

Curso EIR 2019/2020

# ENFERMERÍA GERIÁTRICA

ESENCIALES A<sup>+</sup>

Ger<sup>+</sup>





**Esenciales Aulaplust  
Curso EIR 2019/20**

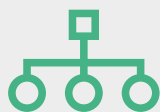
**Aulaplust Formación, S. L.**  
[www.aulaplustformacion.es](http://www.aulaplustformacion.es)  
[info@aulaplustformacion.es](mailto:info@aulaplustformacion.es)

**Diseño, maquetación e ilustraciones:**  
Aulaplust Formación, S. L.  
Shutterstock, Flaticon

# Sumario



**Estadísticas**



**Mapas  
conceptuales**



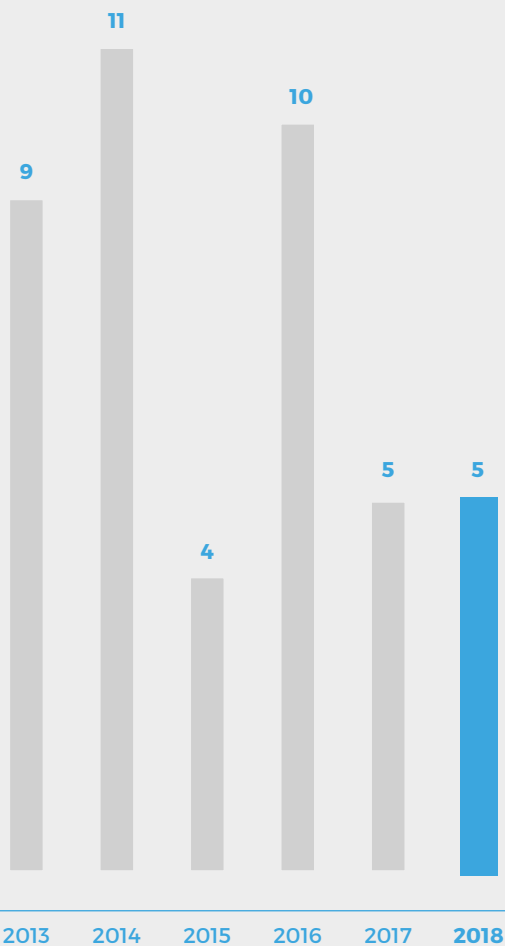
**Líneas  
de tendencia**



**Actualizaciones**



## Tendencia general (2013-2018)

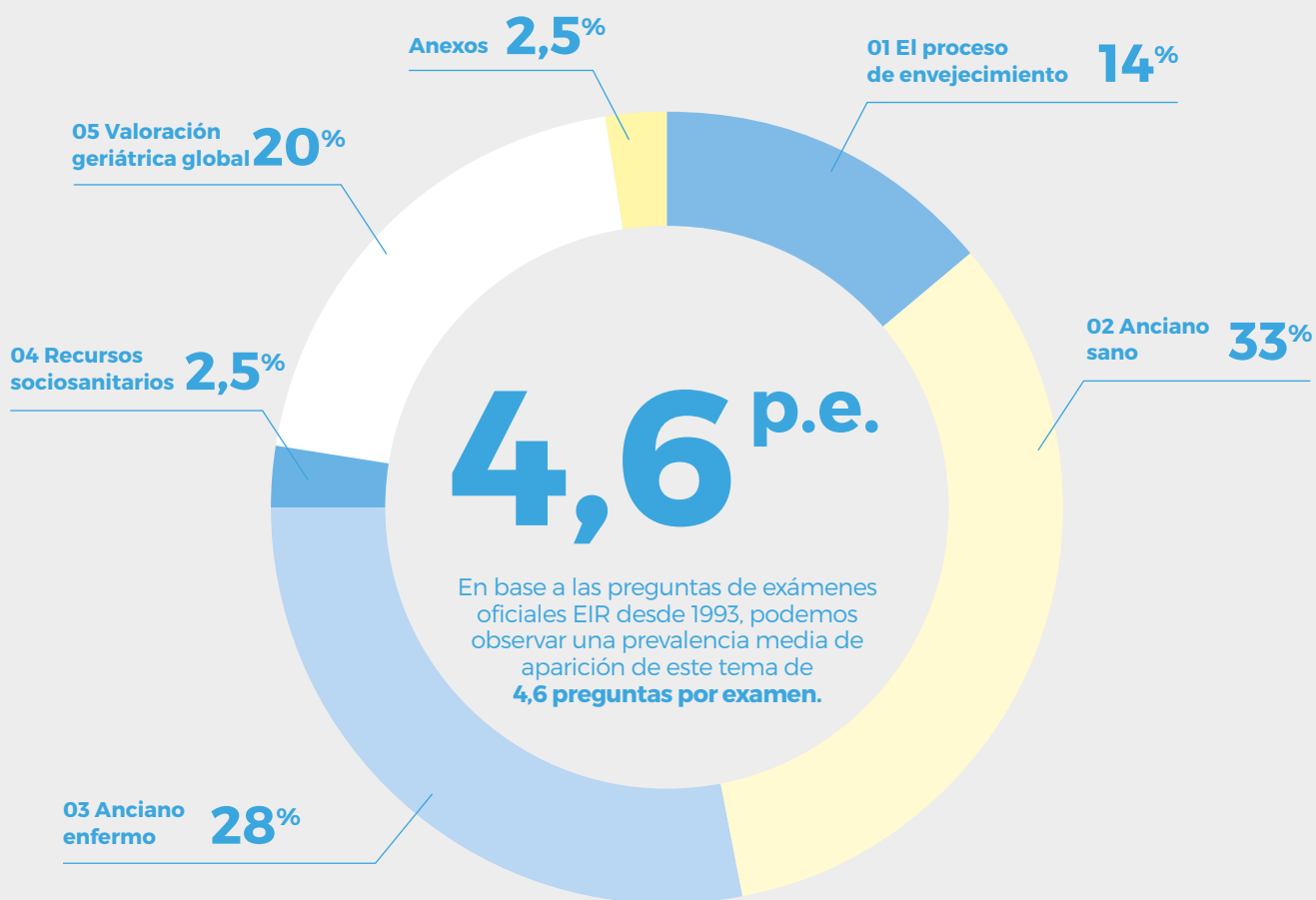


## Importancia de la asignatura dentro del histórico de exámenes EIR

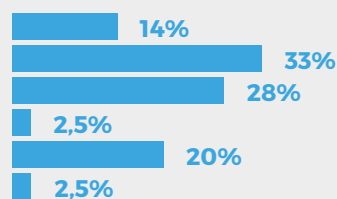
| ASIGNATURA                  | N.º Preg.  | %            |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Salud Pública y Comunitaria | 246        | 6,8 %        |
| Fundamentos                 | 219        | 6,1 %        |
| Maternal                    | 202        | 5,6 %        |
| Epidemiología               | 202        | 5,6 %        |
| Respiratorio/equilibrio     | 202        | 5,6 %        |
| Psicosocial                 | 199        | 5,5 %        |
| Neurología                  | 178        | 4,9 %        |
| Cardiología                 | 172        | 4,8 %        |
| Nutrición                   | 164        | 4,6 %        |
| Farmacología                | 163        | 4,6 %        |
| Salud mental                | 157        | 4,4 %        |
| Investigación               | 150        | 4,2 %        |
| Gestión                     | 136        | 3,7 %        |
| Oncohematología             | 135        | 3,7 %        |
| Infantil                    | 121        | 3,3 %        |
| <b>GERIATRÍA</b>            | <b>120</b> | <b>3,3 %</b> |
| Bioética                    | 120        | 3,3 %        |
| Digestivo                   | 112        | 3,1 %        |
| Traumatología               | 100        | 2,8 %        |
| Endocrinología              | 94         | 2,7 %        |
| Modelos                     | 89         | 2,4 %        |
| Nefrourología               | 85         | 2,3 %        |
| Urgencias                   | 82         | 2,3 %        |
| Quirúrgico                  | 76         | 2,1 %        |
| Dermatología                | 73         | 2 %          |

## Enfermería geriátrica

Distribución por temas en el histórico del EIR.  
Total: **120 preguntas.**



01 El proceso de envejecimiento  
02 Anciano sano  
03 Anciano enfermo  
04 Recursos sociosanitarios  
05 Valoración geriátrica global  
Anexos





# Líneas de tendencia

## Enfermería geriátrica

Total: **120 preguntas** de las cuales se distribuyen en líneas de tendencia las siguientes:

|                    |       |
|--------------------|-------|
| 01 ANCIANO SANO    | 35 p. |
| 02 ANCIANO ENFERMO | 27 p. |
| 03 ESCALAS         | 25p.  |
| 04 FRAGILIDAD      | 5p.   |

### 01 ANCIANO SANO

N.º Preguntas: **35**

#### Conceptos clave

Las preguntas relacionadas con anciano sano comenzaron en el EIR 1997, con preguntas relacionadas con sistema digestivo. Las preguntas sobre los cambios fisiológicos en los distintos sistemas y órganos, se centran en el sistema osteomuscular, nefrouinario y en órganos de los sentidos.

#### Nivel complejidad

Estas preguntas desde un inicio se han basado en descripciones básicas de los cambios fisiológicos, sin incrementar la complejidad de las mismas hasta el EIR 2019. Por tanto, podemos indicar que no hay incremento de la complejidad de esta línea de tendencia (en el último EIR, sobre sarcopenia).

El abordaje de estas preguntas me obliga a conocer los cambios generales que se producen en los distintos órganos y sistemas, con especial atención a aquellos cambios que adoptan acepciones concretas.

#### Tendencia esperada:



La caja invisible de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Especial atención a las definiciones de los cambios fisiológicos.
2. Incremento de la complejidad de preguntas en los 3 sistemas más preguntados (nefrouinario, osteomuscular y órganos de los sentidos)
3. Preguntas básicas de los órganos y sistemas que aún no han sido preguntados.

## 02 ANCIANO ENFERMO

N.º Preguntas: **27**

### Conceptos clave

Las preguntas en esta línea de tendencia se realizan desde el primer examen EIR de 1993. Es una línea de tendencia con complejidad de análisis debido a que los contenidos son extensos y las preguntas dispersas. A pesar de ello, encontramos que las siguientes alteraciones tienen un leve incremento de preguntas: demencias, síndrome confusional agudo, caídas, inmovilidad, incontinencia y farmacología en ancianos. Cabe señalar que algunas patologías no se referencian con mayor número de preguntas, puesto que se analiza de forma más exhaustiva en su correspondiente materia clínica (por ejemplo, alteración nutricional o UPP).

### Nivel complejidad

El nivel de complejidad de las preguntas es bajo y ha permanecido estable a lo largo de los años. Si bien, es cierto que, en alguna patología como las demencias, encontramos alguna pregunta de mayor complejidad, como puede ser en la demencia, en relación a la escala PAINAD.

### Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Generalidades sobre la enfermedad y síndrome geriátrico.
2. Preguntas de mayor nivel relacionada con patologías más preguntadas como han sido: demencias, síndrome confusional agudo, incontinencia, riesgo de caídas y farmacología en anciano (especial atención a las escalas en cada una de ellas. Algunas de estas escalas se ven en la materia clínica correspondiente).
3. Preguntas básicas del resto de patologías, centradas en los aspectos clínicos diferenciales con los que se presenta en la población anciana.
4. Actualizaciones y tendencias en cuidados geriátricos. Atención a las publicaciones de la SEGG (sociedad española de geriatría y gerontología), como puede ser la "Guía de buena práctica clínica en geriatría. Hidratación y salud".  
[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf)

## 03 ESCALAS

N.º Preguntas: **25**

### Conceptos clave

Desde el EIR de 1996 que tuvimos la primera pregunta, relacionada con escalas en la asignatura de geriatría, hasta el actual examen EIR, hemos tenido preguntas de escalas de valoración geriátrica. La tendencia a tener preguntas de valoración geriátrica se ha ido incrementando, en un principio, más centradas en el área funcional, y a día de hoy en todas las áreas de valoración geriátrica.

### Nivel complejidad

La primera pregunta EIR (1996) sobre escalas abordó la interpretación del punto de corte de una escala. Pregunta de elevado nivel, puesto que es uno de los retos de las escalas, recordar sus distintos puntos de corte e interpretación. A partir de esta pregunta, tuvimos preguntas estándar sobre la utilidad de diversas escalas del área funcional y mental, que han ido dando paso a las del área social. En total, tenemos 15 preguntas del área funcional, 5 del área mental y 5 del área social. El nivel de complejidad cada vez es mayor, sobre más tipos de escalas que debemos manejar.

### Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas del área funcional centradas en puntos de corte de las escalas clásicas (Katz y Barthel), en escalas que aún no han sido preguntadas (Plutchick, Kenny, Cruz Roja) y en riesgo de caídas. Atención a la propuesta de interpretación de la escala de Barthel, realizada por otros autores.
2. Preguntas del área mental centradas en puntos de corte de escalas clásicas (Pfeiffer y Lobo), y conceptos básicos del resto. Especial atención a Reisberg, que es fácil tener cualquier tipo de pregunta sobre esta escala.
3. Tanto el área social como las publicaciones del Ministerio de Sanidad, que recomiendan unas determinadas escalas en la valoración geriátrica, son escalas que pueden marcar una tendencia a ser preguntadas, como ya ha mostrado el último examen EIR.

**Conceptos clave**

Aunque la fragilidad con 5 preguntas en el histórico de preguntas, vemos que desde 2009, se está empezando a ver una tendencia en preguntas relacionadas con la vulnerabilidad y fragilidad de la población anciana.

**Nivel complejidad**

El perfil de pregunta se originó con preguntas descriptivas sencillas, que se han ido haciendo más complejas y dirigidas hacia valoración de la fragilidad y relacionadas con las publicaciones del Ministerio de Sanidad.

**Tendencia esperada:**

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

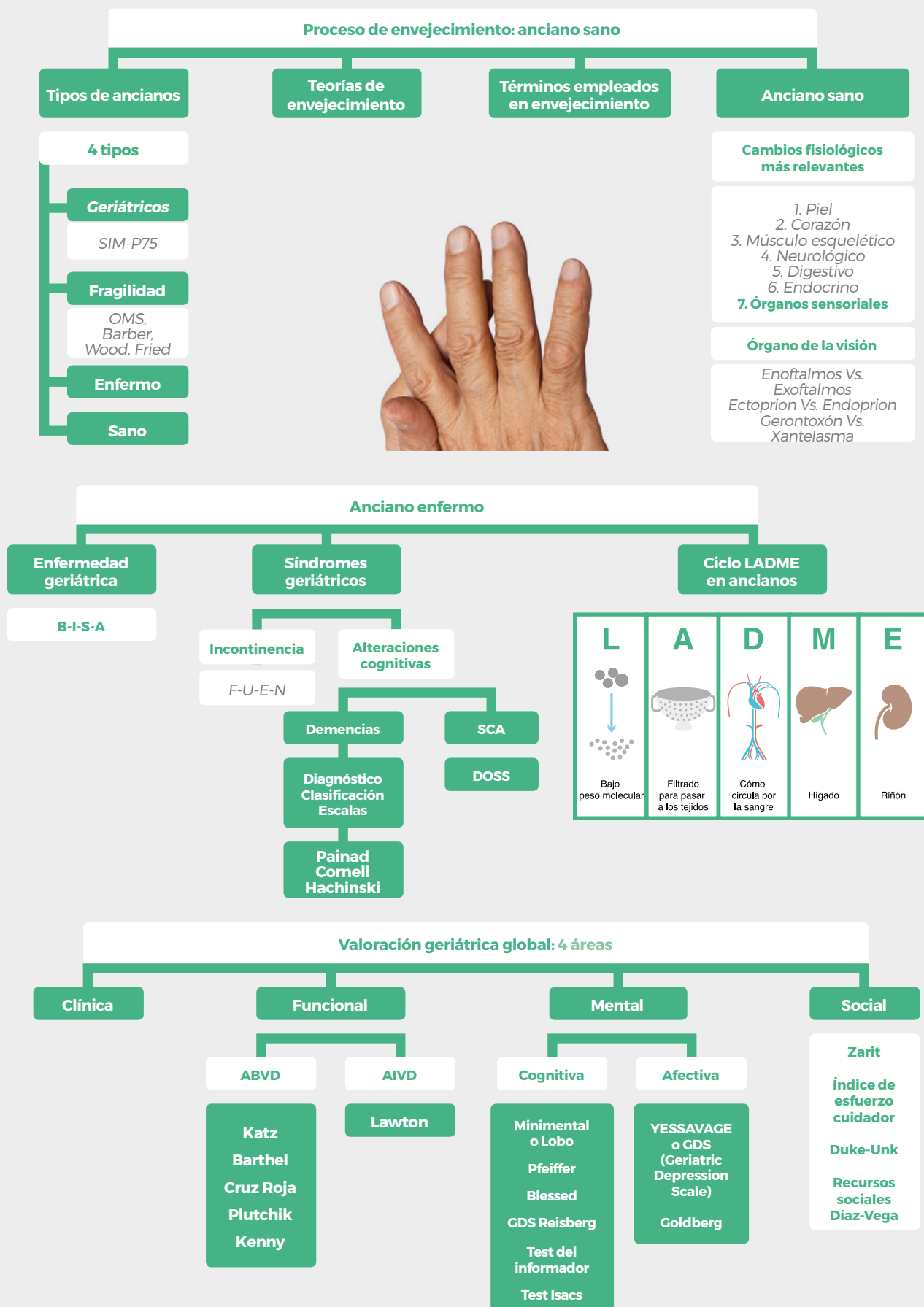
1. Preguntas de definición de fragilidad desde distintas perspectivas.
2. Preguntas de valoración de la fragilidad con diversas propuestas.
3. Publicaciones del Ministerio de Sanidad relacionadas con la fragilidad. Atención al documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor (2014).  
[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf)

*Las definiciones de geriatría y gerontología, no tienen suficientes preguntas para marcar una tendencia.*

*Así, del mismo modo, las teorías de envejecimiento, con 5 preguntas en el histórico de preguntas EIR tampoco llegar a constituir una tendencia.*



# Mapa conceptual





## Anexo I Enfermería asistencial en Atención Primaria: Ancianos

### Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria

Este Marco Estratégico se articula en 6 estrategias. A continuación, analizamos las aportaciones que cada una de ellas indica en relación al cuidado a las personas ancianas:

En la **ESTRATEGIA A**, “Reforzar el compromiso del Consejo Intergubernamental del SNS con el liderazgo de la Atención Primaria de Salud”, el objetivo 4, que es “Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud”, una de las acciones a ejecutar a corto plazo es protocolizar la valoración social de la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional o con patología compleja crónica y/o personas en situación de dependencia y de toda persona en situación de vulnerabilidad, riesgo social o **situación de maltrato**, destacando la valoración social de mujeres víctimas de violencia de género, mujeres embarazadas, menores y **personas mayores**”

Otra acción relacionada con este objetivo es la de garantizar el cumplimiento de la Cartera Básica de todas las actuaciones en salud bucodental en CS y las Unidades de Salud Bucodental, con especial énfasis en las actividades dirigidas a población infantil, embarazadas y personas con **diversidad funcional**.

En la Estrategia D, “Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud”, el objetivo 5 “Extender los programas de autocuidados de personas y cuidadores/as (PAPC) en todas las áreas sanitarias”, cuya acción principal es “Priorizar la **captación de las personas y cuidadoras/es más desfavorecidas/os** o con mayores necesidades de apoyos para desarrollar intervenciones de autocuidado”.

### Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS

Los factores abordados en la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS se engloban en aspectos del estilo de vida y son: actividad física, alimentación saludable, consumo de riesgo y nocivo de alcohol, consumo de tabaco, bienestar emocional y seguridad y lesiones no intencionales.

De todos ellos, en el tema 2. Atención al Adulto, se describen aspectos de estilo de vida que tienen relación directa con la atención a la salud de la infancia. Como son descritos a en el te-



ma 2, no los desarrollamos, pero debemos tener presente los contenidos relacionados con las publicaciones PAPPS y las personas ancianas.

En la primera fase de esta estrategia se han priorizado para la acción dos poblaciones: la infancia (menores de 15 años) y los mayores de 50 años.

En esta estrategia se describe la relevancia de intervenir a partir de los 50 años, debido a que se acelera la prevalencia de numerosos factores de riesgo y trastornos crónicos, así como el riesgo de comorbilidad. La carga de enfermedad en la población mayor de 50 años está protagonizada por las enfermedades crónicas.

Además, el Marco de Actuación para las personas mayores ha sido elaborado con el objetivo de recoger en un único documento las líneas de actuación que orienten las políticas públicas presentes y futuras, hacia las personas mayores, dirigidas a promover el envejecimiento activo y la solidaridad entre generaciones. Aunque este documento lo analizaremos a lo largo de este tema, es interesante que analicemos algunos elementos relevantes.

El **Consejo Estatal de las Personas Mayores** es un órgano colegiado de carácter asesor y consultivo de la Administración General del Estado, adscrito al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales.

Tiene como finalidad institucionalizar la colaboración y participación de las personas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida dirigidas a este sector de población en el campo de las competencias atribuidas a la Administración General del Estado. En el desarrollo de sus funciones, participa en la elaboración y desarrollo de los servicios correspondientes a la situación de dependencia y de los distintos planes estatales relacionados con las personas mayores.

Entre las distintas funciones, destaca el desarrollo de marcos estratégicos y planes de calidad en relación a las personas ancianas. En este sentido, en abril 2019, se desarrolla El Plan de Calidad del Imsero 2019 (PLANCA 19), que establece 2 líneas de acciones estratégicas:

- 1ª El conocimiento de las expectativas y del nivel de satisfacción de las personas usuarias de los servicios y la mejora de la calidad de la atención y de la calidad de vida.
- 2ª Línea. La gestión de la calidad interna, para fomentar la mejora continua de sus procesos y de sus actividades.

El Boletín Oficial del Estado del 6 de abril 2019, publicó la Resolución de 7 de marzo de 2019, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de febrero de 2019, por el que se establece el día **3 de mayo como Día Nacional de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** de Naciones Unidas.

### 3. PAPPs 2018: Acciones Preventivas en los mayores

En la **actualización de los PAPPs 2018: acciones preventivas en los mayores**, tenemos varias actualizaciones que tenemos que tener en cuenta en el programa de seguimiento y de recomendaciones generales para atención primaria, que se resumen en: deterioro cognitivo, test diagnósticos e intervenciones preventivas, ejercicio físico, déficits sensoriales, fragilidad, caídas y medicación.

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718303652>

#### Deficiencias sensoriales en los mayores

Entre todos los **problemas oftalmológicos**, los errores de refracción, las cataratas, la degeneración macular asociada a la edad (D0AE), la retinopatía diabética y el glaucoma crónico de ángulo abierto representan las afecciones más comunes y las principales causas de discapacidad visual en los ancianos.

Aunque el abordaje precoz de los trastornos de refracción, las cataratas y la D0AE mejora o previene la pérdida de la agudeza visual, la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y riesgos del cribado de la deficiencia visual en las personas mayores de 65 años.

En la **deficiencia auditiva**, la causa más frecuente de hipoacusia en las personas mayores es la presbiacusia, que supone más del 90% de todas las hipoacusias. La deficiencia auditiva afecta al 25-40% de los mayores de 65 años y es > 80% en mayores de 85 años. Se asocia con depresión, deterioro cognitivo, declive funcional, aislamiento social, pérdida de calidad de vida e incremento de la mortalidad. El USPSTF también concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar los riesgos y beneficios de llevar a cabo un cribado de deficiencia auditiva en personas asintomáticas a partir de los 50 años



#### NOTA

En el tema 2 del módulo 2, se aborda el tema clínico de neurología y órganos de los sentidos, en el que se analiza de forma más precisa la alteración y valoración de los órganos de los sentidos.

| Recomendaciones sobre actividad física en las personas mayores |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de actividad                                              | Recomendación                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ejemplos                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Ejercicio aeróbico</b>                                      | Se recomienda un mínimo de 30 min. de actividad aeróbica de intensidad moderada 5 días a la semana, un mínimo de 20 min. de actividad intensa durante 3 días a la semana o alguna combinación de ambas.                                                                                                 | Caminar a paso ligero, correr, nadar, aeróbic, acuático, tenis, golf, clases de ejercicios aeróbicos, bailar, montar en bicicleta y uso de aparatos como máquinas elípticas, máquinas de subir escaleras, bicicletas estáticas y cintas de correr. |
| <b>Fortalecimiento muscular</b>                                | Debe realizarse un mínimo de 2 días no consecutivos a la semana y debe dirigirse a los grandes grupos musculares (abdomen, brazos, piernas, hombros y caderas). No hay un tiempo recomendado, pero deben realizarse de 10 a 15 repeticiones de cada ejercicio a un nivel moderado o alto de intensidad. | Se incluye el entrenamiento con pesas, ejercicios de calistenia que soportan peso o entrenamiento de resistencia.                                                                                                                                  |
| <b>Flexibilidad</b>                                            | Este tipo de ejercicio se debe realizar 2 veces a la semana durante al menos 10 min. Los estiramientos deben mantenerse de 10 a 30s.                                                                                                                                                                    | Estiramientos de hombros, brazos, pantorrillas y yoga.                                                                                                                                                                                             |
| <b>Equilibrio</b>                                              | Estos ejercicios deben realizarse 3 veces por semana                                                                                                                                                                                                                                                    | Se recomienda bailar, practicar taichí, ejercicios de pies a talón o permanecer sobre un pie.                                                                                                                                                      |

#### Beneficios de la actividad física en las personas mayores Las principales recomendaciones se centran en:

Se recomienda la realización de ejercicio físico de forma planificada y estructurada, incluyendo actividad aeróbica durante la mayor parte de los días de la semana y ejercicios de fortalecimiento muscular, flexibilidad y equilibrio durante algunos días de la semana.

En presencia de enfermedades crónicas, alguna actividad física es mejor que ninguna y la participación en cualquier actividad física implica beneficios para la salud.



#### NOTA

En el tema 2 del módulo 2: atención al adulto; se desarrollan los aspectos clave de la actividad física para los distintos grupos de población.

## Caídas

Según datos de la OMS, las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, de ahí la importancia de la prevención. Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año.

Las mujeres tienen un mayor riesgo de caídas que los varones, con un mayor porcentaje de fracturas de cadera. Una de las consecuencias más importantes de las caídas es la pérdida de autonomía y el denominado síndrome de temor a caerse, que implican el inicio de la discapacidad en el anciano. La etiología de las caídas es multifactorial; sin embargo, no hay ningún instrumento basado en la evidencia que permita identificar con precisión a los ancianos que tienen mayor riesgo de sufrir caídas. La edad y el antecedente de una caída previa son los marcadores más utilizados.

Los pacientes de edad avanzada a menudo tienen niveles bajos de vitamina D por falta de exposición a la luz solar e ingesta dietética inadecuada. Los mayores de 65 años con concentraciones bajas de 25-hidroxivitamina D (25-(O+)-D) en suero (10 ng/ml >25 nmol/l) tienen un mayor riesgo de pérdida de masa muscular y fuerza, y de fracturas de cadera.

### Recomendaciones:

1. No se recomienda el uso de protectores de cadera en las personas mayores que viven en la comunidad
2. Se recomienda colocar marcapasos en pacientes con caídas y enfermedad del seno carotídeo
3. Se aconseja la corrección quirúrgica de cataratas del primer ojo afectado
4. En ancianos con dolor de pies se aconsejan intervenciones podológicas

5. Debe retirarse gradualmente la medicación psicotropa que sea posible
6. Se recomiendan los ejercicios que incluyen el entrenamiento del equilibrio, el fortalecimiento muscular y la marcha, aunque su eficacia es menor en los pacientes más frágiles
7. Con la evidencia actual no puede aconsejarse administrar suplementos de vitamina D en mayores de 65 años que viven en la comunidad
8. Se recomienda la corrección de los riesgos del hogar en personas mayores con alto riesgo de caídas
9. Las intervenciones multifactoriales evalúan el riesgo de caídas, pero su eficacia sobre la reducción del riesgo de caídas es pequeña, por lo que no se recomiendan

### Cribado de deterioro cognitivo leve y demencia.

En el momento actual, no hay suficiente evidencia que demuestre los beneficios o los riesgos de los programas de cribado de deterioro cognitivo en población mayor de 65 años asintomática.

Hay acuerdo en reconocer la importancia de la evaluación clínica (entrevista, test, exploraciones complementarias) cuando la familia o el paciente expresen su preocupación ante un potencial deterioro cognitivo o pérdida de autonomía funcional, como forma de garantizar un diagnóstico temprano de demencia que garantice un abordaje adecuado del paciente.

Aunque no hay evidencia para la utilización de test cognitivos en cribado poblacional por la alta frecuencia de falsos positivos (uno de cada 10 con el MMSE, el test más comúnmente empleado). La capacidad de detección de los test cognitivos mejora si se asocian con escalas de valoración funcional. En la siguiente tabla se reflejan los test cognitivos cortos validados en población española para el estudio de DCL (deterioro cognitivo leve) o demencia:

| Test cognitivos breves para la detección del deterioro cognitivo validados en España |                              |                                          |      |      |                                                                                                                     |                                                                                 |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Test <sup>b</sup>                                                                    | Áreas evaluadas <sup>c</sup> | PdC                                      | S    | E    | Ventajas                                                                                                            | Inconvenientes                                                                  | Orientaciones de uso                                                     |
| Test del Reloj                                                                       | FE, AV                       | 5-6                                      | 0,76 | 0,78 | Amigable<br>Sin restricciones ni licencia                                                                           | No evalúa ME, múltiples escalas de valoración, exige destreza grafomotora       | Complemento de otros test                                                |
| Mini-Cog                                                                             | ME, FE, AV                   | 1-2                                      | 0,6  | 0,9  | Multidominio<br>Sin restricciones ni licencia                                                                       | Estrecho rango de puntuación, exige destreza grafomotora                        | Detección de demencia                                                    |
| Fototest<br>(www.fototest.es)                                                        | ME, FE, L                    | 28/29                                    | 0,69 | 0,93 | Aplicable a analfabetos, evalúa recuerdo libre y facilitado, versiones paralelas<br>Uso clínico permitido, licencia | Exige un mínimo de agudeza visual                                               | Detección y seguimiento DCL y demencia                                   |
| MIS                                                                                  | ME                           | 4-5                                      | 0,73 | 0,87 | Evalúa recuerdo libre y facilitado                                                                                  | Exige saber leer, evalúa solo memoria<br>Uso limitado por copyright             | Detección DCL                                                            |
| T@M<br>(www.hipocampo.org)                                                           | ME, MS                       | 36/37 <sup>b</sup><br>37/38 <sup>c</sup> | 0,88 | 0,68 | Aplicable a analfabetos, evalúa recuerdo libre y facilitado, y MS<br>Uso clínico permitido, copyright               | Solo evalúa memoria                                                             | Detección y seguimiento de DCL amnésico y enfermedad de Alzheimer típica |
| Eurotest<br>(www.eurotest.es)                                                        | FE, ME, MS, CN               | 22/23                                    | 0,77 | 0,93 | Aplicable a analfabetos<br>Uso clínico permitido, licencia                                                          | Exige un mínimo de agudeza visual y tener las monedas                           | Detección y seguimiento de DCL y demencia                                |
| MMSE<br>(versión MEC)                                                                | ME, MS, FE, L, A, AV         | 22/23                                    | 0,77 | 0,77 | Uso universal, rasgos cualitativos                                                                                  | Versiones múltiples, ausencia factores educativos<br>Uso limitado por copyright | Detección y seguimiento de DCL y demencia                                |
| MoCA<br>(www.mocatest.org)                                                           | ME, MS, FE, L, A, AV         | 19/20                                    | 0,76 | 0,77 | Cómodo, estructura equilibrada<br>Uso clínico permitido, copyright                                                  | Escasa experiencia. Solo validado en atención especializada                     | Detección y seguimiento DCL y demencia                                   |

A: área de atención; AV: área visuoespacial; CN: capacidades numéricas; DCL: deterioro cognitivo leve; E: especificidad (salvo el MoCA, solo se han puesto los valores de estudios validados en atención primaria); FE: funciones frontales/ejecutivas; L: lenguaje; ME: memoria episódica; MEC: Mini-Examen Cognoscitivo; M.S: Memory Impairment Screen; MMSE: Mini-Mental State Examination; MoCA: Montreal Cognitive Assessment; MS: memoria remota/semántica; PdC: punto de corte; S: sensibilidad; T@M: Test de Alteración de Memoria.

<sup>b</sup>36/37 si < 8 años de escolaridad.

<sup>c</sup>37/38 si > 8 años de escolaridad.

Modificada de referencia 8

La bibliografía existente, incluido el “world Alzheimer Report”, aboga por un enfoque múltiple para la prevención temprana de la demencia. En la siguiente tabla pueden verse otros factores de riesgo modificables:

| Factores de riesgo (FR) de demencia y eficacia de las intervenciones preventivas                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FR de DCL y demencia                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Accidente cerebrovascular (ACV)</b>                                                                   | El 10% de los pacientes desarrolla demencia de nueva aparición después de un primer ACV, y un tercio de los pacientes desarrolla demencia después de un ACV recurrente. Las microhemorragias cerebrales subclínicas también se han asociado con un mayor riesgo de demencia incidental, incluida la EA.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Fibrilación auricular</b>                                                                             | Varios MA y estudios observacionales han encontrado relación directa entre la fibrilación auricular y el riesgo de demencia. Parece ser un FR independiente de otras comorbilidades como la diabetes, la hipertensión y la insuficiencia cardíaca                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Insuficiencia cardíaca</b>                                                                            | En un reciente MA, la insuficiencia cardíaca se asoció con un aumento del riesgo de demencia del 60% (RR: 1,60)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>ERC</b>                                                                                               | Hay evidencia, basada en MA, que muestra que la albuminuria aumenta el riesgo de desarrollar DCL y demencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Trastornos del sueño</b>                                                                              | La apnea obstructiva del sueño se ha asociado con un mayor riesgo de demencia en estudios observacionales y en MA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Consumo de alcohol</b>                                                                                | En estudios observacionales se ha descrito asociación entre alcohol y demencia tipo U: hay menor riesgo en personas que beben poco frente a los no bebedores, pero al aumentar el consumo, el riesgo progresa; sin embargo, en otros estudios, se ha encontrado una relación ante cualquier consumo de alcohol, con aumento lineal del riesgo al aumentar el consumo                                                                                                                                                                                    |
| <b>Concentración elevada de homocisteína</b>                                                             | La homocisteína refleja el estado funcional de 3 vitaminas (ácido fólico, vitaminas B12 y B6). Su elevación es un factor de riesgo para el DCL y la demencia (RR: 1,5-2,5 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Déficit crónico de folato</b>                                                                         | Frecuente entre las personas de $\geq 65$ años, debido a la ingesta dietética reducida y a la malabsorción intestinal. Se ha asociado en estudios poblacionales con depresión, DCL y demencia, en particular EA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Déficit de vitamina D</b>                                                                             | Una RS asocia los niveles bajos de vitamina D con DCL y EA, siendo el efecto de la asociación bajo y de significado incierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Eficacia de las intervenciones en prevención de la demencia o prevención del paso de DCL leve a demencia |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Ejercicio físico</b>                                                                                  | Los efectos protectores del ejercicio aún no se han demostrado. Ensayos con ejercicio aeróbico con personas mayores cognitivamente sanas no demostraron efecto en la puntuación de los test cognitivos a las 8-24 semanas de seguimiento. Es posible que el ejercicio físico tenga beneficios sinérgicos como parte de una estrategia integral de reducción de los factores de riesgo                                                                                                                                                                   |
| <b>Control de la glucemia</b>                                                                            | A pesar de que la DM se ha asociado a mayor riesgo de demencia vascular y EA, no está claro si su tratamiento efectivo reduce el riesgo de demencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Terapia antihipertensiva</b>                                                                          | Aunque la hipertensión parece estar asociada con un mayor riesgo de demencia vascular y EA, el efecto del tratamiento antihipertensivo sobre la reducción del riesgo es incierto: leve disminución, no estadísticamente significativa (OR: 0,89 >0,74-1,07@), de la incidencia de demencia con tratamiento frente a placebo                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Entrenamiento cognitivo</b>                                                                           | En adultos con cognición normal, el entrenamiento mejora el rendimiento cognitivo en el dominio entrenado, pero no en los no entrenados. Los dominios cognitivos en los que se ha encontrado mejoría con la estimulación cognitiva son la función ejecutiva, la velocidad de atención y procesamiento, y la memoria, pero no la memoria de trabajo. La evidencia con respecto a la prevención o el retraso del deterioro cognitivo o la demencia es insuficiente                                                                                        |
| <b>Modificaciones dietéticas</b>                                                                         | Aunque la evidencia es insuficiente, múltiples estudios de cohortes y el ensayo PREDMED han sugerido que la dieta mediterránea mejora los resultados cardiovasculares, incluido el ACV, y estos efectos podrían promover directa o indirectamente un menor riesgo de demencia.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Consumo de alcohol</b>                                                                                | Aunque el consumo moderado de alcohol se ha asociado en estudios poblacionales a menor riesgo de EA, la evidencia científica disponible sugiere que los riesgos globales del alcohol se sitúan muy por encima de sus posibles y ligeros beneficios, por lo que no se recomienda su consumo para disminuir el riesgo de demencia                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Terapia hormonal sustitutiva</b>                                                                      | La terapia hormonal sustitutiva no es eficaz en la prevención primaria de la demencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Terapia con AINE</b>                                                                                  | Existe evidencia de calidad moderada de que los AINE no previenen la demencia y, dados los posibles daños, no deben usarse para el tratamiento o la prevención de la demencia o el deterioro cognitivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Estatinas</b>                                                                                         | Existe evidencia que sustenta que administrar estatinas a personas mayores con riesgo vascular no previene el desarrollo de DCL ni de demencia. No han demostrado superioridad frente a placebo (OR: 1,00 >0,61-1,65@)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Vitaminas antioxidantes (vitamina E, betacaroteno, Áavonoides, vitamina C)</b>                        | Debido a que existen riesgos potenciales de suplementación de vitamina E, no se recomienda la suplementación con vitamina E u otros antioxidantes para la prevención de la EA u otros tipos de demencia<br>No hay evidencia de que la vitamina E prevenga la progresión de DCL a demencia, ni de que mejore la función cognitiva en los pacientes con DCL. En personas con DCL, los suplementos de vitamina E tienen pocos o ningún efecto sobre la incidencia de EA (índice de riesgo: 1,02 >0,74-1,41@) a los 36 meses, en comparación con el placebo |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vitaminas B6, B12 y folato</b>            | No hay evidencia suficiente de que la suplementación con vitaminas prevenga la demencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Vitamina D</b>                            | No existe evidencia para recomendar suplementos de vitamina D con el fin de prevenir el deterioro cognitivo o la demencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Ácidos grasos omega-3</b>                 | Los estudios disponibles no han demostrado un beneficio para la función cognitiva y han carecido de poder y duración para probar si el consumo reduce la demencia incidente. En personas con DCL, los ácidos grasos omega-3 mostraron poca o ninguna diferencia respecto a placebo en la progresión a demencia en estudios de 14 a 24 semanas. Tampoco han demostrado su eficacia en mayores sanos ni en personas con demencia. Se están estudiando asociaciones con otros nutrientes como el ácido fólico, el selenio o las vitaminas C, E, B6 y B12 para ver su efecto sobre la memoria <sup>3</sup> |
| <b>Inhibidores de la colinesterasa (ICE)</b> | En pacientes con deterioro cognitivo leve, los ICE no han demostrado disminución en la progresión a la demencia (RR: 0,84 >0,70-1,02@) a los 3 años, y presentan más eventos adversos que el placebo (RR: 1,09 >1,02-1,16@), por lo que no están indicados para este propósito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Ginkgo biloba</b>                         | Aunque en la demencia leve se ha demostrado un pequeño efecto sobre la conducta, la ansiedad y las funciones ejecutivas <sup>3</sup> , no existe evidencia para recomendar suplementos de Ginkgo biloba para prevenir el deterioro cognitivo o la demencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

ACV: accidente cerebrovascular; A, NE: antiinflamatorios no esteroideos; DCL: deterioro cognitivo leve; DM: diabetes mellitus; EA: enfermedad de Alzheimer; ERC: enfermedad renal crónica; ICE: inhibidores de la colinesterasa; MA: metaanálisis; OR: odds ratio; RR: riesgo relativo; RS: revisión sistemática.

### Detección y abordaje de la persona mayor frágil en atención primaria

Su prevención se entiende a 3 niveles: a) prevención primaria, para evitar que aparezca la situación de fragilidad (con medidas de fomento de la actividad física y los hábitos de vida saludable, y otras específicas); b) prevención secundaria,

con detección precoz antes de que sea evidente o en los primeros estadios; c) prevención terciaria, para evitar las consecuencias desfavorables asociadas (discapacidad, eventos adversos de salud, etc.) una vez ya establecida. La atención primaria (AP) se muestra como el medio asistencial idóneo para detectar y abordar la fragilidad.

| Características de las principales herramientas empleadas en la detección de fragilidad |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                                     |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Herramienta                                                                             | Fundamento y composición                                                                                                                                                                                       | Características                                                                 | Factibilidad aplicación sistemática | Utilización/recomendada en España |
| <b>Modelo físico de fragilidad</b>                                                      |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                                     |                                   |
| <b>Fenotipo de Fried</b>                                                                | 5 criterios: pérdida de peso, debilidad muscular, baja resistencia, lentitud en velocidad de la marcha y baja actividad física.                                                                                | Define fragilidad. Buena fiabilidad y validez pronóstica. Requiere dinamómetro. | +                                   | ++/+                              |
| <b>Escala SHARE-Fi</b>                                                                  | Criterios de Fried modificados. Calculadora web: <a href="https://sites.google.com/a/tcd.ie/share-frailty-instrument-calculators/">https://sites.google.com/a/tcd.ie/share-frailty-instrument-calculators/</a> | Requiere dinamómetro, como en el fenotipo de Fried.                             |                                     |                                   |
| <b>Modelo multidimensional</b>                                                          |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                                     |                                   |
| <b>FI</b>                                                                               | Puntuación acumulativa, 0 a 1; n/total de ≥ 30 déficits posibles en varias dimensiones (física, mental, social) o discapacidades.                                                                              | Define fragilidad. Corte fragilidad en 0,25.                                    | ++                                  | -/-                               |
| <b>eFI</b>                                                                              | Basado en registros de la historia clínica electrónica.                                                                                                                                                        | Estratifica el riesgo poblacional de fragilidad.                                |                                     |                                   |
| <b>PRISMA-7</b>                                                                         | 7 ítems de sexo, autonomía, marcha, soporte social y medioambiente.                                                                                                                                            | Moderada capacidad pronóstica.                                                  |                                     |                                   |

| Escala mixta (modelo físico y multidimensional) |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                   |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Escala FRAIL</b>                             | Ítems: fatiga, resistencia, deambulación, número de enfermedades, pérdida de peso.                                                                                                                                                                               | No requiere aparataje.                                                                                                                                                                                   | ++                                  | -/-                               |
| <b>Índice de Tilburg (mixta)</b>                | 15 ítems en 3 dominios (físico, psicológico y social).                                                                                                                                                                                                           | Elevada fiabilidad y validez. Muy estudiada.                                                                                                                                                             |                                     |                                   |
| Pruebas de ejecución                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                   |
| <b>Velocidad de la marcha</b>                   | Caminar 4 a 6 m a su ritmo de marcha habitual.                                                                                                                                                                                                                   | Corte fragilidad en 1 o 0,8 m/s, predice eventos adversos y pérdida funcional. Buena fiabilidad y correlación con los criterios de Fried.                                                                | +++                                 | ++/+++                            |
| <b>"Levántate y anda"</b>                       | Tiempo en levantarse de la silla, caminar 3 m, y sentarse de nuevo                                                                                                                                                                                               | Corte para fragilidad > 20 s (algunos consideran 10)                                                                                                                                                     |                                     |                                   |
| <b>SPPB</b>                                     | Valora equilibrio (pies juntos, semitándem y tándem), marcha a 4 m, y levantarse y sentarse de una silla.                                                                                                                                                        | Puntuación de 0 a 12 puntos. Corte fragilidad 10. Valida en España, con buena fiabilidad y validez predictiva, y convergente con otras medidas físicas y de funcionalidad, y con los criterios de Fried. |                                     |                                   |
| Herramienta                                     | Fundamento y composición                                                                                                                                                                                                                                         | Características                                                                                                                                                                                          | Factibilidad aplicación sistemática | Utilización/recomendada en España |
| Escala AIVD                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                   |
| <b>Índice Lawton-Brody</b>                      | Valora 8 ítems de AIVD: uso del teléfono, hacer compras, usar medios de transporte, responsabilizarse de medicación, llevar asuntos económicos, preparar comida, tareas domésticas, lavar ropa (en varones algunas versiones solo valoran los 4 primeros ítems). | Apenas validada, a pesar de amplio uso y poco discriminante. Probable sesgo de sexo (hay versión que evita los ítems en varones que más condicionan).                                                    | +++                                 | + / ++                            |
| <b>Cuestionario VIDA</b>                        | 10 ítems-actividades (tomar medicación, usar teléfono, tareas domésticas, asuntos económicos, desplazamiento, control de riesgos, compras, abrir puertas, usar transportes, relación social) y puntuación sumativa de 10 a 38 puntos.                            | Corte fragilidad 31 puntos. Sencillo (3-4 min), válido y fiable, con amplio rango y discriminación, originado en nuestro medio y sin sesgo de sexo.                                                      |                                     |                                   |

|                                 |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                |   |     |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|
| <b>Criterio del profesional</b> | Con preguntas de reflexión como "¿considerarías a este paciente frágil, definido como pérdida de capacidad funcional (física, psicológica, social), con incremento del riesgo de efectos adversos?" | Baja sensibilidad y especificidad moderada, aunque mejora si se acompaña de medidas objetivas. | + | +/- |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; eFI: índice electrónico de fragilidad; FI: índice de fragilidad; SPPB: prueba corta de desempeño físico (short physical performance battery).

#### Recomendaciones:

1. Se recomienda la detección oportunista de fragilidad en AP en personas >70 años
2. Las herramientas de detección recomendadas en AP en nuestro medio son las pruebas de ejecución
3. Es aconsejable la monitorización de las AVD en personas > 70 años para detectar precozmente el declive funcional
4. Ante la sospecha de fragilidad se recomienda una valoración clínica de tipo multidimensional, o en forma de VG, en los casos establecidos o más avanzados, para corroborar la fragilidad, valorar las necesidades y establecer planes de intervención adecuados e individualizados
5. Se recomienda la actividad o el ejercicio físico, adaptados en intensidad y estructurados (multicomponente), como intervención principal para prevenir o retrasar la pérdida funcional en la fragilidad
6. Otras intervenciones recomendadas son la intervención nutricional, la revisión y adecuación de la medicación, y el correcto abordaje de situaciones clínicas coincidentes



#### NOTA

A lo largo de este tema describiremos las herramientas más empleadas para valorar tanto las Actividades básicas de la vida diaria, como las instrumentales, área mental y área social. También analizaremos los contenidos del programa de detección de fragilidad propuesto por el Ministerio, para ser aplicado desde atención primaria.

#### Medicación en las personas mayores

Los principales problemas de la medicación<sup>1</sup> en los mayores son la polifarmacia, el consumo de medicación inapropiada, el incumplimiento terapéutico, la automedicación, las interacciones farmacológicas y las reacciones adversas a medicamentos (RAM).

La polifarmacia se suele definir de manera cuantitativa, y la definición más frecuente es el consumo diario de 5 o más fármacos. La OMS describe el consumo mayor de 3 fármacos diarios. A pesar de ello, es una definición compleja, ya que una persona mayor puede estar tomando 5 fármacos, todos ellos correctamente indicados.

Diversos consensos de expertos han elaborado listas de medicación inapropiada. Los más conocidos son los criterios STOPP y los criterios de Beers.

#### Fármacos inapropiados en el mayor (adaptada de los criterios de Beers, 2015)

| Fármacos                                          | Recomendación          | Fuerza de la recomendación |
|---------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| <b>Antihistamínicos de primera generación</b>     | Evitar                 | Fuerte                     |
| <b>Antiparkinsonianos (trihexifenidilo)</b>       | Evitar                 | Fuerte                     |
| <b>Antiespasmódicos (escopolamina)</b>            | Evitar <sup>a</sup>    | Fuerte                     |
| <b>Antitrombóticos (dipiridamol, ticlopidina)</b> | Evitar                 | Fuerte                     |
| <b>Antiinfecciosos (nitrofurantoína)</b>          | Evitar <sup>b</sup>    | Fuerte                     |
| <b>Cardiovasculares</b>                           |                        |                            |
| <b>Doxazosina, prazosina, terazosina</b>          | Evitar en hipertensión | Fuerte                     |
| <b>Clonidina, reserpina, alfametildopa</b>        | Evitar en hipertensión | Fuerte                     |
| <b>Dronedarona, disopiramida</b>                  | Evitar                 | Fuerte                     |
| <b>Digoxina &gt; 0,125 mg/día</b>                 | Evitar como 1.ª opción | Fuerte                     |

|                                                         |                                    |        |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|--------|
| <b>Amiodarona</b>                                       | Evitar como 1. <sup>a</sup> opción | Fuerte |
| <b>Nifedipina</b>                                       | Evitar en hipertensión             | Fuerte |
| <b>Sistema nervioso</b>                                 |                                    |        |
| <b>Antidepresivos tricíclicos</b>                       | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Paroxetina</b>                                       | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Antipsicóticos típicos y atípicos</b>                | Evitar <sup>c</sup>                | Fuerte |
| <b>Barbitúricos</b>                                     | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Benzodiacepinas</b>                                  | Evitar <sup>d</sup>                | Fuerte |
| <b>Zolpiclona, zolpidem</b>                             | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Sistema endocrino</b>                                |                                    |        |
| <b>Andrógenos</b>                                       | Evitar <sup>e</sup>                | Débil  |
| <b>Tiroides desecado</b>                                | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Estrógenos con o sin progestágenos orales</b>        | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Hormona del crecimiento</b>                          | Evitar <sup>e</sup>                | Fuerte |
| <b>Megestrol</b>                                        | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Clorpropamida, gliburida</b>                         | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Gastrointestinal</b>                                 |                                    |        |
| <b>Metoclopramida, aceite mineral vía oral</b>          | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Inhibidores de la bomba de protones</b>              | Evitar <sup>f</sup>                | Fuerte |
| <b>Dolor</b>                                            |                                    |        |
| <b>AINE, AAS &gt; 325 mg/día, pentazocina, petidina</b> | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Relajantes musculares</b>                            |                                    |        |
| <b>Carisoprodol, metocarbamol, ciclobenzaprina</b>      | Evitar                             | Fuerte |
| <b>Genitourinario</b>                                   |                                    |        |
| <b>Desmopresina</b>                                     | Evitar                             | Fuerte |

AAS: ácido acetilsalicílico; AINE: antiinflamatorios.

<sup>a</sup> Excepto en curas paliativas.

<sup>b</sup> Con filtrado < 30 ml/min.

<sup>c</sup> Excepto en la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos conductuales en demencias durante períodos cortos, y como antieméticos durante la quimioterapia.

<sup>d</sup> Algunas benzodiacepinas de larga duración pueden estar indicadas en la epilepsia, durante la retirada por dependencia de otras benzodiacepinas, en los trastornos de ansiedad graves y para la anestesia.

<sup>e</sup> Excepto déficit.

<sup>f</sup> Evitar su uso, excepto como gastroprotección (intentar que el tratamiento sea < 8 semanas), esófago de Barrett, estados patológicos de hipersecreción o necesidad de tratamiento (síndrome de rebote tras la retirada o falta de respuesta con antihistamínicos H2).

## Recomendaciones PAPPS para mejorar la prescripción farmacológica en los ancianos

### Atención al paciente polimedicado

En 1999 aparece La Guía de la Buena Prescripción es un manual publicado por la OMS en el que se describe el proceso de prescripción como un proceso complejo, lógico y deductivo, basado en una información global y objetiva. En ella se define la adecuada atención a los problemas de los pacientes, en los que se debe definir el diagnóstico, especificar un objetivo terapéutico y elegir un tratamiento eficaz y seguro. Al comenzar el tratamiento hay que ofrecer al paciente información e instrucciones claras, o a su familia en todo caso. Al cabo de un tiempo se evalúan los resultados, si el problema ha sido solucionado, detenerse, si no, examinar cada paso.

### Documento del consenso sobre prevención y fragilidad en la persona mayor

La **fragilidad** es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente, y su importancia es que se centra en la funcionalidad y no focaliza en el diagnóstico de enfermedad.

Como **factor de riesgo de riesgo para la fragilidad**, este documento ha propuesto la **polimedicación** (polifarmacia), entre muchos otros, como unos de los desencadenantes a producir esta situación en personas mayores.

La detección de este factor de riesgo se encuentra en la

**Valoración multidimensional (valoración geriátrica integral -VGI)**, un instrumento útil de valoración del anciano frágil, que permite estructurar las acciones concretas a adoptar en base a los problemas detectados. Entre ellas, destacarían las dirigidas a la actividad física, la nutrición, los síndromes geriátricos, **polimedicación**, etc.

La **revisión periódica** de la medicación habitual y evitar en la medida de lo posible la polifarmacia son medidas de gran importancia. Considerar la indicación de fármacos recomendables por sus condiciones clínicas (**criterios -STOP START**).

### Pacientes y polimedicación

Los ancianos son una población **especialmente vulnerable**, por tener una mayor morbilidad que motiva la utilización de múltiples fármacos, y unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de RAM, interacciones medicamentosas, olvidos y confusiones. Una parte de estas reacciones adversas producen caídas u otras alteraciones que desembocan en un elevado grado de dependencia en el anciano.

**Conforme se van añadiendo fármacos** al esquema terapéutico, con diferentes dosis y momentos de administración, con recomendaciones específicas para tomarlos con/sin alimentos, va siendo más probable que aparezcan olvidos o confusiones en la toma de los medicamentos. Además, la polimedicación se observa con mayor frecuencia en pacientes ancianos, que pueden tener problemas cognitivos de base que dificultan la comprensión adecuada de las

instrucciones facilitadas por los profesionales sanitarios. Se considera **polimedicación** el consumo de cinco o más fármacos.

Una **cascada terapéutica** es una sucesión encadenada de prescripciones en la que un fármaco produce un efecto adverso que no se reconoce como tal y que se trata con otro fármaco.

### Optimizar la efectividad de los medicamentos

- Asegurando que cada uno de los medicamentos que recibe el paciente se corresponde con una indicación o problema de salud, para el cual el tratamiento farmacológico es la mejor estrategia terapéutica. En el caso de no estar justificado debería suspenderse el uso del medicamento.
- Asegurando que para cada medicamento se ha definido y acordado con el paciente el objetivo terapéutico concreto en que ha de basarse la monitorización y seguimiento del tratamiento, promoviendo la selección del medicamento apropiado para cada indicación.
- Adecuando las dosis y pautas prescritas a las recomendadas en base a los objetivos terapéuticos planteados.
- Identificando los problemas de salud para los que el paciente no tiene prescripción y evaluando la necesidad de la misma. Todo ello en base a las mejores evidencias disponibles.

### Minimizar el número de problemas asociados a los medicamentos

- Reflexionando ante un nuevo síntoma, si podría ser un efecto secundario de un medicamento prescrito con anterioridad.
- Monitorizando periódicamente los tratamientos comprobando si alguno de los medicamentos prescrito está produciendo efectos secundarios y, en su caso, cambiando a la mejor alternativa.
- Revisando si los medicamentos prescritos interaccionan entre sí y, en su caso, cambiando a la alternativa más adecuada.



### Consecuencias de la polimedicación

- Clínicas: la polimedicación es un factor de riesgo independiente, tanto de morbilidad como de mortalidad.
- Ausencia de beneficio y aumento de daño: porcentaje de pacientes que presentan RAM.
- Económicas: gasto innecesario para los pacientes y el sistema.

### Valoración del paciente

Como se ha comentado anteriormente, la detección de este factor de riesgo se encuentra en la **valoración multidimensional (valoración geriátrica integral-VGI)**, un instrumento útil de valoración del anciano frágil, donde además de la polimedicación esta valoración está dirigida a la actividad física, la nutrición, los síndromes geriátricos, etc.

### Valoración por la enfermera

- Comprobará si los medicamentos que aporta el paciente coinciden con los recogidos en la historia clínica, reflejando tanto ausencias como la utilización de fármacos no prescritos.
- Valorará el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su medicación principalmente:
  - Si conoce la indicación para el problema de salud.
  - Si conoce la posología de ese fármaco.
  - Si el paciente toma los medicamentos conforme a la posología prescrita.
- Registrará los problemas detectados tales como falta de adherencia, duplicidades terapéuticas, sospecha de RAM...
- Realizará una valoración cognitiva y social del paciente y su entorno con el fin de detectar si el paciente requiere instrumentos que le ayuden a mejorar el cumplimiento terapéutico: etiquetas identificativas en las cajas de los medicamentos, sistemas personalizados de dosificación reciclables, o de un solo uso, sellados. También es importante la valoración de posibles déficits oftalmológicos, auditivos o destreza manual que dificulte la adherencia al tratamiento.

Como primera aproximación al grado de dependencia del paciente se utilizará el **cuestionario de Barber**, y para evaluar la capacidad cognitiva el **test de Pfeiffer**, sin perjuicio de la realización de otros test más específicos que se realizan habitualmente en la práctica asistencial para valorar estos pacientes (Escala de Lawton y Brody, Minimental, Katz...). La adherencia al tratamiento se valorará mediante el **test de Morisky-Green-Levine**.

La realización de estos test sirve de guía a la enfermera para que ésta pueda seleccionar el tipo de administración del fármaco más adecuado para cada paciente, pero en última instancia es este profesional el que mejor conoce las capacidades y actitudes del paciente prevaleciendo por tanto su criterio profesional.

### Revisión del tratamiento

La propuesta de intervención que hace el “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor” es la revisión de la medicación.

El uso de fármacos es uno de los factores que contribuyen al **riesgo de caídas**. Es uno de los factores de riesgo de caídas más fácilmente modificables. La polifarmacia (consumo de cinco o más fármacos) es un importante factor de riesgo de caídas.

El nivel de prescripción inadecuada (PI) también es elevado situándose, según diversos estudios, alrededor del 50% y los fármacos más habitualmente implicados en PI son las benzodiazepinas. El uso crónico de benzodiazepinas, en personas mayores, se ha relacionado con peores puntuaciones en escalas de valoración cognitiva, alteración de diversas funciones sensitivo-motoras y secundariamente inestabilidad postural relacionada con caídas y fracturas.

La **reducción a menos de 4 fármacos** disminuye las caídas, aunque la evaluación y retirada de fármacos por sí sola no se asocia con un menor riesgo de caídas si no se asocia con otras intervenciones.

La mayor evidencia de la intervención sobre revisión de medicación, corresponde a la reducción y retirada de fármacos psicoactivos. Dentro de las herramientas para la detección de la prescripción inadecuada los **criterios STOPP/START** son de los más utilizados.

Los **criterios STOPP** recogen 65 indicadores de **prescripciones potencialmente inapropiadas** que incluyen interacciones medicamento-medicamento y medicamento-situación clínica, duplicidad terapéutica y medicamentos que incrementan el riesgo de deterioro cognitivo y caídas en las personas mayores.

### Grupos de fármacos contemplados en la categoría STOPP

1. **Benzodiazepinas** (sedantes, pueden reducir el sensorio, deterioran el equilibrio). Especialmente las benzodiazepinas de acción prolongada o con metabolitos de acción prolongada (bromazepam, clobazam, clordiazepóxido, diazepam, flurazepam, flunitrazepam, clorazepato dipotásico, ketazolam, nitrazepam).
2. **Neurolépticos**. Pueden causar riesgo de confusión, hipotensión, efectos extrapiramidales, caídas.
3. **Antihistamínicos** de primera generación (clorfeniramina, difenhidramina, hidroxizina, prometazina, etc.). Presentan efectos sedantes, pueden reducir la percepción sensorial y deteriorar el equilibrio, aumentando el riesgo de caídas.
4. **Vasodilatadores** de los que se sabe que pueden causar hipotensión en aquellos con hipotensión postural preexistente (p. e., descenso recurrente superior a 20 mmHg de la presión sistólica -riesgo de síncope, caídas-).
5. **Opiáceos** a largo plazo en aquellos con caídas recurrentes (riesgo de somnolencia, hipotensión postural, vértigo).

Los **criterios START** incorporan 22 indicadores, basados en la evidencia, que detectan omisiones de prescripción de **medicamentos que podrían beneficiar** a los pacientes mayores.

Entre los criterios STOPP se recoge un epígrafe específico de fármacos relacionados con el riesgo de caídas: H. Fármacos que afectan negativamente a los propensos a caerse (1 o más caídas en los últimos tres meses).

### Adherencia al tratamiento

Tras la realización de la Valoración Geriátrica Integral, y revisar el tratamiento otro de los aspectos a evaluar es la adherencia al tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **adherencia** como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.

Para su abordaje desde enfermería el profesional de enfermería debe tener en cuenta ciertos elementos para optimizar la eficacia de la intervención:

- Debemos **apoyar al paciente**, no podemos hacer recaer sobre él toda la responsabilidad del problema.
- Hay que plantear un **enfoque individual**, cada paciente es diferente y por ello es necesario seguir una estrategia de intervención personalizada.
- Estableceremos un **vínculo de confianza y empatía** con el paciente para así disminuir la tasa de abandonos.
- Preferiblemente estableceremos **estrategias simples** para facilitar su implantación.
- Realizaremos un **abordaje multidisciplinar** entre médicos, enfermería y farmacéuticos, coordinados y en colaboración para un objetivo común: incrementar la efectividad y seguridad de los tratamientos.

En este mismo sentido la NANDA propone dos diagnósticos que pueden presentar este tipo de pacientes.

- “Gestión ineficaz de la propia salud (00078)”.
- “Incumplimiento (00079)”.

Una de las intervenciones NIC recomendadas para estos diagnósticos es **“Enseñanza medicamentos prescritos (5616)”**, cuya definición es: *“preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos, y observar sus efectos”*. Todas y cada una de las actividades incluidas en esta intervención son realizadas cotidianamente por enfermería, por ello debería usarse de forma habitual en las consultas de Atención Primaria.

## Anexo II

### Programa Formativo: enfermería especialista en Geriátrica

Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.

La enfermera especialista en Enfermería Geriátrica es el profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, su-

pervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario.

El objetivo general de este programa es que, al concluir el periodo formativo de dos años, la enfermera residente de enfermería geriátrica haya adquirido las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de su profesión. Dichas competencias profesionales se desarrollan en el apartado 5 del presente programa y se vinculan con las siguientes áreas:

- Bases de la Gerontología (apartado 5.1).
- Gerontología experimental (apartado 5.2).
- Gerontología clínica (apartado 5.3).
- Gerontología psicológica (apartado 5.4).
- Gerontología social (apartado 5.5).
- Educación para la salud en el ámbito Gerontológico (apartado 5.6).
- Marco Legal y Políticas socio-sanitarias en Enfermería Gerontológica (apartado 5.7).
- Bioética en Enfermería Gerontológica (apartado 5.8).
- Investigación en Enfermería Gerontológica (apartado 5.9).
- Gestión de cuidados y servicios Gerontológicos (apartado 5.10).

| Áreas de rotación y atención continuada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Área de Atención Especializada (45 %) (44 semanas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Área de Atención Primaria (25%) (24 semanas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Área de Instituciones Sociales (25%) (24 semanas)                                                                                                                                                              | Área otros recursos (5%) (4 semanas)                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de hospitalización: Unidades de cuidados continuados y Unidades de cuidados prolongados (Media y Larga estancia).</li> <li>• Servicios de urgencias.</li> <li>• Equipos de soporte.</li> <li>• Equipos de valoración geriátrica.</li> <li>• Equipos de coordinación socio-sanitaria.</li> <li>• Instituciones y centros sociosanitarios.</li> <li>• Unidades de psicogeriatría.</li> <li>• Unidades de cuidados paliativos geriátricos.</li> <li>• Unidades de convalecencia.</li> <li>• Unidades de rehabilitación.</li> <li>• Hospital de día geriátrico.</li> <li>• Hospitalización a domicilio.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención al anciano.</li> <li>• Servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria.</li> <li>• Equipos de soporte en la comunidad.</li> <li>• Servicio de educación para la salud en la persona mayor y cuidadores.</li> <li>• Servicio de valoración de la dependencia.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Residencias.</li> <li>• Centros de día.</li> <li>• Viviendas tuteladas.</li> <li>• Servicio de ayuda a domicilio.</li> <li>• Unidades de respiro familiar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comisión de Calidad.</li> <li>• Comisión de Ética.</li> <li>• Servicio de Farmacia.</li> <li>• Departamento de Recursos humanos y materiales.</li> <li>• Unidad de Docencia e Investigación.</li> <li>• Servicio de documentación.</li> </ul> |