Medicina de Familia Andalucía

Artículo Especial

5 La estrategia del envejecimiento activo: de la teoría a la práctica clínica

Special Article

5 Active ageing strategy: from theory to clinical practice

Fundación S/MFyC

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Presidente

Paloma Porras Martín

Vicepresidente

Eloísa Fernández Santiago

Vicepresidente

Jesús Sepúlveda Muñoz

Vicepresidente

Alejandro Pérez Milena

Secretaria

Herminia M. Moreno Martos

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC

Amparo Ortega del Moral

Vocal de Relaciones Externas

Eloísa Fernández Santiago

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Alejandro Pérez Milena

Vocal de Residentes

Cristina Navarro Arco

Vocal provincial de Almería: Mª Pilar Delgado Pérez Vocal provincial de Cádiz: Antonio Fernández Natera Vocal provincial de Córdoba: Juan Manuel Parras Rejano Vocal provincial de Huelva: Jesús E. Pardo Álvarez Vocal provincial de Jaén: Justa Zafra Alcántara Vocal provincial de Málaga: Rocío E. Moreno Moreno Vocal provincial de Granada: Ignacio Merino de Haro Vocal provincial de Sevilla: Leonor Marín Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com natera38@gmail.com juanprj@gmail.com jpardo.sevilla@gmail.com justazafra@hotmail.com roemomo@hotmail.com merinoharo@hotmail.com leonoril04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA **FAMILIAR Y COMUNITARIA**

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España) Telf: 958 804201 - Fax: 958 80 42 02 e-mail: samfyc.es

http://www.samfyc.es

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

Director de la Revista Subdirector de la Revista Presidente de la SAMFyC Juan Ortiz Espinosa Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco Extremera Montero Pablo García López Francisco José Guerrero García Francisca Leiva Fernández Antonio Manteca González

CONSEJO EDITORIAL:

Juan de Dios Alcantara Bellón. Sevilla José Manuel Aranda Regules. Málaga Luis Ávila Lachica, Málaga Emilia Bailón Muñoz. Granada Vidal Barchilón Cohén. Cádiz Luciano Barrios Blasco, Córdoba Pilar Barroso García. Almeria Pablo Bonal Pitz. Sevilla. Mª Ángeles Bonillo García. Granada Rafael Castillo Castillo. Jaén José Antonio Castro Gómez. Granada José Mª de la Higuera González. Sevilla Epifanio de Serdio Romero. Sevilla Francisco Javier Gallo Vallejo. Granada Pablo García López. Granada José Lapetra Peralta. Sevilla Francisca Leiva Fernández. Málaga José Gerardo López Castillo. Granada Luis Andrés López Fernández. Granada Fernando López Verde. Málaga Manuel Lubián López. Cádiz Joaquín Maeso Villafaña. Granada Rafael Montoro Ruiz. Granada Ana Moran Rodríguez. Cádiz Guillermo Moratalla Rodríguez. Cádiz Herminia Ma. Moreno Martos. Almeria Carolina Morcillo Rodenas. Granada Francisca Muñoz Cobos. Málaga

Juan Ortiz Espinosa. Granada Beatriz Pascual de la Pisa. Sevilla Alejandro Pérez Milena. Jaén Luis Ángel Perula de Torres. Córdoba Miguel Angel Prados Ouel, Granada J. Daniel Prados Torres. Málaga Roger Ruiz Moral. Córdoba Francisco Sánchez Legrán. Sevilla José Luis Sánchez Ramos. Huelva Miguel Ángel Santos Guerra. Málaga José Manuel Santos Lozano. Sevilla Reves Sanz Amores. Sevilla Pedro Schwartz Calero. Huelva Jesús Torio Durantez Jaén Juan Tormo Molina, Granada Cristobal Trillo Fernández. Málaga Amelia Vallejo Lorencio. Almeria

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

Manuel Bobenrieth Astete. Chile Cesar Brandt. Venezuela Javier Domínguez del Olmo. México Irma Guajardo Fernández. Chile José Manuel Mendes Nunes. Portugal Rubén Roa. Argentina Víctor M. Sánchez Prado. México Sergio Solmesky. Argentina José de Ustarán. Argentina

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español Incluida en el Latindex

Titulo clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

Dirigirse a:

Revista Medicina de Familia. Andalucía C/Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFyC: http://www.samfyc.es/Revista/portada.html E-mail: revista@samfyc.es

Secretaria

A cargo de Encarnación Figueredo C/Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España) Telf. +34 958 80 42 01 Fax +34 958 80 42 02 ISSN-e: 2173-5573 ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000 Copyright: Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC CJ.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos. Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright. Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un minimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

ARTÍCULO ESPECIAL

La estrategia de envejecimiento activo: de la teoría a la práctica clínica

Espinosa Almendro JM¹, Muñoz Cobos F¹, Burgos Varo MªL², Gertrudis Díez MªA³, Canalejo Echeverría A⁴, Criado Zofio M⁵

¹Médico de Familia. GdT Atención al Mayor de SAMFyC y semFYC ²Trabajadora Social

³Médico de Familia. GdT Atención al Mayor de SAMFyC ⁴Médico de Familia. Coordinador GdT Atención al Mayor de SAMFyC ⁵Enfermera

CORRESPONDENCIA

Francisca Muñoz Cobos franciscam@ono.com

Med fam Andal. 2015; 3 (Sup1)

- 1. MARCO CONCEPTUAL DE LA ESTRATEGIA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO
- 2. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA CONSULTA
 - 2.1. Aplicación del envejecimiento activo al método clínico.
 - 2.1.1. Historia clínica.
 - 2.1.2. Historia social:
 - 2.1.2.1. Composición y relaciones familiares.
 - 2.1.2.2. Situación económica.
 - 2.1.2.3. Vivienda.
 - 2.1.2.4. Entorno
 - 2.1.2.5. Servicios y recursos.
 - 2.1.3. Exploración física.
 - 2.1.4. Valoración funcional.
 - 2.1.5. Pruebas complementarias.
 - 2.1.6. Juicios Clínicos.
 - 2.1.7. Intervenciones.
 - 2.1.7.1. Promoción de salud.
 - 2.1.7.2. Prevención.
 - 2.1.7.3. Intervenciones no farmacológicas.
 - 2.1.7.4. Tratamiento farmacológico.
 - 2.1.8. Planificación del seguimiento.
 - 2.2. Aplicación del Envejecimiento Activo en la consulta de enfermería.
- 3. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA
- 4. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA COMUNIDAD:
 - 4.1. Participación Comunitaria.
 - 4.2. Envejecer en el entorno rural.
 - 4.3. Experiencias:
 - 4.3.1. Escuela de Envejecimiento Activo. Centro de Salud El Palo. Málaga.
 - 4.3.2. Talleres para mayores de 65 años. Centro de Salud Victoria. Málaga.
- 5. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA COMUNICACIÓN Y EN LA TOMA DE DECISIONES.
 - 5.1. Creencias en salud.
 - 5.2. Afrontamiento de las situaciones de salud/enfermedad.
 - 5.3. Demandas y prioridad para la persona.
 - 5.4. Identificación y valoración de la persona cuidadora.
 - 5.5. Nuevas tecnologías de la comunicación.
- 6. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL ABORDAJE DE LAS PATOLOGÍAS CON MAYOR INCIDENCIA EN LA FUNCIONALIDAD.
 - 6.1. Patologías frecuentes relacionadas con la funcionalidad.
 - 6.2. El Envejecimiento Activo en los Procesos Asistenciales Integrados.
 - 6.3. Otros abordajes:
 - 6.3.1.Qué no hacer.
 - 6.3.2.Consideración de la funcionalidad en la toma de decisiones.
- 7. ANEXOS:
 - Anexo 1: Criterios de Beers.
 - Anexo 2: Criterios STOP/STAR.
 - Anexo 3: Normas de prescripción en mayores.
 - Anexo 4: Recomendaciones PAIS en procesos que afectan a la funcionalidad en personas mayores.
- 8. BIBLIOGRAFÍA

1. MARCO CONCEPTUAL DE LA ESTRATEGIA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Como ya es conocido, el término Envejecimiento Activo fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 para extender la idea de Envejecimiento Saludable¹. En 2002, en el marco de la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, se define el concepto de Envejecimiento Activo² como *"el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen"*.

Este concepto incorpora las siguientes características:

- Es universal e inclusivo, pues no sólo afecta a personas que cumplan determinadas características sino que incluye precisamente a personas frágiles, personas con alguna discapacidad o en situación de dependencia.
- Se aplica a personas y grupos de población.
- Considera la diversidad: la heterogeneidad aumenta a medida que se avanza en el ciclo vital.
- Considera la desigualdad de cualquier tipo (nivel socioeconómico, género, territorio, capacidad funcional, cultura): se basa en la optimización y en la extensión de las oportunidades de bienestar y calidad de vida en cualquier condición y circunstancia.
- Se orienta a la participación activa: tiene en cuenta las expectativas de las personas mayores con respecto a su situación³.
- El término "activo" hace referencia no sólo a la actividad física u ocupacional sino que pretende dar sentido y dotar de proyecto a todas las etapas del ciclo vital.
- Incluye el contexto individual y social: los recursos personales y del entorno próximo, las redes de apoyo y la red de relaciones.
- Sustituye una planificación estratégica basada en necesidades por otra fundamentada en los derechos humanos y en la ética de los principios de equidad, dignidad y solidaridad.

Para el Envejecimiento Activo es fundamental eliminar los estereotipos asociados a las personas mayores o al propio proceso de envejecimiento⁴. Asociar persona mayor a pasividad o a retirada es un error de apreciación cuya subsistencia en la sociedad no es admisible. La redefinición del concepto de persona mayor se tiene que realizar desde todos los ámbitos de la sociedad y muy especialmente en los medios de comunicación. Por tanto, como se indica en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo⁵: "el concepto de envejecimiento activo nos propone considerar a las personas mayores como un miembro más de nuestra sociedad, necesitadas, como cualquiera, de apoyo para envejecer de modo satisfactorio pero, a la vez, capaces, como cualquiera, de contribuir al bienestar y desarrollo colectivo. Hablar de envejecimiento activo aludiendo más a las personas mayores, como solemos hacer en la actualidad, tiene que ser tan sólo una práctica transitoria: la clave para hacer del envejecimiento activo una oportunidad de desarrollo y bienestar está en incluir a toda la población andaluza en los esfuerzos para promover esta forma de envejecer".

Envejecer de una u otra forma no es una cuestión de azar. La salud de las personas a medida que envejecen depende de las circunstancias vividas a lo largo del tiempo, como han puesto de manifiesto estudios longitudinales que concluyen que la salud a los 70-80 años depende de variables evaluadas antes de los 50⁶.

Recogemos a continuación en la Tabla 1 los factores acerca de los que existe evidencia empírica de ser buenos predictores de la bondad del envejecimiento tanto en personas como en poblaciones.

Tabla 1. Factores predictores del Envejecimiento Activo

Determinantes transversales:	Cultura Género		
Determinantes relacionados con los sistemas de	Promoción de salud y prevención de		
salud y sociales:	enfermedades.		
	Servicios asistenciales.		
	Asistencia de larga duración.		
	Servicios de salud mental.		
Determinantes conductuales:	Tabaquismo.		
	Actividad física.		
	Alimentación sana.		
	Alcohol.		
	Salud bucal. Medicamentos. Cumplimiento terapéutico.		
Determinantes relacionados con factores	Biología y genética.		
personales:	Factores psicológicos.		
Determinantes relacionados con el entorno:	Físico:		
	Entornos físicos.		
	Seguridad de la vivienda.		
	Caídas.		
	Agua y aire sanos.		
	Social:		
	Apoyo social.		
	Violencia y abuso.		
	Educación y alfabetización.		
Determinantes económicos:	Los ingresos.		
	La protección social.		
	El trabajo.		

La importancia del Envejecimiento Activo radica en la enorme base poblacional para su aplicación. Europa, y en concreto España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento cercano al 18%, con un porcentaje importante (4,1%) de personas con 80 o más años (envejecimiento del envejecimiento).

En Andalucía viven más de 1,2 millones de personas mayores de 65 años, representando el 15,6% de la población y de ellas, más de 200.000 tienen 80 años o más. Se estima que la tasa de población mayor de 65 años en Andalucía llegará a suponer el 29% de los habitantes en el año 2050.

En la aplicación de la estrategia, al igual que en cualquier planificación sanitaria, es fundamental tener en cuenta las desigualdades reales y potenciales, especialmente considerar:

a.- La feminización del envejecimiento, consecuencia de la mayor esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres (6,6 más años), con un peor estado de salud y mayor presencia de situaciones de discapacidad física, sensorial y/o psíquica en el envejecimiento (un 66% de mujeres mayores de 65 años presentan algún grado de dependencia⁷), a lo que hay que añadir otros factores como la situación dispar de las mujeres en cuanto a menores ingresos económicos.

La Tabla 2 a continuación resume las diferencias de las mujeres en el proceso de envejecer⁷.

Tabla 2. Diferencias entre hombres y mujeres en el proceso de envejecer. Aspectos a favor y en contra de ser mujer para el envejecimiento activo.

Aspecto de las mujeres que dificultan envejecimiento activo	Aspecto de las mujeres que favorecen el envejecimiento activo
Mayores tasas de dependencia.	Mayor capacidad de adaptación en las transiciones.
Enfermedad cardiovascular con diferente presentación:	Mejores estrategias de afrontamiento en situaciones de
mayor incidencia de ictus, mayor mortalidad postinfarto,	crisis.
presentación clínica atípica.	
Mayor incidencia de enfermedades osteoarticulares	Mayor capacitación en realizar actividades instrumentales y
incapacitantes.	de autocuidado. Mayor independencia para poder vivir
	sola.
Mayores tasas de depresión y ansiedad.	Mayor esperanza de vida.
Incremento del tabaquismo femenino.	Más activas, mayor disposición a realizar actividades.
·	Mayor tiempo de actividad en la realización de las
	actividades instrumentales (domésticas y de cuidados).
Mayor número de mujeres que viven solas y durante mayor	Mayor posibilidad de sentirse útiles.
tiempo.	
Menor disponibilidad de apoyo, mayor percepción de	Mayor disponibilidad para la participación social.
apoyo social deficiente. Sentimientos de soledad.	
Menor nivel de instrucción.	Mayor interés por la formación y por aprender cosas
	nuevas.
Peor situación económica:	Más habilidades en la gestión de la economía doméstica.
Menores ingresos:	
Menor cuantía de pensiones contributivas.	
Predominio de pensiones no contributivas y asistenciales.	
Menor seguridad al depender sus ingresos de las	
cotizaciones de otros (Pensión de viudedad y en caso de	
divorcio proporcional al tiempo de convivencia, siempre	
que sean acreedoras de pensión compensatoria).	
A partir de 2019: Aplicación de coeficiente reductor en las	
pensiones según la esperanza de vida (que perjudicará a las	
mujeres)	
No obstante, a partir del 1 de enero de 2016, las mujeres	
perceptoras de pensiones contributivas de jubilación,	
viudedad e incapacidad permanente, tendrán un	
incremento del 5% de la pensión si han tenido dos hijos, del	
10% si han tenido tres y del 15% si han sido 4 o más	
(naturales o adoptados)	
Mayor impacto de los entornos físicos	
Menor autonomía en los desplazamientos	
'	
Menor cultura de participación social	Mayor predisposición para el voluntariado
Menor participación en actividades políticas y sindicales.	Más habilidades para la gestión en los cuidados y en la
Las mujeres participan pero no asumen tareas de puestos	salud
de responsabilidad: presidencia de la asociación, por	
ejemplo.	
Menor dedicación del tiempo al ocio	Utilización del ocio de modo creativo
Mayor consumo de fármacos y mayor posibilidad de	
efectos adversos.	
Falta de consideración de la sexualidad femenina en	
mujeres mayores	
Peor autopercepción de salud	
Continuidad como cuidadora familiar	
Persistencia de violencia de género.	
Mayor incidencia en mujeres del maltrato a personas	
mayores.	
Sesgo de género en las intervenciones sanitarias	
Lagunas de conocimiento de los determinantes de salud	
diferenciados por género	
Peor valoración subjetiva de su trayectoria vital	
(insatisfacción con su vida)	
Menores apoyo e ingresos para afrontar más tiempo de	
dependencia	
Mayor perjuicio por los recortes en políticas sociales	
	<u> </u>

- b.- La distribución territorial en el medio rural de personas mayores potencialmente más aisladas.
- c.-El menor nivel cultural de la población mayor, lo que repercute en la accesibilidad a la información sobre todo en cuanto al uso de las TICs.
- d.-La presencia de importante número de población inmigrante en nuestra comunidad y las diferencias que marca el lugar de procedencia y tiempo de residencia.
- e.-Y por último, las desigualdades socioeconómicas que son fundamentales en el envejecimiento, ya que, frente a la idea previa de que las desigualdades sociales tendían a nivelarse al avanzar la edad, estudios longitudinales han mostrado que a menores niveles de educación y renta, empeora la salud de las personas mayores y aumentan los problemas de salud crónicos y la limitación funcional, produciéndose este patrón en todos los países europeos⁸.

Además hay que considerar el impacto de la crisis económica en las personas mayores, con un incremento de la pobreza y las dificultades económicas, especialmente en mujeres, y con un papel fundamental de los mayores como referencia económica y sostén de las familias⁹.

La concepción del Envejecimiento Activo abarca al Ciclo Completo de la Vida. La región europea de la OMS ha definido la estrategia y plan de acción sobre envejecimiento saludable en Europa 2012-2020, 10 cuya prioridad de acción es el envejecimiento saludable a lo largo del curso de vida, enfatizando la promoción y prevención. Así, se ponen en marcha medidas que fomentan el envejecimiento activo desde el nacimiento e incluso antes, durante la gestación. Pero es alrededor de los 55-60 años cuando se propone incidir de manera directa en poblaciones, en sus entornos y en sus necesidades; por ello se centra fundamentalmente en personas de esta edad y mayores, y en los lugares donde habitualmente desarrollan su vida. El modelo ecológico de Bronfenbrenner (Figura 1) se centra en la persona y su familia, encontrándose los servicios en círculos más externos. Considera que el ambiente natural es la principal fuente de influencia sobre la conducta humana y que el sujeto se relaciona con el contexto y éste con el sujeto de forma interactiva y bidireccional, de forma que ambos elementos, sujeto y contexto, cambian.

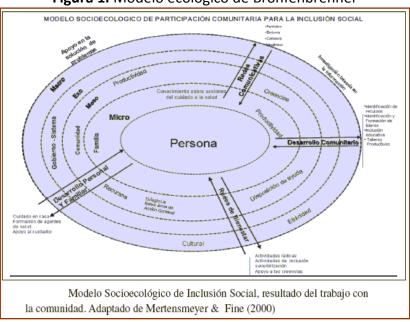


Figura 1. Modelo ecológico de Bronfenbrenner

El desarrollo del Envejecimiento Activo tiene un enfoque integral, dirigido al bienestar de las personas a medida que envejecen. Se parte de los pilares básicos establecidos en el concepto

de Envejecimiento Activo, seguridad, salud y participación, además, se añade la formación a lo largo de toda la vida⁵, armonizados por las líneas que vertebran las políticas públicas tales como equidad/diversidad, corresponsabilidad, intergeneracionalidad y recuperación. No se puede avanzar en Envejecimiento Activo sin tener en cuenta las dimensiones de la calidad de vida que van a forjar en definitiva la satisfacción personal con el proyecto de vida individual así como las necesidades, de empoderamiento, en sus diferentes niveles, individual, familiar y comunitario, a fin de superar los déficits y estereotipos que actualmente soportan las personas mayores.

El resultado esperado es la mejora del bienestar¹¹ de las personas a lo largo de todo su ciclo vital, lo que incluye componentes sociales y sanitarios y de gestión emocional, así como una evaluación satisfactoria de la vida de acuerdo con los valores del propio individuo. Para poder alcanzar este resultado, es necesario avanzar en el proceso de empoderamiento de las personas a medida que envejecen, considerando éste como el proceso por el cual las partes interesadas ejercen influencia y participan en el control de las iniciativas de desarrollo y en las decisiones y recursos que les afectan.

Las personas mayores asumen con relativa frecuencia el lugar desvalorizado y marginal que socialmente se les atribuye, dado que es lo esperado y es considerado como normal para la vejez, de forma que, sin haber un repudio explícito, la imagen de negatividad social se presenta mediante el tamiz de los cuidados y la protección.

Siguiendo con la propuesta de la OMS, definimos las líneas de intervención en cada apartado:

- Salud:

Prevenir y reducir el exceso de discapacidad, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.

Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el ciclo vital.

- Participación:

Promocionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital.

Reconocer y permitir la participación activa de las personas en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado a medida que envejecen, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales.

Alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad a medida que envejecen, bajo la premisa "Una sociedad para todas las edades".

- Seguridad:

Asegurar la protección, la seguridad y la dignidad de las personas mayores abordando los derechos y las necesidades de seguridad social, financiera y física de las personas a medida que envejecen.

Es posible intervenir hacia un envejecimiento saludable y retrasar la aparición de dependencia¹², en la Figura 2 se puede ver la evolución posible de la capacidad funcional.

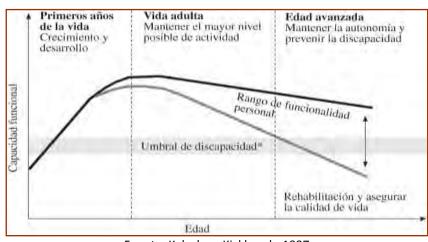


Figura 2. Mantenimiento de la capacidad funcional durante el curso vital

Fuente: Kalache y Kickbusch, 1997

Existen numerosas actividades integradas ya dentro de las buenas prácticas de los profesionales sanitarios y sociales, tanto en Atención Primaria y Comunitaria como de Atención Hospitalaria y Especializada dirigidas específicamente a este colectivo de personas. La base de las intervenciones en Envejecimiento Saludable consiste en la adopción de hábitos de vida sanos a lo largo de todo el ciclo vital. Se encuentra¹³ que cuatro conductas de salud combinadas (no haber fumado nunca, consumo moderado de alcohol (1-14 unidades/sem para mujeres y 1-21 unidades/semana para hombres), práctica habitual de actividad física (> 2,5 horas/sem de actividad física moderada o > 1h/sem de actividad física fuerte) y comer fruta y vegetales a diario) hacen 3,3 veces más probable el envejecimiento saludable. El beneficio potencial de cada factor es lineal y la probabilidad de envejecimiento saludable aumenta un 33% por cada conducta sana que se añade. Conjuntamente, el 47% (casi la mitad) del riesgo atribuible poblacional del envejecimiento saludable, se explica por esos cuatro factores. Además el beneficio no se focaliza a un aspecto concreto (cognitivo, mental respiratorio o cardiovascular) de la salud en el envejecimiento sino a todos.

En esta línea es importante considerar la contribución del PAPPS¹⁴ así como las Directrices de la I Conferencia de Prevención y Promoción de la salud clínica en España, que recoge un capítulo especialmente centrado en la prevención de la dependencia en personas mayores, para lo cual se presentan una serie de recomendaciones de actividades preventivas¹⁵.

Además de atender a los factores de riesgo individuales, existen factores socioculturales y económicos que (educación deficiente, pobreza, condiciones de vida y trabajo) que condicionan la pérdida acelerada de capacidad funcional¹⁶ y obligan a la inclusión de intervenciones sociosanitarias. El enfoque de la estrategia contempla la discriminación positiva con el objetivo de reducir estas desigualdades. Como hemos visto en la tabla2, las mujeres viven más años que los hombres y presentan mayor tasa de enfermedades crónicas y dependencia, así como peor salud percibida. Hay mayor número de mujeres que viven solas con menor disponibilidad de apoyo y menores recursos económicos. La generación de las mujeres que actualmente son mayores tiene un menor nivel de instrucción, y en gran porcentaje han dedicado y aún dedican su vida al cuidado de los demás aún presentando limitaciones por enfermedad o por la edad. Son la edad, la clase social y la educación, los ejes que interactúan con el género para incidir en el estado de salud¹⁷.

Estas directrices generales pueden y deben aterrizar en el espacio específico de la asistencia sanitaria concreta que ofrecemos a pacientes, familias y poblaciones y muy especialmente

aplicables desde el ámbito de la atención primaria. Así lo corroboran los estudios que evidencian sus beneficios¹⁸, resultado de la combinación de cuatro características propias: primera toma de centrada en la persona (no en la enfermedad), atención integral y contacto, atención coordinación. Así, se ha encontrado que, cuanto mayor es el número de médicos de familia de un área, mejor es la salud autopercibida de la población¹⁹ y que en pacientes con enfermedades crónicas, la coordinación y comunicación médico-paciente en atención primaria se relaciona con disminución del número de complicaciones²⁰. Es muy importante el enfoque integral, ya que no se ha encontrado ninguna evidencia del beneficio de tratar una sola parte del cuerpo o una sola enfermedad²¹. Otra importante fortaleza de la atención primaria en el enfogue de Envejecimiento Activo es la continuidad de la atención a lo largo del tiempo, debido a la relevancia del conocimiento acumulado de los pacientes, de tal forma que existen estudios que relacionan un incremento de la mortalidad con la no continuidad en las visitas al médico de atención primaria²². Por último, Starfield ¹⁸ propone distinguir entre la noción de atención centrada en la persona, específica de la atención primaria, basada en una perspectiva integral y a lo largo del tiempo, que se ha mostrado más útil que la centrada en el paciente (posible en la interacción de una sola consulta o contacto clínico) y por supuesto mucho más eficaz que la centrada en la enfermedad.

El objetivo de esta aportación es presentar un modelo de actuación basado en la aplicación de la estrategia de Envejecimiento Activo en la práctica clínica habitual, así como mostrar algunas experiencias de participación comunitaria por el envejecimiento saludable.

2. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA CONSULTA

El Envejecimiento Activo (EA) es una estrategia aplicable a la práctica clínica.

Ante una persona concreta que atendemos, el objetivo del EA sería el de aumentar su expectativa de vida activa o libre de discapacidad, prevenir el deterioro funcional y, cuando se ha producido, recuperar el máximo posible de funcionalidad, con un grado óptimo de autonomía.

Aunque presentamos unos "apartados", en el ámbito de la consulta habitual, se trataría más de un proceso circular que lineal, ya que la situación de las personas está sometida a un cambio constante y el contacto en el devenir de sus vidas está marcado por la continuidad asistencial, la disponibilidad y el asesoramiento.

Se trata de una guía u orientación de las intervenciones que se realizan a diario.

2.1. Aplicación del envejecimiento activo al método clínico.

2.1.1. Historia clínica.

Cuando se realiza la historia clínica de un paciente determinado hay aspectos específicos que son relevantes de cara a la aplicación de la estrategia de EA. En el marco de la Atención Primaria la historia clínica se va completando en los sucesivos contactos con el paciente y en cada consulta en concreto se orienta al problema de salud específicamente tratado en ese momento y que puede tener relación con alguno de los apartados siguientes:

-Historia ocupacional.-

Las profesiones u ocupaciones que una persona realiza o ha realizado a lo largo de su vida es un condicionante importante de su forma de envejecer. Los riesgos específicos pueden relacionarse directa o indirectamente con enfermedades y problemas de salud pero también las aportaciones y aprendizajes pueden convertirse en un bagaje de potenciales beneficios que hacer visibles y promocionar a medida que se envejece.

Es útil también incluir la edad, circunstancias y adaptación a la jubilación dada su repercusión en la salud de las personas.

-Nivel de instrucción y habilidades intelectivas.-

Se trata de conocer no tanto el nivel de estudios o académico sino el grado de "desenvoltura" de la persona con documentos escritos. Así, el nivel de autonomía en el manejo de prescripciones, citas médicas o indicaciones que demos a las personas, la interpretación de pruebas de ayuda al diagnóstico como los test cognitivos, necesitan de este conocimiento. También es importante de cara a planificar la forma de compartir y utilizar el nivel de conocimientos, o de cara a aumentarlo o mejorarlo²³.

-Trayectoria vital. Acontecimientos Vitales Estresantes.-

Conocer la trayectoria vital de la persona a través de sus principales hitos y acontecimientos aporta una información muy valiosa de cara a identificar elementos relacionados con la conservación o pérdida de la salud y funcionalidad.

-Hábitos de vida.-

Son el condicionante fundamental de la forma de envejecer, se ha puesto de manifiesto que las conductas en salud explican la mayor parte del envejecimiento saludable. Los principales aspectos son:

Tabaco. El consumo de tabaco constituye un riesgo fundamental en las personas de todas las edades, que se acrecienta con la edad, al afectar no sólo al riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer sino a la capacidad respiratoria, tolerancia al ejercicio y descanso nocturno. En las mujeres se está acercando el patrón de morbimortalidad al de los varones y es de considerar en éstas también los riesgos por el tabaquismo pasivo.

Alimentación. La correcta alimentación es importante en todo el ciclo vital pero constituye un factor fundamental para la salud de las personas mayores, que son el principal grupo de riesgo de desnutrición en los países desarrollados. Los hábitos de alimentación tradicional basados en la dieta mediterránea se han sustituido progresivamente por comidas elaboradas y por la colonización cultural anglosajona, con un importante impacto en la salud de las familias.

Actividad física. Fundamental señalar la relación actividad física-capacidad funcional²⁴. Se trata de un factor esencial para el mantenimiento de la capacidad funcional y la reducción de los riesgos para la salud en las personas mayores. Su importancia está fundamentada en directrices de la OMS²⁵ y europeas²⁶. Se ha encontrado que los principales factores asociados a envejecimiento no satisfactorio son la escasa actividad física y la lentitud de la marcha²⁷, destacando la inactividad física y se ha comprobado el efecto beneficioso de aumentarla en la prevención de caídas y la mejora del estado de salud físico y mental.

Las recomendaciones OMS para personas mayores de 65 años se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3. Recomendaciones OMS para personas mayores de 65

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

- 1. Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- 2. La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- 3. Que, a fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- 4. Que los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
- 5. Convendría realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- 6. Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

-Salud mental.-

La salud mental de las personas mayores es uno de los pilares del envejecimiento saludable. Factores importantes asociados al bienestar mental y social en el envejecimiento son el optimismo, el sentido de coherencia, los estilos de afrontamiento, los acontecimientos vitales negativos (con especial importancia del duelo y el desarrollo de enfermedades) y la autoeficacia o creencia de la persona en su capacidad para ejercer control sobre su vida.

Un aspecto importante es la autopercepción de salud de, de forma que las personas mayores que califican su salud como mala, presentan una mayor mortalidad²⁸. Existe además una peor percepción en mujeres, con una carga mayor de enfermedades crónicas²⁹ y las expectativas sobre la salud propia empeoran a medida que aumenta la edad (mayores de 75 años). También se conoce que la autopercepción de salud expresa la disposición de las personas a esforzarse por mejorar su estado de salud³⁰. Es, por tanto, recomendable conocer qué percepción tiene cada persona de su propia salud y dar información real sobre ésta.

La depresión, sobre todo asociada a la presencia de pluripatología, se produce más a medida que avanza la edad y tiene importantes repercusiones en cuanto a capacidad funcional y calidad de vida, riesgo de institucionalización y mortalidad.

Es conocido el hecho de que las personas mayores, sus familias y los profesionales sanitarios pueden considerar los problemas de salud mental como una consecuencia del envejecimiento más que como entidades diagnosticables y tratables³¹.

La detección precoz de la demencia se dificulta por la inespecificidad de los síntomas de inicio, el estigma y la negación de la enfermedad³². Es importante esta detección porque la estimulación cognitiva ha demostrado efectos beneficiosos en la reducción y retraso del deterioro cognitivo ^{33 34}.

- Medicamentos.-

El consumo de medicamentos es alto entre las personas mayores, en relación a la presencia de enfermedades pero también en base a la menor utilización de medidas no farmacológicas para el control de los síntomas, siendo altos la automedicación y el incumplimiento terapéutico^{35 36 37}, con relevancia de la mala adherencia a los cambios de fármacos, riesgos de infratratamiento y polifarmacia. Valorar todos estos aspectos e intervenir para su modificación, favorece el envejecimiento saludable.

2.1.2. Historia social:

2.1.2.1 Composición y relaciones familiares

El apoyo social es el principal recurso de las personas mayores para mejorar su calidad de vida y amortiguar el impacto de los acontecimientos vitales y deterioros, siendo su ausencia un determinante de primer orden del deterioro funcional³⁸.

En la historia clínica del paciente es necesario conocer sus elementos de apoyo social. Saber si vive solo o en familia; cómo son las relaciones en esa convivencia y en el ámbito del bloque y vecindario; personas con las que cuenta en caso de necesidad o a las que asiste; nivel de participación en asociaciones ciudadanas o voluntariado³⁹ o inquietudes al respecto.

Conocer los roles y tareas que cumplen en las relaciones familiares puede ser clave para conocer riesgos, comprender síntomas y mejorar su bienestar. Muchas personas mayores, especialmente las mujeres, son las que asumen los cuidados de nietos, de otras personas mayores y personas con dependencias. Esto puede conllevar una sobrecarga excesiva que influya de un modo importante en su calidad de vida⁴⁰.

Para esta valoración además de la entrevista pueden utilizarse instrumentos como el Apgar Familiar⁴¹ y la escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón⁴².

Además se deben valorar⁴³:

- 2.1.2.2. Situación económica:

Es importante tener en cuenta la capacidad adquisitiva de las personas mayores para poder hacer frente a determinadas necesidades que se pueden presentar. Hay que considerar que actualmente son los ingresos de las personas mayores los únicos estables con los que cuentan muchas familias, y son los que se han hecho cargo de avalar las deudas de los hijos, viéndose en determinados casos comprometidos en su seguridad económica.

- 2.1.2.3. Vivienda:

El hábitat inmediato y el entorno de las personas mayores va cobrando mayor peso en su bienestar a medida que se va restringiendo su vida social y tiene un peso determinante en su calidad de vida.

Para conocer y valorar la vivienda habrá que tener en cuenta los siguientes aspectos que se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4. Características de la vivienda.

- o Equipamiento básico: Habitaciones, baño y cocina, luz natural, corriente eléctrica, agua corriente, saneamiento. Teléfono. Teleasistencia.
- Condiciones higiénico-sanitarias. Presencia de riesgos de infectaciones.
- o Grado de higiene en la vivienda.
- o Barreras arquitectónicas:
 - En el edificio: Escaleras de acceso, suelo irregular, existencia de adaptaciones.
 - En el interior de la vivienda: Escalones interiores, bañeras, suelo irregular.
- o Riesgos de accidentes.
- o Estado del mobiliario.
- o Estado de conservación: estado del techo, paredes, grietas, humedad.
- o Existencia de hacinamiento.
- Presencia de animales domésticos y su nivel de cuidados.

Existen plantillas específicas para que las propias personas valoren los riesgos en el hogar⁴⁴.

- 2.1.2.4.Entorno:

El entorno en que viven las personas es un factor clave para tener un estilo de vida activo, ya que afectan a las posibilidades de mantener la funcionalidad, dar y recibir apoyo y participar en actividades. El diseño de ciudades, barrios, calles y casas está lejos de ajustarse a las necesidades del envejecimiento activo.

Incluye la valoración de:

Situación: medio rural o urbano.

Medios de comunicación y transporte.

Equipamiento e infraestructura: suministro de agua, sistema de alcantarillado, sistema eléctrico. Ascensor.

Barreras arquitectónicas en el entorno inmediato.

Contaminación ambiental: aire, acústica (tráfico, establecimientos de ocio, etc).

Servicios públicos: Centros sanitarios, centros de mayores, etc.

Problemas sociales en el entorno: existencia de delincuencia, drogas, etc.

- 2.1.2.5. Servicios y recursos:

Es importante tener en cuenta si la familia cuenta con servicios y recursos sociales, públicos o privados, cuáles son y en qué medida cubren las necesidades de las personas y las familias.

Corresponde al profesional de trabajo social la realización de esta valoración con la aportación de todos los profesionales implicados mediante pequeñas y parcializadas evaluaciones.

La conclusión de este apartado nos lleva a un resumen de cómo es la situación de vulnerabilidad respecto a la salud/enfermedad de la persona, tanto en sus puntos fuertes como débiles, con especial atención a los riesgos prevenibles, a la optimización de los recursos propios y a la reducción de las desigualdades.

2.1.3. Exploración física.

Tradicionalmente la exploración física se orienta al motivo de consulta o problema de salud motivo del encuentro profesional-paciente concreto. Sin dejar de realizar esta práctica, los principios del Envejecimiento Activo deben orientarnos hacia una exploración física que nos permitan detectar riesgos potenciales o actuales de pérdida de funcionalidad a cualquier nivel. La Tabla 5 siguiente reconoce algunos puntos clave de la exploración física orientada al mantenimiento de la funcionalidad y actividad:

Tabla 5. Exploración física orientada a la funcionalidad

EXPLORACION	RIESGOS	CONSECUENCIAS
Aspecto general:	Deterioro cognitivo	Dependencia
- higiene y cuidados,	Depresión	
- hidratación,	Abandono	Inmovilidad
- nutrición,	Desnutrición	
- marcha,	Enf neurodegenerativa	Aumento de la morbimortalidad
- postura,	Enf osteoarticular	
- piel.	Piel de riesgo, lesiones	
Cabeza y cuello:	Dificultades en la masticación	Desnutrición
- boca y dientes,	Infecciones orofaríngeas	
- oídos,	Hipoacusias	Caídas
- ojos,	Cataratas	
- tiroides,	Bocio	Limitación movilidad
- movilidad cervical.	Cervicalgia, rigidez	
ACR	Arritmias.	Limitación funcional por
	Insuficiencia cardiaca.	disnea/dolor.
	Insuficiencia respiratoria.	Aumento de la morbimortalidad.
Abdomen	Masas.	Desnutrición.
	Soplos: estenosis renal,	Aumento de la morbimortalidad
	insuficiencia mesentérica.	
Extremidades	Deformidades.	
- pies,	Rigideces.	Inmovilidad.
- rodillas,	Inestabilidad marcha.	Caídas.
- caderas,	Menor alcance funcional.	Dependencia.
- edemas,	Alteraciones del equilibrio.	Aumento de la morbimortalidad
- sistema venoso,	Dolor crónico.	
- pulsos.	Tromboflebitis.	
	TVP/tromboembolismos.	

Por el contrario, una normalidad o buen estado de todos los aparatos y ausencia de estos signos deben ser reforzados por indicar un enorme potencial de salud.

2.1.4. Valoración funcional.

Desde la perspectiva del EA, con el objetivo individual de mantener una óptima capacidad funcional, es esencial valorar ésta y centrar las mediciones de salud/enfermedad en la capacidad de las personas para la realización de actividades, más que en el seguimiento de diagnósticos concretos que influirán en mayor o menor medida en la pérdida de funcionalidad. Es fundamental entender que en el contexto de la pluripatología que presentan gran parte de los pacientes, sobre todo en edades avanzadas, en cada momento puede ser determinante de la funcionalidad una determinada entidad nosológica, a veces la menos "importante", por ejemplo la presencia de cataratas o un dedo en martillo.

La valoración se basa en conocer la capacidad de las personas para desarrollar determinadas Actividades de la Vida Diaria (AVD), que son aquéllas que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social. Se dividen en básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las A.B.V.D. engloban las capacidades de autocuidado mas básicas (alimentarse, vestirse, aseo personal, desplazamientos, continencia), que son las últimas en perderse y las primeras en recuperarse después de un deterioro funcional. Las A.I.V.D. son actividades más elaboradas (uso del teléfono, preparar comida, uso transporte, comprar, lavado de ropa, administrar medicación) que se pierden antes que las A.B.V.D. y que tienen que ver con la capacidad de manejar distintos instrumentos o situaciones corrientes de la

vida cotidiana. Afectan al funcionamiento social y se precisan para vivir de forma independiente en la comunidad.

En éstas tendríamos que centrar la atención inicial en la prevención de la dependencia y en el riesgo de deterioro funcional progresivo, al ser las primeras en afectarse⁴⁵. En la Figura 3 se puede ver el recorrido posible hacia la dependencia.

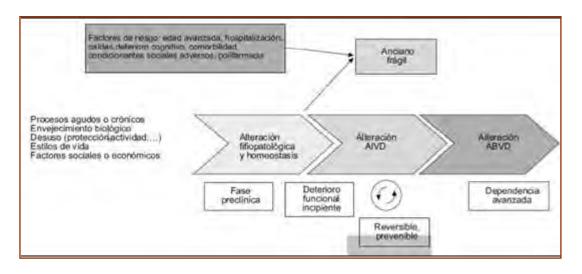


Figura 3. Detección y manejo de la fragilidad

Fuente: Martín Lesende I, Gorroñogoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. Aten Primaria. 2010; 42 (7): 388-93.

Los instrumentos más utilizados⁴⁶ son los índices de Katz, y de Barthel, para actividades básicas y el índice de Lawton, para actividades instrumentales.

La valoración funcional incluye también la mental tanto a nivel afectivo como cognitivo. Además de la entrevista clínica y anamnesis centrada en la valoración del funcionamiento cognitivo y clínica depresiva, pueden utilizarse instrumentos como el PHQ-9, Escala de depresión geriátrica de Yesavage, el Mini Examen Cognitivo de Lobo, el test de Pfeiffer, el Foto-test, Test del informador y otros⁴⁷. La valoración funcional se completa con la valoración social, utilizando los instrumentos referidos en apartados anteriores (Apgar familiar, escala socio-familiar de Gijón).

Aunque la medición de la funcionalidad se puede realizar mediante escalas globales también se emplean otras pruebas específicas entre las que destacan las que valoran la marcha, movilidad y equilibrio (test de "levántate y anda", test cronometrado de estación unipodal), consideradas «pruebas de ejecución». Se incluye en ellas la prueba *Short Physical Performance Battery* (SPPB) por su capacidad para detectar el riesgo de caídas⁴⁸.

Es fundamental para el clínico comprender que la valoración funcional mide realmente la salud de la persona. Sirve también para diagnosticar la "buena salud", de forma que existen estudios en los que se define el Envejecimiento Satisfactorio en base la capacidad funcional: tener una puntuación en el Índice de Barthel>90 y en el test de Lobo ≥24²7. Los porcentajes de personas mayores que gozan de buena salud, no presentan ningún criterio de fragilidad o podemos calificar como con envejecimiento saludable son variables pero parecen estar entre el 40-50%: 43,5% en mayores de 75 años⁴9, 47,2% a los 86²7.

La valoración es especialmente útil en situaciones de fragilidad⁴⁴, definida ésta como un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y reservas biológicas de la

persona, existiendo una mayor vulnerabilidad para la pérdida de capacidades y presentar efectos adversos para la salud (caídas, problemas nutricionales, hospitalización, institucionalización) y una mayor mortalidad. Existen factores relacionados con la fragilidad: algunos estudios en nuestro medio detectan que aumenta con la edad, en las mujeres y en personas con menor nivel educativo⁴⁹. Se han determinado indicadores relevantes de envejecimiento no satisfactorio en personas mayores frágiles, siendo los más importantes la escasa actividad física y la lentitud de la marcha²⁷, aspectos fácilmente identificables en la consulta. La inactividad se considera el principal factor de riesgo de fragilidad⁴⁴.

La detección precoz de la fragilidad permite una intervención preventiva, con capacidad de retrasar el deterioro y recuperando déficits físicos y psicológicos^{50 51}.

La utilidad de la valoración integral se extiende a mejorar la exactitud diagnóstica, descubrir problemas tratables no abordados previamente y establecer un plan de actuación individualizado y orientado al mantenimiento de la máxima capacidad funcional posible, consiguiendo demostrar mejora de la supervivencia⁵².

2.1.5. Pruebas complementarias.

La solicitud de pruebas complementarias en la perspectiva del EA se rige por los criterios clínicos y científicos correspondientes pero existen algunos matices a considerar y que incluyen:

- Orientación a la funcionalidad: la elección de una prueba complementaria según la perspectiva del EA tendría el objetivo final de contribuir a la preservación o mejora de la funcionalidad de la persona. Como ejemplo, en un paciente concreto puede tener mayor utilidad realizar una espirometría para detectar una pérdida de función pulmonar o una audiometría para valorar hipoacusia que otras pruebas de seguimiento de patologías ya diagnosticadas y estables.
- Globalidad de la información: con esto nos referimos a la necesidad de seleccionar pruebas que nos aporten datos lo más integrales posibles de la situación de salud/enfermedad de la persona frente a la atomización en órganos o aparatos específicos. También la globalidad se refiere a la valoración conjunta de las pruebas: se mantiene una visión integral de la persona si evaluamos al mismo tiempo varias pruebas que si lo hacemos de forma independiente.
- Comunicación al paciente: a) del objetivo de la prueba así como en qué consiste y los posibles riesgos si los hubiera, en la perspectiva del EA deben ser conocidos por la persona y en sí mismo pueden formar parte de la intervención. Por ejemplo en personas fumadoras, informar de qué nos mide la espirometría puede ayudar a la toma de conciencia sobre los efectos del tabaquismo (en la solicitud, en la transmisión del resultado).b) de los resultados, no sólo en términos estrictos del resultado de la prueba sino de su traducción para la promoción de salud y funcionalidad del paciente. Por ejemplo se ha comprobado que comunicar el resultado de una espirometría en términos de "edad pulmonar" de la persona es efectivo en el abandono del tabaquismo⁵³.

2.1.6. Juicios Clínicos.

Desde una perspectiva de EA, emitir el juicio clínico sobre una persona en concreto incluye una visión diferente al diagnóstico clásico, en el siguiente sentido:

Describe su estado de salud/enfermedad, es decir, incluye a la salud y a sus principales fortalezas y potencialidades, los activos de salud personales, con el objetivo de mantenerlos, preservarlos e incluso actuar como mecanismos de compensación de déficit presentes o potenciales. Para ello es imprescindible integrar toda la información obtenida de la persona, compaginando los datos biológicos, fisiológicos, funcionales, psicológicos y sociales de la

persona, ya que partimos de una visión biopsico social de la salud. Por ejemplo se debe considerar la práctica de la actividad física regular, la presencia de inquietudes intelectuales o la realización de actividades al aire libre como "diagnósticos" de su estado de salud.

- Basado en la presencia de grandes síndromes, además de en la presencia de determinadas enfermedades. Los grandes síndromes son situaciones clínicas presentes en la vida cotidiana de las personas, consecuencia de una o más enfermedades o problemas de salud y cuyo manejo se traduce en una mejora de la calidad de vida. Son grandes síndromes el dolor, la inmovilidad, la incontinencia, la malnutrición, las caídas, el insomnio, el déficits visual y/o auditivo, etc.
- Diagnóstico funcional. La perspectiva de EA persigue la preservación de la capacidad funcional y la independencia de las personas a medida que envejecen, por lo que la valoración de su estado se fundamenta sobre todo en la valoración funcional. Además, la presencia frecuente de varias enfermedades crónicas a partir de determinada edad, complejas y fluctuantes en sus manifestaciones clínicas y grado de control, dificulta definir prioridades y orientar las intervenciones. El diagnóstico funcional puede decirnos que una persona con cuatro enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal), puede ser totalmente independiente para realizar las actividades de la vida diaria y otra con una sola dolencia (poliartrosis) presentar importantes limitaciones: deterioro de la marcha, caídas, dolor, aislamiento social.
- Riesgos. El resumen de la situación de salud/enfermedad de una persona desde la perspectiva del EA, debe incluir la valoración de los riesgos de pérdida de funcionalidad. Esta anticipación permitirá intervenir antes de que se presenten las situaciones problemáticas. Por ejemplo ante una inestabilidad, determinar el riesgo de caídas; ante una baja actividad física y hábitos de alimentación insanos, el de obesidad; ante una gonartrosis avanzada, el de inmovilidad, etc.
- Diagnóstico compartido. Una vez evaluado el estado de salud de una persona, éste debe ser presentado y compartido con su protagonista. El profesional aporta su conocimiento científicotécnico y el paciente su conocimiento de sí mismo, experiencias, creencias, perspectiva y vivencias, para su comprensión y aceptación-rechazo así como para generar determinadas expectativas respecto a las intervenciones que se propongan.

2.1.7. Intervenciones.

Una vez determinado el estado de salud/enfermedad de la persona y detallado el estado funcional y los grandes síndromes y establecidos objetivos compartidos con el paciente y la familia, planificamos las intervenciones a realizar, priorizándolas en función de la clínica presente y el riesgo futuro, considerando las que más afecten a la calidad de vida.

En lugar de ir rápidamente a la prescripción farmacológica, siempre en la perspectiva de EA debemos seguir una sistemática integral que incluya:

2.1.7.1. Promoción de salud.

Frente al catastrofismo de pensar en una baja posibilidad de cambio de hábitos, se ha demostrado la receptividad de las personas mayores a las recomendaciones sanitarias sobre el mantenimiento de su independencia. El potencial de aprendizaje no desciende con el envejecimiento y es un indicador de envejecimiento exitoso. Además existe una amplia evidencia de la efectividad de las medidas preventivas en las personas mayores siendo incluyo mayor que en otras edades la reducción de la morbimortalidad.

Con demasiada frecuencia los mensajes sobre prácticas saludables y prevención de enfermedades se dirigen a personas jóvenes o como mucho de edades medias, que son las que aparecen como protagonistas de las campañas para dejar de fumar, alimentarse saludablemente o practicar ejercicio, de forma que al envejecer se excluye a amplios colectivos de la población como destinatarios de la promoción de salud, dando la imagen de "ser demasiado tarde".

Algunos autores⁵⁴ defienden que la persona es activa por naturaleza, tiene una tendencia innata a implicarse con el entorno, a asimilar nuevos conocimientos y desarrollar una autodeterminación autónoma (Teoría de la Autodeterminación). Los principios de esta tendencia a actuar son la competencia (sentirse capaz), la autonomía en la toma de decisiones (frente a la imposición) y las relaciones como forma de vincular las conductas a la pertenencia a un grupo.

La adquisición de hábitos saludables se basa en el trabajo conjunto con el paciente sobre los tres componentes que conforman las conductas repetidas que formarán parte del repertorio de la persona:

- Conocimiento: componente cognitivo.
- Habilidad: componente práctico.
- Deseo: componente motivacional.

Los componentes de conocimiento y habilidad pueden abordarse mediante formación específica con enfoque práctico y participativo, orientado al autocuidado.

Respecto al aspecto motivacional, es fundamental determinar el estadio de cambio⁵⁵. Este enfoque pretende adaptar las recomendaciones de cambio de hábitos de vida a la fase motivacional en que la persona se sitúa, de forma que se produzca un avance progresivo que lleve al establecimiento y consolidación de conductas saludables. Las características de las etapas del cambio son las siguientes las que se describen en la Tabla 6.

Tabla 6. Etapas del cambio

Precontemplación es el estado en el cual no existe intención de cambiar.

Contemplación es el estado en el que se contempla la posibilidad de cambio en los próximos seis meses. Se realiza un balance entre costos y beneficios que puede producir una profunda ambivalencia que en ocasiones se mantiene durante largos periodos de tiempo.

Preparación es el estado en el cual se tiene la intención de cambiar en el futuro próximo, generalmente medido como el próximo mes.

Acción es el estado en el cual la persona ya ha realizado modificaciones específicas en su estilo de vida en el curso de los seis meses pasados.

Mantenimiento es el estado en el cual la persona consolida el cambio y se esfuerza en prevenir las recaídas.

Hay evidencia de la eficacia de intervenciones para prevenir e incluso revertir la pérdida de funcionalidad como son el fomento de la actividad física⁵⁶, la valoración multidimensional geriátrica y la intervención sobre los principales síndromes geriátricos, con especial relevancia del estado nutricional e hidratación y el ajuste de la medicación⁵⁷.

Ante un paciente concreto la intervención incluirá el listado de conductas saludables y no saludables para su refuerzo o modificación, estableciendo un plan individualizado, priorizado y consensuado.

Los elementos a incluir son:

- El consejo sobre abandono de hábitos tóxicos y el reforzamiento de no mantenerlos;

- El fomento de la alimentación saludable con corrección de los aspectos concretos de su alimentación cotidiana, evitando "dietas estándar" y personalizando en sus costumbres y hábitos culinarios;
- El establecimiento de un plan individual, realista, progresivo y consensuado de actividad física;
- Recomendar la participación activa en la familia, la comunidad y el entorno mediante actividades de ocio saludable, informando de los recursos disponibles en la zona (club de lectura, huertos urbanos, asociaciones ciudadanas, voluntariado...).

Algunos estudios muestran que es posible el aumento en la participación mediante entrenamiento específico en interacción en la comunidad⁴⁴.

- Promover el mantenimiento de la capacidad cognitiva mediante actividades de concentración (lectura, ejercicios de memoria), formación (ejemplo recomendación de Escuela de Adultos o Universidad para Mayores, según el nivel de instrucción previo) y comunicación con otras personas.
- Revertir los estereotipos negativos sobre el envejecimiento y las potencialidades de mejora de la salud conforme avanza la edad, con mensajes claros, directos y adaptados a la reducción de la desigualdad.
- Orientar a ir dejando –en la medida de lo posible- responsabilidades, ocupaciones y tareas que excedan su capacidad y sus posibilidades, evitando las sobrecargas.

2.1.7.2. Prevención.

Todas las actividades preventivas de utilidad demostrada a lo largo del ciclo vital deben considerarse al tener delante un paciente concreto. En el ámbito de atención primaria existen programas específicos como el PAPPS que las determina y revisa y establece recomendaciones especiales para las personas mayores⁵⁸.

Como en el juicio clínico hemos incluido un apartado de riesgos podemos determinar un plan de prevención para cada uno de los establecidos, teniendo en cuenta la coincidencia de intervenciones en reducir varios de los riesgos (por ejemplo la actividad física influye sobre el riesgo de caídas, inmovilidad, obesidad, siendo una de las recomendaciones más rentables). Así si hay riesgo de caídas las intervenciones fundamentales serán la recomendación de ejercicio físico, valoración y corrección de riesgos en el hogar y revisión del tratamiento farmacológico; si hay riesgo de inmovilidad por deformidades de los pies habrá que valorar las posibilidades de corrección ortopédica/quirúrgica, y así sucesivamente.

También hay que considerar la prevención en el ámbito de la salud mental. Determinadas intervenciones psicológicas se han mostrado eficaces para mejorar el bienestar subjetivo de las personas: estimulación cognitiva, técnicas de relajación, psicoeducación e intervenciones de apoyo³¹.

Incluir intervenciones específicas como la adaptación en las etapas de cambio, el afrontamiento de enfermedades crónicas, la sobrecarga de los cuidados en las personas cuidadoras, el asesoramiento en el duelo, son medidas a considerar en cada persona concreta.

También puede intervenirse en la prevención del deterioro cognitivo mediante la realización de actividad física, mantenimiento de actividades sociales, control de FRCV y evitar consumo de alcohol.

Las vacunas son un método preventivo eficaz en todas las edades. La valoración del estado vacunal y la recomendación de éstas en adultos y mayores son una parte más de la intervención clínica. Entre las vacunas recomendadas en adultos mayores están la antigripal, antitetánica, antineumocócica, hepatitis B y vacunas específicas por patologías o situaciones que debemos revisar y considerar siempre ante una persona concreta.

Los cribados son otra herramienta de la intervención en EA puesto que la detección precoz de determinadas enfermedades (cardiovasculares, cáncer de cervix, cáncer de mama, cáncer de colon) supone la posibilidad de modificar su curso y revertir su pronóstico incluso en edades avanzadas¹⁵.

En la prevención es necesario considerar las desigualdades de acceso físico o cultural a las medidas propuestas.

2.1.7.3. Intervenciones no farmacológicas.

Hemos de considerar desde la perspectiva de EA que existen tratamientos no farmacológicos eficaces para muchos problemas de salud. Las recomendaciones sobre modificaciones de hábitos de vida necesarios para la prevención y control de los problemas de salud presentes en cada persona concreta deben ser el inicio de la intervención, teniendo en cuenta que algunas de ellas, como la moderación del consumo de sal, son incluso más efectivas en las personas mayores.

Desde rehabilitación y fisioterapia en todas sus variantes, tratamiento ortopédico (pies), corrección quirúrgica (cataratas, deformidades), acupuntura (dolor), dietas terapéuticas o suplementos dietéticos, gafas, tratamiento odontológico, audífonos, uso correcto de bastón o andador, técnicas de relajación, etc, deben ser considerados e incluidos en la intervención.

Incluir cambios o adaptaciones de las viviendas y favorecer medidas medioambientales "age-friendly" (eliminación de barreras arquitectónicas, iluminación de las calles, zonas verdes cercanas, transportes público adaptado...) son medidas que han demostrado mejorar la salud de las personas, así mismo, intervenir ante los posibles riesgos o problemas socio-familiares detectados en coordinación con otros servicios sanitarios y sociales y con instituciones que también trabajan con las personas mayores, fundamentalmente con los Servicios Sociales y el Tercer Sector (asociaciones, fundaciones, etc.), procurando en la medida de lo posible realizar actuaciones sinérgicas.

2.1.7.4. Tratamiento farmacológico.

El criterio de calidad de prescripción que más favorece el Envejecimiento Saludable es el de adecuación. Para la prescripción adecuada se deben considerar criterios de evidencia científica, tolerancia, posología, tiempo de uso y factores como el pronóstico, la esperanza de vida y el estado funcional para promover la utilización de tratamientos con mejor relación beneficio riesgo⁵⁹.

Una premisa en la perspectiva del EA debe ser evitar la polifarmacia así como la prescripción inadecuada de medicamentos (criterios de Beers (Anexo 1)⁶⁰, criterios STOPP/START (Anexo 2))⁶¹ para que el propio tratamiento no se convierta en un factor de riesgo de pérdida de funcionalidad, como se ha demostrado por ejemplo en el caso del consumo de benzodiacepinas y su relación con el deterioro cognitivo y las caídas⁶².

Las reacciones adversas a medicamentos son más frecuentes y más graves en los mayores en comparación con los más jóvenes⁶³. Este riesgo aumentado se relaciona con la comorbilidad y los cambios por envejecimiento y polifarmacia. El efecto de la edad sobre la sensibilidad de las drogas

varía con el fármaco estudiado, las concentraciones plasmáticas y las respuestas medidas, ya que con la edad las diferencias en la farmacocinética pueden aumentar o disminuir las diferentes respuestas a los fármacos.

Incluir el seguimiento de efectos adversos y de problemas de adherencia es fundamental para garantizar el efecto de los fármacos en la consecución de los objetivos terapéuticos, así como establecer pautas para evitar o reducir la polifarmacia, incluyendo la *deprescripción*⁶⁴.

Los abordajes multidisciplinarios y multifactoriales parecen ser más eficaces⁶⁵ para mejorar la adecuación del tratamiento: sistemas informatizados de prescripción integrados en la historia clínica que incluyan información y avisos de riesgos potenciales, revisión periódica del régimen terapéutico en base a criterios y participación de los pacientes en la toma de decisiones terapéuticas.

La deprescripción de medicamentos es un proceso de desmontaje de la prescripción por medio de su revisión, su análisis, mostrando sus contradicciones y ambigüedades.

El fin es reconsiderar la prescripción desde el principio, comenzando por el conocimiento del estado y situación del paciente y por el diagnóstico de sus problemas de salud, hasta el final, con la indicación de los medicamentos y su seguimiento posterior.

Se trata de un proceso singular, continuo (prescripción-deprescripción), que necesariamente debe adaptarse a cada persona y circunstancia, y que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y la adición de otros que están infrautilizados⁶⁶.

Las personas mayores frágiles, tanto los institucionalizados como los que viven en la comunidad, constituyen una población diana de prioritaria intervención, y pueden beneficiarse de la deprescripción de medicamentos si esta se realiza de una manera controlada, razonada, aceptada e integrando la perspectiva del paciente.

Las decisiones sobre cómo llevar a cabo la deprescripción dependen básicamente de resolver las tensiones y contradicciones entre dos interrogantes, como son:

- 1) ¿Es la expectativa de vida de esta persona (determinada por el pronóstico y la evolución natural de la enfermedad) mayor que el tiempo que tarda el medicamento en obtener un beneficio clínico relevante?
- 2) ¿Son congruentes las metas de la atención sanitaria (curación, cuidados, prevención primaria, secundaria, terciaria o cuaternaria), determinados por la valoración de grado de comorbilidad, el estado funcional y la calidad de vida, con los objetivos de la prescripción-deprescripción (por ejemplo, pasar de un escenario de prevención a largo plazo a tratamientos meramente sintomáticos)?

Para incrementar el grado de confianza del paciente en el proceso de deprescripción es fundamental que dichos cambios se realicen de forma gradual y que el seguimiento sea estrecho, sobre todo al comienzo (que es cuando suelen aparecer los principales problemas), manteniendo una actitud de «puerta abierta», involucrando activamente al paciente o su cuidador en las decisiones y aclarando que ningún cambio es irreversible⁶⁷.

Existen motivos éticos y evidencias científicas que avalan la necesidad de deprescribir fármacos en aquellas personas cuyo consumo de medicamentos puede provocarles más perjuicios que beneficios:

1. Aunque el consumo de fármacos es mayor en personas mayores, estos suelen estar

infrarrepresentados en los ensayos clínicos (EC). La situación es aún más elocuente para las personas con enfermedades terminales, comorbilidad múltiple, fragilidad o inmovilidad, que suelen estar sistemáticamente excluidos de los EC⁶⁸. Al tener dichas personas peor pronóstico, los resultados de los EC tienen a sobreestimar los beneficios e infravalorar sus posibles riesgos, disminuyendo al mismo tiempo su aplicabilidad a la población mayor ambulatoria real. Consecuentemente, las guías clínicas no suelen recoger aspectos relacionados con la situación habitual de muchas personas mayores⁶⁹.

- 2. La deprescripción tiene además justificaciones éticas⁶⁸.
 - El beneficio de diversos tratamientos en personas mayores es cuando menos controvertido (dudosa beneficencia).
 - Produce en ocasiones daños evitables (maleficencia).
 - La autonomía se ve en numerosas ocasiones limitada por los problemas cognitivos, pero los que logran expresar sus preferencias muestran deseos que a veces chocan frontalmente con las recomendaciones clínicas, siendo generalmente más sensibles a la posibilidad de que los fármacos preventivos produzcan más efectos adversos que sus potenciales beneficios⁷⁰.
 - Llevar hasta sus últimas consecuencias el ideal de no discriminar a las personas mayores ofreciéndoles las mismas oportunidades terapéuticas que a los más jóvenes (justicia social) puede ocasionar un trasvase de recursos que pudieran mermar la sostenibilidad del sistema sanitario (justicia distributiva)⁶⁸.

Existen algunas herramientas útiles en la aplicación práctica de la deprescripción como el Cuestionario de Hamdy⁷¹ adaptado que aparece en la Tabla 7

Tabla 7. Cuestionario de Hamdy adaptado

- 1.¿Sigue estando presente la indicación para la cual se prescribió la medicación?
- 2.¿Hay duplicidades en el tratamiento farmacológico? ¿Puede simplificarse el tratamiento?
- 3.¿Incluye el régimen terapéutico medicamentos para un efecto adverso de otro medicamento? Si es así, ¿puede suspenderse el medicamento original?
- 4. ¿Pueden las dosis utilizadas ser subterapéuticas o tóxicas en relación con la edad del paciente o su función renal?
- 5. ¿Hay alguna interacción significativa entre medicamentos o entre medicamentos y enfermedad en este paciente?

2.1.8. Planificación del seguimiento.

La situación de salud/enfermedad de una persona en concreto es altamente cambiante, debido a sus múltiples determinantes, por lo que se considera fundamental planificar reevaluaciones periódicas, en algunos casos bien establecidos por los protocolos de seguimiento de cada patología o por los programas de prevención. En otros casos, será la continuidad asistencial propia de la atención primaria, lo que propiciará el contacto repetitivo con el paciente que favorecerá la detección de los cambios.

La planificación del seguimiento debe ser comunicada y compartida con el paciente. Pero el seguimiento no sólo se refiere, desde la perspectiva del EA, al que se realiza en centros sanitarios y por los profesionales, sino que es fundamental planificar el autoseguimiento y el autocuidado, estableciendo las tareas que va a realizar la persona hasta el próximo contacto: autocontrol de determinados parámetros, como el peso o la presión arterial, o el número de pasos diarios evaluados por un podómetro; seguimiento de indicaciones como guías de autoayuda para dejar de fumar o como tratamiento de depresión y ansiedad leves, etc.

2.2. Aplicación del Envejecimiento Activo en la consulta de enfermería.

En las consultas de enfermería se utiliza el examen de salud para mayores de 65 años⁷²(ES> 65) cuyo objetivo principal es detectar de forma precoz los problemas de salud en personas mayores de 65 años que pueden llegar a convertirse en situaciones de riesgo, e implantar las medidas de prevención y promoción que según la evidencia científica mejoran la salud y la calidad de vida, a la vez que aumenta el periodo libre de dependencia. El ES contempla un conjunto de actividades destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, así como el establecimiento de un plan de cuidados y terapéutico.

En primer lugar se realiza una clasificación de las personas mayores de 65 años según su grado de autonomía personal, con una anamnesis dirigida, utilizando para ello el test de Barthel o índice de Katz (ABVD) o el Índice de Lawton y Brody (AIVD). En función del resultado pasaran a pertenecer al grupo de mayores autónomos, frágiles o en riesgo de dependencia o dependientes. Una vez clasificados las actividades a realizar van a depender del grupo al que pertenezcan, sin olvidar todas aquellas que se deban de realizar de manera individual.

En el grupo de los autónomos se incluirán medidas de promoción y prevención primaria y secundaria.

En el grupo de pacientes frágiles o en riesgo se llevarán a cabo las mismas medidas que en el grupo anterior más Valoración Geriátrica Integral (clínica, funcional, mental y social), tras la valoración se identificará los problemas y detectarán las necesidades de cuidados con el objetivo de realizar un plan terapéutico-cuidados en función de las necesidades detectadas (Figura 4).

En el grupo de los dependientes las actividades que proceden son las mismas que en el grupo anterior, teniendo en cuenta la situación clínica y social de los pacientes, captación para incluirlos en atención domiciliaria, así como a sus cuidadores principales. La periodicidad de la valoración dependerá de los posibles cambios y de la situación del paciente consiguiendo así el seguimiento evolutivo, la prevención, manejo de complicaciones/riesgos, apoyo psicológico al paciente y al cuidador principal.



Figura 4. Cascada de la Atención.

Los cuidados deben de ser:

- Preventivos:

Primaria: control y modificación de los factores de riesgos sanitarios y sociales.

Secundaria: evitar la evolución de las enfermedades incapacitantes.

Terciaria: minimizar y permitir grados de autoeficiencia en las actividades en la vida diaria (AVD).

Integrales:

Considerar todos los factores por igual, físicos psíquicos y sociales

Progresivos:

Progreso desde la dependencia hasta la independencia.

El diagnóstico de mayor relevancia y que genera más necesidades de atención sociosanitaria en el mayor es la "incapacidad".

Las intervenciones enfermeras (*Nursing Interventions Classification*: NIC) favorecedoras de funcionalidad quedan reflejadas en la Tabla 8.

Tabla 8. Intervenciones enfermeras (NIC) favorecedores de funcionalidad.

Fomento del ejercicio Enseñanza proceso Enseñanza medicamentos prescritos Enseñanza dieta Apoyo al cuidador principal Escucha activa Apovo emocional Fomento de la comunicación Manejo ambiental confort Manejo de la conducta Manejo de la demencia Manejo de la nutrición Manejo de líquidos Protección de los derechos del paciente Terapia actividad y deambulación Educación sanitaria Precauciones para evitar la aspiración Prevención de caídas Prevención de la UPP Planificación al alta

3. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.

La atención a pacientes en el domicilio, por definición, suelen plantear situaciones de especial vulnerabilidad: procesos agudos importantes, pacientes con enfermedades crónicas descompensadas, altas hospitalarias, inmovilización permanente así como alto impacto en las personas que les cuidan.

Son todas también oportunidades para aplicar la estrategia de envejecimiento activo, ya que ésta es útil sea cual sea el estado funcional de las personas.

Los objetivos del EA en la atención domiciliaria son:

- Recuperación de la óptima funcionalidad en el menor tiempo posible.
- Prevención de reagudizaciones o descompensaciones futuras, (por ejemplo una reagudización de EPOC o de una insuficiencia cardiaca).
- Determinación de riesgos y plan de acción (por ejemplo riesgo de UPP- cuidados de la piel).
- Valoración del entorno de vivienda y familiar (riesgos de caídas, de inmovilidad, apoyo social con que cuenta o no).

De la misma manera utilizamos la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en la consulta, ahora pues la realizamos desde el domicilio del paciente que además nos aportará datos de su entorno.

Este entorno incluye el físico: barrio-calle-vivienda, barreras arquitectónicas, disponibilidad de servicios cercanos o no; y el social: relaciones vecinales y familiares.

El entorno es fundamental ya que la funcionalidad también se define por él y no es trasladable al cien por cien la evaluación en consulta a la del entorno real de las personas (podemos considerar que la movilidad de un paciente es normal pero si vive en una calle empinada o con escaleras o no hay ascensor en su bloque no tendrá las mismas posibilidades de movilidad); una misma persona puede ser válida en un entorno y dependiente en otro.

La valoración domiciliaria implica a todos los profesionales y se hace en sucesivas visitas, cuantificando las capacidades y los problemas de la persona mayor, a través de la exploración de las necesidades básicas (respiración, alimentación/hidratación, moverse y mantener postura adecuada, eliminación, dormir y descansar, higiene/integridad de piel y mucosas, vestirse y arreglarse, mantener temperatura adecuada, comunicarse y relacionarse, evitar peligros, trabajar y realizarse, actividades recreativas, creencias y valores y aprendizaje) con la intención de elaborar un plan de cuidados exhaustivo, consensuando objetivos mutuos, prioridades y estrategias encaminadas a establecer las intervenciones terapéuticas, preventivas, recuperadoras y rehabilitadoras en función de las características del paciente valorado.

Hay que contar con las peculiaridades que puede tener la valoración de la persona en su domicilio y las diferencias con la asistencia en el medio sanitario:

- El paciente está en su medio habitual en el que se desenvuelve su vida: los aspectos de confidencialidad y respeto cobran especial valor (solicitar permiso para entrar, movernos por la casa, sentarnos, etc.).
- La relación profesional-paciente deja de establecerse en términos exclusivamente personales, adquiriendo importancia los aspectos situacionales, que aportarán información adicional a nuestro conocimiento sobre las conductas de salud y enfermedad de las personas y sus causas. Podemos considerar que una persona no realiza determinada conducta de salud por dejadez o desconocimiento, en su domicilio podemos ver si hay explicaciones adicionales como falta de recursos.
- Las exploraciones debemos adaptarlas al medio, no disponemos de las condiciones de iluminación, camilla, materiales e instrumentos que existen en los centros sanitarios.
- Recibimos un caudal de información que forma parte de la Valoración Social y que amplían el conocimiento de las personas y pueden ser clave en la atención presente y futura para el mantenimiento de la autonomía de las personas, entre las que cabe destacar:
 - Vivienda: distribución de la vivienda, barreras arquitectónicas, soleamiento, situación de las áreas donde desarrolla su vida (sala, dormitorio...), capacidad funcional de ABVD e AIVD en su propio domicilio. Riesgos en el hogar.
 - Entorno, barrio: barreras, espacios verdes, posibilidades de socialización (centro de participación activa, centro de día), otras instituciones cercanas, otras redes sociales, transporte público, comercio cercano para favorecer el autoabastecimiento. Riesgos en el entorno.
 - Familia: tipo de familia (extensa, en contracción, vive solo, itinerancia...), tipo de relaciones familiares, proximidad física y afectiva de la familia. Destacar la soledad si existe, tanto en solitario como en compañía (personas ignoradas por el resto de la familia).

- o Contactos sociales: otros familiares, vecinos, amigos, organizaciones...
- Papel que juega la persona mayor en su medio ambiente: dirigente, subordinado actitud activa o pasiva...
- o Aficiones, ocio.
- o Intergeneracionalidad: existencia o no de interacciones con personas de otras edades.
- Empoderamiento: grado de cumplimentación de sus propias decisiones, desde las más básicas a otras mas elevadas (desde la paga mensual a la declaración de voluntades vitales).
- Detección de factores de riesgo frente al maltrato.
- Valoración de apoyos institucionales: servicio de teleasistencia, ayuda a domicilio, servicio de catering, seguimiento del PAI (plan de atención individualizado si tiene concedida alguna prestación por la ley de dependencia).
- Valoración de apoyos no institucionales: grupos sociales que le ayuda y/o visita, ONGs, voluntariado.
- o Familia que le cuida: situación, parentesco, grado de asunción de tareas, coparticipación con otros miembros, sobrecarga ...

El plan de cuidados se realizará siempre bajo el prisma del EA, conjugando por tanto el mantenimiento de las capacidades restantes, la mejora en la satisfacción de las necesidades básicas y en definitiva, el fomento de la obtención de la mejor calidad de vida posible, de dignificación como persona.

A diario manejamos situaciones en domicilio, que son altamente frecuentes y que pueden plantear una oportunidad importante de mejora, en la tabla 9 se exponen alguna de las más frecuentes.

Tabla 9. Situaciones frecuentes de abordaje en el domicilio.

-Pacientes dados de alta con diagnósticos de fracturas de cadera/pelvis donde la intervención temprana dirigida a la recuperación de una óptima funcionalidad en el menor tiempo posible es básica para recuperar las capacidades perdidas, realizando una correcta educación para la salud al respecto y derivando si fuera necesario al equipo de rehabilitación domiciliaria.

- -En pacientes con descompensaciones frecuentes de sus enfermedades crónicas tipo Insuficiencia Cardiaca o EPOC, con uso recurrente de urgencias hospitalarias y/o ingresos, realizando valoración del motivo por el que se desplazó al hospital, en busca de áreas de mejora en cuanto al autocontrol de las mismas, valorando la correcta utilización de equipos de oxigenoterapia, manejo de aerosolterapia e inhaladores, conocimiento de signos y síntomas de reagudización y manera de actuar, correcta utilización y toma de fármacos, apoyo familiar y estado anímico.
- -En pacientes con caídas frecuentes: valorar entorno, barreras en domicilio (espacios seguros), correcta utilización de andadores o bastones, equilibrio, marcha, posible iatrogenia de fármacos, apoyo vecinal y familiar, realización de ejercicio físico para mejorar equilibrio, uso adecuado de calzado, existencia de teleasistencia y uso correcto(siempre colgado del cuello).
- **-En pacientes con demencias**: orientar las intervenciones hacia la conservación intelectual, conservación de seguridad física, mejorar la comunicación, conservación de cuidados personales, mejorar la interacción social, valoración de la nutrición adecuada, equilibrio entre actividad y reposo.
- -En pacientes con dependencia total (vida cama/cama-sillón): realizar valoración de riesgos (broncoaspiración, UPP, desnutrición, espasticidad) abordando cada unos de ellos con las intervenciones correspondientes.

-Las personas que cuidan, se convierten en una doble diana: por un lado ellos mismos son objeto de valoración integral y elaboración de plan de cuidados y en su rol de cuidadores anticiparnos a los grandes problemas derivados de la ejecución del rol, insistiendo en la importancia de su labor, así como en "cuidarse para seguir cuidando" evitando la sobrecarga y facilitando escucha activa, empatía y reforzando la actitud de compartir los cuidados con otros miembros de la familia, ofertar recursos existentes (talleres de relajación, talleres de EPS en cuidados, grupos socioeducativos (GRUSEs), actividades de ocio fomentadas desde el centro de salud o desde otros organismos, existencia de blogs de cuidadoras).

Todos estos son ejemplos de la práctica diaria en atención domiciliaria y suponen una excelente oportunidad para aplicar la estrategia de Envejecimiento Activo.

4. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA COMUNIDAD.

4.-1.- Participación comunitaria.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la participación comunitaria como "el proceso de intervención de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión". La OMS, la propone como uno de los tres pilares fundamentales de la estrategia de Envejecimiento Activo.

El término "activo" supone una implicación continua a todos los niveles: social, económico, cultural, etc.

Las actividades preventivas y de promoción de salud deben realizarse no solo a nivel individual sino ampliarse a nivel poblacional con estrategias de orientación comunitaria. Estas estrategias tienen un enfoque ecológico, en el que el contexto físico y social juega un papel protagonista como parte del sistema donde se desarrolla el ser humano. Cada persona forma parte de una o varias redes sociales que interactúan entre sí. A su vez, cada centro de salud atiende a la población en un contexto social compuesto por varios barrios, núcleos de población o áreas rurales que presentan unas características determinadas, comparten unos problemas e intereses concretos y se relacionan entre sí de forma más o menos organizada formando redes comunitarias.

Se trata de trabajar con el potencial que tiene esa red para favorecer la salud de las personas, es decir desarrollar el "Capital social" de la población, entendido como conjunto de activos sociales o culturales y recursos ciudadanos que procuran conocimientos, destreza y capacitación en las personas por pertenecer a un colectivo común y participar en organizaciones que fomentan su autonomía e influencia en conseguir fines comunitarios⁷³.

Para ello lo primero es identificar los recursos, las capacidades y habilidades de la propia comunidad, esto es son los "activos comunitarios" o "activos en salud", considerando como tales a "cualquier factor o recurso que mejore la capacidad de los individuos y comunidades y la población en general para mantener y sostener la salud y el bienestar" Este es el Modelo de Desarrollo Comunitario Basado en Activos o modelo ABCD (Asset Based Community Development) fundamentado en conocer, desarrollar y utilizar los recursos existentes en una comunidad y en cada persona para que sean ellos los que tomen el protagonismo en su propia salud.

No obstante, nos podemos encontrar con determinado ámbitos sociales donde el entramado comunitario sea débil o exista un cierto aislamiento, por ejemplo el medio rural donde pueden

existir factores como: dispersión de la población, aislamiento, problemas de transporte y comunicación, déficit de servicios, etc⁷⁵que debilitan las redes sociales y el sistema comunitario.

En estos casos, serán los profesionales los que deberán asumir la iniciativa y el liderazgo para poner en marcha proyectos de promoción de salud, de forma que nuestra actuación esté encaminada a proporcionar mayores servicios en aquellas zonas con menos capacidad de acción, mediante el desarrollo de programa y proyectos de intervención comunitarias dirigido a los colectivos socialmente menos favorecidos y que presentan menores niveles de salud. De esta forma contribuiremos a reducir las desigualdades en salud, entendiendo estas desigualdades como "las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia"⁷⁶.

Los pasos a seguir son:

- Conocer las redes comunitarias existentes en la zona: asociaciones, entidades y líderes comunitarios y grupos de referencia; instituciones, equipamientos. (Mapas de activos).
- Conocer sus programas y actividades, grado de influencia sobre el entorno, sus interrelaciones, determinar qué aportan o pueden aportar a las actividades de promoción de salud.

Los Centros de Atención Primaria y su equipo de profesionales forman parte de esas redes donde deben situarse como un nodo más y tratar de influir, catalizando los procesos favorables a la salud. En la Tabla 10 se exponen los activos más frecuentes de cualquier comunidad.

Tabla 10. Activos de Salud Comunitarios

ACTIVOS DE SALUD COMUNITARIOS		
INSTITUCIONES		
Junta de Distrito del Ayuntamiento	Centros Territoriales de Seguridad Social Servicios de Empleo	Centros dependientes de Instituciones públicas
SERVICIOS		
Escuelas infantiles Colegios e Institutos Facultades Centros de enseñanza de adultos Bibliotecas Centros Ciudadanos: Centros de Día, Centros de recursos asociativos, etc. Centros de Servicios Sociales Centros de Estancias Diurnas	Hospitales Centros de Salud Centro de Salud Mental Centros de Especialidades Médicas Centros de Rehabilitación Residencias de mayores Centros para personas con discapacidad Comedores sociales Albergues	Centros culturales: Cines, teatros, museos, salas de exposiciones Centros de ocio y recreativos, restaurantes Iglesias y centros religiosos Cofradías Farmacias Gabinetes psicopedagógicos Comisarías, cuerpos de seguridad Servicio de bomberos Protección civil, servicio de socorrismo Ambulancias
INSTALACIONES DEPORTIVAS, OCIO Y TIEMPO LIBRE		

Gimnasios	Instalaciones deportivas	Clubs deportivos, pistas, campos de futbol
ASOCIACIONES		
Asociaciones de vecinos Asociaciones de mujeres Asociaciones juveniles Asociaciones de mayores	Asociaciones de padres y madres de alumnos Asociaciones culturales Asociaciones deportivas	Peñas deportivas Agrupaciones de partidos políticos Delegaciones de sindicatos
INFRAESTRUCTURA		
Servicios de transporte: Bus, taxi, metro, etc. Servicios públicos: Alcantarillado, aceras, pavimento, recogida de basuras, alumbrado Depuradoras	Vigilancia medio ambiental Playas Parques infantiles Parques de musculación de mayores	Paseos Carril bici Parques y Jardines Bancos públicos Aseos públicos
CULTURALES		
Redes comunitarias	Fiestas locales. Tradiciones	Dieta mediterránea

Los profesionales sanitarios, además de aportar su conocimiento especializado sobre los procesos de salud, se posicionan como personas con influencia sobre la comunidad pudiendo marcar objetivos, estrategias y recursos propios para desarrollar proyectos concretos de intervención. (Ej. Programas de fomento de la actividad física, Promoción de alimentación saludable).

Si bien el Centro de Salud tiene mucho que aportar en cuanto a la promoción y protección de la salud, "para intervenir tendremos que contar con el resto de los servicios y recursos con que cuenta la comunidad" siendo la comunidad la que "se sitúa como el centro y protagonista del proceso"⁷⁷. En la Figura 5 podemos ver claramente los elementos inclusivos en el propio territorio. La Figura 6 pone el énfasis en que la visión debe estar centrada en la ciudadanía y el tejido asociativo, lejos de visiones endogámicas que tan frecuentes han sido en los sistemas sanitarios.

Centro de Salud Servicios sociales

EL TERRITORIO

Centros educativos

Problèmas contantes a varios servicios

Figura 5. Las relaciones en el territorio

Finalidades específicas de los servicios y problemas compartidos.

Tomado de Primeras Recomendaciones PACAP⁷⁷.

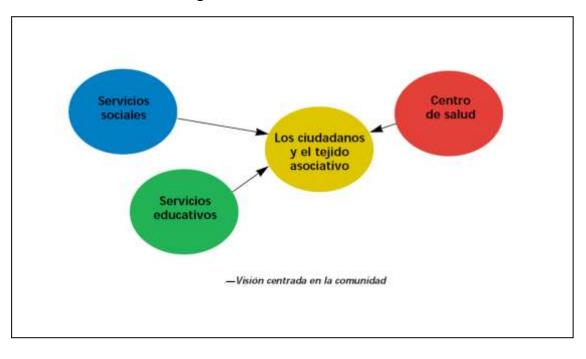


Figura 6. Visión centrada en la ciudadanía

Tomado de: Primeras Recomendaciones PACAP⁷⁷.

Por tanto, para un buen desarrollo de la estrategia, es fundamental contar con la participación de las entidades comunitarias desde el inicio en la identificación de los Mapas de Activos y en la determinación de necesidades, para posteriormente involucrarlos en la planificación de los proyectos a fin de garantizar su compromiso respecto a la consecución de los objetivos propuestos. De esta forma conseguiremos el empoderamiento de las personas y de las comunidades como artífices y protagonistas de su propia salud.

Es importante resaltar que cualquier proyecto de intervención comunitaria debe especificar los objetivos que se propone para luego poder medir si los resultados obtenidos han conseguido alcanzar las metas propuestas. Por otro lado es importante prever cómo medir el impacto de las actividades desarrolladas sobre la comunidad en general.

El modelo de evaluación más extendido en los procesos de intervención comunitaria es el de "Evaluación de programas en cuatro pasos" de Linney y Wasdersman⁷⁸ (Figura 7): 1) Determinar las necesidades, problemas sociales o factores de riesgo (condiciones). 2) Determinar las acciones mediante un programa especificando objetivos concretos para cada necesidad. 3) Medir los resultados o cambios inmediatos como consecuencia de la aplicación del programa. 4) Medir el impacto referido a los efectos a largo plazo o cambios obtenidos en la comunidad.

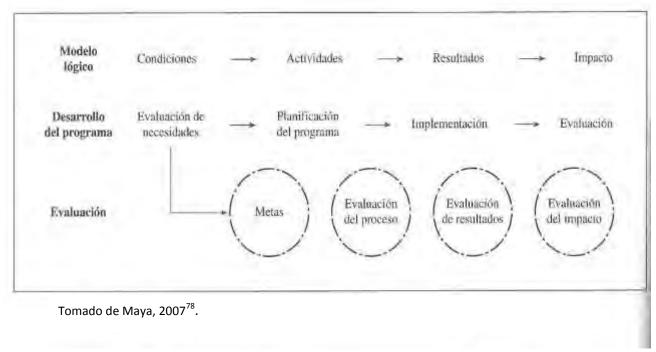


Figura 7. Evaluación de programas en cuatro pasos.

Este es un proceso de evaluación continua ya que una vez alcanzadas las primeras metas surgirán nuevas necesidades para las que habría que establecer un nuevo plan de acción.

4.-2 Envejecer en el entorno rural.

A nivel demográfico, el envejecimiento poblacional en nuestro país tuvo lugar antes en el medio rural, concretamente a partir de los años 60 en que se produce la emigración masiva de los jóvenes de los pueblos a las ciudades (éxodo rural). Este envejecimiento temprano es mayor a menor tamaño de los municipios⁷⁹.

Se produce una masculinización del envejecimiento rural (84 hombres por cada 100 mujeres en el medio rural, frente a 69 por cada 100 en medio urbano)⁷⁹, en el que ha influido el éxodo fundamentalmente femenino, persistiendo el hombre apegado a la explotación de la tierra donde la mujer, salvo en algunas zonas, ocupaba un papel secundario. Existe además una gran viudedad masculina en el medio rural debido a que, a pesar de la sobremortalidad de los hombres, las mujeres viudas abandonan más el medio rural para ir a vivir con los hijos⁷⁹.

El medio rural es claramente heterogéneo, y pueden clasificarse varios tipos de poblaciones rurales en nuestro entorno⁸⁰:

- Municipios implosivos o dinámicos: poblaciones con crecimiento poblacional y actividad económica expansiva, como las afectadas por turismo masivo en la costa o aquellas situadas en áreas periurbanas, absorbidas por la expansión de las ciudades.
- Municipios en regresión o no dinámicos: pequeñas poblaciones con muy baja densidad de población y/o aislamiento geográfico.
- Municipios intermedios: poblaciones de comarcas agrícola-ganaderas con actividad económica consolidada.

En cuanto a las formas de vida, en el medio rural, el número medio de componentes por familia es menor a la media nacional, si bien es relevante la existencia de grupos familiares compuestos por varias generaciones, cuya explicación parece no estar tanto en el mantenimiento de una tradición sino por una función económico-laboral en las exploraciones agrarias o ganaderas, y en aspectos de solidaridad familiar. Las relaciones familiares se establecen en claves de fuerte sentimiento de pertenencia y comunicación basada en redes de parentesco, sobre todo en mujeres⁷⁹.

Es de destacar cómo en la sociedad rural, gran parte de las decisiones respecto a la residencia y herencia están en relación con la atención física y afectiva a las personas mayores de la familia⁷⁹.

Respecto al reconocimiento del poder en la familia, la autoridad se está desplazando de los mayores a los jóvenes, en virtud a sus posibilidades de acceso a las nuevas tecnologías⁷⁹.

Las relaciones vecinales son muy importantes en el medio rural y son protagonizadas fundamentalmente por las mujeres, con canales de relación más extensos y permanentes, mientras que en los hombres las relaciones sociales son más segmentadas. Existe una mayor satisfacción con el entorno relacional en los mayores en el medio rural⁸⁰.

El mantenimiento de la realización de actividades que se vienen realizando desde edades anteriores de la vida es habitual en el medio rural, sobre todo en mujeres, que se han dedicado conjunta y no diferenciadamente a las tareas domésticas, cuidado de los hijos y de los mayores, cuidado de animales, huertos o campos. Al envejecer continúan realizando todas estas tareas mientras no existan limitaciones físicas o mentales, siendo muy suave o inexistente la transición entre trabajo y jubilación.

Esta es una diferencia fundamental con envejecer en el medio urbano: el 44% de mayores en el medio rural mantiene actividades ocupacionales que pueden considerarse como trabajos, frente al 10% en el medio urbano. Puede concluirse en una mayor productividad de las personas mayores en el medio rural, y que esta realización de actividades productivas no es reconocida por sus propios autores, permaneciendo oculta en lo cotidiano y en la rutina previa de actividades establecidas⁷⁹.

Estudios para determinar las claves del envejecimiento en el medio rural indican que las actividades tendentes al Envejecimiento Activo tienen un alto potencial en el medio rural y sin embargo son minoritarias, se reducen a medida que se envejece y predomina un ocio no social y pasivo⁷⁹.

La relación con entornos naturales y más saludables es una característica ventajosa de envejecer en el medio rural. Existe además una mayor percepción de seguridad en el entorno rural (sólo 8% de mayores en medio rural temen a caminar de noche por la calle frente a 33% en medio urbano)⁸⁰.

Respecto a la funcionalidad, se constata, en general, un menor grado de dependencia de las personas mayores en medios rurales⁸¹ y mayores dificultades por inexistencia o difícil acceso a los servicios sociosanitarios en determinados territorios, existiendo también un importante desconocimiento de muchos de estos servicios (sólo el 20% frente al 54% de mayores en el medio rural respecto al urbano conocen el teleasistencia)⁸⁰.

El Observatorio de personas mayores⁸⁰ pone de manifiesto:

 La necesidad de desmitificar el medio rural como prototipo de envejecimiento feliz.
 Las dos principales ventajas de envejecer en el medio rural son la existencia de una pérdida de funcionalidad más gradual y la mayor disponibilidad y extensión de las redes sociales.

- Los cambios en las relaciones sociales en cuanto a la reducción de los lugares de encuentro y oportunidades de contacto y la lejanía a los lugares de residencia de los hijos, van reduciendo esta ventaja.
- La falta o inadecuación de los servicios sociosanitarios en el medio rural. Los servicios de apoyo a personas en situación de dependencia y mayores en general se han desarrollado bajo un modelo predominantemente urbano, concentrando en centros sociales, de día y residenciales determinadas ofertas que no llegan al medio rural, sobre todo en pequeñas poblaciones. La carga de atención sobre el entorno familiar es mayor en el medio rural.

El Observatorio para mayores propone las líneas de intervención para el envejecimiento saludable en el medio rural⁸⁰ que aparecen en la Tabla 11.

Tabla 11. Líneas de intervención para el envejecimiento saludable en el medio rural.

- **Fomento del asociacionismo de personas mayores**, con los objetivos de la promoción de salud, mantenimiento psicofísico y participación. Mejorar el conocimiento y participación en los recursos comunitarios.
- **Desarrollo de un ocio creativo** basado en intereses culturales y aprendizaje significativo como el uso de nuevas tecnologías.
- **Programas de dinamización intergeneracional**. Fomenta el protagonismo y dignificación de las personas mayores, mejora el autoconcepto y diversifica los modelos sociales de envejecer. Algunas experiencias: talleres de maestros mayores y aprendices jóvenes, actividades de recuperación del patrimonio cultural y etnográfico, incorporación a las aulas educativas como maestros en determinados aspectos de las personas mayores, visitas guiadas por mayores a entornos naturales o culturales, encuentros y fiestas intergeneracionales, elaboración conjunta de materiales.
- **Fomento del voluntariado**, como actores y como receptores.
- Servicios y programas específicos para permanecer en casa con calidad de vida: servicio de Ayuda a Domicilio, teleasistencia, servicio de comida a domicilio, servicio de lavandería a domicilio, servicios de transporte para gestiones personales, otros servicios (biblioteca móvil, peluquería, podología).
- **Intervenciones en la vivienda**. Existencia en el medio rural de viviendas antiguas no renovadas con déficits de confort y riesgos.
- **Apoyo a las familias cuidadoras**. Orientación, información, apoyo psicosocial, servicios de respiro, intervención con personas cuidadoras.
- Diseño y puesta en marcha de centros rurales de atención:
 - 1) Centros rurales de apoyo. Dirigidos a personas mayores en situación de fragilidad. Con el formato de centros de día incluyendo manutención, transporte y actividades.
 - 2) Viviendas tuteladas o minirresidencias. Alojamiento alternativo al domicilio de forma temporal o permanente, que por su tamaño y características, combina la asistencia profesional con el mantenimiento del máximo de funcionalidad y rutinas cotidianas.
 - O 3) Acogimientos heterofamiliares: las personas mayores con necesidades de asistencia se integran en familias que reciben una prestación económica. En los lugares donde se ha implantado, funciona mejor en el medio rural, en base al mayor conocimiento y relaciones preexistentes, mediando una relación afectiva previa y estableciéndose un sistema informal de intercambios recíprocos.

4.-3- Experiencias.

Presentamos a continuación algunas experiencias de intervención comunitaria por el EA en el ámbito de atención primaria.

4.-3.-1 Escuela de Envejecimiento Activo Centro de Salud El Palo. Málaga.

Se trata de una zona periférica, con población con fuerte sentimiento de identidad y tradición de asociacionismo.

Se sigue una estrategia de participación comunitaria basada en la coordinación con asociaciones vecinales, ciudadanas y culturales de la zona, en base al objetivo común de la promoción de salud para el envejecimiento saludable. Las actividades se iniciaron en 2009 y continúan en la actualidad, e incluyen⁸²:

- Escuela de salud. Sesiones teórico-prácticas sobre temas de salud realizadas en los Centros de Mayores de la zona.
- Programa de prevención de caídas. Intervención multifactorial en personas mayores que se han caído incluyendo, valoración del equilibrio y la marcha, valoración sensorial, revisión de la medicación, valoración de barreras arquitectónicas en el hogar y práctica del Tai Chi en colaboración con la Asociación de Tai Chi Taoísta y Asociación Tai Chi Sin Fronteras.
- Programa de actividad física: ha incluido los proyectos "Por un millón de pasos", "Itinerarios saludables" y actividad física grupal dirigida a personas mayores con dificultad para la práctica de ejercicio en solitario, en colaboración con la Fundación Deportiva Municipal, dirigidas por una técnica deportiva.
- Programa de alimentación saludable: además de los talleres de alimentación incluidos en la escuela de salud (cesta de la compra, menú semanal, formas de cocinar y de conservar los alimentos, dietas especiales), se realiza una actividad de recopilación de recetas de cocina tradicional de la zona, basada en el pescado y las hortalizas, con posterior análisis y valoración nutricional. Se han recopilado en un libro recetario publicado por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria⁸³.
 - Mensualmente se divulga una receta de las recopiladas para el Libro de Cocina Saludable Paleña que incluye un análisis alimentario, explicando los beneficios y aportes nutricionales y su recomendación para determinados trastornos o patologías. Se la denomina "La receta del mes". Se reparte en las actividades de consulta del centro de salud y en la asociación de vecinos y culturales de la zona.
- Actividades con voluntariado (proyecto "Acompáñame"): colaboración entre el Centro de Salud y las Asociaciones de voluntariado (Cáritas Parroquial, Fundación Harena y Cruz Roja) para acompañamiento en desplazamientos, citas médicas, pruebas diagnósticas y trámites sanitarios de personas mayores con dificultad de acceso a los centros de especialidades de referencia del Centro de Salud.
- Seguridad vial: Detección de puntos de la zona donde se han producido caídas de personas mayores y puesta en conocimiento de las autoridades municipales para corrección de riesgo ambientales.

4.-3.-2.- Talleres para mayores de 65 años. Centro de Salud Victoria. Málaga.

Se trata de una zona del casco antiguo ubicada en el centro de la ciudad, con gran envejecimiento poblacional con problemas de soledad y asilamiento. Se establece una estrategia basada en la intervención grupal.

Se organiza en forma de taller dirigido a unas veinte personas, de ocho sesiones realizadas en el centro de salud y coordinadas por la trabajadora social, con el objetivo del fomento de hábitos de vida saludables, estimulando el mantenimiento de la salud mediante el autocuidado y favorecer la comunicación y expresión de dudas y creencias respecto a la salud-enfermedad. Los temas

incluidos son alimentación e higiene, prevención de caídas, actividad y ejercicio físico, prevención de hábitos tóxicos, uso correcto de medicación, orientación y memoria, promoción de vacunación, soledad y adaptación a las pérdidas, relaciones y habilidades sociales, recursos y prestaciones para personas mayores, entre otros que proponen los propios participantes. La metodología es participativa y flexible e incluye actividades grupales externas de ocio y cultura.

Al mismo tiempo se persigue establecer una red social a través del encuentro, promover la integración de los mayores y crear grupos de ayuda mutua que persistan tras la finalización de la actividad. Se incluye la presentación de las instituciones y asociaciones de la zona para la conexión posterior de los participantes con la comunidad.

5. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA COMUNICACIÓN Y EN LA TOMA DE DECISIONES.

La comunicación, aspecto fundamental del encuentro clínico, tiene unas connotaciones especiales desde la perspectiva del EA. La relación médico-paciente se establece necesariamente a un nivel en que el protagonismo está centrado en la persona como agente activo de su salud.

Se trataría de sustituir los principios de "paciente" y "enfermedad" por los de "persona" y "salud", siguiendo enfoques como el de Salutogénesis ⁸⁴, *Health-Coaching*⁸⁵ o el de Terapia centrada en la persona⁸⁶, con el objetivo de apoyar las personas en la mejora de los estilos de vida y de los resultados en salud a través del cambio en comportamientos y actitudes.

Estos enfoques se orientan al fomento del autocuidado y se materializan en las diversas técnicas y procedimientos:

- Alfabetización en salud⁸⁷: habilidad para tomar decisiones saludables en diversos contextos cotidianos de las personas. Se trata de una estrategia de empoderamiento para aumentar el control de las personas sobre su propia salud, su capacidad para buscar información y para asumir su responsabilidad. Es fundamental el concepto de responsabilidad de la persona sobre la enfermedad, frente al modelo paternalista que hace al enfermo crónico dependiente del sistema sanitario⁸⁸.
- Entrevista motivacional⁸⁹. Se trata de un estilo de entrevista centrada en el paciente con el objetivo de favorecer un cambio de comportamiento, ayudando a las personas a explorar y resolver ambivalencias y a avanzar en el proceso de cambio de conductas. La entrevista motivacional ha mostrado su utilidad en atención primaria⁹⁰.
- Técnicas cognitivo-conductuales. Conjunto de técnicas ampliamente utilizadas en psicología de la salud, que se orienta a la acción para enseñar a la persona a identificar, analizar y modificar patrones disfuncionales de pensamiento y acción. Existen técnicas específicas aplicadas a problemas concretos y existe una amplia base de su evidencia de utilidad. Los aspectos concretos a considerar son:

5.1. Creencias en salud.

Las creencias que las personas tienen acerca de la salud y la enfermedad se relacionan con múltiples variables que afectan a su vida. Así se conoce que una percepción positiva del envejecimiento prolonga la vida 7,5 años respecto a las personas con percepciones negativas, con un impacto mayor en la longevidad que las cifras de colesterol o tensión arterial⁹¹. También se ha encontrado⁹² que la percepción negativa de los pacientes sobre sus problemas de salud, particularmente la percepción de cronicidad y de severidad de las consecuencias, se asocia a peor

salud autopercibida, menor satisfacción del paciente y mayor uso de servicios sanitarios.

En aspectos concretos, las creencias pueden condicionar conductas importantes como la adherencia al tratamiento: por ejemplo si un paciente con EPOC cree que los inhaladores producen "enganche" los usará "lo menos posible".

Por lo tanto, desde una perspectiva de EA, es fundamental conocer las creencias que las personas tienen, sobre todo respecto a sus propios riesgos, a fín de incluir elementos de éstas en las intervenciones, potenciando las positivas y motivando al cambio de las que constituyen barreras potenciales o reales para el EA.

5.2. Afrontamiento de las situaciones de salud/enfermedad.

La forma en que las personas afrontamos las situaciones vitales determina en gran medida el éxito en la consecución de un mayor bienestar y calidad de vida.

Existen dos estilos generales de afrontamiento:

- Afrontamiento inefectivo o evitativo: la persona huye del problema tratando de minimizar el daño. Incluyen estrategias como:
 - Pensamiento mágico: mantener la esperanza de que ocurra un milagro, es decir que la situación problemática termine y desaparezca de repente y para siempre. Esta estrategia hace perder tiempo para un afrontamiento efectivo esperando algo que no va a ocurrir y genera sentimientos de frustración.
 - Buscar culpables: la persona se defiende de lo que siente y se centra en pensar quién ha podido tener la culpa: uno mismo, la familia o los profesionales sanitarios.
 El problema es estancarse en ese sentimiento, la culpa, que hace víctima a la persona, genera impotencia y la bloquea para actuar ante la enfermedad.
 - No pensar en la enfermedad puede formar parte de una distracción normal o puede caer en comportamientos patológicos. Una forma de no pensar es descuidar el cuidado de la enfermedad y el seguimiento de controles sanitarios requeridos que no harán sino empeorar la situación.
 - Pensamiento catastrofista. Supone asumir que la enfermedad es lo peor que podría pasar, que su evolución va a ser la peor de las posibles y sus consecuencias las más graves.
 - Estilo de vida pasivo. La enfermedad lleva a cambiar el estilo de vida más allá de lo que exigen las adaptaciones y requerimientos de la misma, rechazando ejecutar actividades cotidianas y seguir manteniendo relaciones sociales que podrían ser compatibles con el curso de la enfermedad. Esta actitud de inactividad y aislamiento social priva a la persona de sus fuentes de gratificación y es altamente depresógena.
- Afrontamiento efectivo o confrontativo: la persona se enfrenta al problema, busca soluciones, trata de mejorar sus condiciones de vida con la enfermedad. Más útil a largo plazo. Incluye:
 - Mantenimiento de una vida activa: la persona debe recuperar en la mayor medida posible su actividad cotidiana, adoptando los cambios necesarios que la enfermedad requiera. Si se adopta el enfoque de la Salutogénesis, en éste el concepto de recuperación se refiere no a volver a la situación previa a la aparición del problema de salud, sino a "recuperar" el proyecto de vida de la persona, que fue interrumpido total o parcialmente por la enfermedad, pero que en lugar de quedar bloqueado (afrontamiento infectivo) vuelve a ejecutarse aunque modificado.
 - Apoyo del entorno.

- Regulación emocional: supone la aceptación emocional, "darse permiso" para sentir lo que la enfermedad nos provoque y estar dispuesto a exponerse y experimentar las situaciones que provocan dichos sentimientos.
- Hacer frente a: 1) los cambios cognitivos, evitando la inactividad física, el abandono de actividades y el aislamiento social, que repercuten negativamente al restringir las oportunidades de realizar actividades de entrenamiento cognitivo; 2) los contenidos mentales desadaptativos en forma de preocupaciones exageradas o pensamientos negativos persistentes.

El afrontamiento activo se basa en gran medida en la percepción de la propia capacidad, es decir en la autoeficacia percibida. La autoeficacia se define como la creencia de una persona en su habilidad para controlar, organizar y ejecutar acciones orientadas a conseguir un objetivo importante para la persona, con un nivel de dominio adecuado y suficiente. La autoeficacia se ha mostrado como un importante predictor de cambios en las conductas de salud.

Debemos conocer las estrategias de afrontamiento más utilizadas por cada persona para planificar las intervenciones, aprovechando las activas, recordando aquellas utilizadas a lo largo de la vida en eventos negativos y que fueron útiles y que pueden adaptarse a la situación actual devolviendo a la persona una percepción de la propia capacidad. Los afrontamientos no exitosos deben señalarse como poco útiles y evitar su reiteración que solo va a afianzar el sentimiento negativo de impotencia.

5.3. Demandas y prioridad para la persona.

La comunicación eficaz desde la perspectiva de EA incluye el protagonismo del paciente, con lo que la atención debe centrarse en sus demandas y prioridades, consensuadas con los elementos que el conocimiento científico-técnico del profesional aporta al establecimiento de una intervención orientada a la mejora de su salud y bienestar. No se trata de "dar al paciente lo que pida" o "el paciente siempre tiene la razón", sino de conocer y considerar sus prioridades. Por ejemplo, para un paciente puede ser prioritario no tener dolor aunque en la valoración clínica hayamos encontrado una función renal alterada que puede ser considerada prioritaria por el profesional.

5.4. Identificación y valoración de la persona cuidadora.

La necesaria consideración de la persona en su contexto lleva a encontrar el binomio persona dependiente-persona cuidadora. Aun en personas que mantienen la capacidad funcional, se detecta precozmente una persona cuidadora potencial que se ocupa de "estar pendiente" de su salud. La detección e intervención sobre la persona cuidadora ha demostrado utilidad en la prevención de la sobrecarga del cuidador y previene problemas en los cuidados del paciente. Las intervenciones de apoyo al cuidador son beneficiosas, sobre todo la combinación de apoyo educativo, emocional y de recursos ^{93 94}.

5.5. Nuevas tecnologías de la comunicación.

La utilización de las nuevas tecnologías (blogs, redes sociales) en relación a la conservación de la salud supone un campo esencial para avanzar en el protagonismo de las personas y en el establecimiento de redes de apoyo.

Enfoques como el de las Asociaciones de afectados o de ayuda mutua y Escuelas de Pacientes (www.escueladepacientes.es) apuntan en este sentido.

La Escuela de pacientes consiste en un proyecto de formación, intercambio y ayuda mutua, en la que personas que presentan una determinada enfermedad o situación de riesgo, enseñan a otros a mejorar su bienestar y calidad de vida. Este tipo de experiencias, también llamadas de Paciente Experto, ha mostrado mejora de calidad de vida, en el control de la enfermedad, en la actividad física y social y en la relación con los profesionales ^{95 96 97}.

6. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL ABORDAJE DE LAS PATOLOGÍAS CON MAYOR INCIDENCIA EN LA FUNCIONALIDAD.

6.1. Patologías frecuentes relacionadas con la funcionalidad.

La población mayor suele presentar una o varias enfermedades crónicas (media de 4,1 entre los 65 y 74 años y de 4,7 en mayores de 75)⁹⁸, que son también las principales causas de dependencia, como las enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica), la EPOC, las enfermedades neurológicas, las osteoarticulares, que llegan a afectar a más del 50% de la población mayor de 65 años⁹⁹, y las deficiencias sensoriales de vista y oído¹⁵, constituyendo las principales causas de mortalidad las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias y las enfermedades respiratorias¹⁰⁰.

En datos de Andalucía, la media de enfermedades crónicas a los 65 años en 2,1 y a los 75 es de 2,45, mostrando un crecimiento exponencial con la edad¹⁰¹. La prevalencia de cronicidad en población mayor de 16 años es del 45,6% y de pluripatología del 22%. La media de edad de las personas con 3 o más enfermedades crónicas en Andalucía es de 65 años¹⁰². En la Tabla 12 se presentan las prevalencias más destacables.

Tabla 12. Prevalencia de enfermed	lac	ies m	às t	recuent	tes (en	personas mayores.
------------------------------------------	-----	-------	------	---------	-------	----	-------------------

Enfermedad crónica	65-74 años (%)	75 o más años (%)	Andalucía
			60-74 años %
Hipertensión arterial	50,65	53,89	69,6*
Infarto de miocardio	6,49	8,87	
Artrosis, artritis, reaumatismos	51,04	56	
Diabetes	17,25	19,72	28,2%*
Cataratas	20,52	38,64	
Depresión, ansiedad	21,07	20,97	
Bronquitis crónica	9,1	13,3	
Tumores malignos	6,62	4,99	

Tomado de ENSE, 2006⁹⁹.

Si nos centramos en las patologías que más afectan a la funcionalidad en el envejecimiento, consideraríamos las siguientes:

- Enfermedades Neurológicas:

a.- Demencias:

El índice de prevalencia de la demencia en el año 2010 es de 34.327 hombres y 67.386 mujeres. El total de personas con demencia sería 101.713, de las que padecerían Enfermedad de Alzheimer 52.300, y estarían en la fase media-moderada 31.380.

^{*} Estudio DRECA (Dieta y Riesgo de Enfermedades cardiovasculares en Andalucía). De la Higuera JM, Pereiro R, San Juan P (Coords). Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud. 1999.

La estimulación cognitiva y el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) así como la detección precoz del deterioro cognitivo serían las principales intervenciones desde el EA para esta patología. Se añade el apoyo a las personas cuidadoras.

b.- Accidente cerebrovascular:

En España el ataque cerebrovascular (ACV) constituye la primera causa de mortalidad femenina y la segunda en los varones. Asimismo, es la primera causa de secuelas neurológicas permanentes para ambos sexos. Uno de cada cinco ACV ocurre en individuos en edad laboral. Una vez instaurado, debe realizarse una atención sanitaria dirigida a la rehabilitación y a la prevención secundaria, y esta última debe mantenerse indefinidamente dada su recurrencia.

Las principales acciones de EA incluyen el control de los FRCV, con especial atención al tabaquismo, la actividad física, la adaptación del entorno físico y la rehabilitación.

c.- Enfermedad de Parkinson:

La edad de aparición suele ser normalmente a los 60 años, pero se calcula que uno de cada diez casos se diagnostica antes de los 50 y el porcentaje de afectados es ligeramente mayor en hombres que en mujeres. Según las estadísticas, en Europa sufren la enfermedad de Parkinson 1,2 millones de personas, 150 000 en España¹⁰³.

Los diferentes trabajos epidemiológicos sitúan la incidencia estandarizada anual, valor más indicativo del riesgo que la prevalencia, en 8-18/100.000 habitantes. Estas cifras podrían quedarse cortas ya que varios estudios han demostrado que se trata de una entidad considerablemente infradiagnosticada. Respecto a la población española, un estudio epidemiológico en sujetos de entre 65 a 85 años situó la incidencia de la enfermedad en este grupo en 186 por cada 100.000/año¹⁰⁴.

El EA orienta la detección precoz de esta patología en los trastornos de la marcha y el equilibrio, la recomendación de actividad física, la adaptación del entorno y la terapia ocupacional.

d.- Neuropatías periféricas.

Las principales causas son la diabetes y el alcoholismo. La diabetes es la causa más frecuente de amputación de miembros inferiores después de los traumatismos. Las personas con diabetes tienen un riesgo de amputación de 20-40 veces mayor que las personas sin diabetes.

Las recomendaciones sobre alimentación y hábitos tóxicos son fundamentales en la prevención de estas patologías. La educación sanitaria sobre los cuidados del pie y su examen, junto con el control metabólico, la corrección de los FRCV y el tratamiento precoz del pie diabético son claves para prevenir tales consecuencias¹⁰⁵.

- Enfermedades Cardiovasculares:

Las enfermedades del aparato circulatorio, definidas según la CIE, comprenden entre otras la enfermedad cerebrovascular, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardiaca constituyen la primera causa de mortalidad en los países occidentales. En España fueron responsables del 35% del total de defunciones del año 2000 (30% hombres y 40% mujeres) y esta cifra se eleva al 38% en Andalucía (33% hombres y 45% mujeres). Dentro de ellas, las dos principales causas de mortalidad son la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares (provocan los 2/3 del total de muertes por enfermedad cardiovascular)¹⁰⁶.

El control de los FRCV incluye las recomendaciones alimentarias, de abandono del hábito de fumar y la actividad física regular.

3.- Enfermedades Respiratorias:

Las enfermedades respiratorias constituyeron, en el año 2002, la tercera causa de muerte en nuestra Comunidad Autónoma en población mayor de 65 años. De éstas, la EPOC representa la principal causa de muerte con unas tasas ajustadas por edad en población europea por 100.000 habitantes de 50,1 en hombres y 10,6 en mujeres, representando en nuestro país la cuarta causa de muerte en el varón y la décima en la mujer.

En la actualidad se estima que para el año 2020 la EPOC será la tercera causa de muerte a nivel mundial, debido a los efectos de la epidemia del tabaquismo por un lado y por otro al envejecimiento de la población.

La lucha contra el tabaquismo es una medida clave para el objetivo de EA aplicable en todas las edades. La actividad física mejora la capacidad respiratoria en todas las enfermedades pulmonares.

4.- Enfermedades Osteoarticulares:

a.- Artrosis:

La artrosis es la enfermedad articular más frecuente. Más del 70% de los mayores de 50 años tienen signos radiológicos degenerativos en alguna localización. Por otro lado, la artrosis es también la causa más común de incapacidad en personas de edad avanzada. Se estima que el 10,2% (8,5%-11,9%) de la población adulta presenta artrosis sintomática de rodilla. La prevalencia de la artrosis de cadera, más difícil de determinar, probablemente esté por debajo del 5% 107.

Elemento clave del EA en esta patología es evitar el sobrepeso y la obesidad y la práctica de ejercicio físico adaptado. La fisioterapia y el uso de ortesis o ayudas para la marcha debe considerarse como elemento paliativo.

b.- Fractura y artroplastia de cadera:

Es una de las lesiones más frecuentes en pacientes mayores de 65 años (9 de cada 10 pacientes) y presenta múltiples problemas médicos y sociales.

En esta población se detectan como factores pronósticos de mortalidad en el primer año: la edad, el sexo masculino y menor puntuación en las escalas de valoración MiniMental e Índice de Barthel¹⁰⁸.

El EA en esta patología orientaría a la mejora del equilibrio y la prevención de caídas mediante la detección precoz del riesgo y la intervención multifactorial incluyendo alimentación y actividad física, revisión del tratamiento, corrección de déficits sensoriales y de barreras o riesgos en el entorno físico.

5.- Enfermedades Sensoriales:

a.- Presbiacusia:

La presbiacusia o pérdida auditiva relacionada con la edad es la causa más común de hipoacusia, afectando aproximadamente al 40% de la población mayor. La presbiacusia repercute notablemente en la calidad de vida de las personas que la padecen. Por estas razones, su diagnóstico y tratamiento tienen un peso importante en la salud pública¹⁰⁹.

b.- Catarata:

A pesar de las diferencias en la definición de la enfermedad y de las poblaciones estudiadas, es común un aumento de la prevalencia de esta enfermedad asociada a la edad. A edades menores de 50-55 años las prevalencias son bajas, del orden del 0,2% al 7%; en grupos de edades intermedias (55-65 aproximadamente) las cataratas afectan a alrededor de un quinto de la población y, a partir de los 70-75 años, las cataratas afectan a entre un 40% y más del 60% de la población. A su vez, los resultados muestran que en casi la totalidad de los estudios, las mujeres presentan más cataratas que los hombres y que estas diferencias tienden a aumentar con la edad¹¹⁰.

c.- Pérdida de visión por glaucoma

El número total de personas que presentan esta enfermedad es elevado, pues su prevalencia oscila entre el 1.5% y el 2% en los mayores de 40 años. Es una de las principales causas de ceguera irreversible en el mundo. La forma más frecuente, que corresponde al 60% de los casos, es el glaucoma de ángulo abierto.

La detección precoz y corrección de los déficits permitirán mejorar las repercusiones funcionales de estas patologías. En el caso de la catarata debe añadirse la recomendación del abandono del tabaquismo.

- Enfermedades Mentales:

Basándonos en los resultados del estudio ESEMeD-España, se puede estimar que en Andalucía en el año 2006, 677.932 personas padecerían algunos de estos trastornos mentales, de los cuales 79.757 tendrían la consideración de graves¹¹¹. Según población atendida, los trastornos más frecuentes en nuestra comunidad serían los afectivos y los trastornos de ansiedad, depresión y somatomorfos.

En cuanto al Trastorno Mental Grave (TMG), no existen estudios con metodología homogénea que permitan estimar la prevalencia en la población, aunque sí de la morbilidad atendida en los dispositivos de salud mental estimándose que entre 1,5 y 2,5 por cada 1.000 personas de la población general sufre estos tipos de trastornos¹¹².

El EA orienta en estas patologías la necesidad de un abordaje integral que incluya la intervención en trastornos emocionales y crisis vitales de las personas, la detección de la depresión, la valoración funcional, familiar y social de las personas con mayor vulnerabilidad, el adecuado tratamiento farmacológico y no farmacológico y el apoyo a las familias. La práctica de actividad física ha mostrado mejorar los síntomas depresivos y las técnicas de relajación los trastornos de ansiedad. La recomendación de mantener relaciones sociales y actividades de ocio participativo son eficaces.

- Puliuripatología.

El abordaje de la presencia de varias enfermedades crónicas en la misma persona, desde una orientación de Envejecimiento Activo orientada al mantenimiento de la funcionalidad y calidad de vida, precisa centrarse no en enfermedades concretas sino en personas concretas ¹¹³. La pluripatología en sí misma empeora la calidad de vida y aumenta el riesgo de: progresión de las enfermedades, efectos adversos de la medicación, hospitalizaciones, dependencia y mortalidad ¹¹⁴ ¹¹⁵ ¹¹⁶ ¹¹⁷.

Para ello se debe incluir la estratificación de la población según su nivel de riesgo, una nueva forma de organización sanitaria coordinada, la participación de la comunidad y el uso de las nuevas tecnologías en la información clínica y toma de decisiones compartidas.

La aplicación a la práctica clínica del enfoque de pluripatología implica intentar determinar mediante un solo parámetro el resumen de lo que supone a la salud de la persona la presencia de las enfermedades y que puede servir como predictor de riesgos. Ese es el fundamento de los índices de Comorbilidad, de los cuales el más usado es el Índice de Charlson, cuestionado en su uso en población mayor⁹⁸, con nuevas propuestas como el índice PROFUND¹¹⁸, validado en atención primaria¹¹⁹.

Dada la frecuente pluripatología de los pacientes y el efecto beneficioso común de algunas de estas intervenciones, existiría también un "pluribeneficio".

La promoción de hábitos de vida saludables es fundamental en la pluripatología así como el autocuidado y la implicación de la familia. Optimizar las posibilidades de recuperación y

mantenimiento de la funcionalidad y considerar el efecto de la pluripatología a nivel de afrontamiento efectivo, son medidas fundamentales del EA en las personas de estas características.

6.2. El Envejecimiento Activo en los Procesos Asistenciales Integrados.

En nuestro ámbito, los Procesos Asistenciales Integrados definen las intervenciones a realizar en determinados problemas de salud. Seleccionamos aquellas que incluyen algunas medidas orientadas hacia el envejecimiento saludable. Algunos de ellos como el de Artrosis, presentan una amplia gama de recomendaciones de promoción de salud y preventivas. La ausencia de éstas en la mayoría de Procesos Asistenciales indica la necesidad de avance en este campo. En el Anexo 4 de exponen aquellos que se han considerado más relevantes

6.3. Otros abordajes.

- 6.3.1. Qué no hacer.

SemFYC ha presentado el documento: "Recomendaciones: No Hacer" elaborado por el Grupo de trabajo específico. Estas recomendaciones «No hacer» abarcan motivos de consulta muy habituales en la práctica clínica diaria del médico de familia, y por tanto pueden tener un notable impacto asistencial, tanto a efectos de seguridad del paciente como en la posible utilización inadecuada de recursos."

De las 15 recomendaciones iniciales de No Hacer, 9 tienen que ver con actuaciones cotidianas en personas mayores y son las que trascribimos:

- 1.- No prescribir antibióticos en infecciones del tracto respiratorio inferior en pacientes sanos en los que clínicamente no se sospecha neumonía.
- 2.- No prescribir antibióticos en las bacteriurias asintomáticas de los siguientes grupos de población: mujeres premenopáusicas no embarazadas, pacientes diabéticos, personas mayores, mayores institucionalizados, pacientes con lesión medular espinal y pacientes con catéteres urinarios.
- 3.- No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad cardiovascular, la demencia o el deterioro de la función cognitiva, en mujeres posmenopáusicas.
- 4.- No prescribir antinflamatorios no esteroideos (AINE) a pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca o cirrosis hepática, y en caso necesario prescribirlos con mucha precaución.
- 5.- No prescribir benzodiacepinas (e hipnóticos no benzodiacepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio.
- 6.- No prescribir de forma sistemática tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años.
- 7.- No indicar el autoanálisis de la glucosa en pacientes diabéticos tipo 2 no insulinizados, salvo en situaciones de control glucémico inestable.

- 8.- No realizar de forma sistemática la determinación de antígeno prostático específico (cribado PSA) en individuos asintomáticos.
- 9.- No solicitar densitometría ósea de forma sistemática en mujeres posmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica sin realizar antes una valoración de factores de riesgo que lo justifique.

- 6.3.2.Otras aportaciones: consideración de la funcionalidad en la toma de decisiones

Existe una tendencia creciente a considerar la funcionalidad de los pacientes como guía de las recomendaciones sobre intervenciones clínicas.

Un ejemplo en este sentido es el documento sobre tratamiento de factores de riesgo vascular en mayores de 80 años¹²¹ (Tabla 13).

Desde una perspectiva de EA, esta consideración debería extenderse a todos los algoritmos de decisión.

Tabla 13. Documento sobre tratamiento de FRCV en personas mayores.

	Pacientes >80 años con (todos): .Expectativa de vida>3años .Escasa comorbilidad .Buena capacidad funcional .Ausencia de trastorno cognitivo importante	Pacientes >80 años con (cualquiera): .Expectativa de vida<3años .Comorbilidad grave* .Deterioro funcional importante .Demencia moderada-grave
Modificación estilo de vida	Indicar cambios: eliminar consumo de tabaco, recomendaciones individualizadas sobre dieta y ejercicio (C)**	Valorar el impacto en la calidad de vida (E)
Hipertensión arterial	Objetivo general ≤150/90 (A) Objetivo en pacientes con intolerancia a medicación≤160/90 (E) Tto antihipertensivo indicado si no se consiguen objetivos con modificación de estilos de vida siempre se sea bien tolerado (A) Evitar TAS<120 y TAD<80 (C) Valorar siempre ortoestatismo (A)	Objetivo general <160/90 (E) Evitar TAS<120 y TAD<80 (C) Si tto antihipertensivo evitar efectos adversos (ortoestatismo, insuficiencia renal, alt iones, incontinencia orina) (E)
Dislipemia	Tratamiento con estatinas indicado en .prevención secundaria si tolerancia buena (A) .prevención primaria si riesgo alto-muy alto, tolerancia buena y no efecto de modificación de estilos de vida	En general, el uso de estatinas no está indicado y debe valorarse su retirada (E)
Antiagregación	AAS 75-100mg prevención secundaria si riesgo hemorrágico no alto (A) prevención primaria si riesgo muy alto (C)	En general, los antiagregantes no están indicados (E)

^{*} fallo órgano avanzado: insuficiencia cardiaca grado funcional NYHA III-IV, EPOC dependiente de oxígeno, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica estadio III-IV, cáncer metastásico.

^{**}niveles de evidencia A,B,C,D,E (American Diabetes Association, 2014).

7. ANEXOS

- ANEXO 1: CRITERIOS DE BEERS

DROGA	Justificación	R	FR
Antiinflamatorios NO esteroideos Aspirina Diclofenaco Ibuprofeno Ketorolaco Meloxicam Naproxeno Sulindaco Piroxicam	Incrementan el riesgo de sangrado gastrointestinal y úlcera péptica, sobre todo los adultos mayores de 75años, que pueden usar en forma concomitante anticoagulantes o antiplaquetarios. Use con inhibidores de la bomba de protones	evitar	fuerte
Anti colinérgicos Clorferinamina Ciproheptadina Dexclorfenidramina Difenhidramina Hidroxicina Agentes antiparkinsonianos Trihexifenidilo	Tienen afecto anticolinergico alto, la depuración disminuye con a la edad, tienen alto riesgo de confusión , boca seca, constipación	evitar	fuerte
Antiespasmódicos Alcaloides de la belladona, clordiazepóxido-clidinium, escopolamina	Efecto altamente anticolinérgico Efectividad incierta solo en cuidados paliativos.	evitar	fuerte
Antitomboticos dipiridamol	Puede causar hipotensión ortostática, hay alternativas más efectivas. Solo se usa para pruebas de stress cardiaco.	evitar	fuerte
Nitrofurantoina	Potencial riesgo de toxicidad pulmonar, pérdida de su eficacia con una depuración menor de 60mil. min tiene inadecuadas concentraciones en orina.	evitar	fuerte
Bloqueadores alfa 1 Prazocín	Alto riesgo de hipotensión ortostática, no se recomienda de rutina en para la hipertensión, alternativas superiores en su perfil riesgo beneficio.	evitar	fuerte
Antiarritmicos Amiodarona Procainamida propafenona	La amiodarona está asociada con enf tiroidea, fibrosis pulmonar y prolongación del intervalo QT. Ajustar dosis por aclaración de creatinina y vigilancia EKG.	evitar	fuerte
Digoxina mas 125mg/d	En la falla cardiaca las altas dosis están asociadas con pobre beneficio clínico y ato riesgo de toxicidad por la disminución de la función renal.	evitar	fuerte
Nifedipino de liberación inmediata(10mg)	Potencial riesgo de hipotensión, riesgo de precipitar isquemia miocárdica.	evitar	fuerte
Espironolactona (más 25mg/d)	En la Insuficiencia cardiaca puede provocar hiperkalemia su asociación con AINES, ECAS y suplementos de K. Limitar su uso en paciente con aclaración creatinina menor de 30ml/min.	evitar	fuerte
Triciclicos Amitriptilina Clorimipramina imipramina	Tienen alto efecto anticolinérgico, sedación, hipotensión ortostática.	evitar	fuerte
Antipsicóticos primera y segunda generación	Incrementan el riesgo de EVC y mortalidad en personas con demencia.	evitar	fuerte
Benzodiacepinas Corta acción Alprazolam LorazepamTriazolam Larga acción ClonazepamDiazepamFlurazepam	Los adultos mayores tienen una alta sensibilidad a las benzodiacepinas de vida media larga, incrementan el riesgo de deterioro cognitivo, delirium, caídas y fracturas.	evitar	fuerte
Endocrinológicos Metiltestosterona Testosterona Estrógenos con o sin progestágenos Hormona de crecimiento	Potencialmente puede provocar problemas cardiacos, no usar en el cáncer de próstata. Solo en hipogonadismo. Fuerte evidencia de efectos carcinogénicos de mama y endometrio, pérdida de efectos cardioprotectores y protección cognitiva en mujeres mayores. Edema, artralgias, síndrome del túnel del carpo, ginecomastia e hiperglucemia.	evitar mode- rado evitar	débil mode- rado fuerte

El uso de los criterios deberá ser una guía y siempre se deberá ponderar el juicio clínico del médico a fin de indicar posibles alternativas de un fármaco más seguro o las terapias no farmacológicas destacando que un enfoque, "menos es más "esto a menudo es la mejor manera de mejorar los resultados de salud de los adultos mayores.

R=Recomendación. FR=Fuerza de la recomendación

ANEXO 2: CRITERIOS STOPP/STAR

	CRITERIOS STOPP /START					
87 criterios, pretenden optimizar el tratamiento crónico domiciliario del paciente mayor.		que se deberían suspender = STOPP que se deben iniciar = START				
	·	en función de la situación fis	iopatológica del paciente			
CRITERIOS STOPP						
Sistema Cardio vascular	 2.Diuréticos de asa. Para edem eficacia, las medias comprensiva 3. Diuréticos de asa como mor efectivas). 4. Diuréticos Tiazidicos con ante 5. Bloqueadores beta no car broncoespasmo). 6. Bloqueadores beta en combin 7 Uso de diltiazem o verapamil NYHA (New York Herat Associati 8. Antagonistas del calcio en estr 9. Acetilsalicílico en combinacidigestiva). 10. Acetilsalicílico dosis mayor dimayor eficacia). 11. Acetilsalicílico sin antecedente arterial periférica o antecedente 12. Acetilsalicílico para tratar ma 13. Warfarina para un primer epimeses (No se ha demostrado un 	as maleolares aislados, signos is son indicadas). Interapia para tratamiento de cedente de gota (exacerba la guioselectivos en la enf. puración con verapamilo (riesgo con). Interación con verapamilo (riesgo con). Interación con warfarina sin antaguite de cardiopatía isquémica, en colusivo arterial. Intereo no claramente atribuible a pisodio de trombosis venosa probeneficio).	Imonar obstructiva crónica (riesgo de de bloqueo cardiaco sintomático). Congestiva grado funcional III o IV de la gonista H2 (alto riesgo de hemorragia esgo de sangrado sin mayor evidencia de enfermedad cerebrovascular, enfermedad			
Sistema Nervioso Central y psico fármacos	 Antidepresivos tricíclicos con demencia (riesgo de empeoramiento de deterioro cognitivo). Antidepresivos tricíclicos con glaucoma, trastornos de la conducción cardiaca, estreñimiento, retención urinaria. Benzodiacepinas de vida media larga por más de un mes: sedación, confusión y caídas. Neurolepticos como hipnóticos a largo plazo (riesgo de confusión, hipotensión, efecto extrapiramidal y caídas). Neurolépticos en el Parkinsonismo (emporan los datos de parkinsonismo). Fenotiazidas en pacientes con epilepsia (pueden bajar el umbral convulsivo). IRSS con antecedente de hiponatremia clínicamente significativa (hiponatremia inferior de 130mmol/ no iatrogénica en los 2 meses anteriores). Antihistamínicos de primera generación por más de una semana (riesgo de sedación y efectos anticolinérgicos). 					
Gastro	-	nóstico). Puede precipitar ur	iento de la diarrea de causa desconocida n megacolon tóxico en la enfermedad iteritis infecciosa grave.			

intestinal	2.Metoclopramida en pacientes con Parkinson (puede exacerbar parkinsonismo). 3.Inhibidores de bomba de protones para la enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas.					
Respiratorio	 Teofilina como monoterapia en el EPOC (existen alternativas más seguras y efectivas). Corticoides sistémicos en lugar de corticoides inhalados para el tratamiento de mantenimiento del EPOC. Ipatropio inhalado en el glaucoma (puede agravarlo). 					
Musculo esquelético	de exacerbar exacerbación 2. Uso prolo	 AINES con antecedente de enfermedad ulcerosa crónica o hemorragia digestiva, con HTA por riesgo de exacerbar la hipertensión arterial, con insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal por riesgo de exacerbación y/o agravamiento por mayor deterioro de su clase funcional. Uso prolongado por más de 3 meses para la inflamación y el dolor de articulaciones por osteoartrosis (se usa de preferencia analgésicos). 				
Sistema Endocrino	Bloqueado hipoglucemia		mellitus 2 (riesgo de enmascaramiento de los síntomas de			
propensos a	_	ivamente a los meses).	Benzodiacepinas: sedantes pueden reducir el sensorio, deterioran el equilibrio. Neurolépticos: pueden causar discrasia de la marcha y parkinsonismo. Antihistamínicos de primera generación: sedación. Vasodilatadores (pueden causar hipotensión). Opiáceos por largo tiempo puede causar somnolencia e hipotensión postural.			
			dos medicamentos de la misma clase como 2 opiáceos, AINES, Debe optimizarse la monoterapia antes de considerar el			
	Screening	l g Tool to Alert doctors to Rig	tht Treatment.			
CRITERIOS	_		atención del médico sobre tratamientos <i>indicados y</i>			
START.	Estos me	apropiados. Estos medicamentos deben ser considerados en personas de 65 años o más que tengan enfermedades, cuando no exista contraindicación para su uso.				
Sistema		rina en presencia de FA crón				
Cardio-			ando la warfarina este contraindicada.			
vascular		clopidrogel con antecedenti eriférica en pacientes en rit	e bien documentado de enfermedad coronaria, cerebral o mo sinusal			
		•	ndo la presión sistólica sea normalmente superior a los			
	l60mmhg.					
	5. Estatinas con antecedente bien documentado de enfermedad ateroesclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica cuando la situación funcional sea de independencia para las					
	actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años.					
	6. IECA en la insuficiencia cardiaca crónica.					
	7. IECA en infarto agudo del miocardio.8. Bloqueador beta en la angina crónica estable.					
Sistema	1 Δσηρίς	tas heta 2 o anticolinergico	inhalado en el asma o el FPOC leve a moderado			
respiratorio	0					

Sistema Nervioso central	1. Levodopa en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional evidente y con
Nervioso central	discapacidad. 2. Antidepresivo en presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos 3 meses.
Sistema Gastro intestinal	 Inhibidores de bomba de protones en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o la estenosis péptica que precise dilatación. Suplementos de fibra en la enfermedad diverticular sintomática con estreñimiento.
Sistema Músculo esquelético	 Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide moderada a grave activa de más de l2 semanas de duración. Bisfosfonatos en pacientes que reciben corticoides orales a dosis de mantenimiento. Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida (evidencia radiológica o fractura por fragilidad previa o cifosis dorsal adquirida).
Sistema Endocrino	 Metformina en la Diabetes Mellitus 2 y Síndrome Metabólico en ausencia de insuficiencia renal. IECA o ARA2 en la DMT2 con nefropatía con proteinuria franca o microalbuminuria (proteinuria mayor de 30mg/24). Antiagregantes plaquetarios en la DM2 si coexiste uno o más factores de riesgo cardiovascular (HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo). Estatinas en la DM2 si coexisten más factores de riesgo cardiovascular.

ANEXO 3: NORMAS DE PRESCRIPCIÓN EN MAYORES.

NO	NORMAS DE PRESCRIPCIÓN EN MAYORES			
	Prescribir el	menor número posible de fármacos.		
Principal	 A las dosis ac 	decuadas.		
	Revisando per	eriódicamente el tratamiento.		
	 Evitando dur 	olicidades.		
	 Valorando la 	posibilidad de efectos adversos e interacciones indeseables.		
	 Elaborar una historia farmacoterapéutica donde se recoja la medicación que toma y que debe llevar siempre consigo (puede ser el Plan Terapéutico Único de la Historia de Salud electrónica). 			
Uso		mentos de eficacia demostrada , baja toxicidad y con experiencia de uso.		
fármacos	·	re que sea posible usar un elevado número de fármacos, para disminuir nteracciones y efectos adversos.		
Se		 Usar los medicamentos que produzcan menos reacciones adversas y/o interacciones con los medicamentos de mayor uso en las patologías geriátricas. 		
recomienda	Buscar la dosis mínima eficaz y aumentar progresivamente si se precisa, vigilando los efectos adversos.			
	 Ante la aparición de un nuevo síntoma o problema de salud, valorar la posibilidad de que esté causado por un fármaco. En caso contrario podría llevar a una medicación en cascada con aumento de problemas relacionados con la medicación. Suspender los fármacos sin un claro beneficio terapéutico (ejemplo fármacos de utilidad terapéutica baja). 			
	 Siempre que sea posible, simplificar los tratamientos y las posologías. 			
	 Revisar periódicamente (al menos semestral o anual) los fármacos prescritos, su dosis, duración y consecución de los objetivos propuestos para dicho fármaco. Evitar la medicación innecesaria. 			
Fracaso	Sospechar una falta	 Preguntar al paciente si el coste de la medicación le supone un problema, y considerar opciones para reducirlo. 		
terapéutico	de adherencia al tratamiento.	Educar al paciente y sus cuidadores sobre la correcta toma de la medicación.		
		Controlar la automedicación.		

ANEXO 4: RECOMENDACIONES DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS (PAIS) EN LOS PROCESOS QUE MÁS AFECTAN A LA FUNCIONALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES.

ARTROSIS¹⁰⁷

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

1.- EDUCACIÓN DEL PACIENTE

La educación del paciente y la familia sobre la enfermedad y su tratamiento es considerada en las distintas guías de la práctica clínica como parte integral del tratamiento de los pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla.

Indicar al paciente pautas de protección articular y de modificación de hábitos de vida para proteger las articulaciones frente a un daño ulterior, es considerado como un aspecto básico en el tratamiento desde el momento del diagnóstico de esta afección.

Se debe señalar al paciente las actividades que provocan mayor sobrecarga e indicarle los métodos para reducir el estrés articular. En general, esto incluye la reducción de peso en pacientes obesos, y desaconsejar en todos los casos el sedentarismo.

2.- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

I.- PROTECCIÓN ARTICULAR

- AYUDAS A LA MARCHA

La utilización de un bastón en la mano contraria a la cadera y/o rodilla afectada, o más dolorosa, reduce la carga en la articulación afecta y el estrés biomecánico que se produce en ellas. De este modo, se puede reducir el dolor y mejorar la movilidad del paciente. Su utilización puede ser un componente apropiado en el tratamiento de estos pacientes.

Se aconseja el bastón cuando el dolor es juzgado como moderado o intenso, y cuando se produce una limitación de la actividad de la marcha.

El bastón de elección es el bastón canadiense, con apoyo en la mano y en el codo, a una altura adecuada. Otros bastones pueden reemplazar al bastón canadiense cuando éste es rechazado por motivos estéticos.

- CALZADO

Se recomienda un calzado con suela de goma por su capacidad para absorber parte de la energía del choque contra el terreno al posar el pie. En general, se recomienda que el calzado lleve tacón de poca altura (2-3 cm). Se trata de recomendaciones de consenso.

- ORTESIS

Las plantillas de materiales blandos pueden suplir, en parte, el efecto de la suela de goma, por lo que pueden ser recomendadas para el calzado cuando el paciente descarte el empleo de ese tipo de suela.

Las plantillas de diseño específico para contrarrestar defectos del pie o de alineación del tobillo, como el pie valgo o el pie cavo, también pueden ser recomendadas.

La utilización de estas ortesis puede reducir el dolor y permitir que el paciente mejore su capacidad de marcha, sin añadir riesgos. Estas recomendaciones están recogidas en las guías de la práctica clínica utilizadas sin que, actualmente, existan evidencias sobre su beneficio en pacientes con osteoartritis.

Existen otras ortesis para circunstancias especiales; por ejemplo cuando es necesario inmovilizar la rodilla y derivar la carga por tutores externos, que deben ser valoradas por profesionales especializados.

- OTRAS AYUDAS TÉCNICAS

Aunque la eficacia de las ayudas técnicas en pacientes con osteoartritis no está claramente definida, éstas deben ser tenidas en cuenta.

La utilización de elevadores del asiento (por ejemplo, del retrete), agarraderas para el baño, pasamanos en escaleras o rampas, o ayudas técnicas para evitar la flexión de la rodilla en las actividades de la vida diaria, pueden ayudar a incrementar la función e independencia funcional en estos pacientes.

Dada la necesidad de individualizar el tratamiento de estos pacientes, y tomar en consideración otros factores individuales, como son la edad y la comorbilidad que presente, en aquellos pacientes que tras su valoración se observa una afectación de la funcionalidad, puede ser necesario la prescripción y adaptación de otras ayudas técnicas con la colaboración de terapia ocupacional.

- MEDIDAS PARA EVITAR CAÍDAS

Desde el momento en que se afecta la marcha del paciente es necesario que se tomen medidas para evitar las caídas, incluyendo la modificación del hábitat del paciente. Las recomendaciones más habituales, además del uso del bastón, son:

- Sujeción adecuada del calzado, de forma que no se use calzado que se pueda deslizar del pie. Suela de goma siempre.
- Eliminación de puntos de tropiezo, como alfombras y desniveles.
- Iluminación permanente de los trayectos posibles, como el del baño.
- Sustitución de escalones por rampas adecuadas y barandillas para cualquier tipo de ascenso o descenso.
- Evitar la marcha por suelos húmedos o deslizantes, con limpieza de manchas deslizantes.
- Evitar subirse a escaleras de mano y taburetes, colocando la ropa y los utensilios al alcance de la mano y solicitando ayuda para realizar tareas en alto, como cambiar cortinas.

II.- MEDIDAS FÍSICAS:

- CALOR Y FRÍO

Frío: Las técnicas de aplicación de frío, como bolsa de hielo sobre paño, agua fría bajo la ducha, o cold-pack, han mostrado su efecto beneficioso en osteoartritis de rodilla, en relación a la mejoría de la movilidad articular de la rodilla, y del estado funcional. El masaje con frío ha demostrado resultados favorables, después de 2 semanas de tratamiento, para mejorar la movilidad articular de rodilla y la función. Se aconseja su aplicación durante 15 o 20 minutos, con periodicidad diaria.

Las bolsas de hielo son una buena forma de utilización del frío para la disminución del edema de rodilla. Pero debe tenerse en cuenta que la utilización de bolsas de hielo está contraindicada en pacientes con riesgo de vasoespasmos o isquemia. Se aconseja no utilizar por un tiempo superior a 20 minutos.

Calor: Las técnicas de aplicación incluyen paños calientes, manta eléctrica, lámpara de infrarrojos, hot-packs, agua caliente bajo la ducha. Se aconseja su uso en dolor moderado y persistente, antes de la realización de ejercicios de flexibilización y para reducir el dolor y la rigidez de la articulación de rodilla.

Recomendaciones que están recogidas en las guías de la práctica clínica, pero no están respaldadas por las revisiones sistemáticas utilizadas.

- ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA (TENS):

En aquellos pacientes que no sean candidatos a tratamiento farmacológico o cuando el paciente rehúse este tratamiento, la utilización de TENS puede disminuir el dolor en pacientes diagnosticados de osteoartritis de rodilla.

Aunque no existen datos concluyentes sobre el tipo de TENS utilizado ni en la duración de su aplicación, la utilización de TENS de alta frecuencia ha demostrado producir una disminución del dolor, cuando se utiliza como tratamiento de artrosis de rodilla.

En cuanto a la duración de su aplicación, aunque tampoco existen datos concluyentes, se aconseja el tratamiento con una duración de más de 4 semanas.

- ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA MUSCULAR

Actualmente, se considera que no existe evidencia suficiente para incluir o excluir este tratamiento.

- OTRAS MODALIDADES FÍSICAS
- Ultrasonidos: existe evidencia científica que indica la ausencia de beneficio del tratamiento con ultrasonidos en la osteoartrosis de rodilla.

III.- EJERCICIO

La recomendación de la prescripción de ejercicio como tratamiento de la osteoartritis, principalmente en artrosis de rodilla, considerándose que su uso alcanza los objetivos terapéuticos de disminuir el dolor, mejorar la movilidad articular y la limitación funcional que esta enfermedad origina. Incluso existen evidencias de que pueden prevenir la discapacidad.

Existe información más limitada en cuanto a la eficacia del ejercicio y de su intensidad en pacientes con osteoartrosis de cadera.

En la prescripción del ejercicio debe considerarse el objetivo y adaptación a las posibilidades y características de cada paciente. En relación al paciente, se han de valorar distintos factores, donde se incluyen:

- Factores relacionados con la osteoartrosis (dolor, estabilidad articular, movilidad articular).
- Otros factores individuales, donde destacan la edad, y la comorbilidad que presenta el paciente.

Los ejercicios aeróbicos, como caminar, o la bicicleta, ha demostrado su efectividad en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla. Aunque caminar continúa considerándose el ejercicio aeróbico de bajo impacto más frecuentemente practicado. Ha de realizarse de forma progresiva y gradual, con una frecuencia de 3 o más veces por semana, y una duración de no menos de 20 a 30 minutos aconsejándose una intensidad moderada, según la tolerancia del paciente.

Actualmente, se considera que el ejercicio aeróbico de baja intensidad (definido como del 30 al 45% de la reserva de ritmo cardíaco) y de alta intensidad (definido como del 60% al 75% de la reserva del ritmo cardíaco) es igualmente efectivo en los pacientes con osteoartritis de rodilla, siempre y cuando el paciente no presente comorbilidad que implique riesgo, cuando se realiza una actividad aeróbica prolongada.

Si el paciente presenta una tolerancia limitada a la marcha puede preferirse el inicio en piscina, que ha demostrado incrementar la capacidad funcional aunque no mejora los resultados de salud de estas personas.

Ejercicios de flexibilización y fortalecimiento: Por otra parte, en pacientes con artrosis de cadera y rodilla, se aconseja la realización de ejercicios dirigidos a preservar la movilidad de la articulación afecta y de entrenamiento a fuerza. Los estudios han demostrado que produce reducción del dolor y mejora de función en estos pacientes.

Aunque no se ha establecido el programa terapéutico más adecuado, en estos pacientes se aconsejan los ejercicios de entrenamiento a fuerza, mediante isométricos e isotónicos, que deben ser seleccionados según las características del paciente, aconsejándose los realizados en cadena cinética cerrada que son mejor tolerados, y quedando por resolver los aspectos relativos a frecuencia, duración e intensidad óptima.

En pacientes con artrosis de rodilla se indica la realización de ejercicios para preservar la movilidad normal de la articulación y ejercicios de fortalecimiento de cuádriceps principalmente.

ARTROPLASTIA DE CADERAS

Factores que influyen en la mala evolución del implante:

Dado que existe evidencia, proveniente de estudios casos-controles (Nivel de evidencia III), de que la obesidad, el consumo de alcohol, la diabetes mellitus y la toma de esteroides conducen a peores resultados tras la artroplastia de cadera*, estas enfermedades deben tener un lugar entre las actividades de prevención. Por tanto, dadas las características de las patologías que se asocian a peores resultados tras la artroplastia de cadera, y para las cuales se considera especialmente importante la prevención primaria (disminución de la incidencia en la población de obesidad y de alcoholismo), el Proceso Artroplastia de Cadera debe enlazar con su tratamiento y prevención.

ACTUACIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA 122.

I.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA

Este plan de cuidados aborda los problemas más comunes que suelen aparecer en las personas incluidas en este Proceso Asistencial. Sin embargo, no debemos obviar que se trata de un plan de cuidados estandarizado por lo que habrá que personalizarlo a cada paciente y situación.

En general, estas personas presentan una especial fragilidad clínica por la concurrencia de más de una patología crónica, con síntomas continuos y reagudizaciones frecuentes.

Se caracteriza por la disminución gradual de su autonomía y su capacidad funcional, y el consecuente aumento de sus necesidades de cuidados; con importantes repercusiones personales, familiares, sociales y económicas.

Ante esta cascada, desde la fragilidad hacia la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales. El registro, que toma vital importancia en este aspecto, es el Informe de continuidad de cuidados, en el que quedarán reflejadas la evolución y evaluación del plan de cuidados.

Un pilar importante en este proceso es, el trabajar conjuntamente con las personas cuidadoras mediante la identificación precoz y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel, lo que ha llevado a la elaboración de un plan de cuidados dirigido también a la persona cuidadora y su familia.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE LA F	PERSONA AFECTADA Y DE LA CUIDADORA
Diagnósticos de la persona afectada	Diagnósticos de la persona cuidadora y Familia
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico 00089 Afrontamiento inefectivo (individual) 00092 Intolerancia de la actividad 00102 Déficit de autoridades 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Resultados de la persona afectada	00062 Riesgo de Cansancio en el desempeño Del rol de cuidador/a 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador/a 00074 Afrontamiento familiar Comprometido 00080 Interrupción de los procesos familiares Resultados de la persona cuidadora y familia
1813 Conocimiento: Régimen terapéutico 1806 conocimiento: Recursos sanitarios 1609 Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión 1501 Ejecución del Rol 1205 Autoestima 1305 Modificación psico-social: Cambio de Vida 0208 Movilidad 0002 Conservación de la energía 0204 Consecuencias de la inmovilidad Fisiológicas 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas 1902 Control de riesgo	1908 Detección del riesgo 1902 Control del riesgo 2508 Bienestar del/la cuidador/a principal 2202 Preparación del/la cuidador/a familiar domiciliario/a 2600 Afrontamiento de los problemas de la Familia 2200 Adaptación de la persona cuidadora principal al ingreso del/de la paciente en un centro sanitario 2604 Normalización de la familia
Intervenciones a la persona afectada	Intervenciones a la persona cuidadora y familia
5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad 4360 Modificación de la conducta 4410 Establecimiento de objetivos comunes 5230 Aumentar el afrontamiento 5400 Potenciación de la autoestima 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 0180 Manejo de la energía 6490 Prevención de caída 0224 Terapia de ejercicios: Movilidad articular 5612 Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito (enseñanza conductas contra sedentarismo) 0450 Manejo del estreñimiento / Impactación 8100 Derivación 3540 Prevención de úlceras por presión	7040 Apoyo al/a la cuidador/a principal 5270 Apoyo emocional 7110 Fomento de la implicación familiar 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 7140 Apoyo a la familia 5250 Apoyo en la toma de decisiones 7100 Estimulación de la integridad familiar 5370 Potenciación de roles

ASMA¹²³

Programa educativo:

La educación en asma supone la enseñanza de conceptos y habilidades necesarias para que los pacientes puedan cooperar en el tratamiento y controlar su enfermedad, con el objetivo final de lograr que el paciente y/o su familia tomen decisiones autónomas positivas sobre el asma, consiguiendo así una calidad de vida para él y sus próximos lo más similar posible a los pacientes sin la enfermedad (actividad física y deportiva, actividad escolar y relación con su medio).

Las finalidades de la educación son la adquisición y mantenimiento de competencias de autocuidados y competencias de adaptación (psicosociales). Todo programa educativo debe ser personalizado y tener en cuenta estas dimensiones: análisis de las necesidades del paciente, motivación, su receptividad a las propuestas, negociación de competencias a adquirir, mantenimiento en el tiempo, elección de contenidos, de los métodos pedagógicos y evaluación de los efectos.

Objetivos del programa educativo

Los pacientes/familiares deberán ser capaces (independientemente del nivel de gravedad de su asma) como mínimo de:

- Conocer qué es el asma: conceptos de inflamación, asma en actividad, vías aéreas durante un ataque. El asma es una enfermedad cránica
- Conocer la función de los medicamentos: diferenciar medicamentos de control de la inflamación y los de alivio o rescate de crisis (de la obstrucción).
- Adquirir habilidades:
- Reconocer los síntomas de la enfermedad.
- Uso apropiado de inhaladores.
- Reconocimiento precoz de signos de empeoramiento, registro de síntomas y manejo de las distintas situaciones.
- Tener un plan de automanejo: plan de acción, personalizado, explicado, por escrito y que ayude a la toma de decisiones, con monitorización de síntomas y/o FEM.
- Conocer las medidas de control ambiental: identificación y evitación de desencadenantes.

El éxito del programa educativo dependerá de la motivación del paciente/familia y de los profesionales sanitarios, dependiendo de los siquientes factores:

- Pacientes/cuidadores:
- Conocimientos, experiencias, expectativas y creencias sobre el asma.
- Fase de adaptación: el diagnóstico reciente conlleva mayor interés.
- Vulnerabilidad: a mayor gravedad, mayor motivación y mejores resultados, que se perciben ya a los 6 meses y son evidentes a los 12 de meses del inicio del plan educativo (Nivel de evidencia A). Además más eficaces si cercanos al diagnóstico.
- Profesionales Sanitarios:
- Grado de conocimientos.
- Percepción del beneficio de la intervención.
- Disponibilidad de tiempo y recursos en la consulta.

El programa educativo es competencia de todos los profesionales sanitarios, del medio escolar, y medios de comunicación. Deberá recaer principalmente sobre atención primaria, dada su cercanía y accesibilidad. La enfermería debe tener un papel fundamental en las actividades educativas, trabajando coordinadamente.

Componentes básicos

- Información y educación, mediante transmisión de conocimientos y habilidades.
- Autocontrol basado fundamental en síntomas.
- Plan de acción escrito e individualizado, basado en el autocontrol.
- Seguimiento periódico por parte de médico y/o enfermera.

La eficacia de la intervención educativa se basa en pasar de la mera transmisión de información que se adquieren de forma pasiva, a un sistema de autocontrol, facilitando la autonomía mediante acuerdos y escucha por parte de todos.

Medidas de control ambiental y reconocimiento de desencadenantes

- Se deberá informar a los pacientes y/o con asma sobre las medidas a realizar para disminuir el riesgo de exacerbaciones, entre los que se encuentran:
- Consejo antitabaco: Se recomendará el abandono del hábito tabáquico así como evitar la exposición pasiva al humo del tabaco. Intervención mínima antitabáquica y derivación a consulta de deshabituación tabáquica si procede.
- Evitación de compuestos químicos, humos y olores irritantes capaces de descompensar el asma, así como temperaturas extremas y cambios bruscos de temperatura.
- Evitar algunos fármacos y aditivos:
- Beta-bloqueantes (incluida la presentación tópica oftálmica para el tratamiento del glaucoma).
- AINEs en pacientes con intolerancia a este tipo de fármacos.
- IECAs en el caso de producir tos.
- Aditivos, especialmente sulfitos añadidos a algunas bebidas alcohólicas o conservas.
- Recomendaciones aenerales:
- Realizar el ejercicio físico que se tolere. Evitar la realización de ejercicio cuando la temperatura ambiental sea muy baja, o si tiene una infección respiratoria. Un periodo de precalentamiento antes del ejercicio puede disminuir los síntomas tras el ejercicio. En caso necesario, prevendrá los síntomas de asma de esfuerzo con el uso de un beta 2 agonista inhalado antes del ejercicio.
- En el caso de infección respiratoria, iniciar precozmente el tratamiento programado por su médico o reflejado en el plan de acción por escrito.

- Vacunación antigripal.
- Pólenes:
- Estas medidas se recomendarán durante el período de polinización de los árboles, arbustos o plantas a los que el paciente es alérgico.
- Mantener las ventanas del dormitorio cerradas (ventilar durante un corto periodo de tiempo, 10 minutos por la mañana).
- Evitar salir al campo y parques, cortar el césped y realizar labores de jardinería.

Permanecer en casa los días de viento.

- Cuando se viaja en coche, viajar con las ventanillas cerradas. Utilizar aire acondicionado con filtro de pólenes.
- Informarse por los medios de comunicación de los niveles de polinización de la especie a la que se es alérgico, para extremar las medidas ambientales
- Humedecer el ambiente de la habitación, antes de acostarse, mediante pulverización de agua.
- Ácaros:
- Colocar fundas herméticas antiácaros en colchón y almohada.
- Lavar ropa de cama con agua a 60ºC, semanalmente.
- Retirar alfombras, peluches, acumulo de libros y moquetas del dormitorio.
- No dormir en la litera inferior, no echarse en muebles tapizados y reemplazar, si es posible, la tapicería, moquetas y alfombras por fibra sintética.
- Reducir la humedad ambiental a menos del 50% usando un deshumidificador.
- Evitar estar en una habitación que está siendo aspirada y, si no es posible, usar una mascarilla.
- Colocar doble bolsa colectora en la aspiradora y que ésta tenga un filtro especial de alta eficiencia en la aspiración de las partículas del aire
- Si no dispone de aspiradora, limpiar el polvo con un trapo humedecido y barrer con una mopa o cepillo que no levante polvo.
- Evitar el contacto con ropa guardada en guardarropa durante mucho tiempo y la entrada en casas no habitadas o segundas viviendas.
- Evitar la convivencia con mascotas.
- Hongos:
- Los hongos crecen fundamentalmente en zonas húmedas, oscuras y con acumulo de polvo y materiales orgánicos. Por tanto, las medidas tienen que ir dirigidas a eliminar la humedad.
- Las zonas oscuras y húmedas deben ser aireadas y pintadas con pintura antimoho.
- No tener muchas plantas en el interior, ni regarlas mucho, ya que la tierra húmeda promueve el crecimiento de hongos.
- Evitar aguas estancadas o de pobre drenaje.
- Ventilar y limpiar sótanos, baños y cocinas con lejía en solución al 5%, y reparar todas las tuberías con fugas.
- Evitar los humidificadores y limpiar periódicamente los filtros del aire acondicionado.
- Evitar contacto con hojas o madera en descomposición
- Mascotas:
- Retirar el animal o mascota de la casa. Si ello no es posible:
- Evite que se entre en el dormitorio del paciente.
- Lavar el animal con agua tibia semanalmente.
- Elegir una mascota sin pelos ni plumas, como un pez o una tortuga.
- Retirar alfombras y moquetas que acumulen residuos orgánicos del animal.
- Lavarse las manos y cambiarse de ropa después de haber tenido contacto con un animal.

ATENCIÓN A PERSONAS FUMADORAS 124

Consejo sanitario y recomendaciones básicas

CONSEJO SANITARIO

Más del 70% de los fumadores y las fumadoras manifiestan su deseo o intención de dejar el tabaco, y citan el Consejo Sanitario como una de las intervenciones más motivadoras para ello. En cuanto al resto de las intervenciones terapéuticas que han demostrado efectividad en este problema (material de autoayuda, tratamiento farmacológico y tratamiento especializado multicomponente), el consejo es la más coste-efectiva en términos de coste por ano de vida ganado, y debe formar parte, junto a las anteriores, de las medidas sanitarias básicas, que ya se consideran en conjunto una referencia frente a la que pueden compararse otras intervenciones preventivas y asistenciales.

INTERVENCION BASICA

El Public Health Service de los Estados Unidos otorga a las intervenciones clínicas breves una serie de actuaciones, que a modo de recordatorio quedarían sintetizadas con las cinco A: averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar y acordar, entre las que se haya inmersa el Consejo Sanitario y que conformaría lo que denominamos "Intervención Básica".

1. Averiguar (Ask) si la persona fuma. Preguntar sobre el hábito tabáquico y registrarlo en la historia clínica, es una medida eficaz en el control y prevención del tabaquismo, en la medida que induce una actitud intervencionista del profesional sanitario en el abordaje terapéutico de la persona fumadora (OR: 3,1; IC 95%: 2, 2-4, 2. Evidencia A).

Se trataría de identificar sistemáticamente a todas las personas que acuden a la consulta

(Fumadora, No Fumadora, Exfumadora) y registrarlo en su historia clínica.

Persona no fumadora, debemos felicitar y reforzar su conducta para que siga sin consumir tabaco.

Persona Exfumadora, felicitar y animar para que siga en abstinencia. Es importante realizar intervenciones de prevención de recaídas y reforzar la decisión del abandono del consumo de tabaco del exfumador.

Si la persona es fumadora, seguiremos preguntando otros datos de interés, historia actual de consumo (no cigarrillos/día, años que lleva fumando, grado de dependencia a la nicotina, intentos previos, y motivos de las recaídas).

- 2. Aconsejar (Advise). El consejo debe de ser sistemático y oportunista, firme, serio, breve, personalizado y motivador, enfocado sobretodo a los múltiples beneficios que la persona podrá obtener al abandonar el tabaco.
- 3. Apreciar (Asses). La actitud de la persona, valorando la motivación y la disposición de la persona fumadora para dejar de fumar y, dependiendo de ello, ofrecer la intervención más adecuada.
- Estadio Precontemplativo: información, consejo, ofrecer nuestro a poyo y entregar material correspondiente. La finalidad es que comiencen a reconocer los riesgos si antes no lo habían hecho y tomen conciencia de que tienen un problema.
- Estadio Contemplativo: información, consejo, ofrecer nuestra ayuda y las posibilidades de tratamiento, entrega de material (guía y consejos para dejar de fumar), seguimiento en próximas visitas. La finalidad es producir un cambio que desemboque en un intento de abandono.
- Estadio Preparación para la Acción: además de ofrecer nuestra ayuda hay que realizar una oferta terapéutica personalizada, valorando la conveniencia de iniciarlo en ese mismo momento (evidencia C). En esta fase, una información motivadora puede bastar para que haga un intento serio por si misma.
- 4. Ayudar (Assist). Llegados a este punto, la labor del o de la profesional será ayudarle en el proceso de abandono del tabaco, estableciendo un plan personalizado.

Las actividades a realizar serian:

- a. Establecer conjuntamente el día "D", es decir, el día elegido para dejar de fumar. Se recomienda buscar una fecha propicia para la persona, evitando situaciones y/o acontecimientos estresantes cercanos, realizando algún cambio en su conducta los días previos al abandono como: reducir el consumo, autorregistro, no aceptar ofrecimientos, etc.
- b. El siguiente paso será solicitar ayuda y colaboración por parte de las personas de su entorno.
- c. Informar de los síntomas del síndrome de abstinencia, desmontando falsas creencias acerca de los mismos y ofrecer consejos útiles para en el caso de que aparezcan sean mas llevaderos.
- d. Junto a estas directrices, debemos proporcionar material adecuado que sirva de apoyo e información (Folletos, Guías, etc.).
- e. Valorar la conveniencia de tratamiento farmacológico adaptado a cada caso.

Cuando el consejo para dejar de fumar se refuerza con la entrega de material de apoyo, los porcentajes de abstinencia pueden oscilar, al año de seguimiento, entre el 5-10% (Grado de evidencia A).

5. Acordar (Arrange) y programar junto a la persona fumadora las consultas específicas para el proceso de deshabituación tabáquica en curso.

Se aconseja realizar una visita de seguimiento poco después de la fecha escogida para dejar de fumar (en el curso de los quince días siguientes al día "D"), otra al mes, tomando como referencia de nuevo el día "D", (cuarenta y cinco días) y después en función de lo que se considere oportuno (a los 6 y 12 meses).

Las actividades a desarrollar en estas consultas de seguimiento serian: refuerzo de la decisión tomada, revisión y cumplimiento de los objetivos pactados, dificultades encontradas, consejos sobre hábitos de vida saludables incompatibles con el consumo de tabaco, valoración del síndrome de abstinencia y situaciones de riesgo que puedan inducir a fumar, así como una revisión del tratamiento farmacológico si se ha utilizado. De igual manera, se valorara la reconducción hacia otra modalidad terapéutica, bien sea individual o grupal, en función del curso que sigan los resultados y bajo el consentimiento de la persona.

Cuando el consejo se acompaña de un seguimiento del proceso de deshabituación tabáquica, no hay duda que la eficacia del mismo se ve incrementada (OR: 2,66; IC 95%: 2,06-3,45 comparada con una OR: 1,59; IC 95%: 1,33-1,90 cuando no existen visitas de seguimiento).

Al aumentar el número de sesiones lo hace la eficacia (OR: 1,4 para 2 sesiones y 2, 3 para mas de 8 sesiones), y a mayor duración total de la intervención se obtienen mejores resultados (OR: 1,3 para 3 minutos y 3,1 para 90 minutos).

Hablamos de dos tipos de intervenciones, cuya diferencia radica fundamentalmente en el tiempo de la intervención, independientemente del tratamiento instaurado o prescrito, farmacológico o no farmacológico:

- Intervención Básica: dura menos de 10 minutos por sesión, menos de 4 sesiones y menos de 30 minutos en total.
- Intervención Avanzada: dura mas de 10 minutos por sesión, cuatro o mas sesiones y mas de treinta minutos en total.

ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO 125.

- Se realizará valoración de las dificultades técnicas potenciales (vía aérea, técnicas loco-regionales, colocación y posición quirúrgica, cuantificación del riesgo.
- Se planificará la conciliación medicamentosa de los tratamientos crónicos del paciente con la adecuada preparación preoperatoria, con especial atención al manejo de los fármacos que alteran la hemostasia.
- Se cumplimentará el Listado de Verificación Quirúrgica durante el procedimiento quirúrgico, verificando todos los aspectos de seguridad con el paciente y los profesionales implicados.
- Se realizará una correcta valoración del riesgo y se aplicarán las recomendaciones establecidas para la adecuada profilaxis perioperatoria de la Enfermedad Tromboembólica Venosa.
- Se aplicará la correcta Profilaxis Antibiótica perioperatoria recomendada por las Guías de Antibioterapia de cada centro.

- Se realizará una adecuada valoración del dolor y se aplicarán las pautas recomendadas en cada centro para el control del Dolor Perioperatorio.
- Se contactará con el paciente en las primeras 24 horas tras alta hospitalaria para valorar su situación y decidir su seguimiento en domicilio o asistencia al Centro de Salud.

CUIDADOS PALIATIVOS¹²⁶.

VALORACION TOTAL DE LA UNIDAD PACIENTE/FAMILIA

Cualquier intervención en Cuidados Paliativos debe realizarse desde una rigurosa evaluación biopsicosocial de la unidad paciente-familia, que hemos denominado Valoración Total. Esta evaluación debe recoger, inicialmente y de forma detallada, el proceso de enfermedad y continuar con el análisis de los síntomas que sufre el paciente, su situación funcional y emocional, el entorno sociofamiliar, el grado de conocimiento sobre su enfermedad y el pronóstico, así como los aspectos de carácter existencial y/o espiritual que puedan tener repercusión en el abordaje terapéutico posterior. Igualmente debe considerarse, en esta evaluación, la situación de últimos días y la prevención del duelo patológico. La herramienta básica para recoger la Valoración Total es la historia clínica

Para facilitar esta valoración, contamos con escalas validadas que nos ayudan a comprobar los resultados y los cambios clínicos de los pacientes.

El uso de estos instrumentos de evaluación complementa y permite una evaluación más profunda al utilizarse de forma conjunta con otras herramientas, que incorporan elementos terapéuticos, como la entrevista clínica semiestructurada, el counselling y las narraciones personales.

Dentro de la Valoración Total de la unidad paciente/familia se incluirá:

- 1. Valoración de la enfermedad
- 2. Valoración física
- Evaluación de signos y síntomas: dolor y otros síntomas.
- Evaluación funcional.
- 3. Valoración psico-emocional
- Identificación de malestar emocional.
- Valoración de signos de reacciones emocionales desadaptativas.
- Valoración de signos de ansiedad/depresión.
- 4. Valoración sociofamiliar
- Valoración específica de la familia.
- Valoración de la persona cuidadora.
- Valoración de recursos sociosanitarios.
- 5. Valoración espiritual
- 6. Valoración de sufrimiento y calidad de vida
- 7. Valoración de la situación de últimos días
- 8. Valoración del duelo

DIABETES MELLITUS¹⁰⁵

El Programa de Educación Diabetológica pretende recoger las actividades educativas que han de realizarse en las personas con diabetes, así como el procedimiento de evaluación.

Se ha dividido en un Programa de "Supervivencia" para pacientes con diabetes de inicio, que incluye información y normas básicas de actuación, y un Programa "Avanzado", que recoge de forma estructurada todas las actividades que han de realizarse en el contexto de la educación
Diabetológica.

Programa de Educación Básica o de Supervivencia

Incluye información y normas básicas de actuación.

Dirigido a:

- Pacientes de reciente diagnóstico
- Pacientes con modificaciones importantes en su curso clínico y/o en su tratamiento habitual (insulinización, intensificación terapéutica, diabetes, inestable, etc.)

Objetivo:

Adquirir conocimientos y habilidades en el manejo de insulinas, alimentación, hipoglucemias, autoanálisis y situaciones especiales.

Metodología:

- Escucha activa para expresar temores o miedos relacionados con la diabetes
- Adaptación a la nueva situación, abordando dudas e introduciendo elementos de confianza
- Lenguaje de fácil comprensión, adaptado al nivel socio-cultural del paciente
- Selección de conceptos en cada sesión educativa, evitando el exceso de información

Estructura:

5 sesiones de 60 minutos:

- 10 minutos: presentación de los participantes y objetivos de la sesión
- 20-30 minutos: exposición del tema previsto
- 20-30 minutos: ejercicios prácticos y resumen de los aspectos más importantes tratados

Tipo de sesión: individual y/o grupal

Programa de Educación Avanzada

Recoge las actividades que han de realizarse en el contexto de un programa estructurado de educación diabetológica.

Dirigido a:

Todos los pacientes diagnosticados de diabetes que previamente han recibido el programa de supervivencia.

Objetivos:

- Aumentar los conocimientos y habilidades necesarios para un adecuado control de la diabetes
- Modificar hábitos y conductas orientadas a la prevención de complicaciones agudas y crónicas de la diabetes

Metodología:

- Escucha activa: actitudes en el tratamiento y cuidados de la diabetes y factores que influyen en su control
- Adaptación a la nueva situación, abordando dudas e introduciendo elementos de confianza
- Lenguaje de fácil comprensión, adaptado al nivel socio-cultural del paciente
- Selección de conceptos en cada sesión educativa, evitando el exceso de información

Estructura:

5 sesiones de 60 minutos:

- 10 minutos: presentación de los participantes y objetivos de la sesión
- 20-30 minutos: exposición del tema previsto
- 20-30 minutos: ejercicios prácticos y resumen de los aspectos más importantes tratados

Refuerzos educativos: 1, 3 y 6 meses (según necesidades).

Tipo de sesión: preferentemente grupal.

Además de los contenidos educativos, en todas y cada una de las sesiones se abordarán las siguientes intervenciones (NIC):

- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 4420 Acuerdo con el paciente
- 4360 Modificación de la conducta
- 5400 Potenciación de la autoestima
- 7110 Fomentar la implicación familiar
- 7200 Fomentar la normalización familiar

CONSEJO DIETÉTICO INTENSIVO 127

El Consejo Dietético Intensivo (CDI) se establece como complementario y continuación del Consejo Dietético Básico (D). Es un proceso educativo en el que se aborda de manera integral la transmisión de conocimientos en relación con la alimentación y el ejercicio físico, la adquisición de las habilidades y destrezas necesarias y de las actitudes y la motivación precisas para adoptar y mantener en el tiempo unas conductas que den lugar a unos hábitos alimentarios y de actividad física adecuados y por lo tanto a un estilo de vida saludable.

Aunque el objetivo final debe ser la disminución de la morbilidad y mortalidad relacionada con la alimentación inadecuada y el sedentarismo, se trata de instaurar hábitos alimentarios saludables, un nivel de actividad física adecuada y disminuir los hábitos sedentarios, mediante:

- 1. Información y asesoramiento sobre:
- Importancia de la alimentación y las consecuencias para la salud
- Bases de una alimentación equilibrada y saludable
- Alcance de la actividad física y las consecuencias para la salud de los hábitos sedentarios
- Ejercicio y nivel de actividad física adecuados según las características de cada persona
- 2. Motivación para:
- Mantener una alimentación saludable
- Mantener un nivel adecuado de actividad física y disminuir las conductas sedentarias
- 3. Capacitación para:
- Elaborar y/o elegir "dietas" adecuadas según las características de cada persona
- Adecuar la alimentación cotidiana al entorno familiar y social
- Establecer la actividad física adaptada a las características personales y ambientales

El CDI va dirigido a la población general adulta, priorizando aquellas personas que padezcan problemas de salud, enfermedades y/o factores de riesgo. Ha demostrado fundamentalmente su efectividad en:

- Personas adultas con sobrepeso u obesidad, sedentarias y/o con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta (DMT2, HTA, dislipemia, determinados tumores), para quienes la intervención de Consejo Dietético Básico no sea suficiente, o precisen de una intervención más amplia
- Personas adultas que padezcan algún problema de salud, patología o estén expuestos a algún factor de riesgo en las que la instauración de una alimentación equilibrada y un aumento de la actividad física o disminución del sedentarismo les suponga un beneficio para su salud

El CDI está formado por actividades individuales y/o grupales. Constará básicamente de las siguientes actividades:

• Primera actividad individual en consulta médica o de enfermería: Se realizará una valoración integral, intervención mínima motivacional y establecimiento del plan de cuidados

- Taller de alimentación y actividad física: Constará de 4 sesiones grupales con contenidos estructurados y sistematizados (si fuera necesario podría ampliarse a 6 sesiones, según el desarrollo del proceso)
- Consulta individualizada tras el taller, en la que se realizará una valoración de la evolución y se personalizará el proceso educativo
- Seguimiento: La duración estándar será de 12 meses, salvo que cuestiones específicas aconsejen otra duración. Se realizarán consultas de seguimiento, se aprovechará cualquier visita al centro para realizar refuerzo positivo y se realizarán contactos telefónicos proactivos

La captación se puede hacer desde la consulta del médico o enfermera de familia (Consejo Dietético Básico), otros miembros del EBAP, desde otro nivel asistencial, recomendados por otra persona o por propia iniciativa.

Una vez que se ha identificado a la persona susceptible de ser incluida en el taller de alimentación y actividad física, se realizará la primera consulta individualizada del CDI, valorando los problemas relacionados con la alimentación y el ejercicio físico (cuestionario internacional de actividad física), incluyendo el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea, grado de motivación en la que se encuentra la persona para ser incluida en el programa y realización del taller si así se acuerda con el paciente. Las actividades realizadas, sus contenidos y la evaluación del proceso se registrarán en la historia de salud.

DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO¹²⁸

- Intervención psicoeducativa grupal de alta intensidad

La psicoeducación para personas con dolor crónico es un programa de tratamiento, desde un enfoque integral, cuyo objetivo es que estas personas puedan conocer más acerca de su malestar y que sean capaces de convivir y afrontar sus dificultades, reforzando sus recursos personales y habilidades.

Objetivos generales

- Reducir la experiencia de dolor y su impacto emocional
- Fomentar la autoeficacia y el automanejo de la enfermedad, la reducción de la medicación y la dependencia de los agentes de salud

Objetivos específicos

- Reconceptualizar el dolor como un problema que puede ser manejable
- Detectar las relaciones e influencias recíprocas entre los factores psicosociales y el dolor
- Normalizar las creencias y el procesamiento de la información (mitos, miedos)
- Enseñar estrategias de afrontamiento activo para hacer frente al dolor
- Incrementar el rango y el nivel de actividad física
- Facilitar el mantenimiento y la generalización de los resultados obtenidos y prevenir recaídas
- Favorecer la alianza de trabajo con el equipo terapéutico y los canales de comunicación con la familia
- Mejorar la situación laboral

Inclusión en el grupo

- Personas con dolor crónico que han mostrado pobres resultados con las intervenciones psicoeducativas de baja intensidad
- Personas en las que se consideran importantes los factores biopsociales en la etiología y el mantenimiento del dolor
- Motivación para trabajar en grupo (la persona se encuentra en un estado de contemplación o acción en la valoración realizad sobre estadios de cambio en dolor crónico)

No es recomendable para:

- Persona con dolor crónico con predominio de trastorno psicopatológico mayor
- Persona con dolor crónico con baja motivación (estadio de precontemplación del cambio)
- Alta cronificación del cuadro o discapacidad severa
- Personas en las que pueda existir un beneficio secundario de su estado de dolor (existencia de litigios)
- Dependencia de alcohol u otras drogas
- Presencia de deterioro cognitivo que dificulte la comprensión y el seguimiento de las tareas grupales

Entrevista de acogida

Uno de los profesionales responsables del programa de psicoeducación grupal, realizará una entrevista de acogida para incluirlo en un grupo y evaluar una serie de variables que permitan conocer la efectividad de la intervención una vez finalizada

Si la inclusión en el grupo está prevista hasta un mes después de la realización de la última valoración de la intensidad e impacto del dolor, se tendrá en cuenta dicha valoración como nivel basal previo a la intervención, en caso de que dicha evaluación se haya realizado en un plazo de tiempo superior se deberá repetir

En la misma entrevista se recogerá el acuerdo verbal de participación en el grupo que quedará recogida en la Historia de Salud Igualmente se informará sobre el número de sesiones, los temas trabajados y la dinámica grupal

Metodología de trabajo

Las sesiones se desarrollarán en tres partes:

- 1. Información y contenidos de la sesión. Revisión de tareas
- 2. Trabajo sobre el tema de la sesión mediante dinámicas grupales
- 3. Expresión de opiniones, dudas, emociones. Tareas para casa

Participantes

Entre 8 y 12 personas

Equipo multiprofesional

Conformado por profesionales de medicina de familia, enfermería de familia y fisioterapeutas

Sesiones

Once sesiones de una hora y media de duración semanales. A los seis meses se mantendrá una sesión de dos horas de sequimiento.

Evaluación del grupo psicoeducativo

El equipo terapéutico completará en cada sesión una hoja de evaluación de la misma, en la que se consigne contenido de la sesión, participación, áreas de dificultades en la tarea, cambios

Evaluación global cualitativa sobre el desarrollo del grupo y los resultados alcanzados

Evaluación cuantitativa a través del retest de los cuestionarios básicos aplicados previos al grupo (EVA, BPI-Sp, Cuestionario de estadios de cambio en dolor crónico)

- Orientación sobre ejercicio y actividad física en dolor crónico

La aplicación de un programa de actividad física debe formar parte central en la aplicación y el seguimiento del PTI en el dolor crónico y particularmente en la lumbalgia crónica y en la osteoporosis, independientemente de la edad y patologías que presente el paciente, con el objetivo de aumentar la capacidad aeróbica, la fuerza muscular y la movilidad articular, para disminuir la intensidad del dolor, tratar la perdida de capacidad funcional, prevenir la aparición de reagudizaciones y fomentar el automanejo, la realización de ejercicio físico y el control del peso corporal

El programa a aplicar tendrá un enfoque integrador y progresivo comenzando por actividades de baja intensidad individuales, hasta llegar a intervenciones grupales estructuradas, dichas actividades se adaptarán a las características y respuestas de la persona con dolor crónico y dependerá de: la edad, la disponibilidad de tiempo y otros recursos para desarrollar el programa, la motivación para seguir un programa estructurado, los recursos personales para el autocuidado y el tiempo de evolución del dolor crónico

La prescripción además de tener en cuenta el estado de salud y la actividad habitual de la persona, fijará unos objetivos factibles y consensuados, teniendo en cuenta que cualquier incremento de actividad física es saludable para las personas con dolor crónico aunque no supere el umbral mencionado en cuanto a tiempo o intensidad del ejercicio

La prescripción debe incluir ejercicios globales de columna, miembros superiores e inferiores, higiene postural, relajación, estiramientos (adaptado para cualquier paciente sea cual sea su patología) según valoración individual o de grupo

EPOC¹²⁹

- PAPEL DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA EN LA EPOC

La vacuna polisacárida de 23 serotipos se recomienda en personas entre 2 y 64 años de edad con un alto riesgo de presentar una enfermedad neumocócica y en todas aquellas mayores de 65 años, a pesar de que en algunos países sólo se han recomendado a las personas ancianas con enfermedades de base o en situaciones especiales. No obstante, llama mucho la atención el hecho de que, pese a no existir estudios con un alto grado de evidencia que lo sustente, la mayoría de las guías de práctica clínica de diferentes países recomiendan la vacunación antineumocócica con vacuna polisacárida de 23 serotipos en sujetos con EPOC.

En cuanto a la revacunación sus indicaciones no están claras, y a pesar de las restricciones que incluyen las recomendaciones de los CDC en Estados Unidos, parece lógico recomendarla tras 5 años a todos los que se les indicó la vacuna previamente.

Las vacunas conjugadas son efectivas para prevenir la enfermedad invasiva, la neumonía grave y las otitis específicas del serotipo en niños menores de 2 años. Puede ser efectiva para prevenir el estado de portador y la resistencia a los antibióticos. Su uso en otros grupos (adultos, ancianos, inmunodeprimidos, etc.) precisa más estudios, aunque hay referencias de buenos resultados en adultos con EPOC.

- EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE CON EPOC. EVALUACIÓN DE TÉCNICA INHALATORIA

Tener la seguridad de que nuestros pacientes tienen los conocimientos adecuados para el correcto manejo de su enfermedad, es fundamental en el proceso de cuidados. La educación del paciente puede desempeñar un papel importante para optimizar sus habilidades, su capacidad para sobrellevar la enfermedad y su estado general. Debe estar fundamentado en la transmisión de información y adquisición de habilidades y su fin último es la ayuda para lograr modificaciones en determinados comportamientos que pueden ser lesivos para la salud. En una reciente revisión se indica que la utilización de un proceso educativo ayuda a los pacientes con EPOC a reconocer y responder a sus exacerbaciones mediante el inicio de la autoadministración del fármaco (Evidencia A).

La educación del paciente respiratorio crónico puede tener lugar en diferentes escenarios, la consulta, los cuidados domiciliarios o el contexto de una hospitalización. Debe adecuarse a las necesidades y al entorno del paciente, ser interactiva y tiene como objetivo:

- Que éste adquiera la información y habilidades necesarias para el autocuidado.
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento.
- Conseguir el autocontrol de la enfermedad con la consiguiente disminución de la morbilidad y mortalidad.
- Mejora de la calidad de vida.
- Reducción de los costes sanitarios.

Los conocimientos mínimos que un paciente con EPOC debería tener del proceso de su enfermedad son:

- Anatomía y fisiología básicas del pulmón y la función respiratoria.
- Conocimiento básico del proceso natural de la EPOC. Sus causas, consecuencias y manifestaciones sintomáticas, tanto físicas como psicoemocionales.

- Factores de riesgo y hábitos que influyen negativamente en la evolución de la enfermedad, fundamentalmente el consumo de tabaco.
- Estilos de vida que mejoran y favorecen la evolución de la enfermedad, fundamentalmente la práctica de ejercicio físico, higiene personal, relación social, conservación de la energía, etc.
- Reconocimiento precoz de signos y síntomas guía. Son los que pueden orientar al propio paciente acerca de la agudización de su proceso y que le deberían llevar a modificar el tratamiento o consultar, según las indicaciones que hayan sido facilitadas por su médico. Estos síntomas son:
- Aumento de la disnea habitual.
- Aumento de las secreciones o cambio de color en las mismas (amarillento o verdoso).
- Aparición de edemas en los pies.
- Dolor en un costado.
- Fiehre
- Somnolencia.
- Consejos dietéticos. Pueden ayudar a mejorar la disnea.
- Evitar alimentos muy fríos, muy calientes o irritantes porque pueden desencadenar tos ineficaz y fatigante.
- Hacer comidas ligeras y poco abundantes (4 6 veces/día). Evitar digestiones pesadas, alimentos flatulentos (col, coliflor, etc) y la toma excesiva de hidratos de carbono (pan, pasta, arroz). Conviene aumentar la ingesta de calcio (tomar leche y derivados) si está tomando corticoides orales e incluso con los inhalados.
- Tomar alimentos con residuos para evitar el estreñimiento y el acúmulo de gases que éste conlleva.
- Efectuar una ingesta de 1,5 l/día, de agua, para mantener una hidratación adecuada.
- Uso moderado del alcohol (la ingesta excesiva de alcohol puede afectar la función respiratoria). Siempre que no lo tenga contraindicado puede tomar un vaso de vino o cerveza durante las comidas, pero debe evitar tomarlos por la noche.
- Infecciones respiratorias. Deberá conocer la importancia de evitarlas, mediante la vacunación anual antigripal, utilizando la ropa adecuada, evitando corrientes de aire y la presencia de otras personas que puedan tener infecciones respiratorias activas.
- Viajes. Las cabinas de aviones comerciales están presurizadas, siendo la equivalente a la que hay en tierra a unos 1.500/2.500 metros, y por lo tanto es preciso una evaluación especializada si el paciente está con oxigenoterapia o tiene una EPOC moderada-grave. Si puede necesitar oxigeno durante el viaje, debe avisar con antelación a la compañía aérea.
- Sueño. Conocimiento de las medidas habituales de higiene del sueño.

Los conocimientos mínimos que un paciente con EPOC debería tener sobre su medicación son:

- Conocimientos teóricos sobre la medicación: El paciente debe estar informado de la medicación que está tomando. (Informar de manera sencilla y concisa).
- Orden adecuado de utilización: en primer lugar los que tienen un efecto broncodilatador, después los que tienen un efecto antiinflamatorio.
- Efectos secundarios: instruir sobre los posibles efectos secundarios de cada medicamento, así como a aliviarlos o prevenirlos. (ej. candidiasis en los corticoides inhalados).
- Suspender la medicación: informar de los efectos de suspender la medicación sin prescripción médica.
- Inhaladores de rescate: informar sobre su utilización adecuada.
- Adiestramiento en la técnica de inhalación: Explicar técnica de utilización del dispositivo, después demostración práctica y por último practicar con dispositivos placebo hasta asegurarse manejo adecuado, con valoración periódica de errores.
- Cartuchos presurizados.
- Polvo seco.
- Nebulizadores.
- Mantenimiento de los equipos de inhalación: limpieza semanal con agua y jabón de las cámaras de inhalación, secándolas correctamente. En los dispositivos de polvo seco, evitar el contacto con el agua o humedad, limpiando los restos con un trapo seco.
- Antibioterapia: instruir sobre su uso adecuado, sólo bajo prescripción médica y, seguir escrupulosamente el tiempo de administración pautado.
- Oxigeno: si procede, instruir sobre:
- Tiempo de uso diario.
- Manejo adecuado del aparato de dispensación utilizado (concentrador / oxigeno liquido / bombona).
- Conservación adecuada de mascarillas o gafas nasales.

FIBROMIALGIA¹³⁰

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

¿En qué consiste el tratamiento de la fibromialgia?

A pesar de que SE PUEDE CONSEGUIR UNA GRAN MEJORÍA EN LA CALIDAD DE VIDA de la persona con fibromialgia, en el momento actual no existe un tratamiento que produzca la curación definitiva.

Los pasos a seguir para el correcto tratamiento de la fibromialgia son:

- EXPLICACIÓN de la naturaleza del proceso
- EDUCACIÓN para evitar los factores agravantes
- Tratamiento de las ALTERACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS si las hay
- Cambio de COMPORTAMIENTO hacia una actitud positiva
- EJERCICIO FÍSICO
- El tratamiento con medidas locales, como masajes y aplicación de calor, y el uso de analgésicos

y otros MEDICAMENTOS que ayuden a aliviar el dolor.

El ASOCIACIONISMO especializado y los colectivos de autoayuda consiguen coordinar y asegurar el proceso educativo, favorecen cambios de estilo de vida y posibilitan la aplicación de pautas de ejercicio físico.

CONOCER que se tiene fibromialgia va a ahorrar una peregrinación en busca de diagnósticos o tratamientos, reduce la ansiedad que produce encontrarse mal sin saber por qué y ayuda a fijar objetivos concretos. La fibromialgia NO TIENE NADA QUE VER con el cáncer, no destruye las articulaciones y no ocasiona lesiones irreversibles ni deformidades.

Es necesario EVITAR los factores que agravan los síntomas. Si se adoptan posturas forzadas y poco naturales se fuerzan las inserciones de los músculos, provocando dolor. Por este motivo habrá que cuidar los asientos en el trabajo o en la casa. Hay que evitar levantar o sostener pesos para los que la musculatura de la persona en cuestión no está preparada. La obesidad es un factor de sobrecarga musculotendinosa y por tanto, es recomendable perder esos kilos de más.

Cuando la depresión y la ansiedad se asocian a la fibromialgia, habrá que tratar estos problemas, y si es preciso, con la ayuda del psiquiatra. Una actitud positiva en el día a día es fundamental.

La excesiva preocupación por los problemas cotidianos es un elemento clave de las personas con fibromialgia. Así, habrá que procurar un cambio de mentalidad tanto en dichas personas como en las que las rodean, buscando un ambiente familiar relajado y libre de exigencias constantes, donde todos los miembros de la familia deberán asumir las responsabilidades familiares y compartir las tareas del hogar. Es conveniente marcarse OBJETIVOS DIARIOS que se sepa que se pueden cumplir (ir a comprar a tal sitio, no dejar de hacer aquello que se había previsto, intentar no dar a los pequeños problemas más importancia de la que tienen...).

La medida más eficaz para combatir la fibromialgia es la PRÁCTICA REGULAR DE UN EJERCICIO

FÍSICO SUAVE. El ejercicio por encima de la capacidad física del individuo empeora el dolor y es causa de abandono en muchas pacientes. Se debe empezar poco a poco hasta lograr una fortaleza muscular adecuada. Pasear, caminar en un tapiz rodante o nadar en una piscina climatizada pueden servir para iniciar el entrenamiento físico. Después es mejor el ejercicio en grupos formados en gimnasios o centros de rehabilitación, orientados por un especialista en Medicina del Deporte, Preparador Físico especializado, Médico Rehabilitador, Fisioterapeuta o personal de

Enfermería bien formada; pero cualquiera vale siempre que no dañe las articulaciones. También pueden ser eficaces los masajes, el calor local, los baños calientes, los ejercicios de estiramiento muscular y algunos tipos de "corrientes".

Los calmantes o analgésicos pueden ser útiles. La mayoría de personas con fibromialgia los toman, pero su eficacia es parcial. Los fármacos antidepresivos usados a dosis más bajas que las que son precisas en la depresión están siendo utilizados para tratar el dolor, mejorar el sueño y paliar el cansancio por las mañanas. Tardan en actuar varias semanas, por lo que hay que tener un poco de paciencia. Al principio incluso se puede empeorar o sufrir efectos secundarios desagradables, pero hay que aguantar un poco ya que estos síntomas desaparecen solos. Una buena táctica puede ser empezar a tomarlos durante un fin de semana. Hay otro grupo de medicamentos que consiguen aumentar los niveles de serotonina (sustancia que regula el nivel de dolor) en el organismo, proporcionando así una mejora de los síntomas.

En cuanto al pronóstico, estudios a largo plazo han demostrado que la fibromialgia es un trastorno crónico, cuyos síntomas VARÍAN A LO LARGO DEL TIEMPO en frecuencia e intensidad. El FUTURO SE PRESENTA ESPERANZADOR por el progreso en el campo de la investigación, que se traducirá en un mejor conocimiento de la enfermedad y en tratamientos más eficaces.

IAM CON ELEVACION DEL ST¹³¹

-. Indicaciones de la rehabilitación cardíaca.

Isquémicas: Con factores de riesgo coronario

Post-infarto de miocardio

Operados de pontaje aortocoronario

Post-angioplastia coronaria

Angina de esfuerzo estable

Trasplante cardíaco

Valvulopatías operadas

Congénitos operados

Insuficiencia cardíaca crónica estable

Arteriopatía periférica

-. Grado de evidencia sobre las distintas medidas y tratamientos para reducir la morbimortalidad cardiovascular

Abstención absoluta de tabaco (I)

Modificación adecuada de la alimentación (IIa)

Recomendaciones de ingesta de alcohol (III)

Tratamiento con simvastatina, pravastatina y lovastatina (I)

Tratamiento con fibratos (IIb)

Tratamiento con resinas (IIa)

Tratamiento de la hipertensión arterial (I)

Control de hiperglucemia en diabéticos (IIa)

Control de dislipemia en diabéticos (IIa)

Ejercicio físico (IIa)

(Niveles de evidencia según la Escuela de Oxford)

-. Parámetros a considerar en los Programas de Rehabilitación Cardíaca PARÁMETROS DE ÍNDOLE GENERAL

1. Tipo de cardiopatía:

1.a Isquémica (tras IAM o cirugía coronaria).

- 1.b Valvular o congénita operada.
- 1.c Trasplante.

2. Factores extracardíacos:

2.a Características del grupo rehabilitador.

PARÁMETROS DE ÍNDOLE INDIVIDUAL

1. En función de la cardiopatía:

- 1.a Clase funcional.
- 1.b Nivel pronóstico.

2. Factores extracardíacos:

- 2.a Edad.
- 2.b Discapacidades físicas.

-. Contraindicaciones de la rehabilitación cardíaca

ABSOLUTAS

- 1. Aneurisma disecante de la aorta.
- 2. Estenosis severa del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

TEMPORALES O RELATIVAS

- 1. Angina inestable en fase aguda o no controlada.
- 2. Patologías descompensadas:
- 2.a Insuficiencia cardíaca.
- 2.b Enfermedades metabólicas (diabetes, etc).
- 2.c Hipertensión arterial severa.
- 3. Enfermedades en fase aguda:
- 3.a Embolismo pulmonar.
- 3.b Miocarditis y pericarditis.
- 3.c Tromboflebitis.
- 3.d Infecciones.
- 4. Síndrome varicoso severo.
- 5. Arritmias:
- 5.a Extrasistolia ventricular que aumenta significativamente con el ejercicio.
- 5.b Taquicardia ventricular.
- 5.c Taquiarritmias supraventriculares no controladas.
- 5.d Bloqueos de segundo y tercer grado.

INSUFICIENCIA CARDIACA¹³²

-Información para el paciente:

¿Qué aspectos importantes tiene que cuidar la persona con Insuficiencia Cardíaca?

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica en la que los cambios en los hábitos de vida y el cumplir correctamente con el tratamiento médico pueden conseguir una mejoría importante en la calidad y expectativa de vida de la persona con IC.

Decálogo:

- 1. Cocine sin sal ni grasas. Aprenda a comer sano. Debe prestar atención a los alimentos que son ricos en sodio, por ejemplo los embutidos y alimentos enlatados. Compruebe los contenidos de sodio en las etiquetas.
- 2. Evite el alcohol y el tabaco.
- 3. Controle su FC y su TA con frecuencia, y su peso diariamente.
- 4. Cuide la cantidad de líquidos que bebe.
- 5. No deje de tomar su tratamiento.
- 6. No tome fármacos perjudiciales sin consultar (antiinflamatorios, corticoides, antidepresivos)
- 7. Haga ejercicio físico moderado a diario (caminar, nadar o bicicleta) sin sobreesfuerzos.
- 8. Vacúnese de forma regular de la gripe y neumococo. Evite el contacto con infecciones.
- 9. Aprenda a reconocer los signos de alarma y consulte a su médico si ocurren.
- 10. Planifique su actividad. Evite situaciones de stress y cambios bruscos de temperatura.

Alimentos que deben evitarse, por su alto contenido en sal:

Anchoas, embutidos, jamón y tocino salado, harina y pan blanco, leche, nata y mantequilla salada, quesos (todas las clases), carne seca, curada o en conserva (jamón serrano), carne congelada, perritos calientes o hamburguesas, platos preparados (precocinados), sopas de sobre en cubitos o enlatadas, salazones y mariscos cocinados, preparados congelados o en conserva, salsas preparadas (ketchup, mostaza, etc.), palomitas de maíz, tomate en conserva, salsa de tomate, extracto de carne y otros (avecrem), patatas fritas y tortilla de patatas, aperitivos preparados (salzletten, crakers), frutos secos salados, pizzas y empanadas, aceitunas y variantes (pepinillos, etc.), galletas saladas, productos de repostería (bollería industrial), zumos envasados.

¿Cuáles son los signos de alerta que se deben vigilar?

Si aparece cualquiera de estos síntomas consulte a su médico o enfermera:

• Aumento de peso rápido: más de 1kg/día o más de 2 kg en 2-3 días.

- Hinchazón de pies, tobillos o abdomen.
- Disminución de la cantidad de orina.
- Si empeora la sensación de falta de aire, o necesidad de aumentar el número de almohadas para dormir.
- Tos seca persistente.
- Dolor en el pecho.
- Mareo o pérdida de conciencia.

Información en Internet para pacientes con insuficiencia cardíaca y cuidadores

En Internet, en estas páginas web, podrá consultar, obtener información y compartir opiniones sobre su enfermedad:

- www.heartfailurematters.org
- www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedadescardiovasculares/ insuficiencia cardiaca
- www.escueladepacientes.es
- www.hospitaldelmar.cat/insuficiencia-cardiaca
- www.fisterra.es
- www.hfsa.org
- www.abouthf.org
- www.nim.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/congestiveheartfailurespanish/ct1291s5.pdf

INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA¹³³

1) Régimen de vida, medidas higiénico-dietéticas y posturales:

El mayor énfasis de las intervenciones sanitarias, en personas con trastornos venosos crónicos, recae en la educación sanitaria al paciente.

Algunos temas importantes sobre los que se debe insistir son las medidas para aumentar la perfusión sanguínea del tejido evitando el estasis venoso (y, por ende, evitando el dolor) y las medidas para prevenir recidivas.

Entre las medidas preventivas y/o educativas, tanto en los pacientes con trastornos como en los de riesgo, incluiremos las siquientes:

- 1. En primer lugar, nos aseguraremos de que el Médico de Familia tenga constancia de la situación para valorar medidas (tratamiento, pruebas, contraindicaciones...).
- 2. Es importante una reducción de peso, pues la obesidad acarrea consecuencias negativas en pacientes con insuficiencia venosa crónica presentando una mayor incidencia de complicaciones (flebitis, trombosis venosa profunda (TVP), alteraciones tróficas..). Un aumento de la actividad física y una limitación de los aportes calóricos, reducirá el peso.
- 3. Debe intentarse el seguimiento de una dieta equilibrada, aumentando la proporción de alimentos ricos en fibra con el fin de evitar el estreñimiento crónico, pues produce un aumento de la presión abdominal secundaria al esfuerzo evacuatorio que tiende a frenar el retorno venoso a la altura de las grandes venas del abdomen.
- 4. El calzado debe adaptarse a la bóveda plantar y respetar la dinámica normal del pie, asegurando un buen funcionamiento de la bomba muscular. La deambulación tiene un importante carácter terapéutico en el paciente con IVC por lo que toda alteración de la estática y dinámica de la extremidad inferior debe ser sometida a tratamiento o corrección.
- 5. Se debe procurar que la vestimenta no produzca, por compresión, fenómenos de obstrucción del flujo venoso (ligaduras apretadas como calcetines y ligas).
- 6. Los excesos de calor en las piernas (saunas, exposición al sol, depilación con cera caliente, o utilización de agua demasiado caliente) provocan una vasodilatación cutánea que puede incrementar los síntomas de hinchazón especialmente en personas con otros factores favorecedores de la enfermedad venosa. Las duchas de agua fría tienen un importante efecto favorecedor y tónico.
- 7. El ortostatismo y la posición de sentado crean un importante compromiso en el drenaje de las extremidades inferiores en el paciente con patología venosa. Es importante evitar estas situaciones durante largo tiempo en la medida posible. Tanto de pie como sentado, el paciente debe estar en actividad muscular cíclica, moviendo los dedos de los pies, haciendo funciones de pedaleo, flexiones del pie, poniéndose de puntillas, etc. Resulta perjudicial cruzar las piernas cuando se está sentado.
- 8. Precaución con las personas encamadas por riesgo de padecer TVP.
- 9. Es recomendable el uso de medias elásticas.
- 10. Muy aconsejables son aquellas actividades deportivas cuya dinámica muscular tenga un desarrollo armónico, tales como la natación, bicicleta fija, pasear, etc., mientras que se eliminarán las excesivamente violentas.
- 11. El reposo con los pies elevados, durante 10-20 minutos varias veces al día representa un beneficio terapéutico indudable. Se complementa con la realización del descanso nocturno en la misma posición, estableciendo una diferencia de altura entre los pies y la cabeza de unos 15 cm (siempre que no esté contraindicado por otras patologías).
- 12. Las pacientes con ingesta prolongada de anticonceptivos y algunos tratamientos con hormonas femeninas deben tener precauciones, pues se pueden agravar los síntomas de pesadez e hinchazón de las piernas, sobre todo si existen factores predisponentes, además de favorecer el desarrollo de trombosis venosas.
- 13. Se deben tomar precauciones especiales durante el embarazo (debido a la compresión de las venas pelvianas por el útero gestante, que favorece el estasis venoso a nivel de las extremidades inferiores y, por lo tanto, la posibilidad de aparición de varices) y el puerperio.
- 14. Es aconsejable mantener la piel hidratada para impedir la formación de grietas. Se debe acudir al médico en los casos que aparezcan prurito y eczemas, pues el rascado puede complicar la integridad de la piel.
- 15. De vital importancia es el correcto seguimiento del tratamiento en el caso de ser prescrito por el facultativo (flebotónicos, tratamiento para el prurito, eczemas, etc.).
- 16. Hay que tener extrema precaución con los golpes en los miembros inferiores.

Por otro lado, el personal de enfermería debe tener constancia de aquellos cuidados que recibe el paciente en los casos de incapacidad para el autocuidado, para valorar si son correctos por parte de asociaciones de vecinos, asuntos sociales, voluntariado, familiares, amigos.... Si fuera necesario se acudirá al domicilio del paciente para desarrollar la labor educativa.

8. **BIBLIOGRAFIA**

- ¹ Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. World Health. 1997: 4-5.
- Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. OMS. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(S2):74-105.
- ³ Pérez M. Activando el envejecimiento activo. IMSERSO. Estudios I+D+I nº 18. Madrid: IMSERSO; 2003.
- ⁴ Carbajo MC. Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. Revista de la facultad de educación de Albacete. 2009; 24.
- ⁵ Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2010.
- ⁶ Vaillant GE, Mukamal K. Successful aging. Am J Psychiatry. 2001; 158:839-47.
- ⁷ Muñoz F, Espinosa JM. Envejecimiento activo y desigualdades de género. Aten Primaria. 2008;40:305-9.
- ⁸ SHARE. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2005. Disponible en: http://www.share-project.org/
- ⁹ Martín I. Crisis económica y vulnerabilidad social en personas mayores. Aten Primaria. 2014; 46:55-7.
- ¹⁰Strategy action 2012-2020. URL: and plan for healthy ageing in Europe, 2012. http://www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf.
- . I Zamarrón MD. El bienestar subjetivo en la vejez. Informes Portal Mayores. nº 52. Lecciones de Gerontología II. Madrid: Portal Mayores; 2006. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf.
- ¹² Cordel L, Corder E, Manton K. The prevalence and dimensions of disability at ages 65+ in the United States from 1982 through 1999. Gerontol Int J Exp Clin Behav Gerontol 2001:47:87.
- ¹³ Sabia S, Singh-Manoux A, Hagger-Johnson G, Cambois E, Brunner EJ, Kivimaki M. Influcence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. CMAJ. 2012;184:1985-92. Disponible en www.cmaj.ca/kookup/doi/10.1503/cmaj.12180.
- ¹⁴ Herreros Y, López-Torres JD, de Hoyos MC, Baena JM, Gorroñogoitia A, Martín Lesende I. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria. 2012;44(Supl 1):57-64.
- ¹⁵ 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la salud en la práctica clínica en España. Libro de resúmenes. Madrid; 2007: 26-30.
- ¹⁶ Regato P. El envejecimiento activo desde la perspectiva de atención primaria. JANO. 2003;64(1474): 1408-14.
- ¹⁷ García MM, Delgado AM, Mateo I, Maroto G, Bolívar J. El género como determinante de las desigualdades en salud y la utilización de los servicios sanitarios en Andalucía. En: Escolar A (Ed). Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN). Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 2008. p 127-144.
- ¹⁸ Starfield B. Primary Care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPAS
- report 2012. Gac Sanit. 2012; 26(S) :20-6.

 ¹⁹ Gravelle H, morris S, Sutton M. Are family physicians good for you? Endogenous doctor supply and individual health. Health Serv
- ²⁰ Parchman ML, Noel PH, Lee S. Primary care attributes, health care system hassles and chronic illness. Med Care. 2005; 43:1123-9.
- ²¹ Frieberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and cost of health care. Health Aff. 2010; 29:766-72.
- ²² Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. J Gerontol A Biol Sci Med. Sci.2010; 65:421-8.
- ²³ Sánchez M. La educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo. Principios y líneas de actuación. Madrid: Portal Mayores. Informes nº 26; 2004.
- ²⁴Serra-Prat M. Estudio de los factores biológicos y los estilos de vida asociados a fuerza muscular, capacidad funcional y calidad de vida en las personas mayores. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I nº 17; 2003.

 Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2010.
- Disponible en: wholibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977 spa.pdf.
- ²⁶ Vuori I, Oja P, Cavill N, Coumans B. Guía Europea de la actividad física para la mejora de la salud; 2000.
- ²⁷ Ferrer A, Formiga F, Sanz H, Monteserrate E, Verges D y Grupo Octabaix. Envejecimiento Satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. Estudio Octabaix. Aten Primaria. 2014. Aten Primaria. 2014; 46(9):475-82.
- ²⁸ Moreno X, Huerta M, Albala C. Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores. Gac Sanit. 2014; 28(3):246-52.
- ²⁹ Malmusi D, Artazcoz L, Benach J. Perception o real ilness? How chronic condition contribute to genderinequalities in self-related health. Eur J Public Health. 2012; 22:781-6.
- ³⁰ Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. Two views of self-related general health status. Soc Sci Med.2003;56:203-17.
- ³¹ Llopis EJ, Gabilondo A (Eds.). Mental Health in Older People.Consensus paper.Luxembourg: European Communities. 2008.
- ³² Vernooij-Danssen MJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, De Lepeleire J, Leuschner A, Zanetti O et al. Factors affecting timely recognizion and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. Int J Geriatr Psychiatry. 2005; 20(4):377-86.
- 33 Wilson RS, Mendes De Leon CF, Barnes LL, Schneider JA, Bienios JL, Evans DA, Bennet DA. Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. JAMA. 2002; 287(6):742-8.
- European Silver Paper. Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol.
- Baena JM, Papiol M, Tomás J. Manejo farmacológico en el paciente anciano. En: Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.p. 171-92.
- ³⁶ Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004; 28(5):113-20.
- ³⁷ Blasco F, Martínez J, Villares P, Jiménez AJ. El paciente anciano polimedicado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005; 29(6):152-60.

- ³⁸ Stuck AE, Minder CE, PeterWüest I. A randomized trial of home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. Arch Intern Med. 2000; 160:977-86.
- ³⁹ Encuesta sobre la Salud, el envejecimiento y la jubilación en Europa (SHARE) 2004. Tomado de Erlinhagen M, Hank K. Participación de las personas mayores europeas en el trabajo del voluntariado. Boletín sobre envejecimiento. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; agosto 2005.
- ⁴⁰ García-Calvente MM, Matero-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y en la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria. 2004;18 (Supl.2):83-92.
- ⁴¹ Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria. 1996; 18(6): 289-96.
- ⁴² Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Aceval V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999; 23(7):434-440.
- ⁴³ Ander-Egg E .Diccionario del Trabajo Social. Buenos Aires: Ed. Lumen Argentina;1995.
- Andradas E, Labrador MV, Lizarbe V, Molina M (Coords). Documento de consenso sobre la prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de promoción de Salud y Prevención en el SNS. Informes, estudios e Investigación 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- ⁴⁵ Martín Lesende I. Escalas de valoración funcional y cognitivas. En: Grupo de Trabajo de la semFYC de Atención al Mayor. Atención a las Personas Mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2004. p. 53-68.
- ⁴⁶ Martín Lesende I. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor. AMF. 2013; 9(9):508-514.
- ⁴⁷ De Hoyos MC, Tapias E, García de Blas F. Demencia. AMF. 2012; 8(9):484-495.
- ⁴⁸ Cabrero-García J, Muñoz-Mendoza CL, Cabañero-Martínez MJ, González Llopís L, Ramos-Pichardo JD, Reig-Ferrer A. Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery pata pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. Aten Primaria. 2012: 44(9):540-8.
- ⁴⁹ Escobar-Bravo MA, Jürschik P, Botigué T, Nuin C. La fragilidad como predictora de mortalidad en una cohorte de edad avanzada. Gac Sanit. 2014; 28(6):489-91.
- ⁵⁰ Martín-Lesende I, López-Torres JD, de-Hoyos MC, Baena JM, Gorroñogoitia A, Herreros Y. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en Atención Primaria. En: Recomendaciones PAPPS.2014. Disponible en http://www.papps.org/.
- ⁵¹ Dupre ME, Gu D, Warner DF et al. Frailty and type of death among older adults in China: prospective cohort study. BMJ. 2009; 338:b1175.
- ⁵² Kuo H-K, Glasser K, Dave J, Mitchell SL. The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis. Ach Gerontol Geriatr 2004; 39: 245-54.
- ⁵³ Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomized controlled trial. BMJ. 2008; 336:598-600.
- ⁵⁴ Reeve J, Ryan, R, Deci E y Jang, H. Understanding and promoting autonomous self-regulation: A self-determination perspective. En D. Schunk y B. Zimmerman (Eds.). Motivation and self-regulated learning: Theory, research, and applications. Londres: LEA; 2008. p. 223-44.
- ⁵⁵ Prochaska J, Di Clemente C. Transtheorical Therapy: Towards a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1982; 19:276-88.
- ⁵⁶ de Vries NM, et al. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. Ageing Res Rev. 2011; 11:136-49.
- ⁵⁷ Fairhall N, Langron C, Sherrington C, Lord SR, Kurrle SE, Lockwood K, y col. Treating frailty-a practical guide. BMC Medicine. 2011, 9:83.
- ⁵⁸ Herreros Y, López-Torres JD, De Hoyos MC, Baena JM, Gorroñogoitia A, Martín-Lesende I. Actividades Preventivas en los Mayores. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:57-64.
- ⁵⁹ Simonson W, Feinberg JL. Medication-related problems in the elderly: defining the issues and identifying solutions. Drugs Aging. 2005; 22:559–69.
- ⁶⁰ Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. Arch Intern Med. 1997; 157:1531-6.
- ⁶¹ Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44 (5): 273-9.
- ⁶² García-Baztán A, Roqueta C, Martínez-Fernández MI, Colprim D, Puertas P, Miraller R . Prescripción de benzodiacepinas en el anciano en diferentes niveles asistenciales: características y factores relacionados. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2014; 49(1): 24-8.
- ⁶³ Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:162-7.
- ⁶⁴ Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez de Gracia L. Polimedicación en personas mayores. AMF 2012; 8(8):426-433.
- ⁶⁵ Sketris IS, Langille Ingram EM, Lummis HL. Strategic opportunities for effective optimal prescribing and medication management. Can J Clin Pharmacol. 2009;16:e103-25.
- ⁶⁶ Hardy JE, Hilmer SH. Deprescribing in the last year of life. J Pharm Pract Res. 2011; 41:146-51.
- ⁶⁷ Leydon GM, Rodgers L, Kendrick T. A qualitative study of patient views on discontinuing long-term selective serotonin reuptake inhibitors. Fam Pract. 2007; 24:570-5.
- ⁶⁸ Le Couteur DG, Ford G, McLachlan AJ. Evidence, ethics and medication management in older people. J Pharm Pract Res. 2010; 40:148-52.
- ⁶⁹ Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. Implications for pay for performance. JAMA. 2005; 294:716-24.

- ⁷⁰ Fried TR, Tinetti ME, Towle V, O´Leary JR, Iannone L. Effects of benefits and harms on older persons´ willingness to take primary cardiovascular medication. Arch Int Med.2011;171:923-8.
- ⁷¹ Hamdy RC, Moore SW, Whalen K, Donnelly JP, Compton R, Testerman F, et al. Reducing polypharmacy in extended care. South Med J. 1995; 88:534-8.
- ⁷² Examen de Salud para mayores de 65 años. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008.
- ⁷³ Putnam, R. D.The prosperous community: Social Capital and Public Life. The American Prospect. 1993; 4:13:35-42.
- ⁷⁴ Segura del Pozo J. El enfoque ABCD del desarrollo comunitario. Salud Pública y algo más. 2011. Disponible en: www.madrimasd.org/blogs/salud publica/2011
- ⁷⁵ Cruz F, de la Red N. Intervención integral para el desarrollo en el medio rural. Rev. Intervención Psicosocial, 2000;9 (2):155-68.
- ⁷⁶ Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Comission on Social Determinants of Health; 2007.
- ⁷⁷ Primeras recomendaciones del PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? 2ª ed. Madrid: Ed. semFYC e Instituto de Salud Pública de Madrid; 2004.
- ⁷⁸ Maya I, García M, Santolaya F. Estrategias de intervención psicosocial. Sevilla: Ed. Pirámide; 2007.
- ⁷⁹ Triadó MC, Villar F, Solé C, Osuna MJ. Envejecer en entornos rurales. Estudios de I+D+I. № 19. Madrid: IMSERSO, 2005.
- ⁸⁰ Rodríguez P. Envejecimiento en el medio rural: necesidades singulares, políticas específicas. Observatorio de personas mayores. Boletín sobre envejecimiento. № 11.Madrid: IMSERSO; 2004.
- ⁸¹ Villa JM. Envejecimiento activo y servicios de proximidad en el medio rural. 60 y más. Cuadernos.2009:29-33.
- ⁸² Castillo B, Muñoz F, Pérez I, Canalejo A, Burgos ML. Envejecimiento Activo en un centro de salud. Comunidad 2012;14(2):150-154.
- ⁸³ Burgos ML, Muñoz F, Colomo N, Castillo B, Canalejo A. Recetas de Cocina Popular Paleña. Samfyc, 2014. Disponible en: http://www.samfyc.es/pdf/GUIA_RecetasCocinaPalo2.pdf
- ⁸⁴ Eriksson M, Lindstrom B. A salutogenic interpretation on the Ottawa Charter. Health Prom Int. 2008;23:190-8.
- ⁸⁵ Palmer S, Tubbs I, Whybrow A. Health coaching to facilitate the promotion of health behavior and achievement of health-related goals. International Journal of Health Promotion and Education. 2003;41(3):91-3.
- ⁸⁶ Rogers C. El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2000.
- ⁸⁷ Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción. Valencia: Itaca/TSB. 2012. Disponible en http://www.salupedia.org/alfabetización/
- ⁸⁸ Richards T, Montori VM, Godlee F, Ladsley P, paul D. Let the patient revolution begin. BMJ. 2013;346:f2614.
- ⁸⁹ Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. Am Psychol.2009; 64(6):527-37.
- ⁹⁰ Rivera S VM, llabaca A. Entrevista motivacional. ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes en atención primaria? Aten Primaria. 2008;40(5):257-61.
- ⁹¹ Beca LR, Slade MD, Kuntel SR, Lasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. J Personality Soc Psychol 2002:83:261-70.
- ⁹² Frostholm L, Ornbol E, Hansen HS, Olesen F, Weinman J, Fink P. Which is more important for outcome: The physician's or the patient's understanding of a health problem?. A 2-year follow-up study in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 2010;32:1-8.
- ⁹³ Zabalegui A, Navarro M, Cabrera E, Gallart A, Bardallo D, Rodríguez E, Gual P, Fernández M, Argemí J. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(3):157-66.
- ⁹⁴ Gallagher-Thompson D, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. Psychol Aging. 2007;22(1):37-51.
- ⁹⁵ Gordon G, Galloway T. Review of findings on Chronic Disease Self-Management programmes (CDSMP) outcomes: physical, emotional & health-related quality of life, health care utilization and costs. 2008. Disponible en http://patienteducation.stanford.edu/research/Review_findings_CDSMP_outcomes1%208%2008.pdf.
- Foster G, Taylor FJ, Eldridge SE et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions, Cochranne Database Sys Rev.2007;4CD005108.
- González M. The Expert Patient Programme in Catalonia. Health Policy monitor 2010. Disponible en http://www.hpm.org/es/a16/3.pdf.
- ⁹⁸ Abizanda P, Paterna G, Martínez E, López E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45(4):219-228.
- ⁹⁹ INE. Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible en: www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm.
- Las personas mayores en España 2010. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Secretaría General de Política Social y Consumo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2013.
 Sánchez Cruz JJ (Coord.), Sánchez Villegas P, Moya Garrido MN, Mayoral Cortés MN. La salud en Andalucía según las Encuestas
- ¹⁰¹ Sánchez Cruz JJ (Coord.), Sánchez Villegas P, Moya Garrido MN, Mayoral Cortés MN. La salud en Andalucía según las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS): EAS-1999, EAS-2003 y EAS-2007. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.2010.
- Ollero M, Sanz R, Padilla C. (Coord.) Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas.2012/2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012.
- ¹⁰³ European Parkinson's Disease Association. Consultado 12/01/2015. Disponible en http://www.epda.eu.com/es/parkinsons/life-with-parkinsons/part-1/prevalence-of-parkinsons-disease/.
- Benito-Leon J, Bermejo-Pareja F, Morales-González JM, Porta-Etessam J, Trincado R, Vega S, Louis ED. Incidence of Parkinson disease and parkinsonism in three elderly populations of central Spain. Neurology.2004; 62: 734-41.
- ¹⁰⁵ Aguilar M (coord.).Proceso Asistencial Integrado Diabetes.2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2011.
- Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía (2005-2009). Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
- 107 Proceso Asistencial Integrado Artrosis de Rodilla y Cadera. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2004.

- ¹⁰⁸ Aguilar García F (coord.). Proceso Asistencia Integrado Fractura de Cadera. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y políticas Socialas: 2014
- Valera Nieto I, Rivera T. Presbiacusia. Lychnos. Cuadernos de la Fundación General CSIC. Edición digital. Num 2. Consultado 20/02/2015. Disponible en http://www.fgcsic.es/lychnos/es ES/articulos/presbiacusia.
- ¹¹⁰ Acosta R, Hoffmeister L, Román R, Comas M, Castilla M, Castells X. Revisión sistemática de estudios poblacionales de prevalencia de catarata. Arch Soc Esp Oftalmol. 2006;81(9):509-16.
- ESEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) proyect. Acta Psychiatr Scand 2004; 109 Supl. 420: 1-64.
- ¹¹² Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeDEspaña. Med Clin. 2006; 126 (12): 445-51.
- Ollero M, Orozco D, Domingo C, Román P, López A, Melguizo M, Bailón E, Ruiz A, Ortiz MA y Cuello JA. "Declaración de Sevilla" conferencia nacional pata la atención al paciente con enfermedades crónicas. Rev Clin Esp. 2011;211(11):604-6.
- ¹¹⁴ Boyd CM, Weiss CO, HalterJ, Han KC, Ershler WB, Freíd LP. Comobidity. Framework for evaluating disease severity measures in older adults with comorbidity. J Gerontol. 2007;65A:286-95.
- ¹¹⁵ Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: A review. J Clin Epidemiol. 2001;54:661-74.
- Fortín M, Lapointe L, Hudon C, Bañase A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: A systematic review. Health Qual Life outcomes. 2004;2:51.
- ¹¹⁷ Wolf JL, Boult C, Boyd C, Anderson G. Newly reported chronic contitions and onset of functional dependency. J Am Geriatr Soc. 2005:53:851-5.
- ¹¹⁸ Bernabeu-Wittel M, Ollero-Bonaroute M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuentes A, Murcia-Zaragoza J, Ramos-Cantos C, Alemán A, Fernández-Moyano A. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med. 2011;22:311-7.
- ¹¹⁹ Bohórquez Colombo P. Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en atención primaria: Estudio PROFUND en Atención Primaria. España: Universidad de Sevilla; 2013.
- ¹²⁰ Tranche S (Coord). Recomendaciones NO HACER. Barcelona: semFYC ediciones; 2014.
- ¹²¹ Gómez-Huelgas R, Martínez-Sellés M, Formiga F, Alemán JJ, Camafort M, Galve E. Tratamiento de los factores de riesgo vascular en el paciente mayor de 80 años. Med Clin (Barc).2014;143(3):134e1-134e11.
- Ollero M (Coord). Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico. 2ª edición. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007.
- ¹²³ García C, Gómez-Pastrana D (Coords). Proceso Asistencial Integrado Asma. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012.
- ¹²⁴ Morales JM (Coord). Proceso Asistencial Integrado Atención a personas fumadoras. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2008.
- ¹²⁵ Jiménez I. Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Quirúrgico. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
- ¹²⁶ Cía R (coord.). Proceso Asistencial Integrado Cuidados Palitivos. 2ª Edición. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2007.
- ¹²⁷ Castilla ML, Delgado A, López R, Martínez JM. Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2007.
- ¹²⁸ Guerra JA (coord.). Proceso Asistencial Integrado Dolor crónico no oncológico. 2ª ed Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
- ¹²⁹ León A. Proceso Asistencial Integrado EPOC.2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2007.
- ¹³⁰ Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2005.
- ¹³¹ Vázquez R. Proceso Asistencial Integrado IAM con elevación del ST. 2ª Edición. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2007.
- ¹³² Vázquez R. Proceso Asistencial Integrado Insuficiencia Cardíaca. 2ª Edición. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2012.
- 133 Proceso Asistencial Integrado Insuficiencia Venosa Crónica. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2003.

Fundación S/MFyC



Especialistas del descubrimiento

Punta Umbría (Huelva) 6 al 8 de actubre de 2016 Hatel Barceló Punta Umbría Beach Resart



www.samfychuelva2016.com info@samfychuelva2016.com



https://www.facebook.com/Samfyc2016/ https://twitter.com/samfyc2016