



Servicio  
Canario de Salud

# Guía de Actuación en las



# PERSONAS MAYORES en Atención Primaria



GOBIERNO DE CANARIAS  
CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Y CONSUMO



Servicio  
Canario de Salud

---

# **Guía de Actuación en las Personas Mayores en Atención Primaria**

*«Guía de Actuación en las Personas Mayores en Atención Primaria»*

Editado por el Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.

Segunda Edición: Febrero 2002.

# ÍNDICE GENERAL

I. Glosario. ....	7
II. Plan de Actuación / Valoración Geriátrica Integral. ....	13
III. Tabla de Seguimiento de las Actividades Preventivas en la Persona Mayor. ....	17
IV. Hoja de Registro de las Actividades Preventivas en la Persona Mayor. ....	21
V. Algoritmos y Pautas de Actuación: .....	25
Algoritmo N° 1: Captación y Clasificación de las Personas Mayores.	
Algoritmo N° 2: Actividades en las Personas Mayores.	
Algoritmo N° 3: Actuación en Tabaquismo.	
Algoritmo N° 4: Actuación en Alcoholismo.	
Algoritmo N° 5: Actuación en Trastornos de la Alimentación.	
Algoritmo N° 6: Actuación en Riesgo Cardiovascular.	
Algoritmo N° 7A: Actuación en Déficit Sensoriales: Visión.	
Algoritmo N° 7B: Actuación en Déficit Sensoriales: Audición.	
Algoritmo N° 8: Actuación en Caídas.	
Algoritmo N° 9: Actuación en Incontinencia Urinaria.	
Algoritmo N° 10: Actuación en Deterioro Cognitivo.	
Algoritmo N° 11: Actuación en Demencia.	
Algoritmo N° 12: Actuación en Depresión.	
Algoritmo N° 13: Actuación en Atención Domiciliaria.	
Algoritmo N° 14: Actuación en Malos Tratos.	

- Pauta Nº 1: Actuación en Polimedicación.
- Pauta Nº 2: Actuación en Insomnio.
- Pauta Nº 3: Actuación en Deshidratación.
- Pauta Nº 4: Actuación en Estreñimiento.
- Pauta Nº 5: Actuación en Inmovilidad.
- Pauta Nº 6: Actuación en Úlceras por Presión.
- Pauta Nº 7: Actuación ante el/la Cuidador/a.

VI.	Test, Escalas y Cuestionarios a utilizar: .....	51
–	Índice de Katz.	
–	Índice de Barthel.	
–	Escala de Lawton y Brody.	
–	Test de Pfeiffer.	
–	Miniexamen Cognoscitivo (MEC) de Lobo.	
–	Set-Test de Isaacs.	
–	Test del Informador (TIN) Corto.	
–	Escala de Depresión de Yesavage.	
–	Cuestionario de Criterios de Riesgo Social en Personas Mayores.	
–	Entrevista semiestructurada para la Valoración Psicosocial.	
–	Patrones Funcionales de Salud.	
–	Encuesta de Hábitos Dietéticos.	
–	Cuestionario Mini Nutricional (MNA).	
–	Tabla de Framingham y Cálculo del Riesgo CardioVascular (RCV).	
–	Cuestionario de MALT y Cuestionario de AUDIT.	
–	Test de Fageström.	
–	Cuestionario Incontinencia Urinaria.	
–	Baremo Internacional de Sintomatología Prostática (I-PSS).	
–	Índice de Esfuerzo del/de la Cuidador/a.	
–	Informe de Salud en cambios de domicilio.	



## GLOSARIO

*“Resulta imposible dar una definición única de persona mayor que pudiera aplicarse uniformemente o que fuera útil en todos los casos”* (OMS).

Aún así, las que proponemos a continuación son fruto de una amplia revisión bibliográfica y de un importante esfuerzo por expresar con la mayor claridad posible, cada concepto.

- **PERSONA MAYOR NO DE RIESGO (PMNR).**

Aquella persona  $\geq 65$  años que no presenta dos o más de los criterios de riesgo definidos o uno que sea padecer demencia o enfermedad terminal o estar incluida en atención domiciliaria.

- **PERSONA MAYOR DE RIESGO (PMR).**

Aquella persona  $\geq 65$  años en situación de vulnerabilidad o fragilidad, que por sus condiciones físicas, mentales, funcionales o sociales la sitúan en un equilibrio muy inestable que conduce a un alto grado de dependencia, dificultando el cuidado en la comunidad con la consecuente posibilidad de institucionalización o fallecimiento.

La calidad y cantidad de los criterios de riesgo que se presenten determinará el tipo de intervención específica a realizar.

Para considerar a una persona mayor como de riesgo o especialmente vulnerable deben estar presentes *al menos dos de los criterios señalados a continuación, o sólo un criterio que sea estar incluida en atención domiciliaria, o padecer demencia, o enfermedad en fase terminal (seis meses de expectativa de vida independientemente del diagnóstico)*. (OMS 1987, González y Salgado 1995, Fleming 1995, Benitez y Armas 1996).

**Criterios para considerar a una Persona Mayor como de Riesgo (OMS 1987):**

- Edad igual o mayor de 80 años.
- Vivir solo/a.
- Pérdida de la pareja en el último año.
- Cambio reciente de domicilio ( $< 1$  año).

- Polimedicación ( $\geq 4$  fármacos).
- Ingreso hospitalario en el último año.
- Afección crónica **invalidante** (física o psíquica):
  - ACV con secuelas.
  - IAM o ICC reciente ( $< 6$  meses).
  - Enfermedad de Parkinson.
  - EPOC.
  - Enfermedad osteoarticular.
  - Caídas recurrentes.
  - Déficit visual severo.
  - Hipoacusia severa.
  - Demencia.
  - Depresión.
  - Enfermedad terminal.
- Problemática social con incidencia sobre su salud:
  - Situación económica precaria o ingresos insuficientes.
  - Aislamiento geográfico extremo.
  - Ausencia de personas de apoyo (familia, amigos/as, vecinos/as...) necesitándolas.

- **CUIDADOR/A.**

Persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de los cuidados (higiene personal, actividades domésticas, administración de medicación, apoyo emocional, compañía, etc.) y el apoyo diario necesario a quien padece una enfermedad o requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin percibir remuneración económica por ello.

- **CUIDADOR/A PRINCIPAL (CUI).**

Persona, habitualmente cónyuge o hija, que asume el mayor y principal peso de las actividades en el cuidado de la persona dependiente, estableciendo con la misma una relación especial y estrecha.

Pueden existir otros cuidadores/as, con menos tiempo de dedicación a los que se denomina “cuidadores/as secundarios/as”.

- **CUIDADOR/A RESPONSABLE.**

Persona, familiar habitualmente, que toma las decisiones relacionadas con la situación que

se puede producir con el paciente y posibles cambios de la misma. Coincide o no con la cuidadora principal.

- **SERVICIOS SOCIALES.**

Son el conjunto de estructuras organizativas y administrativas destinadas a responder a las necesidades personales y sociales más próximas e inmediatas, con el fin de facilitar la adaptación recíproca de personas y entorno social, mejorar la calidad de vida y potenciar el bienestar individual y colectivo.

- **PRESTACIONES SOCIALES.**

Son los medios que se proporcionan de tipo económico a los individuos o familias para su uso privado, pero que cumplen una función social (becas, pensiones, subsidio de desempleo, crédito para viviendas, etc)

- **RECURSOS.**

Medios disponibles para realizar una acción. Pueden ser comunitarios, económicos, materiales, humanos, etc. Se les denomina **sociales** cuando se puede recurrir a ellos para atender una necesidad y/o un problema social.

- **NECESIDAD**

Estado individual o colectivo que denota falta de bienes o atenciones precisas de acuerdo con el sentir individual o las concepciones, valores o normas aceptadas socialmente.

- **PRECARIEDAD**

Situación definida por la inseguridad para el acceso continuado a los medios de subsistencia, condicionado éste por la escasez de bienes o recursos suficientes con que hacer frente a las necesidades.

- **VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL**

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.

- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BÁSICAS (AVD-B ).**

Son las actividades mínimas que debe realizar una persona para vivir independientemente en su domicilio y que se relacionan con el autocuidado como el aseo personal, vestirse,

comer, uso del retrete, desplazarse y control de esfínteres.

- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTAL (AVD-I).**

Miden la capacidad de la persona para desenvolverse en la comunidad de forma independiente e incluyen actividades complejas como el uso del teléfono, hacer las tareas del hogar (comprar, cocinar, lavar la ropa y cuidar la casa), utilizar el transporte público, tomar la medicación de forma responsable y manejo del dinero.

- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA AVANZADAS (AVD-A).**

Hacen referencia a la realización de viajes, participación en grupos sociales o religiosos o la práctica de algunas aficiones. No son esenciales para el mantenimiento de la independencia.

- **AUTONOMIA**

Es la facultad que tiene la persona para el autogobierno, o sea, para decidir su propias acciones.

- **DISCAPACIDAD**

Inhabilidad para realizar ciertas actividades de la vida diaria como resultado de una lesión física o psicológica.

- **DEPENDENCIA**

Situación en la que se encuentran las personas por falta o pérdida de la capacidad física y/o psíquica, necesitando ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria por dificultad o imposibilidad para realizarlas.

La dependencia no implica que haya pérdida de la autonomía o viceversa.

- **RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV).**

Expresa la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular en un determinado periodo de tiempo, generalmente 5 ó 10 años. Habitualmente, se expresa como el porcentaje de pacientes que sufrirán una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años

- *Factores de Riesgo CardioVasculares Mayores (FRCV).*

Son cuatro:

- Tabaco.
- Diabetes Mellitus (DM).

- Hipertensión arterial (HTA).
- Dislipemia.

- ***Enfermedad CardioVascular (ECV).***

Se consideran dentro de éste grupo las siguientes patologías:

- Cardiopatía Isquémica (CI).
- Accidente Cerebro Vascular (ACV).
- Arteriopatía periférica.
- Insuficiencia Cardíaca de etiología Isquémica o Hipertensiva (ICI/ICH).

- ***Riesgo CardioVascular Alto (RCV Alto).***

Riesgo igual o superior a 21 puntos, o 20% de sufrir una enfermedad cardiovascular en los próximos diez años (según tabla de predicción del riesgo cardiovascular de Framingham).

- ***Riesgo CardioVascular Moderado (RCV Moderado).***

Presentan alguno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) mayores (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus) y un riesgo cardiovascular inferior a 21 puntos o <20% de sufrir una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años (según tabla de predicción del riesgo cardiovascular de Framingham).

- ***Riesgo CardioVascular Bajo (RCV Bajo).***

No presentan ninguno de los factores de riesgo cardiovascular mayores (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus).

*El objetivo de la prevención cardiovascular es reducir el riesgo cardiovascular y no un control de los factores de riesgo de forma aislada.*





## Guía de Actuación en las Personas Mayores en Atención Primaria

# PLAN DE ACTUACIÓN

A continuación se expone el plan de actuación en las personas mayores que establece secuencialmente los pasos a seguir en la intervención:

### 1- **Captar** a las personas $\geq 65$ años.

<i>¿Prioridad?</i>	1º)	Mayores incluidos en Atención Domiciliaria.
	2º)	$\geq 80$ años
	3º)	75-79 años
	4º)	65-74 años

*¿Dónde?* Consulta (médica, enfermería, trabajador/a social).  
Domicilio

*¿Procedencia?* Consulta  
Domicilio  
Alta hospitalaria.

a) Si tiene Historia de Salud abierta se debe actualizar.

b) Si no tiene Historia de Salud abierta, se debe citar en Consulta Programada para abrirla.

### 2- **Clasificar** a la persona mayor (de riesgo, no de riesgo).

*¿Cómo?* Utilizando criterios de riesgo.  
Algoritmo N° 1.

### 3- **Registrar** en la Historia de Salud, incluyéndola según clasificación como:

a) Persona Mayor de Riesgo (**PMR**)

b) Persona Mayor No de Riesgo (**PMNR**).

- 3.1. Los registros de la clasificación se realizarán tanto en la portada, en el apartado de marcadores como en la hoja de Problemas Fundamentales de la Historia de Salud. Si no están informatizados se pueden apoyar en la tarjeta administrativa.
- 3.2. También se anotará el nombre del CUIDADOR/A PRINCIPAL en la Hoja de Problemas Fundamentales de la Historia de Salud de la Persona Mayor, en el caso de que lo/a hubiese. Y si necesitándolo no lo hubiera, también se debe hacer constar.

4- **Priorizar** la *Valoración Geriátrica Integral* de las personas mayores incluidas en el Programa. Esta se hará mediante consulta programada priorizando a las personas mayores con la siguiente secuencia:

- 1º. Persona Mayor incluida en Atención Domiciliaria.
- 2º. Persona Mayor de Riesgo (PMR).
- 3º. Persona  $\geq 75$  años.
- 4º. Persona entre 65-74 años no incluida en los apartados anteriores.

La **Valoración Geriátrica Integral** consiste en la realización de la valoración de las siguientes áreas:

#### FÍSICA

Valora el estado del organismo, sus déficits y capacidades potenciales. Incluye anamnesis, exploración física, detección de factores de riesgo y actividades preventivas según Tabla de Actividades Preventivas en la Persona Mayor.

#### FUNCIONAL

Valora el grado de independencia en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), utilizaremos:

- **Índice de Katz** para las Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVD-B). Si se considera necesario, el índice de Barthel se utilizará como complemento.
- **Escala de Lawton y Brody** para la Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVD-I).

#### MENTAL

Valora dos áreas principales: la cognitiva y la afectiva. Los elementos de apoyo para la valoración cognitiva que utilizaremos serán:

- **Test de Pfeiffer** (el Miniexamen Cognoscitivo -MEC de Lobo- como complemento si fuera necesario). Si la persona mayor es analfabeta se utilizará el Set Test de Isaacs.
- **Test del informador** (TIN corto).

El área afectiva evalúa la situación anímica y afectiva de la persona mayor. Como elementos de apoyo se utilizará:

- **Escala de Depresión de Yesavage.**

## SOCIAL

Valora la relación entre la persona mayor y el entorno sociofamiliar que le rodea. En esta área se deben determinar los siguientes aspectos:

- Núcleo familiar (identificando al cuidador/a principal de la persona mayor si lo hubiese).
- Características y estado de la vivienda (identificando además barreras arquitectónicas).
- Relaciones y actividades sociales (identificar aislamiento), utilización del tiempo de ocio.
- Apoyo social (ayudas económicas, ayudas domiciliarias,...), tanto formal como informal.
- Situación económica.

Se podrá utilizar como elemento de apoyo el **Cuestionario de Criterios de Riesgo Social** en las Personas Mayores.

5. **Volcar** la información obtenida de la Valoración Geriátrica Integral en la Historia de Salud y marcar en la Hoja de Registro de las Actividades Preventivas de la Persona Mayor como realizada (**N** si es normal, o **P** si es problema).
6. **Evaluar periódicamente** las diferentes actuaciones:
  - 6.1 Con respecto a las Actividades Preventivas su periodicidad está recogida en la tabla correspondiente del actual programa.
  - 6.2 Los criterios de riesgo se revisarán cada dos años entre 65-74 años y anual en  $\geq 75$  años y PMR. Si aparece algún criterio de riesgo en cualquier grupo de edad se debe controlar a los seis meses para revisar la clasificación de dicha persona mayor.
  - 6.3 La Valoración Geriátrica se hará con una periodicidad anual en toda persona mayor incluida en Atención Domiciliaria, PMR y persona mayor o igual de 75 años.





# **TABLA DE SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA PERSONA MAYOR**

1. **Vacunación antigripal.** Ofertarla cada año en la época correspondiente. Si se rechaza se debe hacer constar en la Historia de Salud.
2. **Vacunación antitetánica.** Ofertarla si no está correctamente vacunada y posteriormente cada 10 años dosis de recuerdo. Si se rechaza se debe hacer constar en la Historia de Salud.
3. **Despistaje de tabaquismo.** Cada 2 años. Si es fumadora actuar según algoritmo N° 3.
4. **Despistaje de alcoholismo.** Cada 2 años. Realizar preguntas dirigidas a investigar consumos diarios o semanales, calculando unidades o gramos de alcohol consumidos. Si sospecha de alcoholismo, actuación según algoritmo de N° 4.
5. **Hábitos higiénicos.** Cada 2 años. En  $\geq 75$  años o PMR, anual. Aconsejar baños diarios, higiene bucal tres veces al día, y acerca del calzado y vestido.
6. **Valoración de hábitos dietéticos.** Cada 2 años de 65-74 años, en  $\geq 75$  años y PMR anual. Recoger datos de la alimentación: cuántas comidas hace al día, dónde come, si tiene apetito, problemas en la masticación... Creemos necesario realizar encuesta de hábitos dietéticos mínima, si alteración ver algoritmo N° 5.
7. **Valoración de la actividad física.** Cada año. Preguntar sobre tipo de ejercicio (caminar, deportes, ...), frecuencia y tiempo diario. Aconsejar de forma individualizada. En las personas mayores están indicados sobre todo caminar, nadar, bailar, carrera suave (ver taller de Ejercicio Físico en anexo de EpS).
8. **Despistaje de hipertensión arterial.** Cada 2 años. Si es PMR, anual.
9. **Despistaje de dislipemias.** Cada 5-6 años de 65 a 74 años, en  $\geq 75$  años al menos una vez si nunca se le ha medido. En PMR actuar igual según edad. Realizar medición del colesterol total.
10. **Despistaje de diabetes.** Cada 3 años realizar glucemia basal.

11. **Peso / Talla (IMC).** Cada 4 años. Si alteración por exceso o defecto acudir al algoritmo N° 5.
12. **Cálculo del Riesgo Cardiovascular.** Según Tabla de Framingham. Actuar según algoritmo N° 6.
13. **Despistaje de cáncer de endometrio.** En mujeres  $\geq 65$  años preguntar sobre la existencia de sangrado vaginal cada año.
14. **Despistaje de cáncer de cérvix.** En mujeres  $\geq 65$  años se dejarán de realizar citologías si las dos anteriores anuales han sido normales. Si no tuviesen de 5 años previos, se realizarán dos citologías consecutivas con un año de intervalo entre ellas y se suspenderá su realización si son normales.
15. **Despistaje de cáncer de mama.** Mamografías cada 2 años hasta los 75 años, (las mujeres con antecedentes familiares anual).
16. **Trastornos de la visión.** Cada 2 años entre 65 y 74 años, en  $\geq 75$  años y PMR anual. Preguntar: *¿tiene dificultad con la vista para realizar las actividades de la vida diaria?* y medir la agudeza visual con el optotipo. Si respuesta afirmativa actuar según algoritmo N° 7A.
17. **Trastorno de la audición.** Cada 2 años entre 65 y 74 años, en  $\geq 75$  años y PMR anual. Preguntar: *¿tiene dificultad para oír bien?* y realizar Test del Susurro. Si respuesta afirmativa actuar según algoritmo N° 7B.
18. **Exploración bucodental.** Cada año. Valorar la presencia de sarro, flemones, abscesos periodontales, gingivitis, caries, lesiones precancerosas o sospechosas y prótesis mal adaptadas. Actuar según problema detectado.
19. **Despistaje de polimedicación-automedicación.** Cada año y después de cada valoración por especialista del 2° nivel. Preguntar el número de fármacos que consume habitualmente, cuáles son y quién se los ha prescrito. Si  $\geq 4$  fármacos o sospecha de automedicación, actuar según pauta N° 1.
20. **Despistaje del riesgo de caídas.** Entre 65 y 74 años al menos una vez y en  $\geq 75$  años y PMR anual. Preguntar: *¿en los últimos 6 meses se ha caído alguna vez?, ¿Cuántas?*. En caso de una caída, se ofrecerá información sobre la misma y cómo prevenirla (ver protocolo de caídas del programa). En caso de más de una caída, aplicar algoritmo N° 8.
21. **Despistaje de incontinencia urinaria.** Entre 65 y 74 años al menos una vez y en  $\geq 75$  años y PMR anual. Preguntar: *¿se le escapa la orina alguna vez?*. Si respuesta afirmativa actuar según algoritmo N° 9.
22. **Valoración funcional.** Entre 65 y 74 años al menos una vez, en  $\geq 75$  años y PMR anual. Interrogar sobre la realización de AVD-I (Escala de Lawton y Brody, si alteración preguntar sobre las AVD-B (Índice de Katz).
23. **Valoración mental.**
  - a) **Despistaje Deterioro Cognitivo:** de 65 a 74 años al menos una vez, en  $\geq 75$  años y PMR, cada año, y en cualquier momento que la persona mayor, familiar o cuidador/a refiera alguna alteración o cambio que indique sospecha de deterioro cognitivo. Aplicar Test de Pfeiffer a la persona mayor, al familiar se le aplicará el TIN corto. En

caso de personas mayores analfabetas se utilizará el Set-Test Isaacs. Actuar según algoritmo N° 10.

- b) Despistaje de Depresión:** de 65 a 74 años al menos una vez y en  $\geq 75$  años, PMR o si existen cambios psicosociales (jubilación, pérdida de funciones físicas, duelo, enfermedad en la familia, conflictos familiares,...) anual. Realizar las siguientes preguntas: *¿se siente con pocas ganas habitualmente de hacer las cosas cotidianas?, ¿se levanta poco despejado/a y cansado/a casi todas las mañanas?, ¿se siente triste con frecuencia?*. Ante respuesta positiva, realizar Test de Yesavage y actuar según algoritmo N° 12.
- 24. Valoración del riesgo social.** Entre 65 y 74 años al menos una vez y en  $\geq 75$  años y PMR anual ayudándose del Cuestionario de Criterios de Riesgo Social. Ante un probable riesgo social derivar al trabajador/a social.
- 25. Despistaje de malos tratos.** Se hará a toda persona  $\geq 65$  años que pertenezca a la población de riesgo de sufrir malos tratos y/o se sospeche la existencia de ellos. Ver algoritmo N°14.

**TABLA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA PERSONA MAYOR**

ACTIVIDADES PREVENTIVAS	PERSONA MAYOR NO DE RIESGO		PERSONA MAYOR DE RIESGO
	65 -74 años	≥ 75 años	
Vacunación antigripal	c/año		
Vacunación antitetánica y actualizaciones	Recuerdo cada 10 años		
Despistaje de tabaquismo	c/ 2 años		
Despistaje de consumo de alcohol	c/ 2 años		
Valoración de hábitos higiénicos	c/ 2 años		c/año
Valoración de hábitos dietéticos	c/ 2 años		c/año
Valoración de la actividad física			
Despistaje hipertensión arterial	c/ 2 años		c/año
Despistaje dislipemias			
Despistaje de diabetes	Cada 5-6 años entre 65-74 años y PMR, en ≥ 75 años una determinación si no se ha medido antes		
Índice de Masa Corporal (IMC)	c/ 3 años		
Cálculo del Riesgo Cardiovascular (RCV)	c/ 4 años		
Despistaje de cáncer de endometrio	Según tabla de Framingham y algoritmo de RCV Preguntar anualmente sobre sangrado vaginal		
Despistaje de cáncer de cervix	-En mujeres ≥ de 65 años, se dejarán de realizar citologías si las anteriores anuales han sido normales. -Si no tuviesen de 5 años previos, se realizarán dos citologías consecutivas con un año de intervalo entre ellas y se suspenderá su realización si son normales. (Programa de Atención a la Mujer).		
Despistaje de cáncer de mama	c/ 2 años		c/año
Trastornos de la visión	c/ 2 años		c/año
Trastornos de la audición	c/ 2 años		c/año
Exploración bucodental	c/año		
Despistaje de polimedicación / automedicación	c/ año y tras la valoración por especialista del 2º nivel		
Despistaje riesgo de caídas	Al menos una vez		c/año
Despistaje de incontinencia urinaria	Al menos una vez		c/año
Valoración funcional	Al menos una vez		c/año
Valoración mental	Al menos una vez y en cualquier momento que exista sospecha clínica		c/año
	Al menos una vez y en cualquier momento si cambios psicosociales		c/año
Valoración del riesgo social	Al menos una vez		c/año
Despistaje de malos tratos	En población de riesgo de malos tratos		



**Guía de Actuación en las  
Personas Mayores en Atención Primaria**

---

# **HOJA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA PERSONA MAYOR**

**Las actividades realizadas se marcarán con una “N” (N = normal) o “P” (P = problema) en la casilla correspondiente, excepto en la clasificación que se pondrá PMNR, PMR.**

Se especificará la información relevante (patologías detectadas, posible riesgo social, etc) y complementarias (resultados de tests, cuestionarios, mediciones,...) en la Hoja de Seguimiento de Consulta de la Historia de Salud.

**HOJA DE REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA PERSONA MAYOR**

Las actividades realizadas se marcarán con una N (Normal) o una P (Problema) y en la hoja de seguimiento de la historia de salud se especificará información relevante y complementaria: resultados de tests, cuestionarios y mediciones o parámetros.)

ACTIVIDADES PREVENTIVAS	EDAD DE LA PERSONA MAYOR														
	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
Fecha:															
PMNR; PMR / según Algoritmo N° 1															
Vacunación antigripal															
Vacunación antitetánica y actualizaciones															
Despistaje de tabaquismo															
Despistaje consumo de alcohol															
Valoración de hábitos higiénicos (anual si PMR)															
Valoración de hábitos dietéticos (anual si PMR)															
Valoración de la actividad física															
Despistaje hipertensión arterial (anual si PMR)															
Despistaje dislipemias															
Despistaje de diabetes															
Índice de Masa Corporal (IMC)															
Cálculo Riesgo Cardiovascular (RCV) (1)															
Despistaje de cáncer de endometrio															
Despistaje de cáncer de cervix (2)															
Despistaje cáncer de mama (3)															
Trastornos de la visión (anual si PMR)															
Trastornos de la audición (anual si PMR)															
Exploración bucodental															
Despistaje polimedicación/automedicación															
Despistaje de riesgo de caídas (anual si PMR)															
Despistaje incontinencia urinaria (anual si PMR)															
Valoración funcional (anual si PMR)															
Valoración mental	D. Deterioro cognitivo (anual si PMR) (4)														
	D. Depresión (anual si PMR) (5)														
Valoración del riesgo social (anual si PMR)															
Despistaje de malos tratos (6)															

(1) Según tabla de Frammingham y algoritmo RCV. (2) En mujeres ≥ 65 años se dejará de realizar citologías si las anteriores anuales han sido normales. Si no tuviesen en 5 años previos, se realizarán 2 citologías consecutivas con un años de intervalo entre ella y se suspenderá su realización si son normales. (3) Si antecedentes familiares de cáncer, mamografía anual. (4) En cualquier momento que exista sospecha clínica. (5) En cualquier momento si cambio psicosocial. (6) En población de riesgo de malos tratos.

**HOJA DE REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA PERSONA MAYOR**

Las actividades realizadas se marcarán con una N (Normal) o una P (Problema) y en la hoja de seguimiento de la historia de salud se especificará información relevante y complementaria: resultados de tests, cuestionarios y mediciones o parámetros.)

ACTIVIDADES PREVENTIVAS	EDAD DE LA PERSONA MAYOR														
	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94
Fecha:															
PMNR/PMR (según Algoritmo N° 1)															
Vacunación antigripal															
Vacunación antitetánica y actualizaciones															
Despistaje de tabaquismo															
Despistaje consumo alcohol															
Valoración de hábitos higiénicos															
Valoración de hábitos dietéticos															
Valoración de la actividad física															
Despistaje hipertensión arterial															
Despistaje dislipemias															
Despistaje de diabetes															
Indice de Masa Corporal (IMC)															
Cálculo Riesgo Cardiovascular (RCV) (1)															
Despistaje de cáncer de endometrio															
Despistaje de cáncer de cervix (2)															
Despistaje cáncer de mama (3)															
Trastornos de la visión															
Trastornos de la audición															
Exploración bucodental															
Despistaje polimedicación/automedicación															
Despistaje de riesgo de caídas															
Despistaje incontinencia urinaria															
Valoración funcional															
Valoración mental															
D. Deterioro Cognitivo (4)															
D. Depresión (5)															
Valoración del riesgo social															
Despistaje de malos tratos (6)															

(1) Según tabla de Framminghan y algoritmo RCV. (2) En mujeres  $\geq 65$  años se dejará de realizar citologías si las anteriores anuales han sido normales. Si no tuviesen en 5 años previos, se realizarán 2 citologías consecutivas con un año de intervalo entre ellas y se suspenderá su realización si son normales. (3) Si antecedentes familiares de cáncer, mamografía anual. (4) En cualquier momento que exista sospecha clínica. (5) En cualquier momento si cambio psicosocial. (6) En población de riesgo de malos tratos.



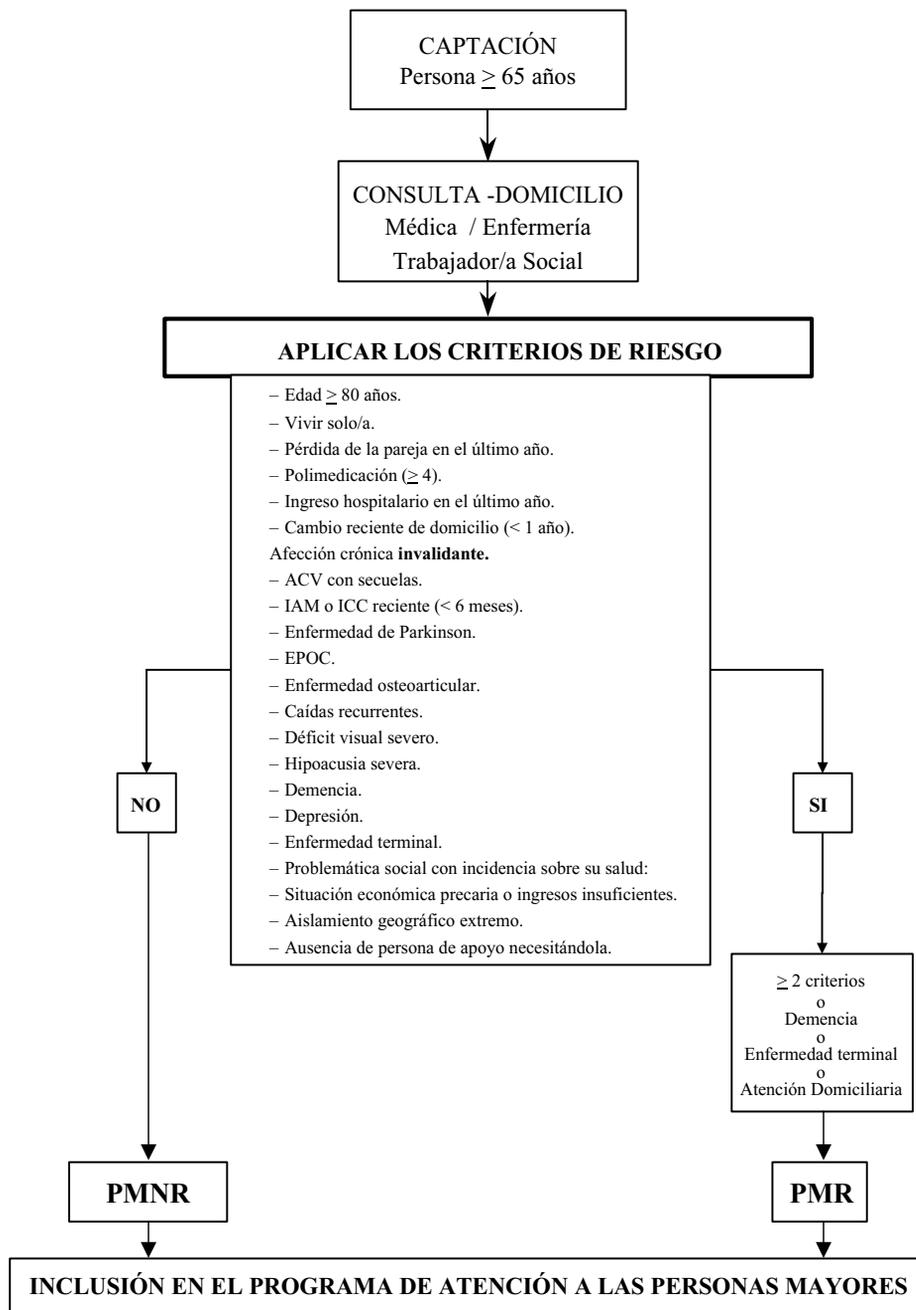


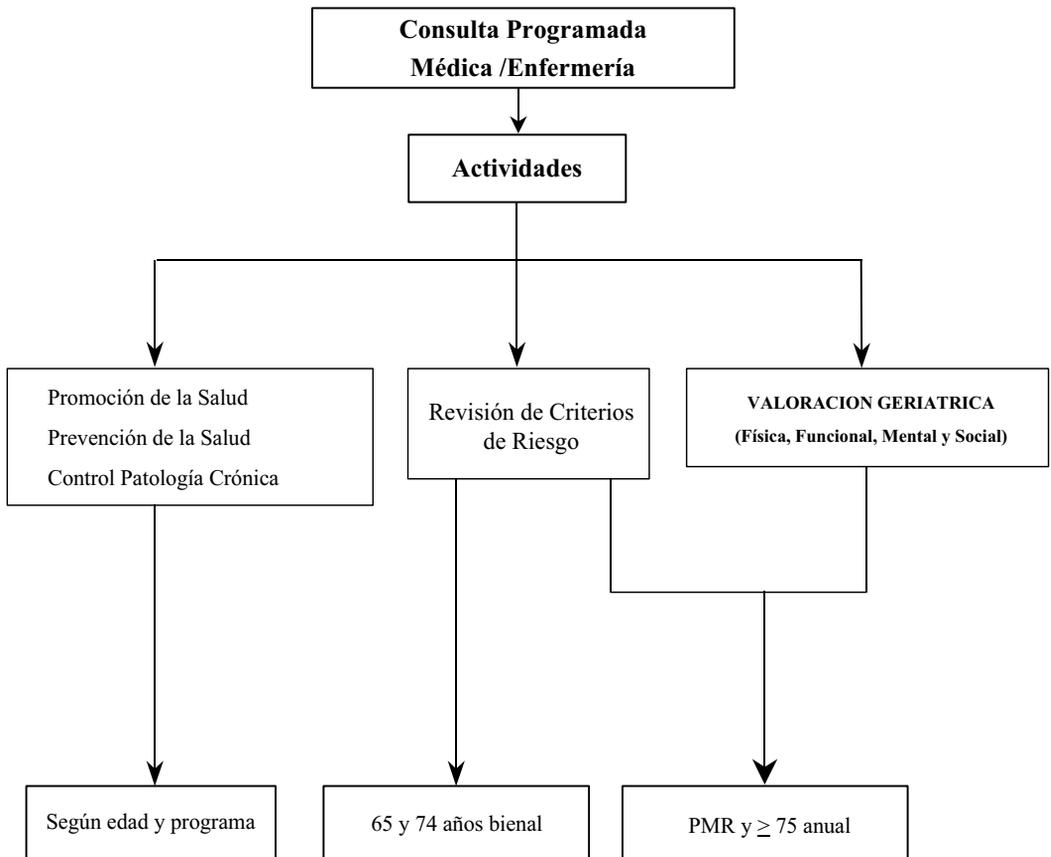
**Guía de Actuación en las  
Personas Mayores en Atención Primaria**

---

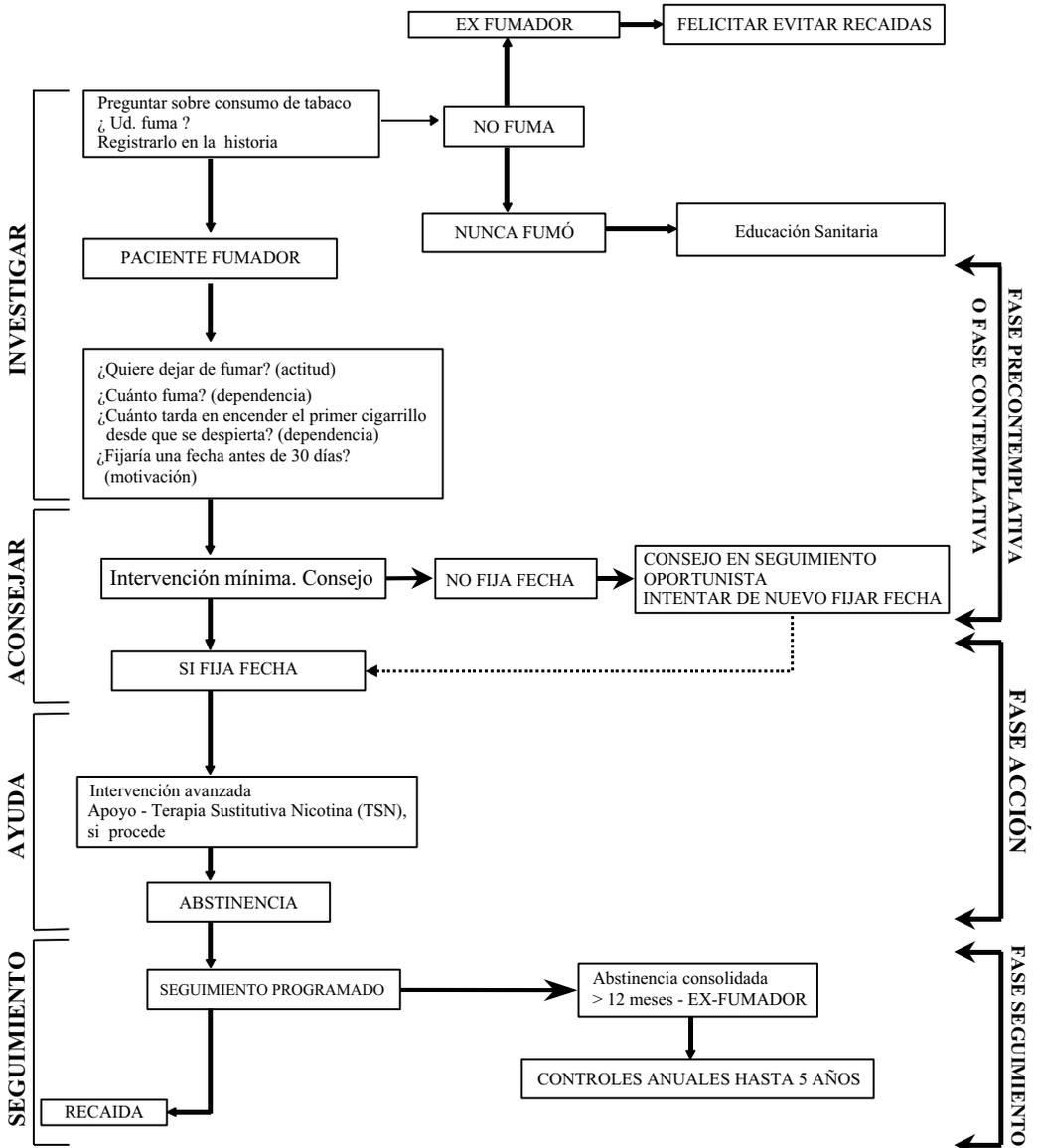
# **ALGORITMOS Y PAUTAS DE ACTUACIÓN**

## CAPTACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES



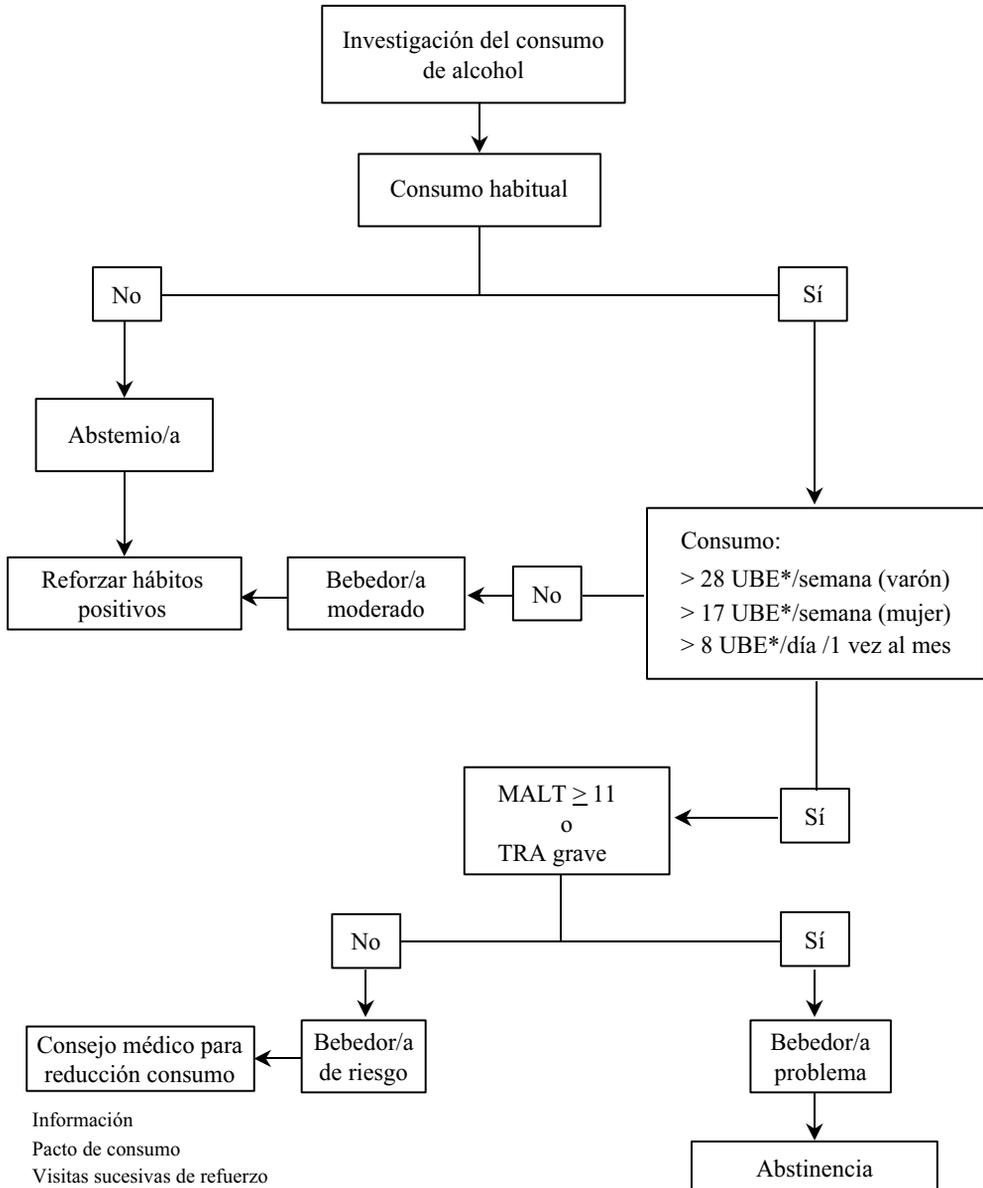
**ACTIVIDADES EN LAS PERSONAS MAYORES**

**ESQUEMA GENERAL DE ABORDAJE DEL TABAQUISMO \***



\* Tomado del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular.

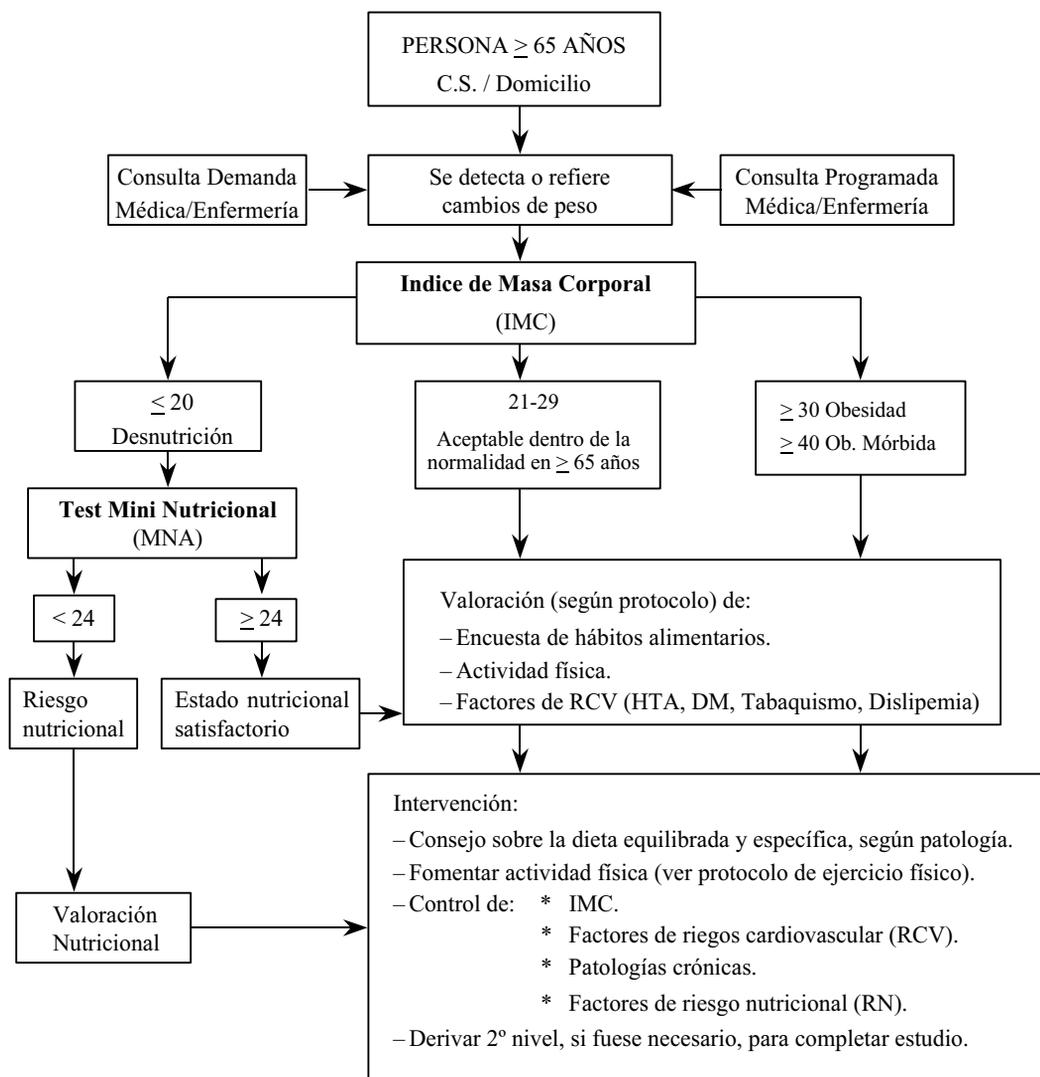
## ACTUACIÓN EN ALCOHOLISMO \*



\* Una UBE (Unidad Bebida Standard) es igual a 10 gr de alcohol.

\* Tomado del *Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular*.

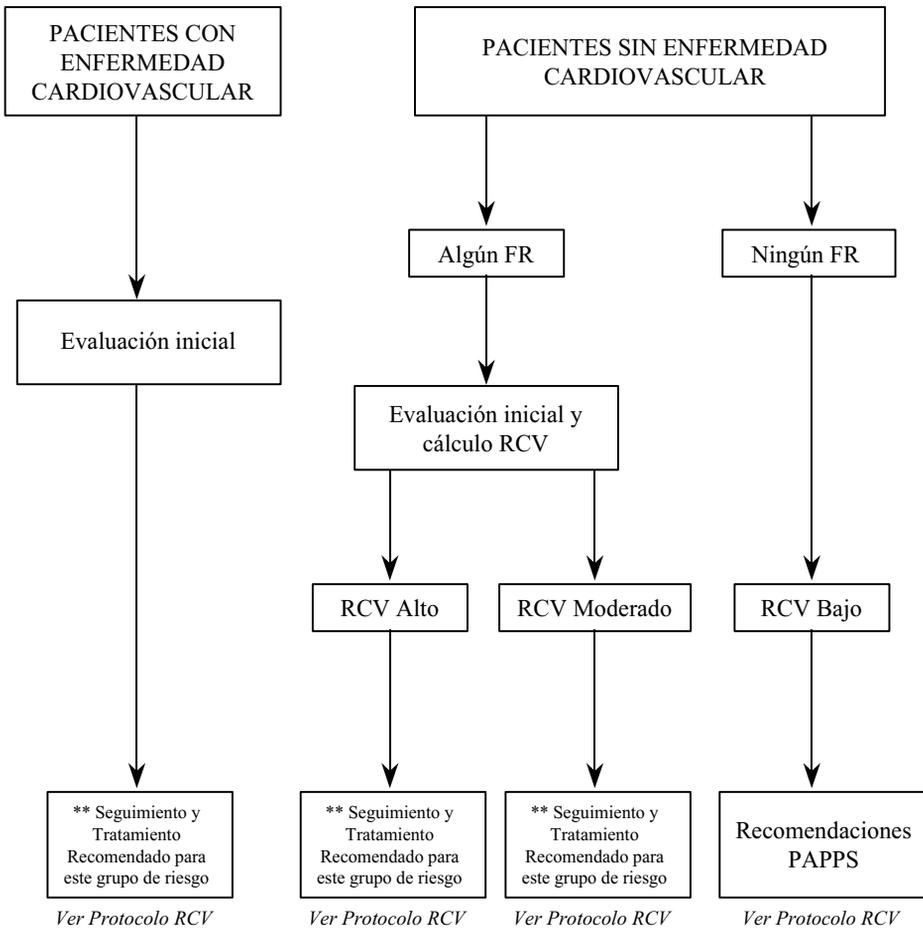
## ACTUACIÓN EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN



### PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO

Peso/IMC	Sin Factores de RCV/RN	Con Factores de RCV/RN
Desnutrido $\leq 20$	Mensual hasta normalización	
Obeso $\geq 30$	6 meses	3 meses
Normal 21-29	4 años	3 meses

## ACTUACIÓN EN RIESGO CARDIOVASCULAR \*

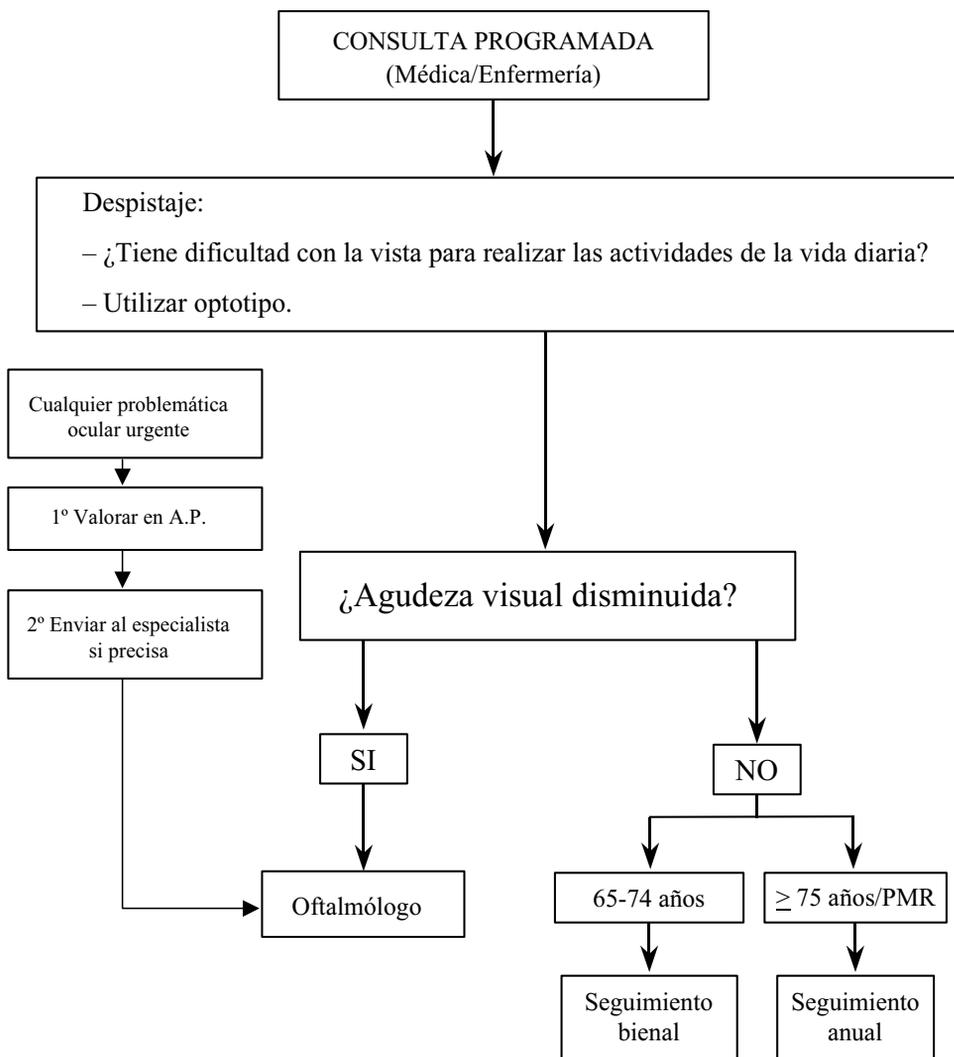


*F. Villar Alvarez et Al.*

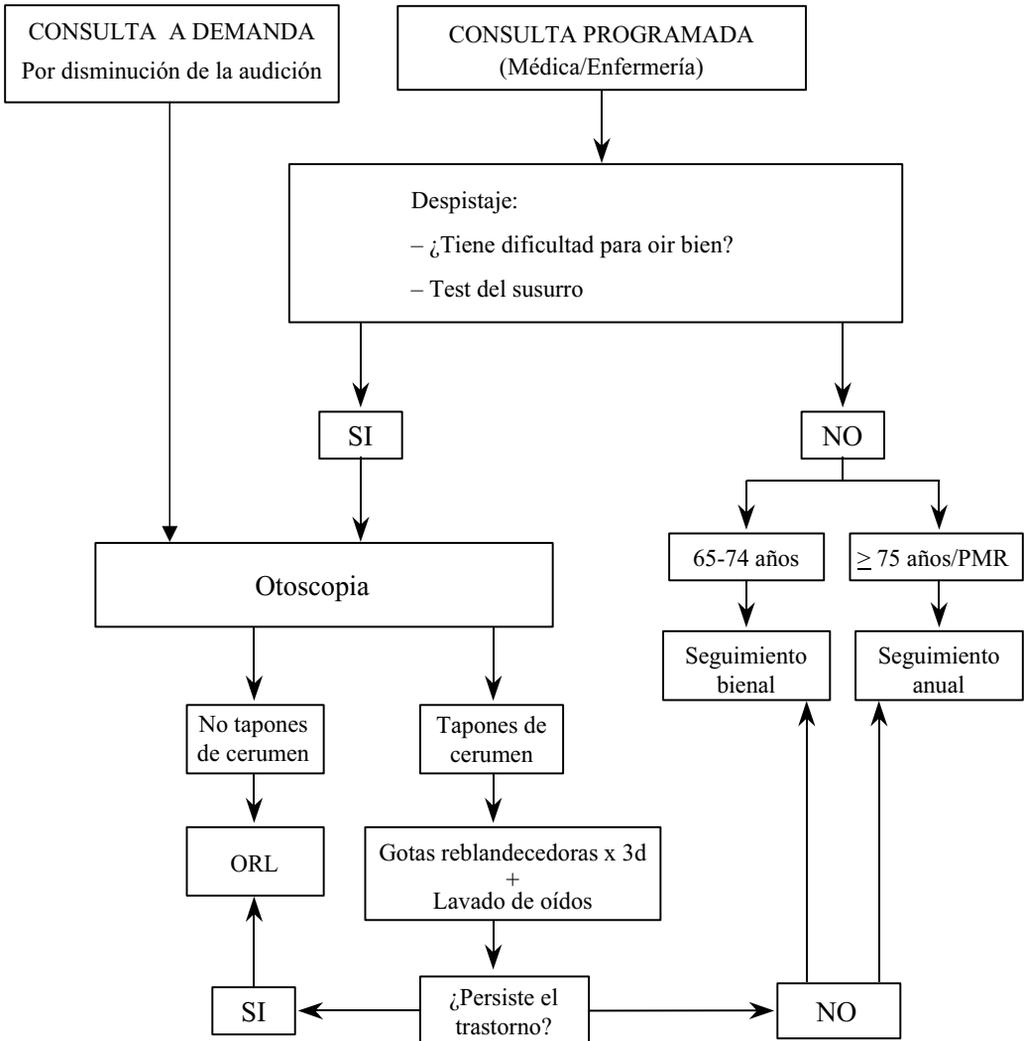
\* Tomado del *Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular*.

\*\* Se debe tener en cuenta que en las personas mayores, el abordaje terapéutico sobre los diferentes factores de riesgo pueden tener unas características específicas, relacionadas con la propia edad y con la situación individual de cada persona (menor movilidad, encamamiento, problemática mental, polimedicación, apoyo socio-familiar), por tanto, el abordaje será individualizado y adaptado a las características físicas, psíquicas, funcionales y sociales de cada persona mayor.

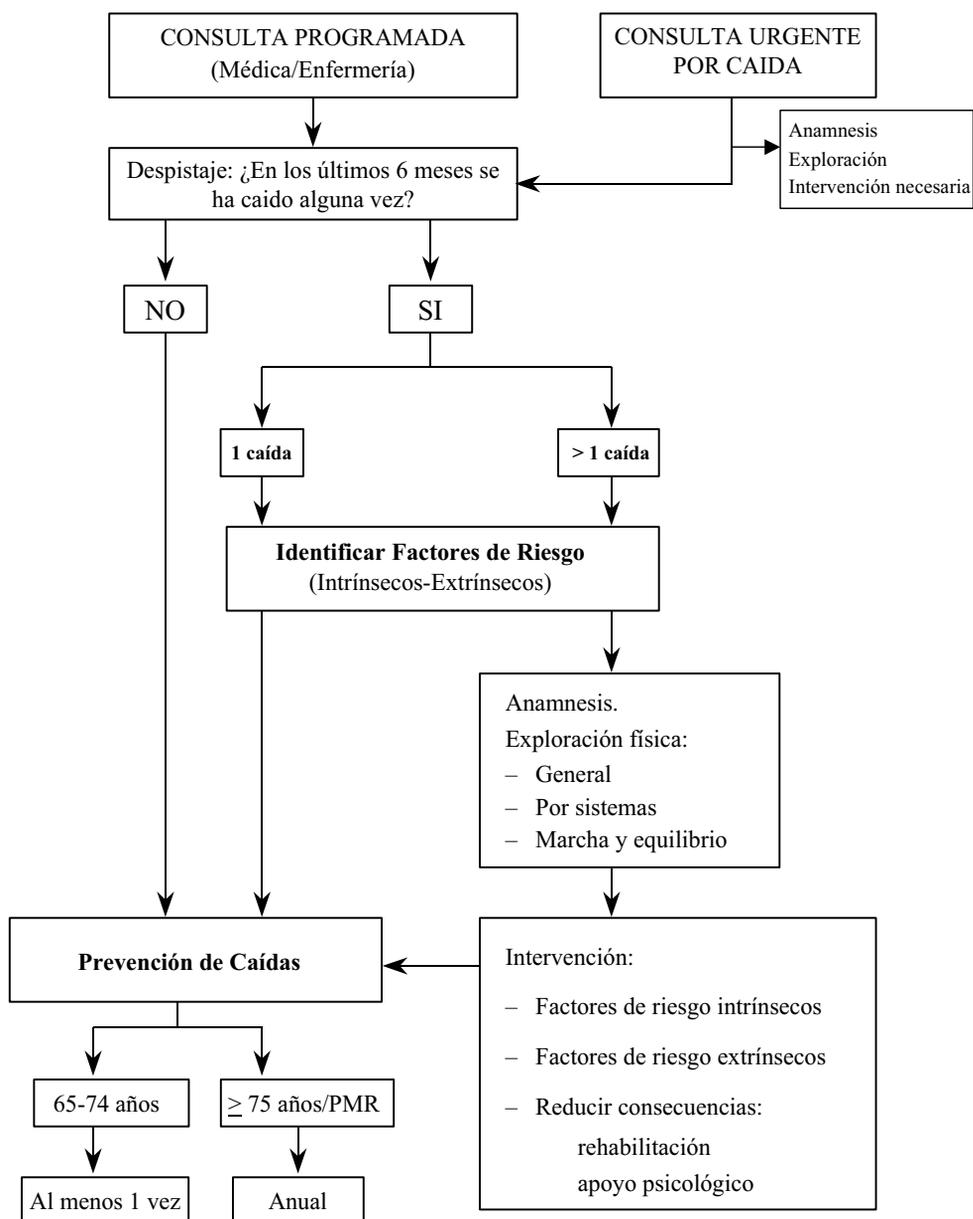
## ACTUACIÓN EN TRASTORNOS DE LA VISIÓN



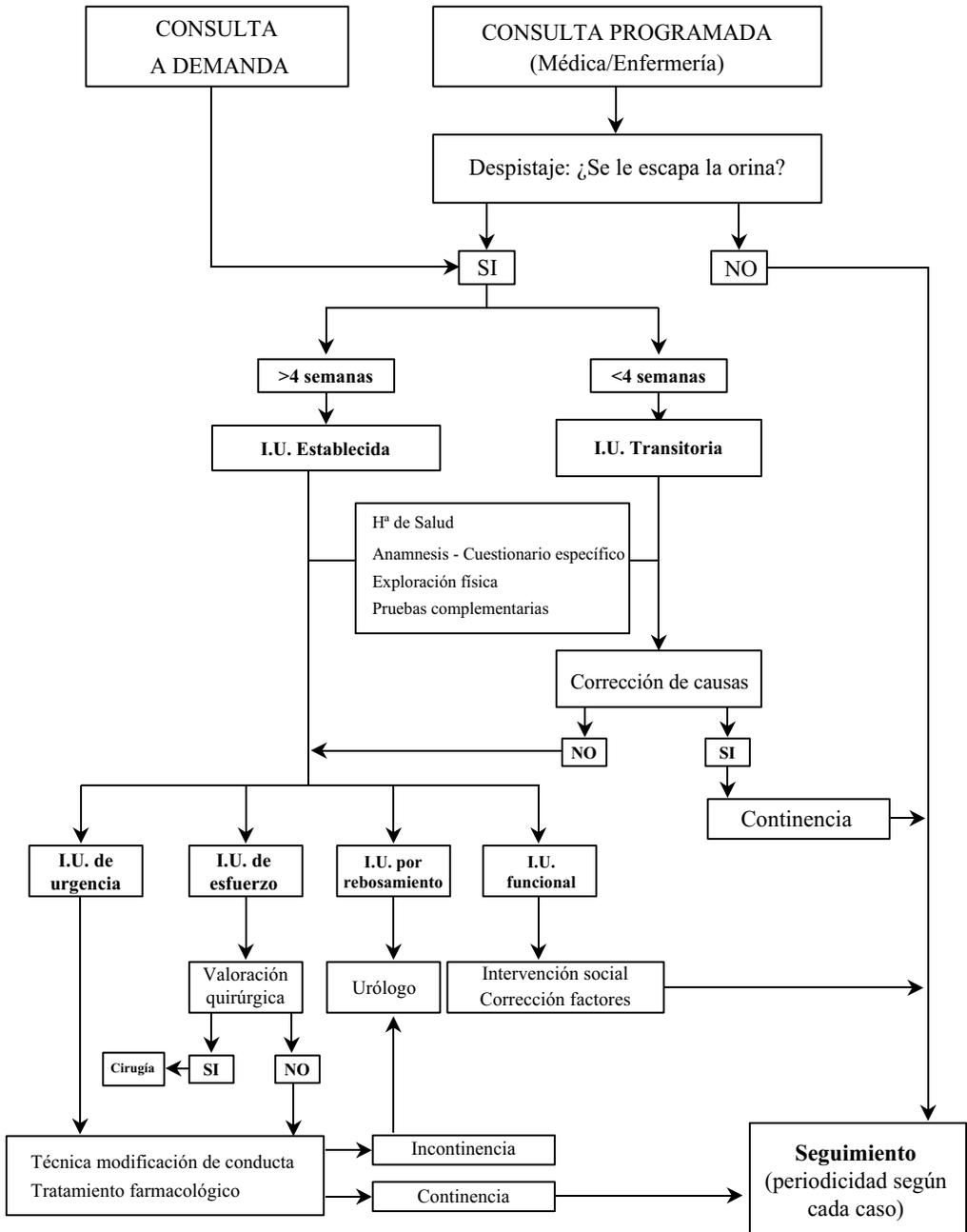
## ACTUACIÓN EN TRASTORNOS DE LA AUDICIÓN



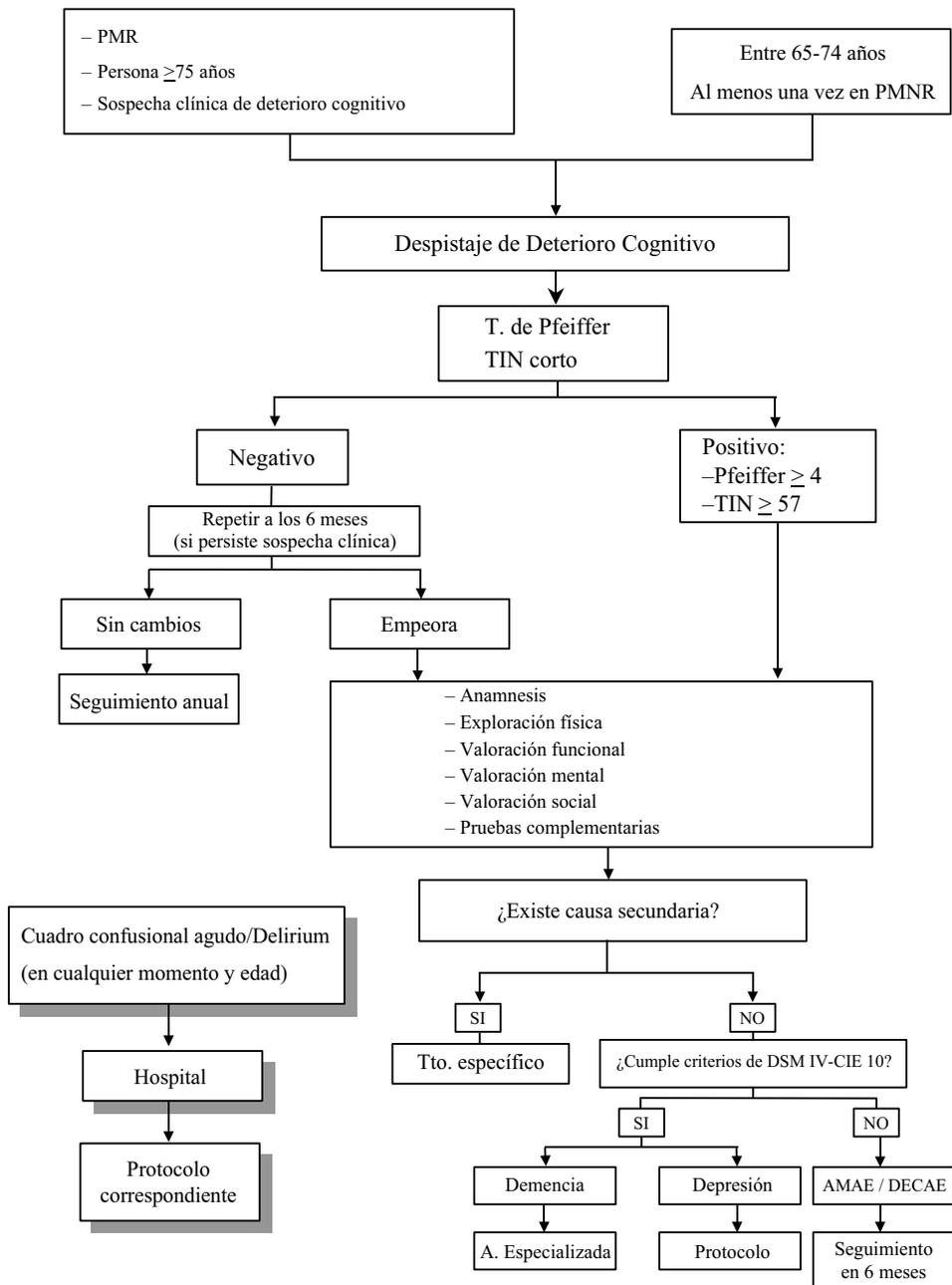
## ACTUACIÓN EN CAÍDAS

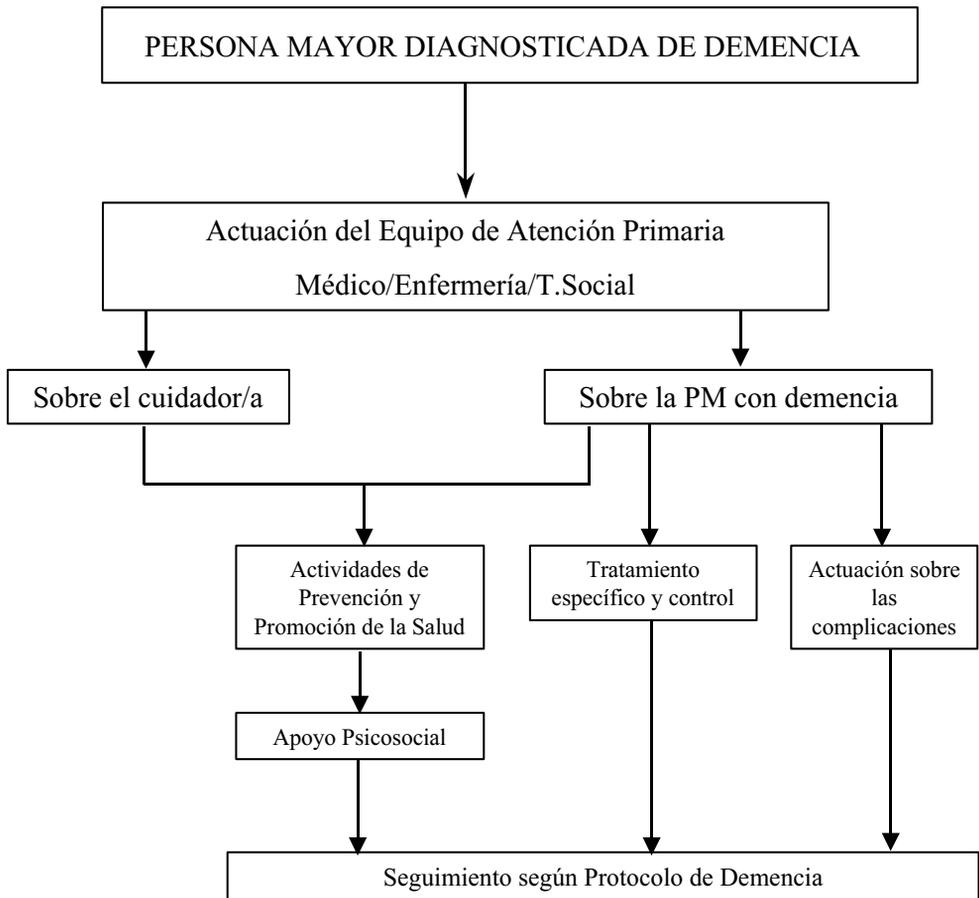


## ACTUACIÓN EN INCONTINENCIA URINARIA

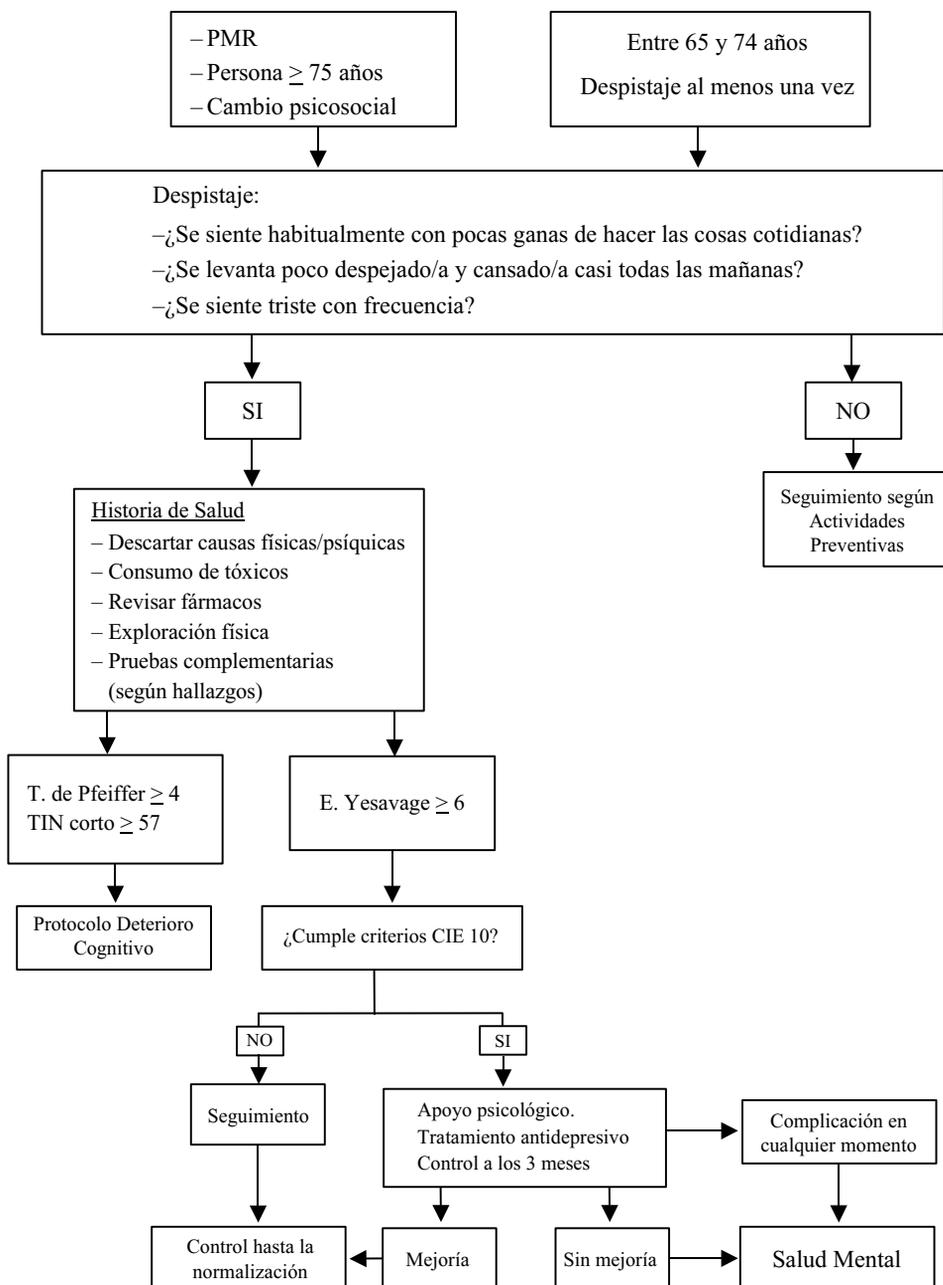


## ACTUACIÓN EN DETERIORO COGNITIVO

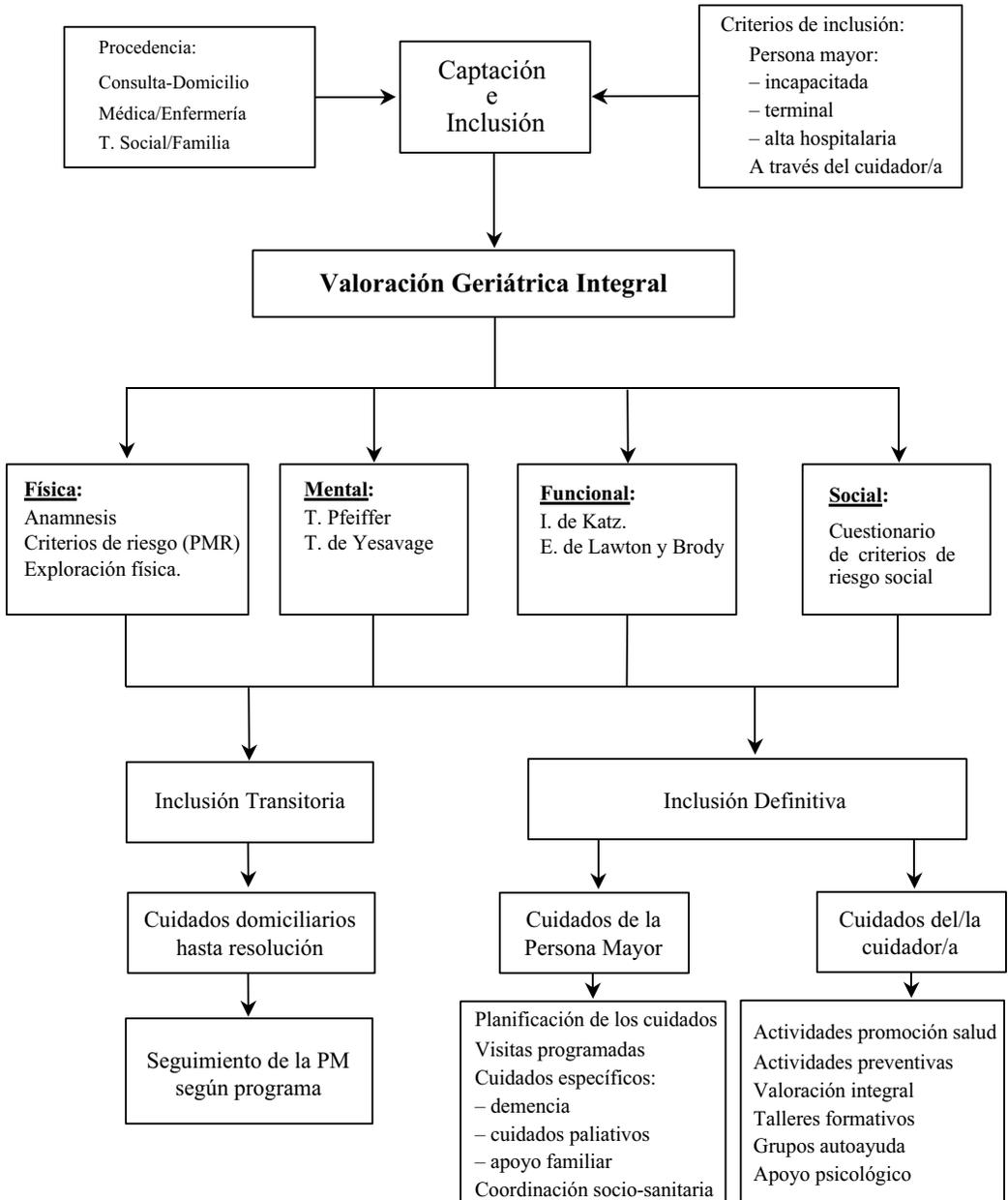


**ACTUACIÓN EN DEMENCIA**

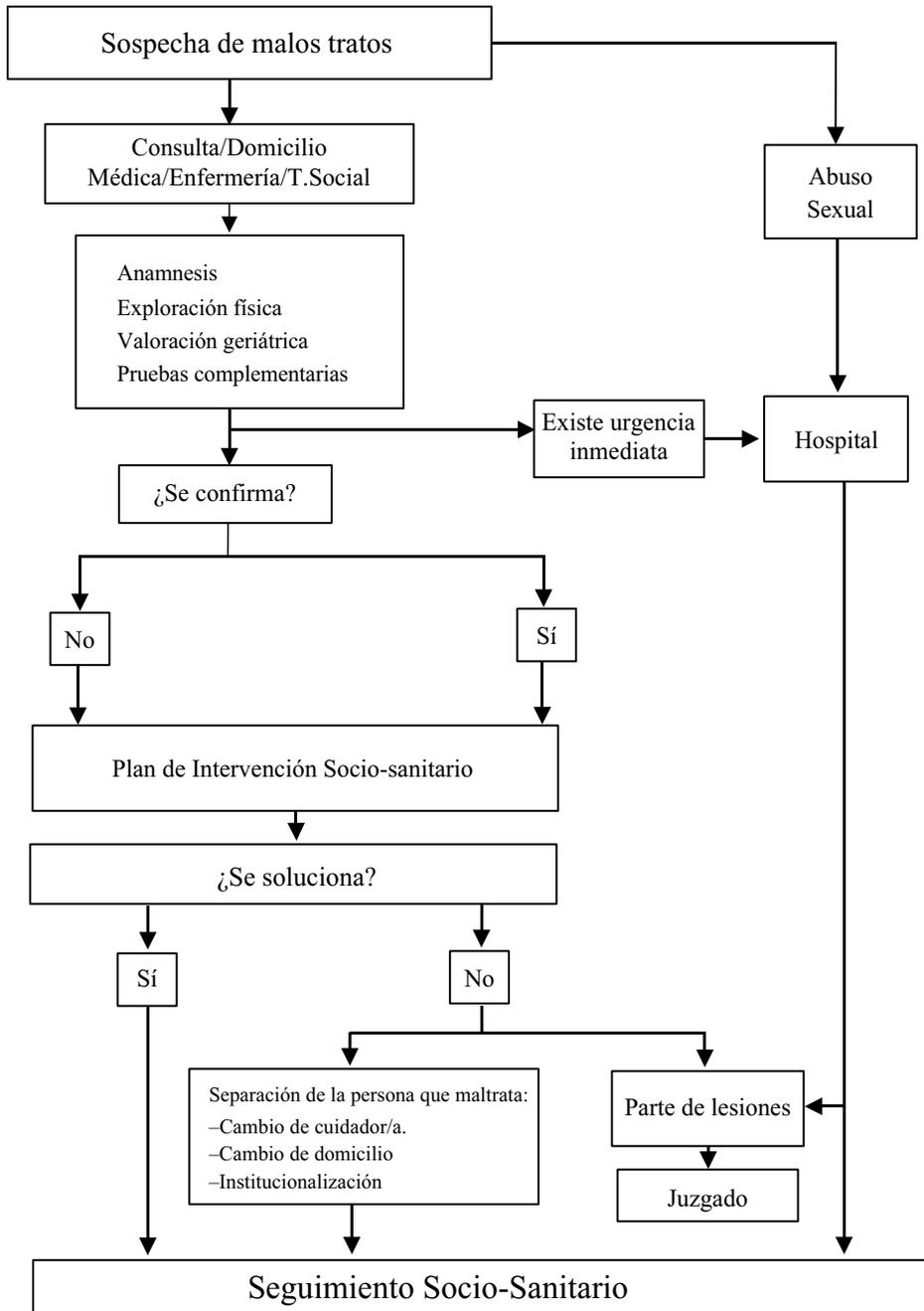
## ACTUACIÓN EN DEPRESIÓN



## ACTUACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA



## ACTUACIÓN EN MALOS TRATOS



## ACTUACIÓN EN POLIMEDICACIÓN / AUTOMEDICACIÓN

### Tratamiento actual.

- Comprobar el número de fármacos que consume la persona mayor, controlando así la presencia de polimedicación y/o automedicación.
- Individualizar y simplificar el esquema terapéutico tanto como sea posible.
- Revisar los diferentes fármacos retirando aquellos no útiles y dejando los estrictamente necesarios.
- Revisar el cumplimiento del tratamiento, en caso de incumplimiento se debe investigar la causa (olvido, desconfianza del/de la paciente o erróneo entendimiento en las órdenes del tratamiento).
- Ante la existencia de automedicación se debe insistir en la importancia de no tomar aquellos fármacos no prescritos por su médico/a, ya que, se incrementa la frecuencia de efectos indeseables.
- Detectar la presencia de efectos secundarios del/de los fármacos utilizados y actuar bien reduciendo las dosis o retirando la medicación (partiendo de un cumplimiento correcto).

### Prescripciones nuevas.

1. Considerar en primer lugar, alternativas no farmacológicas.
2. Revisar el tratamiento previo utilizado para valorar si puede retirarse algún medicamento y controlar a su vez la polimedicación.
3. Elegir el fármaco más adecuado, pues una alternativa terapéutica adecuada en el/la adulto/a joven puede no serlo en la persona mayor, pues la respuesta frente a los medicamentos es diferente.
4. Prescribir siempre que sea posible la vía oral.
5. Elegir la presentación farmacéutica más adecuada, siendo las soluciones, jarabes y efervescentes una buena alternativa y, en ocasiones, los supositorios. Las cápsulas, tabletas o comprimidos son peor tolerados o más complejos al igual que los aerosoles.
6. Establecer una correcta comunicación sobre la pauta a seguir con el fármaco entre el/la médico/a, la persona mayor y, si lo hubiere, con el/la cuidador/a, teniendo en cuenta las limitaciones funcionales, sensoriales y nivel de alfabetización.
7. Utilizar una pauta terapéutica simple y cómoda u otra actividad, usar fármacos que permitan una sola administración al día o aquellos que pueden actuar sobre varias patologías.
8. Ajustar la dosis del fármaco, se debe comenzar por dosis bajas e ir incrementandola en función de las respuesta terapéutica, vigilando toxicidad y efectos secundarios, evitando el

uso de fármacos de vida media larga o que se acumulen, ya que, aumentan la probabilidad de RAM.

9. Valorar aquellos síntomas que sugieran las reacciones adversas al medicamento (RAM), fundamentalmente por polimedicación, automedicación e incumplimiento.
10. La edad no contraindica por sí misma ningún tratamiento, no obstante, si debe tenerse en cuenta las contraindicaciones y los efectos secundarios del fármaco, ya que, el envejecimiento en sí mismo puede alterar la farmacodinámica y la farmacocinética de muchas sustancias.
11. Educar a la persona mayor y a los familiares sobre el uso correcto de los fármacos y la importancia de la no automedicación.

## ACTUACIÓN EN INSOMNIO

- Controlar la patología tanto física como psíquica existente.
- Revisar los fármacos periódicamente, evitando aquellos que no sean imprescindibles y modifiquen el patrón del sueño.
- Aplicar las medidas higiénicas.
  - Acostarse y levantarse aproximadamente a la misma hora.
  - No permanecer mucho tiempo en la cama, recomendándose un máximo de ocho horas.
  - El dormitorio debe tener una temperatura idónea, sin ruidos y sin luces.
  - Utilizar el dormitorio para dormir, evitando su uso para trabajar o ver la televisión.
  - La cama y la ropa (sábanas, colchas, mantas) deben ser confortables.
  - El pijama debe ser cómodo y adecuado.
  - Evitar la siesta durante el día.
  - La cena no deber ser abundante, recomendándose hacerla 2 horas antes de acostarse. Pueden tomar un vaso de leche tibia o infusión no estimulante antes de acostarse.
  - Evitar sustancias estimulantes como el alcohol, café, tabaco, té, chocolate o cola desde media tarde.
  - Realizar ejercicio físico moderado durante el día, pero no antes de acostarse.
  - Baño de agua caliente por la noche.
  - Evitar estímulos mentales al acostarse (programas de televisión o radio violentos, discusiones, preocupaciones).
  - Utilizar medidas relajantes (lectura intrascendente, música suave, terapia de relajación...).
- Si se utilizan Benzodiacepinas (BZD) vigilar su correcto uso, interacciones, efectos secundarios y tiempo de tratamiento mediante control periódico.

## ACTUACIÓN EN DESHIDRATACIÓN

- Identificar causas de la deshidratación.
- Identificar sus manifestaciones clínicas. Según éstas el manejo se hará a nivel hospitalario por la gravedad y causa o en el Centro de Salud/domicilio si el caso es más leve; además, se continuarán con las actividades preventivas:
  - Hidratar entre 1,5 - 2 l. de agua al día (si no existe contraindicación). También se puede completar esta cantidad con zumos, leche, infusiones, caldos o gelatinas.
  - Dieta equilibrada, fundamentalmente, en sodio y fibra.
  - Controlar patologías crónicas físicas y mentales.
  - Controlar la medicación utilizada periódicamente, fundamentalmente los diuréticos.
  - Favorecer la movilidad.
  - Mantener las condiciones ambientales del domicilio adecuadas.
  - Eliminar las barreras arquitectónicas de acceso al consumo de agua.
  - Realizar educación sanitaria tanto a la persona mayor como al familiar, insistiendo en la prevención y detección precoz.

## ACTUACIÓN EN ESTREÑIMIENTO

- Consumo diario de fibra. Se recomienda entre 20 y 30 gr./día.
- Hidratación entre 1,5-2 l. de agua al día, si no existe contraindicación. También se puede completar esta cantidad con zumos, leche, infusiones, caldos o gelatinas.
- Aumentar la actividad física. Se adaptará a cada persona recomendándose caminatas diarias entre 30-60 minutos.
- Entrenamiento intestinal mediante la técnica de reaprendizaje del reflejo de la defecación.
- Mantener intimidad durante la defecación.
- Utilizar ropas de fácil uso.
- Control de las enfermedades crónicas tanto físicas como mentales.
- Revisar los fármacos que utiliza.
- Reforzar la educación sanitaria, insistiendo en las actividades preventivas aplicadas tanto al paciente como al cuidador/a.
- Apoyo psicológico.
- Eliminar barreras arquitectónicas de acceso y realizar adaptaciones en el baño.
- Si existe impactación fecal realizar extracción del fecaloma.
- Uso de laxantes en casos necesarios y adaptarlo a cada persona, controlando su automedicación.

## ACTUACIÓN EN INMOVILIDAD

- Controlar los procesos crónicos existentes y los agudos que surjan.
- Rehabilitación adaptada a su capacidad funcional:
  - Encamado/a.
  - Sedestación en sillón.
  - Bipedestación.
  - Deambulación.
- Realizar cuidados preventivos por parte de la familia y/o cuidador/a con el asesoramiento y supervisión de los sanitarios, de los siguientes aspectos:
  - Mantenimiento de la integridad de la piel:
    - Realizar una higiene cuidadosa (agua tibia, jabón con PH neutro y secar minuciosamente por contacto).
    - Hidratar la piel con cremas a base de lanolina, aplicada con suave masaje.
    - Estimular y ayudar a dar cambios posturales cada dos horas.
    - Proteger la zona de decúbito y prominencias óseas.
    - Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. La cabecera de la cama no debe superar los 30° de inclinación si no existe contraindicaciones.
  - Prevención de las contracturas y deformidades articulares:
    - Alineación corporal adecuada en todo momento.
    - Colocación de miembros inmovilizados en posición anatómica.
    - Realización de ejercicios de amplitud de movimiento (activos o pasivos).
  - Prevención del estreñimiento:
    - Alimentación rica en fibra.
    - Ingesta de líquido mínimo 2 l./día (si no está contraindicado).
    - Masajes circulares en el abdomen para estimular peristaltismo.
    - Si fecaloma, extracción manual y enema de limpieza.
    - Intimidad para la defecación.
  - Mantenimiento de la eliminación urinaria:
    - Promover una buena hidratación.
    - Controlar cantidad y características de la orina.

- Sí sonda vesical, iniciar reeducación lo antes posible.
- Prevención de complicaciones respiratorias:
  - Evitar posición decúbito supino más de una hora.
  - Realizar ejercicios respiratorios.
  - Drenaje postural.
  - Reeducar la tos.
- Prevención de complicaciones cardiovasculares:
  - Movilización activa/pasiva MMII para activar la bomba muscular de la pantorrilla.
  - Facilitar el retorno venoso, elevando los pies de la cama 30 cm.
  - Evitar almohadas debajo de las rodillas y la flexión mantenida de las caderas.
- Prevención de la desorientación y el aislamiento:
  - Respetar el ritmo circadiano en lo posible.
  - Mantener rutina horaria de los cuidados.
  - Mantener sistemas de orientación temporoespacial (reloj, calendario).
  - Mantener objetos personales en su entorno.
  - Usar su propia ropa siempre que sea posible.
  - Favorecer la comunicación interpersonal.
  - Estimular la lectura, la radio y televisión.
  - Información de su entorno por su familia.
- Reducir sensación de impotencia y mejorar su autoconcepto:
  - Estimular la independencia y autocuidado al máximo.
  - Intervenir en la toma de decisiones sobre sus cuidados.
  - Cuidar la libre expresión de sentimientos con las personas de confianza.
- Utilización de ayudas técnicas: bastón, muletas, andador, silla de ruedas.
- Adaptación tanto de la vivienda como de su entorno y eliminar las barreras arquitectónicas.

## ACTUACIÓN EN ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Identificar a las personas de riesgo.
- Identificar los factores de riesgo y priorizar la actuación.
- Realizar cambios posturales: cada dos horas en personas encamadas y cada hora si están en sedestación. No arrastrarlas.
- Mantener la higiene corporal a diario: agua tibia, jabón Ph neutro, secado correcto, crema hidratante.
- Controlar la incontinencia (urinaria/fecal).
- Utilizar dispositivos que disminuyan la presión (almohada, espuma, patucos, piel de cordero, colchón antiúlceras).
- Hidratar adecuadamente (1,5-2 l/d), si no existe contraindicación.
- Aportar las necesidades nutricionales necesarias (calorías, proteínas, fibra, vitaminas).
- Controlar los procesos crónicos existentes, tanto físicos como psíquicos.
- Revisar los fármacos que utiliza.
- Hacer movilizaciones de forma activa o pasiva varias veces al día aprovechando los cambios posturales. No forzar ni la musculatura ni las articulaciones.
- Utilizar ayudas técnicas para mejorar la movilización.
- Realizar ejercicios de mantenimiento (musculares, abdominales, respiratorios).
- Tratar las úlceras por presión existentes:
  - Limpiar con suero fisiológico.
  - Desbridamiento si material necrótico.
  - Curas con diferentes apósitos, dependiendo del grado de úlcera.
  - Cirugía en estadios III-IV, según el caso.
  - Tratar el dolor, si lo hubiere.
- Soporte emocional al/a la paciente y la familia.
- Educación sanitaria, tanto al familiar, cuidador/a como a la persona mayor (cuando su situación lo permita).

## ACTUACIÓN ANTE EL / LA CUIDADOR / A

- Dedique tiempo a escuchar con empatía.
- Facilite información en positivo, clara y sencilla, evitando tecnicismos sobre la enfermedad: que es, cómo se manifiesta y evoluciona, los posibles tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Dosifique la información, facilítela de manera gradual a medida que avanza la enfermedad.
- Infórmele/a sobre las etapas o fases de la enfermedad y facilítele folleto informativo de:
  - Síntomas y características de cada fase.
  - Qué actitud adoptar ante los síntomas.
  - Asesórole/a sobre el plan de cuidados al enfermo/a en cada fase.
- Investigue los conocimientos previos que el/la cuidador/a tiene sobre la enfermedad, identifique los conceptos erróneos y use los correctos. Esté alerta para contrastar cualquier información acerca de la enfermedad aparecida en los medios de comunicación o transmitidos por otros/as profesionales.
- Informe al/a la cuidador/a sobre las repercusiones (físicas, psíquicas y sociales) que puede tener sobre él/ella la enfermedad de su familiar.
- Trate sus problemas de salud.
- Aproveche cada consulta del/de la paciente, en el centro o domicilio, para detectar posibles signos de “carga” o esfuerzo del/de la cuidador/a (ansiedad, estrés, insomnio, etc....). Para valorarlo nos podemos apoyar en el “Índice de Esfuerzo del Cuidador/a”.
- Derívelo/a a otros/as profesionales cuando lo considere necesario (trabajador/a social, Unidad de Salud Mental, otros profesionales,.....).
- De consejo y apoyo al/a la cuidador/a en forma de mensajes positivos:
  - Preocúpese también de sí mismo/a.
  - Descanse cada día lo suficiente. Si Vd. enferma las cosas irán peor.
  - Evite el alcohol para evadirse.
  - Debe cuidar su salud acudiendo periódicamente a su centro de salud para las revisiones y/o consultar lo que le duele, lo que siente, etc., explicando su situación personal.
  - Consulte a su enfermera/o del centro las dudas en el cuidado de la persona mayor a su cargo y participe en los talleres.
  - Procure mantener las actividades que siempre le han gustado como ir al cine, leer, pasear o hacer crucigramas.

- La risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su relación con el/la enfermo/a. Si tiene la suerte de sentirse bien “en medio del temporal” no se avergüence de ello.
- Contacte con otras personas en su misma situación (vecinos/as, grupos, ...), hablará con más libertad y tendrá la sensación de que alguien le/a entiende.
- Procúrese un tiempo semanal, busque el apoyo de un familiar o asistente/a que cuide del enfermo/a unas horas a la semana para que Vd. pueda salir a relajarse. Infórmese de las ayudas domiciliarias que presta su Ayuntamiento.
- No olvide, si puede, tomarse unas vacaciones, al menos anualmente. Después de haber descansado verá las cosas con mayor serenidad.



**Guía de Actuación en las  
Personas Mayores en Atención Primaria**

---

# **TESTS, ESCALAS Y CUESTIONARIOS**

## ÍNDICE DE KATZ. ÍNDICE DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

INDICE DE KATZ	
<b>1. Baño</b>	<p><b>Independiente:</b> precisa ayuda sólo para lavar una parte del cuerpo como la espalda o una extremidad incapacitada o se baña completamente sin ayuda.</p> <p><b>Dependiente:</b> precisa ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, para entrar o salir de la bañera, o no puede bañarse solo.</p>
<b>2. Vestido</b>	<p><b>Independiente:</b> coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, los complementos o adornos, se abrocha los botones; se excluye el acto de atarse los zapatos.</p> <p><b>Dependiente:</b> no se viste solo/a o permanece en parte sin vestir.</p>
<b>3. Uso del W.C.</b>	<p><b>Independiente:</b> va al servicio, se sienta y se levanta del retrete, se arregla la ropa, se limpia los órganos excretores, puede utilizar por sí mismo/a la cuña o el orinal por la noche solamente, y puede usar o no ayudas mecánicas.</p> <p><b>Dependiente:</b> usa cuña u orinal o recibe ayuda para ir al servicio y utilizarlo.</p>
<b>4. Movilidad</b>	<p><b>Independiente:</b> entra y sale de la cama y se sienta y levanta de una silla por sí mismo/a; puede usar o no ayudas mecánicas.</p> <p><b>Dependiente:</b> necesita ayuda para sentarse, tumbarse o levantarse de la silla y/o cama, o no lo hace.</p>
<b>5. Continencia de esfínteres</b>	<p><b>Independiente:</b> control completo de la micción y defecación.</p> <p><b>Dependiente:</b> incontinencia parcial o total urinaria o fecal; control parcial o total con enemas, sondas o con el uso reglado de orinales o cuñas.</p>
<b>6. Alimentación</b>	<p><b>Independiente:</b> lleva la comida del plato o su equivalente a la boca. Se excluye de la evaluación cortar la carne y preparar la comida y untar el pan.</p> <p><b>Dependiente:</b> precisa ayuda en el acto de comer, no come o usa nutrición parenteral.</p>

- A. Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas estas funciones anteriores, excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.
- E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.
- F. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.
- G. Dependiente para seis funciones.

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

**Independiente:** significa sin supervisión, dirección o asistencia personal activa, excepto cuando se especifica lo contrario. Se basa en el estado actual y no en la capacidad. *Se considera que una persona mayor que se niega a realizar una función no la realiza, aunque pueda ser capaz de hacerla.*

El **Índice de Katz** es una escala sencilla que evalúa de forma dicotómica (dependencia o independencia) seis funciones socio-biológicas: bañarse, vestirse, ir al servicio, movilidad, continencia y alimentación. Se considera independiente a una persona capaz de realizar una función sin ayuda humana. Se acepta su medición mediante el interrogatorio directo de la persona mayor o sus cuidadores.

Su clasificación va desde la total independencia para las seis funciones estudiadas (A) hasta la total dependencia para esas funciones (G). Las personas mayores no clasificados (grupo “Otros”), oscila según los diferentes estudios entre el 4 y el 12%. Una alternativa muy utilizada para evitar esta categoría ha sido contar el número de actividades que son dependientes.

La gran ventaja que supone el índice de Katz es estar estructurado de forma jerárquica, de forma que la capacidad de realizar una función implica generalmente la capacidad de hacer otras funciones más simples. En el índice de Katz la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace también de manera ordenada: se recupera primero la capacidad de comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama y la de ir al servicio y, por último, la capacidad de vestirse y bañarse sin ayuda. La pérdida de capacidad para comer se asocia casi siempre a la incapacidad para las demás AVD. Este carácter jerárquico permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

Se ha utilizado con fines descriptivos, monitorización y pronóstico. Se correlaciona con el grado de movilidad en su domicilio tras el alta hospitalaria, probabilidad de muerte e institucionalización. Una de sus críticas es la falta de sensibilidad a pequeños cambios.

## INDICE DE BARTHEL

Anotar con la ayuda del/de la cuidador/a principal, cual es la situación personal de la persona mayor, respecto a estas 10 preguntas de actividades básicas de la vida diaria.

		<i>Puntos</i>
<b>Comer</b>	Totalmente independiente.	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender mantequilla, etc.	5
	Dependiente.	0
<b>Lavarse</b>	Independiente, entra y sale solo del baño.	5
	Dependiente.	0
<b>Vestirse</b>	Independiente, capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	Necesita ayuda.	5
	Dependiente.	0
<b>Arreglarse</b>	Independiente para lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente.	0
<b>Deposiciones*</b>	Continente.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	5
	Incontinente.	0
<b>Micción*</b>	Continente o es capaz de cuidarse de la sonda o colector.	10
	Incontinente ocasional (máximo un episodio de incontinencia en 24 horas). Necesita ayuda para cuidar de la sonda o colector.	5
	Incontinente.	0
<b>Usar el retrete</b>	Independiente para ir al WC, usa cuña o el orinal. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque puede usar barras de apoyo), se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.	5
	Dependiente.	0
<b>Trasladarse</b>	Independiente para ir del sillón a la cama. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente.	15
	Mínima ayuda física o supervisión.	10
	Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
<b>Deambular</b>	Independiente, camina sin ayuda al menos 50 metros, aunque se ayuda de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
<b>Escalones</b>	Independiente para subir y bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque se ayuda de muletas o bastones o se apoya en la barandilla.	10
	Necesita ayuda física o supervisión.	5
	Dependiente.	0
<b>TOTAL</b>		

**Máxima puntuación: 100 puntos (90 en caso de ir con silla de ruedas)**

**Resultado: <20 dependiente total; 20-35 dependiente grave; 40-55 dependiente moderado;**

**> 60 =60 dependiente leve; 100 independiente.**

\* *micción y deposición* valorar la semana previa.

Es útil para describir el estado funcional y sus cambios a través del tiempo. Se correlaciona con el juicio clínico y predice la mortalidad. Se le ha criticado principalmente su poca utilidad para medir pequeñas alteraciones.

## ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Anotar, con la ayuda del/de la cuidador/a principal, cuál es la situación concreta personal de la persona mayor, respecto a estas 8 preguntas de actividad instrumental de la vida diaria.

<i>Escala de actividad instrumental de la vida diaria</i>	<i>Puntos</i>
<b>A. Capacidad de usar el teléfono.</b>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números.	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos.	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	1
No utiliza el teléfono en absoluto.	0
<b>B. Ir de compras.</b>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0
Totalmente incapaz de comprar.	0
<b>C. Preparación de la comida.</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente.	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
<b>D. Cuidado de la casa.</b>	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	0
No participa en ninguna labor de la casa.	0
<b>E. Lavado de la ropa.</b>	
Lava por sí mismo/a toda su ropa.	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc).	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0
<b>F. Uso de medios de transporte.</b>	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche.	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros.	0
No viaja en absoluto.	0
<b>G. Responsabilidad respecto a su medicación.</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas.	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas.	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
<b>H. Manejo de asuntos económicos.</b>	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va la banco) recoge y conoce sus ingresos.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco, ...	1
Incapaz de manejar dinero.	0
<b>TOTAL</b>	

**Independencia: 8. Máxima dependencia: 0 puntos.**

**\* Sólo se tomará una puntuación en cada apartado.**

A diferencia de las actividades básicas, en las instrumentales una persona puede no realizar una actividad de las indicadas porque puede ser más cómodo que otra persona la realice. Pero, aunque no la realice se marca como no realizada.

## TEST DE PFEIFFER

*Instrucciones:* Haga las preguntas 1 a la 10 de la siguiente lista y anote todas las respuestas. En la pregunta 3 vale cualquier descripción correcta del lugar (mi casa, el hospital, la consulta, etc). En la pregunta 10 cualquier equivocación se contabiliza como error. Anote el número total de errores tras realizar las 10 preguntas. Las respuestas han de darse sin ningún calendario, periódico, certificado de nacimiento o cualquier ayuda que refresque la memoria.

**CLAVE:**

**FECHA:**

**Test de Pfeiffer.**

1. ¿Qué día es hoy? (día, mes, año) \_\_\_\_\_
2. ¿Qué día de la semana es hoy? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es el nombre de este lugar? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es su nº de teléfono (en caso de que no tenga, cuál es su dirección)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? \_\_\_\_\_
7. ¿Cómo se llama el Rey que tenemos ahora en España? \_\_\_\_\_
8. ¿Quién mandaba en España antes que el Rey actual? \_\_\_\_\_
9. ¿Cuál es el nombre de su madre? \_\_\_\_\_
10. Restar de 3 en 3 a partir de 20 \_\_\_\_\_

0 - 3 errores:      Funcionamiento intelectual normal.

4 - 7 errores:      Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro.

8 - 10 errores:    Déficit intelectual severo.

En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más; si el nivel es superior un error menos.



**Instrucciones:**

1. *Orientación.* Un punto entero por acierto, no hay medios puntos por respuestas aproximadas (enumerar cada ítem y esperar la respuesta antes de continuar). Puntos 0-1-2-3-4-5.
2. *Fijación.* Decir las tres palabras seguidas y luego esperar a que las repita la persona mayor. Repetir las palabras hasta que recuerde las tres. Sólo se puntúan las palabras que consiguió repetir en el primer intento. Un punto por cada palabra repetida. Puntos 0-1-2-3.
3. *Concentración y cálculo.* Un punto entero por cada respuesta correcta (0-1-2-3-4-5) y un punto por cada cifra correcta en el orden correcto.
4. *Memoria.* Un punto entero por cada palabra recordada; no importa el orden.
5. *Lenguaje y construcción.* Un punto por cada nombre correcto sin aproximaciones. Un punto si repite exactamente la misma frase tras decirla una sola vez. Un punto por cada respuesta correcta; rojo y verde son colores, y perro y gato son animales. Un punto por cada parte de la orden correctamente ejecutada. Un punto si lee, comprende y realiza la orden escrita. Un punto si escribe una frase completa con sujeto, verbo y predicado, y significado coherente (no calificar ortografía ni caligrafía). Un punto si realiza dos pentágonos con intersección de un ángulo cada uno.



El SET-TEST de Isaacs puede ser una opción en personas analfabetas, con deterioros sensoriales o cuando el tiempo en la consulta es un factor condicionante. Se pide a la persona que nombre sin parar hasta que se le diga basta una serie de colores, de animales, de frutas y de ciudades. Se le da un minuto para cada serie y cambiaremos a la siguiente cuando haya dicho 10 elementos de la misma sin repetir ninguno aunque no haya agotado el minuto de tiempo. Siempre anotaremos en la hoja los nombre que dice ya que ayudará a valorar la evolución de los pacientes. Si hay deterioro cognitivo se irá observando con el paso del tiempo una menor puntuación con más errores y repeticiones y conceptos cada vez más reduccionistas.

## TEST DEL INFORMADOR (TIN) CORTO

Recuerde, por favor, cómo era su familiar hace 5 ó 10 años y compara como está en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de estos años en la capacidad de su familiar en todos los aspectos que le preguntamos seguidamente:

**Puntúe con los siguientes criterios:**

1 = Ha mejorado mucho                      2 = Ha mejorado un poco                      3 = Casi sin cambios  
4 = Ha empeorado un poco                      5 = Ha empeorado mucho

Pregunta	Puntuación
1. Capacidad para recordar los nombres de las personas más allegadas (parientes, amigos).	_____
2. Recordar cosas que han sucedido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses (noticias, cosas propias o de sus familiares).	_____
3. Recordar de que se habló en una conversación mantenida unos días atrás.	_____
4. Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse en la mitad de la frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho hace un rato.	_____
5. Recordar la fecha en que vive.	_____
6. Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas.	_____
7. Saber dónde se coloca una cosa que se ha encontrado descolocada.	_____
8. Capacidad para aprender a hacer funcionar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio...)	_____
9. Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general).	_____
10. Aprender cosas nuevas (en general).	_____
11. Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, televisión, conversaciones).	_____
12. Entender artículos de los periódicos o revistas en los que está interesado.	_____
13. Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión.	_____
14. Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) y en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero).	_____
15. Manejar los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, tratar con el banco).	_____
16. Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de los familiares, cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados).	_____
17. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?	_____
<b>Total:</b>	_____

**Puntuación total 85 puntos.**

**\* A partir de 57 puntos, indica probable deterioro cognitivo.**

**\* Sensibilidad: 86% y especificidad: 91%.**

Puede ser cumplimentado por el familiar o persona próxima.

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3.- ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6.- ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.- ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12.- ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13.- ¿Se encuentra lleno/a de energía?	0	1
14.- ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0
<b>TOTAL</b>		

**RESULTADOS:**    **0 - 5**    =    **NORMAL**  
                           **6 - 9**    =    **PROBABLE DEPRESIÓN (S 84%; E 95%)**  
                           **10 o más**=    **DEPRESIÓN ESTABLECIDA (S 80%; E 100%)**

### *Instrucciones:*

Pida al/a la paciente que conteste las preguntas sí o no, tratando de recordar cómo se ha encontrado en la *última semana*. Puede dejárselo leer o leérselo usted. Tape la columna de respuestas correctas si es el/la paciente quien lo lee. Resultados: punto de corte en 5 puntos.

En pacientes con demencia hay dificultad para valorar los resultados, ya que con frecuencia no recuerdan bien como se sintieron la semana anterior.

## CUESTIONARIO DE CRITERIOS DE RIESGO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES

### CUESTIONARIO DE CRITERIOS DE RIESGO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES

**Nº DE HISTORIA:**

**FECHA:**

<b>Criterio:</b>	<b>PMNR</b>	<b>PMR</b>	<b>Puntos</b>
1.-Vive solo/a	10	15	
2.-Dependencia completa para la movilidad	5	10	
3.-Incapacidad psíquica	5	10	
4.-Falta de apoyo social y/o familiar	5	10	
5.-Existencia de conflicto familiar	5	10	
6.-Sobrecarga del/la cuidador/a principal	5	10	
7.-Insuficientes condiciones de habitabilidad.(No tiene luz en casa, no tiene agua, malas condiciones higiénicas)	5	10	
8.-Hacinamiento	5	10	
9.-Ingresos económicos insuficientes	5	10	
10.-Aislamiento social	5	10	
11.-Barreras arquitectónicas internas y/o externas	5	10	
12.-Vive en zona aislada	5	10	
<b>Total</b>			

#### **Cómo derivar a la Trabajadora Social**

1. Cuando la puntuación sea igual o mayor de diez.
2. Cuando la puntuación es menor de diez pero se considera que debe ser derivado por necesidad explícita u otros.

***Instrucciones para aplicar el cuestionario de criterios de riesgo social:***

El objetivo de dicho cuestionario es la detección de riesgo social en la persona mayor con el fin de actuar lo antes posible. Mediante este despistaje se detecta, en un principio, aquellos factores a partir de los cuales se presume la presencia de riesgo social, es decir, especial vulnerabilidad para que se genere una problemática social y por lo que debe ser derivado al trabajador/a social.

Los cuatro aspectos que aparecen en este cuestionario son la situación familiar, la situación de la vivienda, la situación de apoyo social y la situación económica.

La aplicación se hace preguntando sobre los items al cuidador/a principal y/o a la persona mayor y/o por observación del propio profesional.

Explicación de los items:

1. Es el criterio que por sí solo en todos los casos hay que derivar
2. La persona mayor necesita cuidados continuos por pérdida de su autonomía.
3. Presencia de deterioro cognitivo, enfermedad psíquica, demencia senil, enfermedad de Alzheimer que provocan incapacidad.
4. Los apoyos disponibles por parte de la persona mayor aunque existen son insuficientes.
5. El conflicto familiar supone una situación que se origina por la no aceptación de la persona mayor en la familia, bien por las diferentes patologías crónicas e invalidantes que suponen mayor esfuerzo, porque suponen una carga económica o simplemente porque su presencia es considerada como desequilibrante del funcionamiento familiar.
6. La situación además de ser valorada por el/la profesional del centro de salud, el propio cuidador/a principal puede expresar su sobrecarga.
7. Ausencia de la instalación eléctrica y si la hay ausencia del fluido eléctrico. Ausencia de la instalación del agua y si la hay ausencia de agua corriente. Falta de limpieza .
8. Hacinamiento. Cuando en el domicilio viven muchas personas en relación con el espacio existente. Se dividen los metros cuadrado de superficie de la vivienda entre los convivientes, si es menor de ocho metros cuadrados existen hacinamiento.
9. Se incluyen las pensiones y otros ingresos como rentas o ayudas familiares. Se suman los ingresos de la unidad familiar, el total se divide entre el número de personas que forman esa unidad familiar, si el resultado es menor de 36.000 pts se consideran ingresos económicos insuficientes.
10. Cuando no vive solo/a pero se siente solo/a y aislado/a del resto de la familia, pasa solo/a buena aparte del día o no tiene contacto con familia amplia, amigos o vecinos.
11. Internas: obstáculos físicos dentro del domicilio y de acceso a las distintas dependencias, baño inadaptado.  
Externas: obstáculos físicos que impiden o dificultan la movilidad para acceder fuera del domicilio (pisos sin ascensor, escaleras, sin aceras, cuestas, etc).
12. Dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios y a los servicios en general por estar en zona aislada.

**Necesidad explícita.** Son aquellas necesidades puntuales sin que ello indique riesgo social como la gestión para conseguir material ortoprotésico, teléfono, ayudas técnicas o ayuda a domicilio entre otras.

## ENTREVISTA PARA LA VALORACIÓN PSICOSOCIAL

### INTRODUCCIÓN

La presente **ENTREVISTA PARA LA VALORACIÓN PSICOSOCIAL de la Persona Mayor en situación de Riesgo Social** será realizada por el/la trabajador/a social del EAP tras haberse detectado riesgo social mediante la aplicación del **Cuestionario de Riesgo Social (Nº.9)** por cualquier miembro de dicho equipo. Pretende :

- 1.- Valorar a la persona mayor para intervenir sobre sus aspectos psicosociales que, pueden tanto favorecer como obstaculizar en el proceso de mejora de su calidad de vida y de su situación de salud. Para ello se trata de conocer a la persona en su situación, es decir , su contexto familiar, entorno (vivienda y zona), situación económica y red social de apoyo.
- 2.- Obtener una información base igual en todos los casos, sobre la que se establecerá la intervención más adecuada.

**ENTREVISTA PARA LA VALORACIÓN PSICOSOCIAL**

CLAVE:

FECHA:

**A.- VALORACIÓN DE LA PERSONA MAYOR.**

**I. Situación familiar y de convivencia.**

*¿Con quién vive?*

Solo/a  Cónyuge/pareja

Otros familiares  ¿Quiénes? \_\_\_\_\_

Breve descripción del mapa de relaciones familiares más importantes sean o no convivientes.  
Dibujar el genograma en la Historia de Salud

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**II.- Situación de la vivienda.**

*¿La vivienda en que reside es?*

Propiedad  Alquilada  Cedida

Otra  Especificar \_\_\_\_\_

*Situación de la vivienda. (Señalar lo que proceda).*

Barreras arquitectónicas: Internas  Externas

Servicios básicos: Agua  Luz  Bañera

Cocina  Termo  Teléfono

Zona: Aislamiento  Accesibilidad deficiente

Céntrica

Otros \_\_\_\_\_

**III.- Recursos económicos**

¿Es usted pensionista?

Sí  No

En caso afirmativo:

¿Qué tipo de pensión es la que cobra?

F.A.S.  No contributiva  Otras   
 Jubilación  Viudedad  Invalidez

¿Tiene otro tipo de ingresos económicos?

Sí  No

En caso afirmativo:

¿De donde proceden estos ingresos?

Rentas  Ayudas familiares  Otras ayudas institucionales   
 Otras  Especificar \_\_\_\_\_

¿Cómo llega a final de mes con los ingresos económicos de que dispone?

Muy bien  Bien  Justo   
 Mal  Muy mal

**IV.- Red Social de Apoyo**

¿Ocupa el tiempo libre en actividades? Sí  No

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido que dejar alguna actividad en la que ocupaba su tiempo libre en el último año?

Sí  No

¿Sale usted de su domicilio? Sí  No

Especificar a dónde \_\_\_\_\_

¿Pertenece usted a alguna asociación o club? Sí  No

¿Con qué frecuencia acude a la Asociación o Club?

1 ó más veces a la semana  1 ó más veces al mes   
 Menos de 1 vez al mes



¿En qué actividades de la Asociación o Club participa?

Bailes  Excursiones  Juegos   
Bar  Otras  Especificar \_\_\_\_\_

¿Recibe visitas en su domicilio? Sí  No

En caso afirmativo:

¿De quién?

Familiares  Amigos/as  Vecinos/as   
Otros  Especificar \_\_\_\_\_

¿A través de quien obtiene la información que necesita?

\_\_\_\_\_

Cuando necesita hablar con alguien, ¿tiene con quién?

\_\_\_\_\_

¿Se siente acompañado/a?

\_\_\_\_\_

**V.-Pérdidas**

¿Ha perdido a su pareja en el último año? Sí  No

¿Ha perdido a algún otro familiar y/o amigo/a cercano/a en el último año?. Sí  No

En caso afirmativo, ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio importante de actividad en los últimos seis meses?. Sí  No

Especificar cual/es. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha habido algún traslado o cambio de domicilio en el último año?. Sí  No

Especificar. \_\_\_\_\_

¿Cómo ha aceptado la situación/es de pérdida? Especificar momento en el que se encuentra según fases de Kubler Ross.

---

---

**VI.- Recursos formales/informales**

¿Tiene los recursos materiales necesarios para su desenvolvimiento personal? Sí  No

¿Cuales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Recibe el servicio de Ayuda a domicilio? Sí  No

Especificar el tipo de ayuda \_\_\_\_\_

Distribución en tiempo y horas del servicio.

Días a la semana \_\_\_\_\_ N° Horas día \_\_\_\_\_

¿Recibe otro tipo de ayuda institucional? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene contratado algún servicio privado? Sí  No

¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Recibe algún tipo de ayuda de amigo/a o vecino/a? Sí  No

¿Cual? \_\_\_\_\_



¿Cómo ha aceptado la situación/es de pérdida? Especificar momento en el que se encuentra según fases de Kubler Ross.

---

---

**VI.- Recursos formales/informales**

¿Tiene los recursos materiales necesarios para su desenvolvimiento personal? Sí  No

¿Cuales? \_\_\_\_\_

---

---

¿Recibe el servicio de Ayuda a domicilio? Sí  No

Especificar el tipo de ayuda \_\_\_\_\_

Distribución en tiempo y horas del servicio.

Días a la semana \_\_\_\_\_ N° Horas día \_\_\_\_\_

¿Recibe otro tipo de ayuda institucional? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene contratado algún servicio privado? Sí  No

¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Recibe algún tipo de ayuda de amigo/a o vecino/a? Sí  No

¿Cual? \_\_\_\_\_

**B.- VALORACIÓN DEL CUIDADOR/A**

**CLAVE:**

**FECHA:**

**I.- DATOS RELATIVOS A SU SALUD**

*Deficiencias físicas y/o funcionales.*      Sí       No

¿Cuales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Deficiencias y/o problemas Psíquicos.*      Sí       No

¿Cuales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II.- DATOS RELATIVOS A SU SITUACIÓN SOCIAL.**

*Realiza actividad laboral* \_\_\_\_\_

¿Cual? \_\_\_\_\_

*Mantiene actividad social con amigos y otros* \_\_\_\_\_

¿Cual? \_\_\_\_\_

*Autopercepción de su situación de cuidadora. Señalar lo que proceda.*

*Acepta de buen grado el papel por iniciativa propia* \_\_\_\_\_

*Acepta el papel porque no hay otra persona* \_\_\_\_\_

*No acepta el papel y le crea conflicto* \_\_\_\_\_

*Siente pérdida al tener que abandonar el trabajo* \_\_\_\_\_

*Siente pérdida al tener que abandonar la vida social* \_\_\_\_\_

*Siente pérdida al tener que abandonar otras actividades* \_\_\_\_\_



Existe sobrecarga \_\_\_\_\_

Existe sentimiento de incapacidad para realizar las funciones \_\_\_\_\_

Necesita tiempo de respiro \_\_\_\_\_

Necesita orientaciones para realizar sus funciones \_\_\_\_\_

Necesita desahogo \_\_\_\_\_

Necesita cuidados a su persona \_\_\_\_\_

**III.- DATOS RELATIVOS A SU FUNCIÓN.**

¿Es la cuidadora principal? \_\_\_\_\_

¿Es la cuidadora responsable? \_\_\_\_\_

¿Es cuidadora de otras personas (niños, mayores, otros)? \_\_\_\_\_

Funciones que realiza:

Compañía

Apoyo a las AVD básicas

Apoyo a las AVD instrumentales

Gestiones, relación con Centro de Salud, otros.

Otras.

Tiempo que dedica a las funciones de cuidadora en horas/día. \_\_\_\_\_

Recursos que apoyan sus funciones. (Reseñar recursos materiales, humanos, y económicos específicos para la función que desempeña). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Valoración Patrones Funcionales de Salud

Clave del paciente \_\_\_\_\_  
Clave del cuidador \_\_\_\_\_ Tfo. Contacto: \_\_\_\_\_

<p><b>1. Percepción / control de la salud</b></p> <p>Describe estado de salud</p> <p>Describe estados anteriores</p> <p>Da importancia a su salud</p> <p>Acepta estado de salud</p> <p>Describe / conoce alteraciones actuales</p> <p>Percepción del sistema sanitario</p> <p>Hábitos de control de la salud, revisiones...</p> <p>Describe medicación prescrita</p> <p>Automedicación</p> <p>Sigue tratamiento prescrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Medicación / dieta / ejercicio</li> </ul> <p>Hábitos tóxicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tabaco / alcohol / otras sustancias</li> </ul>	<p><b>Etiquetas diagnósticos</b></p> <p>1.6.1 Riego de lesión</p> <p>1.6.1.1 Riesgo de asfixia</p> <p>1.6.1.2 Riesgo de intoxicación</p> <p>1.6.1.3 Riesgo de traumatismo</p> <p>1.6.2 Alteración de la protección</p> <p>5.2.1.1 Incumplimiento de tratamiento</p> <p>5.4 Conductas generadoras de salud</p> <p>6.4.2 Alt. en el mantenimiento de la salud</p> <hr/> <p><b>Cuestionarios / Tests / Tablas</b></p> <p>Relación de fármacos</p> <p>Test de Fagérstrom</p> <p>Alcohol en unidades y gramos</p> <p>Cuestionario CAGE camuflado</p> <p>Cuestionario MALT</p>
<p><b>2. Nutricional - metabólico</b></p> <p>Lugar donde realiza las comidas</p> <p>Nº de comidas/día</p> <p>Pica entre horas</p> <p>Métodos de elaboración</p> <p>Describir dieta 24 horas</p> <p>Nutrientes: H.C., proteínas, grasas, líquidos,...</p> <p>Suplementos (especificar)</p> <p>Alimentos restringidos</p> <p>Si procede, a qué atribuye cambios de apetito</p> <p>Dificultad: tragar/masticar/alimentarse solo</p> <p>Dentición</p> <p>Problemas de la mucosa oral</p> <p>Estado de la piel: hidratada, seca, edemas, úlceras.</p> <p>Pelo, uñas.</p> <p>Cicatrización</p> <p>Higiene</p>	<p><b>Etiquetas diagnósticos</b></p> <p>1.1.2.1 Alt. Nutrición por exceso. Sobrepeso</p> <p>1.1.2..2 Alt. Nutrición por defecto</p> <p>1.1.2.3 Riesgo de nutrición por exceso</p> <p>1.2.1.2 (Alto) Riesgo de infección</p> <p>1.2.12 Hipotermia</p> <p>1.2.2.3 Hipertermia</p> <p>1.4.1.2.1 Exceso volumen de líquidos</p> <p>1.4.2.2.2 Riesgo de déficit de vol. de líquidos</p> <p>1.6.1.4 Riesgo de aspiración</p> <p>1.6.2.1.1 Alt. de la mucosa oral</p> <p>1.6.2.1.2.2 Riesgo deterioro integridad cutánea</p> <p>6.5.1.1 Deterioro de la deglución</p> <p>6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz</p> <p>6.5.1.2.1 Lactancia materna interrumpida</p> <p>6.5.1.3. Lactancia materna eficaz</p> <hr/> <p><b>Cuestionarios / Tests / Tablas</b></p> <p>Nutrición en la persona mayor, raciones</p> <p>Cálculo de necesidades energéticas</p> <p>Frecuencia de seguimiento</p> <p>Datos que indican riesgo nutricional</p> <p>Clínica de los déficits nutricionales</p> <p>Exploración física relacionado con déficit nutricional</p> <p>Historia dietética</p> <p>Fármacos causa de deficiencias nutricionales</p> <p>Medidas antropométricas</p> <p>Pliegue tricpital y circunferencia del brazo</p> <p>Alimentación por Sonda Nasogástrica</p> <p>Criterios para Alimentación por SNG</p> <p>Complicaciones de la Alimentación por SNG</p> <p>Evaluación del Estado Nutricional. MNA</p> <p>“Conozca su salud nutricional” NSI</p> <p>Valoración de la malnutrición en el anciano</p> <p>Artículo</p> <p>Escala de Norton</p> <p>Dibujo zonas de riesgo de úlceras</p> <p>Prevención de úlceras por presión</p>

<b>3. Eliminación</b>	<b>Etiquetas diagnósticos</b>
Intestinal. — Estreñimiento (laxantes) / diarrea — Hemorroides / incontinencia	1.3.1.1 Estreñimiento 1.3.1.2 Diarrea 1.3.1.3 Incontinencia fecal
Urinaria: — Poliuria / dolor / retención	1.3.2 Alteración de eliminación urinaria
— Goteo / incontinencia	<b>Cuestionarios / Test / Tablas</b>
Sexualidad (varón)	C4. Valoración en la incontinencia urinaria.
Sudoración excesiva: localización, olor	

<b>4. Actividad - Ejercicio</b>	<b>Etiquetas diagnósticos</b>
Independencia para actividades vida cotidiana Comparte tareas domésticas Independencia para autocuidados Trabajo: desempleado, empleado, incapacitado, pensionista Horario de trabajo Capacidad funcional: mano dominante Rigideces Fuerza en las manos Estabilidad marcha Deambulación / elementos auxiliares / encamado Actividades de ocio (especificar) Ejercicio regular: tipo, frecuencia, medidas de seguridad claudicación	1.5.1.2 Limpieza ineficaz de vías aéreas 1.5.1.3 Patrón respiratorio ineficaz 1.6.1.5 Riesgo de síndrome de desuso 6.1.1.1 Trastorno de la movilidad física 6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas 6.4.1.1 Dificultad mantenimiento del hogar 6.5.1 Déficit de autocuidados: alimentación 6.5.2 Déficit de autocuidados: higiene/baño 6.5.3 Déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento 6.5.4 Déficit de autocuidados: uso orinal / wc 6.6 Alteración del crecimiento y desarrollo 6.7 Síndrome de estrés por traslado
	<b>Cuestionarios / Test / Tablas</b>
	Evaluación para hacer ejercicio — Anamnesis exhaustiva general — Aptitud para la actividad física. PARQ — Clasificación de la intensidad del esfuerzo — Relacionado muerte súbita por esfuerzo pacientes coronarios. Intensidad del ejercicio ppm. PAPPs Protocolo de ejercicio físico en mayores Higiene postural y ejercicio físico encamada C5. Valoración en las caídas Pruebas de fuerza muscular en EEII Pruebas para valorar el equilibrio Folleto: ¿Cómo evitar las caídas? C2. Índice de Katz C3. Escala de Lawton y Brody Escala de valoración de autonomía

<b>5. Sueño descanso</b>	<b>Etiquetas diagnósticos</b>
Horas de sueño Siesta Insomnio Ayuda para dormir: naturales, medicamentos Ronquidos Descansado al levantarse Somnolencia durante el día Nivel de energía durante el día	6.2.1 Alteración patrón del sueño
	<b>Cuestionarios / Test / Tablas</b>

<b>6. Cognitivo perceptual</b>	<b>Etiquetas diagnósticos</b>
Lee. Escribe. Analfabeto funcional. Nivel de instrucción	7.2 Alt. senso-perceptivas (especificar)
Alteraciones sensoriales:	8.1.1 Déficit de conocimientos (especificar)
Ojos/vista (gafas)	8.3 Alt. de los procesos del pensamiento
Oídos/audición	9.1.1 Dolor
Nariz/olfato	
Piel/tacto	<b>Cuestionarios / Test / Tablas</b>
Sabor/gusto	T1. Test de Pfeiffer
Vértigo	T3. Test del Informador (TIN)
Dolor: agudo/crónico	Test del informador. (IQCODE)
Orientación: temporal/espacial	Test del informador. Lobo
Pérdidas de memoria	Minixamen cognitivo de Lobo
Dificultad de comprensión	
Dificultad de aprendizaje	

<b>7. Autocontrol autoconcepto</b>	<b>Etiquetas diagnósticos</b>
Ansiedad. Test de Goldberg si procede	7.1.1 Trastorno de la imagen corporal
Temor o preocupación expresa	7.1.2 Trastorno de la autoestima
Expectativas r/c enfermedad	7.3.1 Desesperanza
Atribuciones r/c enfermedad	7.3.2 Impotencia
Imagen corporal	9.3.1 Ansiedad
Autoestima	
	<b>Cuestionarios / Test / Tablas</b>
	Test de Ansiedad - Depresión de Goldberg
	T2. T. de Yesavage. E. Depresión Geriátrica
	Folleto: Envejecer saludablemente...
	Seis meses claves para ayudar...
	Comunicación en estallidos de ira. Demencia
	Cómo comunicarse...
	Actitud ante la persona mayor depresiva

<b>8. Rol relaciones</b>	<b>Etiquetas diagnósticos</b>
Con quién vive	2.1.1.1 Trastorno de la comunicación verbal
Dependen de él	3.1.2 Aislamiento social
Quejas familiares	3.2.1 Alteración del desempeño del rol
Relaciones con amigos	3.2.1.1.1 Alteración parental
Satisfacción en el trabajo	3.2.1.1.2 Alto riesgo de alteración parental
Pertenencia a grupo organizado	3.2.2 Alt. de los procesos familiares
Integración en la comunidad	3.2.2.1 Sobreesfuerzo en el rol del cuidador
Duelo	3.2.3.1 Conflicto del rol parental
Habla clara. Discurso coherente	9.2.1.1 Duelo disfuncional
Comprensión de conceptos	9.2.1.2 Duelo anticipado
	<b>Cuestionarios / Test / Tablas</b>
	Cuestionario Apgar - familiar
	Artículo. Validez y fiabilidad Apgar - familiar

<b>9. Sexualidad reproducción</b>	<b>Etiquetas diagnósticos</b>
Disfunción sexual expresa Disfunción reproductiva Anticoncepción Embarazos/abortos Ciclo menstrual Menopausia Sangrado vaginal postmenopáusico Orientación sexual	3.2.1.2.1 Disfunción sexual 9.2.3.1 Síndrome traumático de violación
	<b>Cuestionarios / Test / Tablas</b>

<b>10. Adaptación tolerancia al estrés</b>	<b>Etiquetas diagnósticos</b>
Cambios importantes en los dos últimos años Toma de decisiones solo/con ayuda Con quien suele habla. Está disponible Manejo situaciones difíciles Adaptado al estrés. Cómo se enfrenta Ayuda profesional Autolesiones Violencia. Acoso	5.1.1.1.3 Negación ineficaz 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo
	<b>Cuestionarios / Test / Tablas</b>

<b>11. Valores creencias</b>	<b>Etiquetas diagnósticos</b>
Cambio de valores Importancia de la religión en su vida Creyente. ¿Le ayuda? Planes de futuro	4.1.1 Dificultad en la práctica espiritual
	<b>Cuestionarios / Test / Tablas</b>

¿Quiere comentar algo más?

TA:                      Peso:                      Talla:                      IMC:                      FC:                      Tª:

## ENCUESTA DE HÁBITOS DIETÉTICOS

Recoge datos generales de la alimentación del/de la paciente: cuántas comidas hace al día, donde come normalmente, si tiene apetito o algún problema para la masticación, etc. Podríamos obtener un registro mínimo en la consulta con las siguientes preguntas:

### Registro mínimo:

1. ¿ Hace usted alguna dieta especial?
2. ¿ Come de todo?
3. ¿ Toma leche todos los días?
4. ¿ Toma frutas y/o verduras a diario?
5. ¿ Alterna carne, pescado y huevos?
6. ¿ Toma legumbres y/o arroz al menos una vez a la semana?
7. ¿ Cuántas comidas hace al día?
8. ¿ Pica usted entre horas?
9. ¿ Consume bollería industrial con excesiva frecuencia?

Con estas preguntas podemos descubrir alguno de los errores más frecuentes en la alimentación del adulto como:

- No tomar leche ni otros lácteos.
- Comer pocas/muchas frutas.
- Comer poca carne o alimentos proteicos en general.
- No comer legumbres.
- Picar continuamente.
- Hacer sólo dos comidas importantes (incluso una) al día.
- Comer mucha bollería industrial y otros productos no recomendables.



## CÁLCULO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)

El RCV se calcula según la Tabla de Framingham, la utilizaremos sólo cuando exista algún factor de riesgo cardiovascular mayor (tabaco, hipertensión, diabetes mellitus y dislipemia). Si no tiene factor de riesgo o presenta ECV (cardiopatía isquémica, ACV, arteriopatía periférica, IC isquémica o hipertensiva), no es necesario utilizarla. Se puntúa en base a la edad, sexo, colesterol total, colesterol HDL, presión arterial sistólica, tabaquismo, diabetes mellitus e hipertrofia ventricular izquierda, se suman todos los puntos y se busca en la tabla el riesgo cardiovascular correspondiente. Según éste, el riesgo se clasifica en:

- Riesgo CardioVascular Alto: 20% ( $\geq 20$  puntos).
- Riesgo CardioVascular Moderado:  $< 20\%$  ( $< 21$  puntos) y algún factor de riesgo cardiovascular mayor (Tabaco, DM, HTA, Dislipemia).
- Riesgo CardioVascular Bajo: no presentan factores de riesgo cardiovascular mayores.

En la práctica usamos la tabla para discriminar el riesgo cardiovascular alto y moderado. **“Si existe una enfermedad cardiovascular establecida, o el/la paciente presenta un riesgo cardiovascular bajo, no es necesario el uso de ésta”** (ver algoritmo actuación, pág. 31). Su registro en la Historia de Salud se recomienda hacerlo en porcentajes.

La Tabla de Framingham tienen el inconveniente de finalizar a los 74 años, pero de forma práctica, se tomará esta puntuación de la tabla (11 en mujeres y 19 en varones) de manera fija a partir de los 74 años en adelante, el resto de los factores de riesgo se valorarán según corresponda.

		Nº de visitas previstas	Nº de Controles mínimo
<b>ECV</b>		4	3
<b>RCV alto</b>		4	3
<b>RCV* moderado</b>	Diabetes	4	3
	HTA $\geq 160-100$	4	3
	HTA $\geq 140-159$ 90-99	2	2
	Dislipemia CT $\geq 250$	1	1
	CT 200-250	Bienal	Bienal
	Tabaco $> 35$ años $< 35$ años	Bienal c/4 años	Bienal c/4 años
<b>RCV bajo**</b>		Bienal	Bienal

\* En este grupo de pacientes cuando existan varios factores de riesgo, el número de visitas previstas la marcará aquel factor que requiera controles más frecuentes.

\*\* En este grupo las tomas de TA y determinaciones analíticas (colesterol y glucemia) se realizarán según lo indicado en el protocolo.

**TABLA DE PREDICCIÓN DEL RCV DEL ESTUDIO DE FRAMINGHAM**

Mujer (edad)	Puntos	Varon (edad)	Puntos	cHDL (mg/dl)	Puntos	Colesterol (mg/dl)	Puntos	PAS	Puntos	Otros Factores	Puntos
30	-12	30	-2	25-26	7	139-151	-3	98-104	-2	Tabaquismo	4
31	-11	31	-1	27-29	6	152-166	-2	105-112	-1	Diabetes:	
32	-9	32-33	0	30-32	5	167-182	-1	113-120	0	Varones	3
33	-8	34	1	33-35	4	183-199	0	121-129	1	Mujeres	6
34	-6	35-36	2	36-38	3	200-219	1	130-139	2	HVI	9
35	-5	37-38	3	39-42	2	220-239	2	140-149	3		
36	-4	39	4	43-46	1	240-262	3	150-160	4		
37	-3	40-41	5	47-50	0	263-288	4	161-172	5		
38	-2	42-43	6	51-55	-1	289-315	5	173-185	6		
39	-1	44-45	7	56-60	-2	316-330	6				
40	0	46-47	8	61-66	-3						
41	1	48-49	9	67-73	-4						
42-43	2	50-51	10	74-80	-5						
44	3	52-54	11	81-87	-6						
45-46	4	55-56	12	88-96	-7						
47-48	5	57-59	13								
49-50	6	60-61	14								
51-52	7	62-64	15								
53-55	8	65-67	16								
56-60	9	68-70	17								
61-67	10	71-73	18								
68-74	11	74	19								

**Puntos y riesgo cardiovascular a los 10 años**

Puntos	Riesgos	Puntos	Riesgos	Puntos	Riesgos	Puntos	Riesgos
< 1	< 2	9	5	17	13	25	27
2	2	10	6	18	14	26	29
3	2	11	6	19	16	27	31
4	2	12	7	20	18	28	33
5	3	13	8	21	19	29	36
6	3	14	9	22	21	30	38
7	4	15	10	23	23	31	40
8	4	16	12	24	25	32	42

En caso de desconocer el cHDL se emplearán valores de 39 mg/dl en varones y 43 mg/dl en mujeres. Si no se tiene constancia de las cifras de glucemia o no se dispone de un trazado electrocardiográfico, los valores de la tabla correspondientes a la diabetes mellitus e hipertrofia ventricular izquierda se asumirán como no presentes. HVI: hipertrofia ventricular izquierda.

El riesgo relativo de ECV es mayor en las siguientes situaciones:

- Historia familiar de ECV prematura.
- Hiperlipidemia familiar

## INVESTIGACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

### CRITERIOS DIAGNOSTICOS

La **entrevista semiestructurada**: es el método de elección. Ninguna otra prueba puede sustituir a una conversación confidencial del paciente con su médico/a o enfermera de cabecera sobre sus hábitos de consumo.

Los cuestionarios no sirven para cuantificar el consumo, son complementarios a la entrevista, buscan detectar pacientes con problemas por el alcohol.

Entre ellos se encuentran el **MALT** (especificidad 82-99%, sensibilidad extrema 100%), el **Audit** (especificidad 93%, sensibilidad 89%) y el **Cage** (especificidad 68-96%, sensibilidad 43-99%).

El *Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular* recomienda el primero, sin embargo el segundo es más rápido, está validado para detectar bebedores de riesgo con una puntuación >8, ha sido diseñado para su uso en Atención Primaria y se piensa que acabará siendo el cuestionario de elección en ésta.

### CLASIFICACIÓN

**Abstemio/a:** persona que nunca ha consumido alcohol de manera habitual, aunque tome alguna pequeña cantidad ocasionalmente.

**Bebedor/a moderado/a:** persona que consume alcohol de manera habitual en cantidades que se sitúan por debajo de las aceptadas como límite de riesgo.

**Bebedor/a de riesgo:** consumidor habitual en cantidades que se sitúan por encima de lo aceptado como límites de riesgo:

- Varón: 4 UBE/día (40 g/día) ó 28 UBE/semana (280 g/semana).
- Mujer: 2,5 UBE/día (24 g/día) ó 17 UBE/semana (168 g/semana).
- También se incluyen en esta definición aquellos consumidores que, sin alcanzar los límites de riesgo señalados en su consumo semanal, reconocen ingestas superiores a 8 UBE (80 gramos) en un sólo día, al menos una vez al mes.

**Bebedor/a problema:** paciente que, a causa de su consumo, presenta algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico. Dentro de este grupo, se incluye a quienes presentan un síndrome de dependencia del alcohol, pero el concepto es mucho más amplio. El criterio diagnóstico de esta categoría puede establecerse mediante la utilización del test MALT (ver tabla 2). Todos los pacientes con puntuaciones de 11 ó más, quedarían diagnosticados/as como bebedores/as problema. También se incluirán en este grupo a los pacientes exalcohólicos/as o personas que reconocen haber sido bebedores/as importantes con problemas por el alcohol en el pasado, aunque actualmente no beban ni alcancen los 11 puntos en el MALT.

Tipo de Bebida	Volumen	UBE	Gramos
<b>Vino</b>	1 vaso (100 cc)	1	10
	1 botella (750 cc)	8	80
<b>Cerveza</b>	1 caña (200 cc)	1	10
	1 litro	5	50
<b>Copas</b>	1 whisky / ginebra (50 cc)	2	20
	1 ron / cognac (50 mls)	2	20
	1 botella whisky (1 litro)	40	400
<b>Carajillo</b>	1 carajillo (25 cc)	1	10
<b>Otros</b>	“Chupito” licor (25 cc)	1	10
	Anís (50 cc)	1	10
	Martini (100 cc)	2	20
	Vino dulce (50 cc)	1	10

(\*) 1 Unidad de Bebida Estándar (UBE) (“drink”) = 10 gramos de alcohol puro.

### CUESTIONARIO MALT

*Marque con una cruz la respuesta que mejor se adapte a su situación personal durante los últimos meses*

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

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

*Tomado de Rodríguez - Martos, A: Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1989.*

**Instrucciones**

Las preguntas del apartado MALT-S serán cumplimentadas por el/la paciente; por ejemplo, mientras aguarda para ser visitado. Cada respuesta afirmativa tiene un valor de un punto.  
 Las preguntas del apartado MALT-O serán cumplimentadas por el médico/a. En ese caso cada respuesta afirmativa tiene un valor de cuatro puntos.

0-5 puntos: no alcoholismo  
 6-10 puntos: sospecha de alcoholismo  
 ≥ 11 puntos: alcoholismo

<b>Total MALT-S</b>	
<b>Total MALT-O</b>	
<b>Total</b>	



## CUESTIONARIO AUDIT

### *Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)*

**Se marca con un círculo la respuesta correcta en cada caso. Las 8 primeras preguntas se puntuarán del 0, 1, 2, 3, 4, y las dos últimas preguntas se puntuarán 0, 2 ó 4**

**1) ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?**

Nunca                      Menos de una al mes                      2 ó 3 veces al mes                      2 ó 3 veces por semana                      4 ó más veces por semana

**2) ¿Cuántas "bebidas alcohólicas" suele tomar durante un día típico en el que ha bebido?**

1 ó 2                      3 ó 4                      5 ó 6                      7 ó 9                      10 ó más

**3) ¿Con qué frecuencia toma seis o más "bebidas" en un sola ocasión?**

Nunca                      Menos de una vez al mes                      Una vez al mes                      Una vez a la semana                      Diariamente o casi

**4) ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado?**

Nunca                      Menos de una vez al mes                      Una vez al mes                      Una vez a la semana                      Diariamente o casi

**5) ¿Con qué frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?**

Nunca                      Menos de una vez al mes                      Una vez al mes                      Una vez a la semana                      Diariamente o casi

**6) Durante el último año, ¿con qué frecuencia necesitó tomar alguna "bebida alcohólica" por la mañana para poder ponerse en funcionamiento?**

Nunca                      Menos de una vez al mes                      Una vez al mes                      Una vez a la semana                      Diariamente o casi

**7) Durante el último año, ¿con qué frecuencia se sintió culpable o con remordimientos después de haber bebido?**

Nunca                      Menos de una vez al mes                      Una vez al mes                      Una vez a la semana                      Diariamente o casi

**8) Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fue capaz de recordar lo que había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?**

Nunca                      Menos de una vez al mes                      Una vez al mes                      Una vez a la semana                      Diariamente o casi

**9) ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?**

No                                      Sí, pero no en el último año                                      Sí, durante el último año

**10) ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo o le ha sugerido que deje de beber?**

No                                      Sí, pero no en el último año                                      Sí, durante el último año

## TEST DE FAGESTRÖM PARA LA DEPENDENCIA DE LA NICOTINA

TEST DE FAGESTRÖM PARA LA DEPENDENCIA DE LA NICOTINA		
Preguntas	Respuestas	Puntos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿ Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo ?</li> </ul>	• hasta 5 minutos	3
	• entre 6 y 30 minutos	2
	• 31 - 60 minutos	1
	• más de 60 minutos	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿ Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine ?</li> </ul>	• Sí	1
	• No	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿ Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar ?</li> </ul>	• El primero de la mañana.	1
	• Cualquier otro.	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿ Cuántos cigarrillos fuma cada día ?</li> </ul>	• 10 ó menos	0
	• 11 - 20	1
	• 21 - 30	2
	• 31 o más.	3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿ Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día ?</li> </ul>	• Sí	1
	• No	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿ Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día ?</li> </ul>	• Sí	1
	• No	0

*Fuente: Lee Ew, D' Alonzo GE, Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. Arch inter Med. 1.993, 153: 34 - 48.*

**Valoración:** Menos de 4 - Dependencia baja.  
 Entre 4 y 7 - Dependencia moderada  
 Más de 7 - Dependencia alta.

## INTERVENCIÓN MÍNIMA

Orientada a todos los **fumadores/as consonantes y a los disonantes que no son capaces de comprometerse a dejar de fumar antes de un mes.**

El elemento fundamental de esta intervención es el **CONSEJO**, herramienta de probada eficacia y eficiencia para conseguir entre un 5-10% de abandono. Debe reunir una serie de características:

- Debe ser sistematizado, serio, firme, sencillo, corto (2-3 minutos, máximo) y personalizado.
- Debe ser motivador, que sirva de apoyo psicológico al fumador/a, aumentando así su autoestima y confianza en que puede dejarlo.
- Debe incluir elementos informativos y de educación sanitaria, haciendo especial hincapié en las ventajas derivadas del abandono del tabaco, sobre todo en las que el/la fumador/a considera más importantes para él.
- Debemos intentar dar siempre un consejo positivo, pero también informando de los riesgos de seguir fumando.
- El consejo siempre es más útil en ciertas situaciones como: intervenciones quirúrgicas, patología respiratoria, etc.
- El consejo debe repetirse cada vez que el/la fumador/a acuda de nuevo a la consulta.

*En las personas mayores que llevan muchos años fumando es difícil desarraigar este hábito, pero como sanitarios debemos insistir en el abandono del tabaco. Sin embargo, nos encontraremos con situaciones en las que tenemos que utilizar nuestro sentido común.*

## CUESTIONARIO DE VALORACIÓN EN LA INCONTINENCIA URINARIA

**CLAVE:**

**FECHA:**

- 1.- **Antecedentes Personales:** ver protocolo de Incontinencia Urinaria.
- 2.- **Fármacos:** ver protocolo de Incontinencia Urinaria.
- 3.- **Historia médica dirigida:**
  - 3.a.- ¿Desde cuando se le escapa la orina? .....
  - 3.b.- ¿Ha consultado anteriormente por este problema? .....
  - 3.c.- ¿La frecuencia es ocasional..... semanal ..... diaria.....
  - 3.d.- ¿Qué número de compresas debe utilizar diariamente? .....
  - 3.e.- ¿Como consecuencia de la pérdida de orina, ha reducido su vida social, ha disminuido las salidas? .....

• **EN EL ESTUDIO DE MUJERES:**

- 3.g.- ¿Tiene sensación de peso en la zona genital? Si ( ) No ( )
- 3.h.- ¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina? Si ( ) No ( )
- 3.i.- ¿Cuando ríe se le escapa la orina? Si ( ) No ( )
- 3.j.- ¿Si estornuda se le escapa la orina? Si ( ) No ( )
- 3.k.- ¿Al toser se le escapa la orina? Si ( ) No ( )

La respuesta afirmativa de al menos 4 de estas preguntas tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia de esfuerzo del 77,2% M.A. Vila Coli et al.- Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Atención Primaria Vol. 19,3 1.997.

- 3.l.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina? Si ( ) No ( )
- 3.m.- Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina? Si ( ) No ( )
- 3.n.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo? Si ( ) No ( )
- 3.o.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina? Si ( ) No ( )

La respuesta afirmativa de al menos 3 de estas preguntas tiene un valor predictivo positivo en la mujer para incontinencia de urgencia del 57,6% M.A. Vila Coli et Al.- Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Atención Primaria Vol 19, 3 1.997.

## CUESTIONARIO DE VALORACIÓN EN LA INCONTINENCIA URINARIA

**CLAVE:**

**FECHA:**

- 1.- **Antecedentes Personales:** ver protocolo de Incontinencia Urinaria.
- 2.- **Fármacos:** ver protocolo de Incontinencia Urinaria.
- 3.- **Historia médica dirigida:**
  - 3.a.- ¿Desde cuando se le escapa la orina? .....
  - 3.b.- ¿Ha consultado anteriormente por este problema? .....
  - 3.c.- ¿La frecuencia es ocasional..... semanal ..... diaria.....
  - 3.d.- ¿Qué número de compresas debe utilizar diariamente? .....
  - 3.e.- ¿Como consecuencia de la pérdida de orina, ha reducido su vida social, ha disminuido las salidas? .....

- **EN EL ESTUDIO DE HOMBRES:**

En los hombres para la valoración de sintomatología prostática se realizará la escala de valoración internacional de la sintomatología prostática (I-PSS) versión española, y el siguiente cuestionario.

- 3.g.- Si oye ruido de agua o pone las manos en el agua fría, ¿Nota ganas de orinar? Si ( ) No ( )
- 3.h.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina? Si ( ) No ( )
- 3.i.- Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina Si ( ) No ( )
- 3.j.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo? Si ( ) No ( )
- 3.k.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina? Si ( ) No ( )

La respuesta afirmativa de al menos 5 de estas preguntas tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia de urgencia del 30,4%.  
M.A. Vila Coli et al.- Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Atención Primaria Vol 19, 3 1.997.

## BAREMO INTERNACIONAL DE SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA (I-PSS)

### A: Síntomas Urinarios. Criterios de Valoración de Síntomas

	Nunca	1 vez de cada 5	1 vez de cada 3	1 vez de cada 2	2 veces de cada 3	Casi siempre
1. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido la sensación, al terminar de orinar, de que su vejiga no se vaciaba por completo?	0	1	2	3	4	5
2. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar más de una vez en menos de dos horas?	0	1	2	3	4	5
3. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces le ha sucedido que se le interrumpía o cortaba intermitentemente el chorro mientras orinaba?	0	1	2	3	4	5
4. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces le ha resultado difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido chorro de orina flojo?	0	1	2	3	4	5
6. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	<b>Ninguna</b>	<b>1 vez</b>	<b>2 veces</b>	<b>3 veces</b>	<b>4 veces</b>	<b>5 veces o más</b>
7. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar cada noche, desde que se acuesta hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5

Baremo Sintomático Total I-PSS (S) =

0-7: leve

8-19: moderado

20-35: severo

	Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
1. Si tuviese que pasar el resto de su vida orinando como lo suele hacer ahora ¿cómo se sentiría?	0	1	2	3	4	5	6

Índice de valoración de calidad de vida (L) =

## INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR/A

**Instrucciones para el cuidador.** Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el hospital. ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (Aporte ejemplos).

Anote un punto si la respuesta es “sí” y cero puntos si es “no”.

1. Tiene trastornos de sueño (p. ejemplo, porque \_\_\_\_\_ se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche).
2. Es poco práctico (p. ej., porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en llegar allí).
3. Representa un esfuerzo físico (p. ej., porque hay que sentarlo y levantarlo de una silla).
4. Supone una restricción (p. ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puedo hacer visitas).
5. Ha habido modificaciones en la familia (p. ej., porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).
6. Ha habido cambios en los planes personales (p. ej., se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).
7. Ha habido otras exigencias de tiempo (p. ej., por parte de los miembros de la familia).
8. Ha habido cambios emocionales (p. ej., a causa de fuertes discusiones).
9. Algunos comportamientos son molestos (p. ej., la incontinencia; a \_\_\_\_\_ le cuesta recordar las cosas; \_\_\_\_\_ acusa a los demás de quitarle cosas).
10. Es molesto darse cuenta de que \_\_\_\_\_ ha cambiado tanto comparado con antes (p. ej., \_\_\_\_\_ es una persona diferente de antes).
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (p. ej., a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda).
12. Es una carga económica.
13. Nos ha desbordado totalmente (p. ej., por la preocupación acerca de \_\_\_\_\_ o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).

**Puntuación:** Una puntuación total de 7 o más sugiere un elevado nivel de tensión.

(From Robinson BC. *Validation of a Caregiver Strain Index*. J. Geronto 1983; 38(3): 344-8. © 1983 The Gerontological Society of America.)



Servicio  
Canario de Salud

## INFORME DE SALUD

Cambio de domicilio  Fecha.....

Institucionalización  Fecha.....

### DATOS GENERALES

Nombre y apellidos: .....

Sexo: Femenino  Masculino  Estado civil: .....

Fecha de nacimiento: ..... D.N.I: .....

Nº Afiliación (T.I.S.): ..... / ..... Tf: .....

Domicilio: C/ ..... Nº .....

Piso: ..... Localidad: ..... C.P.: .....

Nombre y apellidos de la persona que la acompaña: .....

..... Parentesco: .....

Domicilio familiar: .....

Localidad: ..... Tf. familiar: .....

Z.B.S. de procedencia: ..... Tf. del centro .....

Profesionales del E.A.P. al que estaba adscrito:

Médico/a: .....

Enfermera/o: .....

Trabajador/a social: .....

Otros profesionales: .....

ALERGIAS (medicamentos / otros): .....

**HÁBITOS TÓXICOS:** Fumador/a si  no  Bebedor/a de riesgo si  no

**VACUNAS:** Tétanos si  no  Próxima dosis: .....

Gripe (último año) si  no





**CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

PROBLEMAS	ACTIVIDADES/OBSERVACIONES

**En caso de institucionalización indicar el motivo fundamental (pueden ser varios):**

Situación clínica       Situación familiar       Situación social

Deseo expreso de la persona       Por orden judicial

**OBSERVACIONES:**

