



IV Curso precongreso
**INTRODUCCIÓN A LA
ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL
PACIENTE CRÓNICO**



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

VALORACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO

Elia M^a Fernández Villalba
Servicio de Farmacia de la RPMD La Cañada
04 de octubre de 2016



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

VALORACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO

IV CURSO PRECONGRESO
INTRODUCCIÓN A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CRÓNICO
GRUPO CRONOS

Elia M^a Fernández Villalba
Servicio de Farmacia de la RPMD La Cañada

04 de Octubre de 2016





Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

INDICE

- > Introducción
 - Atención Centrada en la Persona
- > VGI (valoración Geriátrica Integral)
 - Instrumentos de valoración
 - Valoración funcional
 - Valoración mental
 - Valoración social
 - Otros
- > Taller práctico

INTRODUCCIÓN

- > Orientación => **CENTRADA EN LA PERSONA**
- > Enfoque => **HOLÍSTICO, INTEGRAL, COMPLETO**
- > Objetivo => **RESULTADO EN LA PERSONA**



2013-09-13 0:51 KETORRENTE 96075226 96002046 P.7/20

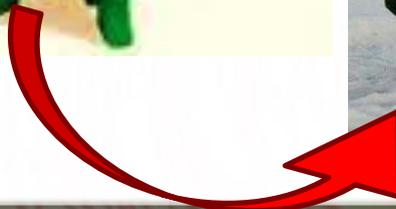
GENERALITAT VALENCIANA
SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR
Unidad Básica (Atención Primaria) de Atención Primaria

DOSIS UNITARIAS

ALERGIAS: Penicilina / AAS
DIAGNÓSTICO: Dislipemia, Trastorno de ansiedad, HTA DM (IRC), Asma, Colest. Moderada

Fecha y hora	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Fecha final	ORDENES MEDICAS
23.1.12	Atorvast A 25		1-0-0-0 / 48h
25.10.11	Amoxicilina 40 (10mg)		0-0-0-0
25.10.11	Metformal 25		0-0-0-0
25.1.12	Alimentación 20		0-0-0-0
25.10.11	Clonazepam 0.5 (1mg)		0-0-0-0
25.10.11	Enalapril 20		
25.11.11	Estatinas 15		
10.4.13	Mundipal 5		
2.3.13	Jauvina 25		
25.10.11	Sigapal 40		
24.4.13	Simples, Zelen/Media		
9.10.12	Movumal 200	9/12	
10.1.13	Curso local de Lamin de casa autónoma de Tides. Vel e dga aut.	20/12	
18.7.13	Insulina vit E		
23/01/13	Jauvina 25mg (Aspirina) acompañada Jauvina 25		
13.9.13	Mundipal 5		

IDENTIFIQUE CON LA FIRMA LEGIBLE Y CADA ANOTACIÓN, USE BALORADO ÚNICAMENTE
PREVIO DE VALIDEZ DE LA PRESCRIPCIÓN Y SUS



ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA

- > PRINCIPIOS ÉTICOS.
- > PROMUEVE que el paciente sea capaz, **con los apoyos precisos**, de ver minimizada su situación de fragilidad, discapacidad y dependencia y, al mismo tiempo, poder desarrollar al máximo su autonomía personal para seguir desarrollando y controlando su propio proyecto de vida.
- > «OMS: atención en la que **la persona constituye el eje** sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con: la intervención basada en la evidencia científica, la organización del servicio, el equipo y la interdisciplinariedad y el ambiente»

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA



Atención Centrada en la Persona

> Características:

- La **persona y su calidad** de vida son el *centro* de la intervención
- La persona es un agente activo y protagonista, es el **motor** de su proceso de atención, con independencia de sus capacidades y competencias
- La atención es siempre **individualizada**, cada persona se reconoce desde su singularidad
- La mirada se centra en las **capacidades** (frente a los déficits)
- La **autodeterminación** se entiende como un derecho, no está limitada por las capacidades de las personas y se considera como un poder efectivo a desarrollar mediante el ejercicio indirecto (apoyado por otros)
- El **grupo social referencial** (familia, amigos, profesionales) tiene un gran papel en la autodeterminación de las personas no competentes
- El papel de los profesionales pasa a ser **facilitador, motivador y proveedor de apoyos**





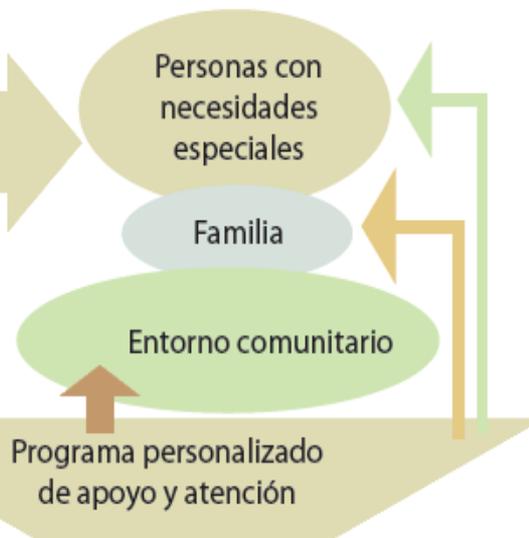
Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

LOS PRINCIPIOS

Dignidad y derechos

- Autonomía
- Participación
- Integralidad
- Individualidad
- Inclusión social
- Interdependencia
- Continuidad



LOS CRITERIOS (Valores éticos)

Diversidad, accesibilidad e interdisciplinariedad, globalidad, atención personalizada y flexibilidad, proximidad y enfoque comunitario, prevención y rehabilitación, coordinación y convergencia

- > Atención que es respetuosa con el paciente y responde a sus preferencias, necesidades y valores, asegurándose de que los valores del paciente guían el proceso de toma de decisiones.
- > Atributos que la definen.
 - Holística
 - Individualizada
 - Respetuosa
 - Empoderadora
- > Ventajas que aporta:
 - Mayor satisfacción con el tratamiento recibido
 - Percepción de más calidad en la atención
 - Mejor adherencia al tratamiento
 - Mejores resultados terapéuticos

Atención Sociosanitaria

- > Enfoque asistencial basado en la **evaluación integral de la persona** teniendo en cuenta su **naturaleza multidimensional**: física, psíquica, social y espiritual (valores).
 - Diagnóstico y tratamiento de las patologías
 - Valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
 - Valoración neuropsicológica
 - Valoración social
 - Valoración necesidades emocionales y espirituales
 - Valoración cargas del cuidador principal
 - Intervenciones preventivas de discapacidades
 - Conexión con el resto de recursos asistenciales que garanticen la continuidad de la atención



VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL



- > Proceso diagnóstico dinámico, estructurado, **multidimensional e interdisciplinario**
- > Detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades en las esferas
 - Clínica
 - Funcional
 - Mental
 - Emocional/Espiritual
 - Social
- > Elaborar una **estrategia/plan interdisciplinar** de intervención, tratamiento y seguimiento a **largo plazo**
- > Objetivos:
 - Mejorar el estado funcional y cognitivo (lograr el mayor grado de independencia)
 - **Mejorar la calidad de vida**
 - Optimizar los recursos (mejorar la exactitud diagnóstica, descubrir problemas tratables no dx, optimizar, adecuar el tratamiento...)
 - Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar
 - Optimizar la ubicación del paciente
 - Disminuir la mortalidad

- > Valoración Funcional
 - AIVD=> Lawton – Brody
 - ABVD=> Barthel, Katz
 - Equilibrio/Marcha => Tinetti / TUG
 - Riesgo UPP => Norton
 - Riesgo caídas => Downton
- > Valoración Mental
 - PFEIFFER/MMSE/MEC-LOBO
 - GDS y FAST de REISBERG / T. RELOJ
 - NPI
 - GDS-YESAVAGE / HAMILTON / CORNELL
- > Valoración Social
 - Gijón...
- > **FRAGILIDAD**



Plan avanzado de cuidados (PAI)

Beneficios para el paciente: ↓ mortalidad, institucionalización
Beneficios para el sistema sanitario: ↓ estancia media y costes

Comprehensive Geriatric Assessment



VGI=> VALORACIÓN FUNCIONAL



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

¿Qué?

- > Recoge información sobre la capacidad del paciente para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en el que se encuentra => **Actividades de la Vida Diaria:**

¿Por qué?

- > ↑ Grado deterioro funcional => ↑ Riesgo de:
 - mortalidad,
 - ingreso hospitalario, estancia media, visitas médicas, consumo de F,
 - Dependencia
 - institucionalización, necesidad de recursos sociales.



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

¿Cómo?

> Actividades de la Vida Diaria:

- *Avanzadas*: AAVD (colaboración en actividades sociales, recreativas, trabajo, viajes, ejercicio físico intenso...)
- *Instrumentales*: AIVD (interacción con el medio para mantener su independencia)
 - *Índice de Lawton-Brody*
- *Básicas*: ABVD (tareas de autocuidado)
 - *Índice Katz*
 - *Índice Barthel*

> Otras:

- Valoración equilibrio y la marcha: **Tinetti, Up&Go**
- Valoración riesgo de caídas: **Downton**
- Valoración riesgo UPP: **Norton, Braden**

Índice de Lawton & Brody (AIVD)



- Actividades necesarias para vivir de forma independiente en la comunidad.
- Se pierden antes que las ABVD.
- Predictivo de deterioro de las ABVD.
- Su normalidad indica integridad de las ABVD y del estado mental.
- Heteroadministrado, preguntando al paciente o cuidador (5-10 min)
- Escasa utilidad en pacientes institucionalizados
- Puede diferenciar hombres y mujeres
- 8 ítems

Índice de Lawton & Brody (actividades instrumentales de la vida diaria)

	Hombres	Mujeres
Teléfono		
Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números	1	1
Sabe marcar números conocidos	1	1
Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0	0
Compras		
Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1	1
Sólo sabe hacer pequeñas compras	0	0
Ha de ir acompañado para cualquier compra	0	0
Completamente incapaz de hacer la compra	0	0
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a	—	1
Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	—	0
Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	—	0
Necesita que le preparen y le sirvan la comida	—	0
Tareas domésticas		
Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	—	1
Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	—	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	—	1
Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	—	1
No participa ni hace ninguna tarea	—	0
Lavar la ropa		
Lava sola toda la ropa	—	1
Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	—	1
La ropa la tiene que lavar otra persona	—	0



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Índice de Lawton & Brody (AIVD) cont.

- Respuesta dicotómica: (0 / 1)
- Un ítem valora autogestión medicación
- Puntuación máxima y valoración

Transporte

Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1	1
Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0	0
No viaja en absoluto	0	0

Responsabilidad respecto a la medicación

Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0

Capacidad de utilizar el dinero

Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
Incapaz de utilizar el dinero	0	0

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86.



Índice de Katz (actividades básicas de la vida diaria)

1. Baño

Independiente: Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta (p. ej., espalda).

Dependiente: Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.

2. Vestido

Independiente: Coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias).

Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.

3. Uso del WC

Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo.

Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.

4. Movilidad

Independiente: Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla solo, se desplaza solo.

Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.

5. Continencia

Independiente: Control completo de la micción y defecación.

Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

6. Alimentación

Independiente: Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos).

Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.

Índice KATZ (ABVD)

- Autocuidado
- 6 ítems; orden jerárquico.
- Respuesta dicotómica.
- No sensible a cambios mínimos.
- 7 grupos (A – G).

• INDEPENDIENTE

A

•menos 1 cualquiera

B

•menos *baño* y otra

C

•menos *baño, vestido* y otra

D

•menos *baño, vestido, uso WC* y otra

E

•menos *baño, vestido uso WC, movilidad* y otra

F

• DEPENDIENTE

G

Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)

Alimentación

- 10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.
- 5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
- 0 Dependiente: necesita ser alimentado.

Lavado (baño)

- 5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Vestido

- 10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.
- 5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Aseo

- 5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Deposición

- 10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
- 5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.
- 0 Incontinente.

Micción

- 10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.
- 5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
- 0 Incontinente.

Retrete

- 10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cufía. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
- 5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Traslado sillón-cama

- 15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
- 5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
- 0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulación

- 15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.
- 10 Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
- 5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
- 0 Dependiente: requiere ayuda mayor.

Escaleras

- 10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
- 5 Necesita ayuda: supervisión física o verbal.
- 0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

Índice de BARTHEL (ABVD)

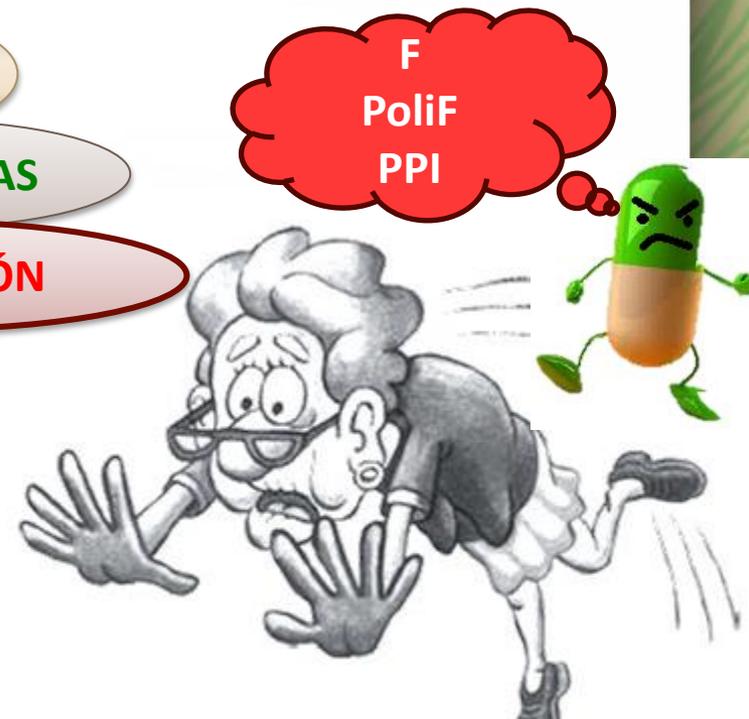
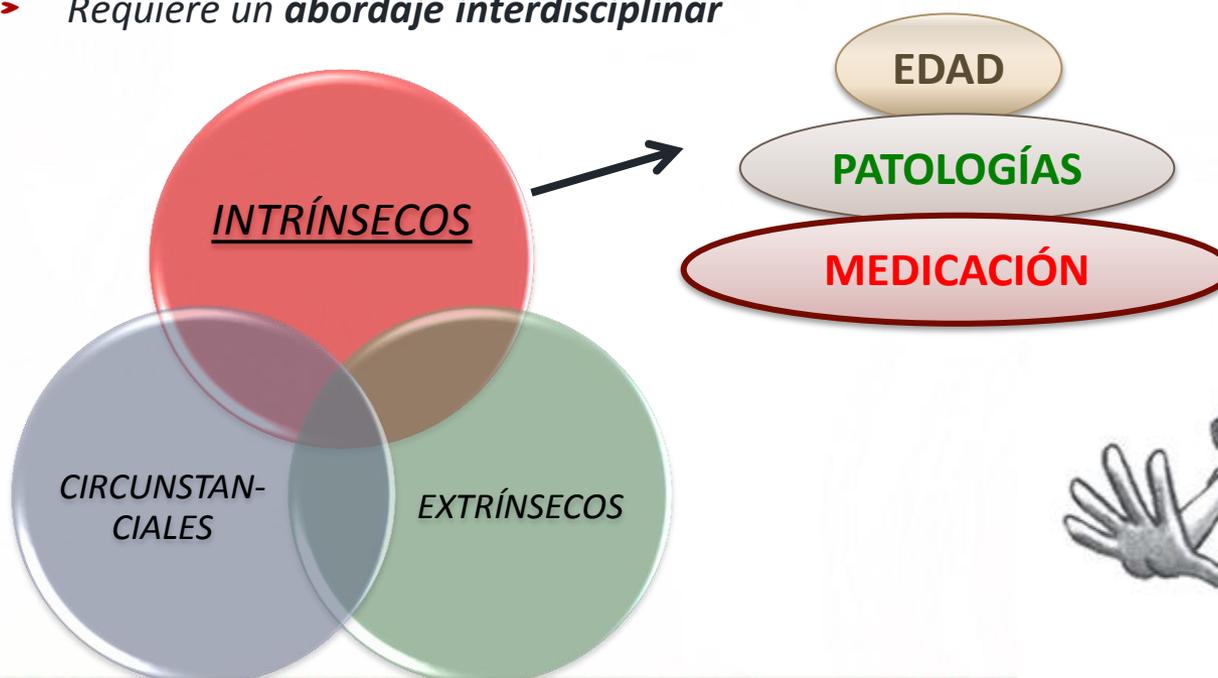
- Mayor peso al control esfínteres y movilidad que KATZ
- Gran valor predictivo.
- Correlación puntuación y tiempo de ayuda.
- Autoadministrado, observación directa o preguntando al paciente o cuidador
- Rapidez (5 min)
- 10 ítems
- Evalúa situaciones ayuda intermedia (0-5-10-15), déficits específicos.
- Valor absoluto de 0 a 100 (independencia)



Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40.
 Versión original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.

INESTABILIDAD - CAÍDAS

- > Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo, contra su voluntad (OMS, BGS, AGS)
- > **Elevada prevalencia:** 14% comunidad y hasta 46% institucionalizados (patrón diferente)
- > Señal de **alerta**, factor de fragilidad
- > Importante origen de morbilidad y afectación de la calidad de vida (20% lesiones graves: fracturas y TCE, discapacidad funcional, pérdida independencia)
- > **Síndrome Geriátrico** (complejidad, multicausalidad)
- > Requiere un **abordaje interdisciplinar**



EDAD

PATOLOGÍAS

MEDICACIÓN

INTRÍNSECOS

- Cambios fisiológicos asociados envejecimiento
- Déficit sensorial, alteración sistema vestibular, ↓ propioceptiva, alteraciones osteomusculares (↓ fza y masa muscular, marcha lenta...), déficit cognitivo

- Neurológicas (ACV, PARKIN, DEMENCIAS...)
- Musculoesqueléticas (artrosis, artritis, deformidades pies, columna vertebral...)
- Cardiovasculares (arritmias, ostostatismo, hipotención...)
- Descompensaciones (HipoG, diarrea, deshidratación, alt tiroideas, incontinencia, ansiedad psicógena, intoxicac...)

- F (MA, EA) => función cognitiva, neurosensorial, sistema circulatorio o musculoesquelético
- **Psicotrópicos:** sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos
 - ↑ R: uso reciente, Dosis,
 - Uso combinado, +comorbilidad + deterioro funcional
- Incremento del riesgo de caída del 25 al 60% cuando se pasa de 1 a 6F
- **+ Polifarmacia**=> factor riesgo independiente de caída debido al incremento en los efectos aditivos o sinérgicos
- Uso inapropiado de medicamentos

F
PoliF
PPI



VGI=> VALORACIÓN FUNCIONAL

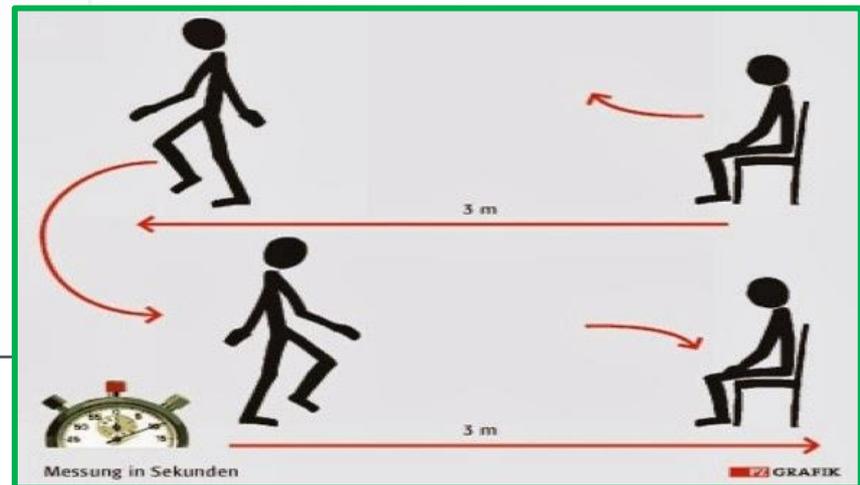
Table 2. Risk of Falling with Drug Use²⁰⁻²³

Class	Drugs	Odds Ratio (95%CI)
<u>Psychotropics</u> →	Any	1.72 (1.52, 1.97)
	Antipsychotics	1.50 (1.25, 1.79)
	Sedatives, hypnotics	1.54 (1.40, 1.70)
	Benzodiazepines (any)	1.48 (1.23, 1.77)
	Short-acting	1.44 (1.09, 1.90)
	Long-acting	1.32 (0.98, 1.77)
	Antidepressants	1.66 (1.41, 1.95)
	TCAs	1.30 (1.23, 1.38)(HR)
	SSRIs	1.66 (1.58, 1.73)
	Others	1.39 (1.28, 1.52)
	Combination	1.70 (1.42, 2.05)
<u>Cardiovascular</u>	Type Ia anti-arrhythmics (e.g., quinidine, disopyramide, procainamide)	1.59 (1.02, 2.48)
	Digoxin	1.22 (1.05, 1.42)
	Diuretics (any)	1.08 (1.02, 1.16)
<u>Analgesics</u>	Opioids	0.97 (0.78, 1.12)%
	NSAIDs	1.16 (0.97, 1.38)%
<u>Antidiabetics</u>	Sulfonylureas	1.09 (0.52, 2.30)%(RR)
	Insulin	2.76 (1.52, 5.01)(RR)
<u>Anticonvulsants</u>	Any	1.75 (1.13, 2.71)

%—nonsignificant, HR—expressed as hazard ratio, RR—expressed as relative risk; TCA = tricyclic antidepressant, SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor; NSAIDs = non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Test UP&GO (levántate y anda cronometrado)

- Sencillo
- Valoración movilidad, equilibrio y riesgo caídas
- Calzado habitual, ayuda técnica habitual
- $t < 10 \text{ s} \Rightarrow$ Normalidad
- $t = 10\text{-}20 \text{ s} \Rightarrow$ *Fragilidad*
- $t > 20 \text{ s} \Rightarrow$ Alto riesgo caídas



Normative Reference Values by Age*			Cut-off Values Predictive of Falls by*	
Age Group	Time in Seconds	(95% CI)	Group	Time in Seconds
60 – 69 years	8.1	(7.1 – 9.0)	Community Dwelling Frail Older Adults	> 14 associated with high fall risk
70 – 79 years	9.2	(8.2 – 10.2)	Post-op hip fracture patients at time of discharge	> 24 predictive of falls within 6 months after hip fracture
80 – 99 years	11.3	(10.0 – 12.7)	Frail older adults	> 30 predictive of requiring assistive device for ambulation and being dependent in ADLs

Podsiadlo, D. Richardson, S. The timed “Up&Go”: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-8

Escala Tinetti de marcha y equilibrio

Atención Integral al Paciente Crónico

Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti (1.ª parte: equilibrio)

EQUILIBRIO: el paciente está situado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1. Equilibrio sentado	
Se inclina o se desliza en la silla	0
Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	
Imposible sin ayuda	0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
Capaz sin usar los brazos	2
3. Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con sólo un intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (primeros 5 segundos)	
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	
Inestable	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados >10 cm), o bien usa bastón u otro soporte	1
Apoyo estrecho sin soporte	2
6. Empujar (bipedestación con el tronco erecto y los pies juntos). El examinador empuja suavemente el esternón del paciente con la palma de la mano, 3 veces	
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
Estable	2
7. Ojos cerrados (en la posición de 6)	
Inestable	0
Estable	1
8. Vuelta de 360 grados	
Pasos discontinuos	0
Continuos	1
Inestable (se tambalea, se agarra)	0
Estable	1
9. Sentarse	
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	2

Puntuación total equilibrio (máximo 16) =

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:
Rubenstein LZ. Instrumentos de evaluación. En: Abrams WB, Berkow R. El Manual Merck de Geriátria (Ed Esp). Barcelona: Ed Doyma; 1992. p. 1251-63 (en dicho libro se hace constar que esta versión es una modificación adaptada de Tinetti et al, en: J Am Geriatr Soc 1986; 34: 119). También es la misma versión recomendada por el Grupo de Trabajo de Caídas de la SEGG (Navarro C, Lázaro M, Cuesta F, Viloria A, Roiz H. Métodos clínicos de evaluación de los trastornos del equilibrio y la marcha. En: Grupo de trabajo de caídas de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. 2.ª ed. Eds. Fundación Mapfre Medicina; 2001. p. 101-22).

- No detecta pequeños cambios
- Puntuación máxima: 16/12=28
- Riesgo de caída: 19 – 24p.
- Alto riesgo < 19

Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti (2.ª parte: marcha)

MARCHA: el paciente permanecerá de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 m) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

10. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que anda)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
No vacila	1
11. Longitud y altura de paso	
<i>a) Movimiento del pie derecho:</i>	
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa al pie izquierdo	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie derecho se separa completamente del suelo con el paso	1
<i>b) Movimiento del pie izquierdo:</i>	
No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo con el paso	1
12. Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1
13. Fluidéz del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 m)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
15. Tronco	
Balanceo marcado o usa ayudas	0
No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas	2
16. Postura al caminar	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1

Puntuación marcha (máximo 12) =

Puntuación total (equilibrio y marcha) (máximo 28) =



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON

Alto Riesgo Caída ≥ 3

CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Sí	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

- Factores con mayor incidencia en el riesgo caídas
- Escala validada
- Fácil aplicabilidad
- Diferentes ámbitos asistenciales
- Cribado y transferencia información
- Alto Riesgo Caída ≥ 3

INMOVILIDAD - UPP

- > SÍNDROMES GERIÁTRICOS
- > UPP
 - TIEMPO (aproximado de 2 a 4 horas)
 - PRESIÓN (>32 mm de Hg)
- > Según su gravedad,:
 - I: Eritema que no desaparece cuando se elimina la presión.
 - II: Ampolla. Afectación de la epidermis y de la dermis superficial. Erosión superficial.
 - III: Afectación de toda la dermis y/o el tejido subcutáneo, pudiendo llegar al músculo.
 - IV: Afectación de músculo, hueso o estructuras adyacentes. Lesiones con cavernas o trayectos sinuosos. Presenta un alto riesgo de infecciones, eventualmente graves.

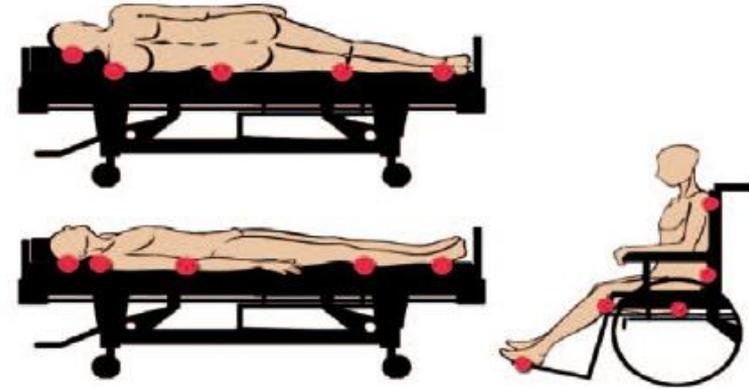
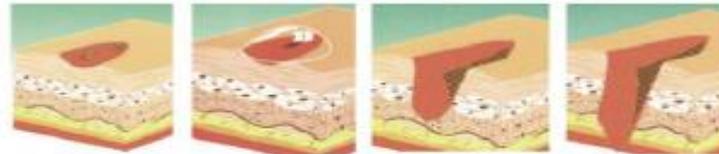


Figura 4. Zonas vulnerables a la presión.



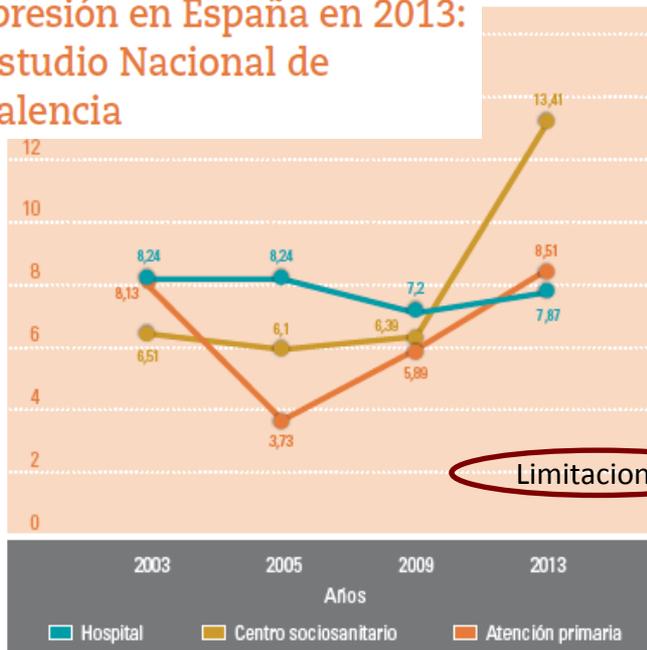
> Prevalencia

- 8,5% AP-ATDOM
- 7,9% Hospital
- 13,4% CSS (> centros privados)

> Características:

- 65,6% nosocomiales => ¿PREVENCIÓN?
- Grado II; mediana 30 días evolución.

Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013:
4.º Estudio Nacional de Prevalencia



Limitaciones

Figura 2. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en España entre 2003 y 2013, según datos de los cuatro estudios nacionales de prevalencia promovidos desde el GNEAUPP.

Gerokomos. 2014;25(4):162-170

> Abordaje **MULTIDIMENSIONAL**

- enfermedad, problemas de salud, estado nutricional, dolor, aspectos psicosociales.....

- *interdisciplinar*

> Tratamiento elección es la **PREVENCIÓN**

- 95 – 98% evitables

FACTORES INTRÍNSECOS	FACTORES EXTRÍNSECOS
<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos neurológicos: pérdida sensitiva y motora. - Alteraciones nutricionales: desnutrición, deshidratación y obesidad. - Tratamiento con inmunosupresores: radioterapia, corticoides y citostáticos. - Tratamiento con sedantes: benzodiacepinas. - Trastornos de la aportación de oxígeno: alteraciones cardiopulmonares, vasculares periféricas, estasis venoso. - Espasticidad y contracturas articulares. - Edad: mayores de 70 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia: urinaria o fecal. - Malos cuidados por falta de higiene. - Inadecuadas condiciones de humedad y temperatura. - Superficies de apoyo no adecuadas. - Dispositivos diagnósticos o terapéuticos (equipo de oxigenoterapia o de ventilación mecánica no invasiva (VMNI); movilización de sondas; férulas, yesos, tracciones). - Imposibilidad de cambios posturales. - Ausencia de protocolos. - Formación inadecuada del cuidador. - Entorno social de riesgo.

Tabla 2. Factores relacionados con la aparición de UPP.



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

> VALORACION DEL RIESGO DE DESARROLLAR UPP

- Objetivo => *identificación de individuos* que necesitan medidas de prevención y de los *factores específicos* que los ponen en situación de riesgo.
- Periódico
- Ante cambios
- ¿Cómo debe realizarse?
 - ESTRUCTURADA
 - TODOS LOS FACTORES DE RIESGO
 - HERRAMIENTAS + JUICIO CLÍNICO

> Escalas

- **NORTON; BRADEN** => *las más utilizadas.*
- Otras: Waterlow; Cubin-Jackson; derivadas de NORTON (EMINA)



CLINICAL GUIDELINE

Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Tanveer F. Mir, MD; Melissa Starkey, PhD; and Thomas D. Denberg, MD, PhD, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians*

The current evidence does not conclusively show a difference between clinical judgment and risk assessment scales in reducing pressure ulcer incidence. However, tools may be especially useful for clinicians without expert gestalt. Moderate-quality evidence showed that the Braden, Cubbin and Jackson, Norton, and Waterlow scales can predict which patients are more likely to develop a pressure ulcer, and all of these instruments have low sensitivity and specificity. In addition, moderate-quality evidence showed that the diagnostic accuracies of the scales do not differ substantially. No

Ann Intern Med. 2015;162:359-369. doi:10.7326/M14-1567



Moore ZEH, Cowman S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 2. Art. No.: CD006471. DOI: 10.1002/14651858.CD006471.pub3.

Risk Assessment Tools

If risk assessment tools are selected as a structured approach for risk assessment, additional factors (e.g., perfusion, skin status and other relevant risks) should be considered as part of a comprehensive risk assessment. Regardless of how the risk assessment is structured, **clinical judgment is essential.**

1. **Recognize additional risk factors and use clinical judgment when using a risk assessment tool. (Strength of Evidence = C; Strength of Recommendation = Ⓢ)**

Caution: Do not rely on the results of a risk assessment tool alone when assessing an individual's pressure ulcer risk.

2. **When using a risk assessment tool, select a tool that is appropriate to the population, is valid and is reliable. (Strength of Evidence = C; Strength of Recommendation = Ⓢ)**



© NPUAP/EPUAP/PPPIA



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

ESCALA DE NORTON (1962)

- Sencillo
- Considera 5 parámetros (5 x 4=20)
- A menor puntuación, mayor riesgo:
 - Riesgo Alto => ≤ 12
 - Riesgo Moderado => ≤ 16
 - No riesgo => 20
- S=73-92%; E=61-94%

ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. BUENO	4. ALERTA	4. CAMINA	4. COMPLETA	4. NO HAY
3. DÉBIL	3. APÁTICO	3. CAMINA CON AYUDA	3. LIMITADA LIGERAMENTE	3. OCASIONAL
2. MALO	2. CONFUSO	2. EN SILLA DE RUEDAS	2. MUY LIMITADA	2. USUALMENTE URINARIA
1. MUY MALO	1. ESTUPOROSO	1. EN CAMA	1. INMÓVIL	1. DOBLE INCONTINENCIA

Propiedades psicométricas^k sobre 6 estudios revisados: fiabilidad interobservador $r = 0.99-1$ (no se ofrece valor para el coeficiente Kappa); sensibilidad 16-81%; especificidad 31-94%; VPP 71-38%; VPN 64.7-98.3%; porcentaje de personas correctamente clasificadas 39.6-80.5%; valor bajo la curva ROC 0.56-0.74.

Interpretación: puntuación ≤ 16 , RIESGO MODERADO; puntuación ≤ 12 , RIESGO ALTO.

ESCALA DE BRADEN (1985)



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

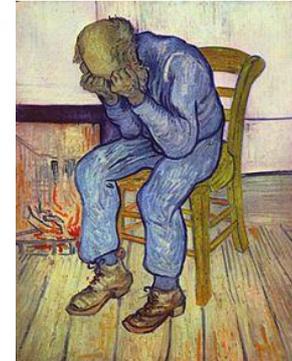
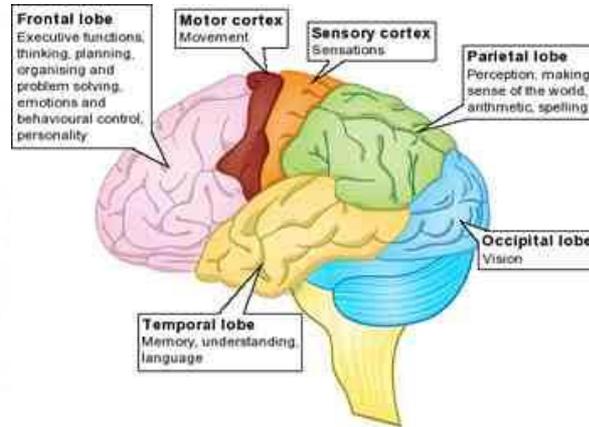
- Compleja
- Definición operativa términos
- Valora 6 apartados (gravedad del 1 al 4). Intervalo de 6 a 23
- A menor puntuación, mayor riesgo:
 - Riesgo Alto=> ≤ 12
 - Riesgo Moderado=> 13 - 14
 - Riesgo Bajo => Si < 75 años: 15 – 16; Si ≥ 75 años: 15 - 18
- S=83-100%; E=64-77%

	Exposición a la Humedad	Percepción sensorial	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo Lesiones cutáneas
1	Constantemente húmeda	Completamente limitada	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Húmeda con frecuencia	Muy limitada	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ocasionalmente húmeda	Ligeramente limitada	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Raramente húmeda	Sin limitaciones	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

VGI=> VALORACIÓN ESFERA MENTAL



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil



> Función COGNITIVA:

- Capacidad realizar funciones intelectuales (pensar, recordar, percibir, comunicar, orientarse, calcular, entender, resolver problemas)
- Su disfunción intereisa cuando interrumpe la capacidad del individuo para desarrollar sus actividades y relaciones
- **«Deterioro Cognitivo»**

> Función AFECTIVA:

- Valoración personal y subjetiva que el individuo hace de las vivencias
- Su alteración influye en otras áreas funcionales afectando la capacidad de autosuficiencia
- **«Ansiedad y Depresión»**

> VALORACIÓN COGNITIVA



- *Fragilidad cognitiva:*
 - Variables orgánicas
 - Factores psicosociales
 - Entidades clínicas (HTA, DM, EPOC, IR, ACV, enf tiroideas, Polifarmacia, alt órganos sentidos)
- Objetivo: identificar la presencia de un deterioro cognitivo que pueda afectar la capacidad de autosuficiencia y autocuidado para establecer un diagnóstico de sus causas e implicaciones y establecer las estrategias de intervención que requiera
- Permite conocer:
 - Calidad «de lo que dice» / Capacidad para comprender «lo que se le dice»
 - Detectar los cambios a lo largo del tiempo => esencial pues influye en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras.
- Los tests de valoración cognitiva
 - Aportan objetividad, facilitan una exploración sistemática, organizada y completa
 - Complementan el juicio clínico
 - Facilitan la comunicación entre profesionales
 - Permiten cuantificar los cambios en el tiempo y la respuesta al tratamiento
 - Se deben valorar en el contexto clínico del paciente
 - Tener en cuenta los factores que pueden artefactuar su puntuación (nivel cultural, déficits sensoriales)
- TESTS
 - Cuestionario de **PFEIFFER** (Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ)
 - Mini Mental State Examination de **FOLSTEIN (MMSE)** => Mini Examen Cognoscitivo de LOBO (**MEC-LOBO**)
 - Global Deterioration Scale (**GDS**) y Functional Assessment Staging (**FAST**) de **REISBERG**
 - **Test del RELOJ**

Muchos factores pueden afectar el funcionamiento cognitivo



¿Cómo?

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ) (1975)

- > Cribado DC en mayores, analfabetos y deficiencias sensoriales.
- > Muy utilizado en AP (5 min.)
- > Cualquier persona que requiera una valoración de su capacidad mental
- > *Corrección según nivel estudios.*
- > *Limitaciones:*
 - no detecta deterioros leves
 - ni cambios pequeños en la evolución
 - puntuaciones intermedias precisan confirmación
- > Funciones cognitivas básicas: memoria corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática.
- > Puntuación:
 - 0-2 errores: normal
 - 3-4 errores: DC-leve
 - 5-7 errores: DC-moderado
 - 8-10 errores: DC-grave



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer. Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer

	Acierto	Error
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (mes, día y año)	()	()
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	()	()
3. ¿Cuál es el nombre de este lugar?	()	()
4. ¿Cuál es su número de teléfono? ¿Cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)	()	()
5. ¿Qué edad tiene usted?	()	()
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?	()	()
7. ¿Cómo se llama el rey de España?	()	()
8. ¿Quién mandaba en España antes del Rey?	()	()
9. ¿Diga el nombre y los apellidos de su madre?	()	()
10. ¿Restar de 3 en 3 a partir de 20?	()	()

0-2 errores: normal.

3-7 errores: deterioro mental leve-moderado.

8-10 errores: deterioro mental severo.

Con baja escolarización se permite un error más.

Con estudios superiores se contabiliza con un error menos.

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly.

J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-41. Versión española tomada de: González-Montalvo JI, Alarcón-Alarcón MT, Salgado-Alba A. Valoración del estado mental en el anciano. En: Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson; 1993. p. 73-103.

Comentarios:

Al igual que el Mini-Mental State Examination de Folstein y el Minixexamen cognoscitivo de Lobo evalúa función cognitiva, su alteración indica únicamente que puede existir deterioro cognitivo, el cual puede ser una manifestación de diversas enfermedades o síndromes (delirium, depresión, demencia, etc.). Es un test rápido de screening, su deterioro indica que debe profundizarse en la valoración.

MMSE-FOLSTEIN => MEC-LOBO

- > Valora un rango más amplio de funciones que Pfeiffer (5 áreas)
- > Validado por Antonio Lobo en población anciana española en 1979, 1999 Y 2002 => **MEC-LOBO**
- > Útil en cribaje de DC-Moderado
- > *Detección y evaluación progresión del DC en enf neurodegenerativas* (Alzheimer, demencias...)
- > 5 – 15 min
- > Limitaciones:
 - Mucha carga información verbal
 - Dependencia de factores sociodemográficos y culturales. Necesidad de ajustar por edad y escolarización
 - Efecto techo (ancianos alta escolarización) y Efecto suelo en DC-grave (demencias establecidas o avanzadas)
- > Error puntúa 0.
- > Puntuación máxima: **30** ó 35p
- > Ajuste por deficiencias sensoriales o motoras que afecten a la capacidad para responder a las tareas (regla de 3)
- > ≤ 23 => Déficit cognoscitivo

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE-30)

Orientación temporal		
Día	0	1
Fecha	0	1
Mes	0	1
Estación	0	1
Año	0	1
Orientación espacial		
Hospital o lugar	0	1
Planta	0	1
Ciudad	0	1
Provincia	0	1
Nación	0	1
Fijación		
Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:		
Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1
Concentración (sólo una de las 2 opciones)		
a) Restar desde 100 de 7 en 7	0	1 2 3 4 5
b) Deletree la palabra «MUNDO» al revés	0	1 2 3 4 5
Memoria		
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1 2 3
Lenguaje		
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0	1
Repetirlo con el reloj	0	1
Repita esta frase: «Ni sí, ni no, ni peros»	0	1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1 2 3
Lea esto y haga lo que dice:	0	1
CIERRE LOS OJOS		
Escriba una frase:	0	1
Copie este dibujo	0	1



Total =

Años escolarización =

Deterioro cognitivo:

< 18 puntos en analfabetos.

< 21 puntos en escolaridad baja (no estudios primarios).

< 24 puntos en escolaridad alta (estudios primarios o más).

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98 (versión en castellano validada en: Bermejo F, Morales JM, Valerga C, Del Ser T, Artolazábal J, Gabriel R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. Med Clin [Barc] 1999; 112: 330-4).

Comentarios:

Es un test de screening, una puntuación baja indica que existe deterioro cognitivo, el cual puede ser una manifestación de diversas enfermedades o síndromes (delirium, depresión, demencia, etc.). Los puntos de corte mostrados han sido tomados de un documento de consenso del grupo de demencias de la SEGG (García-García FJ et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 [S4]: 10-25).

=> GDS y FAST de REISBERG



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

- > PFEIFFER => cribaje de deterioro cognitivo
- > MMSE-FOLSTEIN, MEC-LOBO => cribaje y control progresión
- > No finalidad diagnóstica o estadiaje de demencia u otro trastorno cognoscitivo
- > Interesa también definir la fase de la demencia en la que se encuentra el paciente:
 - Toma de decisiones respecto al tratamiento
 - Comunicación entre profesionales
 - Comunicación con los familiares
 - **Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS-R)**
 - Es una de las escalas de estadiaje de uso más general en la demencia primaria degenerativa
 - Se basa en los *síntomas* de la persona
 - **Functional Assessment Staging (FAST)**
 - Se basa en el *nivel funcional* y en las actividades diarias
 - Ambas dividen la evolución en **7 etapas**.
 - Se ha correlacionado el estadiaje con puntuaciones en MMSE (orientativo)

Reisberg B et al. The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *American Journal of Psychiatry*. 1982;139(9):1136-1139.

Reisberg B. Functional Assessment Staging Fast. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:653- 659

Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS-R)



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Diagnóstico	Fase	Señales y Síntomas
Falta de demencia	Fase 1: Ningún declive cognitivo	En esta fase la persona tiene una función normal, no experimenta la pérdida de la memoria, y es sano mentalmente. Gente que no tiene la demencia sería considerada estar en la Fase 1.
Falta de demencia	Fase 2: Un declive cognitivo muy leve	Esta fase se usa para describir el <u>olvido normal asociado con el envejecimiento</u> ; por ejemplo, olvidarse de los nombres y de donde se ubican los objetos familiares. Los síntomas no son evidentes a los seres queridos ni al médico.
Falta de demencia	Fase 3: Declive cognitivo leve	Esta etapa incluye <u>la falta de memoria creciente</u> , dificultad leve que concentra, funcionamiento de trabajo disminuido. La gente puede conseguir perdió más a menudo o tiene dificultad que encuentra las palabras correctas. En esta etapa, un person' s amados comenzará a notar una declinación cognoscitiva. Duración media: 7 años antes del inicio de la demencia
Etapa temprana	Fase 4: Declive cognitivo moderado	Esta etapa incluye dificultades de concentrarse, una disminución de la habilidad de acordarse de los eventos recientes, y dificultades de manejar las finanzas o de viajar solo a lugares nuevos. La gente tiene problemas llevando a cabo eficientemente/con precisión las tareas complejas. Puede no querer reconocer sus síntomas. También la gente puede reclirse de los amigos y de la familia porque las interacciones sociales se hacen más difíciles. En esta etapa un médico puede notar problemas cognitivos muy claros durante una evaluación y entrevista con el paciente. Duración promedia: 2 años.
Etapa media	Fase 5: Declive cognitivo moderadamente severo	Gente en esta fase tiene deficiencias serias de la memoria y necesita ayuda a completar las actividades diarias (vestirse, bañarse, preparar la comida). La pérdida de la memoria se destaca más que antes y puede incluir aspectos importantes de la vida actual; por ejemplo, puede ser que la persona no recuerda su domicilio o número de teléfono. También puede que no sepa la hora, el día, o donde está. Duración promedia: 1,5 años.
Etapa media	Fase 6: Declive cognitivo severo (la demencia media)	Las personas en esta fase requieren <u>ayuda extensiva a hacer las actividades diarias</u> . Empiezan a olvidar los nombres de los miembros de la familia y tienen muy poco recuerdo de los eventos recientes. Muchas personas solamente pueden recordar algunos detalles de la vida temprana. También tienen dificultades de contar atrás de 10 y de llevar a cabo las tareas. <u>La incontinencia (la pérdida del control de la vejiga o de los intestinos) es un problema en esta fase. Cambios de la personalidad tales como el delirio (creer algo que no es verdad), las compulsiones (repetir una actividad, como limpiar), la ansiedad o la agitación pueden ocurrir.</u> Duración promedia: 2,5 años.
Etapa avanzada	Fase 7: Declive cognitivo muy severo (la demencia avanzada)	Las personas en esta fase esencialmente no tienen la habilidad de hablar <u>ni de comunicarse</u> . Requieren ayuda con la mayoría de las actividades (p.ej., usar el baño, comer). A menudo pierden las <u>habilidades psicomotores</u> , por ejemplo la habilidad de caminar. Duración promedia: 2,5 años.

GDS-1

GDS-2
Muy Leve

GDS-3
Leve

GDS-4
Moderado

GDS-5
Moder-Grave

GDS-6
Grave

GDS-7
Muy Grave

DC

ORACIÓN COGNITIVA



Functional Assessment Stages de Reisberg (FAST)

Stage	Stage Name	Characteristic	Expected Untreated AD Duration (months)	Mental Age (years)	MMSE (score)
1	Normal Aging	No deficits whatsoever	--	Adult	29-30
2	Possible Mild Cognitive Impairment	Subjective functional deficit	--		28-29
3	Mild Cognitive Impairment	Objective functional deficit interferes with a person's most complex tasks	84	12+	24-28
4	Mild Dementia	IADLs become affected, such as bill paying, cooking, cleaning, traveling	24	8-12	19-20
5	Moderate Dementia	Needs help selecting proper attire	18	5-7	15
6a	Moderately Severe Dementia	Needs help putting on clothes	4.8	5	9
6b	Moderately Severe Dementia	Needs help bathing	4.8	4	8
6c	Moderately Severe Dementia	Needs help toileting	4.8	4	5
6d	Moderately Severe Dementia	Urinary incontinence	3.6	3-4	3
6e	Moderately Severe Dementia	Fecal incontinence	9.6	2-3	1
7a	Severe Dementia	Speaks 5-6 words during day	12	1.25	0
7b	Severe Dementia	Speaks only 1 word clearly	18	1	0
7c	Severe Dementia	Can no longer walk	12	1	0
7d	Severe Dementia	Can no longer sit up	12	0.5-0.8	0
7e	Severe Dementia	Can no longer smile	18	0.2-0.4	0
7f	Severe Dementia	Can no longer hold up head	12+	0-0.2	0

- > Ejemplo: las recomendaciones SEGG: respecto al tratamiento específico de la demencia:
 - Iniciar tratamiento específico de la demencia a partir del estadio 4 y hasta el estadio 6 según GDS-FAST
 - No iniciar tratamiento específico para la EA si FAST =7
 - La decisión de continuar o mantener el tratamiento específico para la demencia debe individualizarse cuando el paciente llega al estadio GDS-7, atendiendo a su situación clínica global, la presencia de comorbilidad o patologías incidentes asociadas.



n Integral al Paciente Crónico Frágil

Estadio GDS	Fase clínica	Descripción GDS	Características FAST
GDS 1	<p>Adulto normal. Ausencia de alteración cognitiva</p> <p>MEC: 30 – 35</p>	<p>Ausencia de quejas subjetivas</p> <p>Ausencia de trastornos evidentes de memoria en la entrevista clínica</p>	<p>Ausencia de dificultades funcionales objetivas o subjetivas</p>
GDS 2	<p>Adulto normal de edad. Disminución cognitiva muy leve</p> <p>MEC: 25 – 30</p>	<p>Quejas subjetivas de defectos de memoria sobre todo en:</p> <p>Olvidos de dónde ha dejado objetos familiares</p> <p>Olvido de nombres previamente bien conocidos</p> <p>No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en la entrevista clínica.</p> <p>No hay evidencia de defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales. Preocupación apropiada respecto a la sintomatología</p>	<p>Dificultades subjetivas en el trabajo</p>
GDS 3	<p>Deterioro cognitivo leve</p> <p>MEC: 20 – 27</p>	<p>Primeros defectos claros en más de una de las siguientes áreas:</p> <p>El paciente puede haberse perdido yendo a un lugar no familiar</p> <p>Los/as compañeros/as de trabajo son conscientes de su poco rendimiento laboral</p> <p>El defecto para evocar palabras y nombres se hace evidente a las personas íntimas</p> <p>El paciente puede leer un pasaje de un libro y recordar relativamente poco material</p> <p>El paciente puede mostrar una capacidad disminuida en el recuerdo del nombre de personas nuevas conocidas recientemente</p> <p>El paciente puede haber perdido o colocado un objeto de valor en un lugar equivocado</p> <p>En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración</p> <p>Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva</p> <p>Rendimientos disminuidos en actividades laborales y sociales exigentes. La negación o el desconocimiento de los defectos pasan a ser manifestados por el paciente. Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta a moderada</p>	<p>Disminución de la capacidad laboral evidente según los compañeros</p> <p>Dificultad en viajar a lugares nuevos</p> <p>Disminución de la capacidad organizativa</p>

Estadio GDS	Fase clínica	Descripción GDS	Características FAST
GDS 4	<p>Defecto cognitivo moderado. Enfermedad de Alzheimer leve</p> <p>MEC: 16 – 23</p>	<p>Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa</p> <p>Déficit manifiestos en las áreas siguientes:</p> <p>Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes</p> <p>El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal</p> <p>Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada</p> <p>Capacidad disminuida para viajar, control de su economía, etc.</p> <p>Normalmente no hay defecto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación en tiempo y persona • Reconocimiento de personas y caras familiares • Capacidad para viajar a lugares familiares <p>Incapacidad para realizar tareas complejas</p> <p>La negación es el mecanismo de defensa dominante. Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes</p>	<p>Disminución de la capacidad de realizar tareas complejas (por ejemplo planificar una cena para invitados, manejar las propias finanzas, olvidar de pagar las facturas, dificultad en las compras, etc.</p>
GDS 5	<p>Defecto cognitivo moderado – grave. Enfermedad de Alzheimer moderada</p> <p>MEC: 10 – 19</p>	<p>El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia</p> <p>Durante la entrevista es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida actual:</p> <p>Dirección o número de teléfono de muchos años</p> <p>Nombres de familiares próximos (como los nietos)</p> <p>Nombre de la escuela o instituto en el que estudió</p> <p>A menudo presenta cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación del año, etc.) o en lugar</p> <p>Una persona con educación formal puede tener dificultad para contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2.</p> <p>Las personas en este estadio mantienen el conocimiento de muchos de los hechos de más interés que les afectan a ellos mismos y a otros. Invariablemente conocen su nombre y, en general, saben el nombre de su cónyuge e hijos</p> <p>No requieren asistencia ni en el aseo ni al comer, pero pueden tener alguna dificultad en la elección del vestido adecuado</p>	<p>Requiere asistencia en escoger la ropa adecuada para el día, estación o la ocasión</p>



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

stadio GDS	Fase clínica	Descripción GDS	Características FAST
GDS 6	<p>Defecto cognitivo grave</p> <p>Enfermedad de Alzheimer moderada – grave</p> <p>MEC: 0 – 12</p>	<p>Ocasionalmente puede olvidar el nombre del cónyuge de quien, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir</p> <p>Desconoce, en gran parte, los acontecimientos y experiencias recientes de su vida</p> <p>Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentariamente</p> <p>Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.</p> <p>Generalmente puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante</p> <p>Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas:</p> <p>Puede presentar incontinencia</p> <p>Puede requerir asistencia para viajar, pero, ocasionalmente, será capaz de viajar a lugares familiares</p> <p>El ritmo diurno está frecuentemente alterado</p> <p>Casi siempre recuerda su nombre</p> <p>Con frecuencia sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno</p> <p>Acontecen cambios emocionales y de personalidad que son bastante variables e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducta delirante, por ejemplo acusar a su cónyuge de ser un impostor, hablar con personas imaginarias o con su imagen reflejada en el espejo • Síntomas obsesivos, por ejemplo puede repetir continuamente actividades de limpieza • Síntomas de ansiedad, agitación e, incluso, puede aparecer una conducta violenta previamente inexistente • Abulia cognitiva, por ejemplo, pérdida de deseos por falta del desarrollo suficiente de un pensamiento para determinar una acción propositiva 	<p>GDS 6</p> <p>Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse</p> <p>Se especifican cinco estadios:</p>
		<p>GDS 6a</p> <p>Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones, por ejemplo se puede poner ropa de calle sobre el pijama, zapatos en el pie equivocado o dificultades en abotonarse. Esto se repite cada vez con más frecuencia</p>	
		<p>GDS 6b</p> <p>Incapaz de bañarse correctamente (por ejemplo, dificultad en ajustar la temperatura del agua), de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas semanas</p>	
		<p>GDS 6c</p> <p>Incapacidad en el manejo de la mecánica del WC (por ejemplo, olvida tirar de la cadena, no se limpia correctamente o no deposita adecuadamente el papel higiénico), de vez en cuando o más frecuentemente las últimas semanas</p>	
		<p>GDS 6d</p> <p>Incontinencia urinaria (de vez en cuando o más frecuentemente las últimas semanas)</p>	
			<p>GDS 6e</p> <p>Incontinencia fecal (de vez en cuando o más frecuentemente las últimas semanas)</p>

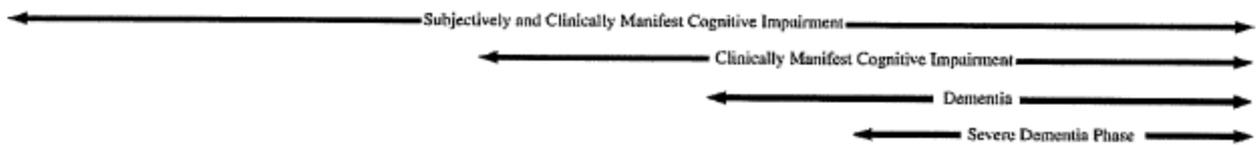


Atención Integral al Paciente Crónico Frágil



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Estadio GDS	Fase clínica	Descripción GDS	Características FAST
<p>GDS 7</p>	<p>Defecto cognitivo muy grave</p> <p>Enfermedad de Alzheimer grave</p> <p>MEC: 0</p>	<p>Se pierden todas las capacidades verbales a lo largo de esta fase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En las fases tempranas de este estadio se pueden producir palabras y frases, pero el lenguaje es muy circunscrito • En las últimas fases de este periodo no hay lenguaje, sólo gruñidos <p>Incontinencia urinaria. Requiere asistencia en el aseo y la alimentación.</p> <p>Las habilidades psicomotoras básicas (por ejemplo, andar) se pierden a medida que avanza esta fase</p> <p>El cerebro parece incapaz de decir al cuerpo lo que tiene que hacer. A menudo, hay signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales</p>	<p>GDS 7</p> <p>Pérdida del habla y de la capacidad motora</p> <p>Se especifican seis subestadios:</p> <p>GDS 7a</p> <p>Capacidad de hablar limitada a media docena de palabras diferentes o menos, en el curso de un día promedio o en el curso de una entrevista detenida</p> <p>GDS 7b</p> <p>Capacidad de hablar limitada a una sola palabra inteligible, en un día promedio o en el curso de una entrevista detenida (la persona puede repetir la palabra continuamente)</p> <p>GDS 7c</p> <p>Pérdida de la habilidad para caminar (no puede andar sin ayuda personal)</p> <p>GDS 7d</p> <p>Pérdida de la habilidad para estar sentado sin ayuda (por ejemplo, el individuo caerá si no hay apoyos [brazos] en la silla)</p> <p>GDS 7e</p> <p>Pérdida de la capacidad de sonreír</p> <p>GDS 7f</p> <p>Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erecta independientemente</p>



Clinical Diagnosis	Normal Adult	Subjective Cognitive Impairment	Mild Cognitive Impairment	Mild AD	Moderate AD	Moderately Severe AD	Severe AD
CDR Stage*	0		0.5		1	2	3
GDS and Fast Stage*	1	2	3	4	5	6	7
FAST Substage						a b c d e	a b c d e f
Years ^a	Approximately 3 to 5 decades	Approximately 15 yrs	0	7	9	10.5	13
MMS-E	29	29	29	25	19	14	5 0

Usual Point of Death

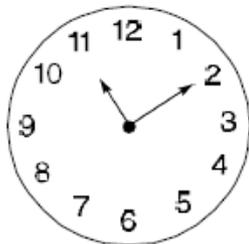
Source: Adapted from: Reisberg, et al., *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 1994; 8 (Suppl.): S 1884-205
 AD, Alzheimer's disease; CDR, Clinical Dementia Rating; GDS, Global Deterioration Scale; FAST, Functional Assessment Staging; MMSE, Mini-Mental State Examination.
 *Stage range comparisons shown between the CDR and GDS/FAST stages are based upon published functioning and self-care descriptors.
^aNumerical values represent time from the earliest clinically manifest symptoms of mild cognitive impairment associated with subsequently manifest Alzheimer's disease (i.e., the beginning of GDS and FAST stage 3). For GDS and FAST stages 1 and 2, the temporal values are prior to onset of mild cognitive impairment symptoms, for GDS and FAST stages 3 and above, the values are subsequent to the onset of mild cognitive impairment symptoms. All temporal estimates were initially published in Reisberg, 1986, and have been supported by subsequent clinical and pathological cross-sectional and longitudinal investigations (e.g., Reisberg, et al., 1996; Robinski, et al., 1995, 1997; Kluge, et al., 1999).

Figure 1. Typical time course of normal brain ageing, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease.

TEST DEL RELOJ

- > Test de cribaje de DC en varios trastornos neurológicos y psiquiátricos
- > Valoración de los trastornos cognitivos asociados al DC, especialmente en la EA.
- > Apraxia constructiva, ejecución motora, atención, comprensión y conocimiento numérico
- > Orden dibujar (TRO) o copiar (TRC) un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 11:10).
- > Punto corte*:
 - TRO => ≤ 6 DC asociado a la EA
 - TRC => ≤ 8 DC asociado a la EA
 - Del análisis del dibujo se extraen conclusiones adicionales sobre las tareas afectadas.

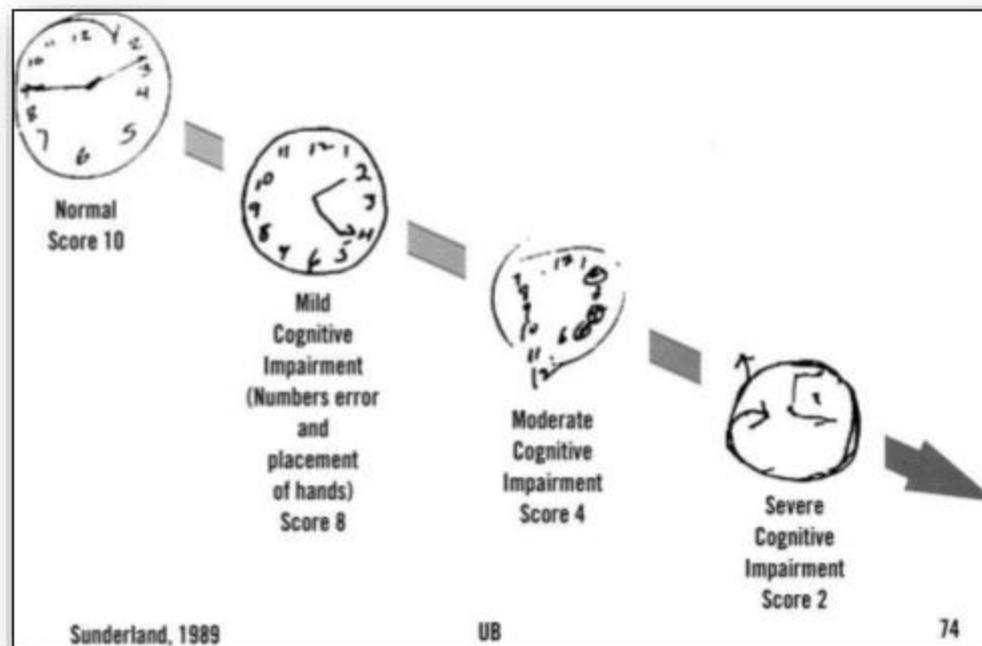
*Existen diferentes criterios de realización y puntuación según autores.



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Esfera del reloj (máximo 2 puntos)	
Puntos	Resultado
2	Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.
Manecillas (máx. 4 puntos)	
4	Manecillas en posición correcta y en proporción adecuada de tamaño (la de la hora más corta)
3,5	Manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño
3	Pequeños errores de localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior)
3	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez), cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial
2	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta
1	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas
0	Efecto en forma de rueda de carro
Números (máx. 4 puntos)	
4	Todos los números presentes y en orden correcto. Sólo "pequeños errores" en la localización espacial en menos de 4 números (ej: colocar el número 8 en el espacio del número 9)
3,5	Cuando los "pequeños errores" en la localización espacial se dan en 4 ó más números
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (Ej: colocar el número 3 en el espacio del 6)
3	Número con algún desorden de secuencia (menos de 4 números)
2	Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes
2	Números con algún desorden de secuencia (4 ó más números)
2	Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa)
2	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (número fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc..)
2	Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica)
1	Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial
1	Alineación numérica con falta o exceso de números
1	Rotación inversa con falta o exceso de números
0	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados)

The Standard Mini-Cog Test (Clock Drawing)



TEST DEL RELOJ

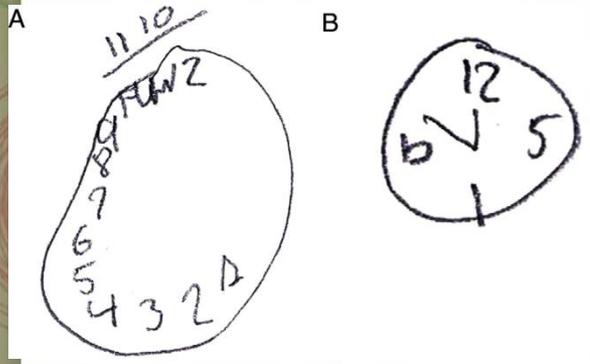
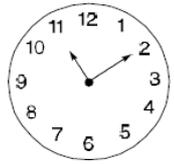


Figura 1 Paciente afecto de infarto cerebral en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda, con daños en el lóbulo occipital izquierdo y la parte posterior del cuerpo calloso (*splenium*). Solo podía proyectar la información visual al lóbulo occipital en el hemisferio derecho, y no podía transmitir la información a las áreas del lenguaje en el hemisferio izquierdo (síndrome de desconexión de alexia sin agrafia). Reloj A (dibujado con la mano derecha -hemisferio izquierdo-): secuencia de números conservados con desestructuración de la secuencia espacial, y sobrecarga de la estrategia verbal para representar la hora. Reloj B (dibujado con la mano izquierda -hemisferio derecho-): conservación de las funciones visuoespaciales con secuencia numérica afectada (faltan 8 números) y colocación incorrecta de las manecillas.

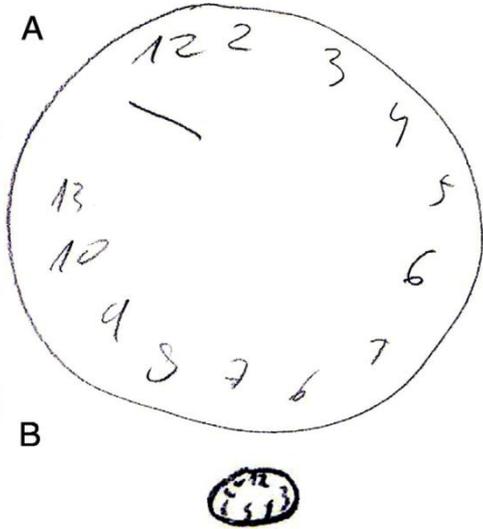


Figura 2 A) Paciente afecto de enfermedad de Alzheimer (EA). Reloj con contorno aceptable. B) Paciente afecto de enfermedad de Parkinson (EP) con demencia asociada. Reloj con contorno excesivamente pequeño e irregular. En fases iniciales de la EA se mantiene un contorno relativamente correcto y circular, mientras que en la EP con o sin demencia se tiende a un contorno menos simétrico, más pequeño y más ovalado como reflejo de los característicos déficits motores. El error más común en los pacientes con Alzheimer y Parkinson con demencia consiste en omitir números (p. ej., por una falta de espacio -reloj B-), añadir números extra (por inatención, perseveración en la escritura o en la secuencia numérica -reloj A-), ordenarlos incorrectamente y posicionarlos erróneamente. Estos errores son más frecuentes en los pacientes con un deterioro severo. El posicionamiento de los números suele ser el ítem más sensible al deterioro cognitivo (reloj A y B). La mayoría de los pacientes afectados de un proceso de demencia no dibuja las 2 manecillas del reloj, lo que se relaciona más con habilidades conceptuales y del lenguaje que con los problemas de memoria, ya que la instrucción de colocar la hora se da después de haber dibujado el reloj.

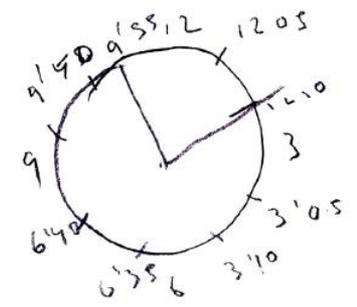


Figura 3 Paciente afecto de trastorno esquizofrénico. Contorno relativamente correcto y existe una secuencia numérica y espacial (si bien bizarra), con posición correcta de las manecillas.

INVENTARIO NEUROPSIQUIATRICO (NPI)



- > CUMMINGS et al. Validada al español.
- > Valora la presencia de **SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS Y CONDUCTUALES** en pacientes con enfermedades neurológicas (demencias): conjunto heterogéneo de síntomas o síndromes psiquiátricos, reacciones vivenciales anómalas y alteraciones de la conducta; pueden aparecer en cualquier fase de la demencia
- > Rendimiento psicométrico muy elevado para valoración de los síntomas no cognitivos
- > Permite valorar la respuesta terapéutica a psicofármacos utilizados para su control

Tabla 1 Tabla resumen para la puntuación del NPI

Síntoma	No valorable	Frecuencia	Gravedad	Total (Frecuencia x Gravedad)
Delirios		0 1 2 3 4	1 2 3	
Alucinaciones		0 1 2 3 4	1 2 3	
Agitación/agresividad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Depresión/disforia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Ansiedad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Júbilo/euforia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Apatía		0 1 2 3 4	1 2 3	
Desinhibición		0 1 2 3 4	1 2 3	
Irritabilidad/labilidad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Comportamiento motor aberrante		0 1 2 3 4	1 2 3	
Trastornos del sueño		0 1 2 3 4	1 2 3	
Trastorno del apetito/conducta alimentaria		0 1 2 3 4	1 2 3	
		Puntuación total		

Puntuación máxima:
 - Subescala: 12 puntos
 - Test completo: 144

Frecuencia:

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
- 2 = A menudo (alrededor de una vez por semana)
- 3 = Frecuentemente (varias veces por semana, pero no a diario)
- 4 = Muy frecuentemente (a diario o continuamente)



Gravedad:

- 1 = Leve (provoca poca molestia al paciente)
- 2 = Moderada (más molesto para el paciente, pero puede ser redirigido por el cuidador)
- 3 = Grave (muy molesto para el paciente, y difícil de redirigir)





Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

> VALORACIÓN AFECTIVA

- 25% ancianos presenta algún trastorno psíquico
- **Depresión y ansiedad** son los más frecuentes
- Importante repercusión en la **calidad de vida, situación funcional y cognitiva**
- La prevalencia aumenta cuando existen patologías asociadas:
 - Enfermedades específicas: ACV, Parkinson, Demencia, Neoplasias...
 - Enfermedades crónicas asociadas a dolor, pérdida funcional, privación sensorial,
 - Enfermedades terminales
 - *Polifarmacia*
 - Situaciones sociales (institucionalización, pérdidas, soledad, recursos económicos bajos, escaso apoyo social....)
- Diagnóstico es clínico. Herramientas para cribaje, monitorización y evaluación de la gravedad
- TESTS:
 - Escala de DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE (*GDS-Yesavage*)
 - Escala de DEPRESIÓN y ANSIEDAD **HAMILTON**
 - Escala de DEPRESIÓN de **CORNELL**



How others see you, is not important..
How you see yourself means everything.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE



- > Geriatric Depression Scale – GDS. Diseñada específicamente para el anciano
- > Se aplica para:
 - Cribaje de depresión
 - Evaluación de la gravedad del cuadro depresivo
 - Monitorización de la respuesta terapéutica
- > 30 ítems. Existen versiones abreviadas de 15 ítems (recomendada), de 8 (Mini-GDS-8: 1,3,4,5,7,8,11,14) y 5 ítems (1,4,8,9,12). Respuesta dicotómica
- > 5 a 7 min

Escala de depresión geriátrica. Geriatric Depression Scale de Yesavage (versión abreviada de 15 preguntas)

Instrucciones:

Interrogar al paciente acerca de las siguientes cuestiones y escoger la respuesta más adecuada sobre cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas.

Marcar con un círculo la respuesta escogida y al final sumar la puntuación.

Si el Mini-Mental de Folstein es ≤ 14 puntos, la aplicación de la escala puede no ser valorable (J Am Geriatr Soc 1994; 42: 490).

	SI	No
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se aburre a menudo?	1	0
5. ¿Está usted animado casi todo el tiempo?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7. ¿Está usted contento durante el día?	0	1
8. ¿Se siente desamparado o abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0

10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente usted inútil tal como está ahora?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0

Puntuación total =

Puntuación: ≥ 5 indica probable depresión.

El diagnóstico se debe confirmar evaluando los criterios DSM-IV de los diferentes trastornos depresivos.

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillén J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35: 7-14.
Versión original de 15 ítems: Sheikh JI & Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, ed. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth Press; 1986.

- > Versión reducida:
 - punto de corte: en 5/6
 - Normalidad => 0 a 4 puntos
 - *Depresión probable*: 5 y 9 p
 - *Depresión establecida* ≥ 10 p
 - Leve: 5 – 8
 - Moderada: 9 – 11
 - Grave: 12-15
- > Aplicable en DC leve – moderado
- > No útil en ancianos con DC moderado o grave

Yesavage, J, Brink, T, Rose, T et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res* 17, 37-49.

Aguado G, Martínez J, Onís MC et al. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage. *Aten Primaria* 2000;26(Supl):382

Buz, J. (1996). Mini-GDS 8: Una nueva versión breve para ancianos institucionalizados. *Geriatría*, 12, 41-45.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HDS)



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

- > Heteroaplicada
- > Diseñada para pacientes diagnosticados previamente de depresión, más como una herramienta para medir el resultado del tratamiento que como una herramienta de cribado
- > Objetivo: evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y los cambios del paciente deprimido.
- > Versión original 21 ítems (1960). Versión reducida 17 ítems => evalúan el perfil sintomatológico y la intensidad y gravedad del cuadro depresivo
- > Versión castellana validada en 1986 por Ramos-Brieva
- > Se obtiene una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores:
 - melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13)
 - ansiedad (ítems 9-11)
 - sueño (ítems 4-6).
- > La puntuación total va de 0 a 54
- > NICE, APA, recomiendan emplear los siguientes puntos de corte:

No depresión	Ligera / menor	Moderada	Grave	Muy grave
0 - 7	8 - 13	14 - 18	19 - 22	> 23

- > Respuesta al tratamiento:

	Respuesta	Respuesta parcial	No respuesta
Disminución de la puntuación inicial de la escala	≥ 50%	25 – 49%	< 25%
REMISIÓN	≤ 7 puntos		

Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols)



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

ÍTEM	CRITERIOS OPERATIVOS DE VALORACIÓN
1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:	0. Ausente 1. Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente 2. Estas sensaciones las relata espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 4. Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea
2. Sentimiento de culpa:	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 3. Siente que la enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes e culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio:	0. Ausente 1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
4. Insomnio precoz:	0. No tiene dificultad 1. Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo más de media hora para conciliar el sueño 2. Dificultad para dormir cada noche.
5. Insomnio intermedio:	0. No hay dificultad 1. Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 2. Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto si justificada: orinar, tomar medicación, ...)
6. Insomnio tardío:	0. No hay dificultad 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades:	0. No hay dificultad 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) 2. Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) 3. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

ÍTEM	CRITERIOS OPERATIVOS DE VALORACIÓN
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el habla 2. Evidente retraso en el habla 3. Dificultad para expresarse 4. Incapacidad para expresarse
9. Agitación psicomotora:	0. Ninguna 1. Juega con sus dedos 2. Juega con sus manos, cabello, etc. 3. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado 4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 4. Incapacidad para expresarse 4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios
10. Ansiedad psíquica:	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla 4. Expresa sus temores sin que le pregunten
11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, flatulencia, retortijones, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria incrementada. Transpiración):	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Severa 4. Incapacitante
12. Síntomas somáticos gastrointestinales:	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales:	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.
14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante
15. Hipocondría:	0. Ausente 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso:	0. Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana 1. Pérdida de más de 500 gr. en una semana 2. Pérdida de más de 1 Kg. en una semana
17. "Insight" (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. No se da cuenta que está enfermo

ESCALA HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HAS)



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

- > Diseñada en 1959 / 1969 para valorar en pacientes previamente diagnosticados, con criterios de ansiedad o depresión y sin otros trastornos mentales:
 - **gravedad** de la ansiedad de una forma global
 - para **monitorizar la respuesta** al tratamiento
- > Escala heteroaplicada de 14 ítems. Versión en español validada por Carrobles en 1986
- > Se interroga a cerca de los últimos días (3 días a máximo 3 semanas)
- > Siempre a la misma hora del día (8 – 9 am)
- > Cada ítem se valora de 0 a 4 teniendo en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del síntoma
- > Se obtiene una puntuación global y también en 2 índices:
 - **ANSIEDAD PSÍQUICA** (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14)
 - **ANSIEDAD SOMÁTICA** (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)
 - Aconsejable distinguir entre ambas a la hora de valorar los resultados del tto (diferente intensidad de efecto)
- > Puntuación va de 0 a 56
- > **No existen puntos de corte** para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad
- > **Si no ataques de pánico (3 días anteriores), la escala puede utilizarse para valorar la ansiedad generalizada:**

No Ansiedad	Ansiedad menor / leve	Ansiedad mayor / moderada -grave	Ansiedad clínicamente manifiesta
0 - 5	6 - 14	≥ 15	≥ 14

- > Alto grado de correlación con la escala de depresión de Hamilton y con otras escalas que valoran ansiedad.



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

ESCALA ANSIEDAD DE HAMILTON (HAS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas de sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i>	0	1	2	3	4
<ul style="list-style-type: none"> • General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, con agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial • Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales 					

Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Heteroaplicada. La puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem.

Ausente = 0, leve = 1, moderado = 2, grave = 3, muy incapacitante = 4.

- ▶ Los síntomas depresivos son relevantes y frecuentes en las fases iniciales de la Enf Alzheimer.
 - Síntomas Prodrómicos
 - Dc Ligerero => 36%
 - Demencia leve-mod => 50%
 - Demencia avanzada, pierden relevancia
- ▶ Nivel cognoscitivo está comprometido, => la validez de las escalas reducida
- ▶ Deben utilizarse instrumentos validados en estas condiciones
 - Dementia Mood Assesment Scale (demencia inicial-moderada)
 - GDS-Yesavage (demencia incipiente)
 - **Escala de Cornell** para valoración síntomas depresivos en la demencia (**MMSE ≤ 18**)
- ▶ 19 ítems, 3 grados intensidad
- ▶ 0 a 38 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad o intensidad síntomas depresivos:
 - > 8 => DEPRESIÓN SIGNIFICATIVA
 - 9 – 11 => Depresión Leve
 - ≥ 12 => Depresión Grave

Tabla 4. Escala de Cornell para evaluar depresión en pacientes con demencia

A. Signos relacionados con el estado de ánimo

- Ansiedad
- Tristeza
- Incapacidad de reacción ante situaciones agradables
- Irritabilidad

B. Alteraciones del comportamiento

- Agitación
- Enlentecimiento
- Quejas físicas múltiples (excepto si son sólo gastrointestinales)
- Pérdida de interés (sólo si es de inicio reciente, < 1 mes)

C. Signos físicos

- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso (2 puntos si ha perdido > 2 kg en un mes)
- Pérdida de energía

D. Funciones cíclicas

- Variación diurna del humor (peor por la mañana)
- Dificultad para conciliar el sueño
- Se despierta varias veces durante la noche
- Se despierta más pronto de lo que estaba acostumbrado

E. Alteraciones del contenido del pensamiento

- Suicidio
- Baja autoestima
- Pesimismo
- Ideación delirante congruente con el estado de ánimo

PUNTUACIÓN

- 0 = ausencia
- 1 = moderado/intermitente
- 2 = severo
- 9 = imposible de evaluar

- Detección de signos depresivos en lugar de los síntomas (conducta depresiva) observados durante la última semana
- Consta de 19 ítems con tres grados de intensidad (ausente, leve/inconstante, severo)
- Entrevista en dos etapas: cuidador y paciente
- Reentrevista al cuidador si hay discrepancias
- Puntuación según juicio clínico (no punto de corte)

VGI=> VALORACIÓN SOCIAL



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

- > Trabajador social
- > Valora la relación del paciente con su entorno y su repercusión:
 - Aspectos relacionados con el hogar, vivienda, apoyo familiar, relaciones, contactos y apoyo social, situación económica.
- > Importantes para
 - Organizar el plan de cuidados del paciente
 - Selección recursos sanitarios y sociales más adecuados
- > **Escala de valoración sociofamiliar de Gijón** (Trab Soc Salud 1993;16: 137-156)
 - Valora la situación social y familiar de las personas mayores que viven en su domicilio (situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica).
 - Permite detectar situaciones de riesgo y problemas sociales
 - Puntuación de 0 a 20. A mayor puntuación, peor situación social.



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (versión original de García-González JV y Díaz-Palacios E)

Situación familiar

1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.
2. Vive con cónyuge de similar edad.
3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.
4. Vive solo y tiene hijos próximos.
5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.

Situación económica

1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.
2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente.
3. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva.
4. LISMI-FAS-Pensión no contributiva*.
5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.

Vivienda

1. Adecuada a las necesidades.
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...).
3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción).
4. Ausencia de ascensor, teléfono.
5. Vivienda inadecuada (chabolos, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).

Relaciones sociales

1. Relaciones sociales.
2. Relación social sólo con familia y vecinos.
3. Relación social sólo con familia o vecinos.
4. No sale de su domicilio, recibe familia.
5. No sale, no recibe visitas.

Apoyos red social

1. Con apoyo familiar o vecinal.
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
3. No tiene apoyo.
4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica.
5. Tiene cuidados permanentes.

Puntuación final:

- < 10 puntos: normal o riesgo social bajo.
10-16 puntos: riesgo social intermedio.
≥ 17 puntos: riesgo social elevado (problema social).

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:
Versión original de Gijón: García-González JV, Díaz-Palacios E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández-Sánchez A, Acebal V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23: 434-40.
* En el artículo original no se especifica el significado de estas siglas.

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (abreviada y modificada) (versión de Barcelona)

Situación familiar

1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto.
2. Vive con pareja de similar edad.
3. Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.

Relaciones y contactos sociales

1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
2. Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.
3. Sólo se relaciona con familia, sale de casa.
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).

Apoyos red social

1. No necesita ningún apoyo.
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).
4. Tiene soporte social pero es insuficiente.
5. No tiene ningún soporte social y lo necesita.

Puntuación:

- ≤ 7 puntos: situación social buena (bajo riesgo institucionalización).
8-9 puntos: situación intermedia.
≥ 10 puntos: deterioro social severo (alto riesgo institucionalización).

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:
Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, Cervera AM. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 252-7.

Modificaciones de la versión original:

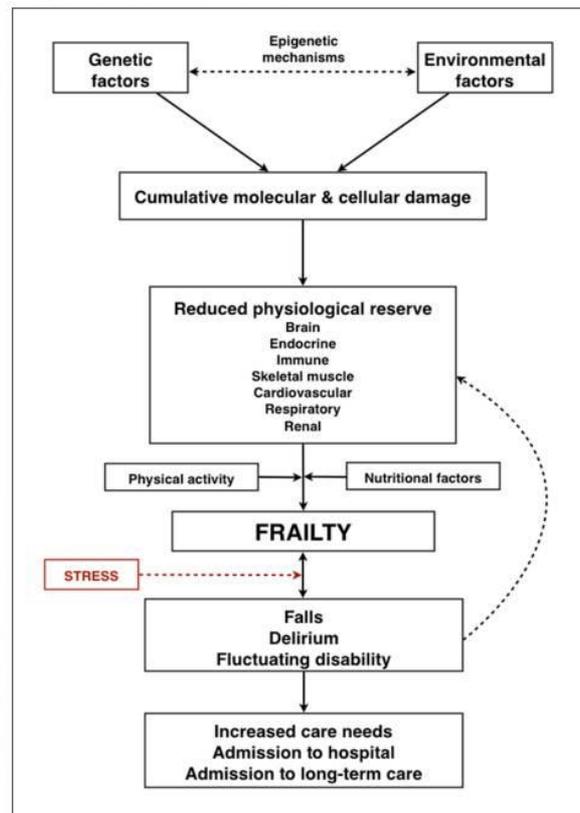
A partir de la versión original de Gijón (García-González JV et al. Aten Primaria 1999; 23: 434-40), se han suprimido los ítems de barreras arquitectónicas y situación económica (estos ítems en una validación preliminar fueron poco predictivos de destino al alta tras una hospitalización (De Vicente I et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 1996; 31: 291-6); asimismo, se ha modificado la redacción de algunos de los ítems originales. Esta versión de Barcelona ha sido validada para la predicción del retorno al domicilio y del riesgo de institucionalización (Sabartés O, et al. An Med Interna [Madrid] 1999; 16: 407-414) (García-Caselles MP et al. Arch Gerontol Geriatr 2004; 38S [Suppl 9]: 201-6).

FRAGILIDAD

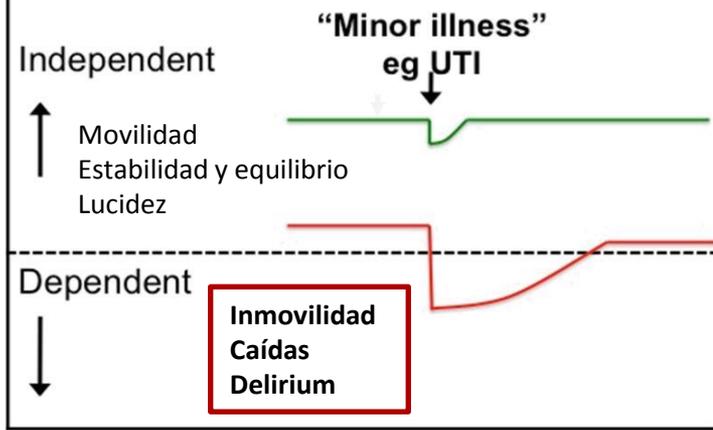
Definición: no existe un consenso firme. Sí lo hay en cuanto a:

- Es un síndrome clínico
- No es una discapacidad
- Estado de vulnerabilidad incrementada en la que un estrés mínimo puede ocasionar deterioro funcional
- Puede ser reversible o atenuado por intervenciones

«Estado clínico de vulnerabilidad incrementada, de manera que un factor estresante leve desencadena cambios desproporcionados en el estado de salud como consecuencia de una resolución insuficiente de la homeostasis y de la capacidad de adaptación del organismo, que obedece a una disminución acumulada de las capacidades de numerosos sistemas fisiológicos a lo largo de la vida del individuo»



FUNCTIONAL ABILITIES



- > Concepto **multidimensional**: factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales se interrelacionan y afectan el equilibrio fisiológico de la persona
- > Se centra en la funcionalidad



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

- > Mayor riesgo de **resultados en salud adversos**: deterioro funcional, fracturas, caídas recurrentes, discapacidad, pérdida de movilidad, institucionalización, hospitalización, mortalidad
- > Factor **predictor de mortalidad** y/o supervivencia => Planificación individualizada, atención orientada a objetivos

Estudio FRADEA, > 70 años

- Mortalidad riesgo ajustado 5,5 veces mayor
- Nueva discapacidad, 2,5 veces mayor
- Pérdida de movilidad, 2,7 veces mayor.

> PREVALENCIA

- Población mayor
- Población institucionalizada (34,9 – 68,8 – 85%, según estudios y criterios utilizados)

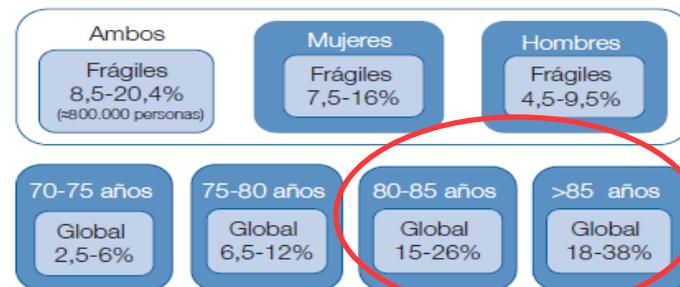
> No es exclusiva de las personas mayores

> Es un estado patológico, dinámico (mejorar o empeorar con el tiempo) y potencialmente reversible

> Las presentaciones clínicas de la fragilidad:

- No específicas: fatiga extrema, pérdida de peso no explicada, infecciones frecuentes
- Caídas
- Delirium, estado confusional agudo
- Discapacidad fluctuante (inestabilidad, con días buenos - independientes y días malos - dependientes)

Figura 2. Prevalencia de fragilidad en la población mayor en España, por sexo y tramos de edad



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de cohortes longitudinales de envejecimiento en España; Estudio FRADEA (Albacete)^{22, 23}; Estudio de Envejecimiento Saludable en Toledo²⁴; Estudio Peñagrande (Madrid)^{10, 25}; Leganés (Madrid)²⁶; Estudio FRALLE (Lleida)^{29, 30}.

Planificación cuidados, voluntades anticipadas, cuidados al final de la vida

Fragilidad avanzada

Gestión del caso

Fragilidad moderada

Autocuidado dirigido

Fragilidad Leve

VGI=> FRAGILIDAD

Inactividad

FÍSICA

Fuerza, resistencia,
función fisiológica
disminuidas



PSICOLÓGICA

Peores resultados en salud (mortalidad)

Modelos de fragilidad

«**Fenotipo físico específico**, Fried»: se basa en criterios clínicos objetivos que definen un estado fisiológico de disregulación energética y multisistémica: Pérdida de peso, debilidad, baja energía, lentitud en la marcha, inactividad física.

- *Cardiovascular Health Study Frailty Screening Scale (Fried, 2004)*
- *SHARE-Fit*
- *FRAIL*
- *FRAIL-NH*

«**Modelo de déficit**»; suma de los diferentes deterioros y afecciones => índices multidimensionales basados en la acumulación de ítems de morbilidad, discapacidad y factores mentales y sociales.

- «*Clinical Frailty Scale; Frailty Index*» (Rockwood, 2011)
- *SHARE-Fix (versión amplia y basada en la VGI)*
- *Groningen Frailty Index*

Factores de riesgo => detectar pacientes probablemente frágiles

Edad avanzada, >80 años, hospitalización reciente o múltiple, comorbilidad, **polifarmacia**, condiciones sociofamiliares deficientes, inactividad física, caídas, alteraciones nutricionales.....



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Table 3Cardiovascular Health Study Frailty Screening Scale^{10,48}Prefrail, 1 or 2; Frail, ≥ 3

1. **Weight Loss** – Loss of 10 pounds unintentionally in past year or weight at examination $\leq 10\%$ of age 60 weight.
2. **Exhaustion** – Self-report of fatigue or felt unusually tired or weak in the past month
3. **Low Activity** – Frequency and duration of physical activities (walking, doing strenuous household chores, doing strenuous outdoor chores, dancing, bowling, exercise).
4. **Slowness** – Walking 4 m ≥ 7 s if height ≤ 159 cm or ≥ 6 s if height ≥ 159 cm.*
5. **Weakness** – Grip strength (kg) for body mass index (kg/m^2).

*Data for older women (lowest 20th percentile).

Table 2

The Simple "FRAIL" Questionnaire Screening Tool

3 or greater = frailty; 1 or 2 = prefrail

Fatigue: Are you fatigued?**Resistance:** Cannot walk up 1 flight of stairs?**Aerobic:** Cannot walk 1 block?**Illnesses:** Do you have more than 5 illnesses?**Loss of weight:** Have you lost more than 5% of your weight in the past 6 months?

Integral al Paciente Crónico Frágil

J.E. Morley et al. / JAMDA 14 (2013) 392–397

Clinical Frailty Scale

1. **Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2. **Well** – People who have no active disease symptoms but are less fit than Category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.



3. **Managing Well** – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.



4. **Vulnerable** – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being 'slowed up,' and/or being tired during the day.



5. **Mildly Frail** – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6. **Moderately Frail** – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7. **Severely Frail** – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8. **Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. **Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy < 6 months, who are not otherwise evidently frail.

Where dementia is present, the degree of frailty usually corresponds to the degree of dementia:

- **Mild dementia** – includes forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.
- **Moderate dementia** – recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.
- **Severe dementia** – they cannot do personal care without help.

K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489–495

© 2011–2012 Version 1.3. All rights reserved Wolters Kluwer Canada.

Editorial

Frailty in Nursing Homes: The FRAIL-NH Scale

Ellen Kaehr MD^a, Renuka Visvanathan PhD^b, Theodore K. Malmstrom PhD^{a,c},
John E. Morley MB, BCh^{a,d,*} *JAMDA* 16 (2015) 87–89

> **FRAIL-NH**

Fig. 1. Clinical Frailty Scale. Scoring is based on clinical judgment. Reprinted with permission from Rockwood et al.⁴¹



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

> FRAIL-NH

Table 1

A Scale to Identify Frailty in the Nursing Home: The FRAIL-NH Scale

We are investigating 2 versions of the FRAIL-NH Scale. In version 1, the "I" stands for Incontinence. In version 2, the "I" stands for Illness

F = Fatigue, No, Yes, Depressed based on PHQ-9 of ≥ 10

R = Resistance, Can patient transfer, Independently, Help with set up only, or Physical assistance

A = Ambulation, Independent, With assistive device, Not able

I = Incontinence, None, Urinary incontinence, Bowel incontinence
OR

I = Illness, measured by number of medications: $<5, 5-9, >10$

L = Loss of weight, None, $\geq 5\%$ in 3 months, $\geq 10\%$ in the past 6 months

N = Nutritional approach, Regular diet, Mechanically altered diet, Feeding tube

H = Help with dressing, Independent, Help with set up only, Physical help

	0	1	2
Fatigue	No	Yes	PHQ-9 ≥ 10
Resistance	Independent transfer	Set up	Physical help
Ambulation	Independent	Assistive device	Not able
Incontinence	None	Bladder	Bowel
OR			
Illness	≤ 5	5-9	≥ 10
Loss of weight	None	$\geq 5\%$ in 3 mo	$\geq 10\%$ in 6 mo
Nutritional approach	Regular diet	Mechanically altered	Feeding tube
Help with dressing	Independent	Set up	Physical help
Total/Version 1			0-14
Total/Version 2			0-14

If the patient meets both criteria, he or she will be assigned 2 points. For example, if a patient is incontinent of bladder and bowel he or she will be assigned 2 points for that category. This applies to the categories of fatigue and weight loss as well.

> POLIFARMACIA

- Caídas.
- Incontinencia.
- Polimedicación.
- Autopercepción de salud.
- Actividades de la vida diaria.
- Hospitalización.
- Patologías.
- Deterioro cognitivo.
- Estado nutricional.
- Úlceras por presión.
- Parámetros clínicos.
- Trastornos de la movilidad.
- Problemas visuales y auditivos.
- Trastornos del estado del ánimo/problemas psicológicos.
- Características demográficas, sociales y ambientales.
- Edad.

Editorial

Frailty in Nursing Homes: The FRAIL-NH Scale

Ellen Kaehr MD^a, Renuka Visvanathan PhD^b, Theodore K. Malmstrom PhD^{a,c}, John E. Morley MB, BCH^{a,d,*}

JAMDA 16 (2015) 87-89



> POLIFARMACIA y FRAGILIDAD

- Posible contribuyente principal en la patogénesis de la fragilidad
- Predictor de fragilidad; como único ítem no es válido para detectar fragilidad en población ambulatoria
- Variable sobre la que intervenir
 - Existe una asociación entre polifarmacia ($\geq 6F$) y fragilidad, siendo mayor en el caso de hiperpoliF ($\geq 10F$)
 - Reducción de la polifarmacia como intervención efectiva en el tratamiento de la fragilidad (reducir el riesgo o atenuarla)
 - Fragilidad + Polifarmacia=> efectos aditivos sobre mortalidad

Morley E et al. Frailty consensus. A call to action. JAMDA 14 (2013) 392- 397

Moulis F et al. Searching for a Polypharmacy Threshold Associated With Frailty. Letters to the Editor / JAMDA 16 (2015) 258-261

Kaehr E et al. Frailty in Nursing Homes: The FRAIL-NH Scale . JAMDA 16 (2015) 87-89

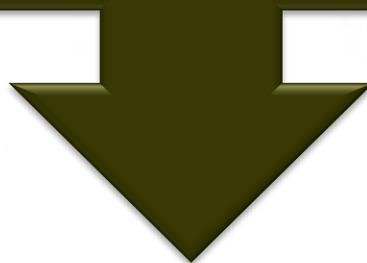


Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

- > El gold estándar para el cuidado de las personas frágiles es la VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL
- > There is evidence that in individuals with frailty, a person-centred, goal-orientated comprehensive approach reduces poor outcomes and may reduce hospital admission.
- > CGA involves a holistic, interdisciplinary assessment of an individual and has been demonstrated to improve outcomes.



ATENCIÓN CENTRADA EN LA **PERSONA**
VALORACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA ES **COMPLEJA**
PRIORIZACIÓN DE DECISIONES/INTERVENCIONES
REQUIERE **FLEXIBILIDAD**
VALORACIÓN INTEGRAL / CONTINUIDAD CUIDADOS



INTERDISCIPLINAR





Atención Integral al Paciente Crónico Frágil



MILLENNIUM GRAZIE

fernandez_eli@gva.es

@elimarfervil