾ analizaron los antecedentes de depresión previa remota en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, Demencia Vascular o Demencia Mixta con estudio neuropatológico post mortem y encontraron que la historia de depresión fue más común en pacientes con Demencia Vascular y que una historia de depresión no parece ser prevalente en el grupo de Enfermedad

de Alzheimer. También en el Maastricht Ageing Study de Köhler y cols ⁽⁸⁾, se encontró un aumento de riesgo para demencia vascular.

Por otro lado, Barnes y cols. ⁽²¹⁾ observaron los síntomas depresivos en edades medias y tardías de la vida como riesgo de demencia en una cohorte retrospectiva. Concluyeron que la depresión crónica en edades más tardías puede estar etiológicamente asociada con incremento de riesgo de demencia particularmente Demencia Vascular, mientras que la depresión que ocurre en los primeros estadios de la vida refleja un estado de demencia prodrómica en particular de Enfermedad de Alzheimer.

Inversamente, Lenoir y cols.⁽⁹⁾, en el estudio 3C encontraron que la historia pasada de depresión no incrementó el riesgo de demencia pero que padecer síntomas depresivos intensos se asociaron a un aumento del riesgo de Demencia Vascular y que el desarrollo de demencia fue en pocos años, apoyando la hipótesis de que la depresión es más un pródromo de Demencia Vascular que un factor de riesgo.

Hay que reseñar que no todos los estudios realizados apoyan la hipótesis de que la depresión sea un factor de riesgo para el eventual desarrollo de una demencia. Luppá y cols.⁽²²⁾ en un estudio prospectivo con 8 años de seguimiento, usando diferentes medidas diagnósticas de depresión y determinando el futuro riesgo de demencia, encontraron que aunque se produjo un riesgo aumentado de demencia en pacientes con síntomas depresivos y trastornos depresivos éste no tenía significación estadística.

Se podría hipotetizar que, si la depresión fuera tomada como un factor de riesgo independiente para demencia, el tratamiento del trastorno depresivo recurrente podría suponer una cierta prevención de la demencia, pero los resultados son inconsistentes. Así Kessing y cols ⁽²³⁾ en su estudio concluyeron que el tratamiento a largo plazo con viejos antidepresivos puede asociarse con unos ratios de reducción de demencia, pero no con otra clase de antidepresivos. Por otra parte, las observaciones de otros estudios tales como el realizado por Mossello y cols ⁽²⁴⁾ sugieren que el tratamiento antidepresivo puede reducir el

declinar cognitivo en pacientes ancianos con Enfermedad de Alzheimer instaurada.

También podría sugerirse que, si la depresión fuera un factor de riesgo independiente para demencia, habría una relación dosis-respuesta entre los dos trastornos. Por ejemplo, un aumento de frecuencia y de intensidad de los episodios depresivos incrementarían el riesgo de demencia. En este sentido, Dotson y cols.⁽²⁵⁾ usando datos del Baltimore Longitudinal Study of Ageing (BLSA), realizaron un estudio comunitario en adultos con una mediana de 25 años y encontraron un incremento del riesgo de demencia en relación con un mayor número de episodios depresivos pasados. Y también Chen y cols.⁽²⁶⁾ en dos amplios estudios poblacionales de cohortes realizados en China y Reino Unido encontraron una asociación del riesgo de demencia solo con los síndromes depresivos más severos pero no con los menos intensos. Por último, Luppá y cols. encontraron que la severidad de los síntomas depresivos pueden tener un efecto en el tiempo del desarrollo de demencia⁽²²⁾.

Desde el punto de vista etiopatogénico, el daño prolongado en el hipocampo debido a la hipercortisolemia de la depresión recurrente se ha propuesto como causa subyacente del desarrollo de demencias en pacientes con antecedentes de depresión⁽²⁷⁾. No obstante, puede haber diferencias encontrando menor volumen del hipocampo asociado a cuadros depresivos a edades tempranas mientras se aprecia mayor prevalencia de lesiones subcorticales en sustancia blanca asociada a depresiones en edades más tardías.

A modo de conclusión, a la vista de lo anteriormente expuesto, podría considerarse que la depresión podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de demencia. Sin embargo, los estudios que específicamente diferencia entre edad temprana y edad tardía de la depresión tienden a mostrar evidencia en la hipótesis de que la depresión, cuando ocurre en edades tardías es más bien un síntoma prodrómico de demencia, más que un factor de riesgo en sí.

2. Depresión y Demencia como parte de un continuum

Desde el punto de vista temporal, se considera que una sintomatología depresiva es prodrómica de una demencia si acontece en menos de cinco años de la aparición de la sintomatología cognitiva.

Gatz y cols.⁽²⁸⁾ en un estudio de cohorte en una población en 5 años de seguimiento (dentro del rango prodrómico), encontraron pacientes con síntomas depresivos que predecían al desarrollo de demencia, pero ninguno de los participantes informaron de historia de depresión previa ni duración de episodios depresivos. Por otro lado, Panza y cols.⁽²⁹⁾, en el estudio de seguimiento "Italian Longitudinal Study on Ageing", evaluaron síntomas depresivos, función cognitiva global y memoria episódica y hallaron que en ancianos sin daño cognitivo los síntomas depresivos precedieron en 3,5 años al deterioro de la función cognitiva global y de la memoria episódica.

Hipótesis prodrómica

Como se ha referido anteriormente Li y cols.⁽¹³⁾ en su estudio de seguimiento de 15 años encontraron que en pacientes con una historia pasada de depresión en edades tempranas no había un aumento de riesgo de demencia y fue solo la depresión en edades tardías la que tuvo relación. Estos resultados apoyan la hipótesis prodrómica.

Por otro lado, también se ha reseñado ya que Brommelhoff y cols.⁽¹⁴⁾ encontraron que si el desarrollo de la depresión ocurre más de 10 años antes que el desarrollo de la demencia, no había relación entre ambas pero que si la depresión ocurre en menos de 10 años del inicio de la demencia, existe un riesgo incrementado. De hecho, se asocia a 4 veces mayor probabilidad de tener demencia lo cual vuelve a apoyar la hipótesis prodrómica. No se aporta información del rango de tiempo hasta el desarrollo de la demencia, aunque se describe que cada año de separación entre el desarrollo de depresión y demencia disminuye la probabilidad de demencia en un 8,4%. De ahí se

desprende que el mayor riesgo está cuando depresión y demencia ocurren a la vez.

Sin embargo, con la fase patológica prodrómica de demencia extendiéndose 10 años o más antes del diagnóstico clínico, no siempre es sencillo determinar qué síntomas ocurren años antes del desarrollo de demencia y cuales a su vez son intrínsecos a su desarrollo. Es decir, podría no estar claro si la depresión previa representa una manifestación clínica prodrómica de la neuropatología de la demencia o es más bien un verdadero factor de riesgo etiológico para su desarrollo ⁽³⁰⁾.

Depresión como consecuencia. Reacción psicológica.

Es relevante también la hipótesis de que los síntomas depresivos son una reacción o respuesta psicológica al diagnóstico o conciencia del deterioro cognitivo. Los individuos que experimentan signos tempranos de demencia o que comienzan a notar que su función cognitiva se deteriora, pueden desarrollar síntomas depresivos secundarios⁽³¹⁾. También podría pensarse que un diagnóstico de demencia con el pronóstico de enfermedad incurable y pérdida de autonomía que conlleva, podría hacer aparecer síntomas depresivos. No obstante, los estudios generalmente no apoyan esta hipótesis⁽³²⁾. Por tanto, los síntomas depresivos solamente son el reflejo de la presencia de enfermedad cerebral subyacente que provoca la demencia y la depresión tardía.

Depresión como consecuencia. La apatía.

No es infrecuente que los síntomas de apatía en demencia se confundan con una depresión ⁽³³⁾. Diferenciar apatía de depresión en demencia es difícil por el solapamiento a menudo de síntomas llave⁽³⁴⁾. La pérdida de interés en actividades puede ocurrir en estado depresivos, sin embargo, la pérdida de interés en actividades en demencia puede reflejar más pérdida de motivación o habilidad que depresión. Por otro lado, el proceso de demencia en sí mismo produce síntomas de fatigabilidad, hipersomnia y pérdida de peso, los cuales

pueden llevar al diagnóstico de depresión y éstos pueden ser artefactos que incrementen la aparente prevalencia de depresión en demencia⁽³³⁾. Apatía y depresión son dos entidades separadas y así deben considerarse.

3. Depresión y Demencia como condiciones separadas

El tercer escenario propuesto es que la sintomatología depresiva y la demencia ocurran en el mismo individuo como entidades separadas, como mera coincidencia. En este sentido cabría preguntarse si es posible que la depresión y la demencia sean hechos no relacionados. ¿Podrían algunos individuos simplemente tener dos trastornos separados, un trastorno depresivo primario y una demencia?

Se sabe que la depresión y la demencia son entidades altamente prevalentes en la edad anciana. Aunque las estimaciones de los estudios epidemiológicos varían debido a las diferentes metodologías tales como la población de estudio o herramientas de screening, en los pacientes de más de 65, si tomamos el 20 % de prevalencia de depresión y el 5 % de prevalencia de demencia, tratando ambas condiciones como independientes, obtendríamos una estimación del 1 % de prevalencia combinada. Sin embargo, la evidencia sugiere que es mucho mayor que esto. Los síntomas de depresión son más prevalentes en personas con demencia que en aquellos que no la tienen ^(35, 36). Esto parece indicar que las dos condiciones están asociadas más que ser entidades independientes.

Un nexo de unión entre ambos procesos lo constituye el hecho de que la depresión y la demencia pueden tener factores etiológicos comunes tal como la inflamación o los cambios vasculares asociados a factores de riesgo vascular ^(27, 30). También se han identificado el asilamiento social, el nivel educacional, el estatus socioeconómico y las comorbilidades médicas como factores de riesgo comunes para ambas patologías ⁽³⁷⁾.

Conclusión

Como se ha intentado reflejar en los párrafos previos existen resultados diversos que confirman la heterogeneidad de los cuadros depresivos y de las demencias en edades avanzadas de la vida. Muchos autores enfatizan en la importancia de determinar si la depresión es un verdadero factor de riesgo versus un síntoma precoz que ocurre en la fase prodrómica de la demencia, particularmente en la Enfermedad de Alzheimer. Existe un apoyo sustancial para ambas hipótesis, y no son mutuamente excluyentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liew TM. Depression, subjective cognitive decline, and the risk of neurocognitive disorders. *Alzheimers Res Ther.* 2019 Aug 9;11(1):70.
2. Sheline YI, Barch DM, Garcia K, Gersing K, Pieper C, Welsh-Bohmer K, et al. Cognitive function in late life depression: relationships to depression severity, cerebrovascular risk factors and processing speed. *Biol Psychiatry.* 2006 Jul 1;60(1):58-65.
3. Nebes RD, Butters MA, Mulsant BH, Pollock BG, Zmuda MD, Houck PR, et al. Decreased working memory and processing speed mediate cognitive impairment in geriatric depression. *Psychol Med.* 2000 May;30(3):679-91.
4. Paradiso S, Lamberty GJ, Garvey MJ, Robinson RG. Cognitive impairment in the euthymic phase of chronic unipolar depression. *J Nerv Ment Dis.* 1997 Dec;185(12):748-54.
5. Bhalla RK, Butters MA, Mulsant BH, Begley AE, Zmuda MD, Schoderbek B, et al. Persistence of neuropsychologic deficits in the remitted state of late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006 May;14(5):419-27.
6. Jorm AF. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001 Dec;35(6):776-81.
7. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 May;63(5):530-8.

8. Kohler S, van Boxtel M, Jolles J, Verhey F. Depressive symptoms and risk for dementia: a 9-year follow-up of the Maastricht Aging Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 Oct;19(10):902-5.
9. Lenoir H, Dufouil C, Auriacombe S, Lacombe JM, Dartigues JF, Ritchie K, et al. Depression history, depressive symptoms, and incident dementia: the 3C Study. *J Alzheimers Dis*. 2011;26(1):27-38.
10. Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology*. 2010 Jul 6;75(1):35-41.
11. Kessing LV, Andersen PK. Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004 Dec;75(12):1662-6.
12. Green RC, Cupples LA, Kurz A, Auerbach S, Go R, Sadovnick D, et al. Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the MIRAGE Study. *Arch Neurol*. 2003 May;60(5):753-9.
13. Li G, Wang LY, Shofer JB, Thompson ML, Peskind ER, McCormick W, et al. Temporal relationship between depression and dementia: findings from a large community-based 15-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Sep;68(9):970-7.
14. Brommelhoff JA, Gatz M, Johansson B, McArdle JJ, Fratiglioni L, Pedersen NL. Depression as a risk factor or prodromal feature for dementia? Findings in a population-based sample of Swedish twins. *Psychol Aging*. 2009 Jun;24(2):373-84.
15. Palsson S, Aevvarsson O, Skoog I. Depression, cerebral atrophy, cognitive performance and incidence of dementia. Population study of 85-year-olds. *Br J Psychiatry*. 1999 Mar;174:249-53.
16. Geerlings MI, den Heijer T, Koudstaal PJ, Hofman A, Breteler MM. History of depression, depressive symptoms, and medial temporal lobe atrophy and the risk of Alzheimer disease. *Neurology*. 2008 Apr 8;70(15):1258-64.
17. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF, 3rd. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*. 2013 May;202(5):329-35.

18. Gao Y, Huang C, Zhao K, Ma L, Qiu X, Zhang L, et al. Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013 May;28(5):441-9.
19. da Silva J, Goncalves-Pereira M, Xavier M, Mukaetova-Ladinska EB. Affective disorders and risk of developing dementia: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2013 Mar;202(3):177-86.
20. Brunnstrom H, Gustafson L, Passant U, Englund E. Prevalence of dementia subtypes: a 30-year retrospective survey of neuropathological reports. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009 Jul-Aug;49(1):146-9.
21. Barnes DE, Yaffe K, Byers AL, McCormick M, Schaefer C, Whitmer RA. Midlife vs late-life depressive symptoms and risk of dementia: differential effects for Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 May;69(5):493-8.
22. Luppá M, Luck T, Ritschel F, Angermeyer MC, Villringer A, Riedel-Heller SG. Depression and incident dementia. An 8-year population-based prospective study. *PLoS One*. 2013;8(3):e59246.
23. Kessing LV, Forman JL, Andersen PK. Do continued antidepressants protect against dementia in patients with severe depressive disorder? *Int Clin Psychopharmacol*. 2011 Nov;26(6):316-22.
24. Mossello E, Boncinelli M, Caleri V, Cavallini MC, Palermo E, Di Bari M, et al. Is antidepressant treatment associated with reduced cognitive decline in Alzheimer's disease? *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;25(4):372-9.
25. Dotson VM, Beydoun MA, Zonderman AB. Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment. *Neurology*. 2010 Jul 6;75(1):27-34.
26. Chen R, Hu Z, Wei L, Qin X, McCracken C, Copeland JR. Severity of depression and risk for subsequent dementia: cohort studies in China and the UK. *Br J Psychiatry*. 2008 Nov;193(5):373-7.
27. Kohler S, Thomas AJ, Lloyd A, Barber R, Almeida OP, O'Brien JT. White matter hyperintensities, cortisol levels, brain atrophy and continuing cognitive deficits in late-life depression. *Br J Psychiatry*. 2010 Feb;196(2):143-9.

-
28. Gatz JL, Tyas SL, St John P, Montgomery P. Do depressive symptoms predict Alzheimer's disease and dementia? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005 Jun;60(6):744-7.
 29. Panza F, D'Introno A, Colacicco AM, Capurso C, Del Parigi A, Caselli RJ, et al. Temporal relationship between depressive symptoms and cognitive impairment: the Italian Longitudinal Study on Aging. *J Alzheimers Dis*. 2009;17(4):899-911.
 30. Barnes DE, Alexopoulos GS, Lopez OL, Williamson JD, Yaffe K. Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the Cardiovascular Health Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Mar;63(3):273-9.
 31. Jajodia A, Borders A. Memory predicts changes in depressive symptoms in older adults: a bidirectional longitudinal analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Sep;66(5):571-81.
 32. Carpenter BD, Xiong C, Porensky EK, Lee MM, Brown PJ, Coats M, et al. Reaction to a dementia diagnosis in individuals with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Mar;56(3):405-12.
 33. Landes AM, Sperry SD, Strauss ME. Prevalence of apathy, dysphoria, and depression in relation to dementia severity in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005 Summer;17(3):342-9.
 34. Starkstein SE, Ingram L, Garau ML, Mizrahi R. On the overlap between apathy and depression in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005 Aug;76(8):1070-4.
 35. Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Curr Opin Psychiatry*. 2011 Nov;24(6):461-72.
 36. Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C. Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med*. 2009 May 28;360(22):2302-9.
 37. Heun R, Hein S. Risk factors of major depression in the elderly. *Eur Psychiatry*. 2005 May;20(3):199-204.

CAPÍTULO 14

TRASTORNOS CONDUCTUALES ASOCIADOS A DEMENCIA. ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

MIGUEL ARAÚJO ORDÓÑEZ

Coordinador de la Unidad Docente Multiprofesional del Servicio de Geriátría
Hospital Virgen del Valle, Toledo

Índice por apartados. -

- I. Introducción y reseña histórica de la demencia
- II. Cambios neurofisiológicos asociados al envejecimiento
- III. ¿Síntomas o Síndrome asociados a demencia?
- IV. Etiología de los síntomas conductuales
- V. Repercusiones de los Síntomas Conductuales y Psicológicos Asociados a Demencia
- VI. Evaluación y diagnóstico de los Síntomas Conductuales y Psicológicos Asociados a Demencia
- VII. Principales Síntomas Conductuales
 - ❖ Depresión
 - ❖ Psicosis
 - ❖ Agitación y agresividad
 - ❖ Disfunción ejecutiva
 - ❖ Ansiedad
 - ❖ Trastornos del sueño
 - ❖ Apatía
- VIII. Los Cuidadores
- IX. Bibliografía

I. INTRODUCCIÓN Y RESEÑA HISTÓRICA DE LAS DEMENCIAS

Es conocido el envejecimiento progresivo de la sociedad así como el aumento de las enfermedades neurodegenerativas en el sector más longevo de la población, de tal manera que la pérdida de facultades cognitivas, en sus diferentes entidades, constituye en sí misma una de las principales causas de consultas médicas en geriatría entre las personas mayores de 70 años, y no sólo por el deterioro cognitivo que produce, sino, y sobre todo, por los trastornos conductuales que en ocasiones presentan, y que suponen un gran estrés así como una importante sobrecarga para los cuidadores de pacientes con demencia. De estos trastornos y síntomas “no cognitivos” son los que trata esta charla.

La demencia, del término latino “demens” que literalmente significaría “sin juicio”, aparece definida por primera vez en el diccionario de Blancard, en 1726, como “la extinción del juicio y la imaginación”, considerándola una entidad clínica reversible y multicausal. Este concepto se mantuvo hasta 1900 en el que se clasifica en “demencia senil, demencia arteriosclerótica y demencia subcortical”, diferenciándolas de otros trastornos, aunque a veces asociados, como “la locura, la demencia precoz” y las conocidas como “demencias vesánicas” (depresión y manía) que posteriormente se clasificarían como “seudodemencias”.

En 1906, el psiquiatra Alois Alzheimer describió un caso clínico, publicado un año después, en el que se asociaba deterioro cognitivo con otra sintomatología “no cognitiva”, tales como alucinaciones visuales, delirios y afasia. En el examen postmortem de la paciente de 51 años, Auguste Deter, su cerebro mostró abundancia de ovillos neurofibrilares (descritos unos meses antes) así como placas seniles y cambios ateroscleróticos, propios de edades mucho más avanzadas, por lo que Alzheimer definió este síndrome como una “atrofia cerebral aterosclerótica, demencia apopléjica y gliosis perivascular con encefalopatía vascular subcortical progresiva” en una edad presenil.

En este primer caso descrito, el autor subrayó la existencia de síntomas psiquiátricos y trastornos conductuales asociados a la demencia, un hecho ignorado en estudios de demencia previamente y que desde entonces, y sobre

todo en los últimos 30 años, es una de las principales dianas de investigación para mejorar el conocimiento profundo de esta patología, así como su prevención y tratamiento, dado que es una de las entidades nosológicas que se consideran “epidemias del siglo XXI” por la Organización Mundial de la Salud, debido a su alta prevalencia (en el mundo, 47´5 millones de personas padecen demencia, OMS 2012), su continuo crecimiento a nivel mundial y las elevadas repercusiones socioeconómicas que supone a los sistemas de salud.

Si bien es cierto que los estudios de prevalencia varían mucho en cuanto a las cifras que aportan, en todos ellos se aprecia una tendencia al aumento exponencial de la enfermedad cognitiva entre las personas más ancianas, existiendo diversos metaanálisis centrados en este sector poblacional que sitúan una tasa del 3´2% en el grupo de edad que abarca de los 70 a los 79 años, y de un 10´8% para el grupo etario mayor, de entre 80 y 89 años. Más recientemente (Lobo y col., 2000)¹ apreciaron cifras aún superiores: 4´3% entre 70 y 79 años y hasta un 23´6% entre 80-89 años, con incidencias acordes al progresivo envejecimiento poblacional, sin que se aprecie diferencia en cuanto a sexo, aunque sí en cuanto a raza, registrándose una menor incidencia en países del este asiático que en los europeos.

En España, se estima que pueden padecer demencia en torno a 800.000 personas, aumentando la prevalencia, tal como se refleja en otras partes del globo a partir de los 60 años, cuando se multiplica por dos cada 5 años, alcanzando hasta un 90% en nonagenarios.

II. CAMBIOS NEUROFISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO.

En el proceso de envejecer, el sistema nervioso sufre una serie de cambios progresivos que, aun siendo fisiológicos, pueden dar lugar a síntomas cognitivos que se diferencian de lo realmente patológico, por lo que es necesario conocer los mecanismos por los que con la senectud se pierden capacidades cognitivas, funcionales y sensoriales.

Las células nerviosas crecen durante la vida, pero no se dividen, si bien algunas sinapsis se añaden más tarde. La hipótesis más consensuada para explicar el proceso degenerativo hace referencia a la pérdida selectiva de neuronas, no en cuanto al número de las mismas, que se ve moderadamente reducido a lo largo de la vida, sino a la compleja red de conexiones neuronales responsables de los procesos cerebrales, sobre todo en la corteza cerebral.

Esta pérdida cuantitativa, pero sobre todo funcional neuronal, se acompaña de una disminución del peso cerebral, el cual a partir de los 40 años sufre un modesto pero progresivo descenso tanto del volumen como del peso, agrandándose los ventrículos y el espacio subaracnoideo, ocupando finalmente el 83% de la cavidad craneal con respecto al 92% inicial apreciado en etapas tempranas (*Morley, 2018*)². Se ha visto en hallazgos postmortem, que, mientras el volumen de los lóbulos temporales, parietales y occipitales se reducen con el envejecimiento (hasta un 1% con respecto a jóvenes), el lóbulo frontal se reduce hasta un 17% en peso y volumen (*Haugl, 1991*)³, hecho confirmado con estudios en vida mediante RMN cerebral. Estos cambios morfológicos se pueden relacionar con una merma en las funciones cerebrales sensoriales, sobre todo en órganos sensitivos, la vista y el oído.

Estudios en esta línea han observado que la capacidad de los jóvenes de oír un listado de palabras leídas con ruido de fondo era similar a la que tenían otros jóvenes que las oyeron en silencio, aunque posteriormente tuvieron más dificultades para recordarlas que el grupo que las oyó en silencio. Posteriormente, realizado en ancianos con déficit auditivo severo y sin ello, obtuvieron patrones de resultados similares al de los jóvenes, lo cual pone de manifiesto la importancia de dicho órgano sensorial para una correcta actividad cognitiva (*Rabbitt, 1991*)⁴.

De igual modo, se realizaron estudios análogos para la visión, en el que se facilitaban lentes con un leve astigmatismo a jóvenes para que leyeran una serie de palabras, comparándolos con un grupo control en el que no se distorsionaba la visión. No mostraron dificultad en la velocidad de lectura, pero sí en el recuerdo y la comprensión de las mismas (*Dickinson y Rabbit, 1991*)⁴.

El cerebro es un órgano que, por sí mismo, consume un quinto de todos los requerimientos energéticos del organismo, consiguiéndolo mediante la oxidación anaeróbica de la glucosa, pero a medida que envejece, las fuentes de suministro de glucosa son menores debido a un descenso en los transportadores de glucosa al cerebro, identificados como GLUT-3 y GLUT-4, lo cual condiciona un descenso en la producción de ATP intracerebral por daños en la mitocondria, favoreciendo la aparición de fenómenos de inflamación mediadas por citoquinas, responsables del declinar de la función cognitiva (*Morley, 2018*)².

Mediante estudios con PET se ha observado que la disrupción en las conexiones neuronales de la red anterior del cuerpo cingulado y el córtex prefrontal es la causante del deterioro en las habilidades cognitivas y funcionales del envejecimiento fisiológico. Así, por ejemplo, *Grady y sus colaboradores*⁵, en 1995, usaron PET para estudiar la actividad cerebral en ancianos y en jóvenes mientras realizaban un test de reconocimiento facial. Hallaron que, en los jóvenes, además de activarse la red neuronal del núcleo cingulado anterior, aumentaba la actividad del hipocampo (conocido por su papel en la memoria de trabajo), lo cual se manifestó con una mayor capacidad de reconocimientos faciales a corto y medio plazo, a diferencia del grupo de ancianos, en el que la activación neuronal del núcleo cingulado anterior e hipocampo fue menor.

Esta conexión neuronal se extiende al resto de lóbulos cerebrales de manera coordinada para activar las diferentes áreas del procesamiento cognitivo: la memoria de trabajo, la atención, el establecimiento de objetivos y estrategias y la ejecución de funciones y actos considerados socialmente aceptados, mediante la inhibición de conductas inapropiadas. La vulnerabilidad de las áreas encargadas de estas funciones a los efectos del envejecimiento puede producir déficits apreciables en dichas tareas, sin que se deban considerar por ello patológicos.

Así como se ha descrito algunos de los cambios más relacionados con el declinar cognitivo fisiológico, las alteraciones de la conducta no se consideran en ningún caso un proceso “natural” asociado al envejecimiento, ya que se correlacionan mejor con cambios asociados a patologías subcorticales, en su

mayoría producidas por una restricción del flujo vascular cerebral que disminuye la actividad de determinados neurotransmisores (sobre todo acetilcolina y serotonina) desencadenando conductas alteradas. Estudios neuropatológicos y de neuroimagen sugieren que la interrupción de los circuitos fronto-subcorticales juega un papel decisivo en el desarrollo de los síntomas conductuales, tanto en pacientes dementes como no dementes, y especialmente explican la presencia de síntomas depresivos, impulsividad, desinhibición y alteración de las funciones ejecutivas.

Finalmente, cabe comentar que la existencia de causas extracerebrales, como el deterioro de la salud cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, tabaquismo y dislipemia), los cambios en las circunstancias psicosociales (situación marital, pérdida de familiares cercanos, estrés o insomnio, sobre todo) o la toma de determinados fármacos y sustancias tóxicas pueden agravar la merma de las capacidades cognitivas asociadas al envejecimiento (*Silva, 2019*)⁶. Diferenciar entre el declinar cognitivo fisiológico y el patológico es necesario para desarrollar tratamientos efectivos y procedimientos que permitan detectar y tratar la enfermedad cognitiva tan rápido como sea posible.

III. ¿SÍNTOMAS ASOCIADOS A DEMENCIA o SÍNDROME ASOCIADO A DEMENCIA?

Los síntomas conductuales y psicológicos asociados a demencia (SCPD) son un conjunto heterogéneo de reacciones psicológicas, comportamientos anómalos y síntomas psiquiátricos, debido habitualmente a la presencia de demencia. El término fue acuñado en consenso en 1996 por expertos de la Asociación Psicogeriátrica Internacional, reunidos en Landsdowne- Virginia, como “síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del humor o la conducta, presentes en pacientes con demencia” (*Finkel, 1996*)⁷.

Tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) los incluyen como parte de la demencia sindrómica, siendo su presencia criterio

diagnóstico mayor (en demencia frontotemporal y demencia por cuerpos de Lewy) o bien apoyo al diagnóstico de la demencia tipo Enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. También se incluyen entre los criterios diagnósticos de la demencia asociada a Enfermedad de Parkinson, degeneración cortico subcortical y la Parálisis Supranuclear Progresiva.

Los SCPD pueden fluctuar a lo largo del curso evolutivo de la demencia, y a diferencia de los síntomas cognitivos, tienen un curso más variable e impredecible, de tal manera que en algunos momentos de la enfermedad pueden estar presentes como síntomas muy prevalentes, provocando un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes y en los cuidadores, siendo, con gran frecuencia el motivo principal por el que se decide la institucionalización del paciente (Pérez, 2018)⁸. Además, los pacientes con demencia y SCPD suelen tener un mayor consumo de psicofármacos y sufrir con frecuencia restricciones físicas por conductas motoras aberrantes.

De una manera didáctica, los SCPD se dividen en: síntomas psicológicos y síntomas conductuales; dentro de los síntomas psicológicos se localizan los delirios (siendo el delirio de persecución el más común), las alucinaciones (siendo las visuales las más comunes), las identificaciones erróneas, la depresión, la apatía y la ansiedad. Entre los síntomas conductuales destacan el vagabundeo, la agitación, la agresividad (verbal y/o física) la resistencia a los cuidados y los comportamientos sexuales inapropiados. Además, cabe destacar que en las demencias en general, y en la Enfermedad de Alzheimer en particular, hay una serie de comorbilidades relacionadas con la conducta que también son importantes, como son el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos del sueño y los de la alimentación, que suponen igualmente que los anteriores citados, un importante estrés en el cuidador de estos pacientes, así como una frecuente causa de consulta médica para su manejo.

Por todo ello, existen ciertos síntomas que en sí mismos pueden describirse como síndromes. La apatía, puede ser un síntoma aislado o un síndrome, que

incluye la disminución de la motivación y el deterioro de la capacidad para persistir en las actividades, como un síndrome de disfunción ejecutiva. Y, para complicar más las cosas, habitualmente los pacientes con demencia no presentan sólo un síntoma no cognitivo, sino que pueden presentar dos o más síntomas de la esfera afectiva (apatía y depresión, por ejemplo) acompañados de trastornos del sueño o agitación psicomotriz.

Se estima que el 90% de los pacientes con demencia de cualquier etiología desarrollan algún síntoma conductual en el curso de su enfermedad, así, la ansiedad, la irritabilidad o los trastornos de sueño y apetito son más frecuentes en las fases leves-moderadas de la enfermedad, mientras que la apatía, la agitación/agresión, la deambulación errante y los errores de identificación aumentan al empeorar el deterioro cognitivo. Los delirios, la depresión y la hiperactividad motora son los síntomas más duraderos (en más del 50% de los casos persisten tras 18 meses de seguimiento) y en pacientes institucionalizados, los SPCD más frecuentes son la apatía, seguido por agitación y el delirio, y el que produce más interrupción ocupacional, la agitación (García-Alberca, 2010)⁹.

Aunque es difícil proporcionar una cifra exacta sobre la epidemiología de los SCPD, dado que existe una amplia variabilidad de cifras según los diferentes estudios, y a que la aparición de estos síntomas puede aparecer en cualquier etapa de la enfermedad, a modo global, todos los estudios coinciden en que la apatía supone el síntoma más prevalente entre los enfermos (entre el 50 y el 100% de los casos) y menos frecuente, los delirios (entre el 11 y el 73%) y las alucinaciones (entre el 3 y el 67%). Finalmente, la presencia de euforia se revela como el síntoma menos habitual en la demencia tipo Alzheimer (García-Alberca, 2008)¹⁰.

IV. ETIOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES

Anatómicamente, los SCPD podrían originarse por alteraciones corticales o en combinación cortico-subcorticales. Estudios de neuroimagen ponen de manifiesto que la interrupción de los circuitos fronto-subcorticales juegan un

papel decisivo en el desarrollo de los síntomas, especialmente los referidos a depresión, impulsividad, desinhibición y alteraciones ejecutivas, apreciándose

Trastornos conductuales en la		enfermedad de Alzheimer	
• Apatía	72%	• Agitación	
• Delirios	22%	60%	
• Irritación	42%	• Alucinaciones	
• Depresión	38%	10%	
• Euforia	2%	• Abulia	cognitiva
• Alt del sueño	24%	38%	
		• Ansiedad	
		45%	
		• Desinhibición	
		36%	
		• Alt	alimentación
		31%	

Trastornos psiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer, de “Guía esencial de Psicogeriatría”, S.E. de Psicogeriatría.

datos de hipoperfusión en los lóbulos frontales o temporales en pacientes con ideas delirantes o alucinaciones, además de tener un patrón específico de anormal asimetría de la atrofia cerebral prefrontal frente al patrón simétrico de los pacientes que no presentan delirios. Asimismo, el síntoma no cognitivo predominante de la demencia, la depresión, podría ser atribuida a una disfunción fronto-subcortical extensa, con implicación de los núcleos aminérgicos de la corteza cingular anterior, así como una disfunción a nivel temporoparietal, ya que en pacientes con depresión mayor asociada a demencia se ha apreciado hipoperfusión en las regiones parietales bilaterales, frontales superiores bilaterales y en corteza cingular izquierda (Akiyama, 2008)¹¹.

La neurotransmisión es la base de las teorías sobre la que se explican los síntomas cognitivos de la demencia (Pintoa, 2011)¹², pero además también

desempeña un papel de gran importancia en la etiopatogenia de los SCPD, ya que se conoce la relación entre el déficit colinérgico y el desarrollo de síntomas en la esfera afectiva, como la apatía o la depresión, y en la esfera psicótica. Este hecho se corrobora en la clínica diaria apreciando que determinados pacientes con esta sintomatología mejoran al utilizar fármacos anticolinesterásicos, aunque, desgraciadamente, no son todo lo eficaces que desearían cuidadores y médicos, lo cual hace pensar en la multicausalidad de los SCPD. La depresión en pacientes con enfermedad de Alzheimer, también se ha relacionado con la disminución en la función serotoninérgica y noradrenérgica, lo que sugiere dos localizaciones anatómicas dañadas: lóbulo temporal, con afectación de neurotransmisores colinérgicos y culpable de la sintomatología cognitiva, y, por otro lado, estructuras del tronco cerebral y sistemas aminérgicos, responsables de la sintomatología afectiva (*Pintoa, 2011*)¹².

Por otro lado, en pacientes con demencia, la mayoría de las investigaciones al respecto, indican que existe también un déficit de receptores serotoninérgicos, también involucrados en el desarrollo de síntomas conductuales, tales como la ansiedad, los trastornos del sueño, del apetito y las alucinaciones.

Los factores genéticos comienzan a mostrarse como unos potenciadores para la aparición de determinadas demencias, y así, la expresión de determinados genes puede manifestarse con una mayor predisposición a desarrollar psicosis, alucinaciones visuales y/o agitación.

La personalidad premórbida, desde hace años se viene estudiando como “factor no biológico” que obtenía una potente correlación estadística cuando se estudiaba en pacientes con demencia.

Así, se ha identificado, por ejemplo, el estatus intelectual o el económico como factores relacionados con un mayor riesgo de padecer demencia, justificado no sólo por la escasa reserva cognitiva con la que se envejece sino también por los estilos de vida que condiciona (deficitaria nutrición, hábitos de vida no recomendables) o el grado de actividad social y relaciones sociales, como una mayor probabilidad de desarrollar síntomas conductuales asociados a

demencia. En esta línea, los principales hábitos de vida más modificables que se relacionan con un mayor riesgo de padecer demencia son las alteraciones del sueño, los malos hábitos dietéticos adquiridos y la escasez de actividad física a lo largo de la edad adulta (Zhao, 2018)¹³.

En el progresar de la vida, las personas son sometidas a una serie de eventos vitales, que, en su mayoría, suponen una situación estresante, llegando a formularse “las teorías del estrés” como factor desencadenante de procesos cognitivos, obteniendo resultados dispares posteriormente, al igual que los obtenidos en los estudios realizados sobre la personalidad premórbida, entendida como los rasgos de personalidad previos a la aparición del deterioro cognitivo. La mayoría de los cuidadores de enfermos de Alzheimer reconocen que la personalidad premórbida del paciente se ha visto modificada, bien acentuándose los rasgos previos que tenía, bien apareciendo nuevos, coincidiendo en su mayoría en que son más pasivos, más toscos y menos espontáneos como resultado de la enfermedad (Conde, 1998)¹⁴.

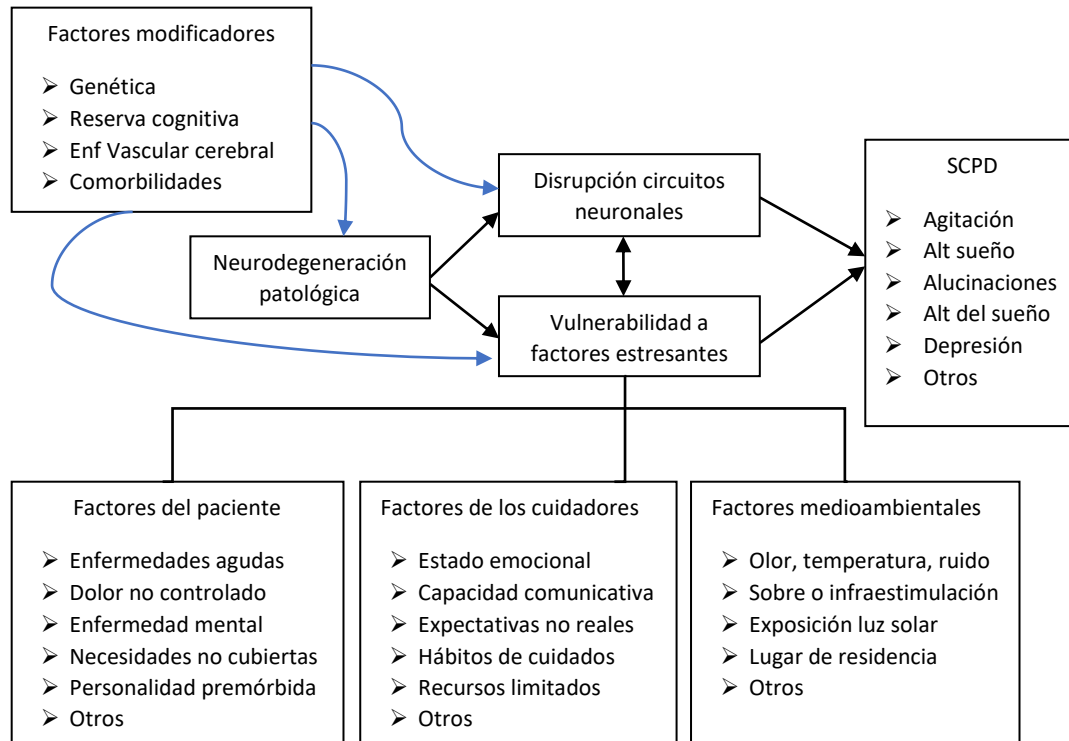
Estudios realizados al respecto, han observado una relación positiva entre la aparición de síntomas psicóticos en la evolución de la enfermedad (sobre todo agitación, irritabilidad y agresividad) entre pacientes con personalidades neuróticas premórbidas, en contraste con personalidades premórbidas afables y extrovertidas, que parecen estar más relacionados con deambulación errática dentro de los síntomas conductuales asociados a demencia (Bastida, 2019)¹⁵.

Por otro lado, cada vez existe más evidencia, acerca de que determinados síntomas neuropsiquiátricos en pacientes sin afectación cognitiva, aumenta el riesgo de manera exponencial de conversión a demencia a lo largo del tiempo, lo que obliga a vigilar periódicamente a todo paciente anciano con síntomas neuropsiquiátricos, aun cuando no tenga afectación cognitiva o ésta sea incipiente (Bastida 2019, Agüera 2017)^{15,16}. En esta línea, donde parece que los estudios sobre la personalidad premórbida son más coincidentes es en analizar la historia de depresión previa a la aparición de la enfermedad cognitiva (Bennet, 2014)¹⁷, encontrando un claro factor de riesgo para desarrollar una demencia entre aquellos pacientes que contaban con historial familiar o personal de

depresión premórbida, así como una relación significativa con el desarrollo de apatía, depresión y trastornos del sueño en el proceso evolutivo de la demencia (Young, 2019)¹⁸.

Finalmente, existen otros factores, denominados globalmente “medioambientales” que interactúan sobre el binomio paciente-cuidador, influyendo en ambos y pudiendo afectar al desarrollo de SCPD en función del umbral de sensibilidad hacia esos factores desencadenantes de estrés. Entre los fenómenos más comunes descritos en este sentido encontramos el conocido como “fenómeno del ocaso” que relaciona la disminución de la exposición solar con la aparición de cuadros de ansiedad y mayor agitación en pacientes con demencia. Aunque su naturaleza ha sido debatida se cree que está relacionada con la alteración del ritmo circadiano, alterando la secreción endógena de melatonina y aumentando el grado de confusión, vagabundeo y agitación a última hora de la tarde.

A modo de esquema-resumen de la etiología de los SCPD:



V. REPERCUSIONES DE LOS SCPD

Numerosos estudios han puesto de manifiesto las repercusiones que los SCPD tiene sobre la calidad de vida de los pacientes afectos, así como sobre sus cuidadores; además, los SCPD suponen una relevante sobrecarga asistencial y económica a cualquier sistema sanitario (*Pérez, 2018*)⁸. Existe una correlación entre la aparición de los síntomas conductuales y la sobrecarga emocional de los cuidadores, siendo los síntomas depresivos seguidos de la agitación/agresividad y la apatía los síntomas más angustiosos para los cuidadores (*Feast, 2016*)¹⁹. Esta situación, teniendo en cuenta que aproximadamente más de la mitad de los pacientes con demencia son atendidos y cuidados en el domicilio particular, puede suponer una causa suficiente como para pasar a la institucionalización del paciente (*Toot, 2017*)²⁰, aunque habitualmente los motivos para ingresar un paciente con demencia en un centro residencial no son únicos sino multifactoriales.

Revisiones de la literatura al respecto, (*Toot, 2017*)²⁰ ponen de manifiesto que la institucionalización es el resultado de una compleja interrelación entre el paciente con demencia, sus cuidadores, el entorno y las características de los cuidados, siendo en muchos aspectos, factores que pudieran ser modificables, disminuyendo con ello el riesgo de ingreso en un centro residencial.

Aunque la aparición de los síntomas no cognitivos puede suceder en cualquier etapa de la evolución natural de la demencia, es sobre todo en estadios más avanzados en los que la frecuencia e intensidad de estos síntomas es mayor. Los síntomas psicóticos predominan en las fases moderadas a graves de la enfermedad, mientras que los trastornos anímicos y depresivos están presentes casi desde el inicio de la enfermedad demente, y perduran en la mayoría de las ocasiones en el progresar de la demencia.

Existe acuerdo que la apatía, la agitación, las conductas agresivas, la irritabilidad, el rechazo a los cuidados y las conductas motoras aberrantes son más frecuentes a medida que aumenta la gravedad de los síntomas cognitivos, existiendo además una relación entre síntomas conductuales y síntomas

cognitivos, de tal manera que la aparición de los primeros condiciona una evolución más rápida de los segundos, siendo estos síntomas conductuales los que con mayor intensidad se relacionan con el riesgo de institucionalización.

Es razonable pensar que la presencia de síntomas conductuales puede limitar al paciente en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, aumentando la dependencia a terceras personas en comparación con los pacientes que, aun teniendo síntomas cognitivos, no desarrollen síntomas conductuales. Este hecho se ha evidenciado al comprobar la disminución de la autonomía de los pacientes con síntomas conductuales asociados a demencia, y, por ende, la repercusión negativa que ejerce sobre el cuidador, a nivel físico, psicológico e incluso económico (*Toot, 2017*)²⁰.

Por ello, la importancia en la detección y control de los SCPD radica en que producen (*Gil, 2016*)²¹:

- ✓ Mayor deterioro funcional.
- ✓ Peor nivel de salud física y tasas más elevadas de mortalidad.
- ✓ Aumento de la utilización de psicofármacos, lo que implica un mayor riesgo de complicaciones e interacciones farmacológicas.
- ✓ Mayor riesgo de ingresos hospitalarios; además, éstos suelen ser más prolongados
- ✓ Los SCPD emergentes pueden indicar la existencia de enfermedades concomitantes
- ✓ Aumento del riesgo de institucionalización.
- ✓ Incremento de los costes. Se estima que el 30% de los costes de la enfermedad Alzheimer (EA) son generados directamente por el manejo de los SCPD.
- ✓ Un fuerte incremento de la sobrecarga a la que están sometidos los familiares y los cuidadores, con la merma en la salud física, psicológica y económica que les supone.

VI. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS SCPD

El 50% de las interconsultas hospitalarias a psiquiatría son acerca de personas mayores de 65 años, y en su mayoría, por conductas anómalas en pacientes con algún tipo de demencia (negativa a la ingesta nutricional, alteraciones de la conducta, inadecuados comportamientos, deseos de muerte, no aceptación de la discapacidad...) lo que puede suponer una complejidad en el diagnóstico y tratamiento para médicos generalistas y para especialistas, ya que se requiere de una estructura asistencial que garantice celeridad en el diagnóstico e inicio de tratamiento, a fin de prevenir situaciones de mayor deterioro físico, mental y social en un paciente habitualmente, frágil.

En el primer escalón de la asistencia al paciente está el médico de atención familiar y comunitaria, el cual ha de disponer de la formación suficiente y las herramientas de valoración necesarias para iniciar el proceso de intervención ante estas patologías.

Algunos entornos asistenciales, usualmente bajo la responsabilidad de los médicos de atención primaria, como son la asistencia a residencias geriátricas, constituyen una condición similar a la descrita en los centros de salud ante los retos que implica la asistencia integral a la patología psicogeriatrica, pero sumando la complejidad que conllevan los pacientes institucionalizados, dado que en un número no despreciable, han ingresado por fracaso terapéutico domiciliario o mal control de los síntomas conductuales.

En la actualidad disponemos de varias herramientas diagnósticas para la evaluación de los SCPD (*Kolanowski, 2017*)²²; de las más extendidas a nivel unidimensional son la *Geriatric Depression Scale* (GDS) y la *escala para la depresión de Cornell*, ambas dirigidas a la exploración de la esfera afectiva en la demencia tipo Alzheimer, mientras que a nivel multidimensional la *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) junto con la *Alzheimer Disease Assessment Scale* evalúan los delirios, las alucinaciones, la actividad motora aberrante, la agresividad, ansiedad y fobias. Sin embargo, ninguna de ellas evalúa la apatía o la desinhibición.

La escala para la depresión en la demencia de Cornell (*Alexopoulos y col. 1988*)²³ está diseñada para distinguir entre síntomas de depresión y síntomas confusores que pueden reflejar el proceso primario de la demencia o bien una enfermedad clínica asociada. Se ha establecido la fiabilidad y la validez de la escala y se ha demostrado su sensibilidad para establecer la respuesta al tratamiento. Algunos autores prefieren usar la escala de evaluación de la depresión de Hamilton (Ham-D, Hamilton, 1960) si bien no es específica para la depresión en la demencia, lo que puede disminuir su efectividad en el diagnóstico de la misma.

La *Neuropsychiatric Inventory (NPI, Vilalta-Franch J, 1999)* es la herramienta más utilizada para la evaluación de la psicopatología en la demencia de Alzheimer y en otras demencias. Está estructurada en 12 subescalas que evalúan los síntomas no cognitivos más frecuentes asociados a demencia, tanto su aparición como la gravedad de los mismos, obteniendo una fiabilidad de 0.79 para la frecuencia de los síntomas y de 0.86 para la gravedad (*García-Alberca, 2010*)⁹, con una elevada validez interna en comparación con instrumentos estándares, demostrando ser una herramienta diagnóstica fiable y válida. Está disponible en versión española y en versiones abreviadas (NPI-Q)

VII. PRINCIPALES SCPD

A continuación, se exponen los síntomas conductuales asociados a demencia que con mayor frecuencia son motivo de consulta médica, sin profundizar en sus tratamientos, pues es objetivo de otra ponencia posteriormente.

➤ Depresión

La evaluación y el diagnóstico de la depresión en demencia puede ser difícil, es una relación compleja y aún no explicada en su totalidad (*Bennet, 2014*)¹⁷. Con frecuencia, los familiares de los pacientes afectos consultan a los servicios médicos por haber notado cambios en el humor del paciente, que se acompañan con frecuencia de alteraciones a nivel cognitivo, o falsas

identificaciones de familiares, hechos a los que el paciente suele responder minimizando el síntoma, ya que las fluctuaciones en el estado anímico son comunes en los enfermos con demencia. Por esta razón, obtener una información de un familiar o cuidador fiable es esencial, ya que los pacientes con deterioro cognitivo a menudo no informan de su tristeza, ganas de vivir, ideación de muerte o falta de sueño, síntomas claves para diagnosticar el trastorno depresivo en pacientes sin demencia asociada.

La depresión asociada a demencia, en muchas ocasiones, es un síntoma infradiagnosticado e infratratado, en ocasiones porque el propio paciente puede no recordar los síntomas depresivos, o no poder expresarse bien si existe algún grado de afasia, por lo que se concluye que el estado de ánimo depresivo no es necesario para el diagnóstico de la depresión asociada a demencia. Esto llevó en el año 2002 a presentarse los criterios diagnósticos para la “depresión de la enfermedad de Alzheimer” (*Olin, 2002*)²⁴ sobre la base de los criterios DSM-IV para trastornos depresivos mayores. Difieren tan sólo en que se requiere la presencia de 3 síntomas (en lugar de 5 en el DSM-IV), presentes de manera intermitentes en el tiempo y se agrega el criterio de irritabilidad, pudiendo existir la situación de “eutimia” para el diagnóstico.

El instrumento más ampliamente extendido es la escala para la depresión en la demencia de Cornell (*Alexopoulos y col, 1988*)²³, la cual exige que la información se obtenga del paciente y de un informador fiable ya que pueden existir otros síntomas confusores frecuentes en la demencia, como la apatía, la psicosis o alguna enfermedad orgánica asociada.

➤ **Psicosis**

Referido específicamente a delirios y alucinaciones.

Estructuralmente, la existencia de sintomatología psicótica se debe a la presencia de lesiones a nivel límbico y subcortical, mientras que, desde el punto de vista neurobiológico, la pérdida de neuronas colinérgicas provoca la desinhibición del sistema dopaminérgico (*Seeman, 2018*)²⁵. Las ideas delirantes son muy frecuentes en la demencia y se encuentran entre los SCPD que más

estrés producen en los cuidadores, pudiendo aparecer de manera unidimensional o solapados a otros síntomas como agitación, agresividad o irritabilidad.

Al igual que sucede en la depresión, las ideas delirantes y las alucinaciones se presentan de manera diferente en presencia de demencia que como entidad neuropsiquiátrica sin demencia, de tal modo que difícilmente las ideas delirantes en la demencia se expresan como complejas y bien sistematizadas, como sucede en la esquizofrenia, sino más bien de manera simples y no estafalarias (*Cipriani, 2014*)²⁶.

Las ideas delirantes más frecuentes son el falso reconocimiento de su hogar (asociado a la necesidad imperiosa de salir de la casa al no reconocerla como propia), celotipia (síndrome de Otelo), la de amigos y familiares a veces ya muertos y la de que otros familiares (a menudo su cónyuge o hijos) son impostores (síndrome de Capgras), además de creer a menudo que sus objetos y pertenencias les fueron robados, quedando en la miseria (síndrome de Cotard).

Las alucinaciones, a diferencia de la esquizofrenia, son más frecuentes visuales que auditivas, y con una temática simple: familiares o amigos fallecidos, niños pequeños, “otras personas con especificadas”, pero sin generarles angustia ni ansiedad por tener dichas visiones, es más, en algunos casos son hasta “placenteras”, salvo en la demencia por cuerpos de Lewy que suelen tener una temática más siniestra y generar con ello ansiedad en los pacientes.

Al igual que lo comentado en la depresión, es esencial la información facilitada por un cuidador fiable, ya que en muchas ocasiones el paciente no reconoce estas ideas delirantes al no generarle un conflicto, y es por ello, por lo que siempre se ha de evaluar el grado de estrés que supone para paciente y cuidador, ya que el tratamiento para esta sintomatología (en la mayoría de los casos sedantes o neurolépticos) puede producir efectos adversos sobre la funcionalidad del paciente.

Hay que tener en cuenta que una vez establecida la presencia de ideas delirantes o alucinaciones el médico ha de determinar si se trata de una psicosis aislada o forma parte de otro síndrome, como una depresión con síntomas psicóticos o un delirium con etiología orgánica. Por lo tanto, cuando se evalúan pacientes con demencia e ideas delirantes, se debe investigar sobre la presencia de síntomas relacionados con la esfera anímica, el sueño, el apetito y la conducta, ya que, de ser significativos, se debe considerar el diagnóstico de un síndrome primario del estado de ánimo con ideas delirantes asociadas (*Seeman, 2018*)²⁵ esta distinción es importante, sobre todo por el planteamiento terapéutico posterior, ya que si se trata de un síndrome anímico primario, los síntomas psicóticos podrían mejorar exclusivamente usando antidepresivos, lo que evitaría el uso de neurolépticos y sus posibles efectos adversos.

➤ **Agitación y agresividad**

Son conductas frecuentes que enfrentan a cuidadores con pacientes y, a menudo, son el motivo final por el que se decide la institucionalización del paciente en un centro residencial. El origen de esta sintomatología es multifactorial, incluyendo todas las causas descritas con anterioridad, desde factores clínicos hasta factores ambientales. Al contrario que los trastornos neuropsiquiátricos analizados anteriormente, no existe un “síndrome de agitación” claramente definido, ya que estos síntomas suelen ser inespecíficos y no tener relación con una única causa, por lo que pueden aparecer en pacientes que estén tranquilos durante la mayor parte del día y se agitan en los momentos de recibir los cuidados habituales (higiene o vestido) así como en pacientes que están durante la mayor parte del día intranquilos, inquietos, suspicaces o irritables.

La elevada frecuencia de síntomas agresivos en la demencia tipo Alzheimer puede relacionarse con las alteraciones bioquímicas que se aprecian en la propia enfermedad, ya que en pacientes con síntomas de agresividad y demencia se ha observado un mayor déficit colinérgico y serotoninérgico que en pacientes con demencia sin que presenten agresividad. Además, existe un aumento de los metabolitos de la noradrenalina, relacionado con la agresividad,

así como una disminución de la actividad del sistema inhibitor gabaérgico. Aun así, las bases neuroquímicas y los mecanismos fisiológicos subyacentes a los SCPD no se conocen de manera exacta (*Arroyo, 2001*)²⁷.

Es preciso analizar la etiología (o etiologías) probables del desencadenante del cuadro para poder establecer un diseño terapéutico acorde, con ajustes en el plan de asistencia según sea necesario.

➤ **Disfunción ejecutiva**

Estos síntomas, relacionados con la alteración de los circuitos subcorticales frontales, son menos frecuentes que la apatía o la psicosis, pero constituyen una gran “angustia social” a los cuidadores que lo sufren ya que engloba actos y comportamientos socialmente inapropiados, conductas sexuales desinhibidas, deambulación errática y veces compulsiva, ingesta de objetos no alimentarios, repetición de frases sin sentidos o comentarios obscenos.

Si bien estos síntomas pueden aparecer en todas las variantes de demencia, son especialmente frecuentes en las demencias con afectación subcortical frontal prominente, como en las demencias frontotemporales y la enfermedad de Huntington.

Se debe evaluar el grado de severidad de los síntomas y la perturbación al cuidador que le supone para valorar una intervención sobre ellos, no siempre de carácter farmacológico.

La deambulación inadecuada puede adoptar diferentes manifestaciones: caminar incesante sin objetivo, persecución del cuidador o tendencia al escapismo del domicilio. Suele apreciarse en pacientes que han tenido trabajos o formas de vida más activas y es frecuente que no se acompañe de ningún otro SCPD, siendo importante en el diagnóstico, diferenciarlo de la acatisia ya que es un trastorno que desaparece cuando el deterioro cognitivo progresa y afecta a las funciones motoras, perdiendo la capacidad de deambular.

➤ **Ansiedad**

Los trastornos de ansiedad son una respuesta desproporcionada a estímulos o situaciones ambientales, que, de manera general, no se viven como extremas por la mayoría de la población, manifestándose en forma de fobias, que suponen un estado de sufrimiento tanto al paciente como al cuidador que lo atiende, precisando intervención médica tanto farmacológica como no farmacológica para su control.

Fisiopatológicamente se considera que se asocia a una alteración neuronal a nivel del locus coeruleus, produciendo una mayor susceptibilidad a presentar miedos ante circunstancias habituales, sin olvidar que, en los ancianos, determinados fármacos pueden inducir estos mismos efectos.

En la demencia, es frecuente manifestar miedos irracionales ante situaciones comunes, como cruzar una calle, acostarse por la noche, o a la soledad/abandono.

Al tratarse de sujetos cuya capacidad adaptativa puede ser insuficiente frente a situaciones ambientales adversas (viudedad, jubilación, limitaciones económicas etc.) habrá que plantearse hasta qué punto se trata de un trastorno de raíz adaptativa o un síntoma acompañante al declinar cognitivo. En cualquier caso, puede producir en el paciente sufrimiento manifestándose como otros síntomas somáticos que deben ser tratados, como alteraciones del sueño, tensión emocional continua, cansancio, temblor, palpitaciones, sudoración, aumento de la frecuencia miccional, etcétera.

La evolución en el tiempo suele ser crónica, con amplias fluctuaciones en relación a la existencia de fenómenos ambientales y puede verse como síntoma aislado o formando parte de otros síndromes, como la depresión o las ideas delirantes. Algunos autores han descrito el aumento de ansiedad como factor de riesgo de deterioro cognitivo.

➤ **Trastornos del sueño**

Los trastornos del sueño asociados a demencia atienden a múltiples causas de insomnio o de hipersomnia, lo cual obliga a una cuidadosa evaluación ya que las demandas de atención sanitaria por insomnio que realizan las familias de los pacientes con demencia suelen caer fácilmente en la prescripción de fármacos hipnóticos benzodiacepínicos que, lejos de mejorar el cuadro, pueden agravar otros síntomas de la demencia, como la cognición o las disfunciones ejecutivas (*Picton, 2018*)²⁸. Estudios poligráficos en pacientes con enfermedad de Alzheimer han demostrado que la vigilia nocturna aumenta, disminuyendo las fases profundas del sueño (fases III y IV) a medida que progresa la enfermedad y presentando una importante fragmentación del ritmo normal con inversión del ciclo sueño/vigilia (*Volicer, 2018*)²⁹.

En este trastorno hay que pensar siempre en la implicación de múltiples procesos intercurrentes, tanto físicos, como psíquicos y ambientales, sin olvidar los efectos de determinados fármacos usados para tratar los síntomas cognitivos y conductuales de la demencia.

➤ **Apatía**

Es el SCPD más frecuente de la demencia, puede ser el primer signo que preceda incluso al deterioro cognitivo temprano, apareciendo como un síntoma aislado o como un síndrome (por ejemplo, junto con depresión o junto con disfunciones ejecutivas). La falta de interés y motivación puede conllevar el deterioro en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, con el descondicionamiento físico que supone, además de agravar la sintomatología cognitiva de la demencia (*Sherman, 2018*)³⁰.

A pesar de que se sostiene la existencia de un “síndrome de apatía”, no hay una definición universal para ello. Incluye la desmotivación, la falta de iniciativa, la amortiguación e indiferencia emocional y el abandono físico e higiénico del paciente. Anatómicamente, en pacientes con demencia y apatía se ha aprecia un menor volumen cerebral e hipoperfusión vascular en el área del

córtex prefrontal y el núcleo cingulado anterior, así como en áreas fronto parietales bilaterales, secundario a un déficit en la perfusión cerebral, lo que conlleva una deficiente conectividad de la red neuronal, en comparación con los pacientes con demencia, pero sin apatía como síntoma asociado. Además, se ha encontrado en cortes anatómicos postmortem una mayor presencia de depósitos amiloides que en cerebros dementes sin apatía (Sherman, 2018)³⁰.

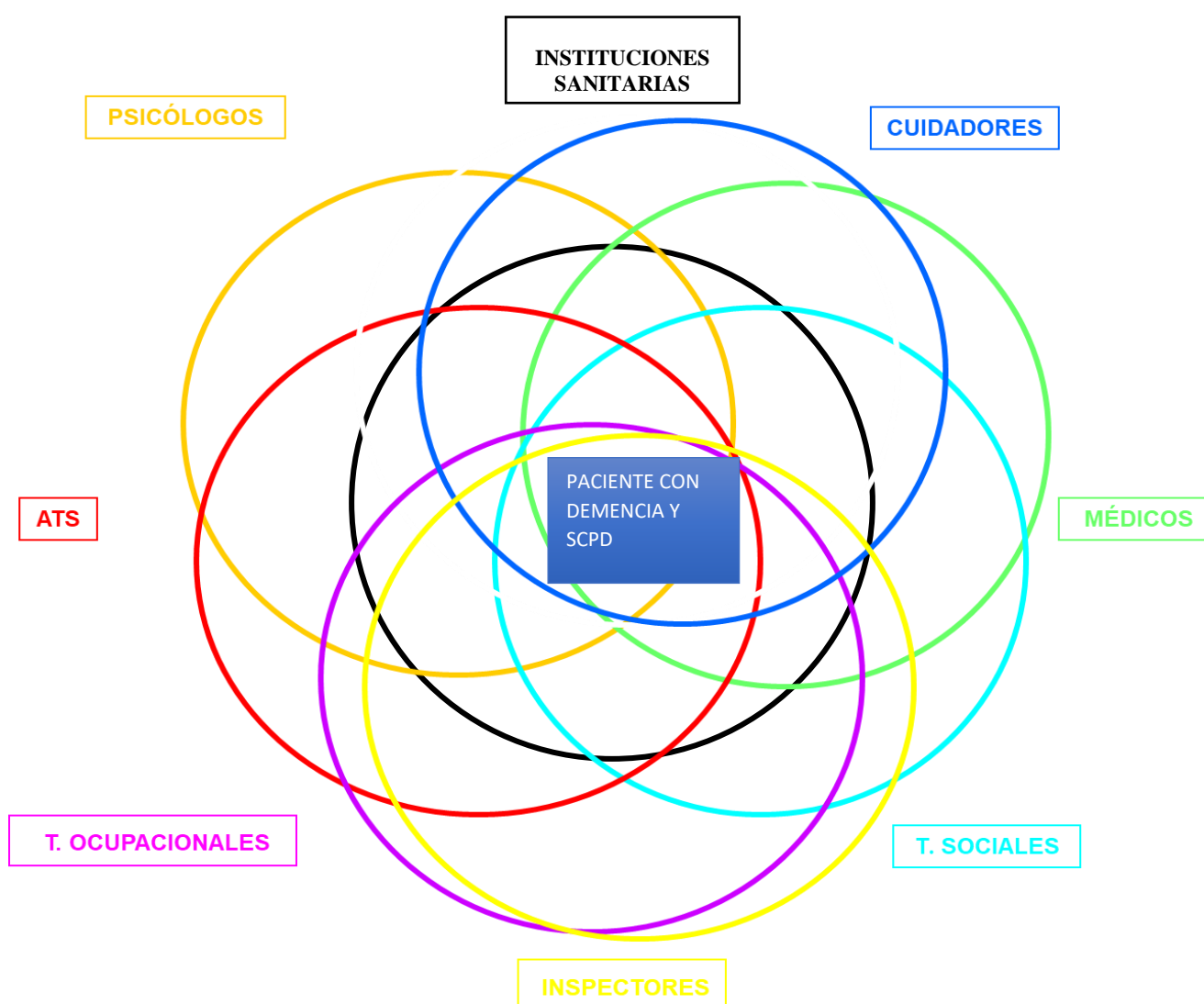
Para la evaluación de la apatía, investigar los síntomas depresivos es fundamental ya que, a diferencia de éstos, en la apatía no aparece la angustia que supone los síntomas, (se pierde el *insight* de enfermedad) como en la depresión, sino que los pacientes con apatía, aún en ausencia de síntomas cognitivos, no manifiestan sufrimiento o angustia, sino más bien un “aplanamiento afectivo”, que supone más ansiedad en los cuidadores que en el propio paciente.

Es el síndrome menos definido y categorizado de todos los SCPD, de ahí su difícil manejo y control. Comprender la apatía como un proceso anticipado de la demencia puede disminuir la frustración y el desconcierto de los cuidadores.

VIII. LOS CUIDADORES

A lo largo del curso evolutivo de la enfermedad demente, como hemos visto, con toda probabilidad se desarrollarán síntomas no cognitivos, con mayor o menor incidencia en la salud del paciente, pero con total seguridad, con una importante carga física, emocional y socio económica sobre el (los) cuidadores. En este sentido, el concepto “cuidar al que cuida” se convierte en realidad necesaria para que las repercusiones de los SCPD sean lo menor posible. Y el primer paso para conseguir este objetivo es facilitar y aportar la información suficiente al cuidador para que sepa afrontar mejor las diferentes fases evolutivas de la demencia, ya que incluso cuando los tratamientos son inefectivos, la información y el apoyo a los pacientes, sus familiares y cuidadores, resulta de gran valor (Gitlin, 2016)³¹.

Se ha comprobado que las iniciativas llevadas a cabo en esta línea son eficaces, disminuyen la sobrecarga del cuidador e incluso disminuye la frecuencia de los síntomas conductuales asociados a demencia (*Kales, 2018*)³², pero para ello, ha de constituirse una esfera multidimensional que aborde desde todos los puntos de vista al enfermo con demencia y trastornos conductuales asociados.



IX. BIBLIOGRAFÍA

Libros

- *Tratado de Neuropsicogeriatría*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Ed Ergón, 2010
- *Guía Esencial de Psicogeriatría*. Sociedad Española de Psicogeriatría. Editorial Médica Panamericana, 2ª edición, 2014
- *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana, 2010
- *Psiquiatría en el anciano*. Robin Jacoby y Catherine Oppenheimer. Ed. Masson, 2005
- *Tratado de Medicina Geriátrica*. Pedro Abizanda Soler y Leocadio Rodríguez Mañas. Ed. Elsevier, 2015

Artículos

1. Lobo A., Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, 54 (2000; suppl. 5) S4-S9
2. Morley, John E. *An Overview of Cognitive Impairment*. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2018; 34, Issue 4: 505-13
3. Haug, H. and Eggers, R (1991). *Morphometry of the human cortex cerebri during aging*. *Neurobiology of Aging*, 12, 336-8
4. Rabbitt, PMA. *Mild hearing loss can cause apparent memory failures wich increase with age and reduce with IQ*. *Otolaryngologica*, (1991) Suppl. 476, 167-76
5. Grady, C.L., McIntosh A.R., Horwitz, B. et al (1995). *Age-related reductions in human recognition memory due to impaired encoding*. *Science*, 269, 218-21
6. Silva M, Gomide C, Vieira LC, Cruz de Souza L, Gomes K., Carvalho M. *Alzheimer's disease: risk factors and potentially protective measures*. *Journal of Biomedical Science* (2019) 26:33
7. Finkel SI, Costa e Silva, J, Cohen G. *Behavioral and psychological sings and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and*

implications for research and treatment. Int Psychogeriatr 1996; 8 (Suppl 3): 497-500

8. Pérez Romero A, González Garrido S. *La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer.* Neurología. 2018;33(6):378—384

9. García-Alberca JM, Lara Muñoz JP, M. Berthier Torres. *Sintomatología neuropsiquiátrica y conductual en la enfermedad de Alzheimer.* Actas Esp Psiquiatr (2010);38(4):212-222

10. García-Alberca JM, Pablo Lara JP, S. González-Barón. *Prevalencia y comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer.* Actas Esp Psiquiatr (2008);36(5):265-270

11. Akiyama H, Hashimoto H, Kawabe J, Higashiyama S, Kai T, Kataoka K et al. *The relationship between depressive symptoms and prefrontal hypoperfusion demonstrated by eZIS in patients with DAT.* Neurosci Lett 2008; 441: 328-31

12. Pintoa T, Lanctôta KL, Herrmann N. *Revisiting the cholinergic hypothesis of behavioral and psychological symptoms in dementia of the Alzheimer's type.* Ageing Research Reviews 10 (2011) 404– 412

13. Zhao Ch., Noble JM, Marder K, Hartman JS, Gu Y, Scarmeas N. *Dietary Patterns, Physical Activity, Sleep, and Risk for Dementia and Cognitive Decline.* Curr Nutr Rep. (2018);7(4):335-345

14. Conde JL. *Factores de riesgo personalidad premórbida en la enfermedad de Alzheimer: estudio preliminar.* Neurología de la conducta y las demencias (1998). Sociedad Española de Neurología

15. Bastida JD, Clementec LJ, Fontd SJ, Cardonab EA. *La personalidad premórbida como factor de riesgo en la aparición de síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: revisión sistemática.* Rev Esp Geriatr Gerontol. 2019;54(3):168–180

16. Agüera-Ortiz L, López-Álvarez L, del Nido-Varo L. *Deterioro comportamental leve como antecedente de la demencia.* Rev Neurol 2017; 65 (7): 327-334

17. Bennett S., Thomas AJ., *Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence?* Maturitas, Volume 79, Issue 2, October 2014, Pages 184-190

18. Young JJ, Balachandran S, Garg G., Balasubramaniam M, Gupta A, Tampi D., Tamp R. *Personality and the risk factors for developing behavioral and psychological symptoms of dementia: a narrative review*. Neurodegener. Dis.Manag. (2019) 9(2), 107–118
19. Feast A., Moniz-Cook E., Stoner C., Charlessworth G, Orrell M. A *systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being*. Int Psychogeriatr. 2016 Nov;28(11):1761-1774
20. Toot S, Swinson T, Devine M, Challis D, Orrell M. *Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis*. International Psychogeriatrics (2017), 29:2, 195–208
21. Gil M., Pérez M, Gómez S. *Síntomas psicológicos y conductuales en la demencia: abordaje terapéutico*. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La Mancha, Vol. XVIII, nº5, 2016.
22. Kolanowski Ann, Marie Boltz, Elizabeth Galik et al. *Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence*. Nurs Outlook 65 (2017) 515-529
23. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. *Cornell Scale for depression in dementia*. Biol Psychiatry (1988); 23: 271-84.
24. Olin J, et al. *Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer Disease*. Am J Geriatr Psychiatry 2002; 10: 125-8
25. Mary V. Seeman. *Understanding the Delusion of Theft*. Psychiatr Q (2018) 89:881–889
26. Cipriani G, Danti S, Vedovello M et al. *Understanding delusion in dementia: A review*. Geriatr Gerontol Int 2014; 14: 32–39
27. Arroyo-Anlló, E. M.; Torres Pereira, J. y Castañeda Alegre. *Agitación/agresividad en la demencia de tipo Alzheimer*. J. C. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36(3):156-162
28. Picton JD, Marino AB, Nealy KL. *Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly*. Am J Health Syst Pharm. (2018) Jan 1;75(1): e6-e12
29. Volicer L. *Behavioral Problems and Dementia*. Clin Geriatr Med 34 (2018) 637–651

-
30. Sherman Ch, Liu C, Herrmann N, Lanctôt KL. *Prevalence, neurobiology, and treatments for apathy in prodromal dementia*. International Psychogeriatrics (2018), 30:2, 177–184
 31. Gitlin L, Karen Rose. *Impact of caregiver readiness on outcomes of a nonpharmaco-logical intervention to address behavioral symptoms in persons with dementia*. Int J Geriatr Psychiatry. 2016 september; 31(9): 1056–1063
 32. Kales et al. *Effect of the We Care Advisor™ on family caregiver outcomes in dementia: a pilot randomized controlled trial*. BMC Geriatrics (2018) 18:113.

CAPÍTULO 15

CUANDO NO SE CONTROLAN CON NADA, ¿QUÉ PODEMOS DARLE? FARMACOTERAPIA ACTUAL DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A DEMENCIA.

JUAN SÁNCHEZ SEVILLA.

Psiquiatra
Consultor en Psicogeriatría. Vitalia Jerez de la Frontera.

El manejo de los síntomas conductuales y psicológicos en la demencia (SCPD) supone un importante reto en el tratamiento de la enfermedad, debido al riesgo tanto para el paciente como cuidadores, así como el aumento de costes directos e indirectos que ocasionan y el impacto emocional sobre los familiares.

Dicho reto no solo lo supone la elección de un fármaco o combinación de ellos que puedan resultar útiles en el control de los SCPD, sino las interacciones de los mismos con la medicación concomitante, riesgos de efectos adversos (especialmente riesgo de caídas, sedación excesiva e incremento del deterioro cognitivo) y la necesaria combinación de medidas conductuales.

Se aborda en esta mesa el tratamiento de aquellos pacientes que “no se controlan con nada”, enfatizando en ese caso el manejo de los SCPD resistentes al tratamiento habitual.

En medicina, y muy particularmente en psiquiatría, se nos invita a considerar en primer lugar en el análisis de la resistencia al tratamiento la reevaluación del diagnóstico. Asumiendo un correcto diagnóstico de la

demencia, y considerando las peculiaridades respecto al manejo de algún subtipo, como la Enfermedad De Cuerpos de Lewy, es de crucial importancia valorar los antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica, en especial en estadios leves o moderados de la enfermedad, ya que la preexistencia de otros trastornos mentales previos podría orientar la actitud terapéutica a seguir.

Asumimos adicionalmente la toma adecuada del tratamiento, pero es también necesario monitorizar un adecuado cumplimiento, así como otros factores que pudieran interferir en vía farmacocinética o farmacodinámica, resultando en un pobre control de la sintomatología.

Descendiendo finalmente al uso de fármacos con actividad psicotrópica potencialmente útil en el tratamiento de los SCPD, los fármacos que por seguridad y facilidad de manejo se han empleado con mayor profusión en los últimos años han sido los antipsicóticos atípicos, en especial quetiapina, desplazando el uso de risperidona y más aún de haloperidol. Se analizarán brevemente estudios comparativos de eficacia de estos fármacos y otras alternativas a los mismos como aripiprazol o clozapina.

No obstante, deben ser considerados otros fármacos en función del perfil clínico del paciente como podrían ser anticonvulsivantes (valproico, pregabalina), sales de litio, antidepresivos como mirtazapina, trazodona, ISRS e ISRN. Se analizará el estado actual de los estudios disponibles.

Pero cuando “no se controlan con nada”, exige a veces el uso por el médico de estrategias farmacológicas, con menor apoyo en la evidencia, o con evidencia limitada basada en informes sobre un caso. En este sentido una juiciosa psicofarmacología creativa, de la que podamos enriquecernos

mutuamente en el debate, pueden ayudarnos a resolver aquellos casos más complejos.

BIBLIOGRAFÍA

[-Clozapine for Treatment-Refractory Behavioral Disturbance in Dementia.](#)

Teodorescu A, Dima L, Ifteni P, Rogozea LM. Am J Ther. 2018 May/Jun;25(3):e320-e325. D.

[-Electroconvulsive Therapy for Agitation and Aggression in Dementia: A Systematic Review.](#) van den Berg JF, Kruithof HC, Kok RM, Verwijk E, Spaans HP. Am J Geriatr Psychiatry. 2018 Apr;26(4):419-434.

[Behavioral Disorders in Dementia: Appropriate Nondrug Interventions and Antipsychotic Use.](#) Reese TR, Thiel DJ, Cocker KE. Am Fam Physician. 2016.

[-Use of Antipsychotics for the Treatment of Behavioral Symptoms of Dementia.](#)

Greenblatt HK, Greenblatt DJ. J Clin Pharmacol. 2016 Sep;56(9):1048-57.

[-Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia.](#)

Şahin Cankurtaran E. Noro Psikiyatrs Ars. 2014.

-Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel.

[-Kales HC¹, Gitlin LN, Lyketsos CG; Detroit Expert Panel on Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. J Am Geriatr Soc. 2014 Apr;62\(4\):762-9.](#)

CAPÍTULO 16

SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN MAYORES.

VEJIGA HIPERACTIVA.

JUAN CARLOS DURÁN ALONSO

Médico especialista en Geriatria
Hospital San Juan Grande. Jerez

Hemos pasado de hablar hace una década de la hiperplasia prostática, como el problema de salud urológico más prevalente e importante en los mayores, al abordaje de los síntomas del tracto urinario inferior. Término que se decidió aplicar en las Guías Europeas de 2018.

Dichos síntomas del Tracto Urinario Inferior, pueden afectar a tres momentos diferentes de la micción, lo que nos debe hacer pensar en las diferentes causas y plantear diferentes opciones terapéuticas:

- Síntomas de LLENADO: frecuencia miccional aumentada, urgencia, incontinencia y nocturia. En este apartado debemos incluir la Vejiga hiperactiva.
- Síntomas de VACIADO: chorro débil, dificultad en el inicio de la micción, intermitencia y goteo terminal. En varones incluimos como causa más frecuente de los mismos la HBP: Hiperplasia benigna de próstata
- Y Síntomas POSTMICCIONALES: Sensación de vaciado incompleto y goteo postmiccional.

VEJIGA HIPERACTIVA

Según la ICS (International Continence Society) se define como “Urgencia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, normalmente asociada con frecuencia y nictura, en ausencia de infección del tracto urinario o de cualquier otra patología”.

Incluye por tanto un amplio abanico de espectros, desde la frecuencia y la urgencia miccional, a la incontinencia urinaria de urgencia (pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida de urgencia miccional), y a la mixta, con además incontinencia urinaria de esfuerzo (pérdida involuntaria de orina con esfuerzo o ejercicio, al reír, toser o estornudar).

Su prevalencia es elevada y aunque más frecuente en mujeres, es común en ambos sexos. En estudios epidemiológicos nacionales se objetivó una prevalencia en población mayor de 40 años, del 21,5%. Siendo del 25,6% en mujeres, y del 17,4% en hombres. Si bien, consideramos que estas cifras están infraestimadas, al ser una patología frecuentemente infradiagnosticada. Y cuando los estudios se realizan en población mayor de 65 años, la prevalencia de vejiga hiperactiva aumenta a más del 40%.

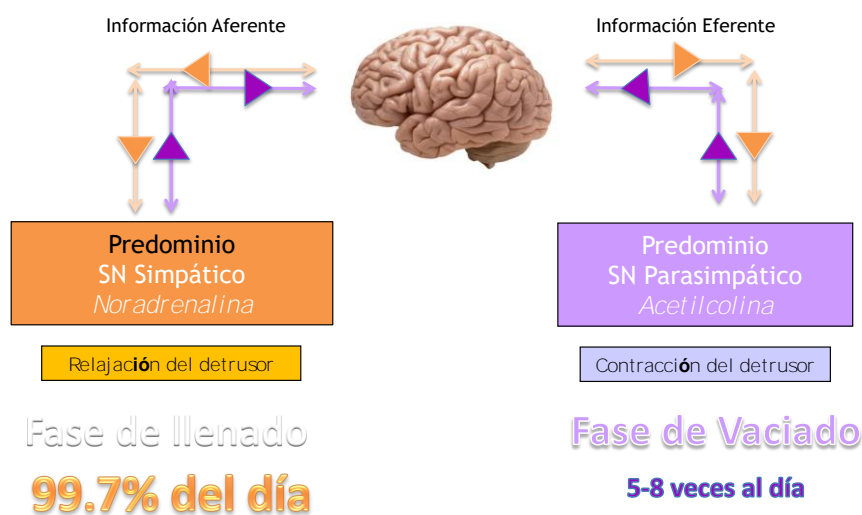
El estudio VHESPA realizado en población mayor, objetivó que las creencias de los mayores se deben a una falta de información sobre los síntomas, la evaluación y el tratamiento de la vejiga hiperactiva. Retrasan la consulta al médico, tienden a normalizar los síntomas al proceso de envejecimiento, y no saben manejar adecuadamente la situación.

Es un problema de salud que genera un impacto negativo en la calidad de vida del sujeto que lo padece. Ya que además de provocarle visitas muy frecuentes al baño, le obliga a veces a utilizar absorbentes y ropa especial para poder llevarlo, generando vergüenza, pérdida de autoestima, pudiendo llevarle al aislamiento y la depresión.

Si analizamos la fisiología del reflejo miccional, vemos que el 99.7% del tiempo durante un día completo, nuestra vejiga está en fase de llenado. Precisa una adecuada relajación del músculo detrusor, que solo cuando se distiende

plenamente, envía una información aferente a nuestro cerebro, de predominio simpático (siendo la noradrenalina el neurotransmisor encargado). Cerebro que devolverá una información eferente, de predominio parasimpático, y con la acetilcolina como neurotransmisor, al músculo detrusor para que se contraiga y vacíe la vejiga (fase de vaciado), que se hará durante 5-8 veces al día. (Figura 1). Los pacientes que sufren vejiga hiperactiva, tienen muy reducida la capacidad de llenado, envían antes la información de sensación de llenado y tienen micciones más frecuentes y por tanto menos voluminosas.

Reflejo miccional fisiológico



Adaptado de Andersson KE et al. Committee 8. ICI book 2013

FIGURA 1.- Reflejo miccional fisiológico, fases de llenado y vaciado.

Son varias las posibles causas que pueden explicar el aumento de la prevalencia de vejiga hiperactiva en mayores: unas de origen miógeno, centradas en los cambios que sufre durante el proceso de envejecimiento el músculo detrusor: fibrosis, aumento trama intersticial, inflamación... y otras de base neurógena por alteraciones desde la neurotransmisión: predominio

simpático sobre parasimpático, hasta la conducción nerviosa y la neurodegeneración cerebral. Lo que es más probable es que se sumen diferentes mecanismos responsables para explicar la patología.

Para el adecuado manejo de los pacientes afectados de síntomas del tracto urinario inferior y la vejiga hiperactiva, debemos introducir en nuestra historia clínica, cuestionarios que nos ayuden a la evaluación. El CACV (Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga) es una herramienta de cribado en la que se evalúan los síntomas y las molestias que estos generan, preguntando sobre urgencia, frecuencia, nocturia e incontinencia. Estando validado al castellano y siendo recomendado por las Guías Clínicas de Urología. (Figura 2)

Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga: Herramienta de cribado de Vejiga Hiperactiva

Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga¹

Es usted: ☐ Hombre ☐ Mujer (Marque lo que proceda)

Por favor, anote EL NÚMERO APLICABLE a su caso en las casillas indicadas por las flechas, teniendo en cuenta lo siguiente:
EN ABSOLUTO= 0 UN POCO= 1 BASTANTE= 2 MUCHO= 3

SÍNTOMAS	MOLESTIA
<input type="checkbox"/> ¿Le resulta difícil retener la orina cuando siente la necesidad urgente de orinar?	¿En qué medida le molesta? <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Necesita ir al lavabo con demasiada frecuencia durante el día?	¿En qué medida le molesta? <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Se despierta por la noche con la necesidad urgente de orinar?	¿En qué medida le molesta? <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Tiene pérdidas de orina?	¿En qué medida le molesta? <input type="checkbox"/>

AHORA, SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA E INTRODUZCA LOS RESULTADOS EN ESTAS CASILLAS

☐ ← Mi puntuación de "Síntomas" Mi puntuación de "Molestia" → ☐

Escala síntomas (left) **Escala molestias** (right)

Urgencia, Frecuencia, Nocturia, IU (yellow boxes with arrows pointing to the 'MOLESTIA' column)

España M. Actas Urol Esp 2006;30(10):1017-1024

Figura 2: Cuestionario de Autoevaluación del control de la vejiga

Una analítica de sangre y de orina, nos pueden ayudar, después de haber realizado la historia clínica y la exploración física, a descartar otras causas como

posibles etiologías de los síntomas: infección de orina, hematuria, tumoral, diabetes...

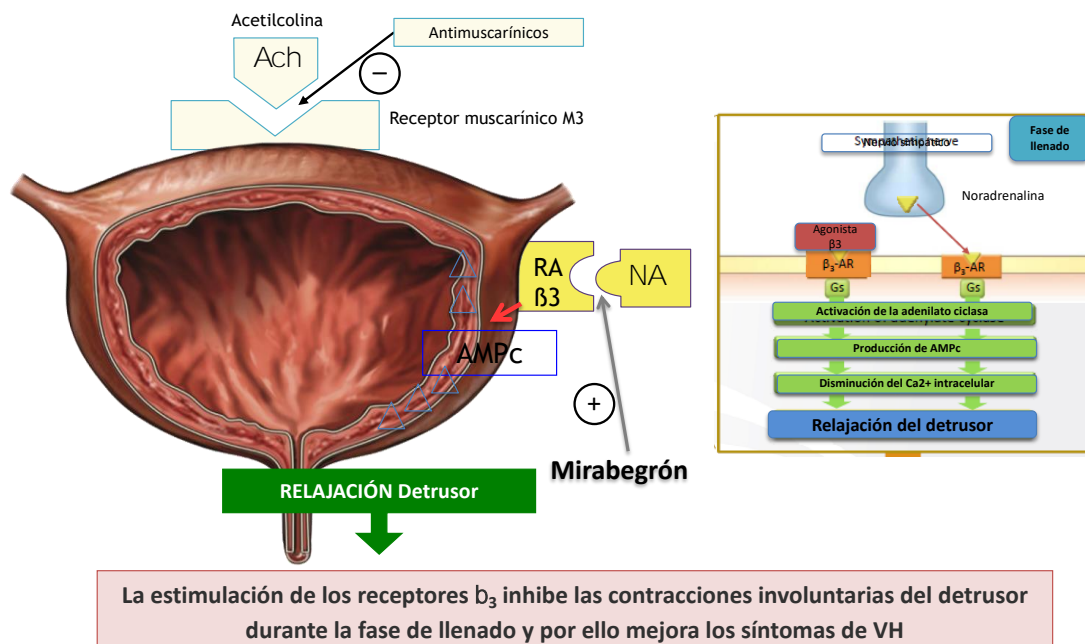
A la hora de tratar la vejiga hiperactiva, debemos comenzar por un tratamiento conservador, aconsejando pautas de conducta y cambios en los hábitos de vida que pudieran mejorar el problema: control de la ingesta de líquidos tanto en cantidad como en horario, evitar comidas y bebidas que estimulen al detrusor: picantes, alcohol, café, té, etc. Micciones programadas, evitar obesidad, evitar estreñimiento, revisar los fármacos que pudieran interferir, controlar la diabetes si existiera...

En cuanto a los medicamentos que disponemos para el manejo de la vejiga hiperactiva, distinguimos dos grupos:

- Anticolinérgicos: como la oxibutinina, que fue el primero, pero el que más efectos secundarios sobre la capacidad cognitiva produce. Otros como la tolterodina, o la solifenacina, son mejores tolerados y pueden escalarse su dosis. Sus problemas más comunes son los mareos, sequedad de boca y estreñimiento, que pueden obligar a su suspensión.
- Betamiméticos selectivos, como mirabegrón, que es un agonista adrenérgico Beta3 selectivo, que actúa sobre los receptores del detrusor, manteniendo su relajación durante la fase de llenado. Con menos efectos adversos, y solo contraindicado en hipertensos mal controlados, que pudieran tener cifras tensionales mayores de 180/100. (Figura 3).

Disponemos actualmente de estudios que han demostrado tanto la eficacia, como sobre todo la seguridad de mirabegron en personas mayores. En una revisión sistemática que ha comparado mirabegron con anticolinérgicos, el balance de eficacia y seguridad ha sido favorable para mirabegron.

Agonistas beta-3: Mirabegrón



Ficha Técnica de Betmiga
 Sacco E. et al. *Expert Opin. Drug Discov.* 2014;9(4):433-448
 Andersson KE et al. *J Urol.* 2013 Oct;190(4):1173-80.

Figura 3: Mecanismo de acción de Mirabegrón

El problema más común observado por los médicos en los pacientes que han sido tratados por vejiga hiperactiva es su falta de adherencia. Para evitarlo hay que establecer una buena comunicación, explicar bien a los pacientes los motivos y las soluciones propuestas, los posibles efectos adversos y cómo abordarlos.

SINTOMAS DE VACIADO. HBP: HIPERPLASIA PROSTATICA

Aunque pueden ser más frecuentes en los varones de edad avanzada, generalmente los síntomas por los que más se quejan y más le molestan son los de llenado, por la urgencia miccional, nocturia y escapes.

La próstata es una glándula que aumenta su tamaño con la edad, y cambia haciéndose más fibrótica y menos elástica. Los síntomas que produce el obstáculo en el tracto de salida de la vejiga son retraso en el inicio, disminución en el chorro, interrupciones en el mismo, y goteo al final de la micción.

El tratamiento para mejorar dichos síntomas se ha centrado en los bloqueantes α adrenérgicos específicos. La tamsulosina ha ocupado la primera línea del tratamiento de la HBP, y la silodosina son los más uroselectivos. Generan una mejoría rápida de los síntomas, no influyen en la progresión, y como efectos adversos pueden producir hipotensión ortostática, cefalea, rinitis y alteraciones en la eyaculación.

Los inhibidores de la 5 α reductasa II (5-ARI) finasterida y dutasteride, reducen el riesgo de progresión del crecimiento prostático, y por tanto reducen el riesgo de retención aguda de orina y la necesidad de sondaje. Son por tanto una opción recomendada en varones con síntomas de largo plazo y próstatas grandes, con volumen mayor de 40 ml. Sus efectos adversos son la reducción de la lívido y de la eyaculación. Suelen administrarse combinados con los α bloqueantes.

Pero cuando el paciente se queje de síntomas añadidos de llenado, el tratamiento precisa combinar bien un anticolinérgico o bien mirabegrón. Con las peculiaridades entre ambos ya mencionadas con anterioridad.

DERIVACION AL ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Con un buen conocimiento de los síntomas del tracto urinario inferior en los mayores, que nos permitan un correcto acercamiento diagnóstico y un primer abordaje terapéutico, se pueden reducir las necesidades de derivación.

Debemos marcar un seguimiento para evaluar la respuesta al tratamiento, y asegurar un adecuado cumplimiento. Si durante dicho seguimiento observamos algún tipo de complicaciones, es cuando debemos derivar a urología.

Las circunstancias que con mayor frecuencia nos obligan a ello son:

- Aparición en edades menores de 50 años y rápida progresión de síntomas.
- Sintomatología muy severa, con marcada repercusión en la calidad de vida y falta de respuesta a los tratamientos pautados.

- Elevación del PSA
- Elevación de creatinina (> 1.5 mg/dl)
- Hematuria, dolor, pérdida de peso o síntomas constitucionales.
- Retención aguda de orina.

Son los Urólogos, los que podrán mediante ecografía vesicoprostática, o mediante flujometría, valorar si existe alguna patología más que requiera otras opciones de tratamiento que pueden incluir la cirugía de próstata, o la infiltración vesical de toxina botulínica para la vejiga hiperactiva.

BIBLIOGRAFÍA

-Abrams P "Non neurogenic male lower urinary tract symptoms" *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-178.

-Gravas S, Cronu JN, Drake M, Gracci M, Gratzke C. "EAU Guidelines Management of Non neurogenic male lower urinary tract symptoms include Bening prostatic obstruction" *European Association of Urology*. 2018.

-Chapple CR, Artibani W, Cardozo LD. "The role of urinary urgency and its measurement in the overactive bladder. Symptom syndrome: current concepts and future prospects" *BJU Int* 2005; 95: 335-340.

-Soler R, Andersson KE, Chacellor MB, Chapple CR. "Future direction in pharmacotherapy for non neurogenic male lower urinary tract symptoms" *Eur Urol* 2013; 64: 610-621.

-Castro Díaz D, Miranda P, Sanchez Ballester F. "Assessment of reasons for overactive bladder treatment change" *Arch Esp Urol* 2005; 58(2): 131-138.

Wagg A, Nitti V, Kelleher C. "Oral pharmacotherapy for overactive bladder in older patients: mirabegron as a potential alternative to antimuscarinics" *Curr Med Res Opin* 2016; 32 (4): 621-638.

-Blasco P, Valdivia MI, Oña MR, Roset M, Mora AM, Hernandez M. "Clinical characteristics, beliefs and coping strategies among older patients with overactive bladder" *Neurourol Urodyn* 2017; 36(3): 774-779.

-Abrams P, et al in 6th International Consultation on Incontinence. "Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in older men" 2017 AUA Journals <https://doi.org/10.1016/j.juro.2008.11.127>

-Burkhard FC, et al "Guidelines on Urinary Incontinence in adults" EAU 2018

Wagg A, Cardozo VW, Nitti D "The efficacy and tolerability of the B3 adrenoceptor agonist mirabegron for the treatment of symptoms of overactive bladder in older patients" *Age & Ageing* 2014; 43 (5) 666-675.

-Maman K, Aballea S, Nazir J, Desroziere K, Neine ME. "Comparative efficacy and safety of medical treatments for the management of overactive bladder: a systematic literature review and mixed treatment comparison" *Eur Urol* 2014; 65: 75-765.

-Gracci M, Corona G, Salvi M, Vignazzi L, McVary KT, Kaplan SA "A systematic review and meta-analysis on the use of phosphodiesterase 5 inhibitors, alone or in combination with alpha blockers for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 2012; 61: 994-1003.

-Pautas de actuación y seguimiento de la hiperplasia benigna de próstata. Organización Médica Colegial. 2ª edición. ISBN 878-84-7867-495-4. Madrid 2017.

-Cozar J, Castiñeiras J, "Criterios de derivación de la hiperplasia benigna de próstata para atención primaria" *Actas Urol Esp* 2012; 36: 203-204

CAPÍTULO 17

ANTICOAGULACION EN EL PACIENTE MAYOR.

CUANDO Y COMO HACERLO

JUAN CARLOS HIDALGO SANTIAGO

Médico de Familia, CS "San Telmo", Jerez

INTRODUCCIÓN

BIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento y la vejez están entre los desafíos más notables que enfrenta la medicina en este siglo. El proceso de envejecimiento es el principal factor de riesgo para la enfermedad. Los ancianos responden de manera distinta a los tratamientos creados para adultos más jóvenes (casi siempre con menor eficacia y más reacciones adversas). Hoy día, la mejor salud durante la vejez y la prolongación de la vida humana son resultado sobre todo del incremento del conocimiento de la biología del envejecimiento, la susceptibilidad a la enfermedad derivada de la edad avanzada y de factores modificables que influyen en el proceso de envejecer.

La vejez se acompaña de mayor vulnerabilidad a muchas alteraciones, incluidas las intervenciones terapéuticas.

Se relaciona con aumento en el nivel de inflamación de fondo, con incremento de la concentración sanguínea de proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular y citocinas, como la interleucina 6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral α (TNF- α). Esto se conoce como **inflamación de la vejez** y en particular, el aumento de IL-6 se ha vinculado con la fragilidad y la demencia. Por tanto, en general los ancianos se consideran inmunodeprimidos, con respuestas reducidas a la infección (fiebre, leucocitosis) y con mayor mortalidad.

En cuanto a los cambios vasculares existe un continuo de envejecimiento vascular a través de la aterosclerosis, presente en muchos ancianos, aunque no en todos. Los cambios vasculares al envejecer se superponen con las etapas tempranas de hipertensión y aterosclerosis, con rigidez arterial y resistencia vascular crecientes. Esto contribuye a la isquemia miocárdica y los Ictus, pero también parece relacionarse con trastornos geriátricos como demencia, sarcopenia y osteoporosis.

Las presentaciones atípicas de trastornos médicos son una manifestación común de la medicina geriátrica. Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento pueden afectar los resultados de pruebas diagnósticas comunes también.

La polifarmacia aumenta los riesgos asociados a los cambios relacionados con la edad en la farmacología de muchos fármacos, y el riesgo de efectos adversos. Los efectos adversos producen más de 100 000 hospitalizaciones por año; los principales causantes son [warfarina](#) y otros inhibidores de la función plaquetaria, además de insulina y otros hipoglucemiantes

USO DE FÁRMACOS EN LOS ANCIANOS

Los cuadros patológicos múltiples y los diversos fármacos utilizados para combatirlos ocasionan más interacciones medicamentosas y efectos secundarios en los ancianos. El envejecimiento también cambia la función de los órganos, en especial los que participan en la distribución, metabolismo y eliminación de medicamentos.

Los ancianos pueden mostrar alteraciones de su sensibilidad a los fármacos; ejemplos de ello son la intensificación de los efectos analgésicos de los opioides, la mayor sedación con las benzodiazepinas y otros depresores del SNC y el mayor riesgo de hemorragia con los anticoagulantes, incluso aunque se controlen con precisión los parámetros de la coagulación

(1)

El envejecimiento es un importante factor de riesgo para desarrollar una Fibrilación auricular y otros eventos de origen vascular. Con una prevalencia hasta del 10% en mayores de 75 años y con un incremento del riesgo de padecer ictus embólico del 3-4 %. Además, las personas frágiles tienen un mayor riesgo de desarrollar una hemorragia severa en el contexto del tratamiento con anticoagulantes orales.

Con respecto a ¿CUÁNDO COMENZAR LA ANTICOAGULACION ?, hemos de decir que antes de plantearnos nada es imprescindible la realización de una **valoración geriátrica integral** (VGI) que incluya entre otros parámetros: riesgos y beneficios de la terapia elegida, riesgo de ictus, estado cognitivo, función renal, función hepática, estado nutricional, movilidad y riesgo de caídas, expectativa de vida y polifarmacia antes de iniciar una anticoagulación oral en personas ancianas y/o frágiles.

Partiendo de la base que la Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia mas frecuente en la practica clínica diaria, su incidencia aumenta con la edad, así como su prevalencia, incrementando sobremanera (25-35%) el riesgo de ictus entre los 80-90 años.

Se han descrito en estudios que el tratamiento antiagregante, la edad mayor de 90 años, presentar riesgos de caídas y estar institucionalizado son los principales motivos para no iniciar anticoagulación con pacientes ancianos frágiles, todo ello a pesar de que tiene una clara indicación y de que esta fragilidad, inherente a la edad aumenta el riesgo de ictus, aunque no el riesgo de sangrado.

No hay ninguna premisa que nos alerte de cuando empezar el tratamiento anticoagulante en el paciente anciano. Desde el mismo momento que sufre un proceso vascular que afecte a su forma de vida, (FA, Tromboembolismo, ictus) ya podremos comenzar el tratamiento independientemente de la edad. Otra cosa es con que fármacos comenzamos. Con los AVK, o con los ACOD. (Anticoagulantes directos)

Cada vez hay mas estudios que nos orientan hacia uno u otro régimen terapéutico, si bien, en la actualidad parece evidente que son los nuevos anticoagulantes los que por sus características se están imponiendo en la practica clínica.

En primer lugar, parece claro que la población anciana (y muy anciana) con FA tiene un riesgo aumentado de ictus, por lo que debe valorarse el riesgo/beneficio de tratamiento antitrombótico. Si se decide tratar, debe evitarse la antiagregación y debe optarse por la anticoagulación. Este aspecto es importante porque en muchos trabajos de campo realizados en ancianos y menos ancianos, se ve que la mayoría de los pacientes no llevan tratamiento o estaban antiagregados.

El primer supuesto podría ser razonable siempre que se haya individualizado y consensuado con el paciente y su familia, algo que es probable que en la mayoría de los casos no se haya hecho y se deba a la inercia terapéutica. El segundo supuesto deber ser un objetivo prioritario en práctica clínica: un paciente anciano con FA no debe estar antiagregado con el objetivo de prevenir el ictus isquémico.

Por último, parece claro que la aparición de los ACOD, con similar beneficio que warfarina, pero con mayor seguridad, incluso en población muy anciana, nos abre una nueva posibilidad de estrategia terapéutica en la práctica clínica. Así, en pacientes de alto riesgo trombótico y moderado riesgo hemorrágico, sobre todo si se presuponen dificultades personales o sociales para monitorizar el INR, hay que tener muy en cuenta los ACOD. Y debe hacerse a las dosis recomendadas para cada uno de ellos para este perfil de paciente, evitando las dosis bajas por la mera inercia terapéutica. ⁽¹⁾

Si nos atenemos a las recomendaciones del **Informe de Posicionamiento Terapéutico** (IPT) sobre el tratamiento con anticoagulantes orales en pacientes ancianos con FA (estudio ESPARTA), podemos decir que uno de los puntos más relevantes, es que en un porcentaje muy importante de los ancianos en España no siguen las

recomendaciones realizadas especialmente con los AVK al no realizarse el cambio a ACOD a pesar de un tiempo en rango terapéutico inadecuado.

La IPT recomienda el uso de los ACOD en la prevención del ictus y embolia sistémica cuando la puntuación de la escala CHA2DS2-VASc es igual o mayor de 2, insiste que los nuevos casos deben iniciar tratamiento con AVK, excepto cuando existan situaciones clínicas especiales (hipersensibilidad a AVK, hemorragia intracraneal o tromboembolia con buen INR) o mal control de INR, en los que se recomiendan los ACOD.

CUANDO ANTICUAGULAR EN EL ANCIANO:

No es nada fácil la anticoagulación en el anciano debido a unos condicionantes de salud importantes que pueden modificar no solo la indicación del tratamiento, sino también el tipo y dosis de ACO, la tolerancia, adherencia, la seguridad y los resultados de salud deseados.

Entre los condicionantes destacan: La fragilidad, la discapacidad, la comorbilidad, la polifarmacia, el deterioro cognitivo, el riesgo de caídas, la institucionalización, el estado nutricional, los problemas de la ingesta, las alteraciones de los sentidos y los condicionantes sociales y personales.

Es necesaria una correcta valoración geriátrica que permita identificar estos factores en cada paciente, asociada a: El conocimiento de la biología del envejecimiento, el cálculo de la expectativa de vida total y libre de discapacidad, a conocimientos especializados de farmacología en mayores y de las particularidades de los efectos de los ACO en los ancianos, incluyendo el denominado “**lag-time-to-benefit**” (tiempo hasta el beneficio)

FACTORES A TENER EN CUENTA A LA HORA DE PAUTAR ACO EN EL ANCIANO.

1.- Riesgo tromboembólico.

. Según la escala CHA2DS2-VASc: Con puntuación >1 el riesgo/beneficio se invierte y esta indicada la ACO con un nivel de recomendación 1A

. En > 75 años siempre estará indicada, pero hay que individualizar cada caso y evaluar el riesgo de sangrado, principal complicación de la terapia ACO.

2.- Riesgo hemorrágico.

Existen varios índices para medir el riesgo hemorrágico. El índice más extendido es el HAS-BLED, (Hypertension, Abnormal renal/liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile INR, Elderly (>65), Drugs/alcohol concomitantly).

Otros: HEMORRAGES, donde añade conceptos usados en geriatría (caídas, situación cognitiva). El ATRIA Bleeding Risk Score. El ORBIT risk score.

3.- Calidad de la anticoagulación:

El tiempo que tarda en acontecer un ictus, y la supervivencia total, aumenta en los pacientes que se mantienen en el INR objetivo (2-3) durante el 70-100% del tiempo, beneficio que disminuye cuando el porcentaje del tiempo en rango terapéutico (TRT) es menor del 70%.

4.- Fragilidad.

El anciano frágil (anciano autónomo con riesgo de deterioro funcional) debe ser candidato a ACO por su vulnerabilidad, mayor riesgo de empeoramiento funcional y discapacidad.

5.- Polifarmacia.

Definida como la administración crónica de 5 o mas fármacos. Debido a que los ACO presentan multitud de interacciones.

6.- Deterioro cognitivo.

La demencia no es motivo por si mismo para no anticoagular. Deben considerarse factores como gravedad, expectativa de vida y adherencia terapéutica.

Los pacientes con GDS<5 deben anticoagularse. El DC condiciona mala adherencia terapéutica y solo iniciar cuando exista un cuidador responsable.

7.- Movilidad y discapacidad.**8.- Caídas.**

Es difícil evaluar en pacientes que han sufrido caídas por los pobres estudios existentes. Aun así, los beneficios en pacientes con riesgo elevado (CHA₂DS₂-VASc<3) superan los riesgos por caídas. Los ACOD muestran menos riesgos de hemorragia intracraneal que la warfarina.

9.- Estado nutricional.

Por ello todo anciano que vaya a ser tratado con ACO debe someterse a una evaluación nutricional previa. Se recomienda utilizar como método de screening el (MNA-SF).

10.- Expectativa de vida.

Todos aquellos pacientes con expectativa de vida > de 6 meses serian candidatas a anticoagulación.

11: - RESUMEN SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE VALORACION GERIATICA INTEGRAL BASICA:

Con base a lo expuesto en los 10 puntos anteriores, se considera imprescindible antes de prescribir un ACO en un paciente > de 75 años:

- Realizar un Barthel y una determinación del estado cognitivo con GDS de Reisberg. Así, si Barthel >90 o GDS<5, se recomienda además realizar un SPPB para determinar la fragilidad y si existe, habrá que realizar una VGI que incluya: Valor nutricional MNA-SF. Valoración de la comorbilidad con la escala CIRS-G, Valoración del riesgo de caídas y valoración de la polifarmacia y los medicamentos inadecuados con los criterios STOPP/START.

RESUMEN

La anticoagulación del anciano con fibrilación auricular (FA) es un reto, ya que supone enfrentarse al mismo tiempo a un mayor riesgo tromboembólico y hemorrágico, si bien ha demostrado un beneficio clínico neto mayor que en los más jóvenes.

Los anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K (NAVK) han sido comparados con los anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K (AVK) en estudios con representación suficiente de ancianos para sacar conclusiones, y han confirmado un balance favorable entre beneficios y riesgos en este grupo de edad, convirtiéndoles en el tratamiento de elección.

La valoración geriátrica integral es la pieza fundamental para evaluar la indicación de la anticoagulación, el tipo de anticoagulante y la mejor manera de optimizar los factores de riesgo para una anticoagulación segura.

OPCIONES TERAPEUTICAS ANTITROMBOTICAS EN EL PACIENTE ANCIANO CON FA

Durante las últimas décadas han sido evaluadas varias modalidades antitrombóticas en esta situación clínica, sin embargo, solo los antagonistas de la vitamina K (AVK) en dosis ajustada, el inhibidor del factor II (dabigatrán) y los inhibidores del factor Xa (rivaroxabán, apixaban y edoxaban) han demostrado eficacia y seguridad.

El ácido acetilsalicílico, una alternativa utilizada con demasiada frecuencia, ineficaz en los mayores de 75 años, y solo evitando ictus leves. Por otra parte, el ácido acetilsalicílico nunca ha sido estudiado en la población con FA no valvular de bajo riesgo, en la que se considera actualmente.

Los resultados del estudio BAFTA confirman la eficacia de los AVK en cualquier grupo de edad, incluido el de los muy ancianos.

Aunque los AVK son muy eficaces en los ancianos, son difíciles de usar. En pacientes con FA sin contraindicación para anticoagular, según aumenta la edad, y el riesgo cardioembólico, menos se indican, y en los que se indican solo el 60% siguen anticoagulados a los 2 años, siendo los mas ancianos los que se quedan sin tratamiento.

Los NAVK, sin muchas de las limitaciones de los AVK, simplifican la profilaxis tromboembólica de la FA y permiten que cada vez mas ancianos se beneficien del tratamiento.

Son fármacos con un perfil farmacológico previsible, de comienzo rápido de acción, vida media corta, con pocas interacciones con medicamentos y alimentos, y sin precisar controles analíticos.

El beneficio en la reducción de ictus y ES se manifiesta en todos los subgrupos examinados: edad, sexo, diabetes, prevención primaria o secundaria, IFGe, riesgo tromboembólico, tratamiento previo con AVK y TRT.

En resumen, son no inferiores a los AVK reduciendo el riesgo de ictus y ES, disminuyen el riesgo de HIC y de otras hemorragias y con una tendencia a la disminución de la mortalidad del 10% anual

En cuanto a **Eficacia y Seguridad** de los anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K en geriatría, en todos los estudios descritos (ARISTOTLE, ENGAGE AF-TIMI 48 ...), el total de eventos de ictus y hemorragias relacionadas con la anticoagulación fueron menos numerosos en los más ancianos.

En conclusión, en los <75 años los NAVK no han causado un exceso de hemorragias y han sido iguales o mas eficaces que los AVK y que los propios NAVK en los pacientes más jóvenes.

¿QUE ANTICOAGULANTES ORALES USAR EN EL PACIENTE GERIATRICO?

El paciente geriátrico con FA es el que más se beneficia del tratamiento antitrombótico, sin embargo, pocos están anticoagulados (el 35% de los ≥85 años sin contraindicación), por miedo fundamentalmente a las hemorragias y a las caídas. El 90% de las muertes relacionadas con los sangrados se deben a HIC, y suelen ocurrir con niveles supra terapéuticos de INR. Los NAVK reducen el tiempo que el paciente está fuera de la ventana terapéutica y han demostrado una disminución significativa de la HIC comparados con la warfarina.

Para la elección del tipo de anticoagulante hemos de considerar diversos factores: a) eficacia, b) seguridad, c) antecedentes de sangrado gastrointestinal, d) interacciones farmacológicas, e) enfermedad renal/hepática, f) propiedades farmacológicas, g) comorbilidad, y h) situación socioeconómica.

Si la FA es valvular debemos utilizar los AVK. Ante una FA no valvular hemos de estratificar el riesgo tromboembólico mediante el CHA₂DS₂-VASc.

Independientemente del anticoagulante elegido hemos de considerar la función renal, mediante la estimación del filtrado glomerular y las interacciones farmacológicas para dosificar el fármaco, o incluso evitarlo.

En cuanto a las estrategias para la utilización clínica segura de ANVK en geriatría hemos de considerar 3 factores de riesgo independiente que es preciso evaluar, optimizar y monitorizar: a) la ERC, b) la comorbilidad, y c) la polifarmacia y las interacciones farmacológicas; todos ellos incluidos en la valoración geriátrica integral.

CONCLUSIÓN

Los anticoagulantes orales NAVK están en la actualidad para hacer más segura y eficaz la profilaxis tromboembólica, al mismo tiempo que la simplifican, y de esta manera ayudarán a mejorar las tasas de anticoagulación de los ancianos con FA no valvular. Ambas modalidades terapéuticas (anticoagulantes orales AVK y NAVK) son alternativas válidas en geriatría, donde disponemos de una herramienta, la valoración geriátrica integral, crucial para determinar qué anticoagulante es el más adecuado en cada paciente y en cada situación clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- HARRISON. Principios de Medicina interna.1 9ª Edición. Parte 5ª. Envejecimiento. Capítulos 93e-94e. Biología del envejecimiento.

- [Oral Anticoagulation in Very Elderly Patients with Atrial Fibrillation – A Nationwide Cohort Study](#)
- Chao TF, Liu CJ, Lin YJ, Chang SL, Lo LW, Hu YF, Tuan TC, Liao JN, Chung, Chen TJ, Lip GYH, Chen SA.
- Circulation. 2018 feb 28. pii: CIRCULATIONAHA.117.031658. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031658. [Epub ahead of print].
- C.T. January, L.S. Wann, J.S. Alpert, H. Calkins, J.C. Cleveland Jr., J.E. Cigarroa, *et al.* 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol., 64 (2014), pp. e1-e76
- J. Bogousslavsky, G. van Melle, F. Regli, L. Kappenberger. Pathogenesis of anterior circulation stroke in patients with nonvalvular atrial fibrillation: The Lausanne Stroke Registry. Neurology., 40 (1990), pp. 1046-1050
- A.J. Camm, G.Y. Lip, R. de Caterina, I. Savelieva, D. Atar, S.H. Hohnloser, ESC Committee for Practice Guidelines (CPG), *et al.* Focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J., 33 (2012), pp. 2719-2747
- G.Y. Lip, R. Nieuwlaat, R. Pisters, D.A. Lane, H.J. Crijns. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Chest., 137 (2010), pp. 263-272
- S. Apostolakis, R.M. Sullivan, B. Olshansky, G.Y. Lip. Factors affecting quality of anticoagulation control among patients with atrial fibrillation on warfarin: The SAME-TT₂R₂ score. Chest., 144 (2013), pp. 1555-1563
- D.E. Singer, Y. Chang, M.C. Fang, L.H. Borowsky, N.K. Pomernacki, N. Udaltsova, *et al.* The net clinical benefit of warfarin anticoagulation in atrial fibrillation. Ann Intern Med., 151 (2009), pp. 297-305

-
- F. Formiga, A. Urrutia, F. Veiga. Es ya el momento de optimizar el tratamiento anticoagulante en el paciente anciano con fibrilación auricular. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 49 (2014), pp. 201-202.
 - D. Kim, R. Barna, M.B. Bridgeman, L. Brunetti. Novel oral anticoagulants for stroke prevention in the geriatric population. *Am J Cardiovasc Drugs.*, 14 (2014), pp. 15-29.
 - C.T. Ruff, R.P. Giugliano, E. Braunwald, E.B. Hoffman, N. Deenadayalu, M.D. Ezekowitz, *et al.* Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: A meta-analysis of randomised trials. *Lancet.*, 383 (2014), pp. 955-962
 - S.D. Pokorney, M.W. Sherwood, R.C. Becker. Clinical strategies for selecting oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *J Thromb Thrombolysis.*, 36 (2013), pp. 163-174
 - S. Rosanio, A.M. Keyhani, D.C. D'Agostino, C.M. DeLaughter, A. Vitarelli.
 - Pharmacology, benefits, unaddressed questions, and pragmatic issues of the newer oral anticoagulants for stroke prophylaxis in non-valvular atrial fibrillation and proposal of a management algorithm. *Int J Cardiol.*, 174 (2014), pp. 471-483
 - Periprocedural management of oral anticoagulation in patients with atrial fibrillation: Approach in the era of new oral anticoagulants. *Can J Cardiol.*, 29 (2013), pp. S54-S59

CAPITULO 18

TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN LOS MAYORES

FLORENTINO CARRAL SAN LAUREANO

Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad estrechamente ligada al envejecimiento y su prevalencia se incrementa marcadamente con la edad debido a una combinación de deficiente secreción de insulina, resistencia a la insulina (relacionada con el aumento de adiposidad), sarcopenia e inactividad física propias de los sujetos de edad avanzada. En España, el 63% de los pacientes con diabetes tienen más de 65 años y más de un tercio de la población mayor de 75 años padece diabetes¹.

1. Objetivos del tratamiento antidiabético en ancianos

En los pacientes de edad avanzada, donde los beneficios del tratamiento antidiabético intensivo son limitados, los objetivos básicos deben ser mejorar la calidad de vida, preservar la funcionalidad y evitar los efectos adversos, muy especialmente las hipoglucemias (**figura 1**).

El tratamiento antidiabético y los objetivos de control glucémico del anciano con DM2 deben basarse en el estado funcional del paciente (**tabla 1**), ya que ni los ancianos frágiles ni aquellos con deterioro funcional establecido se benefician de un control glucémico estricto, al tiempo que este aumenta el riesgo de hipoglucemias². El riesgo de hipoglucemias graves se incrementa exponencialmente con la edad y en los ancianos las hipoglucemias se asocian a síndrome confusional, deterioro cognitivo, caídas y fracturas, ictus, arritmias cardíacas y mayor mortalidad.

Figura 1. Principios generales del tratamiento del paciente anciano con diabetes

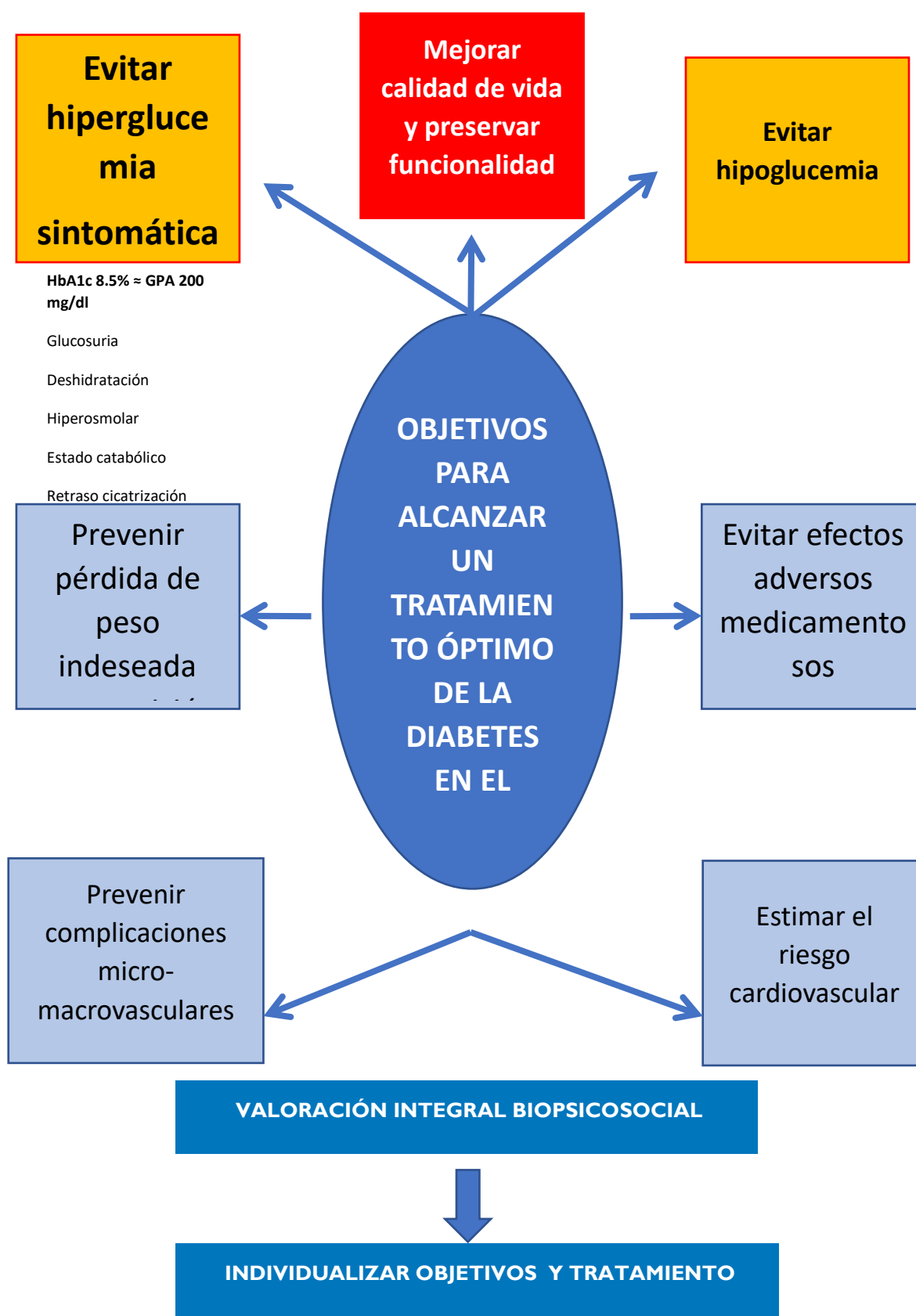


Tabla 1. Objetivos de control glucémico en los pacientes ancianos con diabetes

Situación clínica	Objetivo de control glucémico
Anciano sano: Buen estado funcional y cognitivo, baja comorbilidad, buena expectativa de vida	HbA1c 7 – 7,5%
Anciano frágil: Fragilidad o dependencia, demencia moderada – severa, alta comorbilidad, corta expectativa de vida	HbA1c 7,6– 8,5%
Cuidados paliativos	Preservar la calidad de vida Glucemia < 200 mg/dl Evitar hipoglucemias y otros efectos adversos Simplificar tratamiento y controles HbA1c no relevante (HbA1c < 8,5%)

2. Tratamiento no farmacológico de la diabetes

Existen pocas evidencias sobre los beneficios de la modificación del estilo de vida (educación terapéutica, consejo nutricional, actividad física individualizada) en pacientes ancianos o frágiles con DM2. Las dietas excesivamente hipocalóricas deben evitarse en pacientes ancianos porque incrementan el riesgo de hipoglucemias y de malnutrición, aportando habitualmente pocas proteínas, las cuales pueden empeorar la sarcopenia, que se asocia a deterioro funcional, riesgo de caídas e institucionalización³.

La prescripción de actividad física debe adaptarse a las limitaciones y preferencias del paciente. La actividad física, en especial la multicomponente (aeróbica, resistencia, flexibilidad y balance), ha demostrado su eficacia en ancianos con diabetes, no solo para mejorar el control glucémico, sino su

independencia funcional, autoestima y calidad de vida, por lo que su práctica debe ser recomendada⁴.

3. Tratamiento farmacológico de la diabetes

El tratamiento de la DM2 en el anciano ha sido objeto de un consenso, publicado en 2018, y avalado por múltiples sociedades científicas españolas⁵. En este consenso se establece, como norma general, que en el paciente anciano es recomendable iniciar el tratamiento con antidiabéticos con bajo riesgo de hipoglucemia (especialmente, metformina e inhibidores de la dipeptidil peptidasa tipo 4 [IDPP-4]) a dosis bajas, con aumento progresivo, monitorizando la respuesta tras cada incremento). En la medida de lo posible, se deben evitar los fármacos asociados a alto riesgo de hipoglucemia (sulfonilureas e insulinas, especialmente prandiales y mezclas). En la tabla 2 se exponen los fármacos antidiabéticos no insulínicos comercializados en la actualidad.

Tabla 2. Fármacos antidiabéticos no insulínicos comercializados en la actualidad.

	Ventajas	Desventajas	Contraindicaciones
Metformina	No hipoglucemia No aumento de peso Disminuye ECV (UKPDS) Bajo coste	Efectos adversos digestivos Acidosis láctica (muy rara) Déficit de Vitamina B12	FG < 30 ml/min Insuf. hepática severa Alcoholismo
Sulfonilureas Gliclazida, Glimepirida, Glipizida	Reducción de complicaciones microvasculares (Gliclazida) Bajo coste	Hipoglucemias Ganancia de peso Dudas en la seguridad CV Baja durabilidad	FG < 45 ml/min Insuf. hepática severa Alergia a sulfamidas

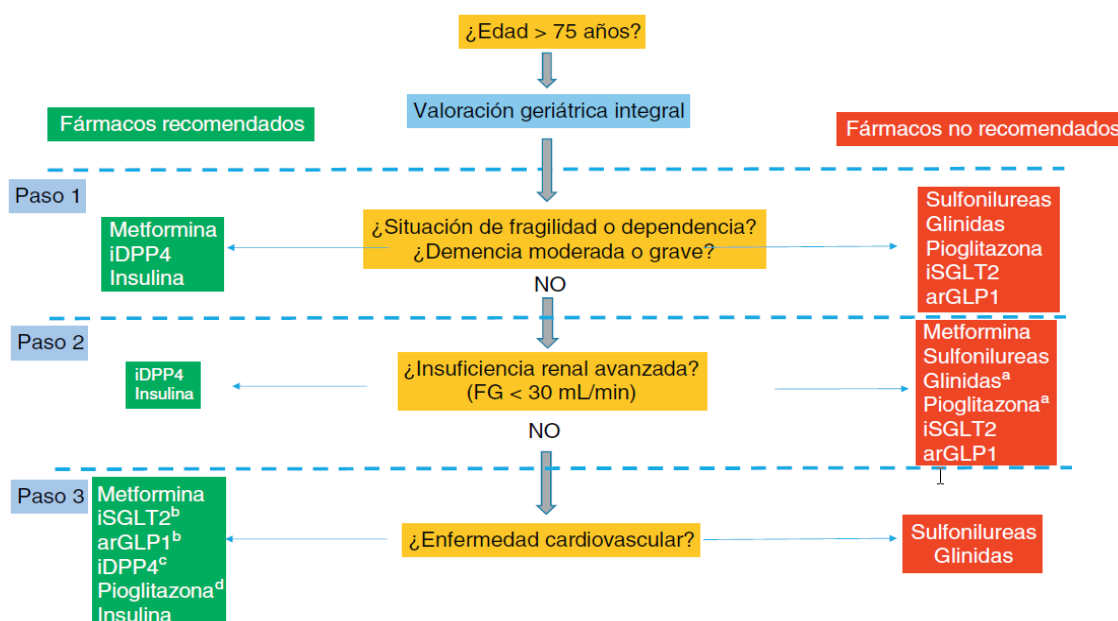
Glinidas Repaglinida, Nateglinida	Reducen glucosa postprandial Flexibilidad en la dosificación Uso en insuficiencia renal	Ganancia de peso Hipoglucemias Coste moderado	Insuf. hepática severa Uso con gemfibrozilo (repaglinida)
Glitazonas Pioglitazona	No hipoglucemias Durabilidad ↑ HDL y ↓ TG Uso en insuficiencia renal Disminuyen eventos CV	Aumento de peso Edemas ↑ riesgo insuficiencia cardíaca ↑ riesgo de fracturas ↑ riesgo cáncer de vejiga Coste moderado	Insuficiencia cardíaca Combinada con insulina
Inhibidores DPP-4 Sitagliptina, Vildagliptina, Saxagliptina, Linagliptina, Alogliptina	No hipoglucemias No aumento de peso Bien tolerados Uso en insuficiencia renal Uso combinado con insulina	Urticaria ↑ riesgo de insuficiencia cardíaca (saxagliptina) Alto coste	Ajustar dosis en insuficiencia renal Vildagliptina: I. hepática Uso de AR-GLP1
Inhibidores del SGLT-2 Dapagliflozina, Canagliflozina, Empagliflozina, Ertugliflozina	No hipoglucemias ↓ peso, presión arterial y úrico. Uso en todos los estadios DM2 ↓ ECV, ↓ Hospitalización i. cardíaca	Infecciones micóticas genitales Poliuria, depleción de volumen, hipotensión Alto coste	FG < 45 ml/min Insuficiencia hepática Riesgo deshidratación o depleción de volumen Uso de diuréticos de asa

	↓ nefropatía (canagliflozina)		
Agonistas de GLP-1	No hipoglucemias	Administración	FG < 15 ml/min
Exenatida LAR	↓ peso y presión arterial	subcutánea	Enfermedad
Liraglutida, Lixixenatida,	↓ ECV	Efectos adversos	gastrointestinal
Dulaglutida, Semaglutida	Uso en insuficiencia renal	digestivos (náuseas, vómitos, diarrea)	grave
		Alto coste	Uso Inh-DPP4

La planificación del tratamiento de la DM2 en sujetos de edad avanzada debe basarse en la valoración geriátrica integral. Si el paciente anciano se encuentra en una situación de fragilidad o dependencia o si presenta una demencia moderada o grave, el objetivo prioritario sería evitar las hipoglucemias y la hiperglucemia sintomática. Los antidiabéticos recomendables en estos casos serían la metformina y los iDPP-4. Otros fármacos antidiabéticos que no se asocian a un riesgo significativo de hipoglucemia presentan efectos adversos que limitan su uso en esta población: hipotensión, deshidratación, insuficiencia renal en el caso de los inhibidores de la SGLT-2), y náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso en los arGLP-1. La insuficiencia renal es una comorbilidad prevalente en ancianos con diabetes que condiciona las opciones del tratamiento. En España, la prevalencia de enfermedad renal crónica en estadios 4 y 5 (filtrado glomerular <30 ml/min/1,73 m²) en pacientes con DM2 de 70-79 años y de ≥ 80 años es cercana al 30 y el 50%, respectivamente⁶. En estas circunstancias, las opciones terapéuticas preferenciales son los iDPP-4 y la insulina. Aunque desde un punto de vista farmacocinético podrían usarse la repaglinida y la pioglitazona, su perfil de efectos adversos (hipoglucemia con repaglinida; insuficiencia cardíaca y fracturas con pioglitazona) hacen desaconsejable esta opción. Finalmente, en ancianos de alto riesgo cardiovascular que no presenten algunas de las limitaciones clínicas anteriormente comentadas (insuficiencia renal moderada-grave, fragilidad, demencia), la prioridad sería la selección de fármacos antidiabéticos que han

demostrado beneficio cardiovascular, como los inhibidores de la SGLT-2 y los AR-GLP1. Otros fármacos que han demostrado seguridad cardiovascular incluyen la metformina, pioglitazona y los iDPP-4.

Figura 2. Algoritmo de tratamiento de la Diabetes tipo 2 en el anciano



BIBLIOGRAFÍA

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiu E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012;55:88---93.6.
2. Lee SJ, Boscardin WJ, Stijacic Cenzer I, Huang ES, Rice-Trumble K, Eng C. The risks and benefits of implementing glycemic control guidelines in frail older adults with diabetes mellitus. J Am Geriatr Soc. 2011; 59:666-72.

-
3. Lee JS, Auyeung TW, Leung J, Kwok T, Leung PC, Woo J. The effect of diabetes mellitus on age-associated lean mass loss in 3153 older adults. *Diabet Med.* 2010;27: 1366-71.
 4. Ferriolli E, Pessanha FP, Marchesi JC. Diabetes and exercise in the elderly. *Med Sport Sci.* 2014; 60:122-9.
 5. Gómez R, Gómez F, Rodríguez L, Formiga F, Puig M, Mediavilla JJ, et al. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53(2)89-99.
 6. Rodriguez-Poncelas A, Coll-De Tuero G, Turro-Garriga O, Barrot-de la Puente J, Franch-Nadal J, Mundet-Tuduri X, et al. Impact of chronic kidney disease on the prevalence of cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes in Spain: PERCEDIME2 study. *BMC Nephrol.* 2014; 15:150.

CAPÍTULO 19

NUEVOS ANTICOAGULANTES EN LOS PACIENTES MAYORES. SITUACIONES ESPECÍFICAS, PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN.

ROBERTO PETIDIER TORREGROSA

Geriatra
Hospital de Getafe.

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más común en nuestra práctica clínica diaria, afecta a 4,5 millones de personas en Europa y aproximadamente 33,5 millones de personas en todo el mundo ⁽¹⁾. La incidencia de FA muestra un aumento significativo con la edad de 4,1 / 1000 menores de 75 años a 26,3 / 1000 en personas mayores de 75 años ⁽²⁾, del mismo modo que su prevalencia, que aumenta del 0,1% en personas menores de 55 años a 9% en los mayores de 80 años ⁽³⁻⁵⁾, con un costo anual promedio de 2.365 € por cada paciente ⁽⁶⁾.

Debido al aumento de la esperanza de vida, el número de personas mayores de 80 años con FA no valvular (FANV) será cuatro veces mayor en 2050, por lo tanto, este grupo representará más del 50% del total de pacientes con esta arritmia. ^(4, 5) y el riesgo de accidente cerebrovascular aumentará hasta el 25-36% en personas de edad de 80-89 años ^(2, 7, 8).

Aunque las personas mayores de 75 años presentan peor pronóstico, mayor mortalidad y más efectos adversos que las personas con edades comprendidas entre 65 y 74 años ⁽⁸⁾, hasta el 35% de los octogenarios no reciben terapia anticoagulante oral (OAC) ⁽⁵⁾. El uso de antagonistas de la vitamina K (AVK) se reduce hasta un 14% por cada década de aumento de la edad, independientemente de otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular ^(5, 9). Las principales razones para no iniciar el tratamiento antitrombótico en personas mayores frágiles son: terapia antiplaquetaria alternativa, tener más de 90 años, riesgo de caída e institucionalización en residencia, a pesar de una fuerte indicación y la evidencia de que la fragilidad aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular pero no mayor riesgo de sangrado ⁽¹⁰⁾.

En Europa, desde 2011, hay disponible una nueva familia de OAC con indicación para la prevención de ictus y tromboembolismo venoso en pacientes con FANV. Esta nueva familia incluye cuatro anticoagulantes orales directos (ACOD), dabigatrán (un inhibidor directo activo de la trombina), apixaban, edoxaban y rivaroxaban (inhibidores directos del factor Xa). Diferentes metaanálisis han demostrado hasta un 20% menos de riesgo de accidente cerebrovascular, un 12% menos de mortalidad y un 50% menos de riesgo de hemorragia intracraneal, en comparación con warfarina, mostrando menos interacciones alimentarias y con otros medicamentos, sin necesidad de controles analíticos ^(9, 11). Los estudios económicos han demostrado la rentabilidad de estos medicamentos ⁽⁶⁾, y los beneficios mostrados se mantienen independientemente de la edad, presentando una mayor reducción de todas las variables negativas (mortalidad, accidente cerebrovascular, hemorragia mayor, intracraneal y total) en personas muy mayores, precisamente las que presentan un mayor riesgo ⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Figura 1: porcentaje de ancianos muy mayores presentes en los estudios pivotaes con ACODs

	RE-LY4 Dabigatran	ROCKET5 Rivaroxaban	ARISTOTLE1 Apixaban	AVERROES2 Apixaban	ENGAGE3 Edoxaban
Total	18,113	14,264	18,201	5,599	21,105
≥75 años (%)	7,258 (40)	6,229 (44)	5,678 (31)	1,898 (34)	8,474 (40)
Muy ancianos	≥85 a (4%) N=722	≥85 a (4.6%) N=663	≥80 a (13%) N=2,436 ≥90 a (0.5%) N=84	≥85 a (7%) N=366	≥85 a (4%)

No obstante, los estudios diseñados específicamente en la población de edad avanzada aún no están disponibles, y la evidencia actual excluye a pacientes con multimorbilidad, polifarmacia, síndromes geriátricos y solo evalúa el beneficio utilizando indicadores de salud con bajo impacto clínico en esta

población ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Además, la edad promedio de los pacientes incluidos en los ensayos clínicos es 5 a 10 años menor que la edad promedio de los pacientes con FANV en la vida real; por eso, las pautas actuales no pueden hacer recomendaciones sólidas para personas de 85 años o más ^(5, 18). Con el fin de resolver esta falta de evidencia, se han utilizado datos de subgrupos de ensayos pivotales de fase III, incluyendo a más de 30.000 pacientes mayores de 75 años (Figura 1), para demostrar la eficacia de los ACOD en comparación con VKA, mostrando un perfil de seguridad igual en los mayores que en personas más jóvenes ^(9, 19, 20).

La anticoagulación en pacientes de edad avanzada supone un gran desafío debido a la frecuente asociación con condiciones de salud que pueden modificar no solo la indicación de la terapia, sino también el tipo y la dosis del fármaco, la tolerancia, la adhesión, el perfil de seguridad y los resultados que buscamos. Entre estos determinantes de la salud destacamos la fragilidad, la discapacidad, la comorbilidad, la polifarmacia, el deterioro cognitivo, el riesgo de caídas, los residentes de hogares de ancianos, el estado nutricional, los problemas de alimentación oral, el trastorno sensorial y los problemas personales y sociales ^(2, 21). Una evaluación geriátrica integral adecuada (CGA) enfocada en identificar todos estos factores, combinada con el conocimiento de la biología del envejecimiento, un buen cálculo de una expectativa de vida global libre de discapacidad, un mejor conocimiento de la farmacología de la tercera edad y los efectos secundarios de la individualidad de la OAC en esta población, incluido el largo -tiempo de beneficio “long-time to benefit”), nos permitirá obtener una mejor adecuación de esta terapia y alcanzar mejores resultados de salud. Diferentes metanálisis ^(19, 20, 22, 23) han evaluado ensayos clínicos aleatorizados en pacientes mayores de 75 años y han demostrado que los ACOD son tan eficaces en la prevención del ictus como la warfarina, sin embargo, hay diferencias entre el tipo de OAC y la dosis en el caso de ictus/ tasa de tromboembolismo, sangrado mayor y sangrado intracraneal ^(24, 25). Apixaban y edoxaban demostraron que había menos incidencia de sangrado mayor en comparación con VKA, sin embargo, rivaroxabán y dabigatrán 110 mg tienen un

riesgo similar. Apixaban, edoxaban y dabigatrán se asociaron con tasas más bajas de sangrado intracraneal en comparación con VKA ⁽²³⁾.

En cuanto al sangrado gastrointestinal, en pacientes mayores de 75 años, dabigatrán y edoxaban 60 mg han demostrado un aumento del riesgo de sangrado gastrointestinal en comparación con la VKA, y no hay pruebas suficientes con respecto a apixaban y rivaroxabán ^(14, 22).

Teniendo en cuenta las conclusiones de un metanálisis muy reciente (Malik AH, Am J Cardiol 2019) ⁽²³⁾ y de una revisión de la “Fit for The Aged (FORTA) classification” (Wehling M, Drugs Aging 2017) ⁽²⁶⁾, se puede establecer que en pacientes mayores de 75 años, valorando en conjunto prevención de riesgo tromboembólico, y riesgo de sangrado mayor y hemorragia intracraneal, apixaban 5 mg dos veces al día sería la primera opción a considerar, y edoxaban 60 mg una vez al día sería la segunda (dabigatrán y rivaroxabán quedarían relegados, y deberían de usarse con mucha precaución, como se indica en la última revisión de los criterios AGS BEERs del 2019 para medicaciones potencialmente inapropiadas en el paciente mayor) ⁽²⁷⁾.

RESUMEN:

1.- La selección del fármaco anticoagulante y su dosis deben llevarse a cabo de forma individual y cuidadosa, teniendo en cuenta los criterios clínicos, geriátricos y las preferencias del paciente.

2.- Parece razonable que los pacientes que no reciben este tratamiento se limiten a aquellos con una contraindicación evidente y a aquellos que se consideran con falta de beneficio porque se encuentran en los últimos días de su vida.

3.- En pacientes > 75 años de edad, los ACOD como clase fueron superiores a la warfarina con respecto a la eficacia y la seguridad, mostrando una eficacia similar en la prevención de accidentes cerebrovasculares y embolización sistémica entre ellos, pero con menor riesgo de sangrado mayor para apixaban, y menor tasas de hemorragia intracraneal para apixaban, edoxaban y dabigatran (que rivaroxabán o warfarina).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Chugh SS, Haymoeller R, Narayanan K, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. *Circulation* 2014;129: 837-847.
- (2) Granziera S, Cohen AT, Nante G, Manzato E, Sergi G. Thromboembolic prevention in frail elderly patients with atrial fibrillation: a practical algorithm. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16: 358-64.
- (3) Guindo Soldevila J, Martínez Ruíz MD, Duran Robert I, et al. Evaluación de riesgo tromboembólico y hemorrágico de los pacientes con fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol Supl* 2013;13: 9-13.
- (4) Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of Diagnosed Atrial Fibrillation in Adults National Implications for Rhythm Management and Stroke Prevention: the Anticoagulation and Risk Factors In Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA* 2001;285: 2370-5.
- (5) Lefebvre MC, St-Onge M, Glazer-Cavanagh M, et al. The effect of bleeding risk and frailty status on anticoagulation patterns in octogenarians with atrial fibrillation: The FRAIL-AF Study. *Can J Cardiol* 2016;32: 169-76.
- (6) Barón Esquivias G, Escolar Albadalejo G, Zamorano JL, et al. Análisis coste-efectividad de apixabán frente a acenocumarol en la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular en España. *Rev Esp Cardiol* 2015;68: 680-90.
- (7) Annoni G, Mazzola P. Real-world characteristics of hospitalized frail elderly patients with atrial fibrillation: can we improve the current prescription of anticoagulants? *J Geriatr Cardiol* 2016;13: 226-32.
- (8) Suárez Fernández C, Formiga F, Camafort M, et al. Antithrombotic treatment in elderly patients with atrial fibrillation: a practical approach. *BMC Cardiovasc Disord* 2015;15:143.
- (9) Edholm K, Ragle N, Rondina MT. Antithrombotic Management of Atrial Fibrillation in the Elderly. *Med Clin North Am* 2015;99: 417-30.
- (10) Maes F, Dalleur O, Henrard S, et al. Risk scores and geriatric profile: can they really help us in anticoagulation decision making among older patients suffering from atrial fibrillation? *Clin Interv Aging* 2014;9: 1091-9.

-
- (11) De Caterina R, Husted S, Wallentin L, et al. New oral anticoagulants in atrial fibrillation and acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol* 2012;59:1413-25.
- (12) Halvorsen S, Atar D, Yang H, et al. Efficacy and safety of apixaban compared with warfarin according to age for stroke prevention in atrial fibrillation: observations from the ARISTOTLE trial. *Eur Heart J* 2014;35: 1864-72.
- (13) Halperin JL, Hankey GJ, Wojdyla DM, et al. Efficacy and safety of rivaroxaban compared with warfarin among elderly patients with nonvalvular atrial fibrillation in the Rivaroxaban Once Daily, Oral, Direct Factor Xa Inhibition Compared With Vitamin K Antagonism for Prevention of Stroke and Embolism Trial in Atrial Fibrillation (ROCKET AF). *Circulation* 2014;130: 138-46
- (14) Kato ET, Giugliano RP, Ruff CT, et al. Efficacy and Safety of Edoxaban in Elderly Patients With Atrial Fibrillation in the ENGAGE AF-TIMI 48 Trial. *J Am Heart Assoc* 2016; 5. pii: e003432. doi: 10.1161/JAHA.116.003432.
- (15) Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2016;37: 2893-2962.
- (16) Heidenreich PA, Solis P, Estes NAM 3rd, et al. 2016 ACC/AHA clinical performance and quality measures for adults with atrial fibrillation or atrial flutter: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *J Am Coll Cardiol* 2016;68: 525–68.
- (17) Senoo K, Lau YC, Lip GY. Updated Nice Guideline. Management of Atrial fibrillation. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2014;12: 1037-1040.
- (18) Rich MW, Chyun DA, Skolnick AH, et al. Knowledge Gaps in Cardiovascular Care of the Older Adult Population: A Scientific Statement From the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Geriatrics Society. *J Am Coll Cardiol* 2016;67: 2419-40.
- (19) P. Sardar, S. Chatterjee, S. Chaudhari, y G. Y. H. Lip. New oral anticoagulants in elderly adults: evidence from a meta-analysis of randomized trials. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62: 857-864.
-

- (20) Bai Y, Guo S-D, Deng H, Shantsila A, Fauchier L, Effectiveness and safety of oral anticoagulants in older patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-regression analysis. *Age and Ageing* 2017; 0:1-9.
- (21) Sennesael AL, Dogné JM, Spinewine A. Optimizing the Safe Use of Direct Oral Anticoagulants in Older Patients: A Teachable Moment., *JAMA Intern. Med.* 2015;175: 1608-1609.
- (22) Sharma M, Cornelius VR, Patel JP, Davies JG, Molokhia M. Efficacy and harms of direct oral anticoagulants in the elderly for stroke prevention in atrial fibrillation and secondary prevention of venous thromboembolism: systematic review and meta-analysis. *Circulation.* 2015;132: 194–204.
- (23) Malik AH, Yandrapalli S, Aronow WS, et al. Meta-Analysis of direct-acting oral anticoagulants compared with warfarin in patients >75 years of age. *Am J Cardiol* 2019;123: 2051-2057.
- (24) Capranzano P, Micciché E, D'Urso L, et al. Personalizing oral anticoagulant treatment in patients with atrial fibrillation. *Expert Rev. Cardiovasc. Ther.* 2013;11: 959–973.
- (25) Turagam MK, Velagapudi P, Flaker GC. Stroke prevention in the elderly atrial fibrillation patient with comorbid conditions: focus on non-vitamin K antagonist oral anticoagulants. *Clinical Interventions in Aging* 2015;10 1431–1444.
- (26) Wehling M, Collins R, Gil VM, Hanon O, Hardt R, Hoffmeister M, et al. Appropriateness of Oral Anticoagulants for the Long-Term Treatment of Atrial Fibrillation in Older People: Results of an Evidence-Based Review and International Consensus Validation Process (OAC-FORTA 2016). *Drugs Aging* 2017;34: 499-507.
- (27) American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019;00: 1-21.

CAPÍTULO 20

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

JUAN CARLOS DURÁN ALONSO

Médico especialista en Geriatria
Hospital San Juan Grande. Jerez

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso diagnóstico multidimensional, que cuantifica las capacidades del paciente, detectando los problemas médicos, psicológicos, cognitivos, funcionales y/o sociales, que presentan con su enfermar las personas mayores, con la finalidad de establecer un plan exhaustivo de cuidados y un seguimiento a largo plazo. ¹

Es la “herramienta” de los profesionales sanitarios que trabajamos con personas mayores. Surgió por la necesidad de buscar opciones más allá de la historia clínica tradicional, donde se buscan todos los antecedentes médicos y el problema actual de salud, con el objetivo de encontrar el diagnóstico etiológico. Dicha historia clínica se queda insuficiente en muchos mayores con problemas complejos de salud, por:

- Peculiaridades en la forma de enfermar de los mayores: pluripatología, enfermedades crónicas e invalidantes, presentación atípica, aparición de grandes síndromes geriátricos: deterioro cognitivo, inestabilidad y caídas, inmovilismo....
- Implicación psicológica de su enfermar.
- Deterioro funcional y/o cognitivo asociado
- Problemática social acompañante. ¹

Para que la VGI sea completa debe incluir diferentes APARTADOS:

- Valoración médica, con historia clínica: antecedentes personales, alergias, problema actual y exploración física detallada. Historia farmacológica, donde recoger todos los medicamentos que toma, los

mandados por los médicos que le atienden y los que pudiera automedicarse. Y la valoración nutricional del paciente.

- Valoración de enfermería, con todas las necesidades específicas de cuidados detectadas.
- Valoración funcional, donde recoger cómo se vale por sí mismo, tanto en actividades básicas como en las instrumentales de la vida diaria.
- Valoración cognitiva o mental
- Valoración psicológica, afectiva y conductual; y
- Valoración social

Si bien, cualquier profesional de la salud, puede realizar una Valoración geriátrica integral completa, se enriquece mucho más cuando es realizada por los diferentes miembros del *EQUIPO MULTIDISCIPLINAR*. Donde cada profesional sabe profundizar mas en determinadas áreas; así el médico se encargaría de la parte clínica, enfermera de los cuidados de enfermería, fisioterapeuta o terapeuta ocupacional puede trabajar mejor en el conocimiento de la valoración funcional, psicólogo de la valoración cognitiva y psicológica, y trabajador social de la valoración social. Esto requiere luego una puesta en común de todos los conocimientos del paciente, en una reunión multidisciplinar donde cada uno exponga los problemas más importantes detectados, y participen en la elaboración de un plan individualizado de tratamiento.

Como decía Hazzard: “la valoración geriátrica aislada no tiene valor, si no va unida a la toma de medidas adecuadas para resolver los problemas detectados”².

Por tanto, la VGI es un proceso dinámico, donde periódicamente se detecten los listados de problemas más importantes, se prioricen los que se van a trabajar, y se establezcan opciones de tratamiento médico, de cuidados, fisioterapia, terapia ocupacional, o programas de psicoestimulación cognitiva, musicoterapia, psicoterapia conductual, o psicorelajación. Y se evalúe periódicamente la eficacia de las medidas de tratamiento adaptadas para continuar con ellas, o proponer nuevas opciones. (FIGURA 1)



FIGURA 1: Valoración Geriátrica Integral como proceso dinámico de asistencia geriátrica.

Elaboración propia

La Valoración Geriátrica Integral ofrece una serie de VENTAJAS:

- Obtiene una mejor precisión diagnóstica
- Mejora la selección del tratamiento más adecuado, reduciendo el uso de fármacos que no fueran imprescindibles y evitando así efectos adversos.
- Mejora la situación afectiva, psicológica, cognitiva y funcional del paciente si se detectan problemas en estas esferas y se trabajan para afrontarlos.
- Aumenta la predicción pronóstica
- Disminuye el número de hospitalizaciones

- Mejora la ubicación adecuada, en el recurso sanitario o social que precise el mayor en cada momento.
- Disminuye el coste socio-sanitario
- Reduce el número de institucionalizaciones; y en definitiva:
- Mejora la calidad de vida del mayor.^{3, 4}

Son muchas las ESCALAS que se utilizan durante la valoración geriátrica integral, pero las más destacadas son el Minimental test para la cognitiva⁵, el índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria⁶, y el índice de Lawton-Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria en la evaluación de la capacidad funcional⁷.

La población mayor es muy heterogénea, y la VGI no aporta tanto para ancianos sanos o gravemente afectados con una dependencia total, como a los ancianos con necesidades complejas. A los que mas beneficia es a los mayores frágiles, con enfermedades crónicas que generen algún grado de discapacidad, hayan tenido alguna hospitalización reciente, o tengan un peor nivel socioeconómico y un precario soporte social. Ya que son estos los que van a tener mayor necesidad de recursos y si no se abordan sus problemas de forma individualizada, pueden ver cercana la necesidad de institucionalizar por no poder valerse por sí mismos.^{8, 9}

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rubenstein L "Geriatric Assesment". Clin Geriatr Med 1987.
- 2.- Hazzard "Principles of Geriatric Medicine and Gerontology".
- 3.- Rubenstein L, Josephson K, et al "Effectiveness of a geriatric evaluation unit, a randomised clinical trials" N Eng J Med 1985; 311: 1664-70.
- 4.- Stuck AE, Wieland G, Adams J, Rubenstein L. "Comprehensive geriatric assesment: a meta-analysis of controlled trials" Lancet 1993; 342: 1032-36.
- 5.- Folstein J "Minimental state Examination" J Psychiatr Res 1975; 12: 189-196.

6.- Mahoney, Barthel "Functional evaluation, the Barthel index". Maryland State Medical Journal; 1965; 4: 61-65.

7.- Lawton, Brody "The Lawton and Brody index" Philadelphia geriatric center. Geront Soc Am 1969; 9: 179-186.

8.- San Joaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampre P, García Arilla Calvo E. "Valoración Geriátrica Integral" Tratado de Geriátrica para residentes. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

<https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>

9.- Tarazona FJ, Rubenstein L. "Comprehensive geriatric assesment in the XXI century" Rev Esp Geriatr Gerontol 2014; 49:47-48.

CAPÍTULO 21

EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL MAYOR. EQUILIBRIO, MARCHA Y POTENCIA.

ALEJANDRO GALÁN-MERCANT.

Fisioterapeuta
Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Universidad de Cádiz

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida en España nos sitúa en los primeros puestos a nivel mundial, pero supone un reto conseguir que esos años estén llenos de salud, vida y funcionalidad. El reconocimiento precoz de los factores que inciden en la discapacidad y la dependencia es fundamental para establecer un programa de intervención temprana y evitar en el futuro las depleciones asociadas al envejecimiento. La identificación y evaluación de las capacidades funcionales relacionadas con equilibrio, la marcha y la potencia aparecen en la literatura científica, como la clave para retrasar la involución de las capacidades funcionales.

OBJETIVOS

Identificar y aprender las principales herramientas de evaluación y diagnóstico, relacionadas con el envejecimiento en el contexto del equilibrio, la marcha y la potencia desde una visión de las capacidades funcionales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda de la literatura científica durante el periodo comprendido entre octubre-2018/mayo-2019 para tratar de identificar y evaluar

las principales pruebas de evaluación y diagnóstico de las capacidades descritas anteriormente. Se realizó una selección mediante criterio de inclusión o exclusión de los artículos que respondían a la temática de este trabajo.

Resultados

Se han necesitado 48 referencias bibliográficas para la elaboración de este taller práctico, que en su desarrollo consta de diferentes apartados. Contextualización del estado actual del tema. Valoración clínica integral del adulto mayor desde una perspectiva de las capacidades funcionales. del síndrome de fragilidad. Valoración y evaluación del riesgo de caídas. Compendio de la valoración del adulto mayor. Algoritmo de clasificación de los adultos mayores en función de las capacidades funcionales de los mismo.

Palabras Claves. Adulto Mayor, valoración geriátrica integral, capacidades funcionales, equilibrio, marcha y la potencia.

CAPÍTULO 22

VALORACIÓN Y RIESGO SOCIAL

FÁTIMA VILLAR PUERTO

Trabajadora social
Directora del Centro de Acogida San José, Jerez

La valoración de la persona mayor es la primera fase de cualquier proceso de atención y como tal va a condicionar toda la intervención posterior. Ante el ingreso de una persona mayor en un Centro o Servicio Asistencial, hay que realizar un Plan de Atención Individualizado (PAI), donde se va a analizar las necesidades de la persona y se van a detectar los problemas existentes y se van a marcar unos objetivos determinados.

Para dicho PAI se comienza con una valoración geriátrica integral, herramienta de diagnóstico estructurado, dinámico y multisectorial, esta valoración va a ser la piedra angular de la atención que demos a la persona mayor. El PAI es el diagnóstico de la situación en la que se encuentra y va a identificar sus problemas y necesidades en relación a sus capacidades, habilidades y necesidades. La valoración geriátrica integral debe contemplar las áreas clínica, mental, funcional y social del individuo debido a la interrelación existente entre ellas en las personas mayores, sus recursos familiares, sociales y económicos van a condicionar en gran medida las posibilidades que tiene la persona de afrontar una determinada situación.

En la realización del PAI participan todos los profesionales que atienden a la persona mayor: médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales etc., es necesario el trabajo interdisciplinar de todos ellos para realizar un diagnóstico lo más preciso posible de la situación en la que se encuentra la persona y en base a eso determinar las estrategias de intervención a seguir por el equipo para lograr conservar la mayor independencia y calidad de vida. A la

hora de recoger información no se soslaya ningún ámbito que pueda aportar datos sobre las necesidades del residente.

La valoración geriátrica integral debe realizarse los primeros días del ingreso, procurando en la primera semana, aunque hay áreas, como la mental, que deben valorarse una vez pasado un tiempo prudencial debido a la confusión y desorientación que muchas personas sufren los primeros días de ingresar en un centro o servicio.

La finalidad de esta valoración es identificar los problemas sociales y de salud y establecer las acciones en todas las áreas para que, de manera continuada, se mejore la salud y calidad de vida de las personas mayores.

Dentro de esta valoración integral, la valoración social va a analizar los aspectos socio-económicos y culturales de la persona con el objetivo de comprender la situación social del mayor y su familia. Aspectos relacionados con su hogar, el apoyo familiar y social que tiene, los ingresos económicos que posee y su nivel cultural van a ser cuestiones muy importante a la hora de determinar, por parte del equipo de profesionales que lo va a atender, el plan de cuidados más adecuado para la persona, así como determinar los recursos que precisa.

Cuando analizamos la situación personal de las personas mayores nos encontramos situaciones que están influyendo en su situación: soledad por la ausencia de hijos o imposibilidad de estos de atenderlos, viudedad o pérdida de amigos y familias cuanto más avanza en edad, viviendas no adaptadas que imposibilitan su autonomía y en muchos casos incluso el contacto con el exterior, problemas económicos, cuidadores poco cualificados etc. estas situaciones están influyendo en el estado de salud general de la persona. Son muchas las ocasiones en las que la situación de emergencia surge a raíz de un hecho concreto, como el fallecimiento del cónyuge o la enfermedad de su cuidador principal que van a cambiar sustancialmente su plan de cuidados.

La valoración social es muy importante en momentos decisivos para establecer los recursos más idóneos para atender a una persona ya que en la

mayoría de los casos va a determinar la posibilidad de que una persona continúe siendo atendida en su propio domicilio. Desde la perspectiva social es clara la convicción de que la persona mayor debe permanecer todo el tiempo que sea posible habitando su domicilio y entorno, manteniendo sus relaciones familiares y sociales y participando de forma activa en la vida de su comunidad: social, religiosa, folclórica, etc. Para esto hay proveer a la persona y a sus cuidadores de los apoyos necesarios que se determinarán en base a la situación física, mental, funcional y social en que se encuentre.

En el ámbito social entendemos como factores de fragilidad o alto riesgo, situaciones como que la persona mayor viva sola y no mantenga relaciones interpersonales a diario, el que haya perdido su pareja recientemente, que sufra continuos cambios de hogar al ser cuidados por diferentes cuidadores (la turnicidad del mayor cuidado), que el cuidador no tenga la formación o habilidades necesarias para el cuidado y la existencia de adicciones o enfermedad mental y/o físicas en la persona con la que conviva.

La soledad en la que viven muchas personas mayores influye negativamente en su salud física siendo causa de depresión, deterioro cognitivo y mortalidad. El aislamiento social está asociado a un peor estado de salud en general, siendo considerada ya la soledad como un tipo de maltrato y un problema de salud real para las personas mayores que acentúa y acelera la evolución de patologías mentales y demencias, sobre todo si la soledad es sobrevenida e inesperada.

Aunque vivir en su domicilio habitual y rodeado por sus familiares y amigos es el modelo más deseado de envejecimiento, (así lo promulgo la Asamblea Mundial de Envejecimiento en 1982) no siempre es así y no se reciben los cuidados y atenciones que las personas mayores necesitan. El aumento de la esperanza de vida ha traído consigo un incremento de los casos de maltrato y abusos en la vejez. Según datos de la OMS en el último año 1 de cada 6 personas mayores en el mundo ha sufrido algún tipo de abuso, si no se toman medidas urgentes esta cifra aumentará en los próximos años ya que el envejecimiento de la población mundial no es proporcional al incremento de los

recursos destinados a esta población tan frágil. Según la OMS la población mundial de mayores de 60 años se duplicará de 900 millones en 2015 a unos 2000 millones en 2050.

Cuando se habla de maltrato en las personas mayores nos estamos refiriendo a maltrato físico, sexual, psicológico o emocional, al abandono, el abuso económico, la negligencia y el menoscabo grave de su dignidad y la falta de respeto, así como por la inanición por no hacer o ejecutar los cuidados que en cada momento precisa o demande el mayor.

Los factores de riesgo para sufrir un maltrato son de ámbito individual, relacional, comunitario y sociocultural.

1. Individuales:

La mala salud física y mental de la víctima y los trastornos mentales y adicciones por parte del cuidador son factores que deben de ser tenido en cuenta cuando valoramos situaciones de riesgo en las personas mayores.

En el caso de personas mayores con enfermedades mentales, no incapacitadas judicialmente, en las que no existe ningún tipo de control de la gestión de sus bienes y recursos económicos, se da en muchas ocasiones un abuso económico de sus bienes. Esta realidad, aceptada socialmente cuando la persona que abusa es un familiar directo, está siendo cada vez más controlada por las administraciones, siendo obligada la comunicación de presunta incapacidad a la fiscalía, cuando se detecta un deterioro importante en las capacidades mentales que le imposibilitan para tomar decisiones sobre su persona o patrimonio.

2. Relacionales:

Cuando la persona mayor convive con su cónyuge o hijos mayores y comienza a sufrir dependencia aumenta el riesgo de maltrato debido a las situaciones de stress que sufre el familiar que pasa a ser el cuidador principal.

Cuando la persona mayor además es la principal de ingresos de la familia este riesgo se incrementa.

La incorporación de la mujer al mundo laboral y la reducción del tiempo que tiene disponible para la atención a su familia unido a la disminución de número de personas de la unidad familiar, han hecho que el cuidado de las personas mayores sea en muchas ocasiones una carga que incrementa el riesgo de maltrato o negligencia. Esta causa afecta a todas las esferas de la sociedad, siendo uno de los principales motivos de institucionalización de los mayores en centros residenciales.

3. Comunitarios

El aislamiento social de las personas mayores y sus cuidadores en un riesgo que se da en numerosas ocasiones y que debemos valorar cuando los atendemos. Tanto el mayor se aísla por la pérdida de sus capacidades físicas o mentales y la pérdida de sus amigos y familiares, cómo se aísla el cuidador principal por el tiempo invertido en los cuidados, el cansancio y las preocupaciones que reducen significativamente las relaciones sociales y momentos de ocio de ambos.

Para poder ofrecer una atención adecuada al mayor es importante la salud social del cuidador, si cuidamos de los cuidadores reduciremos significativamente las situaciones de riesgo en nuestros mayores.

4. Socioculturales

Es necesario cambiar ciertos estereotipos unidos a la visión que se tiene de las personas mayores y que influyen en la forma en la que nos relacionamos con ellos, se les representan como frágiles, débiles y dependiente cuando en muchas ocasiones gozan de un estado de salud bueno, conservan sus facultades mentales y físicas y tienen mucho que aportar a la familia y a la sociedad. Las personas mayores son una fuente de sabiduría y experiencia,

aunque sufran algunas limitaciones propias de la edad deben seguir participando activamente en la vida social de su comunidad.

El debilitamiento de los vínculos intergeneracionales es un factor de riesgo, hay que desarrollar políticas que los acerquen a los jóvenes, la convivencia en común es beneficiosa para ambos ya que los jóvenes desarrollan su empatía y habilidades sociales más importantes, así como refuerzan valores como la tolerancia, el respeto, la paciencia... Las personas mayores mejoran su autoestima y aumentan su sentimiento de utilidad, los jóvenes son un estímulo mental y físico para los mayores.

Dentro de estos factores de riesgo socio culturales hay que destacar la falta de recursos para atender a estas personas. Cada vez más las políticas sociales aúnan sus esfuerzos en la diversidad de recursos y en la calidad y cantidad de estos, la realidad es que los recursos existentes son insuficientes para el envejecimiento de la población previsto para las próximas décadas.

Es necesario desarrollar estrategias de prevención para mitigar las posibles consecuencias de estas situaciones de riesgo. Dentro de estas actividades preventivas cabe destacar:

- a. Desarrollar campañas de sensibilización para toda la población y en especial para los profesionales que prestan atención y servicios a este colectivo.
- b. Realización de programas de apoyo con especial énfasis en la formación de los cuidadores ante situaciones de demencia por la ansiedad que estas situaciones provocan y la necesidad de formación específica para su atención.
- c. Desarrollar políticas sociales y sanitarias que faciliten la detección de posibles personas en situación de riesgo o vulnerabilidad colaborando para ello con los servicios sociales comunitarios, centros de atención primaria en salud y el sector de la educación, desarrollando campañas de sensibilización y educación para prevenir las actitudes sociales negativas

y los estereotipos hacia los mayores, con políticas de integración de recursos.

d. Definir y mejorar la atención en residencia, homogeneizando la normativa que rige el funcionamiento de las mismas en las diferentes comunidades autónomas, así como desarrollando programas formativos para el personal de atención directa en estos centros. Aunque la atención en residencia ha mejorado significativamente gracias al aumento del personal que atiende a los mayores y la entrada de nuevas disciplinas dentro de los equipos de atención interdisciplinares, (gracias a la aplicación de la norma existente) aún queda mucho camino por recorrer. Es necesaria una mayor especialización y profesionalización del sector, actualmente en auge que está siendo en ocasiones dirigido por empresas de sectores financieros o grandes compañías de seguros, con el peligro que esto conlleva por su falta de experiencia y la vulnerabilidad de las personas a las que atiende, e interés por la cuenta de resultados por encima del interés de satisfacción del usuario.

Durante todo el proceso de atención a las personas mayores, todos los profesionales que participamos en la misma debemos huir de actitudes paternalistas que, basándose en nuestros conocimientos y experiencias, guían nuestras intervenciones y tratamientos. Tenemos que tener presente que la persona mayor es la única y verdadera protagonista de su vida y que es ella la que debe decidir, cuando sus capacidades se lo permitan, la atención que quiere recibir y los cuidados que demanda. La labor del profesional es informar, proveer y gestionar los recursos disponibles con la finalidad de mejorar su salud física y aumentar su bienestar, pero siempre anteponiendo sus decisiones a la de los profesionales. Incluso cuando sus capacidades mentales le imposibiliten decidir podemos respetar sus gustos o creencias haciendo participe a su familia de las decisiones e informándonos de las mismas.

CAPÍTULO 23

COORDINACION SOCIO-SANITARIA

PATRICIO CABALLERO BARRIOS

DUE, Centro de Acogida San José, Jerez

Trataremos en esta ponencia la importancia de la coordinación entre las residencias de ancianos y el resto de entidades para poder llevar a cabo un buen funcionamiento y optimizar los recursos para garantizar el máximo bienestar tanto a los residentes como a sus familiares.

Desglosaremos dicha coordinación hablando de diferentes puntos entre los que encontramos:

1. Coordinación hospital(estancias)-Residencia
2. Coordinación Centro de salud-Residencia
3. Coordinación Consultas externas-Residencia
4. Coordinación otros centros y entidades-Residencia

Una vez hablado de todos ellos terminaremos con una serie de objetivos para mejorar la coordinación socio-sanitaria en el ámbito de la atención a la dependencia y al mayor.

Objetivos que ya se están llevando a cabo en otras comunidades autónomas y que deberían implantarse en el resto para tener un mismo sistema de salud.

Estos objetivos a llevar a cabo son:

1. Implantación de una ficha socio-sanitaria integrada en el ámbito de la dependencia.
2. Implementar la colaboración del sistema de salud en el procedimiento de diagnóstico y valoración de las situaciones de dependencia.

3. Aplicar los recursos de los que disponemos de forma progresiva y continuada.
4. Incorporar intervenciones socio-sanitarias coordinadas en la residencia para la promoción de la autonomía personal y la prevención y atención a la situación de dependencia.
5. Acercar al sistema público de salud a las personas residentes en instituciones.

Antes de comenzar con estos puntos reflejar la importancia que tiene la coordinación de la residencia con el resto de entidades ya mencionadas haciendo una comparativa entre la organización interna de una residencia y la residencia y su relación externa, es decir, igual que se conoce la importancia de un equipo interdisciplinar dentro de una residencia donde cada uno de los profesionales son piezas fundamentales para que el objetivo del cuidado se consiga es imposible que se pueda garantizar el éxito de funcionamiento de ésta si la coordinación externa no se lleva a cabo.

Estaríamos hablando de un binomio:

EXTERNALIZACIÓN=INTERNALIZACIÓN

Sin este binomio es imposible que se pueda desarrollar en condiciones el buen funcionamiento de una Residencia.

El equilibrio de este binomio es lo que hace que tanto el residente como su familia tengan una estancia óptima a nivel biológico, psicológico y social de ahí su gran importancia.

Dicho esto, pasamos a abordar las distintas coordinaciones que debe tener la residencia con el medio externo.

Coordinación Hospital-Residencia:

Abordaremos distintos aspectos para ver cómo afecta una mala coordinación entre la residencia y el hospital de referencia de ésta.

A) Ingreso residentes:

A lo largo de la estancia en residencia es muy normal que cualquiera de los residentes que viven en ésta tengan que ser derivados por problemas de salud

al Hospital más cercano, por lo que esto conlleva alteración tanto para el residente como para sus familiares.

El perfil de anciano en residencia es el que ya todos conocemos con una serie de características que hacen que el salir de su zona de confort dificulte su estado de bienestar biopsicosocial. Por lo tanto, cuando no queda más remedio que llevarlo a cabo es función del Hospital y de la Residencia Organizarse de forma que el residente y la familia note lo menos posible esa alteración en su vida diaria.

El objetivo ante estos casos es evitar una serie de problemas que lo que hacen es deteriorar la calidad de asistencial y de salud de los residentes.

Tenemos que destacar los siguientes:

- Urgencias desbordadas:

Es una problemática muy importante que nuestros mayores cuando son derivados al hospital tengan que esperar muchas horas para ser atendidos llevando esto a desencadenar graves consecuencias en el estado de salud.

Es muy común en aquellos residentes con riesgo de úlceras por presión que debido a una estancia en urgencias y en la zona de observación de ésta regresen a las residencias con U.P.P. (úlceras por presión).

Esta situación se carga en pocas horas la labor de un equipo de profesionales para prevenir las U.P.P. (cambios posturales, colchón anti escaras...etc.) sumando a esto un mayor coste sanitario que habrá que desarrollar como consecuencia de no haber tenido las prevenciones necesarias y una mala coordinación como no paramos de repetir entre residencia y hospital.

- Desconocimiento de su historia clínica:

El Hospital de referencia debe de tener ya una historia clínica del residente que se deriva para agilizar el ingreso de este si fuera necesario y evitar el problema visto anteriormente.

Sobre todo, en residentes que como hemos hablado anteriormente son frecuentes en su derivación a hospital y muchas veces por la misma causa (ejemplo infecciones respiratorias que se complican durante el invierno)

- Valoración integral del residente:

Fundamental debido a que es normalmente un anciano frágil y no puede ser visto en el servicio de urgencias solo por la causa por la que se deriva. Para aclarar este tema ponemos un ejemplo que suele pasar cuando un residente sufre una caída en su centro y se deriva por protocolo, aunque tenga una contusión en una determinada zona debe ser obligación del hospital una valoración completa ya que en muchos casos vuelve de alta sin daños aparentes y tiene camuflada alguna fractura.

B) Alarma entorno social.

La falta de coordinación entre médico de residencia y el médico que recibe al residente en las urgencias hace que se puedan crear malos entendidos con la familia del residente.

Debe existir alguna vía donde ambos médicos dejen muy claro la información que se le va a dar a los familiares para evitar problemas más serios.

El tener que salir de la residencia, la espera en urgencias para ser atendidos y otros factores hacen que tanto el residente como el familiar estén en una situación estresante y si a esto se le suma la información alarmista que se suele utilizar por parte del personal del hospital referente la conclusión es provocar conflictos entre la familia afectada y la residencia.

Un ejemplo muy claro que los profesionales que trabajamos en residencia nos solemos encontrar y que provoca una mala reacción por parte de la familia afectada es el tema de la hidratación. Existen muchos casos en los que una vez que el residente se deriva al servicio de urgencias (incluso habiendo estado con hidratación parenteral) debido a su estado, a su llegada al servicio de urgencias permanece varias horas en sala de espera y una vez visto por el médico de

puerta se informa a la familia o se plasma en un informe que el paciente viene deshidratado. Esto que no es cierto hace mucho daño en la labor de los profesionales de la residencia.

Creemos que ante cualquier diagnóstico o apreciación el médico de urgencias debe tener comunicación directa con el médico de residencia o el equipo de enfermería para evitar consecuencias mayores ante la familia.

Todos los profesionales deben de tener en cuenta que cualquier concepto que pueda hacer al familiar o residente perder la confianza del sitio en el que vive o reside debe ser tratado y comprobado minuciosamente, de no ser así, volvemos a caer en degradar todo el trabajo de los profesionales de la institución. Que la familia pierda la confianza con la residencia es el inicio de un proceso de deterioro en las relaciones familia-personal del centro dando como consecuencia en un futuro denuncias, reclamaciones. que se deberían haber evitado con una buena coordinación Hospital-Residencia.

Está claro que con esto no se quiere decir que sea siempre el hospital de referencia de un centro residencial el que tenga la culpa o cometa siempre los fallos; somos profesionales y todos los cometemos, pero sí se pretende el tacto a la hora de emitir juicios con respecto al estado de salud del residente.

Otro aspecto que ha llevado a cubrirse las espaldas al equipo de enfermería de residencia es el tener que realizar fotos como protocolo de las U.P.P. con fecha de realización para evitar que por una mala evolución de estas en el hospital se culpe a la residencia de dicho suceso.

Como conclusión en este punto decir que no se trata de echarnos la culpa entre los profesionales, la cuestión consiste en dar la información adecuada, contrastar las opciones que se dan y calmar la situación crítica que viven tanto la familia como el residente a la hora de una derivación al hospital.

Coordinación Centro de Salud-Residencia:

Independientemente que la residencia tenga un equipo de profesionales sanitarios completo no debemos olvidar que la relación y el trabajo en equipo con los profesionales de atención primaria es tan importante o más que con otras

entidades. El trabajo del día a día nos obliga a tener un continuo contacto tanto a ellos como a nosotros.

El número de residentes de una residencia (en nuestro caso 120 pero pueden superar los 200 en función de la capacidad del centro) hacen que al asignarse y meterse en los cupos de pacientes de los médicos de atención primaria se saturen sus agendas y haya que organizarlo de forma que la carga sea la menos posible.

Las cargas de trabajo para el centro de salud al tener que asistir a un gran número de residentes (más de 100) y teniendo en cuenta el perfil (anciano frágil, + 65 años, demencias,) hacen aún más difícil la agilización de los servicios si no se tiene en cuenta la coordinación con la residencia.

Ejemplos son la medicación, pañales, curas, sintron, programas de vacunas.....

Todo esto implica una estrecha comunicación y un gran trabajo en equipo si queremos una óptima calidad en la atención al residente.

Los profesionales los tenemos, pero los medios son necesarios y si no disponemos de éstos el fin último no se consigue y ahí es pieza fundamental el centro de salud de referencia.

Esto abarca no solo a los profesionales sanitarios también a la administración del centro de salud en temas como:

- Altas/bajas
- Fallecimientos
- Peticiones consultas/ambulancias
- Cupo Médico
- Tarjetas sanitarias (lo que conlleva)

Es importante también el tema de la nutrición, el material ortopédico ya que si no hay una buena relación para agilizar este tipo de temas seguimos provocando malestar en el bienestar de familia y residentes.

Decir también que es fundamental que tanto el médico de residencia como el de centro de salud, así como coordinadores o supervisores de enfermería de ambos centros que establezcan unas horas durante la semana para dedicarse a todo lo relacionado con los residentes.

Otra demanda que se necesita y es una forma de reducir tiempo en la residencia y en el centro de salud es la aplicación del programa médico (en este caso DIRAYA) que tiene el centro de salud en la residencia. Son muchos tratamientos y muchas renovaciones que perfectamente puede asumir el médico de residencia.

También no se nos puede olvidar que no sólo es fundamental la coordinación residencia y centro de salud si no que hay que enlazar ésta con la del hospital; hay muchos temas que necesitan la conexión de las 3 entidades como pueden ser:

- Nutrición de residentes
- Pañales
- Medicación de uso hospitalario.

Por último, decir que existen también muchos programas que el centro de salud necesita registrar y seguir a través de la residencia tales como:

- Programas de vacunaciones (tanto residentes como profesionales)
- Control pie diabético en residentes
- Control historias clínicas
- Control ingresos.

Por todo esto no es necesario explicar más que para un buen funcionamiento de la residencia el trabajo en equipo y la coordinación con el centro de salud es fundamental.

Coordinación Consultas externas-Residencia:

Este apartado, aunque bien es cierto que lo podríamos incluir dentro de la coordinación con el hospital de referencia veo interesante sacarlo debido a la gran demanda que existe con el tema de las citas médicas en la residencia.

Muchas veces desde la residencia nos vemos limitados a la hora de tramitar dichas citas con distintos especialistas debido a la imposibilidad de atención telefónica por parte de las consultas externas.

Existen varios aspectos sobre La agenda de citas en una residencia y esto supone trabajo y gestión para poder satisfacer todas las necesidades de los distintos especialistas que tienen nuestros residentes durante su estancia:

1. Avisar a familiares o cuidadores para gestionar cita y que se presenten a la hora establecida.
2. Preparación de informe y documentación que tienen que presentar.
3. Añadir peticiones de analíticas, radiografías .. previa petición al centro de salud.
4. Reclamar en consultas citas perdidas o pendientes de llegar.
5. Gestionar traslados con vehículo propio o ambulancia.
6. Búsqueda y servicio de acompañamiento cuando la familia no puede.

Es decir, lo que supone en un domicilio normal una simple cita en una residencia donde hay más de 100 personas y cada una de éstas con sus patologías y sus consultas y revisiones se convierte en una sobrecarga de trabajo si no agilizamos este y nos coordinamos bien con las consultas. Por todo esto debe de existir una vía desde las consultas externas con la residencia para favorecer todo este trabajo que se realiza.

En cuanto a la colaboración de familias:

Decir que ya desde el primer día y durante el ingreso del residente ya se les pide a los familiares que independientemente que el residente viva ya con nosotros se tienen que seguir implicando y acompañarlo en las citas médicas al ser importante que sigan llevando su seguimiento y no desentenderse del todo. También a nivel personal para el residente ir acompañado de su familia no tiene nada que ver con tener que hacerlo con un desconocido.

Coordinación Residencia-Otros centros:

No se nos puede olvidar la parte social de nuestros residentes, ya que hemos abordado la coordinación del residente desde el punto de vista biológico y psicológico, pero ya todos sabemos que la parte social es pieza fundamental y es de gran relevancia:

EL TIEMPO LIBRE.

Independientemente de la animación del centro y de los distintos talleres de ocio que se llevan a cabo (manualidades, cine, música, coloquios.) nuestros residentes necesitan también sentirse parte integrante de la ciudad a la que pertenecen y sobre todo la generación de la que hablamos que suele estar bastante arraigada con su tierra y sus costumbres. El centro o la residencia debe estar coordinado con otras instituciones o dependencias municipales:

-Invitaciones a eventos de otros centros

-Participar en las festividades de la ciudad (semana santa, feria.)

Desde el ayuntamiento se coordinan muchas actividades con la residencia para que este pueda seguir disfrutando de sus costumbres y tradiciones:

1. Palco en Semana Santa.
2. Comida en caseta de feria
3. Salidas a la playa
4. Semana Cultural

5. Semana del Mayor

Todo esto conlleva movilización de residentes y disponer de los medios y recursos para que se puedan llevar a cabo.

En relación a esto decir que no solo son los residentes y familias los que tienen que tener relación con otras entidades también los profesionales tenemos que coordinarnos con otros centros y dejar que nos visiten y a la vez visitar nosotros para de esta forma ver posibles mejoras en todas las actividades que realizamos para mejorar la residencia en todos sus ámbitos. Se trata de un reciclaje y una retroalimentación de todo lo que podemos llegar a mejorar con el único fin que ya conocemos que es el de optimizar la calidad del servicio.

Por último, hablaremos de una serie de objetivos a seguir para mejorar la coordinación sociosanitaria en la atención al mayor.

Estos objetivos ya se empiezan a proyectar en algunas comunidades por lo que la intención es que se generalice en todas las residencias con el objetivo que todos los profesionales sanitarios trabajemos en la misma línea.

OBJETIVO 1: FICHA SANITARIA

Se trata de ceder toda la información procedente de los sistemas públicos, de servicios sociales y de sanidad. Todo esto da lugar a 1 documento en el que se integren todos los datos que permitan una atención integral del residente.

Lugar de referencia: Atención primaria y servicios sociales.

A día de hoy la información está dispersa. Como referente se debe tomar el entorno del residente, sus antecedentes, apoyos institucionales, diagnósticos, tratamientos...etc.

Como conclusión se trata de:

- 1.Crear ficha sociosanitaria.
- 2.Desarrollo informático.

3. Implantación.

OBJETIVO 2: IMPLEMENTAR LA COLABORACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD EN EL PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA.

Importante el agilizar esto para evitar situaciones desesperantes y conflictos familiares por temas económicos (plazas privadas).

Desde atención primaria un informe médico con todo lo relacionado con el residente hace que se agilice la gestión administrativa para tal fin.

OBJETIVO 3: APLICAR LOS RECURSOS QUE DISPONEMOS DE FORMA PROGRESIVA Y CONTINUADA.

Debe de haber una oferta de un itinerario prestacional en el que se garantice la aplicación de los recursos en función de las necesidades de atención en cada momento del proceso vital. Por mucha ficha que se haga si no existen los recursos esta no tiene sentido. Para ello es necesario una perspectiva multidimensional e interdisciplinar, valorar las situaciones que indican necesidad de atención, definir los servicios idóneos y combinarlos con los equipamientos donde se pueden prestar esos servicios.

Se realizará un protocolo:

- Perfil con sus necesidades de atención sociosanitarias en base a criterios clínicos, funcionales y sociales.
- Determinar Población Diana:
 - a) Establecer un sistema de valoración integral de su cuidado, de su entorno para identificar su grado de fragilidad.
 - b) Definir los contenidos que hay que incluir en los planes individuales de atención.

- c) Elaborar índice de programas y servicios (existentes y nuevos) para sus necesidades específicas.
- d) Garantizar la suficiencia de los recursos que necesitamos.

OBJETIVO 4: INCORPORAR INTERVENCIONES SOCIO SANITARIAS COORDINADAS EN LA RESIDENCIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Aunque el residente ya no esté en su domicilio hay que abordarlo como si estuviera llevando a cabo actuaciones que tengan por finalidad prevenir las incapacidades que limitan la independencia, como disminuir los efectos de los mismos restaurando la funcionalidad o retrasando la evolución de los procesos incapacitantes. Así también evitamos la sobrecarga en otros servicios sociosanitarios de los que hablamos.

OBJETIVO 5: ACERCAR AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD A LAS PERSONAS RESIDENTES E INSTITUCIONES.

El fin último es facilitar al sistema público de salud la intervención en los centros residenciales que permita una atención sanitaria igualitaria, homogénea y de calidad a toda la población que se encuentra en nuestras residencias.

CAPÍTULO 24**SEGURIDAD EN EL MAYOR.****ANTONIO CARDONA PELÁEZ**

Geriatra, Córdoba.

Todos los que de alguna manera tenemos relación con los cuidados del mayor sabemos de la importancia que tiene la seguridad a la hora de ponderar la calidad y la satisfacción de la prestación de dichos cuidados. Las consecuencias derivadas de una caída o de un error en la medicación pueden acarrear consecuencias graves en su salud, en el grado de dependencia y puede deteriorar la relación de confianza de él y su familia.

La prevención de estos problemas en muchas ocasiones se muestra difícil en un contexto complicado que suma multimorbilidad, deterioro cognitivo, funcional, etc. La solución pasa por la realización de una Valoración Geriátrica integral (VGI) con la detección de factores de riesgo, priorización de problemas y puesta en marcha de un plan de actuación multidisciplinar. Todo ello sumado a un manejo eficaz de los Grandes Síndromes Geriátricos.

Históricamente no siempre ha existido esta preocupación por la seguridad en los cuidados. En la década de los 60 se dio más importancia a la Calidad asistencial; en los 70 al desarrollo de protocolos asistenciales adecuados; en los 80 a los Consensos de expertos y en los 90 en las Evidencias Científicas. No es hasta el 2000 cuando se comienza a dar protagonismo a la seguridad dentro de los cuidados a la persona Mayor, de manera que en el 2004 la OMS prioriza tres puntos fundamentales en dichos cuidados:

- Se deben reducir los daños innecesarios relacionados con la atención al Mayor.
- Se deben impulsar prácticas seguras.
- Se debe crear y consolidar una cultura de seguridad.

Los errores asistenciales ocasionan entre 44.000-98.000 muertes anuales en el mundo. El error en la medicación es el más frecuente y causa más de 7.000 muertes anuales. El error en la medicación entendido como cualquier evento que pueda causar un daño a una persona o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando estos están bajo control de los profesionales de la salud o del propio paciente.

Es prioritario promover una cultura de seguridad que implemente sistemas de detección, participación de todos los profesionales implicados en los cuidados, de la sociedad y por supuesto de la administración, como pueden ser: actividades formativas, registros, sistemas de vigilancia y control que como mínimo deben abarcar las caídas, úlcera por presión, errores en la medicación, nutrición y sujeciones.

La estrategia para mejorar la seguridad podemos basarla en los siguientes cinco puntos:

1º) Valoración Geriátrica Integral que dé lugar a un Plan de atención continuada que detecte, implemente y evalúe la atención prestada.

2º) Cultura de seguridad.

3º) Control de calidad e indicadores relacionado con la seguridad.

4º) Diseñar un protocolo de actuación ante personas en las que detectemos algún tipo de riesgo, dichos protocolos deben asegurar una continuidad en los cuidados.

5º) Aprender del error. No debemos culpar al profesional sino situarlo todo en un contexto de fallo del sistema que da lugar a dicha situación. Estudiar el error y tomar las medidas necesarias para que no se cronifique. Para ello:

- Realizar las acciones urgentes e inmediatas para el tratamiento del error y evitar secuelas.
- Comunicar siempre e informar a la persona afectada y/o familiar.

- Evaluar el error, informar a los profesionales, diseñar e implementar un plan de intervención que debe comunicarse a la persona afectada y/o familiar.
- Evaluar siempre las medidas tomadas.

CAÍDAS.

La OMS describe las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

Las caídas son uno de los problemas más importantes en geriatría por su alta incidencia y su elevada morbilidad, constituyendo la causa principal de muerte accidental en personas mayores de 65 años y la quinta causa de muerte en la población anciana. Además de una de las principales causas de incapacidad. El 90% de las fracturas de cadera son consecuencia de caídas.

En nuestro país un tercio de las personas mayores de 65 años que viven en comunidad caen cada año y cerca de la mitad de ellas se caen más de una vez en el primer año. Según algunos estudios, la tasa de incidencias en institucionalizados es de 0.7 residente/año, son más frecuentes las caídas en mujeres, siendo las horas de la mañana en las que más se producen, el sitio más frecuente es la habitación, y la depresión es un factor importante.

Las caídas en el anciano constituyen un importante síndrome geriátrico con factores de riesgo propios que varían según las características del mayor y del medio en que tiene lugar la caída.

Los factores de riesgo de sufrir caída quedan resumidos en la siguiente tabla:

1.	Factores extrínsecos
-	Vivienda / residencia: Suelos, iluminación, escaleras, cocina, cuarto de baño, dormitorio.
-	Ropa o calzado inadecuado
-	Exterior de la vivienda: Aceras, pavimento, semáforos de breve duración, bancos de los jardines y plazas de altura no idónea, charcos.
-	En los medios de transporte: Escalones o escalerillas inadecuadas de autobuses, metro, coches, avión y tren. Movimientos bruscos del vehículo. Tiempos cortos para entrar y salir
2.	Factores intrínsecos
-	Edad: a mayor edad mayor riesgo
-	Patologías.
3.	Factores iatrogénicos
-	Polifarmacia.

Elaboración propia

Las caídas suelen ser el resultado de la interacción de múltiples factores intrínsecos (son los que valoran el entorno o ambiente en el que se desarrolla la vida del anciano y su actividad habitual como enfermedades crónicas, alteraciones del equilibrio...) y factores de riesgo extrínseco (son alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, como enfermedades, consumo de fármacos...), ambos deben valorarse conjuntamente. El riesgo de caerse aumenta proporcionalmente al número de factores de riesgo presentes en el individuo. La probabilidad de lesión por una caída dependerá de las características intrínsecas del individuo que cae, así como de las circunstancias de la caída.

Las caídas se utilizan como marcador de fragilidad o discapacidad del anciano.

Las complicaciones de una caída son variadas, importantes y no debemos olvidar que presentan una alta morbimortalidad.

Podemos encontrar varias consecuencias médicas derivadas de las caídas:

1.Complicaciones inmediatas
Fracturas
Contusiones, heridas
Traumatismos craneoencefálicos
Traumatismos torácicos y abdominales
2. Secuelas de la inmovilización
Contracturas articulares, atrofia muscular
Úlceras por presión
Trombosis venosa profunda
Alteraciones de otros órganos: respiratorio, digestivo, locomotor...
3. Consecuencias de permanecer caído un tiempo prolongado
Hipotermia
Deshidratación
Rabdomiolisis
Infecciones

Elaboración propia

Además de estas consecuencias físicas tenemos que tener en consideración que existen consecuencias psicológicas entre las que destaca el síndrome postcaída. Este síndrome no se debe a la caída directamente sino a las alteraciones del comportamiento y actitudes observadas tanto en el paciente como en la familia que llevan a un deterioro de las actividades físicas y sociales del residente. La caída provoca miedo a una nueva caída y esto a su vez origina una restricción de la movilidad que deriva en dependencia para las ABVD y una mayor tasa de institucionalización.

Al ser la causa de la caída multifactorial deberemos hacer una prevención que abarque tanto factores intrínsecos como extrínsecos. Todos los riesgos detectados deben ser valorados y tratados. La actuación en estos factores de riesgo de una forma personalizada constituye la base para cualquier programa de intervención y prevención.

De forma práctica podremos realizar los siguientes tipos de prevención según haya ocurrido ya la caída o no:

Antes de que se produzca la caída (Prevención primaria).

- Detección precoz y corrección de factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos siempre que sea posible.
- Valoración del riesgo de nuevas caídas mediante test, para lo cual podemos utilizar:
 - Test timed and go: (TUG) Se cronometra el tiempo que tarda un anciano en levantarse de una silla con apoyabrazos, caminar 3 m, dar la vuelta y volver a sentarse. Los pacientes que tardan en realizar este test entre 20 y 29 segundos tienen riesgo de caídas y necesitan una valoración más detallada. Si tarda más de 29 segundos, indica un elevado riesgo de caída. (Especificidad y sensibilidad del 87%)
 - Test de Tinetti: (Consta de 13 pruebas y permite valorar tanto el equilibrio estático como dinámico) Una puntuación menor de 19 puntos indica riesgo de caídas y si está por debajo de 12 puntos indica riesgo de lesiones severas tras una caída.
 - Test de alcance funcional (Mide la distancia que puede alcanzar con su brazo extendido hacia adelante mientras permanece de pie y mantiene una base de sustentación fija). Menos de 25 cm implica un riesgo elevado de nuevas caídas.

Una vez producida la caída y para prevenir nuevos eventos (Prevención secundaria).

- En primer lugar, hay que hacer una valoración de las consecuencias de la caída.
 - Debemos descartar patologías graves consecuencia de la caída que necesiten de atención médica urgente como fracturas, heridas, traumatismos craneoencefálicos, etc.
 - En segundo lugar, evaluar que no exista una enfermedad médica aguda que haya causado la caída como ICTUS, hipoglucemias, trastornos del ritmo cardíaco, etc.
- Valorar las circunstancias en que se ha producido la caída.
 - Debe contener como mínimo los siguientes puntos: Lugar de la caída, hora, descripción, valoración inicial, medidas iniciales tomadas.
- Valorar los factores de riesgo.
 - VGI que contenga:
 - Revisión de las patologías agudas y crónicas; evaluación funcional (I. de Katz/Lawton).
 - Evaluación mental (Escala de depresión geriátrica GDS).
 - Evaluación social recogiendo datos del cuidador principal, de las características de la vivienda y apoyo social recibido. Valoración de la presencia de otros síndromes geriátricos.
 - Exploración física completa.
 - Exploración de los órganos de los sentidos.
 - Exploración equilibrio y marcha: Tinetti, Timed up and go, prueba del alcance funcional

- Evaluación de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos.
- c. Prevención terciaria. Reducir incapacidad física y psíquica y evitar síndrome postcaída.
 - Programas de prevención de caídas: Enseñar al usuario a levantarse, factores de riesgo evitables, medidas concretas a tomar, etc.
 - Rehabilitar la estabilidad y fuerza.
 - Reeducar la marcha
 - Tratamiento del síndrome postcaída.

Las recomendaciones de las guías clínicas respecto a la valoración del anciano con caídas indican que en los ancianos con riesgo de caídas y en aquellos que ya las han sufrido:

- Preguntar al menos una vez al año sobre incidencia de caídas.
- En aquellos que han sufrido al menos una caída se les debe realizar un test timed up and go.(TUG).
- En los que presenten una o más caídas que tienen problemas de equilibrio o sufren caídas de repetición realizar una evaluación exhaustiva.
- Se ha de preguntar al paciente sobre el miedo a nuevas caídas y sobre autopercepción de la movilidad. La escala FES (Falls Efficacy Scale) es la herramienta más utilizada para valorar el Síndrome postcaída.

SUJECIONES

Cuando se trabaja en geriatría y más aún cuando se hace con personas con avanzado deterioro funcional y cognitivo donde aparecen síntomas conductuales y psicológicos, los riesgos de caída son enormes. No es extraño en estas situaciones emplear sistemas de inmovilización mecánicos para extremidades, tórax, etc. o bien farmacológicos.

Este tema está rodeado de gran controversia por diferentes razones: Por un lado, por las repercusiones morales, éticas y jurídicas. Por otro por un marco normativo y legislativo prácticamente inexistente en temas de cuidados de larga duración. Y por último por la existencia de numerosos estudios que inciden en que su uso no disminuye los problemas por los que se prescriben, sino que los aumenta ya que su uso conlleva riesgos, algunos de ellos importantes.

Nuestra labor diaria es atender a personas que por su patología de base pierden la capacidad de control y pueden poner en riesgo su integridad y la de terceros. Ante esto no debemos derivar automáticamente en el uso de contenciones, sino que debemos posicionarnos implementando la prevención y uso adecuado de la sujeción solo en situaciones estrictamente necesarias

Sujeción es la acción de sujetar, es decir, la unión con la que algo está sujeto de modo que no puede separarse, dividirse o inclinarse. Esta puede ser mecánica o farmacológica:

1. Contención mecánica: cualquier procedimiento o método que, mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, que este no sea capaz de mover o retirar con facilidad, que deliberadamente limite la libertad de movimientos de toda o una parte del cuerpo o el acceso normal al propio cuerpo.

2. Contención farmacológica: el uso de psicofármacos independientemente del grupo o familia utilizada y/o sus dosis, que limiten o restrinjan la movilidad y comprometan actividades de la vida diaria, así como el funcionamiento mental, con el fin de controlar conductas inadecuadas o molestas y siempre que no tengan su base en un trastorno psiquiátrico o médico diagnosticado, sino que se utiliza por conveniencia organizativa y no en beneficio de la persona.

Los aspectos legales del uso de sujeciones son muy importantes y debemos saber que básicamente la ley General de Sanidad establece dos cuestiones respecto a este tema. Por un lado, da primacía a la autonomía del paciente, el cual debe estar informado y debe dar su opinión sobre las diferentes alternativas terapéuticas y sus riesgos y además contempla quien debe tomar

estas decisiones en caso de que el paciente no esté capacitado para toma de decisiones. Por otra parte, aparece el concepto de Consentimiento Informado por el cual el paciente debe dar su consentimiento para ciertas técnicas terapéuticas, y lo debe hacer por escrito (artículo 10, LGS).

Respecto a los aspectos éticos destacar el principio de autonomía el cual nos dice que el paciente debe participar en su tratamiento. La Ley General de Sanidad contempla las situaciones de incapacidad en que la persona no puede tomar decisiones y dice que debe tomar la decisión el paciente o su tutor legal en caso de incapacidad, debe recibir información suficiente y explicaciones de las diferentes alternativas. Siempre hay que tener respeto a la elección del paciente.

En este punto existe un peligro en que podemos caer, el paternalismo, considerando que todas las personas mayores son incapaces de decidir por sí mismas y por lo tanto tomaremos continuamente decisiones por ellas sin pedirle opinión.

Por otro lado, el principio de no maleficiencia se basa en la conocida frase “*primum non nocere*” (Lo primero no hacer daño). Este principio de obligado cumplimiento, obliga a los profesionales a sopesar los riesgos de su actuación antes de llevar a cabo cualquier actuación y el resultado debe ser que la actuación en sí no debe ser más nociva para el paciente que el problema de base. Los profesionales deben estar capacitados para hacer un balance previo de riesgos y poder tomar la decisión. (En más de una ocasión lo mejor es no intervenir). Este principio obliga a los profesionales a una formación específica, actualización continua, tener una relación abierta con el paciente y no practicar medicina defensiva o fútil.

En otro sentido el principio de beneficencia obliga a los profesionales a buscar en todas sus actuaciones y actividades un beneficio para el paciente, siempre atendiendo a la opinión del paciente y reconociendo su derecho a negarse a actuaciones agresivas, arriesgadas o dolorosas. En muchas ocasiones este principio choca frontalmente con los modelos de gestión, sobre todo los que no están centrados en la persona.

La inmovilización puede significar para la persona mayor numerosos y graves trastornos, su repercusión en el pronóstico del anciano puede ser más relevante que la propia enfermedad subyacente, entrando en un círculo vicioso y llegando en los casos más graves hasta la muerte. Las sujeciones en el mayor pueden acarrear consecuencias considerables a diferentes niveles:

1. Complicaciones orgánicas

- Efectos en el sistema musculoesquelético. Dolor, chasquidos al movimiento, sensación de inestabilidad en las articulaciones, osteoporosis, osteoartritis, retracciones tendinosas, contracturas, rigidez y deformidad articular y posturas viciosas no fisiológicas.
- Efectos en el sistema y función pulmonar. Aumento de la producción de moco, disminución de la ventilación/perfusión, menor reflejo tusígeno, aumento de la disnea, neumonía aspirativa y de éxtasis.
- Efectos metabólicos y endocrinos. Deficiencias inmunológicas y alteración de la respuesta. Deshidratación. Disminución del volumen plasmático, disminución de la glucosa, intoxicaciones relacionadas con la acumulación de toxinas, balance negativo de calcio y nitrógeno.
- Efectos en el sistema gastrointestinal. Estreñimiento, aumento del reflujo del contenido gástrico, impactación fecal, incontinencia, anorexia, disfagia, alteración del funcionamiento y procesos de digestión, dispepsia, pirosis.
- Efectos en el aparato genitourinario. Incontinencia, retención urinaria, cálculos renales, infecciones en el tracto genitourinario.
- Efectos sensoriales. Deprivación sensorial, aumento del deterioro cognitivo, disminución de la sensibilidad táctil, deterioro en actividades de comunicación, problemas de equilibrio y coordinación, insomnio.

2. Complicaciones psicológicas

Depresión, aislamiento, descenso del interés por la recuperación, sentimiento de no ser entendido por los demás, soledad, marginación subjetiva o sentida por el

mayor, sentimientos de culpa, fijación obsesiva en controlar todo lo que le rodea, descenso de autoestima, sensación de ser un estorbo y carga.

3. Complicaciones sociales.

Pérdida de actividades de esparcimiento y de relaciones sociales, pérdida de capacidad de cuidar a otros, disminución de las relaciones sociales, pérdida de apoyo social y pérdida de autonomía para el autocuidado.

INDICACIONES SUJECCIONES

1. Instauración o aseguramiento de medidas o cualquier tipo de procedimientos terapéuticos necesarios para la supervivencia (vías, sonda nasogástrica, sueroterapia, oxigenoterapia, etc.). Y en riesgo argumentado e desinserciones, arrancamientos, desgarros o bien por el rechazo o negativa terapéutica

2. Agitación psicomotriz del paciente que resulte peligrosa para sí mismo o para los demás. O cuando esta agitación no podemos controlarla con medicación

3. Conductas que representan una amenaza para su integridad física debidas a la negación del paciente a descansar, beber, comer, dormir.

4. Grave riesgo de caída en personas que reúnen uno o más de las siguientes características:

- a. Deterioro cognitivo moderado o importante con trastorno de la orientación con deambulación constante y/o alteraciones del ritmo de sueño, máxime si existe alteración del equilibrio y/o de la movilidad
- b. Trastorno del equilibrio junto a deterioro cognitivo moderado-avanzado, máxime si se asocia a incontinencia
- c. Trastorno de la movilidad importante junto a trastorno cognitivo moderado o importante

5. Control postural

6. En otras situaciones de riesgo que no puedan ser controladas de ninguna otra manera para recibir medicación.

*(SEGG. Documento de consenso sobre sujeciones 2014)

USO INADECUADO DE SUJECIONES

1. Existencia de otras alternativas.
2. Imposibilidad de prestar supervisión y cuidados continuados
3. Material o dispositivos inadecuados, no homologados o que puedan poner en riesgo la integridad del usuario
4. Evitar el vagabundeo o erratismo
5. Mejorar el control ambiental (disminuir ruidos, etc.)
6. Presión de familiares, profesionales o del propio usuario.
7. Conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales y atención directa
8. Déficit de personal cuidador para la supervisión y control
9. Falta de formación por los profesionales en el uso de sujeciones y de información en los familiares y usuarios
10. Asistencia defensiva contra las reclamaciones o demandas judiciales
11. No haber realizado una Valoración Geriátrica Integral que permita encontrar la causa del problema y la utilización de tratamientos diferentes.

*(SEGG. Documento de consenso sobre sujeciones 2014).

PREVENCIÓN DE SUJECIONES

El uso de medidas de sujeción debe ser excepcional y solo utilizarse en casos en que otro tipo de medidas no han funcionado. Para ello es primordial realizar una Valoración Geriátrica Integral que nos permita conocer los

problemas y sus causas, factores de riesgo y desencadenantes. Una vez valorada se realizará un Plan de Actuación Integral sobre los trastornos de conducta, alteración equilibrio, caídas, etc.

Las terapias no farmacológicas, terapias ambientales, etc. deben ser prioritarias en esta etapa.

Es necesario un cambio cultural en toda la organización, debemos de procurar cambios en la cultura asistencial implantando programas y actividades no convencionales, más atípicas, flexibles y alternativas que den soluciones a estos problemas.

Es fundamental la actuación sobre el entorno que mejore la seguridad, espacios abiertos que permitan el vagabundeo, espacios con menos ruidos.

El tratamiento farmacológico ha de revisarse, teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios.

Es importante tener desarrollado y puesto en marcha un programa de sujeciones que abarque protocolo de actuación, formatos a utilizar, controles y evaluación periódica.

CUESTIONES PRÁCTICAS DEL MANEJO DE SUJECIONES EN RESIDENCIAS.

La **prescripción** de una sujeción recae en el personal facultativo responsable. En ausencia de personal facultativo y exclusivamente en casos de extrema urgencia (intento autolítico o de suicidio, agresión...) el personal de enfermería puede indicar la contención. La medida será autorizada y firmada por el personal facultativo en el menos tiempo posible.

Estas medidas no se pueden prescribir con carácter indefinido.

Debe realizarse un **Plan de Sujeción Individualizado** que conste de:

- Cada dos horas valorar estado físico, psíquico y ambiental.
- Cambios posturales cada 2 horas.
- Fisioterapia diaria.

- Cuidados de la piel.
- Llevar al baño cuando precise, como mínimo cada dos horas.
- Programa de movilizaciones.
- Evitar sujeciones durante comidas y otras actividades.
- Facilitar alguna actividad de entretenimiento.
- Efectuar un seguimiento de AVD.
- Inclusión en programas e intervenciones necesarias.

El **Consentimiento informado** no puede ser genérico, debe ser explícito y específico para cada sujeción. No son válidos los consentimientos informados genéricos ni los que se obtienen en el momento del ingreso para ser utilizados en cualquier momento posterior.

El consentimiento lo firma la persona afectada. En caso de estar incapacitada su representante legal. Si no está capacitada para firmar a opinión del facultativo y no tiene representante legal lo harán las personas vinculadas a él por razones familiares o, de hecho.

El consentimiento Informado para ser válido debe tener como mínimo:

- La persona que lo firma debe tener capacidad de obrar.
- Recibe toda la información necesaria (Causa de aplicación, medidas alternativas anteriores y complicaciones, como mínimo).
- La comprende adecuadamente.
- Toma decisión de forma libre y voluntaria.
- Está por escrito. Debe quedar constancia en la historia clínica.
- Debe constar por escrito la posibilidad de revocar libremente

Si se opone la persona afectada, el tutor legal o la familia debemos actuar de la siguiente forma. En caso de riesgo inmediato grave poner la sujeción. Si el

facultativo considera que debe seguir con la sujeción debe pedirse autorización al juzgado de Guardia.

La **revisión** de estas medidas debe hacerla el facultativo correspondiente, se estima adecuado una revisión al menos mensual (trimestral para las barandillas) cumplimentando hoja de revisión y Plan individual de sujeción. Debe quedar constancia en la Historia Clínica. Se debe comunicar resultado a la persona que prestó el consentimiento, dejando constancia de dicha comunicación en la Historia Clínica y en el registro de contactos.

La **supervisión** de las medidas recae en enfermería con la cooperación del personal auxiliar. O estos últimos si no hay enfermería en el Centro. Se estima adecuado la supervisión cada dos horas valorando física, psíquica y ambientalmente (la propia sujeción). La supervisión debe quedar reflejada en un registro de sujeciones en que se harán las anotaciones diarias, al menos al final de cada turno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Interdisciplinar de sujeciones. Documento de Consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. 1ªEd. SEGG. Madrid. 2014.
2. M. Lázaro del Nogal, A. Gonzalez Ramírez, A. Palomo Horo. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(Supl 2): 54-63.
3. A. Gonzalez Ramírez, J.J. Calvo Aguirre, P. LeKuona Anciar, J.L. Gonzalez Oliveras, T. Marcellan Benavente y Cols., El fenómeno de las caídas en residencias e instituciones: revisión del grupo de trabajo de osteoporosis, Caída y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Rev. Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(1):30-38
4. F. Varas Fabra, E. Castro Martin, L.A. Pérula Torres, Mª J. Fernandez Fernández, R. Ruiz Moral, I. Encino Berge. Caída en ancianos de la comunidad:

prevalencia, consecuencias y factores asociados. Aten Primaria. 2006;38(8):450-455.

5. E. Séculi Sánchez, P. Brugulat Guiteras, J. March Llanes, A. Medina Bustos, V. Martínez Beneyto y R. Tresserras Gaju. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. Aten Primaria 2004;34(4):178-83.

6. Carlos María Galán Cabello, Diego Trinidad, Primitivo Ramos Cordero, Juan Pedro Gómez Fernández, Jesús Gregorio Alastruey Ruiz, Antonio Onrubia Pecharroman, Engracia López Andrés, Hilario Hernández Ovejero. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. Rev Esp Geriatr Gerol.2008; Vol. 43(4):208-213.

CAPÍTULO 25

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

MERCECES GARCÍA MORENO

Médico Geriatra, Sevilla

1-Conceptos básicos

La **situación terminal** viene definida:

- Enfermedad AVANZADA, PROGRESIVA Y SIN POSIBILIDADES razonables de respuesta al TRATAMIENTO específico.
- Presencia de SÍNTOMAS multifactoriales, CAMBIANTES, y de intensidad variable, cuya percepción por parte del paciente habrá que medir.
- Genera un gran impacto emocional o SUFRIMIENTO sobre el paciente –agonía-, la familia –duelo-, y el equipo de personal sanitario encargado de atenderlo –burnout o desgaste profesional-relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte, que provoca
- Pronóstico de VIDA inferior a 6 meses.

Los **cuidados paliativos** se entienden como la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinario cuando la expectativa no es la curación.

La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia, ni acortarla específicamente, debiéndose atender a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y su familia, incluyendo si es necesario el apoyo en el proceso de duelo.

Los **cuidados de soporte** describen el ejercicio de los cuidados en todas aquellas enfermedades crónicas debilitantes que aún no pueden ser catalogadas

como fase terminal.

Atienden a pacientes que están en situación de sufrimiento, pero todavía en regímenes de tratamiento activo de su enfermedad.

Se benefician de los cuidados de soporte los enfermos oncológicos en tratamiento específico (control de toxicidades...) y enfermos crónicos avanzados, pluripatológicos, sintomáticos persistentes (demencias, insuficiencias de órganos...), que no están en situación terminal.

Los **tratamientos curativos y paliativos** no son mutuamente excluyentes, sino que son una cuestión de énfasis. Así, aplicaremos gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico.

2-Instrumentos básicos

La calidad de vida y confort de nuestros pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, cuyos instrumentos básicos son:

- 1. CONTROL DE SÍNTOMAS: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será preciso promocionar la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).
- 2. Apoyo emocional y COMUNICACIÓN con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.

- 3. CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
- 4. EQUIPO INTERDISCIPLINAR, ya que es muy difícil plantear los Cuidados Paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.

3-Control de síntomas

En la fase terminal el anciano con respecto al adulto joven presenta un número similar de síntomas, pero con diferencias en sus prevalencias. Con relativa ventaja presenta una menor frecuencia de ciertos síntomas: angustia, depresión, vómitos, sin apenas diferencias respecto a la disnea, o el dolor y sí una mayor presencia de síntomas comunes en la práctica geriátrica (inmovilidad, estreñimiento, incontinencia urinaria, trastornos del sueño, síndromes Confusionales agudos)

- a) **Evaluar antes de tratar**, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (Ej.: disnea por infiltración del parénquima, y/o derrame pleural y/o anemia, etc.). Además de la **causa**, debemos evaluar la **intensidad**, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma. Existen escalas categoriales, numéricas, analógico-visuales. La más extendida es la EVA (escala Visual analógica)

Impacto que produce en su estilo de vida, cronicidad o desaparición con el tratamiento, factores que lo desencadenan si es episódico.

- b) **Explicar** las causas de estos síntomas en términos que el **paciente** pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar. No debemos olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber por qué tiene los

síntomas. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la **familia**.

c) La **estrategia terapéutica** a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además, deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.

d) **Monitorización** de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas...).

e) **Atención a los detalles** para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican. Actitudes y conductos adecuados por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico etc.), contribuyen no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por parte del paciente.

El objetivo es el confort

Administración sencilla

Cuanto más fácil sea el régimen terapéutico, más posibilidades de su cumplimiento. Cuando se pueda, se elegirá un medicamento de acción prolongado.

Diversificar la forma de tomar los distintos medicamentos puede hacer que al enfermo le dé la impresión de que no toma tantos.

Restringir en lo posible, el número de fármacos

Se suele admitir, como máximo, 4 ó 5 medicamentos para que el enfermo cumpla el tratamiento. Por desgracia, esto no siempre es posible debido al gran número de síntomas que, con frecuencia, nos vemos obligados a controlar.

Intentaremos retirar los fármacos que ya no sean necesarios, aunque el enfermo los lleve tomando mucho tiempo. Vasodilatadores, hipolipemiantes, compuestos de hierro, vitaminas, cardiotónicos, incluso hipoglucemiantes, pueden no tener excesiva utilidad. Esto debe hacerse con extremada delicadeza para no herir al enfermo. Se le puede decir, por ejemplo: “ahora, que usted reposa muchas más horas, quizás no necesite, de momento, las pastillas para el corazón”

4-Claudicación familiar

El impacto emocional que produce la enfermedad terminal de un ser querido lleva a un alto grado de estrés a sus familiares más cercanos y, a un agotamiento físico y psíquico que puede provocar una claudicación en los cuidados.

La claudicación familiar se considera una urgencia en la atención al paciente en situación terminal y su familia. Es muy importante prevenir esta situación y cuando se produce, detectarla y generar soluciones con rapidez, incluso con el ingreso del paciente, para garantizar su cuidado por un periodo breve de tiempo. Es, en esta situación, cuando la continuidad asistencial se debe poner de manifiesto de forma más patente.

La prevención de la *claudicación familiar* pasa por una buena relación entre los profesionales sanitarios y la familia, que se intensificará conforme progresa la enfermedad. Reforzaremos la comunicación y ayudaremos a los familiares a través de una serie de medidas.

- Proporcionar una adecuada información sobre la evolución probable de los síntomas, para evitar que su aparición o incremento suscite la angustia

familiar. Es frecuente tener que explicar las mismas cosas de manera repetida, ya que el estrés de la situación dificulta la comprensión adecuada de las explicaciones.

- Ofrecer disponibilidad para fomentar la confianza en el paciente y la familia de que cualquier situación aguda podrá ser controlada con rapidez.

- Reevaluar a menudo con el enfermo y la familia el plan terapéutico y la revisión de los síntomas.

- Dar a la familia la información necesaria sobre el modo de actuar que debe seguir ante complicaciones previsibles y ofrecer la adecuada medicación de rescate.

- En ocasiones, es necesario ofrecer un descanso, en la atención directa al paciente con ingreso temporal del enfermo para aliviar a los familiares que lo cuidan.

Las causas más frecuentes de estas descompensaciones son:

1. Síntomas mal controlados o aparición de nuevos
2. Sentimientos de pérdida, miedos, temores o incertidumbre
3. Depresión, ansiedad, soledad
4. Dudas sobre el tratamiento previo o la evolución

5-Control de síntomas en fase agónica

La fase agónica se **reconoce** por una pérdida de la actividad y funciones del paciente: aumenta el tiempo de sueño, disminuye la actividad intestinal, deja de orinar, aparece descoordinación tempero-espacial, cambia de coloración la piel. En los últimos momentos se produce un importante deterioro del estado general, rápidamente progresivo.

Es especialmente importante **redefinir** los objetivos terapéuticos, encaminados ahora al bien morir, utilizando cada vez menos medios técnicos y fármacos para el control de síntomas y más apoyo en la familia. Informarle fase nos encontramos de la enfermedad, de por qué vamos a modificar tratamientos y por qué maniobras que eran importantes en etapas previas han dejado de

serlo, que vamos a buscar sólo la mayor comodidad del paciente, evitando todo lo que pueda incomodarle. Será preciso adaptarse a la nueva situación, olvidar los horarios rígidos, respetar su sueño, no movilizarlo si produce dolor; cuando existe disminución del nivel de conciencia hay que recordarles la imposibilidad de la ingesta oral e insistirles en que esta nueva situación es una consecuencia de su estado y no la causa que va a provocar su muerte.

Durante esta etapa pueden existir total o parcialmente los **síntomas** previos o bien aparecer otros nuevos, entre los que destacan el ya mencionado deterioro de la conciencia que puede llegar al coma, desorientación, confusión y a veces agitación psicomotriz, trastornos respiratorios con respiración irregular y aparición de respiración estertorosa por acúmulo de secreciones, fiebre, dificultad extrema o incapacidad para la ingesta, ansiedad, depresión, miedo (explícito o no) y retención urinaria (sobre todo si toma psicotrópicos) que puede ser causa de agitación en estos pacientes.

En esta fase la vía de elección es la subcutánea.

En algunas situaciones es precisa la *sedación* del enfermo hasta la desconexión o inconsciencia, como en el caso de la sofocación (obstrucción o compresión vías aéreas aguda irreversible de vías respiratorias altas) o las hemorragias masivas (conviene preparar sábanas o toallas de color verde o rojo si se prevé este tipo de desenlace). En ocasiones es posible pactar con el paciente la sedación-desconexión en los últimos momentos o la omisión de la misma, lo cual requiere una comunicación franca desde estadios anteriores. Frecuentemente el miedo a la muerte se hace patente en la evolución del enfermo, y podemos aliviarlo si el paciente desea hablar sobre ello. Muchos de los aspectos que más atemorizan al enfermo disminuyen al analizarlos de uno en uno y comprobar que en casi todos hay algo que podemos hacer para aliviarlos.

No debemos olvidar que el enfermo, aunque obnubilado, somnoliento o desorientado también tiene percepciones, por lo que hemos de hablar con él y

preguntarle sobre su confort o problemas (¿descansa bien?, ¿tiene alguna duda?, ¿qué cosas le preocupan?) y cuidar mucho la **comunicación no verbal** (tacto) dando instrucciones a la familia en este sentido.

A continuación, intentaremos **sistematizar** brevemente las diferentes indicaciones que se deben realizar:

- Establecer una serie de atenciones o ***cuidados generales*** que incluirá instrucciones de cómo atender al ***paciente encamado*** haciendo hincapié en los **cambios posturales** se realizarán con menos frecuencia. Es de gran interés conocer la posición más confortable para el enfermo (decúbito lateral con piernas flexionadas), ya que disminuye la respiración estertorosa y facilita los cuidados de la piel y la aplicación en su caso de medicación por vía rectal, y los cuidados de la incontinencia vesical, teniendo en cuenta que en enfermos débiles pero conscientes puede provocar angustia por su significado, tolerando mejor el sondaje. Cómo cambiar la ropa de la cama, cuidados de la boca (refrescándola cada veinte minutos con gasa mojada si ha dejado de tragar) y de la piel, protecciones de úlceras, etc. No es necesario un tratamiento específico de la fiebre si no crea problemas.
- Reforzaremos el hecho de que la **falta de ingesta** es una consecuencia y no una causa de la situación, así como que con unos cuidados de boca adecuados no hay sensación de sed y que con la aplicación de medidas más agresivas (sonda nasogástrica, sueros) no mejorará la situación y se prolongará la situación de agonía. Suele ayudar el distinguir entre que “se está muriendo porque no traga” y “no traga porque se está muriendo”
- **Instrucciones concretas** (fármacos a administrar, consulta telefónica, etc.) por si entra en coma, tiene vómitos o hemorragia, etc. La aparición de estos problemas puede provocar fácilmente una crisis de claudicación emocional de la familia que acabará con el enfermo agónico en un servicio de urgencias.

- Interesarse por las necesidades **espirituales** del enfermo y su familia por si podemos facilitarlas (contactar con el sacerdote, etc.).
- No siempre es posible estar presente en el momento de la **muerte**, por lo que hemos de dar consejos prácticos sobre cómo reconocer que ha muerto, cómo contactar con la funeraria, traslados y costes, etc. Es conveniente que estos trámites queden claros con antelación, y no posponerlos para el doloroso momento de la muerte. Puede ocurrir en cualquier momento y puede que coincida justo después de que un familiar le haya administrado la dosis de una medicación, bien porque estaba pautaada o porque se la hayan adelantado unos minutos. Este aspecto debe ser explicado a la familia para evitar sentimientos de culpa. Se informará a la familia, de que el fallecimiento ocurrirá independientemente de la medicación que administremos cuando iniciemos el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1-Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev. Neuropsiquiatr* 80 (2), 2017.

2-Manual de bolsillo de cuidados paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos. SECPAL.
<http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Manual%20bolsillo%20cuidados%20paliativos%20ONLINE.pdf>.

3-Cronicidad avanzada. Monográfico SECPAL.
<http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Monografia%20Cronicidad.pdf>.

CAPÍTULO 26

**40 AÑOS DE HISTORIA DE LA
SOCIEDAD ANDALUZA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
“La Geriatria en Andalucía”**

CARLOS MARTÍNEZ MANZANARES.

SEVILLA

Al Dr. Francisco Roca Roca, in memóriam

Del salón en el ángulo oscuro...
Del salón en el ángulo oscuro,
de su dueña tal vez olvidada,
silenciosa y cubierta de polvo,
veíase el arpa.

¡Cuánta nota dormía en sus cuerdas,
como el pájaro duerme en las ramas,
esperando la mano de nieve
que sabe arrancarlas!

¡Ay!, pensé; ¡cuántas veces el genio
así duerme en el fondo del alma,
y una voz como Lázaro espera
que le diga «Levántate y anda»!

Gustavo Adolfo Bécquer (Rimas)

PREÁMBULO

Es imposible resumir en unas pocas páginas, lo que ha sido la vida de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología (SAGG), así como agradecer a todos cuantos han contribuido a su desarrollo durante estos 40 años, tanto como socios como comprometidos en tareas de gestión en las distintas juntas directivas.

A todos ellos nuestro agradecimiento y en especial al doctor Francisco Roca Roca, uno de sus fundadores y alma mater de la misma, que nos ha dejado el pasado mes de julio.

Respecto a las múltiples actividades realizadas, como sociedad y de forma individual, pero siempre bajo el escudo de la SAGG, creo conveniente tan solo citarlas para no ser prolijo en la exposición.

Las fuentes de información:

- Mis vivencias personales, información oral y escrita diversas.
- Dr. Francisco Roca Roca. Datos para una historia. La SAGG. Boletín SAGG N.º 1 y 2 (marzo y junio 1995)
- Prof. Enrique Romero Velasco: La tarta. Boletín SAGG N.º. 2 (junio 1995).
- Memorándum 2012 SAGG (Dr. José M. Marín Carmona)

ANTECEDENTES DE LA CREACIÓN DE LA SAGG

El Fundador la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), fue el profesor Francisco Grande Covián, quien durante el XVII Congreso Internacional de Fisiología en 1947 en Oxford, asistió a una reunión de representantes de varios países donde se le recomendó que debiera haber en España alguna Sociedad Científica que se ocupara del envejecimiento. El 17 de mayo de 1948 en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid se funda la SEGG y se nombra la primera Junta Directiva: presidente: Prof. Beltrán Bágena

(Valencia); vicepresidente Prof. Francisco Grande Covián; secretario Dr. Vega Díaz; Tesorero Dr. Álvarez Sala; Bibliotecario Dr. Alcalá Llorente; Vocales Profesor José Pareja Yébenes (Granada), Dr. Pañella Casas (Barcelona) y Dr. Blanco Soler (Madrid).

El Dr. Francisco Roca, entró en contacto con la geriatría al entrar como alumno interno por oposición (1947) en la cátedra del Prof. Pareja Yébenes que le inoculó el “virus” geriátrico (el “cromosoma G” de Olga, geriatra MIR formada en Sevilla), Después amplió estudios y se especializó en cardiología en Madrid (Entre sus maestros citaba siempre con orgullo haber sido discípulo del Dr. Gregorio Marañón). De vuelta en Granada y tras fallecer en 1952 su maestro, le sustituyó como vocal de la SEGG por Andalucía. Posteriormente el Dr. Roca se estableció en Málaga y en 1953 al crear la Jefatura Provincial de Sanidad el primer Dispensario Geriátrico de Málaga lo asume. En 1970 fue nombrado Jefe de Servicio de Geriatría de la Cruz Roja.

En 1972 se elabora el Primer Plan Gerontológico Español y en 1978 Se reconoce oficialmente la especialidad (BOE 29/8/1978), junto a otras como nefrología y reumatología.

FUNDACIÓN DE LA SAGG EN (MÁLAGA)

Durante el XII Congreso de la SEGG celebrado en Córdoba (1980), surge la idea de crear una sociedad autonómica andaluza. Acuerdan reunirse en Málaga el Dr. Roca, el Profesor Felipe Sanchez de la Cuesta y los doctores Alberto Salgado Alba y Alfonso Prieto Blanco. Allí fundaron la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología: SAGG (13/12/1980).

La primera Junta Directiva la formaron: Presidente de Honor Dr. A. Salgado Alba; presidente: Prof. Felipe Sánchez de la Cuesta; vicepresidentes Drs: Francisco Roca, Alfonso Prieto Blanco y profesor V. Herreros Fernández; secretario Dr. Carlos Linares; Tesorero Dr. Pedro de Castro Ibáñez y Vocal Dr. A. Urbaneja Fernández Los primeros estatutos los aprueba el 5 de octubre de

1981 el Ministerio del Interior. En 1985 la Junta de Andalucía aprueba los segundos Estatutos y en 1998 los terceros.

EL GRUPO DE SEVILLA

En Sevilla el Profesor Enrique Romero en 1980, me había encargado, formar una unidad de especial atención a los enfermos mayores, tanto hospitalizados como con una consulta externa específica para ellos, en el Hospital Clínico Universitario de Sevilla (hoy Virgen de la Macarena), Como complemento a la asistencia comenzaron a impartirse cursos de formación y de doctorado sobre actuación geriátrica. En 1984 se solicitó acreditación docente para la formación especializada de médicos por el sistema MIR. Que se concedió para empezar en 1988 la primera promoción. En 1996 es aprobada por la Comisión Nacional de la Especialidad la solicitud de que sea Unidad Asociada para la docencia el Hospital de San Rafael de Granada, en el servicio del Dr. Javier García Monlleó.

La docencia MIR se impartía entonces solo en cinco hospitales: Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, Hospital Clínico de San Carlos de Madrid (1984)., Hospital Virgen de la Salud de Toledo; Hospital San Jorge de Zaragoza; Hospital Clínico Universitario de Sevilla (Hoy Virgen Macarena) 1988.

Al Dr. Roca le pareció interesante que yo me incorporara a la SAGG para trabajar juntos por la asistencia geriátrica. Con su aval y el del Dr. Carlos Linares fui admitido en la sociedad, y desde entonces comenzó nuestra amistad y aunamos nuestros esfuerzos bajo la cobertura de la misma, para el desarrollo de la geriatría andaluza.

LOS CUARENTA AÑOS DE VIDA DE LA SAGG

Las actividades que voy a clasificar por apartados resumidos se han llevado a cabo en cumplimiento de los primeros artículos de los estatutos de la SAGG. La realización, aunque ha habido aspectos individualizados, siempre han

sido bajo la cobertura e impulso de la sociedad, debido al compromiso de todos, por lograr unos objetivos comunes por encima de otros intereses a nivel personal.

LOS ESTIGMAS DE LA GERIATRÍA EN ANDALUCÍA

En Andalucía la geriatría, a pesar de ser la única Comunidad Autónoma que en su Estatuto (art.22-K) reconoce el derecho de los mayores a la asistencia especializada en geriatría, es casi la única que no tiene la especialidad en la cartera de servicios del SAS. Ello puede ser debido a qué desde su comienzo, ha estado estigmatizada por una serie de prejuicios como:

- El concepto erróneo de la especialidad,
- El AGEÍSMO o discriminación por la edad
- La asistencia no especializada ¿Miedo a la competencia?
- La manipulación estadística basada en porcentajes y no en cifras absolutas (ms de un millón de mayores).
- El criterio economicista.
-

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES Y ACTUACIONES CORPORATIVAS

1.- CONSOLIDACIÓN Y GESTIÓN DE LA SAGG

- Elaboración de Estatutos y Reglamentos
- Elaboración de diversas Normativas
- Proyecto de una “Fundación” de La SAGG (quedó hecho el borrador).

2.-FORMACIÓN GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

- 40 **CONGRESOS** (frecuencia anual).

- Innumerables Cursos de formación diversos en Universidades Andaluzas, en Colegios de Médicos, Congresos, entidades patrocinadoras etc.
- Concesión de **BECAS** para estancias formativas en unidades geriátricas españolas. Entre ellas Sevilla.

3.- **DIFUSIÓN** de contenidos científicos y de las actividades y eventos de la SAGG

- El Boletín Científico e informativo, que se inició en marzo de 1995
 - Gaceta de la SAGG
- **La Página web.** Fue un gran logro y un paso adelante en el contacto con socios y simpatizantes.
- Actuaciones en programas y entrevista:
 - Televisión (TVE; Antena 3, Canal Sur; El Correo de Andalucía; TV María).
 - Cadenas de Radio.
 - Prensa escrita (ABC; Correo de Andalucía; Cadena de Diario de las 8 provincias andaluzas.

4.- **GESTIONES EN ORGANISMOS OFICIALES**

- Negociación y defensa de los derechos de los mayores en Andalucía, de los geriatras y otros profesionales dedicados a la asistencia de los mayores.
- Reuniones con consejeros de salud y consejería de Asuntos Sociales.
- Reuniones con la gerencia del SAS (la primera en 1996)
- Reuniones e informes con el Defensor del Pueblo.
-

LAS ILUSIONES QUE NO FUERON.

En 1997 se tuvo la primera ilusión en Granada, cuando se convocó a la SAGG para la elaboración del II Plan Andaluz de Salud (1998). Tras una semana de intenso trabajo y consensuar con sindicatos, diputaciones ...un documento

de 4 folios solo apareció en el apartado de mayores: Se recomienda la vacunación contra la gripe

La ley del Mayor de 1999. Perfecta pero nunca se aplicó. Para J Benítez (participante) es “Lo que pudo ser y no fue”.

INTERLOCUTORES Y SOCIEDADES PROFESIONALES

- Relaciones con la SEGG. Hay un vocal nato por Comunidad Autónoma, se han ocupado diversos cargos como vocales de sección, tesoreros (Dr. Maturana y Dra. Maribel Galvá), y hasta la presidencia del Dr. José A. López Trigo.
- Sociedades Médicas de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Colegios de Médicos. Tanto a nivel provincial como del Consejo de Colegios Médicos Nacional y Andaluz, siempre se ha tenido defensa y apoyo mediante escritos y facilitando reuniones con los estamentos oficiales, en las que también han participado.
- Colaboración con planificadores de partidos políticos. Que yo sepa se han elaborado planes para tres partidos en nuestra comunidad, e incluso se programó una actuación mía como presidente de la SAGG en el Parlamento Andaluz, no realizada por cambios en la consejería de la Junta de Andalucía.
-

5.- OTRAS ACTIVIDADES Y PARTICIPACIONES DE MIEMBROS DE LA SAGG.

- Comisión Nacional de Geriatria (20 años)
- Tribunal evaluador en la convocatoria única para acceso a la especialidad de geriatría de MESTOS, según (Real Decreto 1497/1999 de 24 de septiembre).

- Fondo de Investigación de la seguridad social (FISS), integrado en el Instituto Carlos III (20 años)
- Evaluación de proyectos de investigación europea en el grupo Envejecimiento

6.- RELACIONES CON LA UNIVERSIDAD

En Sevilla el plan de estudios de la Licenciatura en Medicina 1996, incluye la Geriátrica como asignatura obligatoria, optativa de Facultad con 4,5 créditos (3 teóricos y 1,5 prácticos). Es la primera vez que aparece como “asignatura independiente” de medicina en España. También se imparte en la licenciatura de Podología.

En 1997 se firma un convenio de colaboración entre la Universidad de Sevilla y la SAGG. Después se han realizado otros convenios en otras universidades de Andalucía.

7.- LAS ACADEMIAS DE MEDICINA

Varios socios de la SAGG son académicos de número o correspondientes.

En la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla se han realizado, cursos de doctorado, Cursos de formación, Mesas redondas e incluso se ha elaborado un libro sobre “Estudio de los problemas socio sanitarios de los mayores”.

8.- LA INVESTIGACIÓN EN LA SAGG

Se han realizado múltiples investigaciones, que se han plasmado en libros, capítulos de libros, artículos en revistas profesionales, comunicaciones a congresos, participación en concursos de premios patrocinados por la propia sociedad o entidades colaboradoras.

Tesis doctorales y de licenciatura, 21 solo en Sevilla. Quiero destacar la del Dr. Baldomero Álvarez Fernández (Málaga), y la del Dr. Javier Benítez Rivero, leída este mismo año 2019 en Cádiz.

LOS PRESIDENTES DE LA SAGG.

Ante la imposibilidad de citar a todos cuantos han participado en la gestión de la SAGG, organización de Congresos y eventos, solo cito a los presidentes bajo cuyos mandatos se han realizado estas actividades:

Dr. Francisco Roca Roca (1980 – 1993) († 8/7/19)

Dr. Alfonso Prieto Blanco (1994-1.997)

Dr. Carlos Martínez Manzanares (1997-2001)

Dr. Nicolás Maturana Navarrete 2001 – 2009

Dr. José Manuel Marín Carmona (2009 - 2017)

Dr. Javier García Monlleó (2017 -

EPÍLOGO

Para finalizar, quiero decir unas breves palabras sobre La Unidad de Geriátrica de Sevilla y sobre la especialidad de geriatría.

LA UNIDAD DOCENTE MIR DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL VIRGEN MACARENA DE SEVILLA

Comenzó siendo la quinta de España, y funcionó durante 20 años (16 promociones de 4 años), En 2004 Los cupos MIR pasan ser gestionados por a

las Comunidades Autónomas. Andalucía retira la financiación de la docencia MIR en geriatría. Con ello desaparece la Unidad en 2008 al terminar la 16 promoción.

Como responsable de la misma durante 20 años, creí conveniente hacer lo que, en la antigüedad, hacían los altos funcionarios que volvían de las colonias, “EL JUICIO DE RESIDENCIA”. En el recogí todas las actividades realizadas por la Unidad de Sevilla y las condensé en el poster “VEINTE AÑOS DE GERIATRÍA MIR EN ANDALUCIA”, presentado en el 50º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y 29º Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología. Granada 2008.

LO QUE EN MI CRITERIO ES LA GERIATRÍA

Es la rama de Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los mayores

No solo comprende como otras especialidades médicas “*EL LOGOS*”, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. El sufijo “*IATROS*”, al igual que en pediatría, nos indica que comprende otros aspectos, como guiar a la persona mayor ya sea sana, en riesgo de enfermar o invalidarse, enfermo, inválido o en fase terminal.

Es una especialidad viva, polivalente como la medicina interna y la medicina general, que se relaciona con éstas y otras especialidades.

Mediante un equipo básico (Medicina, Enfermería y Trabajo social), y el manejo de niveles asistenciales (estar en el sitio adecuado en el momento adecuado): Hospitalización de agudos, media estancia, hospitalización domiciliaria, hospital de día, consultas externas en hospital y centros de salud; realiza un trabajo interdisciplinario que permite una asistencia continuada.

LO QUE NO ES LA GERIATRÍA

El médico de cabecera del mayor; la asistencia solo a los mayores enfermos crónico e incurables o en situación Terminal (medicina paliativa). Una ONG para asistencia social a los mayores

EL FUTURO está en:

- 1.- Continuar la labor realizada en estos años.
- 2.- Perfeccionar lo que proceda.
- 3.- Fomentar la investigación y la Innovación.
- 4.- Retomar las negociaciones para reconocimiento de la especialidad en Andalucía. Hay que aprovechar que se está preparando el “I PLAN ESTRATÉGICO INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA” y la posible reestructuración del SAS

La actualidad y el futuro lo hacéis VOSOTROS teniendo en cuenta que para los mayores el futuro es el presente.

CAPÍTULO 27

CAUSAS DE EXITUS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO.

J. OSUNA SÁNCHEZ (1), MJ. REQUENA POU (1), E. PEITEADO
VALDERRAMA (2), J. AMPUERO AMPUERO (1)

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Melilla. Melilla.

(2) Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla.

OBJETIVOS

Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que hayan fallecido en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital a lo largo de un año, analizando cual ha sido el motivo de su exitus junto con sus comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de los pacientes fallecidos en medicina interna a lo largo del año 2018, nuestro servicio abarca las especialidades de cardiología, neumología, neurología, digestivo, oncología, reumatología y endocrinología. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales y la causa de fallecimiento. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

RESULTADOS

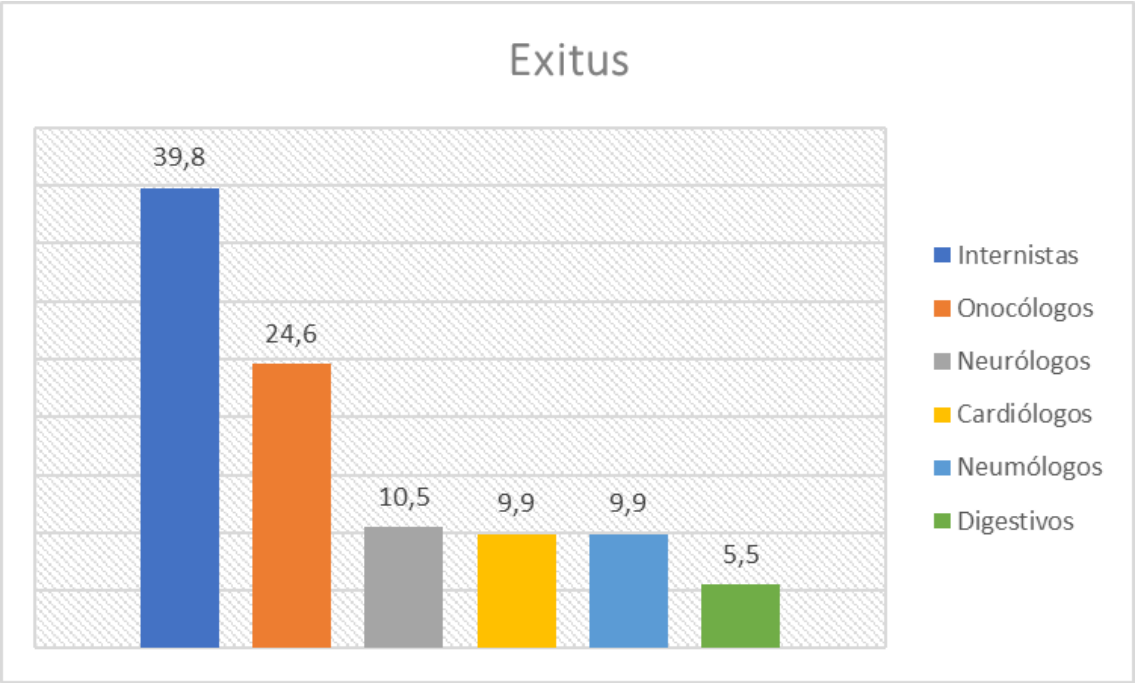
Hubo un total de 171 pacientes fallecidos. De los cuales un 56,1% eran mujeres. La media de edad fue de $77,11 \pm 14,83$ años. La estancia media del ingreso hospitalario fue de $9,12 \pm 9,8$ días. Un 11,2% de los pacientes estaban institucionalizados y un 65,3% eran dependientes o parcialmente dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria. Un 53,2% era de etnia caucásica, un 46,2% bereber y un 0,6% eran judíos. Un 17,5% de los pacientes no tenían seguridad social. El 74,4% de los pacientes eran padecían dos o más enfermedades. El mes más frecuente de fallecimiento fue octubre con 12,9% seguido de septiembre con 12,3%. La causa más frecuente de fallecimiento fue la infección respiratoria con un 27,5%, seguido de la neoplasia 24%; insuficiencia cardiaca 9,9%; ICTUS 8,2%; causa respiratoria no infecciosa 6,4%; síndrome coronario agudo 4,1%; infección urológica 3,5. En cuanto a los especialistas de planta el 39,8% de los exitus pertenecían a internistas; 24,6% oncología; 10,5% neurología; 9,9% cardiología; 9,9% neumología; 5,3% digestivo.

DISCUSIÓN

La mortalidad hospitalaria es uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente empleado, ya que la cuantificación de las defunciones puede considerarse como una medida de la efectividad de la intervención hospitalaria, aunque no se debe olvidar que está influenciada por otros factores como, la patología atendida, la estructura poblacional, el régimen económico del centro y la accesibilidad al centro. Por otro lado, el análisis de la mortalidad puede utilizarse como un valioso instrumento para la planificación y gestión hospitalaria.

CONCLUSIÓN

En nuestro centro la causa más frecuente de los fallecimientos en la infección respiratoria seguida de la causa oncológica. Los especialistas con más carga asistencial en cuanto a los exitus se refieren son los internistas con hasta un 40% de los fallecimientos.



CAPÍTULO 28

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y COMORBILIDADES DE LOS ÉXITOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

J. OSUNA SÁNCHEZ (1), M.J. REQUENA POU (1), E. PEITEADO
VALDERRAMA (2), J. AMPUERO AMPUERO (1)

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Melilla. Melilla.

(2) Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla.

OBJETIVOS

Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que hayan fallecido en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital a lo largo de un año, analizando cual ha sido el motivo de su exitus junto con sus comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de los pacientes fallecidos en medicina interna a lo largo del año 2018, nuestro servicio abarca las especialidades de cardiología, neumología, neurología, digestivo, oncología, reumatología y endocrinología. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales y la causa de fallecimiento. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

RESULTADOS

Hubo un total de 171 pacientes fallecidos. De los cuales un 56,1% eran mujeres. La media de edad fue de $77,11 \pm 14,83$ años. La estancia media del ingreso hospitalario fue de $9,12 \pm 9,8$ días. Un 11,2% de los pacientes estaban institucionalizados y un 65,3% eran dependientes o parcialmente dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria. Un 53,2% era de etnia caucásica, un 46,2% bereber y un 0,6% eran judíos. Un 17,5% de los pacientes no tenían seguridad social.

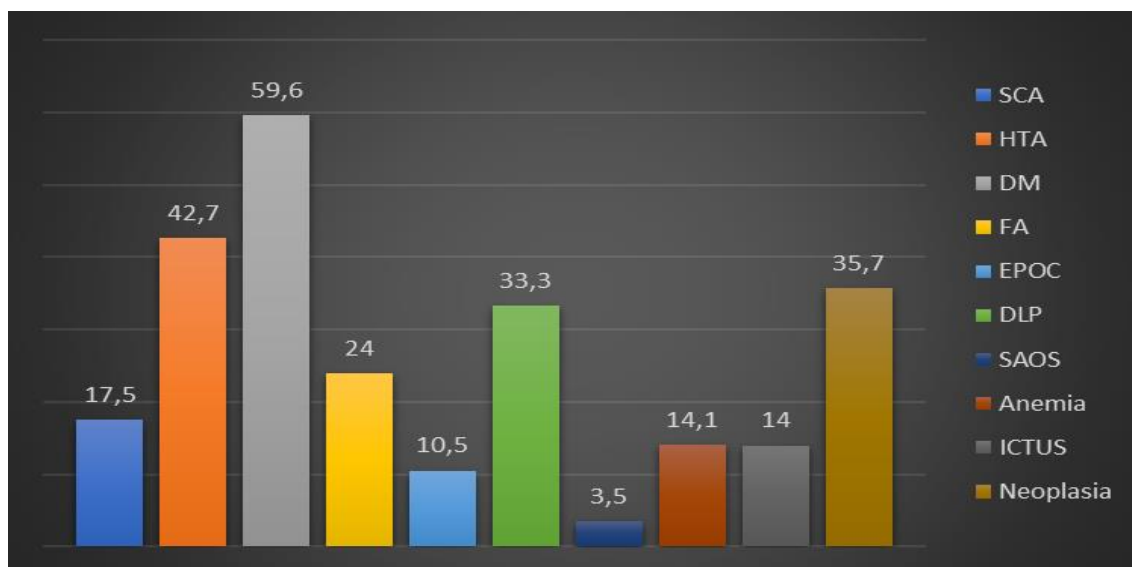
Con respecto a los antecedentes personales un 17,5% padecían cardiopatía isquémica previa; 42,7% DM; 59,6% HTA; 24% FA; 10,5% EPOC; 33,3% dislipemia; 3,5% SAOS; 14,1% anemia; 14,1% antecedentes de ICTUS, 35,7% neoplasia (activa o no). La causa más frecuente de fallecimiento fue la infección respiratoria con un 27,5% de los fallecidos. El 39,8% de los exitus eran llevados por internistas y el 25,6% por oncólogos. El 74,4% de los pacientes padecían dos o más enfermedades. El mes más frecuente de fallecimiento fue octubre con 12,9% seguido de septiembre con 12,3%.

DISCUSIÓN

La mortalidad hospitalaria es uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente empleado, ya que la cuantificación de las defunciones puede considerarse como una medida de la efectividad de la intervención hospitalaria, aunque no se debe olvidar que está influenciada por otros factores como, la patología atendida, la estructura poblacional, el régimen económico del centro y la accesibilidad al centro. Por otro lado, el análisis de la mortalidad puede utilizarse como un valioso instrumento para la planificación y gestión hospitalaria.

CONCLUSIÓN

El perfil de paciente fallecido en medicina interna es una mujer de 77 años de etnia caucásica y pluripatológica (DM y HTA como más frecuente), la causa más frecuente de exitus es la infección respiratoria y suele ser vista en planta por un Internista.



CAPÍTULO 29

PERFIL CLÍNICO Y CAUSAS DE FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS DE UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO.

J. OSUNA SÁNCHEZ (1), MJ. REQUENA POU (1), JJ. SORIA CANO (2), J. AMPUERO AMPUERO (1)

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Melilla. Melilla.

(2) Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla.

OBJETIVOS

Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes mayores de 80 años fallecidos en el servicio de Medicina Interna a lo largo de un año, analizando cual ha sido el motivo de su exitus junto con sus comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo transversal de los pacientes fallecidos a lo largo del año 2018 mayores de 80 años en el servicio de medicina interna. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales y la causa de fallecimiento. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

RESULTADOS

Hubo un total de 96 pacientes fallecidos. De los cuales un 62,5% eran mujeres. La media de edad fue de $87,11 \pm 4,6$ años. La estancia media del ingreso hospitalario fue de $8,92 \pm 9,39$ días. Un 18,9% de los pacientes estaban

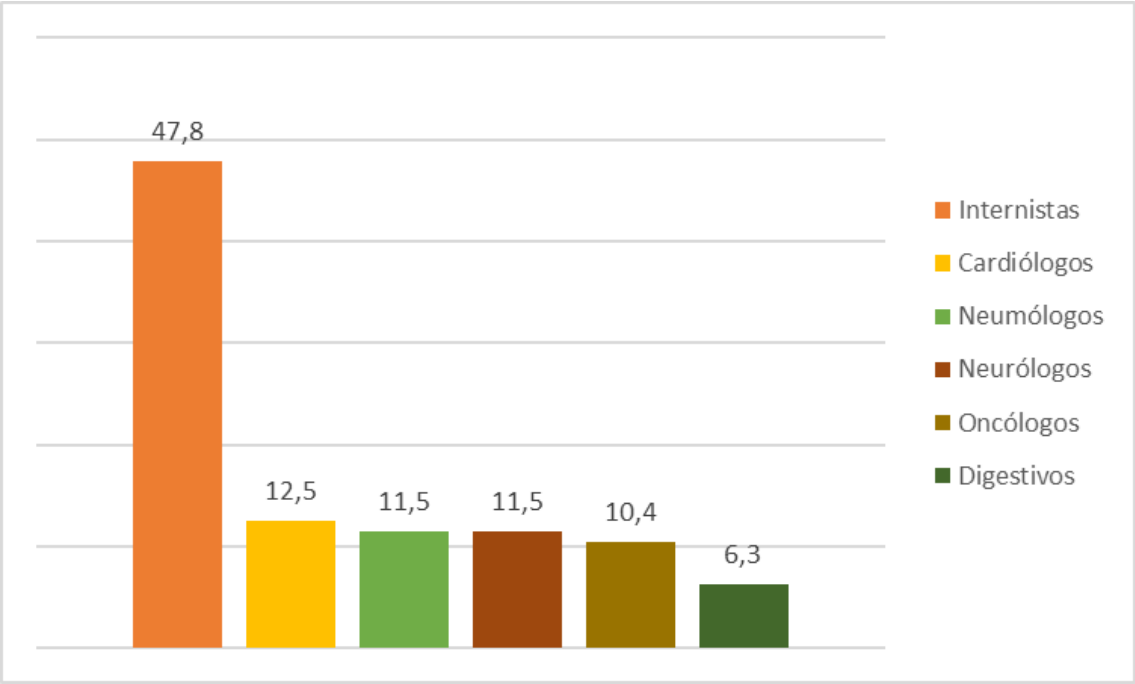
institucionalizados y un 81,7% eran dependientes o parcialmente dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria. Un 62,5% era de etnia caucásica, un 36,5% bereber y un 1% eran judíos. Un 12,5% de los pacientes no tenían seguridad social. Con respecto a los antecedentes personales un 20,8% padecían cardiopatía isquémica previa; 45,8% DM; 76% HTA; 36,5% FA; 6,3% EPOC; 41,7% dislipemia; 2,1% SAOS; 13,7% anemia; 19,8% antecedentes de ICTUS; 20,8% neoplasia (activa o no). El 85,4% de los pacientes padecían dos o más enfermedades. Los meses en los que los pacientes fallecieron más fueron marzo y octubre con 12,5% ambos. La causa más frecuente de fallecimiento fue la infección respiratoria con un 31,3%, seguido de insuficiencia cardíaca 11,5% y proceso neoplásico 11,5%. Un 47,8% de los fallecimientos estaban a cargo de Internistas, 12,5% cardiólogos; 11,5% neumólogos; 11,5% neurólogos; 10,4% oncólogos y 6,3% digestivos.

DISCUSIÓN

La mortalidad hospitalaria es uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente empleado, ya que la cuantificación de las defunciones puede considerarse como una medida de la efectividad de la intervención hospitalaria, aunque no se debe olvidar que está influenciada por otros factores como, la patología atendida, la estructura poblacional, el régimen económico del centro y la accesibilidad al centro. Por otro lado, el análisis de la mortalidad puede utilizarse como un valioso instrumento para la planificación y gestión hospitalaria.

CONCLUSIÓN

El perfil del paciente octogenario fallecido es el de una mujer de 87 años pluripatológica, dependiente en algún grado hasta el 81% de los casos, suelen estar a cargo de los Internistas y fallecen por infecciones respiratorias tras unos 8 días en el hospital.



CAPÍTULO 30

PROGRAMA "CUIDADOS DE DEMENCIAS SIN SUJECCIONES FÍSICAS"

LUIS BENÍTEZ RAGEL

Residencia de Mayores Afanas-Bahía. El Puerto de Santa María, Cádiz.

Presentación del programa "cuidados de demencias sin sujeciones" siguiendo el modelo formativo y de implantación de la fundación María Wolf y posterior acreditación por CEAFA como representante del colectivo nacional de familiares y personas afectadas por demencia.

Las medidas de sujeción suponen una pérdida de autonomía y de dignidad a la persona a la que se le aplica, por ello es necesario hacer un uso adecuado de las mismas.

En España el porcentaje de inmovilizaciones y sujeciones físicas en el entorno residencial, está entre el 20-30%, comparados con el resto de los países de la unión europea que las cifras oscilan entre un 2 y un 5%.

Por estas razones la comisión de sanidad y servicios sociales del congreso de los diputados en sesión del día 16 de mayo de 2017 acordó por unanimidad una proposición relativa a la eliminación del uso de las contenciones mecánicas en los centros residenciales.

En Andalucía, la ley 9/2016 de 27 de diciembre, de los servicios sociales de Andalucía, recoge el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción sin prescripción y supervisión facultativa. Esta ley en su título VI recoge esta medida, como falta grave

OBJETIVO

Afanas el Puerto y Bahía es una entidad sin ánimo de lucro que atiende a enfermos con patología psíquica desde hace 50 años y desde 1990 también a personas con Alzheimer y otras demencias. Posee tres centros en la provincia de Cádiz - Puerto de Santa María- Puerto Real y Chiclana de la Frontera- para la atención de este tipo de enfermos, en total unos 180.

En el año 2017, conocimos la fundación María Wolf y su programa “Cuidados de demencias sin sujeciones” que trata de reducir al mínimo el número de sujeciones en los centros dedicados al cuidado de residentes con demencia.

Desde entonces nuestro objetivo es “Cuidar sin sujeciones”

MÉTODO

En abril de 2018, iniciamos el proceso de formación. Se desplazó a nuestros centros el responsable del programa de la fundación Wolf. En una primera fase formativa se dieron conceptos básicos sobre las demencias, manejo no farmacológico de los síntomas conductuales y conocimiento de la escala GDS-FAST de Reisberg de clasificación de los pacientes con deterioro cognitivo-funcional.

Se clasificaron a los residentes en tres grados de dificultad para la retirada de la sujeción, fuimos retirándolas paulatinamente usando alternativas como sillones – sillas de ruedas especiales o modificadas, camas ultra bajas, sistemas de alarmas, sensores de movimientos en las habitaciones de los residentes.

Se han creado zonas de “vigilancia intensiva” tanto de día como de noche, para vigilancia y seguimiento de los residentes a los que se les está valorando para la retirada definitiva de la sujeción. Todo esto se realiza previa reunión con los familiares para entre todos elaborar un plan para “desatar” a su familiar.

RESULTADOS

Actualmente hemos pasado de 75 residentes (41,66%) con sujeción en el periodo abril 2018 – junio 2019, entre las tres residencias, a tan solo 12 residentes (6,6%), sin aumentar el número de caídas. tuvimos 25 caídas en abril de 2018 y en el último corte de septiembre de 2019, 22 caídas, de las cuales 3 eran de residentes que se les había retirado la sujeción, todo sobre un total de 180 residentes.

CONCLUSIONES

Creemos que hemos cubierto nuestro objetivo principal que es el de reducir el número de residentes con sujeciones en un centro residencial de mayores afectados de Alzheimer y otras demencias con trastornos de conducta severos. Sin haber aumentado el número de caídas.

El programa aún continuo estamos próximo a finalizar y esperamos solicitar la acreditación de “Centro libre de sujeciones “de CEAFA, antes de final de este año 2019.

CAPÍTULO 31

ESTUDIO DE PESO Y SALUD EN POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ. ESTUDIO PYSMA.

MOZO ALONSO, FELIPE¹; DURÁN ALONSO, JUAN CARLOS²; NOVALVOS RUÍZ, JOSÉ PEDRO³; RODRÍGUEZ MARTÍN, AMELIA⁴.

¹Vocal Nutrición Colegio Farmacéuticos de Cádiz; ²Hospital San Juan Grande, Jerez ³Facultad de Medicina de Cádiz; ⁴Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Cádiz.

RESUMEN

Presentamos los resultados de un estudio realizado en 150 oficinas de farmacia, en 44 localidades de la provincia de Cádiz, promovida por la Vocalía de Nutrición del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz, en colaboración con la Sociedad Andaluza de Geriátría y el Departamento de Salud Pública de las Facultades de Medicina y de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz. Con el Objetivo de:

- Conocer el estado nutricional de los mayores de 65 años,
- Promover hábitos dietéticos y estilos de vida saludable a este sector poblacional a fin de mejorar su calidad de vida.

Se incluyeron un total de 2.621 personas que participaron con consentimiento informado en la misma, durante los meses de junio y julio de 2018.

Variables obtenidas: edad, sexo, código postal, aportación SS, vive y come solo, polimedicación, peso y talla. Grupos de alimentos consumidos en comida principal, y nivel de actividad física (sedentario, ligera, moderada o intensa).

El 20% de la población es sedentaria y el 20% realiza actividad física ligera. El 90% de la población realizan desayunos incompletos, y el 50% cenas incompletas. La frecuencia de SOBREPESO y OBESIDAD es muy alta: 82% de la población con IMC>25. Los que consumen más fármacos tienen más riesgo de sobrepeso, en especial los que consumen psicofármacos, y los que tienen peor situación económica también tienen más riesgo de sobrepeso

Los mayores de 65 años que viven en comunidad tienen elevado porcentaje de sobrepeso y obesidad. Hay que estimular una mejor calidad de las dietas, y fomentar práctica de ejercicio.

INTRODUCCIÓN

Los mayores de 65 años en España son el 18,4%, y se prevé que aumente progresivamente, pudiendo alcanzar para 2050 al 33%, siendo el porcentaje de mayores de 80 años del 6%⁽¹⁾.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) publicó en 2016 un documento de consenso, sobre la valoración del estado nutricional en los mayores. Con objeto de mejorar el diagnóstico de las alteraciones nutricionales ⁽²⁾.

El valor pronóstico del IMC cambia en los ancianos, por los cambios en la composición corporal, existiendo un patrón en U entre el IMC y el riesgo de morbilidad y mortalidad. La SEGG propone como puntos de corte de IMC los 30 kg/m² para la obesidad, entre 27 y 29.9 hablamos de sobrepeso, normopeso entre 22 y 26.9, peso insuficiente entre 18.5 y 21.9, y desnutrición por debajo de 18.5 kg/m² ⁽²⁾. Mientras que la Sociedad Española de Estudio de Obesidad (SEEDO) en su documento de consenso consideran sobrepeso valores de IMC por encima

de 25 y obesidad cuando el IMC es mayor de 30 no haciendo distinciones entre adultos y ancianos ⁽³⁾.

Entre los estudios de obesidad realizados en Europa, destaca el del Institute of European Food Study (IEFS), realizado en 1996 con 15.239 individuos, España ocupa el segundo lugar en prevalencia (11%) tras el Reino Unido (12%), mientras que las tasas de prevalencia más bajas se presentan en Italia, Francia y Suecia con un 7%. El mayor porcentaje de obesos se produce en personas de edad más avanzada y menor nivel socioeconómico⁽⁴⁾.

Con el envejecimiento se producen cambios en la composición corporal: aumenta porcentaje de masa grasa y disminuye masa muscular. Esta pérdida progresiva de masa muscular suele acompañarse de una disminución de la fuerza muscular con un menor rendimiento físico, disminución de la capacidad funcional y necesidad de ayuda progresiva, que es lo que conocemos como sarcopenia⁽⁵⁾.

Utilizamos el término obesidad sarcopénica, para describir a personas que presentan un exceso de grasa corporal (obesidad) junto a una pérdida significativa de masa muscular (sarcopenia). En un estudio multicéntrico realizado en España (EXERNET) la prevalencia de obesidad sarcopénica en mayores no institucionalizados fue del 15%. Incrementándose conforme progresa la edad, alcanzando en mayores de 80 años al 20% ⁽⁶⁾.

Son muchas las circunstancias que pueden favorecer estos problemas nutricionales en los mayores, siendo los principales factores de riesgo nutricionales: enfermedades, medicamentos, o problemas, que ponen en riesgo el equilibrio nutricional. Estos pueden ser de diferente índole: social, físico o psicológico ⁽⁷⁾.

Podemos actuar sobre el sedentarismo estimulando la práctica de ejercicio físico junto a un consejo nutricional para asegurar la correcta ingesta calórica, el adecuado porcentaje de ingesta de los diferentes principios inmediatos y su adecuada distribución en las comidas principales. ⁽⁸⁾

El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar el estado nutricional de la población mayor de 65 años que viven en la comunidad, no institucionalizadas y que acuden a las oficinas de farmacia, para determinar la prevalencia de los principales factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en esta población.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio epidemiológico, observacional y transversal, sobre una población de adultos de 65 y más años, con medición de peso y altura en 150 oficinas de farmacia de 44 localidades de la provincia de Cádiz en los meses de junio y julio de 2018. Se clasifican los municipios en rurales (<5.000 habitantes), semiurbanos (5.000-20.000) y urbanos (>20.000 habitantes).

Las medidas antropométricas realizadas en las farmacias, mediante báscula calibrada y tallímetro. Todas las balanzas para uso público en las oficinas de farmacia son calibrados y verificados con una periodicidad mínima anual.

Atendiendo a una prevalencia de obesidad en mayores de 65 años del 36%, y teniendo en cuenta la población > 65 años de la provincia según el padrón de habitantes del 2017 (191.128), para un nivel de confianza del 95% y una precisión del $\pm 2,5$, el tamaño muestral mínimo para este estudio fue de 1.406.

Para la captación de los pacientes, se efectuó una campaña de difusión en las oficinas de farmacia mediante carteles, dípticos y presentación de la imagen del estudio en las pantallas. Se les pidió el correspondiente consentimiento informado para participar voluntariamente y autorizándonos a utilizar sus datos de forma anónima. La tasa de aceptación fue superior al 95%.

Se diseñó una aplicación móvil para homogeneizar recogida de datos en las farmacias. Registrándose sexo, edad, código postal, régimen de aportación a la seguridad social, si vive solo, grupos de alimentos consumidos en comidas principales, nivel de actividad física, y polimedicación (5 medicamentos o más), así como el peso y talla del paciente obtenidos sin zapatos en bipedestación.

Consideramos una comida principal completa si ingiere alimentos de al menos tres grupos para el desayuno (cereal/lácteo/fruta) o, en el caso de almuerzo y cena, cuando se consumen verduras o pastas, carnes/pescados/huevos o legumbre, y lácteos o fruta.

El nivel de actividad física se clasifica como sedentario cuando el sujeto no sale de casa o lo hace ocasionalmente, actividad ligera si desarrolla actividades de la vida diaria y sale de casa asiduamente, actividad moderada cuando practica algún tipo de actividad de ocio o deportiva de 1 a 3 días a la semana, y actividad intensa si la realiza más de tres días a la semana.

Clasificamos por IMC utilizando criterios de la SEEDO³. Se contempló la derivación al médico de familia de pacientes con IMC <18,5 (desnutrición) o >35 (obesidad extrema).

Como test de hipótesis empleamos Chi cuadrado, T-test y Anova o sus equivalentes no paramétricos. Efectuamos un análisis de regresión logística para determinar las variables asociadas con el mayor riesgo de sobrepeso y obesidad.

RESULTADOS

Se estudian 2.621 mayores de 65 años de la provincia de Cádiz, el 38,2% son varones y 61,8% mujeres. El 75% reside en municipios con poblaciones superiores a 20.000 (medio urbano), y solo el 8,4% en municipios rurales (<5.000 habitantes). En cuanto al régimen económico, un 9% de los mayores no tienen ingresos reconocidos (TSI001) y el 79% tienen ingresos inferiores a los 18.000 euros (TSI002A). En la Tabla 1 se recoge la distribución por grupos de edad y sus características sociales, y en la Tabla 2 algunas características de sus hábitos alimentarios, actividad física y sedentarismo, si viven o no solos, el consumo de medicamentos y su grupo de aportación económica.

Respecto a hábitos alimentarios, encontramos baja frecuencia de desayunos, sólo el 10,2% de varones y el 12,7% de mujeres realizan un desayuno completo; y la cena, el 43,8% de varones y 42,1% de mujeres realizan

una completa. No encontramos asociación con que los mayores vivan solos o no.

La mayoría de la población mayor de 65 años tiene una actividad física ligera o sedentaria. El 52,3% de hombres y el 57,3% de mujeres desarrolla actividades de la vida diaria y pasea asiduamente; mientras que el 18,4% de la población se declara sedentaria (20,2% mujeres frente al 15,4% en los varones). Realizan algún tipo de actividad física en el tiempo de ocio el 26,3% de los mayores con un predominio entre los varones (32,4% vs 22,4%).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad (Tabla 3) asciende al 82,2% de la población (43,2% de sobrepeso y 39% de obesidad); en la población masculina es mayor la prevalencia de sobrepeso (49,1%) mientras que en la mujer predomina la obesidad (42,3%). El IMC medio en los mayores de 65 años corresponde al de una población con sobrepeso/obesidad, con valores superiores en mujeres (28,4-28,9 en varones vs 29,2-29,7 de mujeres).

Los valores de sobrepeso son similares en todos los grupos de edad mientras que la obesidad disminuye de forma significativa a medida que se incrementa esta, en el grupo de edad de 65-69 años afecta a un 41,2% de la población mientras que a partir de los 85 años es del 27,4%. Existe un descenso significativo de los valores medios de IMC conforme se incrementa la edad de la población.

Atendiendo al tamaño del municipio, se observa una mayor prevalencia de obesidad en los municipios rurales, donde alcanza el 47,2%; en los municipios semiurbanos y urbanos la prevalencia de obesidad es más baja pero muy similar entre ellos (38,9% y 38 % respectivamente).

Existe una relación inversa entre la prevalencia de sobrepeso y obesidad con la realización de actividad física y con efectuar cenas completas. La prevalencia de obesidad es muy superior en los sujetos sedentarios (afecta al 53% de ellos), lo que ocurre tanto en hombres como en mujeres; conforme aumenta la actividad física de los mayores, disminuye la prevalencia de obesidad y son más elevadas las prevalencias de sobrepeso y normopeso.

En el grupo de sujetos que realizan una cena completa tenemos un 19,3% de normopesos y un 37,6% de obesos, incrementándose las cifras de obesidad en los que no realizan cena completa (15,6% de normopeso y un 41,8% de obesidad).

Analizamos la existencia de diferencias en los parámetros anteriores entre el medio rural y urbano. En cuanto a la actividad física, en el ámbito rural es menor el sedentarismo (13,4% frente al 23,8 en medio semiurbano y 17,8% en urbano) y mayor la actividad física moderada e intensa (31,5% frente al 26,7% y 26,3% respectivamente).

La alimentación de los mayores es muy similar en los tres ámbitos considerados (Tabla 4). No encontramos una diferencia significativa en cuanto a la realización de desayuno, almuerzo o cena completa en los tres tipos de municipios; por el contrario, si observamos un incremento de la polimedicación en población rural, 63% frente a la semiurbana, 55,8% y la residente en municipios urbanos 54,4% fundamentalmente a expensas de antidepresivos y ansiolíticos. Este hecho es más destacable en la zona rural que en la semiurbana y urbana (35,3% de antidepresivos frente al 27,9% y 25,3% respectivamente). En cuanto al nivel económico, son los exentos de contribución o con una contribución inferior a 18.000 euros los más polimedcados (61,3% y 56,4% respectivamente frente al 23,8% si su aportación es superior a los 100.000 euros).

Al realizar el estudio multivariante, las variables asociadas con una mayor probabilidad de IMC por encima de 25 Kg/m² en la población de mayores de 65 años han sido el sedentarismo (OR=1,60), el realizar una cena incompleta (OR=1,28), y el consumo de 5 o más fármacos (OR polimedicación=1,33), observándose una influencia significativa de la edad; el efecto de la edad es superior en la franja etaria de 65 a 75 años (OR=2,16). (Tabla 5). El tipo de aportación económica se asoció de forma negativa con el sobrepeso/obesidad (RR=0,80), a mayor aportación económica menor riesgo de estos. El tipo de municipio en principio no parece condicionar la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

DISCUSIÓN

Los valores de IMC de la población mayor de 65 años en nuestro país son alarmantes. Mas del 80% de la población presenta sobrepeso u obesidad, y estas cifras están aumentando. En el estudio Exernet ⁶ realizado entre los años 2008-2010, en los 2.438 sujetos mayores de 65 años no institucionalizados se encontraron unas cifras de sobrepeso en varones del 51,7% y de obesidad del 30,6%, en las mujeres estas cifras eran del 41,7% y 38,3%; en nuestro estudio realizado sobre 2.621 sujetos, frente a las anteriores obtenemos un incremento en las cifras de obesidad del 3% en los varones y del 4% en mujeres, a expensas de las cifras de sobrepeso.

El descenso en los valores medios de IMC de la población conforme se incrementa la edad refleja además de la pérdida de masa muscular,^(5, 6). Esto podría reflejar por un lado la relación entre IMC y supervivencia por el mayor riesgo de mortalidad asociado a la obesidad en estas edades.

La frecuencia de desayunos completos que incluyan lácteos, cereales y frutas en los mayores es llamativamente muy baja. Menos del 12% de esta población cumple las recomendaciones nutricionales en cuanto al desayuno. En nuestra población, junto a la baja frecuencia de desayunos destacó también que casi un 60% de la población realiza cenas incompletas, observándose que fueron la presencia de cenas incompletas y no los desayunos las que se asocian de forma significativa con la mayor probabilidad de sobrepeso y obesidad. Como recomendación, al menos en nuestro medio, se hace necesario plantearse el revalorizar la cena en los más mayores.

En cuanto a la actividad física de nuestros mayores, aparentemente un 26,3% de ellos mantienen una actividad física moderada e intensa, lo que podría parecernos elevada. Efectivamente, debemos tener en cuenta que por la edad de la población consideramos actividad física moderada o intensa a la realización de actividades físicas en tiempo ocio de 1 a 3 veces por semana o con una frecuencia superior a 3, sin considerar la duración; y por otro lado, hay que tener en cuenta que la población recogida en este estudio es aquella que acude a las oficinas de farmacia. Por ello, estamos sobreestimando la actividad física intensa

(7,3%) e infraestimando las cifras de sedentarismo (18,4%). A pesar de estas cifras, si obtenemos una asociación significativa entre sobrepeso-obesidad y la realización de actividad física, al igual que se describen en otros estudios similares⁽⁹⁾.

Habitualmente se ha asociado el sobrepeso y la obesidad con conductas o hábitos que se consideran propios de ambientes urbanos. Sin embargo, en el estudio PREV-Ictus publicado en el año 2008 ⁽¹⁰⁾ ya se describía una mayor prevalencia de obesidad en población española mayor de 65 años en el medio rural asociado al mayor sedentarismo. En los municipios de nuestro estudio con menos de 5000 habitantes también encontramos mayor sobrepeso y obesidad, pero el análisis multivariante indico que no es el tamaño de población sino la edad de la población, la actividad física de las personas, su alimentación (en concreto la realización de cenas completas), la polimedicación y el nivel económico (medido a través de las prestaciones).

Encontramos una asociación significativa entre el consumo de más de 5 medicamentos y la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Existen estudios que correlacionan el consumo de ansiolíticos y determinados antidepresivos con la ganancia de peso⁽¹¹⁾; además tendríamos que considerar si la comorbilidad del paciente que lleva al consumo de fármacos también condiciona el sobrepeso y la obesidad relacionado con el sedentarismo o discapacidad del paciente.

En conclusión, debemos actuar sobre la población adulta si queremos que descienda la prevalencia de un factor de riesgo tan importante como es la obesidad. En concreto, en nuestros mayores habría que reforzar una actividad física dentro de las recomendaciones, desmitificar la creencia popular de que las cenas pueden ser simples dándoles la importancia que requieren, así como considerar la posible influencia de tratamientos que puedan condicionar la ganancia de peso.

TABLA 1. Características sociales de la población

		HOMBRES		MUJERES	
		N	%	N	%
		1000	38,2%	1621	61,8%
GRUPO DE EDAD	65-69	251	25,1%	486	30,0%
	70-74	261	26,1%	447	27,6%
	75-79	217	21,7%	340	21,0%
	80-84	186	18,6%	247	15,2%
	>=85	85	8,5%	101	6,2%
DISTRITOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	BAHIA CADIZ-LA JANDA	412	41,5%	717	44,5%
	CAMPO DE GIBRALTAR	77	7,8%	119	7,4%
	SIERRA DE CADIZ	150	15,1%	230	14,3%
	JEREZ - COSTA NOROESTE	353	35,6%	545	33,8%
TIPO DE APORTACION ECONOMICA A LA SEGURIDAD SOCIAL	TSI001 - EXENTOS - 0%	68	7,0%	154	9,9%
	TSI002A - < 18.000 E. - 10%	763	78,7%	1239	79,3%
	TSI002B - 18-100.000 E - 10%	71	7,3%	85	5,4%
	TSI006B - MUTUAS - 30%	56	5,8%	76	4,9%
	TSI005 - >100.000 E - 60%	12	1,2%	9	0,6%

TABLA 2. Características de las comidas, actividad física y fármacos de la población

VARIEDAD ALIMENTOS COMIDAS PRINCIPALES	DE	DESAYUNO COMPLETO	92	10,2%	189	12,7%
	EN	ALMUERZO COMPLETO	733	79,0%	1231	81,4%
		CENA COMPLETA	403	43,8%	630	42,1%
NIVEL ACTIVIDAD FÍSICA	DE	Sedentario	149	15,4%	316	20,2%
		Actividad ligera (paseo)	507	52,3%	896	57,3%
		Actividad física moderada (1-3 d/s)	213	22,0%	267	17,1%
		Actividad física intensa (>3 d/s)	101	10,4%	84	5,4%
POLIMEDICACIÓN Y FRECUENCIA CONSUMO FARMACOS PSICOACTIVOS		Consumo de 5 o mas fármacos	531	54,7%	868	55,5%
		Ansiolíticos	223	23,0%	617	39,5%
		Antidepresivos	113	11,6%	363	23,2%
		Ansiolíticos y antidepresivos	68	6,8%	242	14,9%
		Antiparkinsonianos	45	4,6%	141	9,0%

TABLA 3. Distribución del IMC por grupos de edad y sexo.

		GRUPOS_IMC (CONSENSO_SEEDO)			
		<18,5	18,5-24,9	25-29,9	>=30
		BAJOPESO	NORMOPESO	SOBREPESO	OBESIDAD
HOMBRE	65-69		16,7%	40,2%	43,0%
	70-74	0,8%	13,8%	52,5%	33,0%
	75-79	0,5%	18,4%	55,8%	25,3%
	80-84	0,5%	16,1%	49,5%	33,9%
	>=85		24,7%	47,1%	28,2%
	Todas las edades	0,4%	16,9%	49,1%	33,6%
MUJER	65-69	0,2%	18,9%	40,5%	40,3%
	70-74	0,4%	14,5%	40,7%	44,3%
	75-79	0,3%	16,5%	35,3%	47,9%
	80-84		21,1%	38,1%	40,9%
	>=85	2,0%	22,8%	48,5%	26,7%
	Todas las edades	0,4%	17,8%	39,6%	42,3%

TABLA 4. Nivel de actividad física, variedad de alimentos en las comidas principales y polimedicación en los mayores de 65 años de municipios rurales, semiurbanos y urbanos. Estudio PYSMA.

	TIPO DE MUNICIPIO			
	RURAL	SEMIURBANO	URBANO	Total
NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA				
Sedentario	13,4%	23,8%	17,8%	18,5%
Actividad ligera (paseo)	55,1%	53,5%	55,9%	55,4%
Actividad física moderada (1-3 d/s)	21,8%	16,7%	19,0%	18,8%
Actividad física intensa (>3 d/s)	9,7%	6,0%	7,3%	7,3%
TIPO DE COMIDA				
Desayuno completo	8,02%	11,49%	12,29%	11,77%
Almuerzo completo	79,20%	78,80%	81,10%	80,60%
Cena completa	45,07%	44,26%	42,11%	42,74%
POLIMEDICACION				
(5 o más fármacos)	63.0%	55.8%	54.4%	55.4%

TABLA 5. Factores asociados a la presencia de sobrepeso y obesidad en población mayor de 65 no institucionalizada. Análisis multivariante

					95% C.I. para EXP(B)	
	B	Error estándar	Sig.	Exp (B)	Inferior	Superior
SEXO	0,114	0,114	0,316	1,121	0,897	1,400
Grupo de Edad			0,001			
65-69	0,719	0,206	0,000	2,053	1,372	3,071
70-74	0,846	0,208	0,000	2,331	1,550	3,506
75-79	0,544	0,210	0,009	1,722	1,142	2,597
80-84	0,457	0,217	0,035	1,579	1,032	2,416
TIPO DE APORTACION (TS)	-0,175	0,080	0,028	0,839	0,717	0,982
NIVEL ACTIVIDAD FISICA			0,026			
Sedentario	0,475	0,236	0,044	1,608	1,012	2,553
Actividad ligera (paseo)	0,321	0,201	0,109	1,379	0,931	2,043
Actividad moderada (1-3 d/s)	0,007	0,217	0,974	1,007	0,659	1,540
CENA INCOMPLETA	0,248	0,109	0,023	1,281	1,034	1,586
POLIMEDICADO	0,285	0,112	0,011	1,330	1,068	1,657
Constante	1,005	0,324	0,002	2,733		

BIBLIOGRAFÍA

1. Pujol Rodríguez R, Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Los mayores en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Algunos resultados [Internet]. CSIC - Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD); 2014 [cited 2019 Jan 30]. Available from: <https://digital.csic.es/handle/10261/164387>
2. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, Lopez-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, et al. Valoración del estado nutricional en

- Geriatría: Declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2019 Jan 30];51(1):52–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X15001341>
3. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B, Grupo Colaborativo de la SEEDO. [SEEDO 2007 Consensus for the evaluation of overweight and obesity and the establishment of therapeutic intervention criteria]. Med Clin (Barc) [Internet]. 2007 Feb 10 [cited 2019 Jan 30];128(5):184–96; quiz 1 p following 200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17298782>
 4. Varo JJ, Martínez-González MA, Martínez JA. [Obesity prevalence in Europe]. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2002 [cited 2019 Jan 30];25 Suppl 1:103–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12861274>
 - 5.- Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing [Internet]. 2010 Jul [cited 2019 Jan 30];39(4):412–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20392703>
 - 6.- Muñoz-Arribas A, Mata E, Pedrero-Chamizo R, Espino L, Gusi N, Villa G, et al. Sarcopenic obesity and physical fitness in octogenarians; The multicenter exernet project. Nutr Hosp [Internet]. 2013 Nov 1 [cited 2019 Jan 30];28(6):1877–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24506363>
 7. Cuesta Triana FM, Matia Martin P. Detección y evaluación del anciano con desnutrición o en riesgo. Nutr Hosp. 2011;4(3 (Supl.)):15–27.
 8. Sagarra-Romero L, Gómez-Cabello A, Pedrero-Chamizo R, Vila-Maldonado S, Gusi-Fuertes N, Villa-Vicente JG, et al. Relación entre el nivel educativo y la composición corporal en personas mayores no institucionalizadas: Proyecto Multi-centrico EXERNET.[Relation between educational level and body composition in non-institutionalized elderly: The elderly EXERNET multi-c. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2017 Oct 30

-
- [cited 2018 Nov 23];91:e1–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29082912>
9. Koukoulis GN, Sakka C, Katsaros F, Goutou M, Tsirona S, Tsiapali E, et al. High rates of obesity prevalence in adults living in Central Greece: Data from the ARGOS study. *Hormones* [Internet]. 2010 [cited 2019 Jan 30];9(3):253–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20688623>
10. Cea-Calvo L, Moreno B, Monereo S, Gil-Guillén V, Lozano J V, Martí-Canales JC, et al. [Prevalence and related factors of overweight and obesity in Spanish population aged 60 years-old or older. The PREV-ICTUS study]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2008 Jul 12 [cited 2019 Jan 30];131(6):205–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18674498>
11. Gafoor R, Booth HP, Gulliford MC. Antidepressant utilisation and incidence of weight gain during 10 years' follow-up: population based cohort study. *BMJ* [Internet]. 2018 May 23 [cited 2019 Jan 30];361:k1951. Available from: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.k1951>

CAPÍTULO 32

DECÁLOGO DE RAZONES PARA IMPLANTAR ASISTENCIA GERIÁTRICA ESPECIALIZADA EN ANDALUCÍA

DURÁN ALONSO, JUAN CARLOS¹; GARCÍA MONLLEÓ, JAVIER²;
VARGAS, JESÚS³; GARCÍA, MERCEDES⁴; OSTOS LUCENA, BELÉN⁵;
MARÍN, JOSÉ MANUEL⁶.LÓPEZ TRIGO, JOSÉ ANTONIO⁷

¹Hospital Juan Grande, Jerez; ²Presidente de la; ³Hospital San Juan de Dios, Granada; ⁴Residencia Montequinto, Sevilla; ⁵Servicio Dependencia, Unidad de Memoria, Córdoba; ⁶Unidad de memoria, Ayuntamiento de Málaga; ⁷ Ayuntamiento de Málaga.

INTRODUCCIÓN

Andalucía **NO** tiene aún implantada la Geriátría en la Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud. Desde hace años, la Sociedad Andaluza de Geriátría y Gerontología, viene demandando su inclusión.

Con el cambio de Gobierno en Andalucía en 2018, hemos vuelto a reivindicar su inclusión.

MATERIAL Y MÉTODO

Con la finalidad de elaborar un Documento de Consenso que justifique nuestra petición de inclusión de la Geriátría en la Cartera de Servicios, la Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Geriátría y Gerontología, creó un Grupo de Trabajo, para analizar las circunstancias que consideramos más destacadas para ello, estudiando toda la base bibliográfica existente, que pueda ayudarnos para referenciarlo.

Después de la elaboración de dicho documento, se decidió destacar entre todas las razones, las más destacadas para justificar la finalidad marcada, resumiéndolo en este DECÁLOGO DE RAZONES, que sería el resultado final de nuestro estudio.

RESULTADOS

DECÁLOGO DE RAZONES PARA IMPLANTAR ASISTENCIA GERIÁTRICA ESPECIALIZADA EN ANDALUCÍA. -

1.- RAZONES **DEMOGRÁFICAS**. -

- Envejecimiento progresivo de la población. 19.6% > 65 años
- Aumento del porcentaje de muy mayores: 6.1% >85 años
- Aumento progresivo de la Esperanza de Vida al nacer: 80.4 años en hombres, y 85.7 años en mujeres.

- Abellán García A. “Un perfil de las personas mayores en España 2019. Indicadores estadísticos básicos.” Informes envejecimiento en red nº 22, marzo 2019.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

2.- AUMENTO DE LA PREVALENCIA DE **ENFERMEDADES CRÓNICAS**. –

- 4% de la población con enfermedades crónicas complejas, que consumen el 30% del gasto sanitario (En Atención Primaria y a nivel hospitalario).

- En informe mundial sobre Envejecimiento y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se indica la necesidad de “rediseñar los programas de Salud”, que fueron diseñados para atender a pacientes agudos, y ahora más del 70% de los pacientes sufren patologías crónicas.

- Proceso Asistencial integrado “Atención a pacientes pluripatológicos”.
Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2018

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf

- Organización Mundial de Salud OMS. “Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud”. 2015

<https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

3.- NECESIDAD DE **ABORDAJE INTEGRAL** POR **EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**. –

- Médico geriatra integrado en equipo de trabajo con Enfermería y Trabajo Social; así como otros Técnicos: Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Psicología, realizan:

- Valoración Geriátrica Integral, abordando además de los problemas clínicos, la capacidad funcional y cognitiva, y la problemática social.

- Priorizar problemas y establecer planes de tratamiento individualizados.

- Detección precoz de la **Fragilidad**, para prevenir la Dependencia

- Philp Ian “The contribution of geriatric medicine to integrated care for older people” Age & Ageing 2015; 44: 11-15.

- Stuck AE, Sku AI, Wielad GD, Adams J, Rubenstein L. "Comprehensive geriatric assessment: a metaanalysis of control trials" Lancet 1993; 342: 1032-36
- Rubenstein L, "Envolving models of comprehensive geriatric assesment" J Am Med Dir Assos 2015; 16(6): 447-9
- Ellis G, Whitehead M, O'Neill D. "Evaluación geriátrica integral para pacientes de edad avanzada ingresados en el hospital". Cochrane Database of Systematic Reviews 2011a Issue 7. Art N°: CD006211.DOI:10.1002/14651858.CD006211
- Abizanda P, Gómez Pavón J, Martín Lesende I "Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en personas mayores" Med Clin 2010; 135: 713-719

4.- ENFOCADOS EN LA MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL. -

- El principal objetivo es mejorar, recuperar, o mantener la capacidad funcional para **garantizar la máxima autonomía personal** del mayor. Esto nos diferencia a la Geriátrica de otras especialidades que se centran más en la enfermedad que en el enfermo.

- Y con ello reducir las tasas de Dependencia en Andalucía.

- Vidán MT, Sánchez García E, Alonso M. "Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en servicios de Geriátrica" Rev Esp Geriatr Gerontol 2008; 43: 133-138

- Reuben DB, Tinetti ME "Goal oriented patient care, an alternative health outcomes paradigm" N Eng J Med 2012; 366: 777-779

- Pickard S, Cluley V, Danely J, Laceulle H, Leon Salas J, Vanhoutte B, Romero Ortuno R. "New horizons in frailty: the contingent, the existential and the clinical" Age & Ageing 2019; 0: 1-6
- Cruz Jentoft A, Franco A, Sommer P, Baeyens JP, Juankowska E, Maggi A "Silver paper: the future of health promotion and preventive actions, basic research and clinical aspects of age related disease, a report of the European Summit on Age Related Diseases. Aging Clin Exp Res 2009; 2: 376-385
- XIX Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Marzo 2019
<https://www.directoressociales.com/images/Dec2019/INFO%20GLOBAL%20XIX%20DICTAMEN%20V2-2.pdf>

5.- EVALUACION PRONÓSTICA DE CADA PACIENTE.-

- Conocer su estado global de salud y de calidad de vida, estableciendo grado de fragilidad y niveles pronósticos, para marcar **objetivos** de tratamientos **acordes a su situación** personal, y **tratamientos proporcionados** a su estado.

- Amblás Novellas J, Espauella Panicot J, Inzitari M, Rexach K, Fontecha B, Romero Ortuno R. "En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad" Rev Esp Geriatr Gerontol 2016
- Amblás Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gomez-Batiste X, Esauella Panicot J. "Índice fráguk-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Geriátrica integral" Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017; 52(3): 119-127

6.- NIVELES ASISTENCIALES HOSPITALARIOS. –

- Disponer de los diferentes Niveles Asistenciales Hospitalarios: Unidad de Agudos, Unidad de Media Estancia o de Recuperación Funcional, para **utilizar el recurso adecuado en el momento necesario** del proceso asistencial de cada paciente. (fase aguda, crónica reagudizada, de convalecencia/recuperación, o atención al final de la vida).

-Transmisión horizontal de conocimientos geriátricos a otras especialidades: Equipos de Ortogeriatría para atención por geriatría de mayores con fracturas de cadera.

- Pareja T, Hornillos M, Rodriguez M “Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales” Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44: 175-79

- Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, López-Arrieta, Rodriguez-Mañas L, “Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute disorders: metanalyses” BMJ 2009; 338: b50

- Salvá A, Martínez F, Llobet S, “Las unidades de media estancia-convalecencia en Cataluña”. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35(6): 31-37

- Bachmann S, Finger C, Huss A, et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ 2010; 340: c1718.

7.- NIVELES DE APOYO COMUNITARIO. –

- Servicios de Atención/Hospitalización Domiciliaria, Hospital de día Geriátrico y Consultas de Geriatría consultor en hospital o a domicilio, para apoyar al Equipo Básico de Salud en Atención Primaria, con el objetivo de **mantener al mayor el máximo tiempo y en las mejores condiciones de vida, en su domicilio.**

- Mas MA, Santa Eugenia S, “Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría” Rev Esp Geriatr y Gerontol 2015; 50 (1): 26-34
- Forster A, Young J, Lambley R, et al. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. Cochrane Database Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD001730. DOI: 10.1002/14651858.CD001730.pub2.

8.- RAZONES ECONÓMICAS. –

- La Asistencia Geriátrica Especializada, ha demostrado su eficiencia en el resto de España y del Mundo. Reduciéndose la necesidad de pruebas complementarias, menor consumo de fármacos, menor estancia hospitalaria, menor número de reingresos, reduce tasas de institucionalización. Con lo que se **REDUCE EL COSTE SANITARIO.**

- Baztan JJ, Suarez García FM, López Arrieta J, Rodríguez Mañas L “Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados” Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46 (4): 186-192
- González Montalvo JI, Baztán Cortés JJ, Alarcón Alarcón MT, Bárcena Álvarez A. “Rentabilidad de las Unidades geriátricas de agudos. Revisión sistemática.” Rev Esp Geriatr y Gerontol 2007; 43: 240-250
- González Montalvo JI, Mauleón Ladreo C, Menéndez R, Hernández S, Ramírez A, Díaz de Bustamante M, Sanz F Robles F, Alarcón T. “Eficiencia de unidades de agudos de Geriatría frente al resto de los servicios hospitalarios. Análisis de la casuística de 5 años ajustada por GRD” Rev Esp Geriatr Gerontol 2019; 54 (2): 94-98

9.- RAZONES POLÍTICAS. –

En el Programa Electoral del Partido Popular en las Elecciones Autonómicas de Andalucía del 2 de diciembre de 2018, recoge en el apartado 4.- “La Sanidad al servicio de la calidad de vida de los Andaluces. Un gran pacto sanitario para un nuevo modelo de gestión”, en su subapartado 3: Ampliación de la Cartera de Servicios, en el punto 17: **“Incluir la ESPECIALIDAD DE GERIATRIA en la Sanidad Pública Andaluza”**

- Programa electoral del Partido Popular a las Elecciones Autonómicas de Andalucía, 2 de diciembre de 2018. “Garantía del cambio”. Página 17

<https://ppandaluz.es/wp-content/uploads/2018/11/ppandaluz2018-programa-COMPLETO-W.pdf>

10.- RAZONES LEGALES. –

En la “Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía”, publicada en BOE-A-2007-5825, nº 68 el 20 de marzo de 2007, recoge en su página 8, en el ARTICULO 22 que hace referencia a SALUD, en su apartado K: **“Los andaluces tienen derecho a recibir asistencia geriátrica especializada.”** No recibir esta atención especializada podrá situar a los mayores andaluces en situación de inequidad frente a otros ciudadanos españoles, por razones de edad o de lugar de residencia.

- Ley Orgánica 2/2007 de 19 de marzo, de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. BOE nº 68 de 20 de marzo de 2007. Página 8
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-5825-consolidado.pdf>

CAPÍTULO 33

ACOMPañAMIENTOS ACTIVOS: BUENAS PRÁCTICAS EN EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

GONZÁLEZ LÓPEZ, LUCÍA¹; PERANDRÉS GÓMEZ, ANA¹; CRUZ LENDINEZ, ALFONSO²; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, ANDRÉS³; BONACHELLA PALLARÉS, ROSA³.

¹Fundación Ageing Lab; ²Fundación Ageing Lab / Universidad de Jaén;

³Macrosad.

El cuidado y promoción de la autonomía de las personas con dependencia es uno de los grandes retos de los países desarrollados que se enfrentan a un proceso de envejecimiento drástico. El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es una prestación social cuyo objetivo es realizar actuaciones preventivas/formativas o de atención a las personas con dependencia en su domicilio. Actualmente, la gestión del SAD asegura que las necesidades básicas (domesticas/personales) de las personas queden cubiertas estandarizadamente, pero no existen actuaciones con el objetivo de responder a las demandas específicas que mejoren la calidad de vida.

OBJETIVO

Añadir valor al SAD mediante los acompañamientos activos; para ello se pretende capacitar a los/las auxiliares con las habilidades necesarias para producir un impacto positivo sobre los/las usuarias en su hogar. Específicamente, se pretende:

- (1) estudiar los beneficios cognitivos-motivacionales que tiene la implementación/desarrollo de un Kit de Estimulación Cognitivo-Emocional sobre los usuarios.
- (2) formar a los/as auxiliares digitalmente para que a su vez actúen como formadores/as de los usuarios.

MÉTODO

KIT; Tras el desarrollo de un Kit **de estimulación cognitivo-emocional**, se realizó un estudio piloto de medidas repetidas donde un total de 10 usuarios fueron evaluados Pre-Post intervención (a los 3 meses) neuropsicológica (MINI-MENTAL) y afectivamente (YESAVAGE). Asimismo, se evaluó el grado de satisfacción de usuarios/familiares y auxiliares.

E-Inclusión; este proyecto pretende acercar el mundo digital al hogar de las personas mayores mediante la formación de 30 auxiliares que tendrán que capacitar digitalmente a 60 usuarios.

RESULTADOS

KIT; Tras su aplicación se consiguió que un 75% de los usuarios mejorase cognitiva/afectivamente. También se encuentra que el 100% de las/los auxiliares y un 88% de los familiares tienen un grado alto de satisfacción. Asimismo, los/as usuarios/as han manifestado un gran interés por continuar participando.

E-inclusión (en proceso); se espera que tenga resultados positivos sobre auxiliares/usuarios potenciando su autonomía y reduciendo la ansiedad tecnológica y brecha digital.

CONCLUSIONES

Estas propuestas de mejora en el SAD tienen un impacto directo sobre los/as usuarios/as y familiares y la calidad de vida de los mismos, haciendo que los acompañamientos sean verdaderamente activos y que resuelvan las necesidades específicas.

CAPÍTULO 34

EVALUACIÓN EN UNA UNIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y PALIATIVOS DE LAS NECESIDADES Y SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES.

LÓPEZ PORRAS, MARÍA DEL CARMEN¹; VÁZQUEZ RAMOS, MARÍA JOSÉ²; MARTÍNEZ BAREA, ROSARIO³.

¹Hospital de Alta Resolución de Morón de la Frontera; ²UGC San Francisco/UGC El Rancho; ³Hospital de Alta Resolución de Morón de la Frontera.

RESUMEN

Parte del papel de la Enfermería en las la Unidades de Cuidados Paliativos y Pluripatológicos (UCP) es explorar las opiniones de los familiares-cuidadores sobre la calidad del servicio recibido, tanto por ellos como por sus familiares enfermos terminales, con objeto de mejorarlo. El objetivo del presente estudio es analizar las necesidades y niveles de satisfacción de los familiares-cuidadores de pacientes terminales en la UCP del Hospital de Alta Resolución de Morón de la Frontera. Método: Muestreo intencional por conveniencia (n = 68 familiares-cuidadores de pacientes de la UCP del mencionado Hospital), metodología participativa de encuesta (cuestionario NSF de necesidades/satisfacción), diseño cuasiexperimental y transversal, estudio cuantitativo descriptivo. Resultados: Conocimientos generales: el 66,18% dice conocer qué son los cuidados paliativos y el 91,18% cree que alivian el sufrimiento, pero el 54,41% desconoce sus beneficios y el 79,41% opina que acortan la vida. Por otro lado, el 52,94% desconoce qué son las voluntades anticipadas y el 97,06% no las tienen declaradas. Comunicación sobre la agonía: es adecuada con los médicos y enfermeros para el 97,06% y entre los familiares para el 79,41%. Control sanitario, equipamiento e

infraestructuras: el 100% considera que hubo un buen control de los síntomas y el 80,88% un adecuado equipamiento e infraestructuras. Apoyo humano del personal: el 95,59% no recibió apoyo psicológico, el 83,82% tampoco espiritual y el 52,94% no recibió apoyo emocional. Necesidad del apoyo: el 88,24% creyó necesitar apoyo emocional, el 67,65% psicológico y el 47,06% espiritual. Trato y atención recibidos: en una escala de 1 a 10 puntos, la media de calidad referente a los médicos fue de 8,85 puntos; de 9,04 puntos para los enfermeros y de 8,54 puntos para la atención y trato generales de la UCP. Conclusiones: Las mayores necesidades de los familiares-cuidadores se concentran en el apoyo humano del personal de la UCP y en la comunicación intrafamiliar. Las mayores satisfacciones se dan en el control de síntomas, equipamientos e infraestructuras; en la comunicación con el personal, en su apoyo humano y trato y atención recibidos. Conviene mejorar los conocimientos generales de los familiares-cuidadores respecto a los cuidados paliativos.

OBJETIVO

Parte del papel de la Enfermería en las Unidades de Cuidados Paliativos y Pluripatológicos (UCP) es explorar las opiniones de los familiares-cuidadores sobre la calidad del servicio recibido, tanto por ellos como por sus familiares enfermos terminales, con objeto de mejorarlo. El objetivo del presente estudio es analizar las necesidades y niveles de satisfacción de los familiares-cuidadores de pacientes terminales en la UCP del Hospital de Alta Resolución de Morón de la Frontera.

MÉTODO

Muestreo intencional por conveniencia (n = 68 familiares-cuidadores de pacientes de la UCP del mencionado Hospital), metodología participativa de encuesta (cuestionario NSF de necesidades/satisfacción), diseño cuasiexperimental y transversal, estudio cuantitativo descriptivo.

RESULTADOS

Conocimientos generales: el 66,18% dice conocer qué son los cuidados paliativos y el 91,18% cree que alivian el sufrimiento, pero el 54,41% desconoce sus beneficios y el 79,41% opina que acortan la vida. Por otro lado, el 52,94% desconoce qué son las voluntades anticipadas y el 97,06% no las tienen declaradas. *Comunicación sobre la agonía:* es adecuada con los médicos y enfermeros para el 97,06% y entre los familiares para el 79,41%. *Control sanitario, equipamiento e infraestructuras:* el 100% considera que hubo un buen control de los síntomas y el 80,88% un adecuado equipamiento e infraestructuras. *Apoyo humano del personal:* el 95,59% no recibió apoyo psicológico, el 83,82% tampoco espiritual y el 52,94% no recibió apoyo emocional. *Necesidad del apoyo:* el 88,24% creyó necesitar apoyo emocional, el 67,65% psicológico y el 47,06% espiritual. *Trato y atención recibidos:* en una escala de 1 a 10 puntos, la media de calidad referente a los médicos fue de 8,85 puntos; de 9,04 puntos para los enfermeros y de 8,54 puntos para la atención y trato generales de la UCP.

CONCLUSIONES

Las mayores necesidades de los familiares-cuidadores se concentran en el apoyo humano del personal de la UCP y en la comunicación intrafamiliar. Las mayores satisfacciones se dan en el control de síntomas, equipamientos e infraestructuras; en la comunicación con el personal, en su apoyo humano y trato y atención recibidos. Conviene mejorar los conocimientos generales de los familiares-cuidadores respecto a los cuidados paliativos.

CAPÍTULO 35

ENFERMEDAD RENAL DIABETICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 MAYORES DE 65 AÑOS. PREVALENCIA. GRADO DE CONTROL.

LÓPEZ MESA, MANUEL; GARCÍA PANAL, JAVIER.

Centro de Salud "EL POSITO" Arcos de la Frontera.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de insuficiencia renal en pacientes diabéticos tipo II mayores de 65 años y valorar el grado de control metabólico.

Metodología:

Estudio descriptivo que incluye: edad, sexo, hemoglobina glicada (HbA1c), filtrado glomerular estimado por la fórmula CKD-EPI (FGe) e índice albumina/creatinina (A/C) en la primera orina de la mañana. Se incluyen 163 pacientes diabéticos. Consideramos enfermedad renal diabética (ERD) si el paciente presenta un FGe inferior a 60 ml/min y/o un índice albumina/creatinina superior a 300 mg/dl.

RESULTADOS

De un total de 608 pacientes con edad igual o superior a 65 años, hemos encontrado 163 pacientes diabéticos tipo II, es decir una prevalencia del 26%.

El 54,6% tienen 75 o más años y el 59% son mujeres.

El 64% tienen un FGe superior o igual a 60 ml/min.

El 16% Insuficiencia renal ligera a moderada (FGe entre 59-45 ml/min).

El 10% Insuficiencia renal moderada a grave (FGe entre 44-30 ml/min).

El 3% Insuficiencia renal grave (FGe entre 29-15 ml/min).

Ningún paciente se encontraba en fallo renal agudo (FGe inferior a 15 ml/min), solo 6 pacientes presentaban índices de A/C superior a 300 mg/dl y todos presentaban un FGe disminuido (Insuficiencia renal de moderada a grave).

Grado de control metabólico: Hb1Ac inferior o igual a 7: 62%; entre 7,1-7,5: 12,3%; 7,6-8: 9,8%; superior a 8: 9,2%.

Si valoramos la hemoglobina glicada en función del grado de afectación renal los resultados son: FGe normal y hemoglobina glicada inferior a 7: 68,3%; entre 7,1-7,5: 11,5%; 7,6-8: 11,5%; superior a 8: 8,7%.

Insuficiencia renal ligera a moderada y hemoglobina glicada inferior a 7: 75%; entre 7,1-7,5: 12,5%; 7,6-8: 4,2%; superior a 8: 8,3%.

Insuficiencia renal moderada a grave con hemoglobina glicada inferior a 7: 58,8%; entre 7,1-7,5: 17,6%; 7,6-8: 5,9%; superior a 8: 17,7%.

Insuficiencia renal grave y hemoglobina glicada inferior a 7: 40%; entre 7,1-7,5: 20%; entre 7,6-8: 20%; superior a 8: 20%.

CONCLUSIONES

Casi el 55% de estos pacientes tienen una edad superior a 75 años. Si consideramos que son enfermos pluripatológicos y valoramos como normal una hemoglobina glicada inferior a 8, podemos catalogar como bien controlados a casi el 90% de los pacientes.

CAPÍTULO 36

EXPECTATIVAS Y VIVENCIAS DE LA FAMILIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

VÁZQUEZ RAMOS, MARÍA JOSÉ¹; LÓPEZ PORRAS, MARÍA DEL CARMEN²; DURÁN PASTOR, MIRIAM ESPERANZA³.

¹Enfermera Gestora de Casos. UGC San Francisco y Rancho. G.S Sevilla Sur.;

²Hospital de Alta Resolución de Morón de la Frontera; ³Trabajadora social. Hospital Infantil Virgen del Rocío Paliativos/ Crónicos Complejos.

OBJETIVOS

- Estudiar el conocimiento que tienen los familiares cuidadores de pacientes con Alzheimer de la Enfermedad de Alzheimer (EA).
- Estudiar el conocimiento sobre los cuidados a sus familiares.
- Conocer los sentimientos por el hecho de cuidar a su familiar.

MÉTODO

Metodología cuantitativa. Estudio descriptivo transversal Muestreo intencional por conveniencia (n = 20). ZBS Morón de la Frontera.

RESULTADOS

La edad media es de 57,5 años. El 90% mujeres y el 60% hijo/a y el 30% cónyuge. 95% refieren que saben qué es la EA y el 60% no saben qué son los "Trastornos de Conducta de las Demencias" (SPCD). Sólo 35% enumera la agresividad y el 15% la irritabilidad. Respecto a los cuidados, los cuidadores NO conocen las recomendaciones generales para: pacientes encamados (50%), inmovilizados (40%), personas con incontinencia (30%) y problemas de sueño (40%). El 65% de los cuidadores no saben que es el documento de Voluntades Anticipadas y el 80% no sabe dónde puede solicitarse.

Mayor porcentaje de conocimiento en aspectos como el cuidado de la piel (80%) y los beneficios de una dieta equilibrada (85%).

Se sienten sobrecargadas el 95%. El 60% realiza alguna actividad física y sólo el 20% tiene actividad social. El 90% se sienten cansadas y agobiadas; y el 25% ansiosas y depresivas; el 10% impotentes ante la situación y 20% con sentimientos ambivalentes. El 25% no pide ayuda a nadie y el 50% pide ayuda a la familia. El 25% manejan sus emociones con medicación.

CONCLUSIONES

La mayoría de los cuidadores creen saber qué es la EA, aunque al preguntarles sobre cuestiones de la EA tienen dudas y/o creencias erróneas. No saben cuáles son los Trastornos de Conducta o nombran síntomas que no lo son.

Los cuidadores perciben un nivel bajo de conocimiento respecto a los cuidados a su familiar, salvo los cuidados de la piel y la alimentación.

Este conocimiento proporcionará información relevante a los profesionales de cara a la planificación y diseño de talleres que incidan en los temas que los familiares consideran que están menos capacitados.

CAPÍTULO 37

EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE ULTRASONIDOS TERAPÉUTICOS EN LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO

ROMERO LEÓN, JOSÉ MANUEL¹; GARCÍA CUERVA, ELVIRA².

¹Hospital Virgen de las Nieves; ²Hospital de Baza.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPPs) son lesiones de tipo isquémico de la piel y tejidos subyacentes motivadas por presión o fricción prolongadas. Suelen localizarse sobre prominencias óseas tales como talones, maléolos, trocánteres, glúteos, sacro o codos. El mayor factor de riesgo para su aparición es la inmovilidad: ancianos, pacientes neurológicos o con ingresos hospitalarios prolongados.

El tratamiento de las UPPs se basa en el empleo de apósitos que disminuyen la presión sobre la zona afecta, el manejo de las situaciones concurrentes que retrasan la cicatrización y la fisioterapia. También existen otras alternativas menos conocidas como la terapia con láser o ultrasonidos.

El empleo de los ultrasonidos podría favorecer la fibrinólisis enzimática, la síntesis de proteínas, la proliferación celular, la producción de células inflamatorias, el acúmulo de colágeno y la angiogénesis. Este tratamiento no implica un coste económico elevado, no requiere una formación extensa de los profesionales que lo aplican y no se han reportado efectos adversos relevantes derivados de su utilización. No obstante, la efectividad de esta terapia en la cicatrización de las UPPs es todavía incierta.

En el siguiente trabajo realizamos una revisión bibliográfica que analiza los efectos de la terapia con ultrasonidos en la resolución de las UPPs.

OBJETIVOS

Analizar los efectos de la terapia con ultrasonidos en la resolución de las UPPs.

MÉTODO

Llevamos a cabo una búsqueda en las siguientes bases de datos: Cochrane y PubMed-Medline. Seleccionamos estudios realizados entre los años 2006 y 2019, ambos incluidos, disponibles en español. Los descriptores utilizados fueron: “úlceras por presión”, “ultrasonidos” e “inmovilidad”. Los criterios establecidos fueron: que hicieran referencia en el título del estudio o en las palabras clave a las UPPs y al ultrasonido y que el resumen estuviera directamente relacionado con nuestro objetivo de estudio. De un total de 47 publicaciones fueron seleccionadas 19.

RESULTADOS

Tras analizar los trabajos seleccionados no encontramos resultados fiables que demuestren que la terapia con ultrasonidos aporte beneficios en el manejo de las UPPs. No obstante, no es posible excluir la posibilidad de un efecto positivo o negativo ya que el número de ensayos clínicos realizados es relativamente pequeño y presentan limitaciones en su diseño.

Pensamos que los próximos trabajos al respecto deben establecer criterios de inclusión y exclusión mejor definidos, contar con tamaños muestrales mayores y emplear la aleatorización. Por último, sería necesario definir la duración de la terapia y su frecuencia de aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

Baba-Akbari Sari A, Flemming K, Cullum NA, Wollina U. Therapeutic ultrasound for pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD001275.

Bora Karsli P, Gurcay E, Karaahmet OZ, Cakci A. High-voltage electrical stimulation versus ultrasound in the treatment of pressure ulcers. *Adv Skin Wound Care*. 2017;30(12):565-570.

Cullum N, Petherick E. Pressure ulcers. In: *Clinical Evidence*. London, UK: BMJ Publishing Group; February 2007.

Ennis WJ, Valdes W, Gainer M, Meneses P. Evaluation of clinical effectiveness of MIST ultrasound therapy for the healing of chronic wounds. *Adv Skin Wound Care*. 2006;19(8):437-446.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). *Clinical Practice Guideline. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide*. Washington, DC: NPUAP; 2014.

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Medical Advisory Secretariat (MAS). *Management of chronic pressure ulcers: An evidence-based analysis*. Ontario Health Technology Assessment Series. Toronto, ON: MAS; July 2009;9(3). Reddy M, Gill SS, Kalkar SR, et al. Treatment of pressure ulcers: A systematic review. *JAMA*. 2008;300(22):2647-2662.

Polak A, Franek A, Blaszcak E, et al. A prospective, randomized, controlled, clinical study to evaluate the efficacy of high-frequency ultrasound in the treatment of Stage II and Stage III pressure ulcers in geriatric patients. *Ostomy Wound Manage*. 2014;60(8):16-28.

Qaseem A, Humphrey LL, Forciea MA, et al.; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Treatment of pressure ulcers: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015;162(5):370-379.

Schmuckler J. Acoustic pressure wound therapy to facilitate granulation tissue in sacral pressure ulcers in patients with compromised mobility: A case series. *Ostomy Wound Manage.* 2008;54(8):50-53.

Vélez-Díaz-Pallares M, Lozano-Montoya I, Abraha I, et al. Nonpharmacologic interventions to heal pressure ulcers in older patients: An overview of systematic reviews (The SENATOR-ONTOP Series). *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(6):448-469.

CAPÍTULO 38

PREVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DEL SÍNDROME CONFUSIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

ROMERO LEÓN, JOSÉ MANUEL¹; GARCÍA CUERVA, ELVIRA².

¹Hospital Virgen de las Nieves; ²Hospital de Baza.

INTRODUCCIÓN

El delirio o síndrome confusional es un desorden cognitivo muy frecuente en los ancianos hospitalizados. Genera inquietud y angustia tanto en los pacientes como en sus familiares. Supone un factor de riesgo para la aparición de otras complicaciones durante el ingreso, incluida la muerte. Implica un coste económico elevado para el sistema sanitario, por lo que su prevención es recomendable.

Los factores de riesgo para su aparición son múltiples: deshidratación, infecciones, tratamientos farmacológicos, etc., por lo que las medidas de prevención deben atender a diferentes ámbitos

OBJETIVOS

Determinar la efectividad de diferentes intervenciones dirigidas a la prevención de la aparición del delirio en pacientes hospitalizados

MÉTODO

Llevamos a cabo una búsqueda en las siguientes bases de datos: Cochrane, Google Academics y UptoDate. Seleccionamos estudios realizados entre los años 2000 y 2019, ambos incluidos, disponibles en español. Los descriptores utilizados fueron: “delirio”, “síndrome confusional” y “hospitalización”. Los criterios establecidos fueron: que hicieran referencia en el título del estudio o en las palabras clave a la prevención del delirio en pacientes hospitalizados y que

el resumen estuviera directamente relacionado con nuestro objetivo de estudio. De un total de 36 publicaciones fueron seleccionadas 21.

RESULTADOS

Existe evidencia alta que recomienda las medidas multifactoriales de prevención del delirio en ancianos ingresados en el hospital. No se justifica el empleo preventivo de antipsicóticos, inhibidores de la colinesterasa o melatonina para reducir la incidencia del síndrome confusional. Existe evidencia significativa que confirma la efectividad de las intervenciones no farmacológicas que se centran en el adiestramiento del personal sanitario, la movilización precoz y retirada de vías y sondajes tan pronto como sea posible, en proporcionar un entorno proclive para favorecer un sueño continuo y reparador, etc.

CONCLUSIONES

La prevención del delirio debe basarse en la adopción de medidas multifactoriales no farmacológicas que son las que tienen una evidencia sólida. Es fundamental identificar a aquellos pacientes que presentan mayor riesgo de aparición de síndrome confusional durante el ingreso, entre los que se encuentran ancianos, pacientes con neoplasias terminales, pluripatológicos o con deterioro cognitivo previo al ingreso. Una vez identificados se podrán iniciar estas medidas preventivas que han demostrado disminuir la estancia hospitalaria y la morbilidad asociada al mismo.

Entre las medidas preventivas del delirium podemos enumerar:

- 1.- Movilización temprana, iniciando la deambulación de forma precoz y evitando el empleo de dispositivos que la impidan, por ejemplo, catéteres vesicales.
- 2.- Corrección de déficits sensoriales mediante el empleo de audífonos, gafas, prótesis dentales.

- 3.- Medidas ambientales: garantizar una iluminación adecuada de la habitación durante el día y mantener un ambiente oscuro en la noche, evitar ruidos y favorecer un entorno silencioso.
- 4.- Medidas dirigidas a favorecer la orientación: informar al paciente acerca de la causa del ingreso. Empleo de calendarios, relojes en zonas visibles.
- 5.- Estimular la ingesta hídrica.
- 6.- Garantizar un adecuado descanso nocturno, facilitando el ciclo sueño/vigilia. Evitar en la medida de lo posible la administración de medicación en la noche.

BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda P, León M, Domínguez-Martín L, Lozano-Berrio V, Romero L, Luengo C, et al. Effects of a short-term occupational therapy intervention in an acute geriatric unit. *Maturitas* May 2011 Epub;69(3):273-8.
- Aizawa K, Kanai T, Saikawa Y, Takabayashi T, Kawano Y, Miyazawa N, et al. A novel approach to the prevention of postoperative delirium in the elderly after gastrointestinal surgery. *Surgery Today* 2002;32(4):310-4.
- Boustani MA, Campbell NL, Khan BA, Abernathy G, Zawahiri M, Campbell T, et al. Enhancing care for hospitalized older adults with cognitive impairment: a randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine* 2012;27(5):561-7.
- Fukata S, Kawabata Y, Fujisiro K, Katagawa Y, Kuroiwa K, Akiyama H, et al. Haloperidol prophylaxis does not prevent postoperative delirium in elderly patients: a randomized, open-label prospective trial. *Surgery Today* 2014;44(12):2305-13.
- Hempenius L, Slaets JPJ, Asselt D, Bock GH, Wiggers T, Leeuwen BL. Outcomes of a geriatric liaison intervention to prevent the development of postoperative delirium in frail elderly cancer patients: report on a multicentre, randomized, controlled trial. *PLOS One* 2013;8(6):e64834.
- Inouye SK. Delirium in older patients. Ed. *N Engl j. Med.* 2006; 354:1157-65.
- Jeffs KJ, Berlowitz DJ, Savige JA, Lim WK. Does an enhanced exercise and cognitive

program reduce incident delirium in older hospital patients: results of a randomised controlled trial. *Internal Medicine Journal* 2008;38(Suppl 5):A121.

-Lundstrom M, Olofsson B, Stenvall M, Karlsson S, Nyberg L, Englund U, et al. Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clinical and Experimental Research* 2007;19(3):178-86.

-Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49(5):516-22.

-Martinez FT, Tobar C, Beddings CI, Vallejo G. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age Ageing* 2012;41(5):629-34.

-Watne LO, Torbergsen AC, Conroy S, Engedal K, Frihagen F, Hjorthaug GA, et al. The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial). *BMC Medicine* 2014; 12:63.

-Young L.J., George J. Do Guidelines Improve the Process and Autocomes of Care in Delirium? *Age and Ageing*. Vol. 32 nº 5, 2003.

CAPÍTULO 39

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR.

**GUTIÉRREZ BAENA, BELÉN¹; VALLEJO SÁNCHEZ, JESÚS MANUEL²;
ROMERO GRIMALDI, CARMEN³.**

¹Centro de estudios de Ciclos Formativos Salus Infirmorum;

²Residencia de Mayores Matía Calvo. Diputación Provincial de Cádiz;

³Centro de Estudios Universitarios Salus Infirmorum. Adscrita a la Universidad de Cádiz.

RESUMEN

En nuestro país, el 84% de las personas dependientes necesitan ayuda para su higiene diaria y el 63% para su alimentación, por lo tanto, necesitan un cuidador la mayor parte del tiempo. El cuidador familiar suele ser mujer, hija y en muchos casos experimenta sobrecarga. Por otra parte, los constantes cambios socioeconómicos que ha sufrido nuestro país en los últimos años han afectado a muchos aspectos relacionados con el cuidador familiar. Para poder abordar las necesidades específicas de los cuidadores, es de gran importancia conocer las características sociodemográficas de este grupo poblacional. Este trabajo tiene como objetivo conocer el perfil del cuidador familiar y valorar su grado de sobrecarga en el desempeño de su labor como cuidador.

Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal con una muestra de 172 cuidadores de la provincia de Cádiz. Se ha utilizado un cuestionario en formato autoadministrado para conocer las características sociodemográficas del cuidador y también el Test de carga del cuidador (Zarit).

En nuestro estudio el cuidador se describe como mujer (79%), casada (75%), hija (52%), con una edad comprendida entre los 55 y 64 años (40%) y que convive con la persona dependiente en el 63% de los casos y aproximadamente la mitad de los encuestados dedicaban más de 14 horas al día al cuidado. Del

total de la muestra, el 21% presentó sobrecarga y de ellos, el 36% experimentaban sobrecarga intensa.

PALABRAS CLAVE cuidadores, personas con discapacidad, características de la población, encuestas y cuestionarios (Fuente: DECS).

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno en aumento. El colectivo de personas de 65 o más edad cada vez es mayor. Esto es debido al aumento de la esperanza de vida y a la mejora de la asistencia sanitaria. En España hay más de dos millones de personas dependientes con diferentes grados de severidad, residiendo en viviendas familiares. La dependencia, según establece la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se entiende como la situación en la que una persona requiere de la ayuda de otro para realizar las actividades de la vida diaria. La situación de dependencia en España, afecta al 20% de la población mayor y de estos el 84% de las personas necesitan ayuda para su higiene diaria y el 63% para su alimentación (Abellán, 2011).

En Andalucía la tasa de dependencia de la población mayor de 64 años ha ido aumentando exponencialmente

Tabla 1: Comparativa de Porcentajes de dependencia

Año	España	Andalucía	Cádiz
2019	54,28%	26,06%	50,65%
2018	54,19%	25,62%	50,31%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

durante los últimos 10 años. En el 2018 la tasa era de 26%. Además, en la provincia de Cádiz la tasa de dependencia el pasado año alcanzó el 50% de la población. Como podemos ver en la tabla 1, los datos siguen en ascenso (INE).

Además, esta población se caracteriza por sufrir un aumento de las enfermedades crónicas como artritis/artrosis (69%), hipertensión (43%), cataratas (38%) y depresión (27%), entre otras (Durán, 2010). La acción concomitante de estos factores hace que la atención a la dependencia adquiera una gran

importancia ya que afecta a ámbitos sociales, psicológicos, económicos, políticos y familiares.

Las políticas existentes en nuestro país que intentan responder a las necesidades de las poblaciones dependientes se basan en la permanencia de estas personas en el hogar el mayor tiempo posible. Estas políticas hacen énfasis en las ventajas que supone el mantenimiento en el hogar y presentan a la familia como núcleo habitual de convivencia (Bódalo-Lozano, 2010). Aunque en su origen esta es la mejor orientación para cualquier paciente, sin embargo, se plantea el problema de la necesidad en la mayoría de los casos de un cuidador. Por cuidado informal se entiende aquel que se presta a personas dependientes por parte de familiares y engloba un conjunto de actividades orientadas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas (Arriola, 2004). Se caracteriza porque es gratuito (el 88% en España), se realiza en el ámbito privado y nuestra sociedad lo asume como una extensión de las tareas domésticas (Delicado, 2004; Rogero-García, 2009). Esta asistencia diaria e intensa, implica una elevada responsabilidad que, habitualmente, se mantendrá durante muchos años. En muchos casos, el cuidado se convierte en un estresor que impacta negativamente sobre el cuidador y que probablemente le sobrecargará. Esta situación de malestar y estrés sobre el cuidador ha sido conceptualizada con el término general de carga (Crespo, 2015). Como consecuencia de esta situación de estrés mantenido, los cuidadores pueden experimentar graves problemas de salud física y/o mental, (Stansfeld 2014; Schulz y Sherwood, 2008). Además, situaciones como no saber la evolución de la enfermedad de las personas a su cuidado, sentirse solos, la fatiga y el cansancio emocional se señalan como principales afectaciones que sufren los cuidadores en su labor de cuidar (López, 2009).

Según la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, el perfil del cuidador/a principal viene marcado por el factor género. Las tareas del cuidado recaen mayoritariamente en las mujeres (que representan el 84% del universo del cuidador), de mediana edad (en torno a los 53 años), con una posición económica baja, en situación de desempleo, con un nivel de estudios primarios y que realiza labores de ama de casa, normalmente casada y que además de ocuparse del

cuidado de su familia, tiene la responsabilidad principal de atención de una persona dependiente y con la que tiene una relación de hija (50%) o esposa (12%) (Pérez, 2016). Pero los constantes cambios socioeconómicos y políticos que están aconteciendo en nuestro país podrían estar cambiando las características del cuidador. Para poder abordar las necesidades específicas de los cuidadores, es de gran importancia conocer las características sociodemográficas actuales de este grupo poblacional. Este trabajo tiene como objetivo conocer el perfil del cuidador familiar y valorar su grado de sobrecarga en el desempeño de su labor como cuidador.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y de corte trasversal. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por 172 cuidadores familiares de pacientes con un cierto grado de dependencia. Se ha evaluado el grado de dependencia, las características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios...) y el nivel de sobrecarga a través de un cuestionario en formato autoadministrado. La muestra se reclutó entre los meses de octubre de 2018 a junio de 2019 en la provincia de Cádiz. Los criterios de inclusión propuestos para los cuidadores fueron: mayor de 18 años, cuidador familiar de persona con un grado de dependencia moderado, severo o total según el índice de Barthel, que no tuviesen conocimientos sanitarios y que prestasen su consentimiento informado por escrito. Esta investigación está aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cádiz.

El grado de dependencia se midió mediante el índice de Independencia de Barthel en el que se miden, a través de diferentes parámetros (comer, vestirse, trasladarse...), las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Dependiendo de la puntuación obtenida podemos determinar el grado de dependencia de la persona (total, severo, moderado, leve e independiente) (Cid-Ruzafa, 1997). El nivel de carga del cuidador se testó con el cuestionario de Zarit. Contiene 22 preguntas tipo Likert con rango de respuestas de 0 a 4 (nunca, casi nunca, a

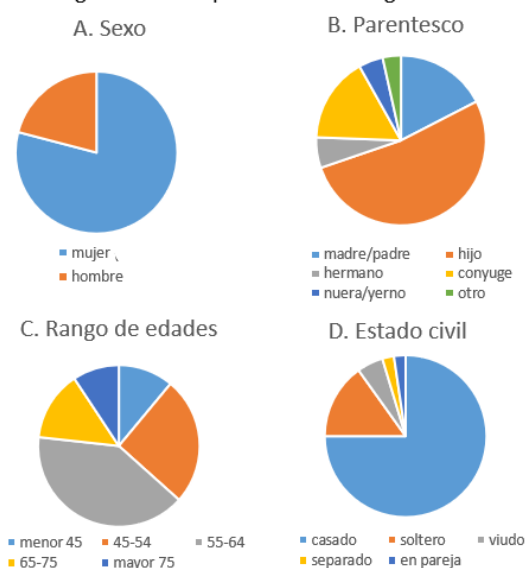
veces, muchas veces, siempre). Cuando el rango de respuestas es menor de 46 indica no sobrecarga, de 46 a 56 sobrecarga leve y mayor de 56 sobrecarga intensa (Barreto-Osorio, 2015). El análisis de la información se realizó mediante el programa estadístico IBM SPSS®, en su versión N.º 21 y el programa Excel en su versión 16.0. Hemos analizado los datos con el estadístico “t-Student” y el coeficiente de correlación. Nivel significancia estadística $p < 0.05$. Los resultados han sido expresados como % del total.

RESULTADOS

Descripción sociodemográfica de la muestra

Del total de la muestra el 79% eran mujeres y el 21% hombres (Figura 1.A). Más de la mitad de los encuestados eran hijos (52%), el 16% eran cónyuges y el 17%, padres o madres de las personas dependientes (Figura 1.B). Las edades de los cuidadores se han dividido por rangos. Obtuvimos una muestra de cuidadores menores de 45 años (11%), entre 45 y 54 años (26%), entre 55 y 64 años (40%), entre 65 y 75 años (14%) y mayores de 75 años (9%) (Figura 1.C). En cuanto al estado civil, el 15% de la muestra eran solteros y el 75% de la muestra casados (Figura 1.D).

Figura 1. Descripción sociodemográfica

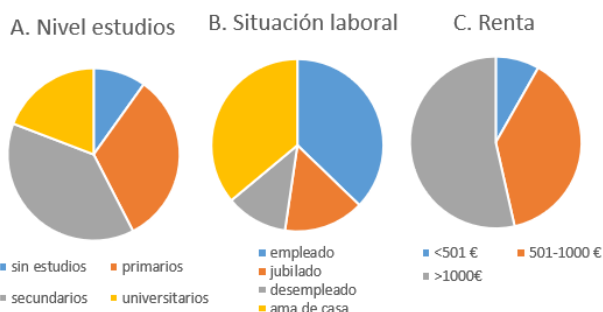


Situación económica y laboral de la muestra

El nivel de estudio de los encuestados corresponde con estudios secundarios (38%), estudios primarios (33%), sin estudios (10%) y sorprendentemente el 19% había alcanzado estudios universitarios (Figura 2.A). Del

total de la muestra del estudio el 37% se encontraba en activo y el 36% ama de casa. También se encuestó a desempleados (12%) y jubilados (15%) (Figura 2.B). En cuanto a la renta de las familias el 38% tenían una renta comprendida entre 501 y 1000€ mientras que más de la mitad de la muestra disfrutaban de una renta superior a 1000€ (53%) (Figura 2.C). Aproximadamente el 40% de la muestra tiene concedida las ayudas que contempla la Ley de Dependencia, ya sea en forma de ayuda domiciliaria (24%) o prestación económica (16%).

Figura 2. Situación económica y laboral de la muestra



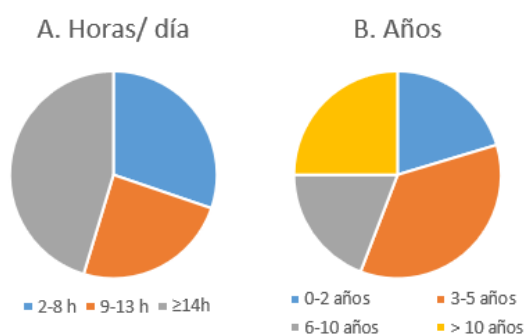
Los datos se expresan en % del total

Tiempo dedicado al cuidado

Aproximadamente la mitad de los cuidadores de nuestra muestra dedica más de 14 horas al día a cuidar (45%). El 30% de los cuidadores entrevistados dedicaron entre 2 y 8 horas al cuidado y el 24% le dedicaba entre 9 y 13 horas (Figura 3.A). Además, los participantes llevan realizando esta tarea durante años. En nuestra muestra el mayor

porcentaje había cuidado durante un tiempo de 3 a 5 años (35%). El 20% lleva al menos dos años y el 19% llevaba realizando esta tarea entre 6 y 10 años. Mientras que el 25% de los cuidadores había prestado cuidados durante más de 10 años (Figura 3.B). Del total de cuidadores encuestados el 63% vive en el mismo domicilio que la persona dependiente.

Figura 3. Tiempo dedicado al cuidado



Los datos se expresan en % del total

Nivel de Sobrecarga

Los participantes del estudio cuidaban a personas con distintos grados de dependencia según el índice de Barthel. Con grado de dependencia total (41%), severo (31%), moderado (26%) y leve (1%). El 21% de la muestra presentó sobrecarga y de ellos, el 36% experimentaban sobrecarga intensa. Además, se ha relacionado la sobrecarga del cuidador con el grado de dependencia de las personas. De los cuidadores que experimentaron sobrecarga, el 47% cuidaba de personas con dependencia total, el 42% con dependencia severa y el 8% con dependencia moderada según el índice de Barthel. Aquellos cuidadores con sobrecarga intensa cuidaban de personas con un grado de dependencia mayor en una relación significativamente estadística ($n=13$, $p \leq 0.0001$). Al correlacionar la sobrecarga con la dependencia también se obtuvo un grado de correlación significativo ($r=-0,169$).

DISCUSIÓN

Con el presente trabajo se ha podido determinar el perfil del cuidador familiar en la provincia de Cádiz. Siendo esta de sexo femenino, casada, hija y con una edad comprendida entre los 55 y 64 años cuya actividad laboral se divide entre ama de casa y empleadas con un nivel de estudios secundarios mayoritariamente. El tiempo que dedican a cuidar es superior a 14 horas al día y es una tarea que se realiza durante años. Esto tiene como consecuencia la aparición de sobrecarga que se puede convertir en intensa a medida que la persona receptora de cuidados se vuelve más dependiente.

La distribución del cuidado informal no ha cambiado apenas en los últimos años ni siquiera tras la entrada en vigor de la Ley de dependencia, pero si ha cambiado el perfil sociodemográfico de los cuidadores de hoy en día (Del Pozo, 2012). Al igual que han presentado otros estudios, el cuidado a las personas en situación de dependencia sigue estando en manos de las mujeres de mediana edad de las familias. Normalmente son las esposas las que cuidan de sus maridos y cuando no puede ser así, la tarea pasa a las hijas. La tarea de cuidar sigue siendo una labor de larga duración (Ruiz, 2019). El tiempo de dedicación al día y

el grado de dependencia total y severo según Barthel están relacionados con la sobrecarga (Valle-Alonso, 2015). Se han encontrado cambios en el nivel cultural, el perfil de los cuidadores de hoy tienen en su gran mayoría estudios secundarios e incluso un porcentaje importante posee estudios universitarios. Estos cambios han provocado que los cuidadores, además de realizar su tarea como cuidador informal, mantengan un empleo a jornada completa o parcial de la misma forma que pasa en EEUU, donde los cuidadores familiares tienen mayoritariamente estudios universitarios y trabajo remunerado (Rapporteur, 2010).

Hemos encontrado una correlación significativa entre el grado de dependencia según Barthel y la sobrecarga del cuidador. Al igual que han presentado otros estudios, hemos encontrado que los cuidadores con más sobrecarga cuidan a personas que presentan un mayor grado de dependencia y esta ayuda que brindan puede provocar frustración, resignación y efectos negativos para la salud del cuidador (Andrade-Colito, 2019; Stansfeld, 2014). Este dato nos hace incurrir en que los cuidadores familiares de grandes dependientes serían más susceptibles a padecer riesgo de estrés por sobrecarga, deterioro de la regulación del estado de ánimo, cansancio del rol de cuidador y desempeño ineficaz del rol (NANDA, 2019). También son susceptibles de padecer patologías mentales como trastorno de ansiedad generalizada o trastorno depresivo (Stansfeld, 2014; Huang, 2018). Por lo tanto, dentro de los cuidadores, aquellos que cuidan a personas con alto grado de dependencia necesitarán una mayor atención, apoyo psicosocial e intervenciones de enfermería.

En estudios futuros prevemos seguir estudiando esta población, las habilidades que presentan para cuidar, la forma de afrontarlo y las consecuencias a corto y largo plazo que tiene esta actividad continua y sin descanso.

BIBLIOGRAFÍA

Abellán García, A., Esparza Catalán, C., & Pérez Díaz, J. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia.

Andrade Colito, C. (2019). Cuidadores de pacientes demenciales y su estado de salud mental.

Arriola, M. J., & Setién, M. L. (2004). Cuidadores de ancianos dependientes: demandas y estrategias de apoyo.

Barreto-Osorio, R. V., Campos de Aldana, M. S., Carrillo-González, G. M., Coral-Ibarra, R., Chaparro-Díaz, L., Durán-Parra, M., ... & Ortiz-Nievas, V. T. (2015). Entrevista Percepción de Carga del Cuidado de Zarit: pruebas psicométricas para Colombia. *Aquichan*, 15(3), 368-380.

Bódalo-Lozano, E. (2010). Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Portularia*, 10(1), 85-97.

Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71(2), 127-137.

Crespo, M., & Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26(1), 9-15.

Del Pozo Rubio, R., & Escribano Sotos, F. (2012). Impacto económico del cuidado informal tras la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 381-392.

Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. F., González, A., & Molina, J. M. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28.

Huang, Y. C., Hsu, S. T., Hung, C. F., Wang, L. J., & Chong, M. Y. (2018). Mental health of caregivers of individuals with disabilities: relation to suicidal ideation. *Comprehensive psychiatry*, 81, 22-27.

López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., Moreno, A., & Javier, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev. Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.

NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 20018-2020. Madrid: Elsevier España, 2019.

National Research Council. (2010). *The role of human factors in home health care: Workshop summary*. National Academies Press.

Pérez Sepúlveda, E. T. (2016). Percepción de la habilidad de cuidado de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas.

Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública*, 83(3), 393-405.

Ruiz LF, Gordillo AM, Galvis CR. Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. *Rev Cuid*. 2019; 10(3): e608.

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 105-113.

Stansfeld, S., Smuk, M., Onwumere, J., Clark, C., Pike, C., McManus, S., ... & Bebbington, P. (2014). Stressors and common mental disorder in informal carers—An analysis of the English Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Social Science & Medicine*, 120, 190-198.

Useros, M. D., Parra, E. C., Espín, A. A., Máñez, M. L., & Borge, C. G. (2004). Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Atención Primaria*, 33(4), 193-199.

Valle-Alonso, D., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(1), 19-27.

CAPÍTULO 40**ENTRENANDO LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PERSONAS MAYORES
CON DETERIORO COGNITIVO**

**MARTÍN CARMACHO, PAOLA; PÁEZ CASADO, NORA INÉS; LEÓN
FERNÁNDEZ, MARÍA; MARÍN CARMONA, JOSÉ MANUEL.**

Centro de Envejecimiento Saludable. Ayuntamiento de Málaga

RESUMEN

La educación emocional tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social, destacando su carácter preventivo en el proceso en envejecimiento saludable y mejora de la calidad de vida.

Estudio piloto de intervención en Inteligencia Emocional en tres grupos de adultos mayores, usuarios del Centro de Envejecimiento Saludable del Ayuntamiento de Málaga (Grupo 1 quejas subjetivas de memoria, Grupo 2 deterioro cognitivo leve, Grupo 3 demencia leve.).

Se realiza evaluación inicial y final, aplicando la Escala de Satisfacción con la Vida de Emmons, Larsen y Griffin y la Escala de Afectividad (PANAS) de Clark y Watson en Adultos Mayores. El programa de intervención socioeducativa consta de diez sesiones grupales, en las que se trabajan contenidos de Inteligencia Emocional, tales como percepción, comprensión, facilitación y regulación emocional; con una metodología dinámica y participativa.

El proyecto se encuentra en desarrollo. Se presentan resultados del Grupo 1: - 7 participantes: 6 mujeres, 1 hombre. Edad media 70 años (62-74). - Escala de Satisfacción con la Vida de Emmons, Larsen y Griffin: Inicio del taller: Altamente satisfecho 57.14% Satisfecho 14.28% Ligeramente Satisfecho 14.28% Muy insatisfecho 14.28% Final del taller: Altamente satisfecho 28.57% Satisfecho 42.85% Ligeramente Satisfecho 14.28% Muy insatisfecho 14.28% - Escala de Afectividad (PANAS) de Clark y Watson en Adultos Mayores Inicio del taller

Afectividad Positiva 38.14/ 50 Afectividad Negativa 30.14/ 50 Final del taller:
Afectividad Positiva 39.28/ 50 Afectividad Negativa 27 / 50.

Se enfatiza la impresión cualitativa debido a las limitaciones del estudio (escasa muestra, corto tiempo de intervención)

Asimismo, las características del grupo, de alto nivel de satisfacción emocional, previa a la intervención, no permiten objetivar cambios significativos. No obstante, tras realizar el taller se aprecia que las emociones positivas se mantienen y el afecto negativo disminuye.

INTRODUCCIÓN

El bienestar y la calidad de vida de las personas mayores constituyen un objetivo de acción que ha adquirido una enorme relevancia en los últimos tiempos y, en este sentido, existe un creciente interés por tratar de determinar qué factores y procesos contribuyen a que las personas gocen de elevados niveles de bienestar a medida que envejecen. Padecer deterioro cognitivo o demencia, en absoluto debiera impedir aspirar a la consecución del mismo objetivo.

El Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud define el envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, considerando el término *bienestar* en el sentido más amplio y abarcando cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización. En este sentido, diversos autores describen cómo las emociones están en íntima relación con la salud física y psíquica de las personas, y se encuentran en constante interacción con los procesos cognitivos e influyen en la toma de decisiones, el razonamiento o la ejecución de tareas perceptivas, atencionales y de memoria. Por tanto, la promoción del desarrollo emocional y el aumento de las emociones positivas, pueden ayudar a las personas mayores a adaptarse al proceso de envejecimiento, actuando como factor protector del estado de salud físico y mental.

El abordaje preventivo o terapéutico del adulto mayor con deterioro cognitivo o demencia incluye intervenciones multicomponentes en las que los programas de estimulación cognitiva ocupan un lugar destacado. Sin embargo, no ocurre lo mismo en lo que se refiere al ámbito de las emociones. Los programas de educación emocional se han aplicado fundamentalmente en niños en edad escolar para facilitar la expresión de las emociones y prevenir conductas de riesgo (por ejemplo, el consumo de drogas, o conductas violentas). Sin embargo, según estudios realizados (Rey, Lourdes; Extremera, Natalio y Sánchez Álvarez, Nicolás, 2017) se pone de manifiesto cómo en las personas mayores con mayor inteligencia emocional se aprecian mejores habilidades sociales, con la familia y los amigos. Resultando de ello unas redes sociales más sólidas que repercutirán positivamente en su bienestar ya que el adulto mayor podrá hacer uso de estas redes durante los momentos de estrés (pérdidas, deterioro físico, etc.). Los hallazgos de este estudio sobre las asociaciones indirectas entre inteligencia emocional (IE) y otros factores psicosociales como el apoyo social, podrían ayudar a comprender el vínculo existente entre IE y felicidad en personas mayores, sugiriendo posibles implicaciones prácticas para las intervenciones psicosociales, dirigidas al fomento del manejo emocional y el crecimiento de redes sociales, como forma de fomentar el bienestar en el adulto mayor.

Desde un enfoque integral, las necesidades de los pacientes con deterioro cognitivo y demencia no se reducen a las meras necesidades fisiológicas o de seguridad, sino que aspectos emocionales como la autorrealización, la autoestima, los afectos o el amor son también necesidades reales en estos pacientes y la no satisfacción de las mismas, trae consigo una disminución de la calidad de vida relacionada directamente con la salud física y mental. Por todo ello, podemos afirmar que la conservación y el cuidado de la vida emocional en los pacientes con demencia tienen importantes implicaciones en el manejo de la enfermedad, y por ende en su calidad de vida (García-Alberca, J.M., 2015, p 103))

En las primeras fases de la enfermedad, el paciente se enfrenta a una serie de cambios que con mucha frecuencia producen depresión y ansiedad. Además, la depresión como consecuencia de otras pérdidas (jubilación, duelo, etc.) es un

trastorno frecuente en las personas mayores. Por lo tanto, es indudable que las emociones van a influir en las manifestaciones de la enfermedad y en cómo el adulto mayor va a afrontar y se va adaptar a los cambios que la enfermedad conlleva. En este sentido, el entrenamiento emocional podría dotar al paciente de una *reserva emocional* que actuaría como un *colchón* contra los choques negativos de la enfermedad.

La educación emocional entendida según Bisquerra, es un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos, los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social. Esto permite afirmar que el desarrollo emocional y el cognitivo van de la mano, es decir, emoción y cognición presentan una relación bidireccional y complementaria.

Por todo ello, creemos que los programas de Entrenamiento de Educación Emocional en estadios iniciales de la enfermedad podrían actuar como preventivo para ayudar a minimizar los efectos negativos de la sintomatología que conlleva la evolución de la enfermedad y como optimizador de la calidad de vida para los pacientes y sus familiares.

Esta es una invitación a ir un paso más allá de la mera actividad asistencial, se trata de no considerar únicamente los efectos devastadores de la enfermedad, sino considerar también los aspectos que pueden traer consigo una vivencia más positiva y con mayor calidad de vida para los pacientes con demencia.

Tras la realización del programa de inteligencia emocional se espera que los pacientes sean capaces de tener una actitud más positiva ante la vida, que les ayude a continuar con su día a día, haciendo frente a las limitaciones de su enfermedad, sin renunciar al placer o al disfrute.

OBJETIVO

Realizar un programa de Entrenamiento de Inteligencia Emocional en tres grupos de adultos mayores, usuarios del Centro de Envejecimiento Saludable del

Ayuntamiento de Málaga, comparando su eficacia en función del nivel cognitivo de los usuarios (Grupo 1 quejas subjetivas de memoria, Grupo 2 deterioro cognitivo leve, Grupo 3 demencia leve.)

Objetivos Específicos

- Favorecer las capacidades de adaptación a esta etapa de la vida con optimismo.
- Facilitar de forma vivencial estrategias emocionales para afrontar los problemas, dificultades y cambios a los que el adulto mayor debe hacer frente.
- Prevenir el desarrollo de problemas emocionales.
- Potenciar la capacidad de ser feliz en esta etapa de la vida.
- Prevenir los efectos perjudiciales de las emociones negativas
- Desarrollar habilidades para desarrollar emociones positivas y disfrutar de sus beneficios.
- Fortalecer las relaciones sociales.
- Prevenir alteraciones de la conducta.
-

METODOLOGÍA

El programa consta de tres fases, una primera fase de evaluación, una segunda fase de intervención y una tercera de evaluación final. Las personas participantes de este programa son usuarios/as de los programas de memoria y estimulación cognitiva del Centro de Envejecimiento Saludable del Ayuntamiento de Málaga. Son un total de 21 participantes, divididos en tres grupos diferenciados: Grupo 1: Siete usuarios de los talleres, con queja subjetiva de memoria; Grupo 2: Siete usuarios de los talleres de estimulación cognitiva, Programa Grador; Grupo 3: Siete usuarios de los talleres de estimulación cognitiva, presenciales en los distintos distritos. Cada grupo tiene características que los diferencia en cuanto a su grado de deterioro cognitivo, por ello se decide aplicar diferentes escalas de evaluación.

FASE 1: EVALUACIÓN INICIAL

Para la primera fase, se cita a cada participante de forma individual para una primera toma de contacto y aplicar diferentes escalas. En el Grupo 1 se aplican la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS) en Adultos Mayores de Watson, D., Clark., L., & Tellegen, A. (1998), el instrumento evalúa dos factores esenciales de los estados emocionales, las emociones de carácter positivo y negativo, con el fin de indagar la inestabilidad emocional como una herramienta inicial de evaluación del estado de ánimo; y la Escala de Satisfacción con la Vida para adultos mayores, de Emmons, Larsen, y Griffin, que pretende medir el bienestar subjetivo, concentrándose en la satisfacción con la vida global, evaluando de forma general, lo logrado en la vida y su satisfacción con la misma. En el Grupo 2 se aplica la Escala Geriátrica de Depresión GDS de Yesavage para medir el grado de depresión; y la escala Quality Of Life Alzheimer's Disease Scale (QOL-AD) que mide la calidad de vida específicamente en personas mayores con deterioro cognitivo.

FASE 2: INTERVENCIÓN

Una vez realizada la fase de evaluación inicial y realizada la primera toma de contacto con cada uno de los participantes de forma individual, se inicia la fase de Intervención, en la cual se desarrolla el programa grupal de inteligencia emocional.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE ENTENAMIENTO EMOCIONAL

Marco Teórico

El programa de Entrenamiento de Inteligencia Emocional se enfoca desde la perspectiva contextual y del ciclo vital, la diversidad e individualidad de los cambios en el desarrollo emocional a lo largo de toda la vida y, por tanto, excluye una visión estereotipada, específica y común a un grupo de población determinado, en este caso las personas mayores con deterioro cognitivo. Por ello,

se propone una programación flexible y respetuosa con las necesidades propias de cada grupo y de cada persona.

El programa fundamenta los contenidos de su intervención en el marco teórico de Inteligencia Emocional, descrito por los investigadores Mayer y Salovey (1990) que definen la inteligencia emocional como la habilidad para percibir, expresar, comprender y gestionar las emociones. Según los autores, tras veinte años de estudios se ha demostrado el papel fundamental de las emociones positivas en el bienestar y la felicidad de las personas. Las personas que perciben, expresan, comprenden y gestionan adecuadamente tanto sus emociones positivas como negativas tienen una vida más plena y positiva que las que no son capaces de hacerlo de forma eficaz.

También se fundamenta en la Teoría del Bienestar (Modelo PERMA) en el marco de la Psicología Positiva de Martín Seligman (1999) que se fundamenta en cinco principios básicos: emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, propósito y significado, éxito y sentido del logro. Desde el enfoque de la psicología positiva, los autores Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás (2009) describen como la emoción positiva tiene éxito en múltiples dominios de la vida, concluyendo que el afecto positivo actúa sobre el proceso de envejecimiento aportando mayor longevidad y como protectora de la salud física y mental.

Principios pedagógicos

- Se priorizan el aprendizaje de los *contendidos procedimentales y actitudinales* a los *aprendizajes conceptuales*.
- Proceso de aprendizaje desde *un enfoque constructivista*.
- Incluir lo *psicoafectivo* es una condición imprescindible para conseguir los objetivos del programa.
- *Aprendizaje significativo*, de tal forma que los nuevos aprendizajes estén directamente relacionados con sus conocimientos o experiencias previas.
- Tener un concepto positivo y libre de estereotipos acerca de la vejez y del proceso de envejecimiento

- Se priorizan las *metodologías grupales* que favorezcan la interacción entre iguales.

Contenidos

El programa de Entrenamiento Emocional para personas mayores con deterioro cognitivo se estructura en cuatro bloques temáticos:

- ✓ Percepción y Expresión Emocional
- ✓ Facilitación Emocional
- ✓ Comprensión Emocional
- ✓ Regulación Emocional

Para cada bloque temático se diseñan actividades específicas para trabajar las diferentes habilidades emocionales. Así mismo, se diseñan actividades complementarias para favorecer la cohesión grupal y las emociones positivas durante el desarrollo de las sesiones.

Recursos

Para el diseño y elaboración de las sesiones se emplean diversos recursos pedagógicos que darán vida y forma a cada una de las sesiones: dinámicas de grupos, juegos, humor, música, movimiento, creatividad, técnicas de respiración, relajación, reminiscencia, entre otras. A este respecto, es preciso matizar la importancia de adaptar cada uno de los programas a las características y necesidades de cada grupo, e incluso ir más allá y adaptar cada actividad a las características y necesidades de cada participante. De ahí la importancia del papel de la educadora, esta debe ser capaz de mantener una actitud empática y creativa con las necesidades de las personas participantes. De tal forma que el diseño de las sesiones sea siempre susceptible de ser modificadas y adaptadas respetando en todo momento los objetivos y el marco teórico del proyecto.

Las sesiones

El Programa de Entrenamiento Emocional consta de 10 sesiones grupales de intervención con una duración de 90 minutos cada una, distribuidas en dos días por semana. Cada sesión se estructura de la misma forma, los contenidos y la

metodología deberán ser adaptados según las necesidades y características de cada grupo.

1. Bienvenida
2. Activación o movimiento.
3. Revisión de tareas/experiencias de la sesión anterior.
4. Breve explicación acerca del recurso/habilidad a trabajar.
5. Realización de la/s actividad/es según los objetivos de la cada sesión
6. Presentación de la actividad para casa.
7. Despedida y cierre

A continuación, se describe una sesión a modo de ejemplo, extraída del programa de entrenamiento emocional diseñado para el Grupo 2.

Objetivos de la sesión

- Disfrutar e identificar las emociones positivas a través de la propia experiencia en el aula.
- Aprender a reconocer las expresiones emocionales básicas en los demás a través de imágenes.
- Favorecer la interacción social entre los participantes.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. Bienvenida (10 min)

Cada encuentro es vivido como una celebración y como tal, la cordialidad, los afectos en el inicio de la sesión son las bases para empezar el trabajo.

2. Dinámica de Activación (20 min)

Al ritmo de la música los participantes se mueven por la sala y nos saludamos de diferentes formas: nos miramos a los ojos, nos sonreímos, nos saludamos con la mano, con el codo, etc. Al finalizar la música se pregunta al grupo cómo se ha sentido y le ayudamos describiendo los hechos.

Esta actividad es una buena oportunidad para conocer los gustos y preferencias musicales y cómo estos nos hacen sentir de una u otra forma (alegre,

triste, tranquila o enfadada). Es importante tomar nota de sus gustos para posteriores sesiones. Podemos también hacer alusión a la importancia del humor, de la risa y de cómo nos sentimos cuando esto ocurre.

3. Revisamos la tarea/trabajo del día anterior (15min)

Se invita a la reflexión, se les ayuda con imágenes u objetos relacionados. Se repasa las vivencias y los aprendizajes de la sesión anterior.

4. Explicación de la habilidad a trabajar (10 min)

Se da una breve explicación acerca de cómo podemos *identificar o percibir* cómo se sienten las personas mediante su expresión facial. Seguidamente presentamos ejemplos. Una opción es teatralizar diferentes estados de ánimo y a modo de juego los participantes “adivinan” la emoción correspondiente, una vez más, hacemos uso del humor y del juego.

5. Actividad: “¿Qué están sintiendo?” (25 min)

Presentamos imágenes con rostros que expresan diferentes estados de ánimo (en este caso sólo nos centraremos en la expresión facial, otra opción sería en la expresión corporal o el análisis de situaciones grupales)

Disponemos cuatro cestas o paneles con las emociones básicas (amarillo-alegría; azul-tristeza; rojo-enfado; verde-calma). Distribuimos recortes de revistas con rostros que expresan diferentes emociones y deben agrupar o clasificar. Durante el desarrollo de la actividad se invita al movimiento y distensión en el aula. Se distribuyen los materiales de tal forma que promueva la interacción grupal.

Una vez finalizada la actividad, nos disponemos a extraer conclusiones juntos.

6. Tarea para casa: “Esto me parece bonito” (5 min)

Proyección de imágenes agradables, como un amanecer, un cuadro, la sonrisa de un niño, etc. Es conveniente que dicha proyección vaya acompañada con música. Se hace una breve observación acerca de las cosas bonitas que hay a nuestro alrededor.

Se entrega a los participantes un folio en el que durante los días siguientes anotará algo bonito que haya observado a su alrededor.

7. Despedida y cierre (5min)

FASE 3: EVALUACIÓN FINAL

Consiste en una última sesión individual en la que se pasan las mismas pruebas que en la fase de evaluación inicial. Asimismo, se les pide una valoración personal del taller realizado.

RESULTADOS

Se presentan los resultados del Grupo 1 correspondiente a los usuarios con queja subjetiva de memoria. Se trata de un grupo formado por 7 participantes, 6 mujeres y un hombre, con edad media de 70 años.

Escala de Satisfacción con la Vida de Emmons, Larsen y Griffin, un ANOVA de medidas repetidas no muestra diferencias significativas entre el pre y post de los participantes evaluados ($F= 0.18$; $p= 0,68$) (ns)

En cuanto a la Escala de Afectividad (PANAS) de Clark y Watson en Adultos Mayores, no se pudo hacer Anova de medidas repetidas por las características de puntuación de la prueba.

Se presentan los resultados del Grupo 2 correspondiente a usuarios de los talleres de estimulación cognitiva, Programa Grador que estaban formados por 7 participantes, de los cuales 4 eran mujeres y 3 hombres con edad media de 80 años.

Escala Calidad de Vida in Alzheimer QOL-AD un ANOVA de medidas repetidas Traza de Pillai; muestra diferencias significativas entre el pre y post de los participantes evaluados ($F= 9.90$; $p= 0,02$). Parece indicar que los pacientes con deterioro cognitivo leve perciben una mejor calidad de vida después de la intervención. Sin embargo, los resultados de la Escala Geriátrica de Depresión GDS de Yesavage muestran ($F= 1.40$; $p= 0,28$) (ns), estos resultados parecen indicar como grupo, que el estado de ánimo no parece cambiar tras la intervención.

Los resultados del Grupo 3 están en proceso.

CONCLUSIONES

Se valora muy positivamente del estudio el alto grado de aceptación del Programa de Inteligencia Emocional. Esto queda evidenciado en la alta asistencia de los participantes.

Se enfatiza la impresión cualitativa debido a las limitaciones del estudio (escasa muestra, corto tiempo de intervención).

Las características del grupo 1 y 2, de alto nivel de satisfacción emocional, previa a la intervención, unido al escaso número de participantes de la muestra, no permiten extraer conclusiones definitivas de los resultados obtenidos, en cambio deben ser tenidos en cuenta como un estudio piloto preliminar que permita ampliar la línea de actuación.

No obstante, en el grupo 1 tras realizar el taller se aprecia que las emociones positivas se mantienen y el afecto negativo disminuye. Y en el grupo 2 se aprecian mejoras en la puntuación en cuanto a la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Mestre Navas, J.M., Fernández Berrocal, P., (2012). Manual de Inteligencia Emocional. Madrid. PIRAMIDE.

Bermejo García, L., Gerontología Educativa: Cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores. (2005) Madrid. Ciencias de la Salud, Panamericana.

Seligman, M., (2011). La Auténtica Felicidad, Barcelona, Zeta.

Freire, C.; Ferradas, M. (2016). Calidad de Vida y Bienestar en la Vejez, Madrid, Pirámide.

García-Alberca J.M., (2015). Enfermedad de Alzheimer: Terapias no farmacológicas de los síntomas psicológicos y conductuales, IANEC Editorial.

Vázquez, C.; Hervás, G., (2008). Psicología Positiva Aplicada, Bilbao, Desclée De Brouwer.

Cabello, R., Navarro, B., Latorre, J.M., and Fernandez-Berrocal, P., (2014). Ability of university-level education to prevent age-related decline in emotional intelligence. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6 (37) ,1-7.

Fernandez-Ballesteros, R., Caprara, M.G., y García, L.F. (2004). Vivir con Vitalidad-M: Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13 (1), 63-85.

Márquez-González, M., Fernández, I., y Losada, A., (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20 (4), 616-622.

Rey, L., Extremera, N., Sánchez-Álvarez, N., (2017). ClarifyingThe Links BetweenPerceivedEmotionalIntelligence and Well-Being in OlderPeople: Pathways ThroughPerceived Social Supportfrom Family and Friends. *Cross Mark. Applied Research QualityLife*.

Marín Carmona, J.M., (2017). Vivir positivamente con demencia...¿y si ampliamos la mirada?. *RevEspGeriatrGerontol*, 52(4):233-35

<http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

<http://www.who.int/topics/ageing/es/>

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

CAPÍTULO 41**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DEL LENGUAJE EN USUARIOS CON
DEMENCIA LEVE - MODERADA DEL CENTRO DE ENVEJECIMIENTO
SALUDABLE.****BERMÚDEZ LLUSA, GEIDY; LEÓN FERNÁNDEZ, MARÍA; PÁEZ CASADO,
NORA INÉS; MARÍN CARMONA, JOSÉ MANUEL.**

Centro de Envejecimiento Saludable. Ayuntamiento de Málaga.

La detección y estimulación temprana de los diferentes dominios cognitivos en los procesos de deterioro es clave para retrasar el desarrollo de estos trastornos.

Los trastornos cognitivos que generalmente primero se detectan, y que suelen recibir mayor atención cuando se elaboran programas de estimulación cognitiva, son la atención y la memoria. Y es cierto que cuando una persona empieza a sufrir un deterioro cognitivo muestra frecuentes olvidos y despistes atencionales que le dificultan la realización de actividades cotidianas. Sin embargo, el lenguaje que es la capacidad fundamental del ser humano, la que le permite comunicarse con las personas de su entorno y así poder continuar integrado socialmente, también se ve afectada desde los inicios de la demencia. Sin embargo, ha recibido mucha menos atención por parte de los pacientes y de sus familiares e incluso por parte de los clínicos, quizás porque muchas veces son trastornos más sutiles y no tan evidentes. Pero mucho antes de que se diagnostique la enfermedad de Alzheimer ya se observan trastornos del lenguaje, principalmente de falta de fluidez y problemas anómicos, aunque también de comprensión de oraciones complejas, de discursos largos o de seguir el hilo de la conversación. Especialmente son notables los trastornos del lenguaje desde los inicios en la Afasia Progresiva Primaria y en muchos casos de demencia vascular en los que se ven afectadas las áreas frontal y temporal del hemisferio izquierdo.

Qué tipo de alteraciones lingüísticas son las primeras en aparecer depende en buena medida de la zona donde se inicie la atrofia cortical. Pero en general, en las fases iniciales del deterioro cognitivo, la literatura científica ha mostrado que son las habilidades lingüísticas relacionadas con el procesamiento léxico-semántico las primeras susceptibles de sufrir una involución en su rendimiento: denominación, fluidez verbal, escritura espontánea, denominación de rostros de famosos o comprensión de oraciones. Por el contrario, las tareas lingüísticas que exploran habilidades subléxicas como la lectura en voz alta, decisión léxica (decir si una palabra existe o es inventada), o la repetición de palabras son las que tienden a mantenerse preservadas más tiempo.

Como consecuencia de estas preferencias por capacidades cognitivas como la atención o la memoria, en los Centros dedicados a la atención geriátrica y gerontológica del adulto mayor, la estimulación cognitiva suele estar enfocada en gran medida a la activación y mantenimiento de la memoria (reciente, operativa, pública, autobiográfica...) y a tareas que potencien la vida social y de comunicación interpersonal, pero sin realizar, o haciéndolo escasa y poco sistemáticamente, una valoración y estimulación de los diferentes componentes o niveles estructurales del lenguaje. Sin embargo, se está comprobando que cuando se realiza estimulación sistemática del lenguaje, especialmente cuando se aplica antes de que el deterioro se encuentre en estado avanzado, se consigue retrasar considerablemente la aparición de los síntomas y prolongar la vida cognitiva sana (envejecimiento saludable).

Por este motivo, resulta conveniente realizar estudios empíricos en este campo de la reeducación neurocognitiva, que confirmen la actividad de este tipo de entrenamientos sistemáticos sobre algunas/s de las capacidades lingüísticas. Resultados positivos permitirían extender la investigación a un número mayor de funciones lingüísticas, muestras más amplias y con grupos de control, que confirmasen la efectividad de este tipo de terapias en la prevención de los déficits del lenguaje, durante la involución cognitiva en el envejecimiento.

En el desarrollo del programa de memoria y estimulación cognitiva del Centro Envejecimiento Saludable del Ayto. de Málaga detectamos usuarios con

problemas de lenguaje que dificultan los procesos de evaluación de otras funciones cognitivas (memoria, funciones ejecutivas, perceptivas, etc.) y, por supuesto, la intervención sobre las mismas. Nos planteamos desarrollar un estudio que nos permita comprobar la aplicación de un protocolo de evaluación de las capacidades lingüísticas de los usuarios del Centro de Envejecimiento Saludable en los que en la evaluación general efectuada (Protocolo Dem-Detect de la Test Barcelona Workstation, Fototest) se detectan alteraciones del lenguaje. Asimismo, desarrollar una metodología de intervención y comprobación del efecto de la estimulación del lenguaje oral.

OBJETIVO

Realizar evaluación y estimulación sistemática de las capacidades lingüísticas en sujetos con Demencia leve-moderada, usuarios del programa de memoria y estimulación cognitiva del CES del Ayuntamiento de Málaga.

METODOLOGÍA

1 grupo de 6 usuarios del programa de memoria y estimulación cognitiva del CES en los que se han detectado alteraciones significativas del lenguaje oral y/o escrito, fue seleccionado con el objetivo de establecer una línea base (fase pretratamiento) de rendimiento y perfiles aproximados de competencias con el lenguaje. Se incluyeron 2 pruebas específicas con tareas lingüísticas sin fines de evaluación diagnóstica: Test NeuroBel de exploración breve del lenguaje oral y test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer. Posteriormente, ese grupo de participantes asistió a una serie de 15 sesiones (fase de tratamiento) de estimulación sistemática del lenguaje de 1 hora de duración, a razón de 2 sesiones semanales a lo largo de 8 semanas. Al finalizar el tratamiento los participantes fueron reevaluados con la misma batería de pruebas que al comienzo del estudio (fase postratamiento), valorándose los cambios y mejoras respecto a la fase pretratamiento.

RESULTADOS

Los resultados muestran mejoras en los porcentajes de aciertos en las tareas de comprensión y producción evaluadas. Un ANOVA de medidas repetidas muestra diferencias significativas entre el pre y post de los 4 participantes evaluados ($F= 13,09$; $p= 0,03$). En concreto, se aprecia una mejora en las tareas psicolingüísticas que exploran habilidades subléxicas como la lectura en voz alta o la repetición de palabras y pseudopalabras; así como en tareas de denominación por confrontación de objetos reales, fotografías y dibujos. Sin embargo, en las tareas de comprensión más relacionadas con el procesamiento semántico, como son el completar una oración a partir de una palabra dada, denominar objetos por confrontación visual, y la comprensión oral de órdenes no se muestran mejoras significativas, donde la ejecución de los usuarios sigue siendo pobre, aunque con una reducción en los errores cometidos. Así, por ejemplo, se mantiene la simplificación de la estructura gramatical, las dificultades narrativas y los fallos en la identificación y descripción de la temática mostrada en imágenes.

CONCLUSIONES

- Los datos muestran una mejora apreciable en la capacidad del lenguaje oral pre-post de los participantes en este estudio.
- Como consecuencia de la muerte experimental del participante PGS, pues no se pudieron recoger los datos del post, y de la imposibilidad de realizar parte de las pruebas en el caso de otro de los participantes (ASM), con déficit visual severo (ambliope), sólo se muestran los resultados estadísticos de cuatro pacientes válidos, que participaron en este estudio.
- Sin embargo, debido al **escaso número de pacientes de la muestra, no se pueden extraer conclusiones definitivas** de los resultados obtenidos, que deben ser tenidos en cuenta como un estudio piloto preliminar. Aun así, los datos con los 4 pacientes que se realizaron valoraciones estadísticas resultaron significativos, e invitan a seguir profundizando en esta línea.
- **Se aprecia mejora clara en la comparación pre-post tratamiento en el test de Neurobel.**

- Se observa una mejoría mayor en las **tareas que exploran habilidades subléxicas** (lectura en voz alta, tareas de decisión léxica, o la repetición de palabras y pseudopalabras) y en la **denominación de objetos reales** (no dibujos)
- Por el contrario, en las tareas psicolingüísticas más relacionadas con el **procesamiento semántico** (completar una oración a partir de una palabra dada, denominar objetos dibujados por confrontación visual, y la comprensión oral de órdenes **la mejoría no resultó tan evidente**.

BIBLIOGRAFÍA

Adrián, J. A., Hermoso, P., Buiza, J. J., Rodríguez-Parra, M. J. y González, M. (2008). Estudio piloto de la validez, fiabilidad y valores de referencia normativos de a escala PRO-NEURO en adultos mayores sin alteraciones cognitivas. *Neurología*, 23(5),275---287.

Alameda, J. R. y Cuetos, F. (1995). *Diccionario de frecuencias de las unidades lingüísticas del castellano*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

Arroyo-Anlló, E. M., Chamorro-Sánchez, J., Castañeda-Alegre., Torres-Pereira, J., Poveda-Díaz, M. y Gile, R. (2009). Adaptación y validación del test evaluación rápida de las funciones cognitivas (Gil et al., 1986) Primera versión en castellano con una muestra geriátrica. *Psiquiatría Biológica*, 16(3),112---121.

Benedett, M. J. (2007). *Repertorio de Instrumentos para la Evaluación Neurolingüística de las Alteraciones del Lenguaje (RIENAL)*. Madrid: EOS.

Carnero-Pardo, C. y Lendinez-González, A. (1999). Utilidad del test de fluencia verbal semántica en el diagnóstico de demencia. *Revista de Neurología*, 29, 709--714.

Carnero-Pardo, C. y Montoro-Ríos, M. T. (2004a). Evaluación preliminar de un nuevo test de cribado de demencia (Eurotest). *Revista de Neurología*, 38, 201---209.

Cuetos, F. y González, M. (2009). *BETA. Batería para la Evaluación de los trastornos afásicos: manual*. Madrid: EOS.

Cuetos, F., Menéndez, M. y Calatayud, T. (2007). Descripción de un nuevo test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 44(8), 469--474.

Test-Barcelona Workstation. info@test-barcelona.com.

CAPÍTULO 42

PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PRIVADO TRAS UNA CAÍDA CON FRACTURA DE FÉMUR.

FRUTOS DÍAZ, SONSOLES; VALERA MARTÍNEZ, FRANCISCO JAVIER.

Clínica Santa Isabel, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Las caídas son causa de lesión, dependencia, e incluso muerte de los adultos mayores, englobándose dentro de síndromes geriátricos. La fractura de fémur afecta a mayores frágiles con comorbilidades asociadas, con un alto riesgo de complicaciones y comorbilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ≥ 65 años atendidos en Urgencias de la Clínica Santa Isabel, entre 1/06/2018 y 31/05/2019 con diagnóstico de fractura de fémur. Se registraron datos demográficos, clínicos, comorbilidades, tratamiento, complicaciones, reingresos y caídas previas.

RESULTADOS

Fueron atendidos 8.913 ≥ 65 años, un 10,18% (908) por caídas. El 27,2 % presentaron fracturas, las más frecuentes: fractura de fémur (21%), húmero (13,77%), radio/cúbito/escafoides (15,79 %), metatarso (7,29%), metacarpo (4,86%), peroné/tibia distal (5,66%), rótula (5,66%), vértebra (4,45%).

Con respecto a los pacientes con fractura de fémur, edad media de 82,88 años, 84,62% mujeres.

Comorbilidades: Hipertensión arterial (13%), Diabetes Mellitus (5,5%), Dislipemia (6%), Trastorno depresivo (7%), Enfermedad Cerebrovascular (6%), Patología cardíaca (IAM, ICC) (5,5%), demencia (4%), Neoplasia (4%), Insuficiencia Renal (2,5%). Fractura previa 7,5%. Charlson medio 2,24. Un 4,2% registradas caídas previas.

Fármacos: benzodiacepinas (9,5%), antidepresivos (7%), neurolépticos (3,5%), antiarrítmicos (4,5 %), opioides (1%).

Tipo de fractura: 31(59,6%) per-subtrocantérea, 21 (40,38%) intracapsular.

Tipo de intervención: 22(42,3%) PFN; 14(26,92%) artroplastia parcial; 3(7,8%) prótesis total; 1(1,82%) fijación con tornillo; 1(1,92%) placa+anclaje

El tiempo medio de intervención fueron 2 días (62,23%≤48horas), estancia mediana 5,5 días. Complicaciones durante el ingreso 9%.

Reingresaron tras la intervención al momento actual 12,5%, correspondiendo un 38,89 % a problemas con el material de osteosíntesis (más frecuentes subluxaciones). Fallecieron 13,46% (7 pacientes), uno de ellos previo a la intervención, 42% durante el ingreso, 57% al alta, con una media de 11.5 días tras la caída, una mediana de 23 días.

CONCLUSIÓN

El perfil de paciente con fractura de fémur es el de una mujer adulta de edad avanzada, con fractura pertrocantérea, que es intervenida dentro de las primeras 48 tras la caída, siendo la osteosíntesis más frecuente, el clavo endomedular.

A pesar del óptimo tiempo de espera a la intervención, los pacientes mantienen las mismas tasas de complicaciones durante el ingreso y tras el primer año de la fractura.

No consta ni al ingreso ni al alta tratamiento osteoprotector de los pacientes.

CAPÍTULO 43

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES GERIÁTRICOS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PRIVADO

FRUTOS DÍAZ, SONSOLES; VALERA MARTÍNEZ, FRANCISCO JAVIER

Clínica Santa Isabel, Sevilla

OBJETIVO

Describir las características de las atenciones en urgencias en pacientes mayores de 65 años que acudieron a un hospital privado en Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ≥ 65 años atendidos en un servicio de Urgencias de la Clínica Santa Isabel, clínica privada de Sevilla, entre 1 de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019. Se registraron datos demográficos, destino al alta y, en caso de los pacientes que requirieron ingreso, diagnóstico al ingreso.

RESULTADOS

Se atendieron en urgencias un total de 31.876 pacientes, de los cuales 8.913 eran mayores de 65 años (27,96%). Mujeres (58%). Con respecto al destino al alta, 14,33% (1.277) de los pacientes valorados mayores de 65 años precisaron ingreso en nuestro centro, correspondiendo al 70,75 % (1.805) del total de ingresos, sin tener en cuenta la edad. Con respecto a diagnóstico al ingreso la patología cardíaca fue la causa más frecuente, con un 22,9%, seguida de patología respiratoria 18,6%, digestiva (15,4%), neurológica (12%), renal 10,1%, traumatología 8,2%, oncológica 4,8%, hematológica 3,1%. Traslados a otros

hospitales 0,36%, alta voluntaria 0,21%, fugados 0,25% éxitus en urgencias 0,15%.

CONCLUSIONES

Aproximadamente el 25% de los pacientes atendidos en urgencias son mayores de 65 años.

El perfil del paciente que precisa ingreso en nuestro centro, es mayor de 65 años, con patología cardíaca o respiratoria.

CAPÍTULO 44

ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA ENTRE CENTRO DE SALUD Y SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO: UNA MEJORA DE ATENCIÓN DE LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE EN DOMICILIO

CABEZAS GABALDÓN, SUSANA¹; DE FRUTOS APARICIO, CELIA²

¹Centro de Salud Silvano; ²Servicio de Ayuda a Domicilio. Madrid.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

La coordinación sociosanitaria es clave en la atención a la dependencia de las personas en su ciclo vital de proceso de envejecimiento.

Teresa Sancho Castiello habla de la coordinación sociosanitaria como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”.

Algunos objetivos en el modelo de coordinación socio-sanitaria son la atención integral, continuada y adaptada a las necesidades del usuario, el aumento de la eficacia y la eficiencia en las intervenciones y la optimización de los recursos disponibles, reducción de los costes, así como el incremento de la satisfacción de usuarios, cuidadores y profesionales. Siendo la atención integral, la que satisface las necesidades biopsicosociales específicas del usuario en función de su red social y familiar. La valoración y tratamiento de dichas necesidades se hará a través del trabajo en equipo formado por profesionales de

lo social y del sector sanitario, en una coordinación interdisciplinar o multidisciplinar.

El Libro Blanco de la Dependencia, también destaca la importancia de la coordinación sociosanitaria, cuando dice que la coordinación entre Atención Primaria y los Servicios Sociales suele producirse a través del trabajador social del Centro de Salud. De hecho, en la encuesta realizada a médicos de atención primaria, Geriatria XXI, el 78,1% refería disponer de un trabajador social en su entorno de trabajo. Por tanto, en la mayoría de los Centros de Salud el trabajador social evalúa los casos a demanda del profesional médico o de enfermería y solicita, en el supuesto que lo precise, el correspondiente servicio social institucional o comunitario.

Así mismo menciona, que son escasas las comisiones socio-sanitarias de distrito o de zona, o sus equivalentes según las diferentes Comunidades Autónomas, que constituyan un verdadero foro donde profesionales de los servicios sociales y sanitarios puedan comunicarse, compartir información y tomar decisiones para lograr una mayor calidad asistencial y aprovechamiento de los recursos. La falta de coordinación entre los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales es uno de los problemas que tradicionalmente se pone de manifiesto cuando se analiza el modo en que se organiza la prestación socio-sanitaria.

El libro indica que la atención sanitaria será más importante cuanto mayor sean las necesidades propiamente sanitarias de las personas dependientes conforme a lo establecido en sus diferentes programas de atención primaria y especializada. Por su parte, los Servicios Sociales deberán asumir de forma complementaria la prestación de los servicios domiciliarios, intermedios e institucionales que se precisen. Por lo que, la atención a la dependencia requiere actuaciones integradas en todos los ámbitos de atención.

La Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid, aprobada en el año 2014, propuso como línea de ejecución

el “Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria”, estableciendo algunas recomendaciones interesantes como:

-Potenciar los mecanismos de coordinación entre los profesionales del sistema sanitario y los de servicios sociales, para el seguimiento y evaluación de los planes de intervención aplicados a personas dependientes.

-Establecer medidas que garanticen que los profesionales de Trabajo Social Sanitario pueden desarrollar sus funciones de prevención y promoción de la salud, valoración de las necesidades sociales de pacientes y personas cuidadoras, planificación de la intervención social y optimización de recursos.

-Incorporar la intervención familiar, las intervenciones sociales y del entorno en el proceso de atención a las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad.

-Garantizar la valoración integral (biomédica, psicológica y social) y multidisciplinar de las necesidades de los pacientes, con especial énfasis en la valoración de la red de apoyo sociofamiliar.

-Establecer mecanismos de colaboración entre el sector sanitario y otros sectores y organizaciones sociales con el fin de promover entornos y recursos comunitarios que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, prestando especial atención a las poblaciones más vulnerables.

-Facilitar el desarrollo de las funciones de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario sobre los factores de riesgo social que influyen negativamente en el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas.

-Proponer cauces formales de participación que garanticen el trabajo compartido por el sistema sanitario y social con asociaciones de cuidadores y pacientes afectados por problemas de salud crónicos.

-Facilitar el desarrollo de las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en lo referente a la detección e intervención sobre los factores de riesgo social que influyen negativamente en el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas.

En el último informe de envejecimiento en red de marzo de 2019, sobre “el perfil de personas mayores en España”, se expone que a lo largo de la vejez aumenta la probabilidad de vivir en soledad. Se ha observado en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 años y más años. La proporción es mayor entre mujeres, (el 29,9% frente a 17,7%) pero en los hombres ha habido un aumento notable en los últimos años, relacionado con la mayor supervivencia, o llegada a la vejez ya en soledad u otros motivos. La forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja, casi en un 49,3% de los casos, (sin hijos ni otros convivientes), y en el futuro se espera que aumente. Mientras que entre las mujeres es del 32,6%.

En la Comunidad de Madrid, la población mayor de 65 años representa el 17,50% y, las que superan los 80 años alcanzan el 5%, con el consiguiente incremento de potenciales personas en situación de dependencia.

Este aumento de personas mayores, con una mayor expectativa de vida, exigió por parte de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, trabajar en el desarrollo de políticas que se adaptaran a este escenario con el fin de ofrecer una respuesta adecuada a la atención al mayor, la promoción de la autonomía personal, la prevención y la atención a la dependencia.

Por lo que, actualmente, existen 2 marcos normativos fundamentales que guían a los profesionales sociosanitarios en la mejora de atención de las personas mayores en la Comunidad de Madrid:

1. La Estrategia de Atención a las personas mayores 2017-2021 de la Comunidad de Madrid, que tiene la misión de *“Promover, desarrollar y coordinar todos los recursos necesarios y disponibles del sistema de servicios sociales en coordinación con otros sistemas públicos, especialmente el de salud, para conseguir mejorar, con un trato humano y profesional, la calidad de vida y la autonomía personal de nuestra ciudadanía”*.

Alguna de las inquietudes de esta estrategia, son la mejora en los tiempos de respuesta, mejorar la coordinación sociosanitaria, incrementar la autonomía personal, disminuir el sentimiento de soledad de las personas mayores, mejorar las condiciones de salud y prevenir el deterioro, reducir la institucionalización, alargamiento de su vida en el entorno familiar, acceso y transferencia de información.

Con medidas enfocadas a:

- La atención de personas mayores autónomas en dificultad social en el ámbito económico, de vivienda, afectivo, formativo o de apoyo informal, mejorando y promoviendo servicios, programas, recursos y prestaciones.

- A desarrollar el Catálogo de Servicios y Prestaciones para personas en situación de dependencia, tanto en el domicilio como en los centros, que permita una mejora en la eficacia y calidad de sus resultados e implementar los servicios pendientes. En concreto en el Servicio de Ayuda a Domicilio, donde se procura un nivel de cuidados, suficientes para proporcionar a sus usuarios que permanezcan en su medio habitual de convivencia, potenciando la autonomía personal y la integración en el medio habitual, estimulando la adquisición de competencias personales, apoyando

a la organización familiar y evitando situaciones de crisis e institucionalizaciones innecesarias.

-La mejora de la coordinación sociosanitaria en la atención a la dependencia para un mejor desarrollo del bienestar social e integral de la persona, de colaboración de los sistemas públicos de salud y servicios sociales, tanto en la atención como en la prevención de la aparición de la situación de dependencia, promoción de la autonomía personal y en la detección precoz e intervención sobre factores de riesgo directamente relacionados con ella, en el que se garantice la aplicación de los diferentes recursos necesarios de forma progresiva y continuada.

2. El Plan Estratégico de la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS) 2016/2021, que incluye en muchos casos, la prestación de cuidados para la salud, desafío especialmente prioritario en la atención a los usuarios en situaciones de fragilidad o de dependencia, desarrollando y potenciando los diversos programas de coordinación con los servicios sanitarios públicos con competencias en la atención a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid. Es un reto estratégico para optimizar la calidad de los cuidados de salud prestados a los usuarios.

En su línea estratégica “Espacio de atención sociosanitario avanzado” se establece impulsar nuevos proyectos de colaboración con otras organizaciones en el Marco de la Coordinación Sociosanitaria y para garantizar la continuidad de los cuidados, posibilitando que los distintos profesionales del área técnico asistencial, implicados en la atención de los usuarios de la AMAS, dispongan de toda la información social y sanitaria contenida en los Sistemas de Información Asistenciales Social (SISS) y sanitario (AP-Madrid), facilitando la interoperabilidad entre ellos, definiendo

la base de la Historia social única, constituyendo todo ello un verdadero reto y un pilar básico para prestar una atención de calidad.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Se considera que el Centro de Salud es una puerta de entrada muy importante en la detección y atención de enfermedades biopsicosociales de los pacientes en todas las etapas vitales, perteneciendo muchos de ellos al mismo Centro de Salud desde su nacimiento o juventud hasta la etapa de la vejez, así como sus antecesores o descendientes. En el caso de las personas mayores que nos han acompañado durante parte de su ciclo vital, el personal sanitario y de trabajo social conoce de primera mano su evolución en el proceso del envejecimiento, las necesidades y sus demandas particulares.

De igual modo, desde el Servicio de Ayuda a Domicilio se cuenta con los mecanismos necesarios para detectar de manera rápida y eficaz las diferentes situaciones de dependencia sin grado reconocido o variación del mismo, así como situaciones de soledad o riesgo de exclusión social en la que puedan encontrarse los usuarios. Esto es debido a que el/la trabajador/a social mantiene contacto continuo con ellos, ya sea telefónicamente o en las visitas domiciliarias periódicas que se realizan, y a través de coordinaciones de seguimiento diario o semanal con el personal auxiliar de ayuda a domicilio, obteniendo información directa sobre la situación actual.

A pesar de que desde el Centro de Salud y el Servicio de Ayuda a Domicilio se tenga constancia de las nuevas situaciones de dependencia o agravamiento de la misma, que precisen reconocimiento del grado o modificación del mismo, la falta de coordinación entre ambos sigue generando que, en muchos casos, no sé de una resolución de manera eficaz.

Para muchos usuarios mayores se complica la realización de los trámites necesarios para acceder a las prestaciones por dependencia correspondientes,

bien por falta de información o desconocimiento, por no contar con la autonomía suficiente para llevar a cabo por si mismos dichos requerimientos o por carecer de red de apoyo social y/o familiar.

En términos sociosanitarios, el incremento de las personas mayores dependientes que necesitarán ser atendidas afecta, entre otros factores, al sistema público de protecciones sociales, por lo que, en concreto los/las trabajadores/as sociales tenemos la obligación de seguir buscando nuevos mecanismos que garanticen la mejor calidad de vida posible al creciente sector de la población que se encuentra, o se encontrará, en situación de dependencia.

Institucionalmente, esto tiene como consecuencia que los recursos existentes en la actualidad relacionados con la atención a dicho sector de la población, sean cada vez más insuficientes, lo que provoca en general que los profesionales sociosanitarios nos encontremos con dificultades añadidas para dar la respuesta necesaria en determinadas situaciones, debido a lo cual se precisan acciones de coordinación más específicas y concretas que puedan dar solución de forma más eficaz a estos nuevos casos de dependencia que van a producirse, así como la urgente necesidad de establecer y desarrollar estrategias conjuntas entre la red asistencial social y sanitaria, de actuación e intervención que garanticen la continuidad de cuidados a las personas mayores dependientes en domicilio.

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Establecer estrategias conjuntas de actuación entre el Centro de Salud y Servicio de Ayuda a Domicilio para detectar e intervenir en situaciones de dependencia de la persona mayor en el domicilio.

Objetivos Específicos:

Estrategias de coordinación sociosanitarias: una mejora de atención de la persona mayor dependiente en domicilio

-Mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia y sus cuidadores, favoreciendo el mantenimiento de la persona en su entorno habitual.

- Agilizar la tramitación de prestaciones o ayudas, apoyando en las gestiones de los casos más vulnerables.

3. METODOLOGÍA

3.1. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

La población objeto de estudio, de una muestra total de 350 casos, será tomada de dos fuentes de información e instituciones diferenciadas:

-Desde la Unidad de Trabajo Social de un Centro de Salud de la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta los casos nuevos de pacientes atendidos en el último trimestre 2017, distinguimos entre:

-Personas mayores de 60 años que precisan ayuda a domicilio.

-Personas mayores de 60 años que disponen del servicio de ayuda a domicilio.

Tomaremos como muestra los casos nuevos de personas mayores de más de 60 años atendidas por la Unidad de Trabajo Social en ese centro de salud. Correspondiendo a 106 pacientes.

- Desde el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), en uno de los Distritos del Ayuntamiento de Madrid, tomando como muestra los casos activos a fecha 31 de diciembre 2017 y distinguiendo entre:

-Personas mayores de 60 años que tienen SAD a través de Atención Social Primaria (concedido por los Servicios Sociales municipales del Ayuntamiento).

-Personas mayores de 60 años que tienen SAD mediante La Ley de Dependencia (concedido por la Comunidad de Madrid).

Tomaremos como muestra los usuarios atendidos por la Unidad de Trabajo Social en ese Servicio de Ayuda a Domicilio, correspondiendo a 244 usuarios mayores beneficiarios.

3.2. VARIABLES DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Las variables que se tendrán en cuenta en la muestra escogida para el análisis de los datos son:

I Edad:

- 61 y 65 años.
- 66 y 70 años.
- 71 y 75 años.
- 76 y 80 años.
- 81-85 años.
- 86-90 años.
- Más de 90 años.

II Sexo (mujer/hombre).

III Unidad de convivencia:

- Vive solo.
- Vive con su pareja.
- Vive con algún familiar.

-
- IV Red de apoyo informal (diferenciando entre si tiene o no tiene apoyo informal).
 - V Tipo de apoyo informal (reciben apoyo a través de):
 - Hijos.
 - Otros familiares que no sean hijos.
 - Vecinos.
 - Otras personas de su entorno que no sean vecinos.
 - VI Red de apoyo formal:
 - No tiene Servicio de Ayuda a Domicilio.
 - Tiene Servicio de Ayuda a Domicilio:
 - Concedido por Servicios Sociales o por Ley de Dependencia.
 - Con número de horas suficientes.
 - Con número de horas insuficientes.

3.3. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

-Datos recogidos desde el Centro de Salud:

Datos cuantitativos a través de las aplicaciones informáticas de salud de atención primaria (eSOAP, AP-Madrid) y datos cualitativos a través de entrevista personal y seguimiento de pacientes (en la consulta o en visita a domicilio).

-Datos recogidos desde el Servicio de ayuda a domicilio:

Datos cuantitativos del programa informático que gestiona el Servicio de Ayuda a Domicilio (GESAD) y datos cualitativos a través de visitas domiciliarias de usuarios tanto de altas nuevas en el servicio como de seguimiento.

En ambos casos, la recogida y tratamiento de los datos se ha realizado teniendo en cuenta la correspondiente legislación vigente en materia de protección de datos.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1. RESULTADOS DE PACIENTES/USUARIOS POR GRUPO DE EDADES:

-Centro de Salud:

De la muestra de pacientes escogida, 2 de ellos tienen de 61 a 65 años (1,88%), 9 tienen de 66 y 70 años (8,49%), 14 tienen de 71 y 75 años (13,20%), 17 tienen de 76 y 80 años (16,03%), 26 tienen de 81 a 85 años (24,52%), 22 tienen de 86 a 90 años (20,75%) y 16 tienen más de 90 años (15,09%).

-Servicio de ayuda a domicilio:

De la muestra de usuarios escogida, 2 de ellos tienen de 61 a 65 años (0,81%), 10 tienen de 66 y 70 años (4,09%), 28 tienen de 71 y 75 años (11,47%), 61 tienen de 76 y 80 años (25%), 83 tienen de 81 a 85 años (34,01%), 47 tienen de 86 a 90 años (19,26 %) y 13 usuarios tienen más de 90 años (5,32%).

De estos datos concluimos que la moda de edad en los pacientes/usuarios que reciben el servicio se encuentra en el tramo de 81 a 85 años, (el 31,14%), siendo el grupo de edad más frecuente de 81 a 85 años tanto en Centro de Salud como en el Servicio de Ayuda a Domicilio.

Igualmente podemos afirmar que más de la mitad de los pacientes/usuarios, (tanto en Centro de Salud como en el Servicio de Ayuda a Domicilio) tienen 80 años o más, (el 59,13% de la totalidad).

4.2. RESULTADOS DE PACIENTES/USUARIOS SEGÚN EL SEXO:

-Centro de salud:

El 74,53% son mujeres y el 25,47% hombres.

-Servicio ayuda a domicilio:

El 79,92% son mujeres y el 20,08% hombres.

Se observa claramente que en el perfil mayoritario son mujeres (el 78,29%), según datos totales del Centro de Salud y el Servicio de Ayuda a Domicilio.

4.3. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DE LOS PACIENTES/USUARIOS Y EL APOYO INFORMAL:

Los resultados globales según la unidad de convivencia, tanto en Centro de Salud como en el Servicio de ayuda a domicilio, quedan de la siguiente forma:

El 56,57% vive solo, el 36,28% vive con su pareja y el 7,14% convive con algún familiar. De todos ellos, el 85,14% de pacientes/usuarios dispone de apoyo informal y el 14,85% carece de dicho apoyo. Este apoyo es ofrecido principalmente por hijas e hijos (el 72,28%).

4.4. RESULTADOS DE LOS PACIENTES/USUARIOS SEGÚN EL APOYO FORMAL:

-Centro de salud:

De los 106 casos de pacientes objeto de estudio del centro de salud, la demanda planteada mayoritariamente en la consulta de trabajo social es la ayuda a domicilio: 57 pacientes lo solicitan y lo precisan (el 53,77%) y 49 pacientes ya disponen de SAD (el 46,22%), aunque se pone de manifiesto

que, para un alto porcentaje de estos últimos, es insuficiente el número de horas dada la dependencia o gran dependencia de estas personas además de la falta de apoyo informal.

-Servicio ayuda a domicilio:

De los 244 casos de usuarios objeto de estudio, el 84,83% pertenecen a casos que tienen Ayuda a Domicilio a través de Servicios Sociales municipales mediante Atención Social Primaria y el 15,16% a casos que tienen ayuda a domicilio a través de la Comunidad de Madrid mediante ley de dependencia.

Si enlazamos esto con los resultados globales y desglosados de la red de apoyo formal de los pacientes/usuarios de centro de salud como del servicio de ayuda a domicilio, puede observarse que el 56% precisa más horas de ayuda a domicilio y el 16,28% no dispone de este apoyo. El 27,71% considera que tiene un número de horas suficiente de ayuda a domicilio. De este modo, se observa que el 72,28% de los pacientes/usuarios se encuentran en situación de falta de atención en relación al apoyo formal.

Por lo que se pone de manifiesto la necesidad de que a través del Centro de Salud se notifique al Servicio de Ayuda a Domicilio los casos de empeoramiento de los cuales tengan constancia, así como agilicen la disposición de informes médicos para la tramitación del grado de dependencia, ya que existe un número de pacientes/usuarios muy elevado que se encuentran sin valorar.

5. CONCLUSIONES

Tras analizar lo más destacable de los datos anteriormente expuestos, podemos observar que existen nuevas situaciones de dependencia que no están resueltas, así como situaciones de empeoramiento en personas dependientes que necesitarían nueva valoración. Este hecho se ve reflejado:

-En los porcentajes elevados de pacientes/usuarios objeto de estudio, que precisan ayuda a domicilio de manera inicial o por aumento de horas:

-El 87,73% de pacientes de Centro de Salud y el 65,57% en el caso de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio.

-Por el riesgo y vulnerabilidad que presentan los pacientes/usuarios objeto de estudio que:

-En el caso de pacientes del Centro de Salud, el 60,36% son de avanzada edad (>80 años), el 57,54% viven solos, en su mayoría mujeres (el 74,53%), y el 44,33% no tienen ningún tipo de apoyo informal.

-En el caso de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio, el 58,61% son de avanzada edad (>80 años), el 56,14% viven solos, en su mayoría mujeres (79,92%) y el 2% no tienen ningún tipo de apoyo informal, (que, aun siendo un porcentaje menor, también tiene su importancia dado el riesgo de aislamiento y soledad que presentan estas personas).

Todo esto, si lo comparamos con los datos del Servicio de Ayuda a Domicilio en relación a los pocos casos resueltos por ley dependencia ya que de los 244 usuarios, 207 tienen ayuda a domicilio a través de atención social primaria/servicios sociales municipales (el 84,83%) y solamente 37 (el 15,16%) lo tienen reconocido por dependencia; se puede llegar a la conclusión de que existe una necesidad, que puede ser resuelta más rápidamente si se trabaja de manera conjunta entre la Atención Primaria del Sistema de Salud y la Atención Primaria del Sistema Social.

Se considera que, el establecimiento de estrategias de coordinación conjunta entre Unidad de Trabajo Social del Centro de Salud y el Servicio de

Ayuda a Domicilio, da respuesta a los objetivos marcados para la creación de instrumentos de detección e intervención en situaciones de dependencia y agilización de trámites de prestaciones o ayudas.

Llevando a cabo estrategias de coordinación entre la Atención Primaria del Sistema de Salud y la Atención Primaria del Sistema Social, por el cual se establezcan procedimientos conjuntos de trabajo para poner en común las necesidades en las que se encuentran las personas mayores atendidas por ambos profesionales, creemos que dichas situaciones de necesidad no resueltas pueden solucionarse más eficazmente, consiguiendo de esta manera optimizar los recursos, tanto humanos como económicos. A través de la coordinación sociosanitaria se apoyará en la gestión de los trámites necesarios en aquellos casos que cuenten con mayor dificultad para realizarlos.

De igual manera se pretende que dicha coordinación facilite lo máximo posible el acceso e información a las personas mayores y sus cuidadores, contando con el apoyo de ambos profesionales, tanto desde el ámbito social como el sanitario.

El objetivo principal del Servicio de Ayuda a Domicilio es facilitar la autonomía personal y familiar, favoreciendo la permanencia en el medio habitual de convivencia de la persona atendida. Para facilitar esto, entendemos que es imprescindible la existencia de una mayor coordinación entre los agentes sociales y de salud que intervienen en la atención al usuario, para que este permanezca en su entorno el máximo tiempo posible y cuente con los cuidados y atenciones necesarios en cada caso. Es fundamental el trabajo conjunto entre Centro de Salud y Servicio de Ayuda a Domicilio para potenciar alternativas al ingreso en centros o establecimientos residenciales apoyando así a los grupos familiares en sus responsabilidades de atención.

En definitiva, todo ello implica una mejora en la calidad de vida de las personas o grupos familiares con dificultades en su autonomía, e invita a reflexionar también acerca de la importancia de la prevención en las situaciones de necesidad, del deterioro de salud, personal y social, que disminuya los efectos

de la dependencia a favor de la integración en el medio convivencial habitual, facilitando la independencia y previniendo el aislamiento y la soledad.

Se constata, por tanto, que la coordinación sociosanitaria es clave en la atención del deterioro físico, psíquico y social de las personas mayores. Es preciso disponer de espacios en red que favorezcan los encuentros entre los profesionales del sistema social y del sistema sanitario que abran cauces y se facilite el trabajo en equipo, para que dicha coordinación sea lo más eficaz y eficiente posible en beneficio de nuestros mayores.

6. BIBLIOGRAFÍA

-Sancho, T. y Rodríguez, P. (1999). *Política Social de atención a las personas mayores*. Gerontología Conductual, vol. I. Ed. Síntesis.

-Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Ayala García, A. y Pujol Rodríguez, R. (2019). "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid.

-Área de Familia, Servicios Sociales y Participación Ciudadana. (2013). *Memoria de actividades-ejercicios 2013*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores y Atención Social.

Consejo General de Colegios Oficiales de Trabajo Social. (2012). *Código deontológico del trabajo social*. Madrid.

-Dirección General del IMSERSO. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2011). *Libro blanco de la coordinación socio-sanitaria en España*. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad.

-Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2014). *Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Colección de Documentos. Serie Documentos Estadísticos.

-Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Servicios Sociales. *Plan Concertado de prestaciones básicas de Servicios Sociales en corporaciones locales 2012-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

-Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

-Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia.

-Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

-Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

-Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

-Orden 625/2010, de 21 de abril, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del Programa Individual de Atención.

-Ordenanza Municipal de 29 de julio de 2009, por la que se regula el acceso a los servicios de Ayuda a Domicilio para mayores y /o personas con discapacidad en la modalidad de atención personal y atención doméstica, del Ayuntamiento de Madrid, aprobada por Acuerdo de 29 de julio de 2009 del Pleno del Ayuntamiento de Madrid.

-Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Diciembre, 2013

-El Plan Estratégico de la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS) 2016/2021. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Enero 2016

-Estrategia de Atención a las personas mayores de la Comunidad de Madrid 2017-2021. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Marzo 2017

CAPÍTULO 45**LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES: LA MEDIACIÓN COMO ALTERNATIVA A LA PROBLEMÁTICA CON LAS INSTITUCIONES Y FAMILIA****RUÍZ TRASCASTRO, ROSA RAQUEL; RONDÓN GARCÍA, LUIS MIGUEL**

Universidad de Málaga

La soledad se define como “la discrepancia entre los deseos de las personas y los niveles alcanzados de relaciones sociales (Dlaheberg-MacKee, 2014), esta definición entiende la soledad desde su dimensión tanto social como emocional. Uno de los problemas que afectan a nuestra sociedad es la soledad en las personas mayores ya que es un problema estructural. El sentimiento de soledad debe diferenciarse del aislamiento social. Ambos conceptos están interrelacionados, pero no aluden a lo mismo. El sentimiento de soledad obedece a una insatisfacción motivada por la falta de ciertas relaciones o la pérdida de calidad en los contactos con otras personas; es decir, tiene que ver con la manera en que los individuos perciben, experimentan y evalúan la falta de comunicación interpersonal. El aislamiento social concierne a las características objetivas de una situación marcada por la escasez de relaciones sociales (Havens et al. 2004; Wenger et al. 1996).

La estructura de la pirámide de población ha cambiado con lo que el número de personas mayores se duplique en el 2024 por el llamado “baby boom”, así las personas mayores son el grupo poblacional que requiere más atención asistencial debido a la carencia de estructuras sociales que puedan ayudarles. El incremento de la esperanza de vida conduce a un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y la sobre medicalización de los mismos, las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia suponen un foco para numerosos conflictos entre familias e instituciones y es aquí donde la mediación

supone un nuevo recurso para solucionar los conflictos con el menor impacto emocional con la familia y económico con las instituciones.

OBJETIVOS

Analizar el papel de la mediación social y el Trabajo Social, en la atención a la soledad en las personas mayores

Objetivos específicos:

- Conocer las necesidades de las personas mayores que viven solas.
- Estudiar las dificultades en la comunicación y las relaciones interpersonales de este colectivo
- Describir los conflictos producidos entre las personas mayores que viven solas, la familia y las instituciones.
- Averiguar en qué medida las técnicas de resolución de conflictos, son una herramienta eficaz para la intervención social en estas situaciones, desde la perspectiva del Trabajo Social.

METODOLOGÍA QUE EMPLEA EN LA INVESTIGACIÓN: ESTRATEGIA, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Planteada la importancia del papel de la mediación y el trabajo social en las personas mayores que viven solas, se propone analizar los conflictos entre este colectivo, las instituciones y la familia. La mediación y el trabajo social puedan contribuir a resolver posibles conflictos y mejorar la calidad de vida de estas personas.

Con este fin se opta por el paradigma cualitativo, que permita recabar información a través de los sujetos actores de esta investigación, mediante

distintas técnicas e instrumentos tomando como elemento primario la entrevista. Se elegirá una muestra amplia y representativa, con los sujetos participantes de ambos grupos de referencia: profesionales y personas afectadas. Los datos serán analizados con la herramienta Atlas-ti. No obstante, desde la perspectiva de la pluralidad metodológica, la información obtenida de este análisis será susceptible de ser sistematizada cuantitativamente con el software SPSS.

CAPÍTULO 46

EL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR AL SERVICIO DE NUESTROS MAYORES.

**GUERRERO RAMOS, GERARDO¹; LÓPEZ MONTE, CARMEN LAURA²;
AGUDO GUERRERO, ELISABETH²; PELÁEZ JIMÉNEZ, FRANCISCO
DAVID²; PÉREZ HAMILTON, ROCIO¹.**

¹UED Rincón de la Victoria; ²ZBS Rincón de la Victoria. Málaga.

RESUMEN

La pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores que tienen 65 o más años. Las últimas cifras del Instituto Nacional de Estadística reconocen la situación de "envejecimiento del envejecimiento" de la población. El envejecimiento va asociado a la presencia de enfermedades crónicas y complejas que requieren una identificación y vigilancia por parte de un trabajo multidisciplinar socio-sanitario (Diabetes, Hipertensión Arterial, Ictus, Úlceras Vasculares...). Mediante un Diseño de investigación Cuantitativo Descriptivo, se pretende demostrar las ventajas que presentan el trabajo multidisciplinar y la coordinación entre los profesionales del centro de día Rincón de la Victoria y el centro de salud Rincón de la Victoria desde la perspectiva del usuario y sus familiares. Los Resultados obtenidos, revelan las múltiples ventajas que suponen para los usuarios y sus familiares la estrecha coordinación existente ambos centros y el Trabajo en Equipo.

INTRODUCCIÓN

La pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores que tienen 65 o más años. Según las últimas cifras del Instituto Nacional de Estadística: los mayores de 65 años en España ya son 9.055.580

personas. Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios y los centenarios empiezan a hacerse notar. Las cifras reconocen la situación de "envejecimiento del envejecimiento" de la población, quedando claro también el perfil femenino del proceso, ya que el 56,8 % de los mayores de 65 años son mujeres, frente al 43,2 % de los hombres. La persona que cuida de los hombres mayores dependientes, es fundamentalmente su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda, son las hijas las que se hacen cargo de los cuidados. Teniendo en cuenta, la creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, se ha aumentado el uso de los Centros de Día para el cuidado de los nuestros mayores. El envejecimiento va asociado a la presencia de enfermedades crónicas y complejas que requieren una identificación y vigilancia por parte de un trabajo multidisciplinar socio-sanitario (Diabetes, Hipertensión Arterial, Ictus, Úlceras Vasculares...)

OBJETIVO

Demostrar las ventajas que presentan el trabajo multidisciplinar y la coordinación entre los profesionales del centro de día Rincón de la Victoria y el centro de salud Rincón de la Victoria desde la perspectiva del usuario y sus familiares.

METODOLOGÍA

El Diseño de investigación es un Estudio Cuantitativo Descriptivo. La recogida de datos se llevó a cabo "in situ", mediante Entrevistas personales y Encuestas de Satisfacción, entre los usuarios del Centro de Día, que precisan Atención Sanitaria por parte del Centro de Salud, y sus familiares. Para ello, se eligieron a 20 Usuarios pluripatológicos complejos (hombres y mujeres) y a sus cuidadores informales de usuarios del centro, a los que previo consentimiento informado, se les realizaron las encuestas y entrevistas.

RESULTADOS

De los 20 usuarios/as, el 70% de los mismos son mujeres, con una media de edad de 81.25 años. En la pregunta de si está satisfecho/a con la relación entre el centro de salud y el centro de día el 90% responde que muy satisfactorio, incidiendo directamente esa relación en el bienestar de su familiar. En relación con la coordinación de los profesionales, el 100 % de las familias consideran dicha coordinación es Excelente. Y con la pregunta sobre ¿con qué palabra definiría dicha relación entre el CS y la UED? Y dejando dos posibles respuestas, el 42,5% elige confianza y el 30% tranquilidad, y el 100 % elige una palabra con tintes positivos (confianza, tranquilidad, comodidad).

CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos, podemos concluir que la estrecha coordinación existente en la Unidad de Estancia Diurna y el EBAP del centro de Salud del Rincón de la Victoria, permite a los usuarios/as permanecer en su domicilio durante más tiempo, favoreciendo los beneficios que aportan las relaciones familiares y evitando la desorientación que a veces produce un cambio de modo de vida. Así mismo, se consigue retrasar o frenar la evolución de la enfermedad, al recibir con mayor rapidez la asistencia sanitaria, favorece el control y seguimiento del tratamiento farmacológico pautado, un control del estado general de salud diario, lo que evita recaídas y detectando precozmente cualquier complicación que pudiera aparecer. Los usuarios, se benefician de poder recibir atención sanitaria durante el horario de institucionalización, reduciendo así mismo, la sobrecarga del cuidador informal. Por tanto, el Trabajo multidisciplinar, llevado a cabo entre El Centro de Día y El Equipo del Centro de Salud está asociado con un alivio temporal del cuidador, jugando un papel fundamental en la ayuda a los cuidadores y la prevención del deterioro emocional y físico de ellos mismos.

BIBLIOGRAFÍA

-ABELLÁN GARCÍA, Antonio; ACEITUNO NIETO, Pilar, PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, AYALA GARCÍA, Alba y PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio (2019). “Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p. [Fecha de publicación: 06/03/2019].

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>>

-<https://www.senior50.com/bienestar/economia-para-mayores/los-mayores-de-65-anos-ya-superan-los-9-millones-de-personas-en-espana/>

-<https://vitalia.es/n1899/ventajas-de-un-centro-de-dia-frente-a-otros-recursos-cuando-un-mayor-necesita-ayuda>

-ROMEO GARCÍA, L, MASEDA RODRÍGUEZ, AB. “Evaluación de los beneficios de la utilización de los Centros de Día para los cuidadores informales de familiares con demencia”. [Trabajo fin de máster en internet]. [A Coruña]. Universidad Da Coruña; enero 2015. Recuperado a partir de: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14589/RomeoGarc%C3%ADa_Laura_TFM_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y

-<https://www.webconsultas.com/tercera-edad/dependencia/servicios-y-actividades-que-ofrecen-los-centros-de-dia>

- <http://muysaludable.sanitas.es/salud/lo-centro-dia-puede-mayores/>.

CAPÍTULO 47

TROMBOSIS BILATERAL DE SENOS CAVERNOSOS: UNA COMPLICACIÓN GRAVE DE LA SINUSITIS AGUDA.

LUPIÁÑEZ SEOANE, PATRICIA¹; GÓMEZ JIMÉNEZ, FRANCISCO JAVIER²;
LOBÓN HERNÁNDEZ, JOSÉ ANTONIO².

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves; ²Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

OBJETIVO

Dar a conocer que la base para la realización de un diagnóstico de presunción adecuado a nuestros pacientes, es la realización de una correcta historia clínica que incluya una anamnesis detallada y una exploración física exhaustiva.

MÉTODO

Mujer de 81 años que acudió a urgencias por diplopía. Hacía 24 horas había sido valorada en este servicio por cefalea, siendo dada de alta tras quedar asintomática con analgesia. A la exploración, llamaba la atención paresia del VI par derecho, sin otra focalidad. Se solicitó TAC craneal urgente que fue normal. A las pocas horas la paciente comenzó con fiebre, parálisis del III y IV par izquierdos, edema palpebral y exoftalmos del ojo izquierdo. Se realizó nuevo TAC con contraste intravenoso que mostró aumento del diámetro anteroposterior de ambos globos oculares y ocupación del seno esfenoidal.

RESULTADOS

Dado el empeoramiento neurológico de la paciente, se inteconsultó con el neurólogo de guardia, que solicitó resonancia nuclear magnética urgente en la que

se evidenció trombosis bilateral de senos cavernosos secundaria a sinusopatía esfenoidal aguda purulenta con trombosis secundaria de la vena oftálmica superior izquierda. Con ello, se inició antibioterapia y se consultó con otorrino de guardia, realizándose esfenoidectomía mediante cirugía endoscópica, objetivándose durante el procedimiento extensión meníngea del proceso. La paciente ingresó en planta de neurología. La evolución clínica fue favorable, siendo dada de alta a los 15 días tras haber completado ciclo antibiótico intravenoso, encontrándose asintomática y sin secuelas neurológicas.

CONCLUSIÓN

Las complicaciones de las sinusitis son graves debido a la importancia de las estructuras anatómicas que rodean a los senos paranasales. Siendo la Trombosis de senos cavernosos una complicación muy grave, aunque infrecuente. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, presente en el 90% de los casos, cefalea, dolor ocular y afectación del estado general. En la exploración destaca alteración en la motilidad ocular que afecta a más de un par oculomotor, edema periorbitario y proptosis. El diagnóstico de sospecha se basa en la realización de una historia clínica adecuada que nos permitirá la instauración de antibioterapia precoz, evitando así la aparición de secuelas graves como la ceguera irreversible.

CAPÍTULO 48

SEGÚN LOS CRITERIOS STAR-STOP: ¿UTILIZAMOS BIEN LOS PISCOFÁRMACOS EN NUESTROS PACIENTES ANCIANOS?

**BOILLAT-ORIANI, GERARDO ANDRÉS; DELGADO-SÁNCHEZ, CARLOS
ALBERTO; MARTÍNEZ-LÓPEZ, PEDRO RAFAEL; ESPINAR-TOLEDO,
MILAGROSA; OCAÑA-MARTÍNEZ, LUCÍA; PÉREZ SÁNCHEZ, JOSÉ
CARLOS.**

C.S. Rincón de la Victoria, Málaga

INTRODUCCIÓN

El uso de medicamentos psicotrópicos, está muy extendido en nuestra sociedad. Cada vez se utilizan con más frecuencia en la población en general y por tanto en los pacientes ancianos. Muchas veces estas prescripciones no tienen una indicación correcta desde el principio y otras veces el tratamiento se prolonga en el tiempo más de lo adecuado, lo que puede provocar un serio problema como es la dependencia a este tipo de tratamientos. Además, la utilización inapropiada de medicamentos en los adultos mayores conlleva frecuentemente a la génesis de reacciones adversas debido a los cambios fisiológicos asociados a la edad, aumentando la morbilidad y mortalidad.

Los criterios STAR-STOP surgieron en 2008 con el objetivo de poder optimizar la prescripción de medicamentos en los ancianos y se han impuesto como referencia en Europa aplicándose a diferentes ámbitos asistenciales.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal retrospectivo. El muestreo fue estratificado por cupos. La recogida de datos se ha realizado durante los años 2017 y 2018. Los pacientes se encontraban en 5 cupos diferentes del Centro de

Salud Rincón de la Victoria, en Málaga (España). Nuestro objetivo es determinar el correcto uso de estos medicamentos, así como realizar una comparación por edad, sexo y cupo médico.

En los criterios de inclusión se incluyeron todas las personas de edad igual o superior a 75 años pertenecientes a los cinco cupos de nuestro centro de salud. Los criterios de exclusión fueron negación para participar en el estudio, no tener contacto con el médico o enfermera del centro de salud o seguimiento en la medicina privada.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, valoración o no por enfermería, estar en residencia de ancianos, incapacidad (pacientes que no acuden al Centro de Salud y son atendidos en domicilio por imposibilidad para desplazarse), uso de antidepresivos, uso de ansiolíticos y uso de antipsicóticos.

El programa estadístico utilizado fue el R commander.

RESULTADOS

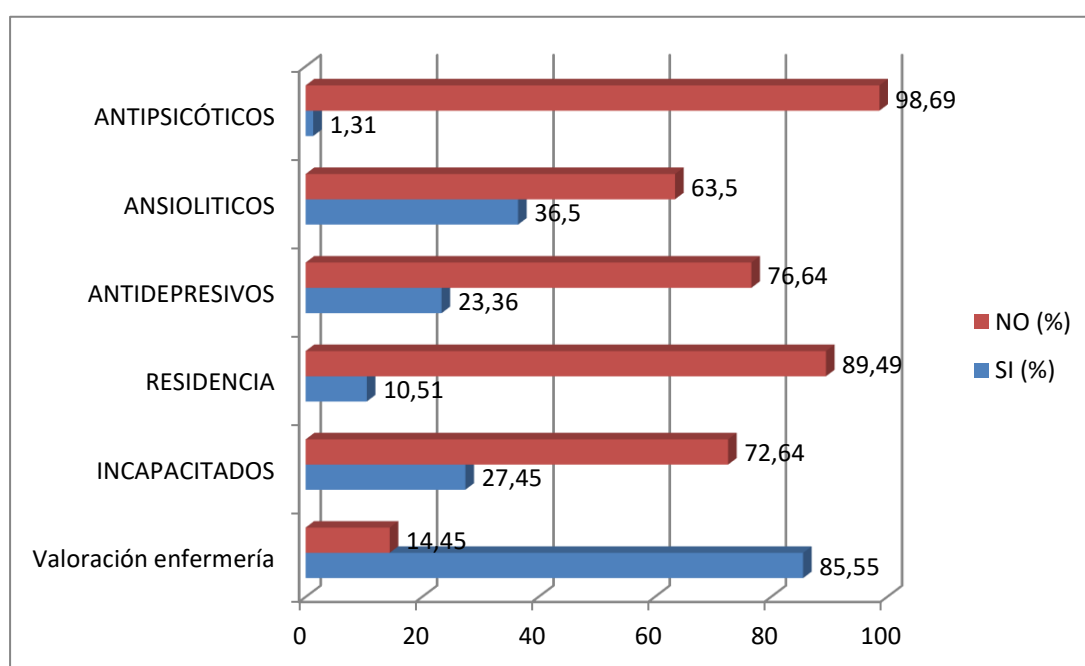
Nuestro tamaño muestral es de 685 pacientes, de los cuales el 39.71% son varones y el 60.29% mujeres. La edad media en los varones fue de 80.7443 con una desviación en estándar de 4.6168 y en las mujeres de 82.0242 con una desviación estándar de 5.4375.

El 85.55% (586) había sido valorado por enfermería y el 14.45% (99) no, el 27.45% (188) estaban incapacitados mientras que el 72.55 % (497) no lo estaba, el 10.51% (72) vivían en residencia y el 89.49% (613) no, el 23.36 % (160) tenían prescrito antidepresivos, mientras que el 76.64% (525) restante no, el 36.5% (250) tenían prescrito ansiolíticos, mientras que el 63.5% (435) no y por último un 1.31% (9) tenía prescrito algún antipsicótico, mientras que el 98.69% (676) no. (Tabla 1)

Según los criterios STAR-STOP, el 3.12 % de los antidepresivos, el 22.22 % de los antipsicóticos y el 100 % de los ansiolíticos no estaban indicados.

Al realizar la comparación por edad, fue estadísticamente significativo ($p < 0.002$) que las personas que consumían antidepresivos tenían más edad ($\bar{x}=83.6312$) que las que no los consumían ($\bar{x}=81.1657$) con un IC (-2.3990; -0.5320).

En la comparación por sexos, fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$) que había más mujeres que tenían prescritos antidepresivos y ansiolíticos que hombres.



Además, por cupos, vimos una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en el cupo B, cuyo médico prescribía más ansiolíticos que el resto de cupos. El motivo podría ser que tenía mayor número de incapacitados y personas que vivían en residencia ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES

Existe un problema en nuestro centro de salud sobre prescripción de ansiolíticos (benzodiacepinas). El 100% de los ansiolíticos no estaban.

Según los criterios STAR-STOP: ¿utilizamos bien los psicofármacos en nuestros pacientes ancianos?

CAPÍTULO 49

CAUSA INFRECUENTE DE UN DOLOR TORÁCICO AGUDO

LUPIÁÑEZ SEOANE, PATRICIA¹; GÓMEZ JIMÉNEZ, FRANCISCO JAVIER²

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves; ²Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

OBJETIVO

Conocer la importancia de esta patología tan frecuente en la población general, ya que del diagnóstico temprano se deriva la instauración de un tratamiento precoz y con ello, la disminución de la morbimortalidad de esta patología.

MÉTODO

Mujer de 87 años con antecedentes de GMSI IgG kappa, hiperparatiroidismo primario y episodio de HDA por AINES en 2011, acude a urgencias por dolor retroesternal mientras almorzaba irradiado a espalda de cuatro horas de evolución acompañado de náuseas, que cede tras la administración de nitroglicerina sublingual. A la exploración destaca un abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio y RHA disminuidos sin otros hallazgos. En la analítica no se objetivaron alteraciones con normalidad en la seriación de enzimas cardíacas, incluso el ECG no presentó cambios isquémicos. La Rx tórax mostraba impronta gástrica en silueta cardíaca, compatible con hernia de hiato. Se inteconsultó con Cardiólogo que acudió a valorarla, comenzando la paciente con vómitos cuantiosos de contenido gástrico, que en control radiológico aparece imagen de nivel en hernia de hiato y pinzamiento costofrénico izquierdo.

RESULTADOS

Ante la sospecha de posible volvulación se coloca SNG con salida de líquido fecaloideo y se interconsulta con endoscopista quien realiza gastroscopia urgente presentando gran hernia de hiato paraesofágica con volvulación a nivel intrabdominal con ulceraciones de 2 cm y bezoar sólido, lo que impide desvolvulación endoscópica. Se realiza TAC abdominal donde destacó derrame pleural bilateral de predominio izquierdo, visualizándose herniación de antro, 1º y 2º porción duodenal por el orificio herniario, lo que determina una obstrucción gástrica con distensión gástrica. Tras la tórpidamente evolución, se realizó intervención inmediata realizando una reducción del contenido herniario, exéresis del saco, cruroplastia con malla de titanio preformada y funduplicatura de Nissen 360º laparoscópica. Tras la intervención la paciente evolucionó favorablemente y posteriormente fue dada de alta.

CONCLUSIÓN

La hernia paraesofágica constituye una patología frecuente en la población general. Puede conducir al desarrollo de importantes complicaciones (isquemia, necrosis y compromiso vital) por incarceration, estrangulamiento o volvulación, constituyendo así una verdadera emergencia quirúrgica. El vólvulo gástrico tiene una presentación abrupta, de complicado pronóstico que puede llevar a la muerte del paciente. En ausencia de signos de isquemia puede intentarse la reducción endoscópica, siendo el tratamiento de elección el abordaje laparoscópico. correctamente prescritos, principalmente porque según los criterios STAR-STOP no hay indicación para la prescripción en personas igual o mayores de 75 años durante más de 4 semanas por el riesgo de sedación prolongada, confusión, caídas y accidentes de tránsito. Si el tratamiento superara las cuatro semanas se debe suspender en forma gradual para evitar el síndrome de abstinencia y esto no se en la mayoría de los casos.

Es de destacar que había muy poco porcentaje de pacientes con antipsicóticos.

CAPÍTULO 50

COMO CONTROLAMOS A NUESTROS ANCIANOS HIPERTENSOS

**BOILLAT ORIANI, GERARDO ANDRÉS; AGUDO GUERRERO, ELISABETH;
PELÁEZ JIMÉNEZ, FRANCISCO DAVID; SESE GARCÍA, MARÍA JESÚS;
BAREA SÁNCHEZ, PRUDENCIA MARÍA; PÉREZ SÁNCHEZ, JOSÉ CARLOS.**

C.S. Rincón de la Victoria, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Estudiar el control de las cifras de Presión Arterial Sistólica (PAS) y Presión Arterial Diastólica (PAD) en pacientes hipertensos mayores de 75 años y sus diferencias según el sexo y la edad.

MÉTODO

Estudio observacional transversal descriptivo realizándose muestreo aleatorio simple, de personas de edad igual o mayor a 75 años pertenecientes a 5 cupos (de los 20 que hay) de un Centro de Salud Rural de la Zona Básica de Salud del Rincón de la Victoria (Málaga). Los datos que se recogieron fueron edad, sexo, cifras de PAS, PAD y control de la PA (PAS<140 mmHg y PAD<90 mmHg). Aplicamos el programa estadístico "R", estudiándose media, desviación típica (SD), intervalos de confianza (IC), t Student para medias independientes.

RESULTADOS

El tamaño muestral fue de 685 individuos, sexo femenino (F) 473 y masculino (M) 212, de los cuales 523(76.35%) son los hipertensos, 153 M y 370 F de 75 años o más. Media de edad: 81,56 \pm 5,11 años, con un IC al 95% (\pm 0.439).

Media de PAS: 134, 0247 con un IC al 95% (± 1.7237), media de PAD: 76.28 con un IC al 95% (± 1.1156).

Media de edad F: 81.9837, con un IC al 95% (± 0.5421); media de edad M: 80.5359, con un IC al 95% (± 0.7134) encontrándose diferencias significativas a favor del sexo femenino con una $p < 0.05$.

Por otro lado, se estudiaron las variables PAS, PAD y sexo. No se encontraron diferencias significativas para PAS y sexo con una $p > 0.05$. Tampoco hubo diferencias significativas para PAD y sexo con $p > 0.05$.

De los 523 hipertensos, en 39 pacientes no se encontraron registradas presiones arteriales. De los 484 con registro tenían controlada la PA 270 (55.79%), no estando controlada en 214 (44.21%). Sólo hubo diferencias significativas entre control de PA y edad, $p < 0.05$, siendo mayor la edad del grupo controlado. No se encontraron diferencias significativas respecto a control y sexo.

CONCLUSIONES

Se encontraron diferencias significativas entre:

- Sexo y la población hipertensa en mayores de 75 años a favor de las mujeres.
- Mejor control de la PA a mayor edad.
- Sólo algo más de la mitad de los pacientes está bien controlado.
- Casi un 8% no tienen reflejada ninguna toma de PA.

CAPÍTULO 51**VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS
INSTITUCIONALIZADOS, MNA Y CONUT: NECESARIOS Y
COMPLEMENTARIOS**

**JOSÉ ANTONIO LÓPEZ-TRIGO¹, ÁNGELA HERNÁNDEZ-RUIZ², ESTHER
MOLINA-MONTES^{3,4}, JUAN LUIS CABANILLAS-MORUNO⁵, VIRTUDES
NIÑO-MARTÍN⁶, ROSA LÓPEZ-MONGIL⁷**

¹ Sociedad Española de Geriatriá y Gerontología, Departamento de Accesibilidad, Ayuntamiento de Málaga, Málaga. ² Área desarrollo de proyectos científicos, Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT), Granada. ³CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, ⁴ Escuela Andaluza de Salud Pública. ⁵ Department of Preventive Medicine and Public Health, University of Seville. ⁶Departamento de Enfermería. Universidad de Valladolid. ⁷ Centro Asistencial Doctor Villacian. Diputación de Valladolid.

RESUMEN

Estudiar la relación entre el estado nutricional, valorado mediante el test de evaluación nutricional *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y el índice CONUT (*Controlling Nutritional Status*), y medidas antropométricas en personas mayores institucionalizadas.

Se incluyeron 137 pacientes de una residencia geriátrica. Se realizó una valoración antropométrica sencilla: índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la pantorrilla (CP), circunferencia del brazo (CB) y circunferencia de la cintura (CC). Se evaluó el riesgo de desnutrición mediante el MNA y el índice CONUT. El MNA es el cuestionario más utilizado y validado a nivel mundial para detectar situaciones de riesgo de desnutrición o desnutrición, permitiendo identificar pacientes en riesgo de desarrollar desnutrición antes de que aparezcan

alteraciones antropométricas y bioquímicas. En este estudio, se ha aplicado la versión MNA completa por ser la recomendada por el consenso de valoración nutricional de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). El índice CONUT, es un instrumento para determinar el estado nutricional que combina los valores de albúmina, linfocitos y colesterol, validado para población hospitalizada en relación con otras herramientas como el FNA y el SGA. Las variables se presentaron como mediana y percentiles (Q1-Q3). Se realizaron análisis descriptivos según sexo de las principales variables (U de Mann-Whitney) y de correlaciones de Spearman (valor $p < 0,05$). El análisis estadístico se realizó con el programa RStudio 3.5.1.

Entre los participantes, un 63,5% eran mujeres y la mediana de la edad fue de 87 años (Q1-Q3: 79-91 años). Según la catalogación del IMC, el 43,9% de los pacientes se encuentra en situación de sobrepeso u obesidad ($\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$). En relación, a la valoración del riesgo de desnutrición mediante el MNA, se obtuvo una mediana de puntuación de 21,5 puntos (Q1-Q3 = 18-23,5 puntos). La mediana de la puntuación del índice CONUT fue de 2 puntos (Q1-Q3 = 0-4 puntos). La evaluación del riesgo de desnutrición mediante el MNA clasificó a más del 73% de los pacientes en riesgo de desnutrición ($n=72$), o desnutrición ($n=28$). Según el CONUT, el 55% presentaron desnutrición leve ($n=52$), moderada ($n=16$) o severa ($n=7$). No se observaron diferencias entre hombres y mujeres tras la aplicación de los dos instrumentos de valoración, ni en cuanto a los parámetros antropométricos, excepto para la circunferencia de la pantorrilla (valor $p = 0,025$). La correlación entre la puntuación del MNA y del CONUT fue $\rho = -0,21$ (valor $p = 0,01$); entre el CONUT y la CC y la CP, $\rho = -0,57$ y $-0,60$, respectivamente).

En nuestro estudio, casi el 73% de los pacientes geriátricos institucionalizados presentaban riesgo de desnutrición o desnutrición según el MNA. Según el índice CONUT, el 55% fueron catalogados en desnutrición leve, moderada o grave. La mediana de la puntuación de ambos instrumentos se correspondía con la catalogación de riesgo de desnutrición o desnutrición leve. Es necesario realizar valoraciones nutricionales periódicas, utilizando diferentes herramientas para valorar el estado nutricional de forma global con el objetivo de

proponer intervenciones nutricionales específicas y adaptadas a las necesidades de cada paciente dada la alta proporción de ellos que presentan problemas en las esferas evaluadas.

Palabras clave: Población geriátrica, valoración nutricional, riesgo de desnutrición, residencia geriátrica.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población debido a la mejora de la salud y las mejores condiciones de vida ha supuesto un notable aumento del número de personas mayores de 65 años ¹. Las personas mayores son uno de los colectivos más vulnerables, debido a que están expuestas a presentar deficiencias nutricionales ². Estas deficiencias nutricionales pueden deberse a múltiples causas relacionadas con el estado nutricional, fundamentalmente cambios fisiológicos asociados al proceso del envejecimiento y que condicionan trastornos metabólicos, alteraciones alimentarias debidas a la modificación de conductas y el deterioro de la capacidad funcional, en especial, la capacidad de alimentarse por sí mismos. Estos condicionantes además de todos los factores socioeconómicos, predisponen a que la población geriátrica sea uno de los grupos donde la prevalencia de desnutrición es más elevada.

La desnutrición de un síndrome geriátrico de especial importancia debido a su alta prevalencia ³. La prevalencia en personas mayores es variada dependiendo el medio en el que vivan, si viven en su domicilio o están institucionalizados, oscilando entre el 30 y hasta el 70% ¹. Esta variación también se debe a la definición utilizada para determinar la desnutrición, así como a la metodología empleada para diagnosticarla y otras cuestiones específicas de este grupo poblacional ^{1,4}. Las consecuencias de la desnutrición afectan al sistema cardiorrespiratorio, sistema inmunológico, gastrointestinal, al endocrino y tiene una repercusión muy clara sobre la capacidad funcional por alteraciones a nivel osteomuscular.

Una de las bases importantes de la calidad asistencial, en relación a la nutrición, es la detección temprana de personas que presenten riesgo de desnutrición, siendo básico posteriormente el seguimiento y la realización periódica de valoraciones nutricionales desde diversas perspectivas con el objetivo de proponer y aplicar planes de intervención nutricional integrales y específicos para la situación de cada paciente ¹. Por este motivo, el desarrollo y aplicación de numerosas herramientas para valorar el estado nutricional, poniendo especial énfasis en las personas que se encuentren en riesgo de desnutrición, es uno de los temas con especial importancia en investigación.

Las herramientas de cribado nutricional, además de la detección temprana de desnutrición deben ser aplicables de forma sencilla a gran número de personas, que contemplen componentes que sean fáciles de obtener y que permitan identificar posibles situaciones de riesgo para poder intervenir inmediatamente ¹. Estos instrumentos deben englobar diferentes parámetros obtenidos de numerosas valoraciones (anamnesis de la historia clínica, valoraciones funcionales, antropométricas y psicológicas, así como parámetros bioquímicos) con intervención de especialistas de diferentes áreas (geriatras, enfermeras, dietistas-nutricionistas, psicólogos, entre otros). En este contexto, se han desarrollado numerosas herramientas ampliamente estudiadas y validadas en la literatura científica para valorar el estado nutricional, incluyendo componentes de muy diversa índole ¹.

El objetivo del presente trabajo ha sido estudiar la relación entre el estado nutricional valorado mediante el test de evaluación nutricional *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y el índice CONUT (*Controlling Nutritional Status*) y medidas antropométricas en personas mayores institucionalizadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Población de estudio

Se incluyeron 137 pacientes de una residencia geriátrica entre los que predomina la patología neurodegenerativa.

Valoración antropométrica y del estado nutricional

Se les realizó una valoración antropométrica sencilla ⁵, mediante el cálculo del índice de masa corporal (IMC) y tres medidas antropométricas, circunferencia de la pantorrilla (CP), circunferencia del brazo (CB) y circunferencia de la cintura (CC). Para evaluar el estado nutricional de forma completa, se emplearon dos herramientas validadas para medir el riesgo de desnutrición : *Mini Nutritional Assessment*, MNA ^{6,7} e índice CONUT, *Controlling Nutritional Status* ⁸.

El *Mini Nutritional Assessment*, MNA, es el cuestionario más utilizado y validado a nivel mundial para detectar situaciones de riesgo de desnutrición o desnutrición, permitiendo identificar pacientes en riesgo de desarrollar desnutrición antes de que aparezcan alteraciones antropométricas y bioquímicas^{6,7}. En este estudio, se ha aplicado la versión MNA completa (*full-MNA*) por ser la recomendada por el consenso de valoración nutricional de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) ⁵.

El índice *Controlling Nutritional Status*, índice CONUT, es un instrumento para determinar el estado nutricional que combina los valores de albúmina, linfocitos y colesterol ⁸. Este índice ha sido validado para población hospitalizada en relación con su asociación y su grado de acuerdo con dos herramientas ampliamente estudiadas en el literatura como la valoración global subjetiva, VGS (*Subjective Global Assessment*, SGA) ^{9,10} y *Full Nutritional Assessment* (FNA).

Análisis estadístico

Las variables se presentaron como mediana y percentiles (Q1-Q3). Se realizaron análisis descriptivos según sexo de las principales variables (U de Mann-Whitney) y de correlaciones de Spearman (valor p <0,05). El análisis estadístico se realizó con el programa RStudio 3.5.1.

RESULTADOS

En la **Tabla 1**, se muestran las principales características de los pacientes según sexo y categorías de edad. Entre los participantes un 63,5% eran mujeres y la mediana de la edad fue de 87 años (Q1-Q3: 79-91 años). En relación, a la

valoración del riesgo de desnutrición mediante el MNA, se obtuvo una mediana de puntuación de 21,5 puntos (Q1-Q3 = 18-23,5 puntos). La mediana de la puntuación del índice CONUT fue de 2 puntos (Q1-Q3 = 0-4 puntos). No se observaron diferencias entre hombres y mujeres en ninguno de los dos instrumentos, ni en cuanto a los parámetros antropométricos, excepto para la circunferencia de la pantorrilla (valor $p = 0,025$).

Tabla 1. Características de la muestra, según sexo y según categorías de edad (n=137)

	Muestra total	Según sexo		Según edad		
		Hombres (n=50)	Mujeres (n=87)	<80 años (n=44)	80-89 años(n=58)	≥90 años (n=35)
Edad (años)	87,0 (79,0-91,0)	85,0 (76,5-90,8)	88,0 (82,0-91,0)	--	--	--
Peso (kg)	62,2 (55,1-69,0)	78,7 (76,2-82,3)	64,3 (54,0-72,5)	82,0 (64,5-84,7)	66,0 (55,6-75,6)	58,9 (52,0-68,5)
IMC (kg/m2)	25,9 (20,8-29,4)	24,6 (21,3-7,9)	26,4 (22,3-0,3)	23,3 (22,7-8,7)	26,4 (24,1-9,7)	25,7 (21,1-29,4)
Puntuación del MNA	21,5 (18,0-23,5)	21,0 (17,8-23,5)	22,0 (18,5-23,5)	21,5 (18,8-23,0)	21,5 (18,3-24,3)	21,0 (16,8-23,8)
Puntuación índice CONUT	2,0 (0,0-4,0)	2,0 (1,0-3,8)	2,0 (0,0-3,5)	1,0 (0,0-3,0)	2,0 (1,0-4,0)	2,0 (0,0-4,0)
Medidas expresadas como mediana (percentiles 25-75)						

Según la catalogación del IMC, el 43,9% de los pacientes se encuentra en situación de sobrepeso u obesidad ($\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$). La evaluación del riesgo de desnutrición mediante el MNA clasificó a más del 73% de los pacientes en riesgo de desnutrición ($n=72$) o desnutrición ($n=28$). Según el CONUT, el 55% presentaron desnutrición leve ($n=52$), moderada ($n=16$) o severa ($n=7$). Estos resultados se muestran en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Grados de desnutrición según la puntuación del MNA y del índice CONUT		
	MNA ($n=128$) % (n)	CONUT ($n=137$) % (n)
Estado nutricional normal	21,9 (28)	45,3 (62)
Desnutrición leve ¹	56,3 (72)	38,0 (52)
Desnutrición moderada	--	11,7 (16)
Desnutrición grave	21,9 (28)	5,11 (7)
	X-squared = 30.25, df = 2, p <0,001	X-squared = 63.088, df = 3, p < 0,001
¹ puntuación correspondiente a la categoría del MNA intermedia, riesgo de desnutrición		

La correlación entre la puntuación del MNA y del CONUT fue $\rho=-0,21$ (valor $p=0,01$); entre el CONUT y la CC y la CP, $\rho=-0,57$ y $-0,60$, respectivamente).

CONCLUSIONES

En este estudio, casi el 73% de los pacientes geriátricos institucionalizados presentaban riesgo de desnutrición o desnutrición según el MNA. Según el índice CONUT, el 55% fueron catalogados en desnutrición leve, moderada o grave. La

mediana de la puntuación de ambos instrumentos se correspondía con la catalogación de riesgo de desnutrición o desnutrición leve.

Estos valores traducen un importante riesgo/estado nutricional dada la situación de base de las personas que están institucionalizadas en nuestro centro. Este hecho nos lleva a la reflexión, y conclusión final, de la necesidad de realizar valoraciones nutricionales periódicas, utilizando diferentes herramientas para valorar el estado nutricional de forma global, con el objetivo de proponer intervenciones nutricionales específicas y adaptadas a las necesidades de cada paciente en cada momento.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración prestada al personal de enfermería, auxiliar de enfermería y estudiantes del Grado de Nutrición de la Universidad de Valladolid, así como a todos los residentes del centro que han participado en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz Diaz B, Martínez de la Iglesia J, Molina Recio G, et al. [Nutritional status and associated factors in ambulatory elderly patients]. *Aten primaria*. January 2019. doi:10.1016/j.aprim.2018.12.002
2. Rosner B a, Speizer FE, Manson JE, et al. Dietary glycemic index and glycemic load, carbohydrate and fiber intake, and measures of insulin sensitivity, secretion, and adiposity in the insulin resistance atherosclerosis study. *Clin Nutr*. 2015;28(2):252-258. doi:10.2337/diacare.28.12.2832
3. Cederholm T, Jensen GL. To create a consensus on malnutrition diagnostic criteria: A report from the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) meeting at the ESPEN Congress 2016. *Clin Nutr*. 2017;36(1):7-10. doi:10.1016/j.clnu.2016.12.001

4. Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging*. 2010;5:207-216.
5. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, et al. [Nutritional status assessment in Geriatrics: Consensus declaration by the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology NutritionWork Group]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(1):52-57. doi:10.1016/j.regg.2015.07.007
6. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*. 1996;54(1 Pt 2):S59-65. doi:10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x
7. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006;10(6):466-467.
8. Ignacio De Ulíbarri J, González-Madroño A, De Villar NGP, et al. CONUT: A tool for Controlling Nutritional Status. First validation in a hospital population. *Nutr Hosp*. 2005;20(1):38-45.
9. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1987;11(1):8-13. doi:10.1177/014860718701100108
10. Detsky AS, Smalley PS, Chang J. The rational clinical examination. Is this patient malnourished? *JAMA*. 1994;271(1):54-58. doi:10.1001/jama.271.1.54

CAPÍTULO 52

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y DEL ESTADO COGNITIVO Y SU RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS

**HERNÁNDEZ RUIZ, ÁNGELA¹; LÓPEZ TRIGO, JOSÉ ANTONIO²; MOLINA
MONTES, ESTHER³; CABANILLAS MORUNO, JUAN LUIS⁴; RODRÍGUEZ
BAEZA, MARIO⁵; LÓPEZ MONGIL, ROSA⁶.**

¹Área desarrollo de proyectos científicos, Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT); ²Departamento de Accesibilidad, Ayuntamiento de Málaga, Málaga; ³CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Escuela Andaluza de Salud Pública; ⁴Department of Preventive Medicine and Public Health, University of Seville; ⁵Graduado en Enfermería, Universidad de Murcia; ⁶Centro Asistencial Dr. Villacian.

RESUMEN

Valorar la capacidad funcional y el estado cognitivo y su relación con el estado nutricional de personas mayores institucionalizadas.

Se seleccionaron 137 residentes de un centro asistencial de la Diputación de Valladolid. Se evaluó su capacidad funcional, mediante el índice de Barthel, la escala de Lawton y Brody y el SPPB y el estado cognitivo, empleando el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo. Se les realizó una valoración antropométrica y se evaluó el riesgo de desnutrición mediante el full-Mini Nutritional Assessment (MNA) y el índice CONUT (Controlling Nutritional Status). Las variables se presentaron como mediana y percentiles (Q1-Q3). Se realizaron análisis descriptivos según sexo y de correlaciones de Spearman entre los test de valoración de capacidad funcional y de estado cognitivo y nutricional (valor $p < 0,05$). El análisis estadístico se realizó con el programa RStudio 3.5.1.

El 36,5% de los residentes fueron hombres ($n=50$) y la mediana de la edad fue de 87 años (88 años en mujeres y 85 años en hombres). Según la catalogación

del Barthel, la mediana de la puntuación fue de 65 puntos (Q1-Q3 = 30-90 puntos). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de hombres y mujeres para ninguno de las herramientas utilizadas, excepto una mejor puntuación en el caso del SPPB en hombres (valor $p=0,07$). La evaluación del riesgo de desnutrición mediante el MNA clasificó a más del 73% de los pacientes en riesgo de desnutrición o desnutrición y según el índice CONUT presentaron desnutrición leve, moderada o severa, el 55% de los sujetos, mostrándose una correlación débil e inversa entre ambos instrumentos ($\rho=-0,21$; valor $p=0,01$). Se observaron correlaciones moderadas entre los tres instrumentos de valoración funcional y el MEC de Lobo ($\rho=0,60$, valor $p=0,09$; $\rho=0,50$, valor $p=0,17$ y $\rho=0,68$, valor $p=0,04$, respectivamente). Se mostró una correlación más fuerte entre las puntuaciones del índice Barthel y el MNA ($\rho=0,72$, valor $p=0,04$), moderadas entre el MNA y el Lawton y Brody ($\rho=0,53$, valor $p=0,33$), y más débiles entre MNA y SPPB ($\rho=0,35$, valor $p=0,08$). El índice CONUT se correlacionó de forma débil con todos los instrumentos valorados ($\rho < 0,30$). El estado cognitivo según el MEC Lobo se correlacionó de forma moderada con el MNA ($\rho=0,58$, valor $p=0,52$).

La capacidad funcional y el estado cognitivo se correlaciona de manera fuerte-moderada con el estado nutricional según el MNA en personas mayores institucionalizadas. Es imprescindible realizar valoraciones del estado nutricional y funcional, utilizando diferentes instrumentos. Una valoración amplia permitirá una individualización en la toma de decisiones adecuada a cada paciente.

Palabras clave: población geriátrica, capacidad funcional, estado cognitivo, desnutrición, residencia geriátrica

INTRODUCCIÓN

La mejora de las condiciones de vida ha propiciado un aumento de la esperanza de vida y con ellos un incremento del número de las personas mayores.

La valoración del estado de salud, así como las actividades para la prevención y la promoción de hábitos relacionados con la dieta y con los estilos de vida, son factores decisivos para disminuir la dependencia, así como para promover un envejecimiento activo y más saludable ¹.

La valoración geriátrica multidimensional es el elemento básico para medir la capacidad funcional de los pacientes en cuestión de salud, desde una evaluación interdisciplinar mediante la utilización de instrumentos de valoración estandarizados que deben ser aplicados a lo largo del tiempo. Esta valoración incluye aspectos clínicos, funcionales, mentales y sociales. Según la Organización Mundial de la Salud, la valoración funcional es el mejor indicador de salud en las personas mayores, en términos de función. Los programas de valoración geriátrica determinan el estado funcional mediante la determinación de la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con el objetivo de estudiar los cambios que se producen a lo largo del tiempo en los pacientes en cuanto a su funcionalidad.

La valoración de la capacidad funcional es clave en la valoración geriátrica para prevenir la discapacidad y fomentar la independencia, así como para el tratamiento de las principales enfermedades de alta prevalencia en población mayor. La valoración funcional se realiza a través de diversas medidas y escalas, siendo el índice de Barthel ² y el Lawton Brody ³ dos de las escalas más estudiadas en la literatura científica para la valoración de la dependencia en las ABVD y de las actividades instrumentales. Respecto a las pruebas de evaluación funcional, es destacable el *Short Physical Performance Battery* (SPPB) ⁴, como una prueba de referencia para evaluar el riesgo de caídas (equilibrio en bipedestación, velocidad de la marcha y equilibrio al levantarse y sentarse 5 veces seguidas de una silla).

Actualmente no hay consenso sobre cuál es la mejor forma de determinar el estado nutricional ¹. Los cuestionarios de cribado nutricional, entre ellos el *Mini Nutritional Assessment* (MNA), son los instrumentos más utilizados a nivel mundial para evaluar el estado nutricional debido a que son métodos sencillos sin

necesidad de contar con parámetros bioquímicos. Este cuestionario evalúa desde parámetros antropométricos, funcionales y problemas derivados de una situación de desnutrición, considerando su versión completa (*full-MNA*) como la versión a utilizar preferiblemente en personas mayores de 65 años ⁵.

El objetivo de este estudio fue valorar la capacidad funcional y el estado cognitivo y su relación con el estado nutricional de personas mayores institucionalizadas donde predomina la patología neurodegenerativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Población de estudio

Se seleccionaron 137 residentes de una residencia geriátrica.

Valoración de la capacidad funcional, del estado cognitivo y nutricional

Se evaluó la capacidad funcional, mediante el índice de Barthel ², la escala de Lawton y Brody ³ y el *Short Physical Performance Battery* (SPPB) ⁴ y la valoración del estado cognitivo se llevó a cabo empleando el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo. Se les realizó una valoración antropométrica sencilla y se evaluó el riesgo de desnutrición mediante el *full-Mini Nutritional Assessment* (MNA en su versión completa) ^{6,7} y el índice CONUT (*Controlling Nutritional Status*)⁸.

Análisis estadístico

Las variables se presentaron como mediana y percentiles (Q1-Q3). Se realizaron análisis descriptivos según sexo de las principales variables (U de Mann-Whitney) y de correlaciones de Spearman entre las puntuaciones de los test de valoración de capacidad funcional y de estado cognitivo y nutricional (valor $p < 0,05$). El análisis estadístico se realizó con el programa RStudio 3.5.1.

RESULTADOS

Las principales características de esta muestra de pacientes y según sexo y categorías de edad se muestra en la **Tabla 1**. El 36,5% de los residentes fueron

hombres ($n=50$) y la mediana de la edad fue de 87 años (88 años en mujeres y 85 años en hombres). Según la catalogación del Barthel, la mediana de la puntuación fue de 65 puntos ($Q1-Q3 = 30-90$ puntos). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de hombres y mujeres para ninguno de las herramientas utilizadas, excepto una mejor puntuación en el caso de las puntuaciones del SPPB en hombres (valor $p=0,07$).

Una catalogación de los residentes según la capacidad funcional, el estado cognitivo y el estado nutricional, se puede observar en la **Tabla 2**. La evaluación del riesgo de desnutrición mediante el MNA clasificó a más del 73% de los pacientes en riesgo de desnutrición o desnutrición y según el índice CONUT presentaron desnutrición leve, moderada o severa, el 55% de los sujetos, mostrándose una correlación débil e inversa entre ambos instrumentos ($\rho=-0,21$; valor $p=0,01$).

Se observaron correlaciones moderadas entre los tres instrumentos de valoración funcional y el MEC de Lobo ($\rho=0,60$, valor $p=0,09$; $\rho=0,50$, valor $p=0,17$ y $\rho=0,68$, valor $p=0,04$, respectivamente). Se mostró una correlación más fuerte entre las puntuaciones del índice Barthel y el MNA ($\rho=0,72$, valor $p=0,04$), moderadas entre el MNA y el Lawton y Brody ($\rho=0,53$, valor $p=0,33$), y más débiles entre MNA y SPPB ($\rho=0,35$, valor $p=0,08$). El índice CONUT se correlacionó de forma débil con todos los instrumentos valorados ($\rho < 0,30$). El estado cognitivo según el MEC Lobo se correlacionó de forma moderada con el MNA ($\rho=0,58$, valor $p=0,52$).

CONCLUSIONES

En general, la capacidad funcional y el estado cognitivo se correlacionan de forma moderada con el estado nutricional según el MNA en personas mayores institucionalizadas. Esta correlación que, a priori, podría esperarse mayor podría tener disminuido su impacto por el hecho del cuidado que reciben las personas en la institución. Es imprescindible realizar valoraciones del estado nutricional y funcional, utilizando diferentes instrumentos, por ser claves en la medición de la salud. Una

Tabla 1. Principales características de la muestra, según sexo y según categorías de edad						
Muestra total		Según sexo		Según edad		
(n=137)		Hombres (n=50)	Mujeres (n=87)	< 80 años	80-89 años	≥90 años
Edad (años)	87,0 (79,0-91,0)	85,0 (76,5-90,8)	88,0 (82,0-91,0)	--	--	--
Peso (kg)	62,2 (55,1-69,0)	78,7 (76,2-82,3)	64,3 (54,0-72,5)	82,0 (64,5-84,7)	66,0 (55,6-75,6)	58,9 (52,0-68,5)
IMC (kg/m ²)	25,9 (20,8-29,4)	24,6 (21,3-27,9)	26,4 (22,3-30,3)	23,3 (22,7-28,7)	26,4 (24,1-29,7)	25,7 (21,1-29,4)
Valoración funcional, cognitiva y del estado nutricional						
Barthel (n=136)	65,0 (30,0-90,0)	70,0 (26,3-90,0)	62,5 (30,0-85,0)	85,0 (75,0-95,0)	55,0 (21,3-90,0)	50,0 (20,0-70,0)
Lawton Brody (n=130)	1,5 (0-3,0)	2,0 (0,0-3,0)	1,0 (0,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	1,0 (0,0-3,0)	1,0 (0,0-3,0)
SPPB (n=86)	1,0 (0,0-5,0)	4,0 (0,0-8,8)	0,0 (0,0-5,0)	6,0 (5,0-8,0)	0,0 (0,0-5,0)	0,0 (0,0-5,0)
MEC Lobo	20,0 (12,0-27,0)	22,0 (10,0-29,0)	18,0 (12,0-25,0)	24,0 (19,0-28,0)	16,5 (10,0-27,0)	18,0 (7,5-24,0)
MNA (n=128)	21,5 (18,0-23,5)	21,0 (17,8-23,5)	22,0 (18,5-23,5)	21,5 (18,8-23,0)	21,5 (18,3-24,3)	21,0 (16,8-23,8)
CONUT	2,0 (0,0-4,0)	2,0 (1,0-3,8)	2,0 (0,0-3,5)	1,0 (0,0-3,0)	2,0 (1,0-4,0)	2,0 (0,0-4,0)

Resultados expresados como mediana (Q1-Q3)

Valoración de la capacidad funcional y del estado cognitivo y su relación con el diagnóstico nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados

valoración correcta y amplia permitirá una individualización en la toma de decisiones adecuada a cada paciente.

Tabla 2. Catalogación de los residentes según la capacidad funcional, el estado cognitivo y el estado nutricional		
Valoración de la capacidad funcional y estado cognitivo		Total % (n)
Índice de Barthel (n=136)	Independiente	5,2 (7)
	Dependencia leve	11,8 (16)
	Dependencia moderada	34,6 (47)
	Dependencia severa	27,2 (37)
	Dependencia total	21,3 (29)
MEC Lobo	Ausencia de deterioro cognitivo	29,3 (35)
	Deterioro muy leve o leve	6,8 (8)
	Deterioro moderado	18,6 (22)
	Deterioro grave	22,9 (27)
	Deterioro muy grave	22,0 (26)
Valoración del estado nutricional		
MNA (n=128)	Estado nutricional normal	21,9 (28)
	Riesgo de desnutrición	56,3 (72)
	Desnutrición	21,9 (28)
CONUT (n=137)	Estado nutricional normal	45,3 (62)
	Desnutrición leve	38,0 (52)
	Desnutrición moderada	11,7 (16)
	Desnutrición grave	5,11 (7)

Resultados expresados como % en cada categoría respecto al total de la muestra (n de sujetos en cada categoría)

Valoración de la capacidad funcional y del estado cognitivo y su relación con el diagnóstico nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración prestada al personal de enfermería, auxiliar de enfermería y estudiantes del Grado de Nutrición de la Universidad de Valladolid, así como a todos los residentes del centro que han participado en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz Diaz B, Martínez de la Iglesia J, Molina Recio G, et al. [Nutritional status and associated factors in ambulatory elderly patients]. *Aten primaria*. January 2019. doi:10.1016/j.aprim.2018.12.002
2. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-65.
3. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-186.
4. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol*. 1994;49(2):M85-94. doi:10.1093/geronj/49.2.m85
5. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, et al. [Nutritional status assessment in Geriatrics: Consensus declaration by the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology Nutrition Work Group]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(1):52-57. doi:10.1016/j.regg.2015.07.007
6. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*. 1996;54(1 Pt 2):S59-65. doi:10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x
7. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006;10(6):466-467.
8. Ignacio De Ulíbarri J, González-Madroño A, De Villar NGP, et al. CONUT: A

tool for Controlling Nutritional Status. First validation in a hospital population.
Nutr Hosp. 2005;20(1):38-45.

CAPÍTULO 53

APROXIMÁNDONOS A LA SARCOPENIA Y A LA FRAGILIDAD CON EL TEST MONGIL DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

LÓPEZ MONGIL, ROSA¹; MOLINA MONTES, ESTHER²; AMBLAS NOVELLA, JORDI³; LÓPEZ TRIGO, JOSÉ ANTONIO⁴; CABANILLAS MORUNO, JUAN LUIS⁵; HERNÁNDEZ RUIZ, ÁNGELA⁶.

¹Centro Asistencial Dr. Villacian; ² CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP. Escuela Andaluza de Salud Pública; ³Unidad Geriátrica de Agudos, Hospital Universitari de Vic/Consorti Hospitalari de Vic. Unidad Territorial de Geriatria y Cuidados Paliativos, Consorci Hospitalari de Vic/Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic. Centro de Estudios Sociales y Sanitarios (CESS)/Cátedra de Cuidados Paliativos. Universitat de Vic-Universitat. Central de Catalunya, Vic; ⁴Departamento de Accesibilidad, Ayuntamiento de Málaga, Málaga; ⁵Department of Preventive Medicine and Public Health, University of Seville; ⁶Área desarrollo de proyectos científicos, Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT).

RESUMEN

Aplicar un nuevo test para valorar actividades básicas de la vida diaria, el test Mongil de ABVD y estudiar su relación con la fragilidad y la sarcopenia.

Se ha aplicado el índice de Barthel, el test Mongil ABVD, el IF-VIG, el FRAIL-NH y la escala SARC-F. Los principales resultados se mostraron como mediana y percentiles (Q1-Q3). Se realizaron análisis descriptivos de la muestra total, según sexo (U de Mann-Whitney) y según categorías de edad (Kruskal-Wallis) y análisis de correlaciones de Spearman entre el índice de Barthel, el test Mongil de ABVD, el IF-VIG, el FRAIL-NH y la escala SARC-F (valor $p < 0,05$). El análisis estadístico se realizó con el programa RStudio 3.5.1.

Entre los participantes (n=137), el 63,5% fueron mujeres y la mediana de la edad fue de 87 años (Q1-Q3: 79-91 años). La mediana de la puntuación del test Mongil de ABVD en la muestra total, fue de 8 puntos (Q1-Q3: 3-14 puntos), encontrándose resultados similares según sexo. Por categorías de edad, los participantes de 90 años o más (n=44), presentaron una mediana de 11 puntos (Q1-Q3: 6-15 puntos); los de entre 80-89 años (n=58), 9,5 puntos (Q1-Q3: 2-15 puntos) y los residentes más jóvenes, de menos de 80 años (n=35), 4 puntos de mediana; (Q1-Q3: 2-6,5 puntos). La correlación entre la puntuación del test Mongil de ABVD y el índice de Barthel fue $\rho=-0,99$; entre el test Mongil y el IF-VIG y FRAIL-NH fue $\rho=0,75$ y $\rho=0,95$, respectivamente y entre el test Mongil de ABVD y el SARC-F, $\rho=0,88$). Todas las correlaciones evaluadas entre estos instrumentos fueron estadísticamente significativas (valor $p < 0,001$).

El test Mongil de ABVD parece la forma más razonable de sistematizar la exploración, ya que es rápido, sencillo, reproducible y nos aproxima a dos de los síndromes geriátricos gigantes de la geriatría como son la sarcopenia y fragilidad. La utilización con otras escalas complementa y enriquece la Valoración Geriátrica Integral.

OBJETIVOS

La utilización de escalas en la valoración funcional es de gran utilidad tanto para el diagnóstico (puesto que unifica criterios y permite la realización de valoraciones objetivas), como para el control de la evolución en determinados síndromes geriátricos como la sarcopenia y la fragilidad. Aplicar un nuevo test para valorar actividades básicas de la vida diaria, el test Mongil de ABVD y estudiar su relación con la fragilidad y la sarcopenia.

MÉTODO

Se ha aplicado el índice de Barthel, el test Mongil ABVD, el IF-VIG, el FRAIL-NH y la escala SARC-F. Los principales resultados se mostraron como mediana y percentiles (Q1-Q3). Se realizaron análisis descriptivos de la muestra total, según sexo (U de Mann-Whitney) y según categorías de edad (Kruskal-Wallis) y análisis de correlaciones de Spearman entre el índice de Barthel, el test Mongil de ABVD, el IF-VIG, el FRAIL-NH y la escala SARC-F (valor $p < 0,05$). El análisis estadístico se realizó con el programa RStudio 3.5.1.

RESULTADOS

Entre los participantes ($n=137$), el 63,5% fueron mujeres y la mediana de la edad fue de 87 años (Q1-Q3: 79-91 años). La mediana de la puntuación del test Mongil de ABVD en la muestra total, fue de 8 puntos (Q1-Q3: 3-14 puntos), encontrándose resultados similares según sexo. Por categorías de edad, los participantes de 90 años o más ($n=44$), presentaron una mediana de 11 puntos (Q1-Q3: 6-15 puntos); los de entre 80-89 años ($n=58$), 9,5 puntos (Q1-Q3: 2-15 puntos) y los residentes más jóvenes, de menos de 80 años ($n=35$), 4 puntos de mediana; (Q1-Q3: 2-6,5 puntos). La correlación entre la puntuación del test Mongil de ABVD y el índice de Barthel fue $\rho=-0,99$; entre el test Mongil y el IF-VIG y FRAIL-NH fue $\rho=0,75$ y $\rho=0,95$, respectivamente y entre el test Mongil de ABVD y el SARC-F, $\rho=0,88$). Todas las correlaciones evaluadas entre estos instrumentos fueron estadísticamente significativas (valor $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

El test Mongil de ABVD parece la forma más razonable de sistematizar la exploración, ya que es rápido, sencillo, reproducible y nos aproxima a dos de los síndromes geriátricos gigantes de la geriatría como son la sarcopenia y fragilidad. La utilización con otras escalas complementa y enriquece la Valoración Geriátrica Integral.

CAPÍTULO 54

ÍNDICE PROFUND, ANÁLISIS DE OBJETIVOS CON PACIENTES HOSPITALIZADOS.

MARTÍNEZ BAREA, ROSARIO; LÓPEZ NAVARRO, ANA; LÓPEZ PORRAS, M^a CARMEN; ZAMUDIO, MARÍA DOLORES.

Hospital de Alta Resolución de Morón

INTRODUCCIÓN

El Índice PROFUND es un índice pronóstico específico para pacientes pluripatológicos diseñado y validado en población hospitalaria. De forma dicotómica (presencia o ausencia) se valora dimensiones como la edad avanzada, determinadas enfermedades avanzadas, hemoglobina, dependencia, apoyo social, y reingresos hospitalarios, según resultados, se establece en grupos de riesgo con porcentaje de probabilidad de fallecer en 12 meses con respecto al alta hospitalaria. Desde hace un año se realiza este en nuestro Hospital, por ser un indicador de calidad del nuevo proceso asistencial integrado de atención a pacientes pluripatológicos, recomiendan tener en cuenta este índice para la toma de decisiones con respecto a metas y objetivos con estos pacientes.

OBJETIVO

Analizar los datos asistenciales de pacientes ingresados en nuestro Hospital a los que hemos realizado el índice PROFUND, para valorar la utilidad del mismo en la recogida de datos de nuestros pacientes al ingreso.

MÉTODO

A través del programa ORACLE, Se han obtenido datos de los pacientes con PROFUND realizados al ingreso en pacientes hospitalizados en el Hospital de Alta Resolución de Morón, entre el periodo de octubre del 2018 y septiembre del 2019. Valoramos en estos pacientes cuántos pacientes tenía índice de PROFUND mayor de 7 (corresponde a pacientes con pronóstico de riesgo intermedio y alto, que se debe tener como objetivos cuidados de calidad de vida y confort y algo de funcionalidad) y cuántos pacientes tenía índice de PROFUND mayor de 11 (corresponde a pacientes con pronóstico de alto, que se debe tener como objetivos cuidados de calidad de vida y confort). Valoramos también los reingresos y los éxitos.

RESULTADOS

Entre octubre del 2018 y septiembre del 2019, se han realizado 107 índices de PROFUND en pacientes hospitalizados. 96 pacientes tenían un índice de PROFUND mayor de 7 (90%), 74 mayor de 11 (70%). De los 107 ingresos, 12 de ellos fueron reingresos (11%); 11 pacientes (10%) fueron éxitos, 7 éxitos (64%) con PROFUND mayor de 11 (paciente Pluripatológico con mal pronóstico).

CONCLUSIONES

El 90% de los pacientes hospitalizados a los que se les realizó el índice de PROFUND fueron pacientes con índice mayor de 7, con un pronóstico de riesgo intermedio y alto, siendo el 70% pacientes pluripatológicos con índice mayor de 11, es decir, de mal pronóstico.

Estos son pacientes a los que se recomienda cuidados de calidad de vida y confort, por encima de la supervivencia y funcionalidad. Habría que valorar si en estos pacientes lo más indicado es ingreso en un hospital o manejo en domicilio con Atención de Hospitalización domiciliaria, no existente actualmente en esta área.

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	página
<i>Abizanda Soler, Pedro</i>	68
<i>Aguado Guerrero, Elisabeth</i>	381,393
<i>Alonso Trujillo, Federico</i>	43
<i>Amblas Novella, Jordi</i>	413
<i>Ampuero Ampuero. J</i>	273,276,279
<i>Araujo Ordoñez, Miguel</i>	142
<i>Barea Sánchez, María Prudencia</i>	393
<i>Benítez Ragel, Luis</i>	282
<i>Benítez Rivero, Javier</i>	11,15
<i>Bermúdez Llusa, Geidy</i>	350
<i>Boillat Oriani, Gerardo Andrés</i>	387,393
<i>Bonachela Pallarés, Rosa</i>	309
<i>Brañas Baztan, Fátima</i>	98
<i>Caballero Barrios, Patricio</i>	224
<i>Cabanilla Moruno, Juan Luis</i>	395,404,413
<i>Cabezas Gabaldón, Susana</i>	360
<i>Caparros García, Juan Manuel</i>	21
<i>Cardona Peláez, Antonio</i>	236
<i>Carmona González, María</i>	119
<i>Casado Páez, Nora Inés</i>	350
<i>Casal San Laureano, Florentino</i>	195
<i>Cruz Lendinez, Alfonso</i>	309
<i>De Frutos Aparicio, Celia</i>	360
<i>Delgado-Sánchez, Carlos Alberto</i>	387
<i>Durán Alonso, Juan Carlos</i>	11,173,210,285,301
<i>Durán Pasto, Miriam Esperanza</i>	317
<i>Erdozain Corpas, Juan Pedro</i>	91
<i>Espinar-Toledo, Milagrosa</i>	387
<i>Frutos Díaz, Sonsoles</i>	356,358
<i>Galán Mercant Alejandro</i>	215
<i>García Cuerva, Elvira</i>	319,323
<i>García Monlleó, Javier</i>	301
<i>García Moreno, Mercedes</i>	253,301
<i>García Panal, Javier</i>	315
<i>Gómez Jiménez, Francisco Javier</i>	385,390
<i>González López, Lucía</i>	309
<i>Guerrero Ramos, Gerardo</i>	381,
<i>Gutierrez Baena, Belén</i>	327
<i>Hernández Ruíz, Ángela</i>	395,404,413

<i>Hidalgo Santiago, Juan Carlos</i>	182
<i>León Fernández, María</i>	337
<i>Lobón Hernández, José Antonio</i>	385
<i>López Mesa Manuel,</i>	315
<i>López Mongil, Rosal</i>	395,404,413
<i>López Montes, Carmen</i>	381
<i>López Navarro, Ana</i>	416
<i>López Porras, Maria del Carmen,</i>	312,317,416
<i>López Trigo, José Antonio</i>	301,395,404,413
<i>López, Pedro Rafael</i>	387
<i>Lupiáñez Seoane, Patricia</i>	385,390
<i>Marín Carmona, José Manuel</i>	301,337,350
<i>Martín Carmacho, Paola</i>	337
<i>Martínez Barea, Rosario</i>	312,416
<i>Martínez Manzanares, Carlos</i>	262
<i>Molina Montes, Esther</i>	395,404,413
<i>Moya Molina, Miguel</i>	130
<i>Mozo alonso, Felipe</i>	285
<i>Niño Martín, Virtudes</i>	395
<i>Novalvos Ruíz, Pedro</i>	285
<i>Ocaña-Martínez, Lucia</i>	387
<i>Ostos Lucena, Belén</i>	301
<i>Osuna Sánchez, J</i>	273,276,279
<i>Páez Casado, Nora Inés</i>	337
<i>Peiteado Valderrama, E</i>	273
<i>Peláez Jiménez, Francisco David</i>	381,393
<i>Perandrés Gómez, Ana</i>	309
<i>Pérez Hamilton, Rocio</i>	381
<i>Pérez Sánchez, José Carlos</i>	387,393
<i>Petidier Torregrosa, Roberto</i>	203
<i>Racero, Juan Jorge</i>	29
<i>Requena Pou, MJ</i>	273,276,279
<i>Rodríguez Baeza, Mario</i>	404
<i>Rodríguez González, Andrés</i>	309
<i>Rodríguez Martín, Amalia</i>	285
<i>Romero Grimaldi, Carmen</i>	327
<i>Romero León, José Manuel</i>	319,323
<i>Rondón García, Luis Miguel</i>	378
<i>Ruíz Trascastro, Grosa Raquel</i>	378
<i>Sainz Otero, Ana María</i>	87
<i>Sánchez Sevilla, Juan</i>	170
<i>Serrano Martín-Lázaro, Esther</i>	73
<i>Sese García, María Jesús</i>	393
<i>Soria Cano, JJ</i>	279
<i>Valera Martínez, Francisco Javier</i>	356,358

<i>Vallejo Sánchez, Manuel</i>	327
<i>Vargas Cruz, Jesús</i>	125,301
<i>Vázquez Ramos, María José</i>	312,317
<i>Villar Puerto, Fátima</i>	217
<i>Zurita Martín, Isabel</i>	58
<i>Zamudio, María Dolores</i>	416

