

Actualización



Protocolo de atención a las personas mayores en Atención Primaria

Director General de Programas Asistenciales

- Manuel Luis Macia Heras

Jefa de Servicio de Atención Primaria

- Rita Tristancho Ajamil

Coordinadora del Área de Coordinación Sociosanitaria

- Angelines Peña González

Grupo de trabajo:

- Lourdes Brito González. Técnica del Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.
- Lila Damas Plasencia. Técnica del Área de Coordinación Sociosanitaria de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.
- Ana M^a González Pérez. Enfermera de la Zona de Salud de Los Realejos. Área de Salud Tenerife.
- Angelines Peña González. Coordinadora del Área de Coordinación Sociosanitaria de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- Carmen Gloria Ramos Martín. Técnica del Área de Coordinación Sociosanitaria de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

INDICE:**PAG.**

• Introducción	4
• Población Diana	4
• Clasificación de las Personas Mayores	4
• Objetivos	5
• Plan de Actuación	6
• Valoración Geriátrica Integral	7
• Glosario	9
• Documentación de Apoyo y Consulta	9

INTRODUCCIÓN

El Programa de Atención a las Personas Mayores de Atención Primaria (AP), es uno de los programas de salud de mayor relevancia en la AP.

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional hacen que la franja de población de personas de 65 o más años sea cada vez mayor. Ello asociado a los problemas de salud crónicos y a la dependencia, hacen que aumenten las necesidades de atención sanitaria, y se conviertan en la parte de la población que más demanda los servicios sanitarios y los servicios sociales.

El gran reto de los servicios sanitarios es, por tanto, contribuir a una vejez con la mejor calidad de vida y la menor morbilidad y dependencia posibles.

En este contexto, se hace necesaria una revisión del Programa de Atención a las Personas Mayores de AP, que data del año 2002. Esta revisión se ha centrado en la actualización del Protocolo de Atención a las Personas Mayores de la Historia de Salud electrónica en Drago AP.

Como novedad importante, en el desarrollo de esta revisión, se ha realizado el “*Estudio sobre factores de riesgo social como predictores de fragilidad en las personas mayores*”. Este estudio ha permitido la configuración del Área Social, que aparece como novedad en la Valoración Geriátrica Integral.

POBLACIÓN DIANA

El Protocolo de Atención a las Personas Mayores va dirigido a las mujeres y hombres de 65 o más años de la Comunidad Autónoma de Canarias.

CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

El aspecto más importante en esta revisión y actualización del Protocolo es que cambia la clasificación utilizada hasta ahora, desapareciendo los grupos de *Personas Mayores No de Riesgo* y *Personas Mayores de Riesgo*.

La nueva clasificación en las Personas Mayores va en la línea de la Estrategia de Cronicidad que establece el abordaje de la población a varios niveles en función de su estado de salud (pirámide de Kaiser): población sana, población con o en riesgo de enfermar, y población enferma.

Por otro lado, el abordaje de las Personas Mayores en el Protocolo está centrado en el grado de funcionalidad, considerada como el mejor predictor para la fragilidad, y conlleva la valoración en las áreas física, funcional, mental y social.

Teniendo esto en cuenta, y atendiendo a los criterios que definen la situación de riesgo en cada una de estas áreas de valoración, se establece la clasificación de la persona mayor como sigue¹:

¹ Fuentes: “Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria”. 2002. Servicio Canario de la Salud; “Examen de Salud para Mayores de 65 años”. 2008. Servicio Andaluz de Salud ; Artículo 5 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”.

Persona Mayor Autónoma: persona de 65 o más años que no presenta enfermedad o que aún padeciéndola de manera aguda o crónica, mantiene su autonomía o independencia, estando sus características físicas, mentales y sociales de acuerdo con su edad cronológica. Su grado de dependencia funcional se correspondería con un Test de Barthel de 91 a 100 puntos o un Índice de Katz de A-B.

Persona Mayor Frágil (o en riesgo de dependencia): persona de 65 o más años que presentando dependencia en algunas actividades de la vida diaria, cumple algún criterio de riesgo en el área física, mental y/o social. Su grado de dependencia funcional se correspondería con un Test de Barthel de 61-90 puntos o un Índice de Katz de C-E.

Persona Mayor Dependiente: persona de 65 o más años que presenta una limitación física, mental, intelectual o sensorial por la que precisa ayuda de otra/s persona/s para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Su grado de dependencia funcional se correspondería con un Test de Barthel de 0-60 puntos o un Índice de Katz de F-G.

OBJETIVOS

El Protocolo se fundamenta en los objetivos definidos en el actual Programa de Atención a las Personas Mayores, los cuales se corresponden con la premisa de *“prolongar la duración y la calidad de la vida: añadir años a la vida y vida a los años”*.

No obstante, ha sido necesario incorporar algunos términos como dependencia (en lugar de incapacidad), alimentación (en lugar de dieta) o actividad física (en lugar de ejercicio). Así como, adaptar el texto al nuevo concepto de fragilidad (ver Glosario en página 9).

Los Objetivos, por tanto, son:

Objetivos Generales

1. Prolongar la autonomía de las personas mayores para conseguir una vejez saludable.
2. Aumentar la expectativa de vida libre de enfermedad y dependencia.
3. Favorecer la permanencia en el domicilio y/o entorno habitual, con la mejor calidad de vida posible.

Objetivos Específicos

1. Captar e incluir en el programa a las personas de 65 o más años, en especial a las que presenten algún criterio de fragilidad o dependencia.
2. Realizar la valoración geriátrica integral a las personas mayores incluidas en el Programa según prioridad establecida (ver apartado de “Plan de Actuación”).
3. Valorar y controlar periódicamente a las personas mayores captadas según estado de salud, edad y necesidades (ver apartado de “Plan de Actuación”).
4. Promover la incorporación de conocimientos que favorezcan la adquisición de hábitos saludables en relación a la alimentación, actividad física, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco u otros), automedicación y utilización del ocio.
5. Incluir en el protocolo de atención domiciliaria, y prestar *atención domiciliaria* a toda persona mayor dependiente y/o frágil o en riesgo de dependencia, que cumpla los criterios de dicho protocolo².

2 Criterios Atención Domiciliaria: *Persona mayor que padezca una patología física, mental y/o funcional incapacitante -que no puedan acudir a su Centro de Salud / Persona mayor con reciente alta hospitalaria y no puedan desplazarse al CS -que continúen en convalecencia y hasta su recuperación / Persona Mayor con patología o enfermedad terminal. / Personas cuidadas en Centros Sociosanitarios adscritos al CS y que reúnan algunos de los criterios anteriores./ Toda persona mayor de 80 o más años, que no esté incluida en los grupos anteriores./ Personas Cuidadoras principales de personas susceptibles de Atención Domiciliaria.*

6. Fomentar la creación de un dispositivo de apoyo a las personas cuidadoras de las personas mayores dependientes (ver página 27 y 28 del Programa de Atención a las Persona Mayores en Atención Primaria. SCS. 2ª edición 2002).

PLAN DE ACTUACIÓN

La actuación y el seguimiento de la Persona Mayor viene establecida en el Protocolo primeramente por la valoración de las cuatro áreas de salud, la física, la funcional, la mental y la social, que da lugar a una Valoración Geriátrica Integral (VGI) de la Persona Mayor, seguida de la actualización de esa valoración según periodicidad establecida (ver cuadro más abajo).

Esta VGI nos permite establecer cuál es la situación de la Persona Mayor (Autónoma, Frágil o Dependiente), para actuar en consecuencia y establecer su seguimiento.

Esta valoración se complementa con:

1. El **PAPPS** (Programas de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), el cual lo conforman tanto las actividades propias de las personas adultas, como aquellas actividades específicas por la edad que se han actualizado con el PAPPS 2016 de la semFYC.
2. La actuación ante los problemas de salud detectados según **Protocolos de Actuación de los Síndromes Geriátricos** existentes en el actual Programa de Atención a las Personas Mayores en AP, y complementado con las Guías de Actuación actualizadas que se detallan más adelante.
3. Y lo establecido en los **programas de salud, protocolos de actuación, y/o guías de actuación existentes en la Historia de Salud de DragoAP**, como son el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascul Ateroesclerótica (EVA), los Patrones Funcionales de Salud (PFS), el Manual de Actuación ante la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, el Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (PASAR), el Protocolo de Detección Precoz de la Violencia de Genero, o el Protocolo de Paciente Crónico Polimedocado, entre otros.

Las actividades a realizar, por tanto, van a depender de la situación que presente la persona mayor, sin perjuicio de todas aquellas que se deban realizar de manera individual a cada una de ellas.

En cualquier caso, la periodicidad de dicha VGI (*objetivo específico 3*) se plantea como sigue:

Clasificación	Edad	Periodicidad
Persona Mayor Autónoma (PMA)	de 65 a 74 años	1ª Revisión
	a los 75 años	2ª Revisión
	a los 80 años	3ª Revisión
	mayor de 80 años	Anual
Persona Mayor Frágil (PMF)	-	Anual
Persona Mayor Dependiente (PMD)	-	Anual

Es importante resaltar que la periodicidad de la VGI se debe realizar en función de posibles cambios en su situación de salud, independientemente de cómo se le haya clasificado.

Por otro lado, en relación al *objetivo específico 2*, se priorizará la VGI con la siguiente secuencia:

1. Persona Mayor incluida en Atención Domiciliaria.
2. Persona Mayor Frágil (o en riesgo de dependencia).
3. Persona Mayor de 75 o más años.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Como ya se comentaba en el apartado anterior, la actuación y seguimiento en AP de las Personas Mayores se fundamenta en la Valoración Geriátrica Integral (VGI) siendo la funcionalidad el elemento determinante en su estado de salud. Esta Valoración se basa en evaluar las 4 áreas de salud: la física, la funcional, la mental y la social.

La VGI es el método básico de la geriatría, se define como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, integral y continuado destinado a detectar y cuantificar las capacidades y problemas biológicos, psicológicos, funcionales y sociales de la persona mayor para conseguir un plan racional y coordinado del tratamiento y recursos (Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. SCS. 2ª edición 2002).

ÁREA FÍSICA: en ella se valora el estado del organismo, sus déficits y capacidades potenciales. Incluye anamnesis, exploración física, detección de factores de riesgo y actividades preventivas.

Se incorpora en esta Área la valoración de la comorbilidad, siendo ésta la presencia concurrente de dos o más enfermedades diagnosticadas medicamente en la misma persona, a través del Índice de Charlson la versión abreviada.

En esta Área son de especial relevancia los siguientes factores, considerados determinantes en la fragilidad de las Personas Mayores:

- Si presenta patologías crónicas con comorbilidad
- Si recibe atención domiciliaria, y si además está encamada
- Si la persona ha tenido un ingreso hospitalario en el último año
- Si presenta incontinencia urinaria
- Si toma 6 o más fármacos
- Si tiene alguna alteración visual
- Si tiene alguna alteración auditiva

ÁREA FUNCIONAL: en esta Área el riesgo de caídas es un elemento fundamental a valorar junto con el grado de independencia o dependencia de la persona mayor en las actividades de la vida diaria (AVD).

También se valoran aspectos que contribuyen al riesgo de caídas como la movilidad, la estabilidad de la marcha, si hay dolor, de qué tipo y su localización.

En esta Área son de especial relevancia los siguientes factores, considerados determinantes en la fragilidad de las Personas Mayores:

- Si la persona se ha caído en los últimos 6 meses
- Si es independiente o dependiente para las AVD Instrumentales
- Si es independiente o dependiente para las AVD Básicas

ÁREA MENTAL: en esta Área es relevante la valoración del área cognitiva y la valoración del área afectiva, junto con la valoración de la percepción subjetiva del estado de salud.

En el área afectiva se evalúa la situación anímica y afectiva de la persona mayor, y como instrumento de valoración se utiliza la Escala de Depresión de Yesavage .

En el área cognitiva por su parte, se evalúan aspectos tan importantes como la memoria, el razonamiento, la orientación temporo-espacial, el lenguaje o la atención, entre otros, y como instrumentos de valoración se utilizan:

- El Test de Pfeiffer, y/o el Miniexamen Cognoscitivo – MEC - de Lobo.
- El Test del informador (TIN corto) dirigido al familiar

Por último, de forma complementaria, se añade en esta Área la valoración de aspectos como la comprensión, la conducta, el habla y/o el discurso coherente, elementos éstos que ayudan a sospechar también de un posible deterioro cognitivo o de otro cuadro clínico de relevancia, de tipo neurológico, cardiovascular o de otra índole.

ÁREA SOCIAL: en esta Área se valoran los Factores de Riesgo Social detreminantes en la fragilidad cuando existe algún criterio de riesgo en las áreas física, funcional y/o mental.

Además, se incorpora a esta Área: la sospecha de Malos Tratos, la detección de Violencia de Genero, la Persona Cuidadora y los Cuidados que presta la persona mayor.

Los Factores de **Riesgo Social**³ que afectan a la salud y/o a la autonomía de las personas mayores son los siguientes:

- Si vive solo/a y presenta deterioro cognitivo y/o depresión, o su situación económica no le permite cubrir necesidades básicas, o el apoyo que recibe no se corresponde con sus necesidades.
- Si vive con otras personas y existen problemas en las relaciones de convivencia.
- Si ha perdido recientemente a su pareja o a la persona con la que convivía.
- Si reside en un centro y éste no se adecua a sus necesidades de atención y cuidados, o no es una elección voluntaria y no lo acepta, o no se adapta.
- Si su situación económica le imposibilita la cobertura de necesidades básicas.
- Si presenta limitaciones personales para cubrir necesidades básicas.
- Si carece de vivienda o reside en una infravivienda, o la vivienda presenta deficiencias o barreras.
- Si vive en una zona aislada geográficamente o que presenta barreras.
- Si carece del apoyo que necesita o si tiene persona cuidadora que no puede prestar todos los cuidados que requiere.
- Si cuida a otra/s persona/s y/o realiza tareas domésticas que le suponen un sobreesfuerzo.

3. Estudio sobre los Factores de Riesgo Social con predictores de la Fragilidad en las Personas Mayores. 2016

GLOSARIO

Fragilidad. Existen diversas definiciones del concepto de fragilidad en las personas mayores, y actualmente no hay consenso sobre su definición. Remitimos al estudio “Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad” editado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía en 2009:

<http://www.aetsa.org/publicacion/desarrollo-de-criterios-indicadores-de-complejidad-y-estrategias-de-manejo-en-fragilidad/>

<http://www.bibliotecacochrane.com/AEA000087.pdf>

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

Índice de Charlson: es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto. Además de la edad, consta de 19 ítems (la versión abreviada 8 ítems), que si están presentes, se ha comprobado que influyen de una forma concreta en la esperanza de vida del sujeto. Inicialmente adaptado para evaluar la supervivencia al año, se adaptó finalmente en su forma definitiva para supervivencia a los 10 años. Se ha utilizado para otros muchos propósitos, entre ellos al cálculo de costos a causa del padecimiento de alguna enfermedad crónica en enfermos de Atención Primaria. *Referencias: Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR.: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987; 40(5): 373-383. Charlson ME, Charlson RE, Paterson JC, et al.: The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primare care patients. J Clin Epidemiol 2008; 61(12): 1234-1240*

Comorbilidad: es la presencia concurrente de dos o más enfermedades diagnosticadas medicamente en la misma persona, con el diagnóstico de cada una de estas enfermedades basado en criterios establecidos y no relacionadas causalmente con el diagnóstico primario. *N I Martínez Velilla, I de Gaminde Inda - Medicina clínica, 2011 - Elsevier vol. 136 Issue 10.*

DOCUMENTACIÓN DE APOYO Y CONSULTA

Del Servicio Canario de la Salud (SCS):

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>

- ◆ Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. 2002.
- ◆ Estudio sobre los Factores de Riesgo Social como predictores de Fragilidad en las Personas Mayores. 2016.
- ◆ Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. 2011.
- ◆ Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (PASAR).

- ◆ Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascularesclerótica (EVA).
- ◆ Protocolo de Detección Precoz de Violencia de Género.
- ◆ Manual de Salud Mental en Atención Primaria: recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. 2008:
 - Protocolo Abordaje del Insomnio No Orgánico en AP.
 - Protocolo Abordaje del Episodio Depresivo en AP.

De la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG):

<https://www.segg.es/descarga.asp?tipo=1&pag=1>

- Guía de buena práctica clínica en geriatría: Depresión y Ansiedad, 2004.
- Guía de buena práctica clínica en geriatría: Infecciones urinarias, 2005. Actualización 2010.
- Documento de consenso: Valoración Nutricional en el anciano, 2007.
- Guía de buena práctica clínica en geriatría: dolor crónico en el anciano, 2012.
- Guía de buena práctica clínica en geriatría: estreñimiento en el anciano, 2014.
- Guía de buena práctica clínica en geriatría: hidratación y salud, 2011.
- Número Monográfico de la revista de la SEGG. “Prevención y manejo del deterioro cognitivo”.
- Guía de Buena Práctica Clínica “Hiponatremia en el anciano”.
- Guía de Buena Práctica Clínica “Depresión en el mayor: nuevas perspectivas”.
- Documento de Recomendaciones de vacunación de la SEGG, 2016-2017.
- Guía de Buena Práctica Clínica “Nutrición, alimentación e hidratación en adultos y mayores.
- Manual de Autocuidados para las personas mayores.
- Algoritmos de intervención en estreñimiento.
- Decisiones clave en estreñimiento.
- Guía de Buena Práctica Clínica “Hiperlipidemias en el paciente mayor con diabetes”.
- Guía de Buena Práctica Clínica “Dolor irruptivo en el anciano”.

De la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (PAPPS):

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-48-num-s1-S0212656716X70102>

- Revista Atención Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 98-104. Actividades preventivas en los mayores. *Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPS.*
- Revista Atención Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 39-59. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2016. *Varios autores.*
- Revista Atención Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 4-26. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. PAPPS 2016. *Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPS.*
- Revista Atención Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 60-76. Prevención de las enfermedades infecciosas. *Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPS.*

Del IMSERSO:

- Malos Tratos a Personas Mayores: Guía de Actuación. 1ª edición 2005.
http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=58

Guías de Buenas Prácticas de Enfermería (GBPE) / Nursing Best Practise Guidelines Program:
<http://rnao.ca/bpg/guidelines>

- Ayuda a los cuidadores de personas con demencia (Best Practice. Edic 31/05/12).
- GBPE Estrategia de cuidados de personas mayores con delirio, demencia y depresión (Ivestén-isciii y RNAO. Revisión 2010).
- GBPE Manejo de la incontinencia mediante la evacuación inducida. (Ivestén-isciii y RNAO. Revisión marzo 2005).
- GBPE Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. (Ivestén-isciii y RNAO. Revisión marzo 2005).
- GBPE Valoración y manejo de las úlceras por presión en los estadios del I al IV. (Ivestén-isciii y RNAO. Revisión marzo 2007).
- GBPE Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético. (Ivestén-isciii y RNAO. Marzo 2005).
- GBPE Valoración y manejo del dolor. (Ivestén-isciii y RNAO. Revisión 2007).
- GBPE Prevention of constipation in the older adult population (RNAO. Revisión 2011).
- GBPE Prevention of falls and fall injuries in the older adult. (RNAO. Revisión 2011).

RNAO: Registered Nurses Association of Ontario (Canada) <http://rnao.ca/>

Investén-isciii: Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería Instituto Carlos III de España.

http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/evidencia_recursos_RNAO.php

Best Practice Nursing:

http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/best_practice.html

En GUIASALUD: www.guiasalud.es

- GPC para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia 2012.
 - GFPC para el diagnóstico y el tratamiento de la infección urinaria en la mujer con patología del suelo pélvico. Sociedad E. Ginecología y Obstetricia, 2007.
 - GPC para el tratamiento de la depresión de AP. Andalucía, 2011
 - GPC sobre osteoporosis y prevención de fracturas por fragilidad. Cataluña, 2010.
 - GPC para el manejo de pacientes con insomnio en AP. Madrid, 2009.
- *GBC = Guía de Práctica Clínica

OTROS:

- Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño. OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003
https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_violencia.pdf
- Protocolo Regional de Prevención y Detección de la Violencia en la Mujer Mayor de 65 años. Instituto de la Mujer. Región de Murcia.
http://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documentacion-y-publicaciones1/-/asset_publisher/rYqeMKJhMxmu/content/1-protocolo-regional-de-

- [prevencion-y-deteccion-de-la-violencia-en-la-mujer-mayor-de-65-anos/maximized](#)
Artículo: "Factores de riesgo del maltrato de Personas Mayores en la familia en población española". Autora: Isabel Iborra Marmolejo. Artículo con los principales resultados de una investigación del Centro Reina Sofía en 2006.
<file:///C:/Users/mbrigonw/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoDelMaltratoDePersonasMayoresEnLaFa-3021586.pdf>
- Informe Mundial sobre "El Envejecimiento y la Salud" OMS 2015:
<http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>