



**Protocolo de Atención clínica para la aplicación del énfasis a la
persona adulta mayor en el Sistema Integrado de Expediente en
Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención**

Código PAC-GM-DDSS-AAIP-PNAPAM-09022021

Versión 01

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCION DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

2021

Grupo elaborador:	<p>Vilma García Camacho. Médico Geriatra Karla Berrocal Saborío. Trabajadora Social Silvia Briceño Méndez. Médico José Miguel Salazar Barquero. Filólogo-Gerontólogo</p>	<p>Equipo Técnico Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. AAIP</p>
Validado por:	<p>Edita Caballero Núñez. Enfermera Tatiana Moreno Núñez. Médico Adrián González Céspedes. Médico Karen Espinoza Cruz. Enfermera Adriana Cortés Ángel. Médico Marta Benavidez Blanco. Enfermera Gustavo Adolfo Calderón Céspedes. Médico Mirna González Acosta. Enfermera Rocío Gómez Mora. Médico Nuria Marín Monge. Médico Graciela Arguedas Monge. Trabajadora Social. Paulina Guntanis Rojas. Médico Marianela Bonilla Briceño. Médico Ana Gabriela Torres Gonzales. Médico de familia Iliana Auxiliadora Porras Soto. Trabajadora Social Yamileth Malespín Flores. Enfermera Allan Francisco Ramírez Rosales. Médico Yirley Vargas Arce. Médico Irene Ramírez Chacón. Enfermera Mónica Rojas Ávila. Trabajadora Social. Denia Zeledón D´ Arce. Enfermera. María Mendoza Vindas. Médico Wilbert Villalobos Chacón. Médico. Andrea Alpízar Gaitán. Médico Geisel Mena Moya. Enfermera Yelmis Alvarez Gutiérrez. Médico Arturo Borbón Marks. Médico Teresa Prado Tenorio. Médico Jazmín Ponce de Leon Acanda. Médico Dinia Barquero Porras. Enfermera Auria Leiva Fernández. Trabajadora Social. Alejandra Trejos Chacón. Rafael Matamoros Morales. Enfermero Ana Catalina López Campos Médico Héctor Araya Zamora. Médico de Familia Diana Hidalgo Fernández. Médico de Familia Asdrúbal Hidalgo Coronado. Médico Cynthia Magaly Esquivel Aguilar. Médico Zaida Osegueda Aragón. Médico de Familia Zayda Contreras Sánchez. Médico María del Carmen Villalobos. Trabajadora Social Yendry Marín Sandoval. Trabajadora Social Magally Barahona Villalobos. Trabajadora Social Margarita Campos Villalobos. Trabajadora Social Esmeralda Pacheco Ponce de León. Trabajadora Social</p>	<p>AS Golfito AS Golfito AS Buenos Aires AS Buenos Aires AS Coto Brus AS Coto Brus AS Corredores AS Corredores AS Horquetas Río Frío AS de Guápiles DRIPSS Brunca AS El Guarco AS Liberia AS Alajuela Sur AS Alajuela Sur AS Alajuela Sur AS Alajuela Oeste AS Atenas AS Atenas AS Atenas AS Cariari AS Cariari AS Cariari DRIPSS Huetar Atlántica DRIPSS Huetar Atlántica AS Guápiles AS Pérez Zeledón AS Pérez Zeledón AS Pérez Zeledón AS Pérez Zeledón AS Pérez Zeledón AS Pérez Zeledón DRIPSS Central Sur DRIPSS Central Sur DRIPSS Central Sur CAIS Desamparados AS Oreamuno-Pacayas-T.Blanca AS Mora– Palmichal AS Cartago AS Goicoechea 2 AS San Rafael Puntarenas AS San Rafael Puntarenas AS Quepos AS Pital AS Fortuna DRIPSS Huetar Norte</p>

	<p>Pablo Valverde Hernández. Enfermero María José Centeno Córdoba. Enfermera Cindy María Rodríguez Araya. Médico Jefrey Rodríguez Rodríguez. Médico Yorleny Hernández Díaz. Médico. Fressia Rosales Matarrita. Médico Auxiliadora Guevara Acevedo. Enfermera Damaris León Carmona. Trabajadora Social Luis Carlos Villalobos Monestel. Médico. Luis Carlos Barrantes Navarro. Médico de Familia William Castillo Fallas. Médico María Eugenia Castillo Rodríguez. Enfermera Celenia Corrales Fallas. Trabajadora Social Gustavo Madrigal Loría. Médico Paul Ernesto Araya Vega. Médico Karen Bonilla Salas. Psicóloga Fanny Chaves Vargas. Médico Geriatra Oscar Monge Navarro. Medico Geriatra</p> <p>-Revisó apartado de Disminución de Capacidad Cognitiva Alfonso Villalobos Pérez. Psicólogo</p> <p>-Revisaron el apartado de Prescripción de Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ana Marisela Carballo Alfaro. Farmacéutica • Lilia Hernández Quirós. Médico Geriatra • Eduardo Solórzano Arias. Farmacéutico • Nadia Reyes Gatgens. Farmacéutica • Ericka Unfried Segura. Farmacéutica <p>-Reviso apartado de Depresión Héctor Steele Britton. Médico Psiquiatra-Geriatra</p>	<p>AS La Fortuna AS Florencia DRIPSS Huetar Norte AS Florencia AS Hojancha AS Hojancha AS Bagaces Hospital de Guápiles AS Nicoya AS Nicoya AS de Osa AS de Osa Coordinación Nacional de Trabajo Social DCSS DCSS AAIP HNP HNGG Coordinación Nacional de Psicología HNGG HNGG HNGG Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos Dirección de Farmacoepidemiología HNGG</p>
Revisado por:	Dr. José Miguel Angulo Castro	Jefe, Área de Atención Integral a las Personas
Aprobado por:	Dr. Mario Mora Ulloa	Enlace de la Dirección de Desarrollo Servicios de Salud ante Gerencia Médica
Aval	Dr. Mario Ruiz Cubillo	Gerente Médico Oficio: GM-2751-2021 26 de febrero del 2021
Fecha emisión:	2021	
Fecha próxima revisión:	2024	
Observaciones:	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Gerencia Médica.</p> <p>Se utiliza las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo: AS: Área de Salud AAIP: Area Atención Integral a las Personas ARSdT: Area de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento DCSS: Dirección de Compra de Servicios de Salud DRIPSS: Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud HNGG: Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico</p>	

INDICE

PRESENTACION	5
INTRODUCCIÓN.....	6
DEFINICIONES.....	8
ABREVIATURAS.....	9
REFERENCIAS NORMATIVAS	10
ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN	11
OBJETIVOS.....	11
POBLACIÓN DIANA.....	11
PERSONAL QUE INTERVIENE	11
IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD FUNCIONAL.....	12
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	12
1. Capacidad intrínseca, fragilidad y continuum funcional	13
2. El papel de las enfermedades crónicas. Multimorbilidad	14
3. Evaluación de riesgo de pérdida de capacidad funcional en el Primer Nivel de Atención	16
ELEMENTOS ORIENTADORES PARA EL PLAN DE ATENCION DE RIESGOS DETECTADOS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION	21
1. DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD VISUAL.....	21
2. DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD AUDITIVA.....	26
3. ALTERACION DE LA CAPACIDAD LOCOMOTORA.....	29
4. CAÍDAS.....	36
5. INCONTINENCIA URINARIA	40
6. PÉRDIDA DE PESO EN LA PERSONA MAYOR.....	45
7. DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD COGNITIVA	49
8. DEPRESION	57
9. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA PERSONA ADULTA MAYOR.....	62
10. PERSONA ADULTA MAYOR EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA (ABUSO Y MALTRATO)	72
11. ALTERACIONES DEL MOVIMIENTO	81
CONTACTOS PARA CONSULTA	83
REFERENCIAS.....	85

PRESENTACION

La prestación de servicios de salud para las personas adultas mayores que la Caja Costarricense de Seguro Social debe incluir acciones dirigidas no solo a la curación, rehabilitación y cuidados de largo plazo; también debe fomentar la implementación de estrategias para la promoción de la salud, orientadas principalmente a la educación, fomentando el autocuidado individual y colectivo. En cuanto a la prevención de la enfermedad, las acciones deben orientarse a la identificación de aquellas personas en situaciones de riesgo con el propósito de realizar las intervenciones oportunas que les garantice una mayor probabilidad de mantener la salud y por ende la funcionalidad, prevenir el deterioro físico y/o mental, y de esa forma asegurar una mejor calidad de vida durante la vejez (CCSS, 2017, p. 14).

Es por ello, que el Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor, como unidad técnica del Area de Atención Integral a las Personas, y encargada de desarrollar todas aquellas acciones que fortalezcan la prestación de servicios de salud a las personas adultas mayores, ha elaborado el documento técnico Protocolo de Atención clínica para la aplicación del énfasis a la persona adulta mayor, en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención.

Este documento técnico se elaboró a partir de la actualización del instrumento Valoración Integral Básica del Adulto Mayor (65 años y más), el cual se utilizó en el primer nivel de atención hasta el año 2018, para incorporar dicha valoración en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES). El instrumento Atención de las Personas Adultas Mayores en el Primer Nivel constituye una versión actualizada y simplificada, cuyo propósito es optimizar su aplicación por el personal médico anualmente en la atención integral a la persona adulta mayor.

A continuación, se presenta el Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del énfasis a la persona adulta mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención que contiene la descripción de contenidos técnicos relacionados con los riesgos por detectar en la persona adulta mayor y que deberá utilizar el personal médico durante la aplicación del instrumento; y se muestran intervenciones que deberán estar contenidas en el plan de abordaje al determinar la existencia de riesgo.

**Dr. Mario Ruiz Cubillo. Gerente
Gerencia Médica**

INTRODUCCIÓN

Costa Rica está experimentando un envejecimiento acelerado de su población. Es el país con la esperanza de vida al nacer más alta de Latinoamérica; se encuentra en etapa avanzada de la transición demográfica y presenta también un porcentaje de personas adultas mayores en su población que lo caracteriza como un país en proceso moderado de envejecimiento (CCSS, 2017b, p. 12).

Según los indicadores demográficos proyectados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos en el año 2011, en un lapso de 11 años la esperanza de vida del país aumentará en promedio 1.6 años, pasando en el caso de los hombres de 77,2 a 78,7 años y en las mujeres de 82,3 a 83,9 años. Por otro lado, se proyecta que entre el 2045-2050, la esperanza de vida al nacer será de 81,5 y 86,6 años para los hombres y las mujeres respectivamente. Este cálculo implica ganancias de un poco más de 4 años entre la presente década y 2050 (CCP- INEC, 2013).

El segmento de población que más crecerá en los próximos años corresponderá a las personas adultas mayores, pasando de 316 mil personas en el 2012 a más de 1 millón en el 2050. A su vez, el grupo de los mayores de 75 años también es un grupo de rápido crecimiento demográfico pasando del 39%, del total de la población adulta mayor del país en el año 2000, a 43% para el censo nacional del año 2011 (INEC, 2011). El aumento en la población adulta mayor sobrepasará a la de niñas y niños (0-14 años) después del 2040 (Centro Centroamericano de Población/Instituto Nacional de Estadística y Censos [CCP/INEC], 2013).

Este envejecimiento poblacional tiene diferentes repercusiones desde la perspectiva de la prestación de los servicios de salud. De acuerdo con la estructura organizacional de la Caja Costarricense de Seguro Social, las personas adultas mayores pueden tener acceso a los servicios de salud desde el Primer Nivel de Atención hasta los servicios de mayor complejidad en hospitales nacionales y especializados, siendo evidente en todos ellos, el aumento de la demanda en forma paralela al incremento en la cantidad de personas adultas mayores.

Hoy día, la carga de enfermedad en la vejez está compuesta por enfermedades crónicas, que pueden generar discapacidad y dependencia, que a su vez se traducen generalmente en mayores costos de atención de salud y cuidados de largo plazo. Este perfil epidemiológico actual de la población adulta mayor plantea la necesidad de una detección temprana de situaciones de riesgo de pérdida de capacidad funcional y del establecimiento de acciones preventivas e intervenciones oportunas, que permitan que las personas lleguen a la vejez, preservando su funcionalidad, su capacidad cognitiva y su autonomía y el fomento de un envejecimiento activo y saludable.

Promover el envejecimiento saludable, entendido como, el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez y no la ausencia de enfermedad (OMS, 2015, p.30), es uno de los propósitos que deben primar en la atención de las personas adultas mayores en el primer nivel de atención. Para lograr este envejecimiento saludable, “se deben considerar estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, reforzando la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015, p.28).


A su vez, debe fomentarse la capacidad funcional en las personas mayores el mayor tiempo posible y esto se logra mediante la implementación de intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A su vez, estas estrategias deben incorporar el enfoque de atención

centrada en las personas, que busca que “todas las personas tengan acceso a servicios que respondan a sus preferencias, se coordinen en torno a sus necesidades y sean seguros, eficaces, oportunos, eficientes y de calidad aceptable” (OMS, 2015, p. 37).

Para lograr la atención centrada en las personas, los servicios de salud deben adaptarse a las necesidades de las personas mayores; es así como, el primer nivel de atención desarrolla intervenciones para la atención de los padecimientos, estrategias para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Una de estas intervenciones de prevención es la aplicación del instrumento énfasis a la persona adulta mayor incluido en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención. Dicha intervención tiene como objetivo identificar factores o condiciones de riesgo de pérdida de capacidad funcional, a partir de la consideración de las situaciones más comunes de la vida cotidiana de las personas adultas mayores.

Con el propósito de optimizar la aplicación de este instrumento, se ha construido este protocolo de atención clínica que además de promover la detección oportuna de factores de riesgo, ofrece los conocimientos técnicos para la implementación de un plan de abordaje adecuado a la situación de cada persona adulta mayor.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 8 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

DEFINICIONES

Actividades avanzadas de vida diaria (AAVD): son aquellas actividades que permiten que la persona tenga una integración social satisfactoria, a través de conductas más elaboradas. Se identifican como actividades dirigidas al cuidado de otros, actividades educativas, tareas orientadas hacia la adquisición y ejecución laboral y productivas, exploración del óseo, tareas de voluntariado, planificación de la jubilación, entre otras (Palacios, 2014, citando a Toribio, 2011).

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Actividades básicas necesarias para la vida diaria, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama, sentarse y levantarse de una silla, utilizar el servicio sanitario y el baño, y moverse dentro de la casa (OMS, 2015).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Actividades que facilitan la vida independiente, como usar el teléfono, tomar medicamentos, manejar dinero, comprar comestibles, preparar comida (OMS, 2015).

Agnosia visual: Es definida como la alteración en la capacidad de reconocer objetos con la vista, en ausencia de pérdida de agudeza visual o disfunción cognitiva que explique esta alteración. Están producidas por lesiones de la corteza visual asociativa, respetando la corteza visual primaria (Álvarez y Masjuan, 2016).


Atención centrada en la persona: Es un modelo de atención que asume que las personas mayores merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra. Reconoce su dignidad y capacidad de autonomía, principalmente de aquellas personas mayores frágiles o aquellas dependientes en su proceso de atención para así mejorar su calidad de vida y su bienestar (Martínez, 2011, p.21). Implica recibir la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención. La atención centrada en la persona trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud (OMS, 2016b, p.2).

Autocuidado: Actividades realizadas por las personas para promover, mantener y tratar su salud y cuidar de sí mismas, así como para participar en las decisiones sobre su salud (OMS, 2015, p. 246).

Cuidados a largo plazo: “Actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana” (OMS, 2015, p. 247).

Envejecimiento: Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio (República de Costa Rica, 2016, p.9).

Envejecimiento activo: Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (OMS, 2015, p. 248).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 9 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Envejecimiento saludable: Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (OMS, 2015, p. 249).

Factor de Riesgo: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (OPS/OMS, 1996).

Fragilidad: Es un síndrome clínico de incremento de la vulnerabilidad y deterioro funcional debido a un decline acumulativo de los múltiples sistemas corporales, el cual incrementa el riesgo de una variedad de eventos negativos en la salud de las personas que incluyen caídas, hospitalización y muerte (Dynamed, 2018).

Persona adulta mayor: Toda persona de 65 años o más (República de Costa Rica, 1999, p.4).

Persona cuidadora: Persona que atiende y apoya a otra persona. Este apoyo puede incluir prestar ayuda con el cuidado personal, las tareas del hogar, la movilidad, la participación social y otras actividades importantes; ofrecer información, asesoramiento y apoyo emocional, así como participar en tareas de promoción, ayudar a tomar decisiones, alentar la ayuda mutua y colaborar en la planificación anticipada de cuidados; ofrecer servicios de cuidados temporales o de respiro y participar en actividades para fomentar en actividades para fomentar la capacidad intrínseca. Las personas cuidadoras pueden ser integrantes de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, cuidadores remunerados y profesionales de la salud (OMS, 2015, p. 247).

Síndromes geriátricos: Estados de salud complejos que suelen ocurrir en la edad avanzada y que no entran en categorías de enfermedades específicas; a menudo son consecuencia de múltiples factores subyacentes y disfunciones en varios sistemas orgánicos (OMS, 2015, p. 247).

Síndrome de post-caída: Se constituye en una de las consecuencias no derivadas directamente de las lesiones producidas por una caída; y se basa en el miedo a volver a caerse, con sus secuelas de autolimitación en la actividad física, aislamiento social, pérdida de confianza, disminución de la movilidad y el consecuente deterioro de su capacidad funcional” Gerpe (2012) citando a Chase C, Mann K, Wasek S y Arbesman M., (2012).

Vejez: Construcción social de la última etapa del curso de vida (República de Costa Rica, 2016, p.10).

ABREVIATURAS


AF: Actividad Física

AVD: Actividades de la vida diaria

CCP: Centro Centroamericano de Población

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 10 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p>CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

CONAPAM: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

DCL: Deterioro Cognitivo Leve

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

EBAIS: Equipo Básico de Atención en Salud

EDUS: Expediente Digital Único en Salud

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

IMC: Índice de Masa Corporal

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ORL: Otorrinolaringología

PAM: Persona adulta mayor

RMN: Resonancia Magnética Nuclear

SIES: Sistema Integrado de Expediente en Salud


SOAP: Subjetivo-Objetivo-Análisis-Plan

SPPB: Short physical performance battery (Prueba (Batería) Corta de Desempeño Físico)

TAC: Tomografía axial computarizada

REFERENCIAS NORMATIVAS

Tipo de Instrumento	Nombre del Instrumento y año
Internacional	<ul style="list-style-type: none"> -Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948 -Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre. 1948. -Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969 -Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. 1991 -Observación General 14 sobre el derecho a la Salud.2000 -Resolución CSP26. R20. Organización Mundial de la Salud. 2002. -Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. 2012
Nacional	<ul style="list-style-type: none"> -Constitución Política de Costa Rica, 1949 -Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento Ley 7935. 1999. -Ley 9394 Ratificación de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores -Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.2011-2021.DE. N°38036-MP-MBSF. -Norma Nacional para la Atención Integral a personas en situación de violencia en los servicios de salud. Alcance No. 101 a La Gaceta No. 83. 2019 -Norma nacional de atención a personas adultas con deterioro cognitivo y demencia. Alcance 160 Gaceta 124, 30 junio 2017. -Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable basada en el curso de vida. Ministerio de Salud, CR 2018. Acuerdo del Consejo de Gobierno del 3 abril 2018

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 11 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Normativas institucionales e inter-institucionales	-Reglamento del Seguro de Salud. 2010. -Plan Estratégico Institucional 2019-2022 -Política de Atención Preferencial en la Caja Costarricense de Seguro Social. 1997. -Protocolo de Atención a la Persona Usuaria de la CCSS. 2017 -Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor y su plan de acción. Sesión de Junta Directiva N°8915, artículo 13, julio, 2017.
--	---

ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este documento técnico deberá ser utilizado a nivel institucional por el personal médico y de enfermería del primer nivel de atención, como guía para la aplicación del énfasis de la persona adulta mayor, el cual se encuentra incluido en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES).

OBJETIVOS

Objetivo general

Optimizar el proceso de valoración de capacidad funcional de la persona adulta mayor en el primer nivel de atención, procurando la detección de factores de riesgo que permitan el desarrollo de un plan de atención integral, integrado, continuado y articulado en red, desde un enfoque centrado en la persona.

Objetivos específicos


1. Estandarizar los conocimientos y habilidades técnicas en el personal de salud, que contribuyan, de forma oportuna, a la detección de riesgo en personas adultas mayores.
2. Detallar las intervenciones que se implementarán en el plan de atención en salud a partir de la identificación de factores de riesgo (educación en salud al no identificar factores de riesgo)
3. Fortalecer la gestión del registro de los diagnósticos contemplados en el SIES, según CIE-10.

POBLACIÓN DIANA

La población diana de este protocolo serán las personas adultas de 65 años y más, que acudan a los servicios de salud de la consulta externa del Primer Nivel de Atención al menos una vez al año en consulta programada exclusiva para la aplicación de este énfasis.

PERSONAL QUE INTERVIENE

Este documento de normalización técnica deberá ser utilizado por el personal médico y de enfermería en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 12 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Los mecanismos del envejecimiento individual son complejos, aleatorios, no son lineales ni uniformes. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad de adaptación de la persona al entorno.

Estos cambios se asocian vagamente con la edad de una persona en años, ya que están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona. Por otro lado, la vejez conlleva otros cambios importantes en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas (CCSS, 2017c).

Es por ello por lo que no se puede estandarizar a las personas mayores como categoría única, sino que se debe reconocer que presentan una diversidad tan grande como cualquier otro grupo de edad, por ej.: edad, sexo, grupo étnico, educación, ingreso y salud. Las personas mayores pobres, personas de edad muy avanzada, indígenas, residentes urbanos o rurales, tienen necesidades e intereses particulares que es preciso abordar específicamente mediante intervenciones ajustados a sus características (CCSS, 2017c).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial del Envejecimiento y la Salud de 2015 presentó las bases de la atención de la salud a las personas adultas mayores. Identificó la capacidad intrínseca, entendida como el conjunto de todas las capacidades físicas y mentales que una persona puede utilizar en cualquier momento para enfrentarse a los retos y los cambios del entorno, como condición que se debe mantener para un envejecimiento activo, ya que su declive origina fragilidad y discapacidad (Romero Rizo, et al, 2020).

Acorde a la OMS, la capacidad funcional, comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca, definida como la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, las características del entorno que afectan a esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

Recientemente, la OMS ha establecido que la capacidad intrínseca se compone de cinco grandes dominios: la movilidad, la cognición, los sentidos, la capacidad psicológica y la vitalidad, cada una de ellas formada por diferentes atributos que pueden ser medibles o caracterizables.


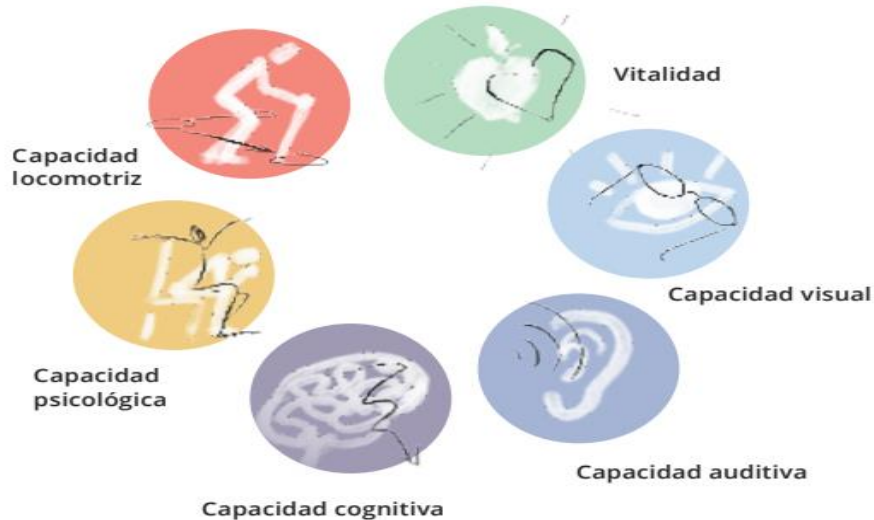
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 13 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Figura 1. Dominios clave de la capacidad intrínseca



Fuente: OMS/ OPS 2020. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.; 2020


Tradicionalmente, la atención de salud de las personas mayores se ha centrado en las enfermedades, situando el diagnóstico y el tratamiento de la patología el foco de interés. Tratar las enfermedades sigue siendo importante, pero si todos los esfuerzos se concentran en ellas, se tiende a desatender los problemas de audición, memoria, movilidad y otras alteraciones frecuentes de la capacidad intrínseca que están asociadas con la vejez. El bienestar de toda persona se beneficiará en algún momento de su vida de la detección y el manejo de estos problemas. Prestar atención a las capacidades intrínsecas de las personas mayores en todo el sistema de salud contribuirá decididamente al bienestar de una parte cada vez más grande de la población (OMS/ OPS 2020a, p. 2).

La atención centrada en la persona se fundamenta en la noción de que las personas mayores son más que el conjunto de sus trastornos o enfermedades; todas las personas, sea cual sea su edad, tienen experiencias, necesidades y preferencias particulares. La atención centrada en la persona aborda las necesidades de salud y asistencia social de la persona en lugar de concentrarse en trastornos o síntomas aislados. Este enfoque también tiene en cuenta el contexto de la vida cotidiana de la persona, incluida la repercusión de su salud y sus necesidades sobre su familia y sobre la comunidad (OMS/ OPS 2020a, p. 9).

1. Capacidad intrínseca, fragilidad y continuum funcional

El proceso de enfermedad en una persona adulta mayor, sobre todo a mayor edad, se comporta de manera totalmente diferente a como lo hace en la persona adulta joven. La principal característica de los mayores desde un punto de vista de curso de vida es la pérdida de capacidad intrínseca asociada a una reducción de la reserva funcional de múltiples órganos o sistemas (Romero Rizos, et al, 2020)

Desde un punto de vista más clínico, se entiende por «función» o «funcionalidad» la capacidad de realizar actividades motoras que requieren acciones musculares y que nos van a permitir vivir de forma

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 14 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

independiente. Está compuesta por dos grandes dominios como son la función física/limitación funcional (capacidad/incapacidad para realizar tareas motoras simples o individuales como caminar, agacharse o llevar objetos) y la capacidad/discapacidad (posibilidad/imposibilidad para realizar actividades, tareas y roles socioculturales definidos dentro de un entorno físico y sociocultural, como conducir, comprar o bañarse).

La reducción de la capacidad intrínseca asociada al envejecimiento, que en fases iniciales constituye la fragilidad, facilita que cambios leves en la homeostasis motivados por la enfermedad crónica, condiciones de salud, fármacos, estresores mentales o condicionantes sociales desencadenen discapacidad (Romero Rizos, et al, 2020).

La fragilidad puede manifestarse como pérdida de peso, debilidad muscular, escasa actividad física, agotamiento y lentitud (p. ej., al caminar). “Puede ser consecuencia de problemas físicos o psicológicos, como algún traumatismo, una enfermedad o el fallecimiento de un ser querido. La persona frágil puede perder capacidades funcionales y volverse dependiente” (OMS/ OPS 2020a, p. 39).

La fragilidad, es un término acuñado desde finales del siglo XX, representando un estado de “prediscapacidad”, en el marco conceptual del continuo funcional, que va desde la máxima capacidad intrínseca posible hasta la dependencia absoluta para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Abizanda Soler y Rodríguez Mañas, 2020).

Abizanda y Rodríguez plantean que todas las definiciones a lo largo de los más de 20 años de historia de este auténtico síndrome geriátrico han coincidido en sus cuatro atributos principales:

- a. Características: se trata de un síndrome complejo, compuesto por múltiples condicionantes, heterogéneo, relacionado biológicamente con el envejecimiento y con una trayectoria específica que puede ser fluctuante y reversible.
- b. Patogenia: proceso multicausal que incluye disfunción de diversos sistemas corporales debido a factores intrínsecos y extrínsecos.
- c. Desencadenantes o aceleradores: estresores como la hospitalización, enfermedad aguda, cambio de fármacos o condicionantes sociales.
- d. Vulnerabilidad a eventos adversos de salud como mortalidad, discapacidad incidente, institucionalización, hospitalización, visitas a urgencias o caídas.

2. El papel de las enfermedades crónicas. Multimorbilidad

Cada vez está más claro que los estados de enfermedad crónica aceleran profundamente muchos rasgos asociados al fenotipo de envejecimiento acelerado. La figura 2 muestra las probables asociaciones entre estos estados de enfermedad y condiciones que impactan en el envejecimiento saludable. Es importante el reconocimiento de que muchas enfermedades tienen un papel en la aceleración del declinar cognitivo y funcional asociado con el envejecimiento no saludable. Mediante un tratamiento más efectivo y estrategias preventivas para cuatro condiciones crónicas de salud claves, el declinar asociado al envejecimiento y la enfermedad crónica pueden atenuarse e incluso prevenirse. (Walston, 2020). Lo anterior, se muestra en la siguiente figura:


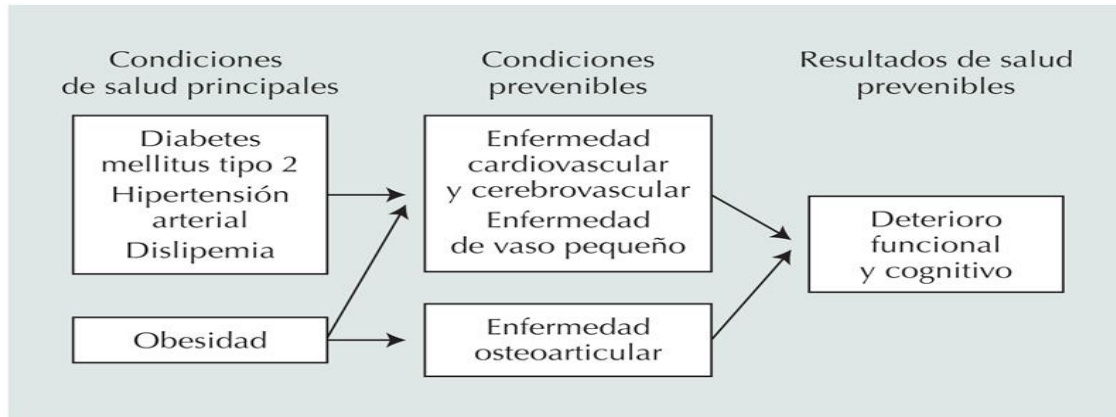
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 15 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Figura 2. Principales condiciones de salud que desempeñan un papel importante en el desarrollo de otras enfermedades y, como consecuencia, causan deterioro funcional y/o cognitivo



Fuente: Walston (2020). Envejecimiento saludable. Capítulo 14 en Tratado de MEDICINA GERIÁTRICA 2.ª EDICIÓN (directores Pedro Abizanda Soler, Leocadio Rodríguez Mañas)


La hipertensión, la dislipemia, la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad emergen como los estados de salud que presentan mayor impacto para el desarrollo y aceleración del declinar funcional y cognitivo.

La prevalencia de hipertensión aumenta con el envejecimiento, debido, en parte, a la rigidez y la calcificación de las paredes arteriales. Cambios adicionales asociados al envejecimiento en la activación del sistema nervioso simpático pueden tener también un papel importante. El resultado final de esta hipertensión de larga duración es el desarrollo de enfermedad macro- y microvascular y lesión de órgano diana, especialmente relevante para la enfermedad cardiovascular y vascular periférica.

La hipertensión, así mismo, es el principal factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva en mayores, que puede causar, además, un rápido declinar funcional y cognitivo. Finalmente, la hipertensión emerge también como un factor de riesgo primario para el declinar funcional y cognitivo a través de infartos en los pequeños vasos cerebrales y a través de su contribución para la enfermedad vascular cerebral de sustancia blanca (Walston, 2020).

Las otras tres condiciones, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia son condiciones metabólicas íntimamente relacionadas que pueden impactar de manera profunda en la mortalidad y en el envejecimiento saludable a través de la aceleración de otros estados crónicos de salud y del declinar funcional y cognitivo. Estas condiciones derivan asimismo en otros estados de enfermedad, como la enfermedad cardiovascular, la enfermedad vascular periférica y la enfermedad de pequeño vaso en el cerebro y en el riñón. Además, la obesidad está fuertemente relacionada con la artrosis de rodilla, que también es un importante acelerador del declinar funcional en mayores (Walston, 2020).

Un adecuado control de estas enfermedades crónicas, retrasaran el declinar de la capacidad intrínseca y por ende de la capacidad funcional.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 16 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Es frecuente en las personas adultas mayores la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas de manera simultánea lo que se denomina “multimorbilidades”, que genera pérdida de calidad de vida, aumento del consumo de recursos sanitarios y de la mortalidad, de la progresión de las propias enfermedades crónicas y un aumento del riesgo y gravedad de la discapacidad. “Las personas con multimorbilidad tienen un mayor riesgo de deterioro funcional en el seguimiento a 3 años, casi 2 veces mayor por cada nuevo diagnóstico, y hasta 13 veces mayor en caso de presentar tres o más enfermedades crónicas incidentes” (Romero Rizos, et al, 2020).

3. Evaluación de riesgo de pérdida de capacidad funcional en el Primer Nivel de Atención

Debemos entender como factor de riesgo cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2020b).


La valoración de riesgo de pérdida de la capacidad funcional constituye una intervención de prevención. Está dirigida a las personas sanas, aquellas con factores de riesgo y las que ya padecen una o varias enfermedades no transmisibles; por lo cual, la valoración de riesgo y detección temprana, contribuyen a reducir el avance de los problemas de salud prioritarios y sus efectos adversos, y en el caso de las personas adultas mayores favorecen la detección precoz de la pérdida de capacidad funcional (CCSS, 2016).

Si los riesgos o los problemas de salud no son detectados, se detectan de forma tardía o no son tratados, pueden llevar a la manifestación de síndromes geriátricos que conducen a fragilidad, pérdida de autonomía y riesgo de dependencia. Por el contrario, realizar de forma periódica la valoración de riesgo influirá directamente en el fortalecimiento de la calidad de vida de la persona mayor, intentando reducir el impacto de las enfermedades crónicas y disminuir al máximo el riesgo de dependencia (OPS, 2004).

Dentro del énfasis de Atención a la persona adulta mayor en SIES se encuentra un instrumento de detección de condiciones de riesgo. Este instrumento debe ser aplicado al menos una vez al año con el fin de identificar los riesgos más frecuentes de pérdida de capacidad funcional que aquejan a las personas adultas mayores y establecer un plan de abordaje adecuado a las necesidades y características de las personas mayor según el riesgo detectado.

Los contenidos del instrumento se detallan a continuación:

Pregunta orientadora	Plan de abordaje
¿Ve usted bien?	Toda pérdida de visión aguda y/o dolor ocular, debe ser referida de urgencia
¿Me escucha usted?	Realizar prueba del susurro. Valorar Rinne, Weber, audiometría ante hipoacusia
Pregunta orientadora: ¿Cree que sería seguro para usted levantarse de la silla 5 veces sin ayuda de los brazos?	Independientemente de la respuesta hay que solicitarle que se levante de la silla, tal y como está indicado el capítulo de capacidad funcional del Protocolo de Atención clínica para la aplicación del énfasis a la persona adulta mayor en el Sistema Integrado de


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 17 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

	Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención.
¿Se ha caído usted una o más veces este año?	Preguntar cuándo fue la última caída. Caídas anteriores, examen neurológico y cardiovascular, seguridad hogar, polimedición
¿Alguna vez se ha orinado o mojado porque no le da tiempo ir al baño?	Explorar genitourinario, síntomas asociados, tiempo evolución
¿Ha perdido usted peso últimamente?	Si es involuntario, cuantificar pérdida, causa física, bucodental, mental o social
Prueba corta de memoria: Le voy a decir tres palabras y al final me las repite: casa, zapato, papel. Continuar con la prueba. Al final se le pide que recuerde las palabras.	--
¿Se le olvidan las cosas con facilidad? ¿Le afecta para realizar sus actividades del día?	Si los olvidos le afectan para realizar las AVD se debe estudiar por deterioro cognitivo
Durante el último mes: ¿Ha perdido el interés para hacer las cosas que le gustaban? ¿Se ha sentido triste o sin esperanza?	Descartar depresión
¿Usa usted más de 5 medicamentos recetados por el médico? ¿Usa usted otros medicamentos (incluyendo medicamentos privados y/o medicina alternativa)	Utiliza más de 5 medicamentos referir a consulta farmacéutica.
¿Vive usted solo? SI: la respuesta es si, pasa a segunda pregunta: ¿Tiene quien le ayude?, Si la respuesta es NO, se abra tool tip. NO: Si la respuesta es no, pasa a la pregunta: ¿Cómo se siente con las personas con las que vive?	Valorar red de apoyo, indagar por violencia, referir trabajo social, denunciar
¿En el último año le han temblado las manos?	Tipo de temblor, tiempo evolución, examen neurológico, revisar medicación

Cuando la respuesta al instrumento detecta un riesgo, se despliega una alerta que contiene acciones que deben retomarse para evaluar a la persona. El instrumento per se no es sumatorio y no va a clasificar a la persona en alto, medio o bajo riesgo.

El resultado de esta clasificación con todos los riesgos que se han detectado más su criterio médico, le darán una orientación de una clasificación de riesgo y para esto podrá incorporar los conceptos del modelo de Kaiser Permanente de Estratificación según riesgo:

Recuadro 1. Perfiles de riesgo de la persona adulta mayor desde la atención en salud
<p>Bajo riesgo: Personas adultas mayores sanas o con presencia de 1-2 enfermedades crónicas no transmisibles, todavía en estadios incipientes sin afectación de su funcionalidad. El objetivo para este paciente es identificar factores de riesgo, limitar la progresión de la enfermedad, y mantener al máximo la capacidad funcional.</p>
<p>Riesgo moderado: PAM con 1 o más enfermedades Crónicas No Transmisibles (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, entre otros, asociado a otros padecimientos crónicas (artrosis, depresión, deterioro cognitivo, depresión, incontinencias, con tendencia a la pérdida de la autonomía)</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 18 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

en las AIVD, limitado soporte social. El objetivo es limitar la progresión de la enfermedad y recuperar al máximo la capacidad funcional para mantener la autonomía. Fortalecer la red de soporte social.

Alto Riesgo: son pacientes de gran complejidad, los cuales presentan frecuente multimorbilidad, generalmente mayor de 75 años que reúne alguno de los siguientes criterios: pluripatología, polifarmacia, deterioro de la autonomía en las actividades de la vida diaria, ingreso hospitalario por fractura de cadera, presencia de síndromes geriátricos, deterioro inexplicado de su salud, patología mental (demencia depresión), problemática socio-familiar que condicione su estado de salud y aquel que vive en residencia (institucionalizado) (Warshaw GA, Bragg EJ, Fried LP, et al., 2008). El objetivo en este nivel es reducir las reagudizaciones y los ingresos hospitalarios, rehabilitar hasta donde sea posible su capacidad funcional y fortalecer las redes de apoyo.

Fuente: CCSS (2017). Fortalecimiento de la atención a la persona adulta mayor en los diferentes niveles de atención que conforman la Red Nacional de servicios de salud y la transformación del HNGG. Código: DPSS-DDSS Versión 1.0


Acorde con esta caracterización de las personas adultas mayores que acuden a los servicios de salud, se puede proponer una atención básica y de complejidad clínica creciente, donde participan profesionales en medicina general, profesionales en medicina interna, medicina familiar y comunitaria y profesionales en geriatría (ver figura 3) y recibiendo el apoyo de otros profesionales y disciplinas como trabajo social, nutrición, enfermería, psicología, farmacia, promotores de la salud entre otros.

De esta manera desde un Primer Nivel de atención mediante una valoración integral de la persona por el equipo de salud, se detectan riesgos que pueden afectar su salud y funcionalidad, y se abordan según la capacidad resolutoria del Nivel. Aquellas personas cuyas condiciones no pueden ser resueltas por el EBAIS, se refieren a su Área de Salud para que el profesional en medicina ya sea de medicina familiar y comunitaria o de medicina interna en asocio con el equipo de apoyo aborden los riesgos no resueltos. Una proporción menor de personas mayores requerirán la valoración de un especialista en Geriatría. Se estima que 80% de los cuidados de salud se prestan en el Primer Nivel de Atención (Hoskins, Kalache y Méndez, S.,2005).

Figura 3. Personas mayores según clasificación de riesgo de pérdida de capacidad funcional



Fuente: CCSS (2017c). Fortalecimiento de la atención a la persona adulta mayor en los diferentes niveles de atención que conforman la Red Nacional de servicios de salud y la transformación del HNGG. Código: DPSS-DDSS Versión 1.0

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 19 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Algunas condiciones deben considerar de riesgo moderado a alto, por ejemplo:

- PAM con Diabetes Mellitus
- PAM con deterioro cognitivo
- PAM con caídas
- PAM con discapacidad con riesgo de dependencia
- PAM con difícil acceso a servicios para la atención continuada de su salud (acceso geográfico, modalidad de aseguramiento, red de apoyo poco efectiva)

Esas son solo algunas condiciones que deben catalogarse de riesgo alto pero la lista no es excluyente y la clasificación en magnitud debe basarse en el criterio clínico.


En las notas de evolución es necesario dejar establecido cuales acciones se van a desarrollar según los factores detectados en la consulta médica y dar seguimiento a esas acciones en las consultas subsiguientes.

Independientemente de la clasificación del riesgo, el plan de abordaje puede requerir acciones más inmediatas o de mayor plazo que incluyan recursos institucionales o bien redes de apoyo.

El objetivo de la aplicación del énfasis es la identificación de factores de riesgo de pérdida de capacidad funcional en la persona adulta mayor que conduzca a la implementación de un plan de abordaje desde un enfoque de atención centrada en las personas en el primer nivel. Esto se logra mediante la aplicación del instrumento de detección de riesgo contenido en SIES.

Las consideraciones importantes para la aplicación del énfasis de adulto mayor son:

- a. Persona adulta mayor de 65 años y más
- b. Aplicación anual en el Primer Nivel de Atención.
- c. Todo riesgo detectado debe conducir a un plan de abordaje.
- d. Todo plan de abordaje debe incluir el control periódico según necesidad y educación en salud para promover el autocuidado.
- e. La persona se refiere a un nivel de mayor complejidad según corresponda, para dar continuidad a la atención si fuera necesario y la disponibilidad de recursos en la red de prestación de servicios de salud.
- f. La atención bajo este énfasis conlleva la aplicación obligatoria del instrumento de detección de factores de riesgo y la atención de la persona adulta mayor debe concluir con el registro de los códigos CIE-10 derivados de los riesgos detectados y la definición del plan de abordaje. El uso del código CIE-10: R54 Senilidad, no debe utilizarse como sinónimo de la aplicación del instrumento de factores de riesgo dentro del énfasis. (CCSS, 2020b).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 20 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021


Con respecto al plan de abordaje centrado en la persona adulta mayor, se mencionó anteriormente que, la atención debe conducir a la elaboración de un plan de abordaje centrado en las necesidades, características, preferencias, recursos disponibles, entre otros. Para ello se sugiere tomar en cuenta los pasos siguientes:

- a. Revisar los resultados del SOAP y valorar las posibilidades de mejora en la capacidad funcional, la salud y el bienestar general.
- b. Fijar objetivos a alcanzar en el corto plazo, adecuados a las personas y discutirlos con la persona adulta mayor y su familia o cuidador, según sea el caso.
- c. Acordar las intervenciones a realizar y en orden en el cual se van a poner en práctica
- d. Verificar la comprensión del plan de abordaje y consignarlo en la nota médica en la parte para tal fin bajo el apartado “plan de seguimiento” en SIES (OPS, 2020).

Finalmente, se debe recordar que con este plan de abordaje se busca:

Ir más allá de reducir la repercusión directa de los problemas de salud y centrarse en permitir que la persona mayor pueda seguir haciendo lo que más valora, como envejecer conservando su independencia y seguridad sin tener que abandonar su casa, preservar su desarrollo personal, sentirse incluida y contribuir a su comunidad sin perder su autonomía y su salud (OPS, 2020, p. 78).

Los planes de abordaje deben establecerse a partir de los riesgos detectados y las necesidades particulares de cada persona mayor que incluirán la intervención multidisciplinaria. Así mismo, deberá darse el seguimiento al menos una vez al año, teniendo claro que, aunque sea referida a un nivel de mayor complejidad, el Primer Nivel de Atención es el llamado a dar atención continua a la persona usuaria.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 21 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

ELEMENTOS ORIENTADORES PARA EL PLAN DE ATENCION DE RIESGOS DETECTADOS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

1. DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD VISUAL

Punto de buena práctica clínica

Interrogar: ¿Ve usted bien?

1.1. Introducción

La capacidad visual se ve alterada por cambios fisiológicos propios del envejecimiento, los cuales pueden ser normales o patológicos (Gobierno de Chile, 2018, p.339).

Es así como, la persona adulta mayor puede quejarse de disminución en la vista para poder leer el periódico, ver televisión o realizar labores manuales; por lo cual, es de suma importancia que el profesional en salud determine la patología de fondo que está ocasionando la pérdida de la capacidad visual.

La pérdida de la agudeza visual puede incidir en la salud desde los siguientes aspectos:

- físicos: disminución de la movilidad y un aumento en la frecuencia de caídas.
- funcionales: repercuten en su independencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y en las actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).
- psicológicos: presencia de procesos depresivos y un deterioro cognitivo
- sociales: tendencia al aislamiento y posibilidad de la institucionalización (Luque, 2004).


1.2. Formas de presentación

Las causas de pérdida visual pueden tener una presentación tanto aguda como gradual. En Costa Rica, según el Estudio de la Estimación de la Prevalencia de Enfermedades Asociadas a Ceguera Prevenible y Discapacidad Visual, la ceguera y la deficiencia visual aparecen como principal causa de discapacidad (CCSS, 2015).

Las enfermedades más comunes asociadas al deterioro visual en personas adultas mayores son la degeneración macular, el glaucoma, la catarata y la retinopatía diabética. En la tabla siguiente, se detallan las principales causas de pérdida de la agudeza visual:

Tabla 1. Causas de pérdida de visión

Causas	Generalidades
Catarata	Edad es el factor de riesgo más importante. Casi la mitad de las personas mayores de 75 años tienen afección importante de la visión por esta causa. Otros factores: diabetes, luz ultravioleta B, desnutrición. Sospechar en todo paciente con fondo de ojo borroso o difícil de apreciar.
Glaucoma	La edad está es un factor de riesgo. Se caracteriza por la degeneración del nervio óptico, y por el aumento en la presión intraocular (mayor de 21 mmHg)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 22 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Otros factores de riesgo: Miopía, Hipertensión y Diabetes.	
Retinopatía Diabética	Causa frecuente de ceguera en nuestro medio.
Degeneración macular asociada con la edad	Causa un tercio de las cegueras, se caracteriza por degeneración progresiva y atrofia de la mácula. Factores de riesgo: edad, hipermetropía, historia familiar, iris de color claro, fumadores y exposición a la luz solar.

Fuente: Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores. 2004

1.3. Diagnóstico

El interrogatorio puede guiarse con las siguientes preguntas:


- ¿Tiene dificultad para la visión lejana o cercana?
- Si nota visión borrosa, el inicio fue ¿gradual o súbito?; ¿se asocia esa pérdida de visión a dolor?

La evaluación de la agudeza visual debe llevarse a cabo en primera instancia con la cartilla aplicada para agudeza visual. Se debe efectuar con y sin los anteojos de la persona. Debe completarse la exploración por medio de un examen de fondo de ojo con el oftalmoscopio y realizar la respectiva evaluación de los pares craneales correspondientes. Aunque la persona utilice lentes se debe mantener la sospecha diagnóstica por retinopatía diabética y alteraciones del cristalino; y actuar según la normativa institucional vigente. Verificar si la deficiencia visual no se corrige con lentes, constatar que la persona se encuentre en control con optometría y oftalmología según sea el caso.

Se suele señalar como una deficiencia en la agudeza visual, cuando ésta es menor de 20/40 y la ceguera se define como agudeza visual de <20/400 en el mejor ojo con la mejor corrección disponible. Una de las definiciones aceptadas es la incapacidad de leer un periódico a una distancia de 40 cm con la mejor corrección de la refracción (Rodenas, et al., 2009).

Según Smeeth y Iliffe (2003), para establecer el diagnóstico diferencial de deterioro de la visión se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Disminución brusca y bilateral de la capacidad visual: Sospechar un evento vascular cerebral, exposición a radiación o químicos.
- b. Disminución parcial o total unilateral que progresa en el curso de horas: Sospechar desprendimiento de retina especialmente si se acompaña de miodesopsias (moscas volantes) y afecta el centro del campo visual.
- c. Disminución progresiva: Examinar el fondo de ojo para identificar los siguientes aspectos asociados:
 - Existe una opacidad del cristalino: Sospechar catarata
 - Papila irregular y profunda: Probable glaucoma crónico
 - Alteración en la retina: Retinopatía. Ej: retinopatía diabética o hipertensiva
 - Examen normal: Sospechar retinopatía degenerativa
 - Examen normal, alteraciones de la memoria u otros síntomas de demencia: Sospechar agnosia visual, es decir, un problema central de la visión

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 23 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- En caso de hemianopsia o déficit visual: Sospechar enfermedad vascular cerebral contra lateral u otro tipo de lesión cerebral (tumor)
- Visión central normal con alteración en la visión periférica: Sospechar glaucoma, secuelas por desprendimiento de retina o retinopatía. El examen de fondo de ojo es esencial y una respuesta positiva a las preguntas anteriores brindará una orientación diagnóstica
- Visión central disminuida y periférica conservada: Probable degeneración macular

1.4. Conducta por seguir

En caso de que se determine que la persona usuaria no requiere de referencia a un nivel de mayor complejidad, en la nota médica se debe incorporar las recomendaciones para su salud visual. Se referirá al servicio de emergencias a cualquier persona adulta mayor que presente las siguientes condiciones:

- Todo dolor ocular intenso unilateral
- Sospecha de glaucoma agudo
- Pérdida de visión súbita de cualquier índole
- Estrabismo traumático o súbito
- Traumas oculares
- Heridas penetrantes de ojos
- Herpes zoster con compromiso del trigémino
- Celulitis post septal
- Diplopía
- Desprendimiento de retina


La persona adulta mayor con pérdida crónica de agudeza visual deberá referirse a optometría y a oftalmología. En caso de presentar catarata, la persona mayor usuaria deberá ser referida a consulta externa de Oftalmología.

1.5. Síndrome del ojo seco

Con el paso del tiempo, la producción de lágrimas disminuye. Así que es muy frecuente que las personas adultas mayores estén propensas a desarrollar el síndrome del ojo seco, el cual se caracteriza por el enrojecimiento y la sensación de un cuerpo extraño en el ojo. Para un adecuado manejo se debe contemplar la terapia de sustitución, con la instilación de lágrimas artificiales a intervalos frecuentes.

1.6. Capacidad visual y enfermedad mental

Es importante no omitir el examen visual en personas con enfermedades mentales. Los cambios en la agudeza visual en personas adultas mayores con deterioro cognitivo pueden pasar inadvertidos, y con ello acelerar, a su vez, una mayor dependencia en los cuidados.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 24 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

1.7. Higiene de la visión


La higiene ocular incluye comportamientos como lavarse las manos con frecuencia, no frotarse los ojos, abstenerse de usar cosméticos para los ojos (OMS, 2019, p. 35). Así mismo, se sugieren adaptaciones en el entorno domiciliario como mejorar la iluminación y mover los obstáculos del tránsito habitual de la persona adulta mayor (OMS, 2019, p. 42).

1.8. Códigos CIE-10 para el registro de los diagnósticos en énfasis EDUS

A continuación, se ofrecen los códigos de clasificación más frecuentes asociados al deterioro de la agudeza visual:

Tabla 2. Diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados con el deterioro de la agudeza visual


Patología	Código
Trastornos de la glándula lagrimal H040 Dacrioadenitis H041 Otros trastornos de la glándula lagrimal H042 Epifora H043 Inflamación aguda y la no especificada de las vías lagrimales H044 Inflamación crónica de las vías lagrimales H045 Estenosis e insuficiencia de las vías lagrimales H046 Otros cambios de las vías lagrimales H048 Otros trastornos especificados del aparato lagrimal H049 Trastorno del aparato lagrimal, no especificado	H04.0 - H04.9
Pterigión	H11.0
Catarata senil H250 Catarata senil incipiente H251 Catarata senil nuclear H252 Catarata senil, tipo morgagnian H258 Otras cataratas seniles H259 Catarata senil, no especificada	H25.0 - H25.9
Presencia lente intraocular	Z96.1
Desprendimiento y rotura de retina	H330
Degeneración macular	H35.3
Retinopatías del fondo y cambios vasculares retinianos	H35.0
Retinopatía diabética <i>Nota: Es importante registrar el tipo de diabetes mellitus:</i> E103 Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones oftálmicas E113 Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones oftálmicas E123 Diabetes mellitus asociada con desnutrición con complicaciones oftálmicas E133 Otras diabetes mellitus especificadas con complicaciones oftálmicas E143 Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones oftálmicas	H360

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 25 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Trastornos cuerpo vítreo H430 Prolapso del vítreo H431 Hemorragia del vítreo H432 Deposito cristalinos en el cuerpo vítreo H433 Otras opacidades vítreas H438 Otros trastornos del cuerpo vítreo H439 Trastorno del cuerpo vítreo, no especificado	H43.0 - H43.9
Trastornos de acomodación y refracción H520 Hipermetropía H521 Miopía H522 Astigmatismo H523 Anisometropía y Aniseiconia H524 Presbicia H525 Trastornos de la acomodación H526 Otros trastornos de la refracción H527 Trastorno de la refracción, no especificado	H52.0 - H52.9
Alteraciones de la visión H530 Ambliopía ex anopsia H531 Alteraciones visuales subjetivas H532 Diplopía H533 Otros trastornos de la visión binocular H534 Defectos del campo visual H535 Deficiencia de la visión cromática H536 Ceguera nocturna H538 Otras alteraciones visuales H539 Alteración visual, no especificada	H53.0 - H53.9
Ceguera y disminución de la agudeza visual H540 Ceguera binocular H541 Deficiencia visual severa, binocular H542 Deficiencia visual moderada, binocular H543 Deficiencia visual leve o ausente, binocular H544 Ceguera monocular H545 Deficiencia visual severa, monocular H546 Deficiencia visual moderada, monocular H547 Disminución de la agudeza visual, sin especificación H549 Deficiencia visual no especificada (binocular)	H54.0 - H54.9
Dolor ocular	H57.1

1/ En caso de la diabetes mellitus es importante indicar el tipo.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Panamericana de la Salud (2015).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 26 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

2. DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD AUDITIVA

Punto de buena práctica clínica Interrogar: ¿Me escucha?

2.1. Definición

Con el avance de la edad, es frecuente que las personas mayores manifiesten dificultad para escuchar; en ocasiones los cambios son sutiles para la persona adulta mayor, y son las personas que conviven alrededor, las que lo detectan.


La pérdida de audición no atendida obstruye la comunicación y puede llevar al aislamiento social de este grupo etario (OMS, 2019). Además, “está relacionada con muchos otros problemas de salud, como el deterioro cognitivo y el riesgo de demencia, depresión y ansiedad, mal equilibrio, caídas, hospitalizaciones y muerte prematura” (OMS, 2019, p. 43).

Existe discapacidad auditiva cuando la limitación afecta a la capacidad de comprender una conversación en ambiente ruidoso. Inicialmente se presenta dificultad en la percepción de sonidos agudos (ciertas consonantes como la s, t, f, timbre del teléfono o de la puerta) y en la discriminación en ambientes ruidosos o en conversaciones cruzadas («oyen, pero no entienden») y se suele negar este déficit auditivo. La familia y cuidadores podrían argumentar que dicho comportamiento se debe a inatención, confusión o descuido. Puede acompañarse de acúfenos y de hipersensibilidad a los ruidos intensos.

Se debe considerar persona sorda a aquella que presenta limitación tan severa de la audición que no le permite procesar la información lingüística por medio de la audición, utilice o no audífono (Luque, 2004). En la tabla 3, se resumen las causas más frecuentes de pérdida auditiva en personas adultas mayores:

Tabla 3. Causas más frecuentes de pérdida auditiva en las personas adultas mayores

Causa/Enfermedad	Características
Presbiacusia	Causa más frecuente de sordera Generalmente bilateral y simétrica. Produce sordera neurosensorial Se perciben bien los sonidos, pero no los puede decodificar y por lo tanto comprender. Existe el fenómeno de reclutamiento. La disminución unilateral de la audición debe hacer desconfiar de este diagnóstico
Tapón de Cerumen	Tendencia del cerumen a endurecerse. Produce sordera de conducción Siempre eliminar esta causa antes de continuar la evaluación. Es frecuente que sea la causa de empeoramiento de la presbiacusia. Puede ser uni o bilateral
Otitis media	Es tan frecuente como en el adulto joven. Produce sordera de conducción. Usualmente unilateral. Siempre eliminar la posibilidad de tumor nasofaríngeo
Otosclerosis	Enfermedad con origen hereditario. Su inicio es durante la juventud. Generalmente un lado más afectado que el otro. Inicialmente sordera de conducción, al avanzar la patología interviene también el factor neurosensorial. La cirugía no es tan bien tolerada como en el adulto joven (mareos y vértigo prolongado)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 27 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Tumores	Son raros, pero su más alta incidencia es en PAM. Buscar especialmente si la disminución de la audición se acompaña de otalgia u otorrea (generalmente preceden a la sordera)
Medicamentos	Pérdida habitualmente bilateral y simétrica. Pérdida neurosensorial. Generalmente aminoglucósidos, salicilatos y furosemida en paciente con falla renal previa.
Tinnitus	Este es un sonido que no tiene un estímulo externo que lo produzca, se puede acompañar de pérdida auditiva. No dejar de valorar la articulación temporomandibular la zona de las cervicales para descartar causas en esas regiones anatómicas.
Vértigo	Es la sensación de un movimiento rotacional de la persona del ambiente que le rodea, esta sensación señala de forma principal un problema en oído interno, el octavo par craneal, lesión de vía centra o del núcleo en el cerebro.

Fuente: Tomado y adaptado de: Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores, 2004; p 20-24, 236-240

2.2. Diagnóstico

Para evaluar la agudeza auditiva, el interrogatorio se debe contemplar la observación directa y preguntas acerca de la dificultad para comprender las voces a mujeres y niños, dificultad para oír el teléfono o comprender lo que se dice en lugares ruidosos. Es necesario explorar las limitaciones en la esfera del desempeño social que presenta la persona, así como otros síntomas relacionados; por ejemplo, fiebre, enfermedad de vías respiratorias, dolor de garganta, tinnitus, vértigo, presencia de dolor, entre otros.

Pruebas de la agudeza auditiva

Prueba de dificultades de comprensión a través de la “prueba del susurro” (OMS, 2019, p.45). Consiste en pronunciar seis palabras fuera del campo visual del paciente, a unos 15 cm por detrás y a continuación pedirle que las repita. Se debe ocluir el oído que no se explora. Para evaluar el segundo oído hay que pronunciar otras palabras diferentes. La prueba es positiva si la persona no puede repetir tres palabras.

La exploración física

Debe contemplar la anatomía regional de cabeza y cuello que incluya la evaluación de los pares craneales respectivos. El examen otoscópico debe buscar alteraciones en oído externo y medio para descartar cerumen impactado, otitis, colesteatoma, perforación timpánica entre otros.


2.3. Conducta por seguir

En caso de que se detecte y aborde una patología específica en primer nivel y no se pueda resolver con la disponibilidad de recursos y la capacidad instalada del establecimiento, se justifica la referencia a un nivel superior según la red de servicios institucional para realización de audiometría y valoración por ORL.

2.4. Estrategias comunicativas para personas diagnosticadas con hipoacusia

Al entrevistar a una persona adulta mayor con limitación de la capacidad de escucha se recomienda seguir las siguientes estrategias:

- Disminuir el ruido ambiente, buscar un espacio silencioso y con iluminación adecuada.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 28 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- Sentarse frente a la persona, hablar de frente sin desviar la cabeza para que en todo momento se observe la gesticulación.
- Usar frases sencillas y breves.
- Apoyarse con recursos visuales como imágenes o material escrito.
- Realizar preguntas de comprobación para verificar si la información brindada estuvo clara para la persona adulta mayor.
- No introducir los dedos sucios en los oídos, no utilizar objetos para retirar cerumen, no colocar líquidos calientes o fríos.

2.5. Códigos CIE-10 para el registro de los diagnósticos en énfasis EDUS


A continuación, se ofrecen los códigos de clasificación más frecuentes asociados al deterioro de la agudeza auditiva:

Tabla 4. Diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados a patología auditiva

Patología	Código
Cerumen impactado	H61.2
Trastornos de la función vestibular H810 Enfermedad de meniere H811 Vértigo paroxístico benigno H812 Neuronitis vestibular H813 Otros vértigos periféricos H814 Vértigo de origen central H818 Otros trastornos de la función vestibular H819 Trastorno de la función vestibular, no especificado	H81.2 – H81.9
Hipoacusia conductiva y neurosensorial H900 Hipoacusia conductiva bilateral H901 Hipoacusia conductiva, unilateral con audición irrestricta contralateral H902 Hipoacusia conductiva, sin otra especificación H903 Hipoacusia neurosensorial, bilateral H904 Hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral H905 Hipoacusia neurosensorial, sin otra especificación H906 Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, bilateral H907 Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral H908 Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, no especificada	H90.0 - H90.8
Otalgia y secreción del oído H920 Otalgia H921 Otorrea H922 Otorragia	H92.0 – H92.2
Tinnitus	H93.1

Nota: Los diagnósticos los cuales se indican asterisco, significa se incluye toda la categoría

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Panamericana de la Salud (2015).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 29 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

3. ALTERACION DE LA CAPACIDAD LOCOMOTORA

Punto de buena práctica clínica

Interrogar: ¿Cree que sería seguro para usted levantarse de la silla 5 veces sin ayuda de los brazos?

3.1. Introducción

La capacidad corporal de una persona para moverse de un lugar a otro se denomina "capacidad locomotora" (OMS, 2019, p. 17). Es así como, la habilidad de las personas adultas mayores para realizar las actividades básicas de la vida diaria depende de su capacidad para desplazarse con seguridad y efectividad.

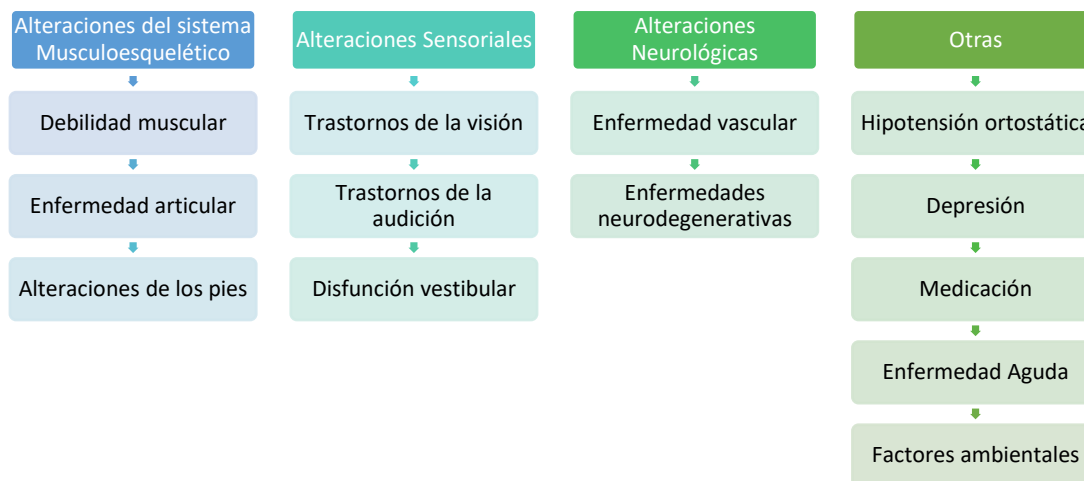
Por tanto, al alterarse la capacidad locomotora, dificulta la forma segura de realizar las actividades básicas de la vida diaria, como la transferencia de la cama a la silla, levantarse, caminar, subir escalones y entrar y salir de vehículos entre otras (Sherman, 2001). Estas alteraciones se asocian con mayor riesgo de caídas y depresión

Es por lo anteriormente descrito que, el resultado de la evaluación de la capacidad locomotora es una herramienta útil para la detección de sus causas y guía a un posible plan de tratamiento para estas.


3.2. Causas

El 45% de las alteraciones de la capacidad motora son consecuencia de alteraciones musculoesqueléticas. Además, existen otros factores que deben evaluarse en forma dirigida y los casos que sean reversibles deben tratarse adecuadamente. (Figura 4)

Figura 4. Causas de la alteración de la capacidad locomotora



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores, 2004; p. 141.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 30 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

3.3. Diagnóstico

Para la detección de las alteraciones de la capacidad motora se debe observar, en primer lugar, la movilidad y la marcha de la persona adulta mayor al ingresar a la sala de atención, el tipo de marcha, la velocidad, el equilibrio, la presencia de movimientos anormales y de bradiquinesia.

La capacidad locomotora se puede evaluar al graduar el desempeño de una persona en tres pruebas simples. Para efectos de la aplicación del énfasis se utilizará la siguiente prueba:

Prueba de levantarse y sentarse en la silla

Esta prueba puede decir si una persona mayor necesita una evaluación adicional **para evaluar y determinar alteraciones en la capacidad locomotora.**

Las instrucciones para la aplicación de esta prueba son las siguientes:

Pregúntele a la persona: "¿Cree que sería seguro para usted intentar levantarse de una silla cinco veces sin usar los brazos?". Explicar claramente en que consiste la prueba y demostrarle cómo hacerlo.

Permanezca alerta junto a la persona mientras realiza la prueba.

Si responde negativamente, anotar en el expediente la razón de no realizar la prueba. Dependiendo de la causa valorar la posibilidad de asignar una nueva cita.

Si responde afirmativamente, se debe anotar en el expediente la anuencia de la persona usuaria para realizar la prueba y pídale que haga lo siguiente:


- Que se siente en una silla con respaldo, sin descansabrazos y con la espalda debidamente apoyada en la misma.
- Sentarse en el centro de la silla
- Cruzar y mantener sus brazos sobre el pecho
- Levantarse hasta la posición de pie y volver a sentarse
- Repetir 5 veces lo más rápido posible sin parar
- Tome el tiempo de la persona que realiza la prueba. Se inicia el conteo del tiempo cuando la persona se levanta por primera vez y se termina cuando se sienta por quinta vez. Se espera que la persona mayor lo realice en 14 segundos o menos.

Figura 5. Prueba de levantarse y sentarse en la silla



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2019). ICOPE. Atención Integrada para Personas Mayores.

En las personas adultas mayores que no muestran alteraciones evidentes, se recomienda realizar esta prueba al menos una vez al año. Si la persona no puede levantarse cinco veces dentro de 14 segundos,

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 31 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021




se aplicará la Prueba (Batería) Corta de Desempeño Físico (Serie de desempeño físico abreviado SPPB), que consiste en la realización de una prueba de equilibrio, otra de velocidad de marcha y la repetición de la prueba de levantarse de la silla (OMS, 2019).

“El SPPB mide el rendimiento cronometrado en 3 tareas, cada una con un máximo de 4 puntos, para obtener una puntuación total de 0 (peor desempeño) a 12 (mejor desempeño)” (OMS, 2019, p. 19). Al iniciar con cada una de las pruebas, deberá describirla a la persona adulta mayor y preguntarle si se siente capaz de hacerlo y este deberá dar el consentimiento para la realización de la prueba. Si la persona mayor le indica que no, recibe la puntuación según la pauta establecida y avanza a la siguiente prueba. Las 3 pruebas por aplicar son las siguientes:

Prueba 1. Equilibrio

Estar de pie durante 10 segundos con los pies en cada una de las 3 posiciones. Luego se procede a sumar la puntuación en cada una de las tres posiciones.

Figura 6. Prueba de equilibrio

	A. Pararse a pies juntos Mantiene por 10 seg. 1 punto No lo mantiene por 10 seg. 0 puntos No lo intenta 0 puntos Si no lo intenta, no continúe con test de balance
	B. Pararse en semi-tandem Mantiene por 10 seg. 1 punto No lo mantiene por 10 seg. 0 puntos No lo intenta 0 puntos Si no lo intenta, no continúe con test de balance
	C. Tandem stand Mantiene por 10 seg. 2 puntos Mantiene por 3 a 9.99 seg. 1 punto Mantiene por <3 seg. 0 puntos No lo intenta 0 puntos


Fuente: Tomado de Organización Mundial de la Salud. (2019). ICOPE. Atención Integrada para personas mayores.

Prueba 2. Velocidad de la marcha, levántate y anda

Consiste en medir el tiempo que tarda la persona adulta mayor en levantarse de una silla, caminar 4 metros, girar, regresar a la silla y sentarse nuevamente (Si la persona adulta mayor usa un bastón o ayuda para caminar y sienten que lo necesitan para caminar una distancia corta, pueden usarlo).

Tiempo en caminar los 4 metros:

Distancia 4 metros	Puntuación
No pudo hacerlo	0
>8,70 seg	1
6,21 – 8,70 seg	2
4,82-6,20 seg	3
<4,82 seg	4

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 32 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Prueba 3. Levantarse y sentar en una silla.

Tiempo en levantarse y sentarse en una silla 5 veces.

Tiempo	Puntuación
No lo logra >60 seg	0
16,7-59,9 seg	1
13,7-16,69	2
11,2-13,69 seg	3
<11,19 seg	4

La ventaja de esta prueba de desempeño físico abreviado es su rapidez y facilidad para realizarla en cualquier lugar, además de la información importante que nos brindan los movimientos desarrollados sobre la fuerza de las piernas, la capacidad de balance y de las estrategias de las cuales se vale la persona adulta mayor para desarrollarlas, aspectos determinantes para la realización adecuada de las actividades de la vida diaria. Dependiendo de la alteración de la capacidad motora encontrada, se procederá a atender la condición basal de la persona adulta mayor que provoca la alteración.


3.4. Conducta por seguir

Ante la identificación del riesgo de pérdida de capacidad locomotora en la persona adulta mayor, se debe proceder de la siguiente forma:

- Según establece la OPS (2004), se debe descartar en primer lugar las causas de inmovilidad aguda debido a medicamentos, enfermedad aguda, restricción o sujeciones, enfermedad de los órganos sensoriales (p. 142).
- Así mismo, debe considerarse la existencia de factores asociados con la alteración en la capacidad motora que afectan de manera directa a las personas adultas mayores. En la tabla 5, se detallan estos factores asociados y las posibles intervenciones para su atención.


Tabla 5. Factores asociados con la alteración en la capacidad motora y posibles intervenciones

Factores asociados con la alteración de la capacidad motora	Posibles intervenciones en la persona adulta mayor
Alteraciones sensoriales Visión Fallas en el reconocimiento ambiental	Referir a especialista en la Red para corregir refracción y cataratas. Educación en salud para fomentar la seguridad en el hogar. Coordinar con el ATAP para visita domiciliar y realizar valoración de condiciones de vivienda, barreras para el acceso al espacio físico y seguridad en el hogar.
Audición Desorientación espacial, marcha inestable	Médica: Remoción del cerumen, evaluación otorrinolaringológica para audífonos. Detectar déficit auditivo y abordar según cada caso en particular con asistencia del equipo de apoyo del área de salud.
Disfunción Vestibular Desorientación espacial, falta de fijación visual, marcha inestable especialmente al cambiar de posición.	Médica: evitar ototóxicos y referir a otorrinolaringología según el caso en particular.
Sistema nervioso central	Médica: diagnóstico de la enfermedad

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 33 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p>CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

<p>Enfermedad vascular Déficit motor, alteración de marcha y equilibrio</p>	<p>Educación en salud para fomentar la seguridad en el hogar. Coordinar con el ATAP para visita domiciliar y realizar valoración de condiciones de vivienda, barreras para el acceso al espacio físico y seguridad en el hogar. Referir a médico especialista (Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátría, Fisiatría, entre otros) según sea el caso para valorar proceso de rehabilitación.</p>
<p>Enfermedades neurodegenerativas: Parkinsonismo: rigidez, temblor, enlentecimiento motor Demencia y deterioro cognitivo: alteraciones cognitivas y funcionales, motoras y en la resolución de problemas</p>	<p>Médica: Minimizar el uso de fármacos de acción central Educación en salud para fomentar la seguridad en el hogar. Coordinar con el ATAP para visita domiciliar y realizar valoración de condiciones de vivienda, barreras para el acceso al espacio físico y seguridad en el hogar. Referir a médico especialista (Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátría, Fisiatría, entre otros) según sea el caso para valorar proceso de rehabilitación.</p>
<p>Alteraciones musculoesqueléticas: Debilidad muscular, extremidades superiores e inferiores, alteraciones posturales, enfermedad articular, alteración postural y estabilidad, alteraciones de los pies. Déficit propioceptivo, alteración postural, alteración de la marcha, alteraciones de la columna, mala estabilidad del dorso</p>	<p>Médica: diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, detección de sarcopenia, osteoporosis y evaluación nutricional. Educación en salud para fomentar la seguridad en el hogar. Coordinar con el ATAP para visita domiciliar y realizar valoración de condiciones de vivienda, barreras para el acceso al espacio físico y seguridad en el hogar. Referir a médico especialista (Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátría, Fisiatría, entre otros) según sea el caso para valorar proceso de rehabilitación.</p>
<p>Hipotensión ortostática. Alteración de la irrigación cerebral que causa fatiga, debilidad, inestabilidad y síncope</p>	<p>Médica: Diagnóstico y tratamiento específico, modificar fármacos, hidratación adecuada, evaluar la restricción de sal. Medidas alternativas de posicionamiento.</p>
<p>Depresión Alteraciones de la concentración</p>	<p>Seleccionar el antidepresivo con menor vida media, acción anticolinérgica y efectos adversos</p>
<p>Fármacos</p>	<p>Evaluar el consumo de sedantes, antidepresivos y otros fármacos que pueden afectar el equilibrio, el número y las dosis. Referir a consulta de atención farmacéutica.</p>
<p>Factores ambientales</p>	<p>Educación en salud para fomentar la seguridad en el hogar. Coordinar con el ATAP para visita domiciliar y realizar valoración de condiciones de vivienda, barreras para el acceso al espacio físico y seguridad en el hogar.</p>
<p>Enfermedad aguda Cambios de fármacos, disminución transitoria de alerta, fatiga, hipotensión postural</p>	<p>Médica: diagnóstico y tratamiento de la enfermedad específica. Comenzar nuevos fármacos a dosis ajustadas y aumentar la dosis lentamente. Ambiental: aumentar la vigilancia durante la enfermedad y el uso de nuevos fármacos</p>
<p>Cambio de actividad. Aumenta la oportunidad de caer</p>	<p>Educación en salud para fomentar la seguridad en el hogar. Coordinar con el ATAP para visita domiciliar y realizar valoración de condiciones de vivienda, barreras para el acceso al espacio físico y seguridad en el hogar.</p>

Fuente: Tomado y adaptado de Thomas, Edelberg, Tinetti. (2003). Falls in: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ. Et al. Eds. Geriatric Medicine. pp.979–994

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 34 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

3.5. Recomendaciones para la realización de actividad física

La Organización Mundial de la Salud (2018a), ha definido la actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas” (p.1).


En el caso de las personas adultas mayores, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que la realización de actividad física en personas adultas mayores consiste en “actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias” (OMS, 2010b, p.8).

Con el propósito de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

- a. Los adultos de 65 años en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas e intensas.
- b. La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- c. A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades deberían aumentar hasta 300 minutos semanales la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien acumular 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- d. Los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida deberían realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
- e. Convendría realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- f. Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado (OMS, 2010b, p. 8).

En el siguiente recuadro, se presentan ejemplos de actividad física según intensidad, como parte de las recomendaciones a brindar a las personas adultas mayores:

Recuadro 2. Ejemplos de actividad física según intensidad
<p>La intensidad de diferentes formas de actividad física varía de una persona a otra. La intensidad de la actividad física depende de lo ejercitado que esté cada uno y de su forma física. Por consiguiente, los ejemplos siguientes son orientativos y variarán de una persona a otra.</p> <p>Actividad física moderada Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco. Ejemplos de ejercicio moderado son los siguientes: -caminar a paso rápido</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 35 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- bailar
- jardinería
- tareas domésticas
- caza y recolección tradicionales;
- participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos
- trabajos de construcción generales (p. ej., hacer tejados, pintar, etc.)
- desplazamiento de cargas moderadas (menor o igual a 20 kg)

Actividad física intensa

Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca. Se consideran ejercicios intensos:


- ascender a paso rápido o trepar por una ladera
- desplazamientos rápidos en bicicleta
- aerobic
- natación rápida
- deportes y juegos competitivos (p. ej., juegos tradicionales, fútbol, voleibol, hockey, baloncesto)
- trabajo intenso con pala o excavación de zanjas
- desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg).

Fuente: Tomado y adaptado de Organización Mundial de la Salud. (18 de diciembre, 2020). ¿Qué se entiende por actividad moderada y actividad vigorosa?

Estas recomendaciones podrán ponerse en práctica de manera progresiva por la persona adulta mayor y considerando sus preferencias en el tipo de actividad física por realizar.

3.6. Códigos CIE-10 para el registro de los diagnósticos en énfasis EDUS

Para este apartado, los códigos CIE-10 dependerán de la patología de fondo de la persona adulta mayor.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 36 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

4. CAÍDAS

Punto de buena práctica clínica

Interrogar: Este año ¿Se ha caído usted una o más veces este año?

4.1. Definición

Caída se define como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita a la persona al suelo contra su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo” (OPS, 2004, pág. 167).

Las caídas en personas adultas mayores representan un problema significativo y constituyen un marcador de fragilidad; para la Organización Mundial de la Salud las caídas representan la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Es importante preguntar sistemáticamente por caídas, pues dos terceras partes de las personas adultas mayores que se caen sufrirán una nueva caída en los siguientes seis meses (OMS, 2018b).


4.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo se enlistan en dos categorías, factores intrínsecos y factores extrínsecos. La mayoría de las veces, la caída es de causa multifactorial, constituyendo un síndrome clínico. A continuación, se presentan los principales factores de riesgo que podrían ocasionar una caída:

Figura 7. Factores de riesgo de caídas en personas adultas mayores

Factores intrínsecos (de la persona)	Factores extrínsecos (del entorno)
<ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada, mayores de 80 años • Poca o escasa actividad física • Historial de caídas • Deterioro cognitivo y demencia • Deterioro en la capacidad para realizar AVD • Enfermedades que alteran la marcha o el balance (Ej. Parkinson, demencias, depresión, artritis, accidente vascular cerebral, etc.) • Hipotensión postural • Infecciones • Deterioro en el equilibrio, en la marcha, mareos • Neuropatías periféricas • Alteraciones en los pies • Elevado número medicaciones • Consumo de medicación psicotrópica • Alcohol y otras drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Muebles en mal estado • Iluminación inadecuada • Piso resbaloso • Pisos desnivelados • Alfombras o tapetes arrugados • Escaleras inseguras • Calzado inadecuado • Cambio del entorno habitual • Otras barreras para el acceso al espacio físico

Fuente: Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud, 2004. Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores, 2004; p. 168-169.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 37 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

4.3. Prevención de las caídas

Dentro de las acciones a seguir para la prevención de caídas en la persona adulta mayor, se detallan las siguientes:

Tabla 6. Prevención de caídas

Acciones	Descripción
Promoción de la salud	Actividades que tienen como objetivo promover un estado físico, mental y social óptimo de la persona adulta mayor
Identificar factores de riesgo	Historia clínica y examen físico
Visita domiciliar Examen del entorno donde vive la persona	La modificación de los obstáculos en el domicilio es efectiva, pudiendo ser realizada por personal de salud en el contexto de intervenciones multidisciplinarias/multifactoriales.
Programas grupales comunitarios	Recomendar la participación en programas de actividad física para reentrenar la marcha y el balance
Enseñar a levantarse a la persona adulta mayor, después de haber sufrido una caída	En la medida de lo posible se le enseñara lo siguiente: Girar el cuerpo hasta alcanzar la posición de decúbito prono, apoyar después las rodillas hasta colocarse en posición de gateo y poder apoyarse, en algún mueble cercano y firme, hasta conseguir bipedestación.
Fármacos	Se recomienda una revisión periódica de los fármacos prescritos. Para personas con esquemas de tratamiento complejos que incluyan fármacos que alteren la vigilia, funcionalidad, marcha, etc., solicitar valoración por medicina familiar o geriatría. Para casos de inadecuada adherencia a los tratamientos remitirlo a consulta de atención farmacéutica.
Rehabilitación de marcha y equilibrio	Realizada por un equipo multidisciplinar, de forma precoz para evitar complicaciones (síndrome de inmovilización, úlceras, incontinencias) y con un abordaje integral: tratamiento específico de la lesión, mejoría de la condición física general y prevención de nuevas caídas y sus complicaciones. Referir a un nivel de mayor complejidad para su realización.


Fuente: Tomado y Adaptado de National Guideline Clearinghouse (NGC). (2006). Guideline synthesis: Prevention of falls in the elderly. In: National Guideline Clearinghouse (NGC) [website].

4.4. Diagnóstico

Si ante la pregunta, la persona adulta mayor refiere que presentó un evento de caída en el último año, debe considerarse de riesgo positivo. A continuación, se detallan los elementos para la evaluación de la caída.

Tabla 7. Diagnóstico y manejo básico de la caída

EVALUACIÓN DE LA CAÍDA
Anamnesis: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Le había sucedido esto antes? (antecedente de trastornos cardíacos, isquemias cerebrales o estados convulsivos) • ¿Sucedió después de comer? (hipotensión postprandial)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 38 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

¿La caída fue después de cambiar de posición rápidamente (hipotensión ortostática)?

- ¿Tuvo pérdida del estado de conciencia?

Causa cardíaca (arritmias o bloqueos cardíacos) o convulsiones (sobre todo si hubo presencia de incontinencia).

- ¿Tuvo síntomas asociados como palpitaciones que pudieran indicar una arritmia cardíaca?, o ¿síntomas neurológicos focales que pudieran sugerir una isquemia cerebral?

- ¿Tuvo simplemente debilidad súbita de las piernas?

- ¿Qué medicamentos toma? Trastornos hidroelectrolíticos

- ¿Existe antecedente de anemia?

- Examen físico:

- Prueba de ortostatismo acostado, sedante, bípedo

- Evaluación por sistemas, poniendo especial énfasis en: Aparato locomotor.

- Evaluar fuerza muscular, sensibilidad de miembros inferiores, propiocepción y pulsos.

- Evaluación de deformidades, flexión y extensión, de articulaciones

- Neurológica

- Evaluación sensorial.

- Visual y auditiva

- Flexores plantares, extensores de la cadera, abductores de las caderas

- Alteraciones de la marcha. (Ver apartado capacidad locomotora)

Laboratorio según aproximación diagnóstica

PRUEBAS SENCILLAS


Ver apartado alteración de la capacidad locomotora

Fuente: Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores, 2004; p. 169.

4.5. Conducta por seguir

La conducta por seguir en la detección de riesgo de caídas en la persona adulta mayor es la siguiente:

- Obligatorio anotar diagnóstico de caída según codificación de CIE-10
- Si la persona adulta mayor no ha sufrido caídas en el último año, se deben potenciar los factores protectores y brindar recomendaciones sobre la realización de actividad física establecidas por la Organización Mundial de la Salud (Ver apartado Alteración de la capacidad locomotora).
- En caso de detectar riesgo de caídas (incluso aunque sea una sola caída en el último año), se deben potenciar factores protectores y evaluar la presencia de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos para el abordaje correspondiente de cada uno de ellos.
- Implementar las medidas generales relacionadas con estabilización de signos y alivio del dolor en caso de que la persona adulta mayor haya sufrido una caída.
- En caso de sospecha de cuadro clínico que requiera un abordaje urgente en un nivel de diagnóstico de mayor complejidad, debe referirse al servicio de emergencias.
- En caso de síndrome de post caída o temor a caerse, se debe valorar a la persona adulta mayor para determinar la necesidad de referir a otras disciplinas, como geriatría, medicina familiar y comunitaria, psicología, trabajo social, Terapia física, entre otras; según capacidad instalada de la red de servicios de salud.
- Es importante valorar si se ha presentado conducta negligente de parte de la persona cuidadora o resistencia de la persona adulta mayor a medir sus limitaciones, las cuales podrían propiciar la caída. En caso de sospecha, deberá realizarse la referencia a Trabajo Social tanto de la persona adulta mayor como su red de apoyo para fortalecer las acciones preventivas y de promoción.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 39 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

- Para abordar el evento de una caída se debe realizar una revisión individualizada de los factores tanto intrínsecos como extrínsecos, luego de ello el plan de abordaje debe contener en caso de ser necesario intervenciones de carácter interdisciplinario.

4.6. Seguimiento

Al detectar riesgo de caídas en la persona adulta mayor, se deberán realizar acciones dirigidas a la prevención de otra caída mediante:


- En la próxima cita de control, brindar educación y valorar persistencia de factores de riesgo. La cita se otorgará según criterio médico.
- Educación en salud a la persona mayor, familia y/o cuidador sobre factores de riesgo y protectores para la prevención de caídas.

4.7. Códigos CIE-10 para el registro de los diagnósticos en énfasis EDUS

A continuación, se ofrecen los códigos de clasificación más frecuentes asociados a este tema:

Tabla 8. Diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados con caídas

Patología	Código
Caídas	W00-W19
Caída en el mismo nivel por hielo o nieve	W00
Caída en el mismo nivel por deslizamiento, tropezón y traspie	W 01
Caída por patines para hielo, esquís, patines de ruedas o patinetas	W 02
Otras caídas en el mismo nivel por colisión o empujón de otra persona	W 03
Caída al ser trasladado o sostenido por otra persona	W 04
Caída que implica silla de ruedas	W 05
Caída que implica silla de cama	W 06
Caída que implica silla	W 07
Caída que implica otro mueble	W 08
Caída que implica equipos para juegos infantiles	W 09
Caída en o desde escalera y escalones	W 10
Caída en o desde escaleras manuales	W 11
Caída en o desde andamio	W 12
Caída desde, fuera o a través de un edificio u otra construcción	W 13
Caída desde un árbol	W 14
Caída desde peñasco	W 15
Otras caídas de un nivel a otro	W 17
Otras caídas en el mismo nivel	W 18
Caída no especificada	W 19
Agresión (Y01–Y02)	
Caída(s) (en o desde):	
-repetidas no resultantes de accidentes	R 29.6
-animal	V 80
-edificio en llamas	X 00
-en el agua (con ahogamiento o sumersión)	W65 -W74

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 40 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

-en el fuego	X00–X04, X08–X09
-maquinaria (en operación)	W28–W31
-vehículo de transporte	V01–V99
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	X80–X81

Nota: Los diagnósticos los cuales se indican asterisco, significa se incluye toda la categoría

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Panamericana de la Salud (2015).

5. INCONTINENCIA URINARIA

Punto de buena práctica clínica

Interrogar: ¿Alguna vez se ha orinado/mojado porque no le da tiempo de ir al baño?

5.1. Definición

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, puede ser desde una salida ocasional hasta la imposibilidad total de retener la orina. Constituye un problema higiénico y/o social y en las personas adultas mayores tiene una gran repercusión en su calidad de vida y de sus familiares (Espinoza, Portillo, Muñoz y Martos, 2004, p.226).

Según OPS (2004), la incontinencia urinaria no es resultado inevitable de la edad, pero se presenta de manera común en personas adultas mayores, como consecuencia de tratamiento medicamentoso, enfermedad o cambios anatómicos; hay un aumento en la incidencia incontinencia urinaria en personas con edades entre los 50 y 75 años.

Cuando las personas envejecen pueden ocurrir cambios como:


- Debilitamiento del piso pélvico
- Disminución del volumen vesical
- Disminución de la inhibición de las contracciones vesicales esporádicas
- Aumento del volumen urinario residual
- Disminución del volumen necesario para desencadenar contracciones vesicales
- Aumento de la excreción nocturna

La incontinencia de orina se asocia con numerosas consecuencias clínicas como infecciones urinarias, fracturas y úlceras por presión entre otras, además de trastornos psicológicos y socioeconómicos. La nicturia, en particular, es un factor de riesgo para incontinencia urinaria.

5.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo de incontinencia urinaria, que se pueden dividir en:

- No modificables: edad, sexo femenino, multiparidad, enuresis nocturna en la infancia, uso de fórceps, primigesta tardía con feto grande.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 41 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- Modificables: restricciones físicas, obesidad, uso de cafeína y alcohol, barreras arquitectónicas, medicamentos, estreñimiento, trastornos del sensorio, impactación fecal, alta ingesta de líquidos, diabetes, entre otros.

5.3. Tipos de incontinencia urinaria

La clasificación más comúnmente empleada es la que establece dos tipos fundamentales:

a. Incontinencia transitoria, también llamada aguda o reversible.

Está asociada a trastornos agudos, es de comienzo repentino y cede con el tratamiento de la causa (Espinosa, et al. 2004, p. 216). Lo anterior, se expone en la tabla 9:

Tabla 9. Causas de incontinencia Urinaria Transitoria

Tipo	Causa
Endocrinológicas	Hiperglucemia, hipercalcemia, vaginitis atrófica Uretritis y vaginitis por hipoestrogenismo
Psicológicas	Depresión
Fármacos	Diuréticos, Anticolinérgicos, Antidepresivos, Antipsicóticos. Hipnóticos-sedantes, Narcóticos, Bloqueantes alfa, Cafeína, Alcohol, Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, Bloqueadores de los canales de calcio
Infecciones	Infecciones de tracto urinario
Neurológicas	trastornos del sensorio, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, hidrocefalia normotensiva
Restricción de la movilidad	Constipación
En los casos de incontinencia urinaria y fecal la causa más frecuente es la impactación fecal	


Fuente: Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores, 2004; p. 338.

b. Incontinencia establecida, crónica o persistente

La incontinencia establecida, crónica o persistente, se presenta de manera frecuente en las personas adultas mayores (Espinosa, et al. 2004, p. 216). Sus tipos y las causas que lo producen se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 10. Incontinencia urinaria crónica según sus causas y síntomas asociados

Tipo	Síntomas	Causas comunes
Esfuerzo	Pérdida involuntaria de orina (pequeñas cantidades) con aumentos de la presión intraabdominal (ejemplos tos, risa o ejercicio)	Debilidad y laxitud del piso pélvico que provoca aumento de la movilidad de la base vesical y de la uretra proximal. Debilidad de esfínter uretral o de la salida de la vejiga casi siempre por cirugía o traumatismo.
Urgencia	Derrame de orina (volúmenes grandes, aunque es variable) por la incapacidad para retrasar la micción después de	Hiperactividad del detrusor aislada o asociada con una de las siguientes:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 42 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

	percibir la sensación de plenitud vesical. Frecuencia predominante nocturna.	-Trastornos locales como uretritis, cistitis, tumores, litiasis, divertículos. -Alteraciones del SNC como EVC, demencia, parkinsonismo, lesión espinal.
Rebosamiento	Salida de orina (pequeñas cantidades) secundaria a fuerzas mecánicas sobre la vejiga sobre distendida o por otros efectos de la retención urinaria sobre la vejiga y la función del esfínter.	Obstrucción anatómica: por la próstata o por un cistocele grande. Vejiga hipo contráctil asociada a diabetes mellitus o lesión medular.
Funcional	Salida de orina relacionada con la incapacidad para usar el inodoro por daño de la función cognitiva o física, falta de disposición psicológica o barreras en el ambiente.	Demencia grave, fragilidad, inmovilidad, dolor articular, dificultad de acceso al baño. Restricciones. Depresión Exceso de ingestión hídrica
Mixta	Síntomas asociados de urgencia e incontinencia de esfuerzo. Segunda causa más frecuente. Su mayor frecuencia es diurna.	Debilidad y laxitud del piso pélvico que provoca hipermovilidad de la base vesical y de la uretra proximal asociada con las causas de vejiga hiperactiva.

Fuente: Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2004. Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores, p. 339-340.

5.4. Diagnóstico

El diagnóstico se establece fundamentalmente con la sospecha clínica, el interrogatorio del médico y la realización de exámenes complementarios acorde a este. Su presencia debe considerarse patológica y no un cambio normal de la edad. Siempre se debe descartar una causa obstructiva antes de iniciar el tratamiento en los hombres. En el recuadro 3, se anotan manifestaciones de la retención aguda de orina:

Recuadro 3. Retención aguda de orina en la persona adulta mayor

Es importante considerar que la retención urinaria aguda es una emergencia que se puede manifestar como incontinencia, delirium o deterioro funcional, aún en ausencia de dolor y debe tratarse con la colocación de una sonda vesical y derivarse inmediatamente al especialista.


Fuente: Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud, 2004, Guía de Atención Clínica para personas adultas mayores p. 345.

5.5. Conducta por seguir /Tratamiento

La conducta por seguir ante la presencia de incontinencia urinaria aguda se muestra en la tabla 11:

Tabla 11. Tratamiento de la incontinencia urinaria aguda

Causas	Tratamiento
Fármacos	De ser posible retirar todos los fármacos que pudieran causar incontinencia. En caso de tratamiento antihipertensivo cambie por otra clase. En caso de antidepresivos tricíclicos cambiar por inhibidores de la recaptación de serotonina.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 43 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

Psicológicas	Ingesta excesiva, limitar a 1.5 litros al día y no tomar líquidos después de las 8 de la noche.
Restricción de la movilidad	Fisioterapia y modificaciones en el hogar tendientes a facilitar el desplazamiento del paciente o utilizar “urinales” o “silla inodoro”.
Infecciones	Antibioticoterapia según germen
Otras causas	Tratamiento según cada causa


Fuente: Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2004. Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores, p. 342.

En la atención a la persona adulta mayor con incontinencia urinaria crónica, el tratamiento a brindar se explica en la tabla 12:

Tabla 12. Clasificación de la incontinencia urinaria crónica y su tratamiento

Tipo	Tratamiento primario
Esfuerzo	<ul style="list-style-type: none"> -Ejercicios de Kegel para fortalecer el piso pélvico: con la vejiga vacía, contraer el piso pélvico durante tres segundos y luego relajarlo por tres segundos. Repetir diez veces. Prolongar gradualmente el tiempo hasta llegar a diez segundos de contracción y relajación. Realizar de tres a cinco repeticiones de diez contracciones por día. -Identificar factores de riesgo modificables. El descenso de 5 a 10% del peso inicial, en mujeres obesas o con sobrepeso disminuye aproximadamente 50% la frecuencia de incontinencia y mejora la calidad de vida. -Si no hay respuesta, referir para valorar cirugía en la red de servicios de salud.
Urgencia	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones conductuales: evitar consumo de cafeína y alcohol. Mantener una hidratación adecuada en volumen y horarios. Manejo no farmacológico de la constipación. -Entrenamiento vesical: se comienza con un tiempo inicial de evacuaciones programadas cada dos o tres horas, que se va incrementando gradualmente en 30 a 60 minutos, hasta lograr evacuar cada tres o cuatro horas, sin que ocurran episodios de incontinencia. Si apareciera la urgencia, intentar suprimirla utilizando técnicas de relajación y contracción del piso pélvico. -Modificaciones que faciliten la llegada al baño. -Tratamiento farmacológico en caso necesario: Anticolinérgicos, debe considerarse la frecuencia de efectos adversos -Referir a un nivel más especializado en caso necesario.
Rebosamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de la causa. - En hombres con hipertrofia prostática benigna -En mujeres con obstrucción al flujo (adherencias, cistocele, prolapso) -Referir a un nivel más especializado.
Mixta Funcional	<ul style="list-style-type: none"> -Intervenciones conductuales: p.ej. manejo de la constipación. -ejercicios para piso pélvico y/o fármacos anticolinérgicos. -Corrección de la causa. -Referir a un nivel más especializado en caso necesario.

Fuente: Tomado y adaptado de Espinosa, Portillo y Muñoz. (2004). Incontinencia Urinaria. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria, p. 216.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 44 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

5.6. Codificación CIE-10 para el registro de los diagnósticos en énfasis EDUS


A continuación, se ofrecen los códigos de clasificación más frecuentes asociados a este tema:

Tabla 13. Diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados con incontinencia urinaria

Patología	Código
Cistitis N300 cistitis aguda N301 cistitis intersticial (crónica) N302 otras cistitis crónicas N303 Trigonitis N304 Cistitis por irradiación N308 Otras cistitis N309 Cistitis, no especificada	N30.0 - N30.9
Hiperplasia de la próstata	N 40.X
Prostatitis aguda	N 41.0
Prostatitis crónica	N 41.1
Prolapso Genital femenino N810 Uretrocele femenino N811 Cistocele N812 Prolapso uterovaginal incompleto N813 Prolapso útero-vaginal completo N814 Prolapso útero-vaginal, sin otra especificación N815 Enterocele vaginal N816 Rectocele N818 Otros prolapsos genitales femeninos N819 Prolapso genital femenino, no especificado	N81.0 - N81.9
Vaginitis atrófica posmenopáusica	N95.2
Dolor con la micción	R30.9
Hematuria no especificada	R31.X
Incontinencia urinaria no especificada	R32.X
Retención de orina	R33.X
Anuria y oliguria	R34.X
Poliuria	R35.X

Nota: Los diagnósticos los cuales se indican asterisco, significa se incluye toda la categoría

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Panamericana de la Salud (2015).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 45 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

6. PÉRDIDA DE PESO EN LA PERSONA MAYOR

Punto de buena práctica clínica

Interrogar: ¿Ha perdido usted peso últimamente?

6.1. Introducción

La pérdida involuntaria de peso hace a las personas adultas mayores más susceptibles a la desnutrición y, por lo tanto, a presentar morbilidad. Por el proceso de envejecimiento, la disminución de peso se relaciona con:

- Menor contenido de agua en el organismo
- Reducción de la masa ósea
- Pérdida de masa muscular
- Adelgazamiento del tejido conectivo (OPS, 2004, p.360).


La pérdida de peso en la persona adulta mayor suele ser multifactorial, participan factores biopsicosociales, que repercuten en su capacidad funcional. Se define como la pérdida mayor a un 5% del peso corporal (para tener en cuenta la variabilidad basal) en los 6 a 12 meses anteriores a la consulta. También se puede utilizar para este cálculo la fórmula para pérdida de peso: $\text{Peso usual} - \text{Peso real} / \text{peso usual} * 100$, para cuantificar la pérdida. Cuando la pérdida de peso se ha producido en un corto tiempo, probablemente representa un signo de enfermedad no detectada y debe inducir a una evaluación completa.

Es necesario interrogar exhaustivamente para determinar la magnitud exacta de la pérdida de peso y el periodo de tiempo en que se ha presentado, conocer cambios en la talla de la vestimenta o en el aspecto físico para corroborar la información con la persona o su cuidador.

6.2. Factores de Riesgo

La pérdida de peso resulta de la interacción de diversos factores de riesgo. De acuerdo con Muñoz, F., Espinosa, J., Portillo, J., Martos, J. (2004), algunos de estos factores de riesgo son:

- Multimorbilidades
- Alteraciones sensoriales
- Enfermedades gastrointestinales
- Polifarmacia
- Discapacidad
- Dependencia en el acto de alimentarse por sí mismo
- Alcoholismo y dependencia de sustancias psicoactivas
- Hospitalización reciente
- Intervenciones quirúrgicas
- La deficiente salud oral con pérdida de dientes, prótesis dentales removibles no funcionales, lesiones de la mucosa oral, periodontitis y caries radiculares.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 46 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

- Soledad, viudez, jubilación, aislamiento social, falta de redes de apoyo efectivas, situaciones de violencia.
- Falta de recursos económicos para la adquisición de alimentos.
- Trastornos afectivos y cognitivos. La depresión es la causa más frecuente de pérdida de peso que resulta potencialmente en las personas mayores (p.266).

6.3. Diagnóstico

La evaluación inicial ante la sospecha de pérdida de peso debe incluir lo siguiente:


- Una historia clínica detallada y examen físico
- Laboratorios básicos (se sugiere hemograma, glicemia, perfil de lípidos y otros que el profesional médico considere necesarios, según sea el caso).
- Exploración de la cavidad oral para descartar problemas de la deglución y la masticación.
- Valorar esfera cognitiva-social

El interrogatorio para explorar los hábitos de alimentación debe contemplar frecuencia de las comidas, la cantidad, la variedad y disponibilidad de los alimentos, uso de suplementos, cambios en la medicación y aspectos anteriormente mencionados en el ámbito social. Si se determina que la persona adulta mayor requiere la intervención de nutrición, deberá ser referido según red de servicios de salud.

En la siguiente tabla, se presentan sugerencias de orientación diagnóstica ante la sospecha de pérdida de peso:

Tabla 14. Sugerencias de orientación diagnóstica

Interrogar	Conducta a seguir	
Multimorbilidades	Diabetes descompensada	Clínica, glicemia en ayunas
	Hipertiroidismo	Pruebas para evaluar la función tiroidea, que deben incluir TSH
	Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar	Radiografía simple de tórax para buscar infiltrados sospechosos. Búsqueda de bacilos ácidos alcoholos resistentes (BAAR) en secreciones corporales
	Mala absorción	Estudios de la materia fecal
	Cáncer	Estudios en función de la sospecha diagnóstica. El antecedente de cáncer no excluye la búsqueda de una causa asociada remediable
	Alcoholismo, tabaquismo y otras adicciones	Historial de alcoholismo y otras adicciones. Valorar referencia a Clínica de Cesación de Tabaco o EISAM
	Alteraciones de la salud oral	Referencia a Odontología
Hábitos de consumo de alimentos	Baja ingesta	Frecuencia de ingestas diarias, tipo de alimentos consumidos y cantidad, preferencias, restricciones y alergias alimentarias.
	Valoración nutricional	La ingesta de alimentos, así como la calidad de la alimentación es calculada, valorada y analizada por el nutricionista. La ingesta diaria de alimentos se estima mediante el conteo de energía y

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 47 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

		proteína que consume el paciente en un día o en varios días y se compara con el requerimiento nutricional de la persona.
Polifarmacia	Revisión de cantidad, dosis, horarios de ingesta de medicamentos.	Antiácidos: alteran la absorción de micronutrientes (hierro, calcio y fósforo); laxantes, que causan deficiencias sobre lípidos y vitaminas; digital (digoxina,) que puede ocasionar alteraciones digestivas. Anticonvulsivantes: Fenitoína, fenobarbital, ácido valproico. También son de uso frecuente la teofilina, famotidina y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (IRSS) fluoxetina Referir a consulta de atención farmacéutica.
Alteraciones mentales y emocionales	Depresión y Demencia	Diagnóstico y seguimiento según pautas respectivas
Factores sociales	Viudez, soledad, jubilación, pobreza, dependencia, red de apoyo poco efectiva o carente, violencia en sus diversas manifestaciones	Valoración por Trabajo Social Valoración por equipo interdisciplinario Promover la participación social de la persona adulta mayor e integración a grupos en la comunidad

Fuente: Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores, 2004; p. 362.

Corresponde realizar la determinación del peso, talla y el IMC. Los puntos de corte de Índice de Masa Corporal, que se deben considerar para la clasificación del estado nutricional son:

Tabla 15. Puntos de corte de Índice de Masa Corporal para Persona Adulta Mayor


Rango	Estado Nutricional
Menor a 18,5 kg/m ²	Desnutrición
De 18,6 a 22,9 kg/m ²	Riesgo Nutricional
De 23,0 a 27,9 kg/m ²	Normal
De 28,0-29,9 kg/m ²	Sobrepeso
Mayor a 30 kg/m ²	Obesidad

Fuente: Oficio DDSS-0687-16. CCSS, (2016b) Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Puntos de Corte de Índice de Masa Corporal.

6.4. Conducta por seguir

Debido a que la causa de pérdida de peso puede ser multifactorial, se recomienda que el abordaje se realice de forma interdisciplinaria o bien referir a un nivel de mayor resolutivez. Si en la evaluación inicial no hay una causa obvia se puede hacer un control en un mes, manteniendo una conducta expectante durante este periodo de tiempo.

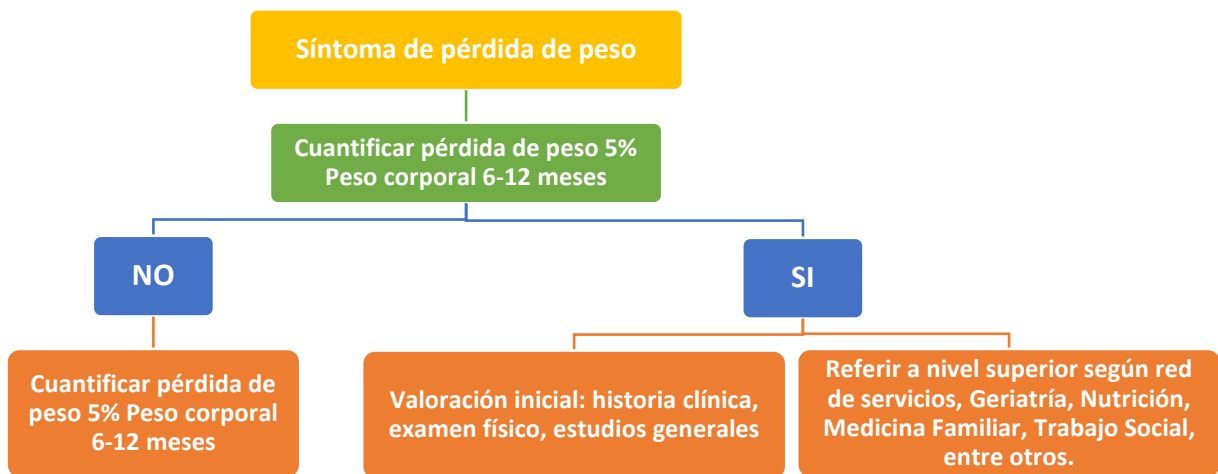
Se debe orientar a la persona adulta mayor y/o su cuidador, acerca del monitoreo del peso y del valor nutritivo de los distintos alimentos a su alcance, así como de estrategias para aumentar la ingesta

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 48 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

(modificar la textura de los alimentos, agregar colaciones, modificar horarios, comidas fraccionadas, comer en compañía de otras personas, etcétera). La pérdida de peso puede estar asociada a una inadecuada presencia de la red primaria de apoyo familiar por lo que se debe remitir a Trabajo Social.

Estimular la actividad física es crucial para mantener o recuperar capacidad funcional. El uso de suplementos nutricionales al igual que los multivitamínicos, tienen poca evidencia que respalde su uso a largo plazo cuando se realiza de forma rutinaria sin el objetivo de cubrir un déficit nutricional. Periódicamente, se evaluará el estado de la salud oral de la persona. A continuación, se describe la conducta por seguir en la detección de pérdida de peso en la persona adulta mayor:

Figura 8. Flujograma Pérdida de Peso



Fuente: Elaboración propia. 2019


6.5. Codificación CIE-10 para el registro de los diagnósticos en énfasis EDUS

A continuación, se ofrecen los códigos de clasificación más frecuentes asociados a este tema:

Tabla 16. Diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados con pérdida de peso

Patología	Código
Disfagia	R47.0
Anorexia	R63.0
Polidipsia	R63.1
Polifagia	R63.2
Dificultades y mala administración de la alimentación	R63.3
Pérdida anormal de peso	R63.4
Aumento anormal de peso	R63.5
Otros síntomas y signos concernientes a la alimentación de líquidos	R63.8
Caquexia	R64.X

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Panamericana de la Salud (2015).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 49 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

7. DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD COGNITIVA

Punto de buena práctica clínica

Realizar prueba corta de memoria

Interrogar: ¿Se le olvidan las cosas con facilidad? ¿le afectan para realizar sus actividades del día?

7.1. Introducción

La memoria representa una función mental superior, que involucra diferentes áreas cerebrales y que permite a la persona saber quién es, recordar experiencias para aplicarlas en el diario vivir y poder utilizar ese aprendizaje para el mejoramiento de su existencia (Miranda y Valerio, 2017, p.599). Durante el proceso de envejecimiento, las funciones cognitivas (memoria e intelecto), presentan un declive en la velocidad de procesamiento de la información; sin embargo, se ha demostrado que no declinan necesariamente por la edad.

El cerebro posee la capacidad de regenerarse y se ha descubierto que las neuronas no dejan de crecer a lo largo de los años, sino que continúan aumentando durante toda la vida, lo cual posibilita a las personas mayores a realizar actividades para favorecer el aprendizaje y ejercitar la memoria. Jiménez (2001) y Olivera y Pelegrin (2015). Sin embargo, cuando esta declinación cognitiva es demostrablemente más consistente, pero con escasa repercusión funcional, se habla de deterioro cognitivo leve” (Fuentes, 2018, p. 225).

Olivera y Pelegrin (2015), definen el deterioro cognitivo leve (DCL), como aquella alteración de la memoria, la cual es “superior a la correspondiente a la edad y nivel educativo de la persona, corroborada por alguna persona cercana, sin afectación de la actividad funcional básica del sujeto (o con una afectación mínima) y en ausencia de criterios de demencia” (p.45).


7.2. Deterioro cognitivo leve

7.2.1. Factores de riesgo para deterioro cognitivo leve

Existen factores de riesgo que pueden ser modificables y otros que no se pueden modificar para deterioro cognitivo. La edad es el principal factor conocido de riesgo de sufrir deterioro cognitivo, la demencia no es una consecuencia natural o inevitable del proceso de envejecimiento (OMS, 2016, pág.4). En la siguiente tabla se presentan los factores de riesgo del deterioro cognitivo y demencia:

Tabla 17. Factores de riesgo de deterioro cognitivo leve y demencia

Factores de riesgo no modificables	Factores de riesgo susceptibles de modificar
Edad Sexo Genotipo	-Estilos de vida relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles (dietas desequilibradas, tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, sedentarismo, así como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, obesidad)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 50 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

	-Depresión en edad madura, bajo nivel de instrucción, aislamiento social, inactividad cognitiva -Déficits sensoriales (visual y auditivo) -Procesos de duelo (pérdidas significativas)
--	--

Fuente: Tomado y adaptado de OMS (2016) Proyecto de Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia, pág.4.

7.2.2. Diagnóstico del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo leve también es conocido como trastorno neurocognitivo menor. El criterio clínico para su diagnóstico debe incluir 4 elementos centrales:

- Defecto cognitivo que refleja un cambio cognitivo (evidencia de declinación observada en el tiempo) reportado por el propio sujeto o un familiar (que conozca bien a la persona con la queja de memoria, que corrobore los síntomas, y el tiempo de evolución).
- Evidencia objetiva de deterioro en uno o más dominios cognitivos, típicamente incluyendo la memoria (Ver recuadro 3).
- Preservación de la independencia en las capacidades funcionales. No debe existir evidencia de un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional.
- Ausencia de demencia (Fuentes, 2018, p. 226).

La aplicación del énfasis de la persona adulta mayor constituye una herramienta para la sospecha del diagnóstico. En caso de identificar riesgo por deterioro cognitivo, se debe realizar la historia clínica y examen físico completo (énfasis en el aspecto neurológico) y examen mental. La evaluación del estado mental es la evaluación de las funciones mentales superiores como memoria y sus subtipos, las funciones ejecutivas, la atención, la orientación, la praxia, el cálculo, las funciones visoespaciales y el lenguaje. Todas estas pueden ser evaluadas en forma individual o mediante instrumentos diseñados para tal fin.

En el recuadro 4, se anotan los dominios cognitivos y aspectos a identificar para la sospecha de deterioro cognitivo en la persona adulta mayor:

Recuadro 4. Dominio cognitivos

Orientación: Indicación del año, mes, día, fecha, estación, ubicación

Registro: Repetición de una lista de palabras sencillas, ej: casa, gato, pan, manzana, etc.

Funciones ejecutivas y visoespaciales:

-Interpretación de refranes o situaciones hipotéticas

-Dibujo de reloj redondo, grande, poner todos los números y que marque por ej: 11:10 o las 8:20

-Copia de figura bidimensional de pentágonos entrelazados

Lenguaje:

-Comprensión de órdenes, nominación de objetos, repetición adecuada

-recitar el máximo número de animales durante un minuto


Atención y memoria de trabajo:

- deletrear palabras hacia atrás

- decir los meses del año hacia atrás

- resta hacia a atrás

Memoria:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 51 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- recordar la lista de palabras utilizada en la evaluación del registro
- historia corta

Fuente: Tomado y adaptado de Miranda y Valerio, 2017. Deterioro cognitivo y demencia. En Tratado de Geriátrica y Gerontología, CCSS-EDNASSS, p. 606.

Si la persona tiene la queja subjetiva de pérdida de memoria que le afecta en sus actividades de vida diaria, falla en la repetición de las tres palabras que se indican, se puede complementar el interrogatorio preguntando por la fecha (hora, día, mes y año, en qué lugar se ubica). Se puede equivocar levemente en la hora y el día, pero no en el mes y el año, errores indican fuertemente deterioro cognitivo.

Debe considerarse que existen condiciones que pueden cursar con deterioro cognitivo y ser este reversible, por lo que es sumamente importante el diagnóstico diferencial con: delirio, depresión, medicamentos (particularmente aquellos con efectos anticolinérgicos), afectaciones nutricionales y metabólicas.

Por último, se deberán realizar exámenes de laboratorio tales como hemograma, pruebas de función renal, electrolitos, pruebas de función hepática, VDRL, TSH, Elisa por VIH, niveles de ácido fólico y niveles de vitamina B12. Otros estudios corresponderán al juicio clínico según sintomatología de la persona. Según criterio clínico, la persona adulta mayor será referida a un nivel de mayor resolución para continuar al abordaje correspondiente.

7.2.2. Conducta por seguir/tratamiento

El DCL es considerado una entidad heterogénea ya que puede ser causado por muchos problemas de salud y no exclusivamente por enfermedades neurodegenerativas y, de hecho, si se lograra identificar una causa tratable la persona con DCL podría mejorar (Fuentes, 2018; Olivera y Pelegrín, 2015).


También, puede suceder que las personas refieran pérdidas de memoria que no cumplen los criterios de demencia y sean diagnosticadas como deterioro cognitivo leve. Algunos de ellas desarrollarán un tipo de demencia degenerativa (especialmente enfermedad de Alzheimer) y otras podrán permanecer durante años en ese estadio poco definido.

Pero no puede obviarse que el DCL genera malestar y preocupación en las personas, en sus familiares y cuidadores, por lo que su tratamiento debe dirigirse tanto a la mejora de los síntomas relacionados con la pérdida de la memoria, como a la prevención o retraso en la aparición del síndrome de demencia (DCL como estadio previo a la demencia) o su terapéutica (DCL como síntoma de presentación de la demencia) (Olivera y Pelegrin, 2015, p. 45).

Ante la sospecha de deterioro cognitivo, se debe referir a un nivel de mayor resolutivez, a una Clínica de memoria o a especialista de Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátrica, Neurología o Psiquiatría para completar estudios y realizar diagnóstico definitivo.

a. Tratamiento No farmacológico.

Para promover su calidad de vida, la persona necesita recibir respeto, validación, aceptación, afecto, paciencia, ánimo y ayuda para mantener su iniciativa, su autonomía e independencia, estar ocupada

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 52 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

en actividades y roles significativos, hacer una vida lo más normal posible y seguir disfrutando de sus derechos (Bermejo, 2015, p.11).

El tratamiento no farmacológico está dirigido a implementar medidas para modificar el estilo de vida:

- Estimulación cognitiva. Enlentece la progresión del deterioro cognitivo. Es posible que las actividades cognitivas estimulen la tasa de desarrollo de nuevas neuronas.
- Realización de actividad física y alimentación saludable.
- El nivel educativo y el aprendizaje a lo largo de la vida se asocian con una disminución en el riesgo de demencia y, en caso de presentarse la enfermedad, tienen un mayor efecto compensador en las fases iniciales (reserva cognitiva) (Olivera y Pelegrín, 2015).
- Práctica de pasatiempos como la cocina, jardinería, manualidades, entre otros.
- Control de los factores de riesgo vascular como la hipertensión arterial, la diabetes, la dislipidemia, el uso del tabaco y la obesidad.
- Mantenimiento de las relaciones sociales con el grupo familiar y mediante la participación en grupos sociales de la comunidad.
- Intervención social y/o psicológica si la persona se encuentre en proceso de duelo, depresión o problemática social. Así mismo, referir a Trabajo Social al cuidador principal y a la red primaria de apoyo con el fin de que se trabaje con ellos la organización del holón familiar y prevenir el síndrome del cuidador quemado que lleve a que la persona adulta mayor pueda vivir situaciones de violencia.


b. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico va dirigido a la causa que provoca el deterioro, por eso es tan importante determinar los factores causales que pueden o no ser tratados. Hasta el momento no existe un medicamento que cuente con suficiente evidencia para decir que detiene el deterioro cognitivo

7.3. Demencia

A diferencia del deterioro cognitivo leve, la demencia es un trastorno neurocognitivo mayor que implica una afectación a la funcionalidad de la persona. Interfiere con la independencia para realizar las actividades cotidianas, incluido el funcionamiento ocupacional, doméstico o social (DynaMed, 2018). Según Miranda y Valerio (2017),

la demencia es una condición médica, degenerativa en la mayoría de los casos, aunque también puede ser de origen vascular, metabólica o postraumática. Sus causas incluyen enfermedades neurodegenerativas, vasculares, metabólicas, tóxicas, postraumáticas, infecciosas, mixtas y misceláneas. Es progresiva e irreversible en la gran mayoría de casos y se caracteriza por amnesia y al menos otro déficit cognitivo, como afasia, apraxia, agnosia y disfunción ejecutiva, que representa un decline respecto al funcionamiento basal previo y que es de suficiente intensidad como para interferir con el funcionamiento normal del paciente y que le impide ser capaz de vivir solo (p.600, 602).

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 53 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

7.3.1. Diagnóstico de demencia

El diagnóstico es clínico. La primera fase del abordaje busca determinar si la persona mayor ha sufrido una afectación en su memoria, orientación, habla y lenguaje, y si esto ha afectado su funcionalidad (OMS, 2017, pág. 14).


La historia de la enfermedad actual debe contar con datos como fecha aproximada de inicio, forma de instauración y/o progresión, presencia o ausencia de otros síntomas asociados o desencadenantes. Generalmente inicia con un deterioro del funcionamiento previo con afección en las capacidades básicas de autocuidado e independencia y posteriormente presenta una pérdida importante de la capacidad verbal, comprensión, incontinencia, pérdida de la capacidad funcional. Por último, pérdida de la capacidad de mantener la cabeza erguida, y reconocer la comida.

En la exploración física se deben descartar demencia de etiología no neurodegenerativa: la exploración del sistema cardiovascular, presencia de signos de patología hepática o tiroidea, valoración neurológica Según lo establece la Organización Panamericana de la Salud (2017), las manifestaciones comunes de la demencia incluyen lo siguiente:

- Disminución o problemas de la memoria (olvidos graves) y la orientación (se pierde la conciencia de la hora, del día de la semana, mes, año el lugar y la persona)
- Problemas conductuales o del estado de ánimo, como apatía (parece no interesarse en nada) o irritabilidad
- Pérdida de control emocional: la persona se molesta fácilmente, esta irritable o llorosa
- Dificultad para llevar a cabo actividades usuales del trabajo, domésticas o sociales

Para hacer el diagnóstico de posible demencia se deben tener en cuenta los criterios de demencia del Manual DSM-V:

Recuadro 5. Criterios diagnósticos de Demencia según manual del DSM V	
A.	<p>Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:</p> <p>-Atención compleja (atención continua, atención dividida, atención selectiva, velocidad de procesamiento): - Dificultad en entornos con múltiples estímulos (televisión, radio, conversaciones) Cualquier cosa que suceda en su entorno lo distrae fácilmente</p> <p>-Dificultad para retener información nueva: recordar números de teléfono, direcciones Incapaz de hacer cálculos mentales.</p> <p>-Función ejecutiva (planificación, toma de decisiones, memoria de trabajo, respuesta a la retro alimentación o correcciones errores, inhibición/hábitos predominantes, flexibilidad mental): Abandono proyectos complejos. Se tiene que centrar en una tarea a la vez. Requiere ayuda para actividades instrumentales de la vida cotidiana o tomar decisiones.</p> <p>-Aprendizaje y memoria (memoria inmediata, memoria reciente, memoria de muy largo plazo: Se repite en una conversación, a menudo dentro de la misma conversación. No es capaz de seguir una lista breve de artículos para comprar o de planes para el día. Necesita recordatorios frecuentes que le orienten en la tarea que está haciendo</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 54 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

-Lenguaje (lenguaje expresivo y lenguaje receptivo: Dificultades significativas con ambos lenguajes Cuando el trastorno es grave puede que no recuerde ni los nombres de los amigos íntimos o de la familia. Ecolalia, habla automática, mutismo. (Afasia)

-Habilidades perceptuales motoras (incluye las habilidades denominadas con los términos percepción visual, habilidades visuoespaciales, perceptuales motoras, praxis y gnosia): dificultades severas con actividades que le eran familiares, desenvolverse en entornos familiares, a menudo confuso en la penumbra (apraxia, agnosia)

-Reconocimiento social (reconocimiento de emociones): Comportamientos alejados de lo socialmente aceptable

-Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas

-Declive en el desempeño neuropsicológico

B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Fuente: Adaptado de López y Agüera. (2015) Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. p3-14 y Asociación Americana de Psiquiatría (2014) Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5.

Se deben solicitar algunos exámenes de laboratorio complementarios a la evaluación clínica, para descartar causas de deterioro cognitivo secundario, la cual se debe tratar primero y luego reconsiderar el tamizaje cuando la condición detectada esté resuelta.

En un nivel de mayor resolutivez se le puede realizar estudio de neuroimagen como tomografía axial computarizada sin medio de contraste, lo cual no tiene la finalidad de hacer diagnóstico de ninguna entidad en particular, pero permite descartar otras patologías como enfermedad cerebrovascular, hidrocefalia, hematomas subdurales o datos indirectos que sugieran un tumor cerebral (Miranda y Valerio, 2017, p. 608).

7.3.2. Conducta a seguir/Tratamiento


Ante la sospecha de demencia, se debe referir a un nivel de mayor resolutivez, a una Clínica de memoria o a especialista de Medicina Familiar y Comunitaria, Geriatría, Neurología o Psiquiatría para completar estudios y realizar diagnóstico definitivo.

a. Tratamiento no farmacológico

El manejo del síndrome demencial y sus complicaciones es principalmente no farmacológico y en forma obligatoria involucra al binomio persona con demencia/cuidador. Se debe tener claro que el bienestar del cuidador es el bienestar de la persona mayor con demencia, por lo que desde la primera consulta hay que identificar quién es el cuidador principal y motivarlo a asistir a las citas en forma periódica. Se debe considerar la referencia a Trabajo Social, para identificar red de apoyo y entorno; a psicología y nutrición, según criterio clínico.

A continuación, se brindan una serie de recomendaciones para la persona con demencia o con sospecha de demencia, sus familiares y persona cuidadora:

- Promover la socialización mediante la asistencia a grupos y actividades en la comunidad.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 55 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- Los familiares y cuidadores deben brindar orientación frecuente y una comunicación constante, directa y sencilla.
- Establecer una rutina diaria, incluyendo de micción y defecación para evitar la incontinencia y evite los cambios repentinos
- Realizar las adaptaciones necesarias al espacio físico para procurar la mayor accesibilidad posible y evitar accidentes en el hogar.
- Estimule la memoria: recordar experiencias pasadas, pensamientos recientes
- Motivar a la persona mayor a realizar actividad física y recreativa.
- Promover la autonomía y la independencia el mayor tiempo posible para la realización de las actividades de la vida diaria e incorpore a la persona mayor en el mantenimiento y en las decisiones del hogar.
- Respetar los deseos, gustos y preferencias de la persona mayor y vigile por signos de frustración al realizar tareas complejas.
- Utilice la distracción, en lugar de la confrontación ante los cambios de conducta.
- Determinar el grado de apoyo social y económico de la familia; las barreras al uso de los sistemas de apoyo, educación a la persona cuidadora sobre la enfermedad y su terapia. Vigilar señales de alarma de agotamiento físico y emocional de la persona cuidadora.
- Brindar educación en salud a las personas cuidadoras y familiares respecto a los derechos de la persona con demencia.

b. Tratamiento Farmacológico

El manejo farmacológico de la demencia ha pretendido resolver dos principales frentes:


Hasta el momento no existe tratamiento farmacológico que cure o detenga la progresión de la demencia en ninguna de sus etiologías. El tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular es considerado como parte de las medidas terapéuticas indirectas de la demencia, tanto para el tipo vascular como la Enfermedad de Alzheimer. Además de evitar la utilización de medicamentos con efecto anticolinérgico y la polimedicación.

Para el manejo de los trastornos cognitivos-conductuales asociados, el abordaje principal es no farmacológico. Primero se debe de identificar el o los factores desencadenantes del trastorno conductual y buscar resolverlo o evitarlo.

Para el tratamiento de la depresión asociada a demencia, apatía, agitación, deambulación, conductas estereotipadas y los problemas de hipersexualidad se recomienda el uso de Fluoxetina (inhibidor de la recaptura de Serotonina)

En caso de alucinaciones y comportamiento violento se puede considerar el uso de antipsicóticos como el Haloperidol, por corto plazo. En el caso de que el paciente tenga alguna indicación de uso de benzodiacepinas, se debe preferir las de acción intermedia como el Lorazepam.

Se debe evitar al máximo la polifarmacia, haciendo uso racional de los medicamentos. Puede ser necesaria la referencia a un nivel de mayor complejidad para readecuación del tratamiento, especialmente en sustancias psicoactivas.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 56 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

7.3.3. Seguimiento

Se recomienda dar seguimiento a la persona adulta mayor con deterioro cognitivo o demencia una vez cada 6 meses en por parte del EBAIS; sin embargo, según multimorbididades el seguimiento puede ser más frecuente. En casos necesarios la frecuencia del seguimiento puede ser menor. En la visita por parte del ATAP se puede aprovechar para evaluar por signos de violencia intrafamiliar, uso inadecuado de los medicamentos, entre otros riesgos.


7.4. Códigos CIE-10 para el registro de los diagnósticos en el EDUS

A continuación, se ofrecen los códigos de clasificación más frecuentes asociados a este tema:

Tabla 18. Diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados con el deterioro cognitivo y demencia

Patología	Código
Trastorno cognoscitivo leve	F06.7
Demencia en la enfermedad de Alzheimer F000 Demencia enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano (g30.0+) F001 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo tardío (g30.1+) F002 Demencia enfermedad de Alzheimer, atípica o de tipo mixto (g30.8+) F009 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificado (g30.9+)	F00.0 - F00.9
Demencia vascular F010 Demencia vascular de comienzo agudo F011 Demencia vascular por infartos múltiples F012 Demencia vascular subcortical F013 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical F018 Otras demencias vasculares F019 Demencia vascular, no especificada	F01.0 - F01.9
Demencia en otras enfermedades F020 Demencia en la enfermedad de pick (g31.0+) f021 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-jakob (a81.0+) f022 Demencia en la enfermedad de Huntington (g10+) f023 Demencia en la enfermedad de Parkinson (g20+) f024 Demencia enfermedad por virus inmunodeficiencia humana [vih](b22.0+) f028 Demencia otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte	F02.0 - F02.9
Demencia no especificada	F03.X

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Panamericana de la Salud (2015).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 57 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

8. DEPRESION

Punto de buena práctica clínica

Interrogar: ¿Ha perdido el interés para hacer las cosas que hacía antes? ¿Se ha sentido triste o sin esperanza?

8.1. Definición

La depresión no es parte del proceso de envejecimiento normal. Afecta la capacidad funcional y física de las personas adultas mayores, colocándolas en un estado de vulnerabilidad que puede incluso poner en riesgo su vida. Las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas y funcionales pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, entre otras (Ávila-Funes, Melano-Carranza, Payette y Amieva, 2007).

La depresión se define como:

Un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y de satisfacción por las actividades cotidianas; tales como desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En la persona adulta mayor se caracteriza por su persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad (Secretaría de Salud de México, 2011, p. 10).

Los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay otra causa que lo estén provocando, o secundarios, cuando están provocados por otras afecciones, como por ejemplo en el curso de una enfermedad crónica.


8.2. Factores Predisponentes para depresión

Los factores predisponentes para la depresión son los siguientes:

Figura 9. Factores predisponentes para la depresión



Fuente: Elaboración propia. 2020

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 58 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

Además, se debe considerar otros factores como los medicamentos que pueden provocar o exacerbar depresión en la persona adulta mayor. A continuación, se detallan dichos fármacos:

Tabla 19. Fármacos que pueden provocar o exacerbar depresión en la persona adulta mayor


Fármacos			
Beta-bloqueadores (propranolol)	lipofílicos	Benzodiacepinas	Suplementación de vitamina B
Digoxina		Carbamazepina	Reserpina
Diuréticos tiazídicos		Fenitoína	Alfa metil dopa
Antipsicóticos (haloperidol, risperidona, olanzapina)		Metoclopramida	Clonidina
Levodopa	(haloperidol,	Ranitidina	IECA
Bromocriptina	risperidona, olanzapina)	Quimioterapia	Corticoides
Alcohol		Hipolipemiantes	Neurolépticos
Bloqueadores canales de calcio		Interferón	Anticolinérgicos
		AINE	Levo dopa

Fuente: Elaboración propia, 2020

Entre los factores protectores de la depresión, se encuentran las redes sociales de apoyo efectivas, participar en actividades compartidas con familia o amigos y la realización de actividad física (IMSS, 2011).

Los criterios diagnósticos para la depresión mayor se describen en el siguiente recuadro:

Recuadro 6. Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor según DSM-V
<p>A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un mismo período de 2 semanas, que representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el propio sujeto u observan los demás) 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (pueden ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o la observación por otras personas) 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a la morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 59 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno específico o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5; Instituto Mexicano de Seguro Social, 2011.

8.3. Diagnóstico diferencial

Algunas condiciones subyacentes pueden causar episodios depresivos, entre las que destacan la demencias, delirio, hipotiroidismo, eventos vasculares cerebrales y enfermedades del tejido conectivo. El abuso de sustancias, los trastornos esquizoafectivos y psicóticos puede imitar los síntomas depresivos. Es necesario recordar que en este grupo de edad no siempre los síntomas depresivos son claros y puede no manifestarse anhedonia.

Síntomas somáticos como el insomnio, la alteración del apetito, pérdida o ganancia de peso, falta de energía, fatiga, dolor crónico, estreñimiento, dolores musculoesqueléticos, síndrome de intestino irritable, pérdida de interés sexual, dificultades en la memoria y la cognición podrían ser la expresión atípica de un trastorno depresivo. Se debe tener presente que en las personas adultas mayores puede presentarse, los signos y síntomas, en forma atípica.

Laboratorio y pruebas especiales


No existe una prueba diagnóstica definitiva y el pilar para el diagnóstico es la historia clínica. Ante la sospecha clínica se sugiere medir la concentración plasmática de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) asociado a una sospecha clínica de hipotiroidismo, solicitar un hemograma, un perfil de química sanguínea y una velocidad de sedimentación globular para descartar otras causas según la orientación clínica.

8.4. Conducta a seguir/Tratamiento

a. Tratamiento no farmacológico

En la persona adulta mayor con diagnóstico de depresión debe considerarse el tratamiento no farmacológico enfocado en:

- Actividades de psicoeducación: proporcionar un mayor conocimiento y comprensión de la enfermedad, fomentar la responsabilidad de su tratamiento y un papel activo en el proceso terapéutico (Aragónés, et.al. 2012).
- Abordaje de los factores psicosociales estresantes actuales
- Valoración de redes sociales de apoyo, brindar soporte individual y familiar.
- Estimular el ejercicio físico regular o bien el aumento en la actividad física diaria según las preferencias y posibilidades de la persona mayor
- Promover la alimentación saludable
- Motivar a la persona adulta mayor a participar en grupos de la comunidad.
- Atención multidisciplinaria cuando sea necesario según criterio clínico.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 60 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

b. Tratamiento Farmacológico

En la depresión leve pueden considerarse otras estrategias terapéuticas antes que los fármacos antidepresivos, pero aquellos con antecedentes de episodios moderados o graves, presencia de otras enfermedades médicas o multimorbilidad asociadas, se recomienda el empleo de fármacos.

El tratamiento para depresión mayor de primera elección es el inhibidor de la recaptura de serotonina ISRS (Fluoxetina):

- Se debe iniciar el tratamiento con una dosis de 20 mg diarios por 4 a 6 semanas y se valora tolerancia y respuesta al tratamiento.
- Si hay tolerancia y respuesta al tratamiento se continua con la dosis indicada por 4 meses.
- Si hay tolerancia, pero no respuesta se aumenta gradualmente la dosis hasta un máximo de 80 mg. Referir a psiquiatría o geriatría si no hay tolerancia al tratamiento o no hay respuesta con dosis de 60 a 80 mg.

En las personas adultas mayores no se deben utilizar los antidepresivos tricíclicos.

El inicio del tratamiento antidepresivo debe ser gradual, empezando con la mínima dosis recomendada durante una semana y de acuerdo con la respuesta y presencia de efectos secundarios, incrementar gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima. Debe tenerse presente el monitoreo de la respuesta renal y hepática, ya que las personas mayores son sensibles a dosis bajas y los efectos adversos pueden presentarse en el uso concomitante con otros fármacos.

Es importante informar a la persona adulta mayor, sus familiares y/o cuidadores que el inicio de la mejoría empieza generalmente en la primera o segunda semana de tratamiento y la falta de respuesta a las 4-6 semanas.


8.5. Seguimiento

En las personas que no reciben tratamiento farmacológico, lo recomendable es darle seguimiento constante y en el corto plazo (dos semanas como mínimo).

Aquellas personas adultas mayores tratadas ambulatoriamente con fármacos antidepresivos deberán ser valorados en 8 días una vez instaurado el tratamiento. En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión. En pacientes con más de dos episodios previos, el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión. El pronóstico de la depresión mejora cuando se inicia el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico de manera temprana.

Criterios de referencia a un nivel mayor de resolutivez

- Urgente: ideación suicida, intento suicida. (Ver recuadro 7)
- Casos graves donde el manejo se dificulta por no contar con los recursos necesarios.
- Después de 6 meses de tratamiento recomendado exista falta de respuesta.
- Todo paciente con depresión mayor y presencia de síntomas psicóticos.
- Pacientes con recidiva de la depresión.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 61 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

- Personas adultas mayores con otros síntomas asociados a pérdida de capacidad funcional debe referirse a Medicina Familiar o Geriátrica.

RECUADRO 7. Riesgo de suicidio en personas adultas mayores

La conducta suicida en la persona adulta mayor se suele dar con mayor frecuencia como un acto consumado en personas de mayor edad. Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, desesperanza y trastornos comórbidos como ansiedad, abuso de alcohol y otras drogas.

La historia clínica de una persona adulta mayor con sospecha de depresión deberá indagarse siempre por los intentos autolesivos: pensamientos, planes o actos de autolesión

Otros factores psicosociales que se deben considerar en el riesgo suicida

- situación de soledad y aislamiento afectivo
- imposibilidad real de reponer el objeto perdido: muerte de familiares y amigos
- jubilación, deterioro económico y pérdida de estatus y roles
- carencia de soporte familiar, institucional o social
- impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes

Fuente: Tomado y adaptado de Vidal (1999) Factores de Riesgo Suicida. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Vol. 8, Nº 2, págs. 103 a 112.


8.6. Códigos CIE-10 para el registro de los diagnósticos en énfasis EDUS

A continuación, se ofrecen los códigos de clasificación más frecuentes asociados a este tema:

Tabla 20. Diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados con depresión

Patología	Código
Episodio depresivo leve	F32.0
Episodio depresivo moderado	F32.1
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	F32.2
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	F32.3
Otros episodios depresivos	F32.8
Episodio depresivo, no especificado	F32.9
Trastorno Depresivo	F33.0 - F33.9
F330 Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente	
F331 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	
F332 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	
F333 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos	
F334 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	
F338 Otros trastornos depresivos recurrentes	
F339 Trastorno depresivo recurrente, no especificado	
Trastornos del Humor	F34.0 - F34.9
F340 Ciclotimia	
F341 Distimia	
F348 Otros trastornos del humor [afectivos], persistentes	
F349 Trastorno persistente del humor [afectivo], no especificado	

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Panamericana de la Salud (2015).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 62 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

9. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA PERSONA ADULTA MAYOR

Punto de buena práctica clínica

Interrogar: ¿Usa usted más de 5 medicamentos recetados por el médico? ¿Usa usted otros medicamentos? (Incluyendo medicamentos “privados” y /o medicina alternativa).

9.1. Introducción

La terapéutica farmacológica de las personas adultas mayores continúa planteando importantes retos durante el acto de la prescripción en esta población:

- El principal es la heterogeneidad de las personas mayores, la diversidad de características (fisiopatológicas, sociales, económicas, culturales, etc.) condiciona para una importante variabilidad individual que impide generalizar conceptos y dificulta la extrapolación de los datos obtenidos en grupos de población reducidos y concretos.
- La progresiva declinación del funcionamiento de los sistemas corporales producidos por el proceso de envejecimiento produce cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, en diferente grado según la persona.
- Coexistencia de múltiples multimorbididades en un mismo paciente, que a su vez propicia el incremento en el número de fármacos consumidos, durante periodos más prolongados, lo que condiciona el aumento en la posibilidad de reacciones adversa medicamentosas.
- Los factores de índole social y emocional pueden incidir directamente en el cumplimiento terapéutico y en la automedicación, especialmente cuando se presentan enfermedades crónicas.


Recuadro 8. Polimedicación en personas adultas mayores

Aunque hasta la fecha no hay una definición totalmente aceptada, entenderemos por polimedicación la utilización de múltiples medicamentos (5 o más, bajo prescripción o no) por un mismo paciente. Es menos frecuente que se utilicen criterios cualitativos (Masnon, Shakib, Kalisch y Caughey, 2017), que son más importantes, puesto que una persona mayor puede tomar 5 o más fármacos y estar correctamente indicados (polifarmacia difícilmente evitable). Lo realmente importante es tratar de suprimir la polifarmacia evitable (Hoyos, et.al., 2018). La polimedicación en las personas adultas mayores ha sido identificada como el principal factor relativo a la seguridad en el uso de los medicamentos: reacciones adversas, interacciones y falta de adherencia al tratamiento.

Fuente: DynaMed. Polifarmacia en la persona adulta mayor (2018). Masnon, Shakib, Kalisch y Caughey. What is polypharmacy? (2017). Hoyos et.al., 2018, Actividades preventivas en los mayores.

Se considera prescripción potencialmente inadecuada (PPI) cuando:

- Se emplea un fármaco con mayor frecuencia o duración de lo aconsejado
- Si su uso conlleva mayor riesgo de sufrir un evento adverso frente a su beneficio clínico,
- Si se utilizan fármacos con elevado riesgo de interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad,
- Si se emplean fármacos duplicados o de la misma clase,

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 63 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- Si se omite su uso estando indicado según evidencia clínica (Rodríguez, Alvarez, Villalibre-Calderón, Junquera-Alonsoc y Alonso-Lorenzo, 2019).

La disminución de la polifarmacia es un desafío clínico clave para la atención de las personas mayores. Los medicamentos que se deben prescribir por un período intermedio (más de 3 meses, pero no indefinidamente) que no se suspenden adecuadamente podrían contribuir a la polifarmacia.

Llamamos a este tipo de prescripción, heredada. Los medicamentos comúnmente recetados con potencial de prescripción heredada incluyen antidepresivos, bifosfonatos e inhibidores de la bomba de protones (Mangin, et.al, 2018). Por eso es sumamente importante la revisión periódica y actualización de los medicamentos que ingiere la persona mayor.

Diversos consensos de expertos han elaborado listas de medicación inapropiada. Los más conocidos son los criterios STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions), START (Screening Tool to Alert to Right Treatment) son criterios explícitos de procedencia europea que facilitan la revisión de la medicación en personas mayores con multimorbilidad en la mayoría de los entornos clínicos.


STOPP-START: si bien las herramientas se propusieron por separado, posteriormente se publican juntas y la Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea ha asumido su desarrollo. La más reciente actualización se encuentra en el siguiente enlace: <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1697676>

Desde 2011, la American Geriatrics Society ha sido el patrocinador de los criterios BEERS (procedencia Estados Unidos) y ha producido actualizaciones cada 3 años. Los criterios BEERS son una relación consensuada de medicamentos, mediante consulta a expertos en geriatría, enfermería, farmacología geriátrica, psicofarmacología y Farmacoepidemiología.

La metodología utilizada implica la revisión sistemática de la literatura científica basada en evidencia. Estos criterios se han venido utilizando para describir patrones de tratamiento, educar e informar a los clínicos y para evaluar estudios de intervención con el fin de disminuir los problemas relacionados con los medicamentos en personas adultas mayores. A pesar de no sustituir en ningún caso el criterio médico, la aplicación de los criterios de BEERS ha supuesto la posibilidad de utilización de un instrumento de gran valor en la mejora de la seguridad de la terapia farmacológica. Permiten la identificación de medicamentos inapropiados, para una posterior puesta en marcha de programas de mejora en la seguridad de la prescripción.

Los criterios BEERS para 2019 comprenden 30 fármacos o clases de fármacos que se deben evitar en personas adultas mayores en general y 40 fármacos o clases de fármacos que se han de utilizar con cautela o evitar en algunos pacientes con determinadas enfermedades o trastornos. Se añadieron dos criterios en respuesta al agravamiento de la crisis de opioide: no prescribir opioides con benzodiacepinas o gabapentinoides.

Cada uno de los cinco tipos de criterios en la actualización de 2015 se mantuvieron en esta actualización de 2019:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 64 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- medicamentos que son potencialmente inapropiados en la mayoría de los adultos mayores (ej.: las sulfonilureas de acción larga (glibenclamida)
- los que normalmente deben evitarse en personas adultas mayores con ciertas afecciones
- medicamentos que deben usarse con precaución (ej.: tramadol)
- interacciones fármaco-fármaco potencialmente graves: (ej.: opioides y gabapentinoides; ciprofloxacino y teofilina debido al incremento de la toxicidad de teofilina)
- ajuste de dosis de fármaco basado en la función del riñón (ej.: trimetoprima-sulfametoxazol)


Lo indicado en los criterios BEERS son recomendaciones no sustituye el criterio clínico, pues: la selección individual del medicamento y la consecuente prescripción obedecen a un diagnóstico definido (binomio diagnóstico-tratamiento) e implica optar por la mejor propuesta terapéutica fundamentada en evidencia científica.

9.2. Recomendaciones

El principal objetivo consiste en mantener a la persona adulta mayor en tratamiento con el menor número de fármacos posibles (empleando dosis adecuadas), para mejorar el cumplimiento y disminuir el riesgo de aparición de reacciones adversas e interacciones. Para lo cual se deberá:

- **Establecer un diagnóstico preciso, previo al tratamiento.** Los síntomas de la persona adulta mayor pueden deberse a malnutrición, anomalías dentales, falta de contacto social o al uso inadecuado (o abuso) de los medicamentos.
- **Realizar una historia farmacológica detallada.** Es un aspecto especialmente importante en la atención a las personas adultas mayores.
- **Conocer la farmacología de los medicamentos prescritos.** La capacidad para utilizar racionalmente un medicamento mejora considerablemente con un conocimiento adecuado de: su vía de eliminación, vida media, grado de unión a proteínas y potencial de interacciones, acción farmacológica y efectos adversos.
- **Utilizar dosis bajas,** en caso necesario se incrementarán gradualmente hasta que se consiga el efecto terapéutico buscado, o aparezcan efectos adversos. Las personas adultas mayores presentan una mayor sensibilidad frente a las acciones de los fármacos que actúan a nivel del sistema nervioso central, por lo que las dosis utilizadas de agentes psicoactivos en estos pacientes deben ser –de forma rutinaria- menores que las usuales en sujetos más jóvenes. La determinación de los niveles plasmáticos puede aportar información de utilidad para mejorar la seguridad al utilizar ciertos medicamentos, cuyo uso se asocia efectos adversos potencialmente graves, al presentar un estrecho margen terapéutico: digoxina, teofilina, antibióticos aminoglucósidos, antiarrítmicos, entre otros.
- **Simplificar el régimen terapéutico.** Las personas mayores con déficits de memoria o visuales pueden encontrar dificultades para seguir adecuadamente un tratamiento farmacológico complejo.

Algunas recomendaciones prácticas para la prescripción de medicamentos en personas adultas mayores son:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 65 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- Prescribir únicamente los medicamentos que justifiquen una indicación para su uso.
- Preferir la administración de fármacos vía oral
- Prescripción de medicamentos de acuerdo con los cambios farmacocinéticos presentes en la persona adulta mayor, esto incluye los cambios a nivel hepático y renal.
- Considerar las dosis de los fármacos que son metabolizados por hígado
- Ajuste la dosis con el aclaramiento de la creatinina para los fármacos que se excretan por riñón, esta consideración también se aplica para los que sufren de metabolismo hepático y sus metabolitos son farmacológicamente activos. Fórmula de Cockcroft-Gault, que es en realidad una estimación de creatinina y se considera adecuada para la corrección de las dosis en las personas mayores:

$$\text{VFG (ml/min)} = \frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso corporal (Kg)} \times 0.85 \text{ (si es mujer)}}{\text{Cr(mg/100ml)} \times 72}$$

- Si una persona tiene dificultad para comprender la información sobre su esquema de tratamiento se debe incluir otra persona que sea responsable para promover un uso seguro de los medicamentos (Timby, 2013).
- En PAM con escolaridad baja, déficit cognitivo, déficit visual y / o auditivo, o que viven solas es importante indagar sobre su red de apoyo social, con el objetivo de lograr una adecuada adherencia al tratamiento, así como realizar una revisión constante de su medicación.
- Es recomendable que las PAM lleven siempre una lista actualizada de los medicamentos que utilizan en su bolso o billetera que incluya la dosis y frecuencia con la cual se debe ingerir la medicación (Timby, 2013).
- La persona adulta mayor con dificultad para la deglución causada por diferentes patologías como enfermedad cerebrovascular, parkinson, demencia, entre otras; se debe tomar en cuenta para la forma farmacéutica a prescribir (líquido, suspensión, cápsulas, tabletas, inyectable, etc).
- En caso de presentar xerostomía se puede recomendar beber un poco de agua antes de tomar la medicación para evitar que los medicamentos se adhieran a las estructuras internas de la boca (Timby, 2013).
- Solicitar a la persona mayor que repita las instrucciones del uso de medicamento para asegurarse que ha comprendido la información o bien corregir errores.
- Facilitar en la medida de lo posible instrucciones escritas sobre su tratamiento farmacológico.
- Coordinar con el Servicio de Farmacia la posible referencia de pacientes con condiciones especiales entre ellas: polifarmacia, falta de adherencia al tratamiento, patologías descompensadas de difícil control, a la consulta de atención farmacéutica.
- Considerar referencia a la disciplina de trabajo social o psicología según se considera necesario.

Los 10 pasos esenciales en la farmacoterapia en la persona adulta mayor se presentan en la siguiente figura:


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 66 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Figura 10. Pasos esenciales en la farmacoterapia en la persona adulta mayor

LOS DIEZ PASOS ESENCIALES EN LA FARMACOTERAPIA DE LA PERSONA MAYOR

DECÁLOGO DE UNA BUENA PRESCRIPCIÓN



1

Hacer una lista completa de los medicamentos del paciente.

La mejor forma es pedirle al paciente que traiga a la consulta TODOS los medicamentos que consume, ya sean prescritos o automedicados.

2

Identificar la indicación clínica de cada medicamento.

De esta forma se puede diferenciar entre aquellos medicamentos cuya indicación sigue vigente y aquellos que corresponde dejar de tomarlos.

3

Identificar los fármacos potencialmente inadecuados en personas mayores.

Se recomienda utilizar el criterio STOPPP. Si alguna persona estuviera consumiendo alguno de los medicamentos allí descritos, el médico deberá evaluar el riesgo vs el beneficio para tomar la decisión de seguir o interrumpir la medicación.

4

Prevenir las reacciones adversas por retiro inadecuado de fármaco.

Si ha decidido suspender un medicamento, antes de hacerlo debe analizar las reacciones adversas (síntomas) asociados a su suspensión inadecuada (RARM).

5

Identificar las interacciones medicamentosas clínicamente relevantes.

La información sobre interacciones medicamentosas se encuentra online en Medscape.com/druginfo/druginterchecker. De no tener acceso a internet, pueden siempre consultarse las 10 interacciones farmacológicas más frecuentes.

6

Evitar el fenómeno de la "cascada de la prescripción".

La cascada de la prescripción es un patrón de error de prescripción que sigue esta secuencia: a) administración de un medicamento para una enfermedad; b) aparición de un nuevo signo o síntoma que es un efecto adverso del primer medicamento, pero no es interpretado como tal; c) administración de un segundo fármaco.

7

Medir el grado de adherencia previo.

La mayoría de los fracasos en la terapéutica se deben al no cumplimiento de la terapia por parte del paciente. Para detectar la no adherencia se puede usar el cuestionario de Morinsky. Si se detecta la no adherencia se debe definir la causa y trabajar sobre ella, promoviendo la educación sobre el medicamento; simplificando el régimen terapéutico; brindando información escrita sobre la toma del medicamento, explicando el uso del organizador de pastillas, etc.

8

Uso de parámetros para los cálculos de dosis de fármacos.

Administrar las dosis exactas en una de las medidas de prevención de las RAM. Para el cálculo de la posología es necesario tener parámetros como el peso, la talla, y de la depuración estimada de creatinina, especialmente para los fármacos que son eliminados por vía renal.

9

Evitar la infra prescripción.

Combatir la polifarmacia no debe llevarnos al otro extremo de no indicar medicamentos con una indicación clara y una gran efectividad. Se recomienda el uso de los criterios START, que detalla la prescripción de medicamentos a ser considerados para personas mayores de 65 años.

10

Diseñar una hoja de información mínima del paciente.

El paciente no debe salir de la consulta sin recibir su hoja de información mínima, que contiene todos los detalles de la adecuada toma del medicamento suministrado.

Fuente: Oscanoa TJ. Farmacología clínica en geriatría. 1ª Edición. 2006. Editorial CONCYTEC- Perú. Pág. 176.

Fuente: Tomado de Oscanoa (2006). Farmacología clínica en Geriatría. Pág. 176

9.3. Consulta de Atención Farmacéutica

Es la atención dirigida a la persona adulta mayor y/o a su red de apoyo, que brinda el profesional en Farmacia en un consultorio con el uso de instrumentos y metodologías educativas donde se abordan temas de información sobre el tratamiento farmacológico, estrategias de adherencia al tratamiento, estilos de vida saludable y trámites administrativos del servicio de farmacia. Esta atención debe quedar consignada en el expediente clínico de salud.

9.4. Códigos CIE-10 para el registro de los diagnósticos en énfasis EDUS

A continuación, se ofrecen los códigos de clasificación más frecuentes asociados a este tema:




	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 67 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Tabla 21. Diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados con prescripción de medicamentos


Patología	Código
Efectos adversos de antibióticos sistémicos Y400 Efectos adversos de penicilinas Y401 Efectos adversos de cefalosporinas y otros antibióticos beta-lactámicos Y402 Efectos adversos del grupo de cloranfenicol Y403 Efectos adversos de los macrólidos Y404 Efectos adversos de tetraciclinas Y405 Efectos adversos de aminoglucósidos Y406 Efectos adversos de rifampicinas Y407 Efectos adversos de antibióticos antimicóticos usados sistémicamente Y408 Efectos adversos de otros antibióticos sistémicos Y409 Efectos adversos de antibiótico sistémico no especificado	Y40.0 - Y40.9
Efectos adversos de otros antiinfecciosos y antiparasitarios sistémicos Y410 Efectos adversos de sulfonamidas Y411 Efectos adversos de drogas antimicrobianas Y412 Efectos adversos de drogas antipalúdicas y agentes que actúan sobre otros protozoarios de la sangre Y413 Efectos adversos de otras drogas antiprotozoarias Y414 Efectos adversos de antihelmínticos Y415 Efectos adversos de drogas antivirales Y418 Efectos adversos de otros antiinfecciosos y antiparasitarios sistémicos Especificados Y419 Efectos adversos de antiinfecciosos y antiparasitarios sistémicos no especificados	Y41.0 - Y41.9
Efectos adversos de hormonas y sus sustitutos sintéticos y antagonistas no clasificados en otra parte Y420 Efectos adversos de glucocorticoides y análogos sintéticos Y421 Efectos adversos de hormonas tiroideas y sustitutos Y422 Efectos adversos de drogas antitiroideas Y423 Efectos adversos de drogas hipoglucemiantes orales e insulina [antidiabéticas] Y424 Efectos adversos de anticonceptivos orales Y425 Efectos adversos de otros estrógenos y progestágenos Y426 Efectos adversos de antigonadotropinas, antiestrógenos y anti andrógenos, no clasificados en otra parte Y427 Efectos adversos de andrógenos y congéneres anabólicos Y428 Efectos adversos de otras hormonas y sus sustitutos sintéticos, y las no especificadas Y429 Efectos adversos de otras hormonas antagonistas, y las no especificadas	Y42.0 - Y42.9
Efectos adversos de agentes sistémicos primarios Y430 Efectos adversos de antialérgicos y antieméticos Y431 Efectos adversos de antimetabolitos antineoplásicos Y432 Efectos adversos de productos naturales antineoplásicos Y433 Efectos adversos de otras drogas antineoplásicas Y434 Efectos adversos de agentes inmunosupresores Y435 Efectos adversos de agentes acidificantes y alcalinizantes Y436 Efectos adversos de enzimas no clasificadas en otra parte Y438 Efectos adversos de otros agentes sistémicos primarios no clasificados en otra parte Y439 Efectos adversos de agente sistémico primario no especificado	Y43.0- Y43.9
Efectos adversos de agentes que afectan primariamente los constituyentes de la sangre	Y44.0 - Y44.9

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 68 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021


Y440 Y441 Y442 Y443 Y444 Y445 Y446 Y447 Y449	Efectos adversos de preparaciones con hierro y otros preparados contra la anemia hipocrómica Efectos adversos de vitamina b12, acido fólico y otros preparados con la anemia megaloblástica Efectos adversos de anticoagulantes Efectos adversos antagonistas anticoagulantes, vit k y otros coagulantes Efectos adversos drog antitrombóticas [inhibidoras agregación plaquetaria] Efectos adversos de drogas trombolíticas Efectos adversos de sangre natural y productos sanguíneos Efectos adversos de los sustitutos del plasma Efectos adversos de otros agentes que afectan los constituyentes de la sangre, y los no especificados	
	Efectos adversos de drogas analgésicas, antipiréticas e inflamatorias Y450 Efectos adversos de opiáceos y analgésicos relacionados Y451 Efectos adversos de salicilatos Y452 Efectos adversos de derivados del ácido propiónico Y453 Efectos adversos de otras drogas antiinflamatorias no esteroides [daine] Y454 Efectos adversos de los antirreumáticos Y455 Efectos adversos de los derivados del 4-aminofenol Y458 Efectos adversos de otros analgésicos y antipiréticos Y459 Efectos adversos de drogas analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias no especificadas	Y45.0 - Y45.9
	Efectos adversos de drogas antiepilépticas y anti parkinsonianas Y461 Efectos adversos de oxazolidinadonas Y462 Efectos adversos de derivados de la hidantoína Y463 Efectos adversos de desoxibarbitúricos Y464 Efectos adversos de iminoestibenos Y465 Efectos adversos del ácido valproico Y466 Efectos adversos de otros antiepilépticos, y los no especificados Y467 Efectos adversos de drogas anti parkinsonianas Y468 Efectos adversos de drogas anti espásticas	Y46.0 - Y46.9
	Efectos adversos de drogas sedantes, hipnóticas y ansiolíticas Y470 Efectos adversos de barbitúricos, no clasificados en otra parte Y471 Efectos adversos de benzodiazepinas Y472 Efectos adversos de derivados clorales Y473 Efectos adversos de paraldehído Y474 Efectos adversos de compuestos del bromo Y475 Efectos adversos de mezclas sedantes e hipnóticas, no clasificado en otra parte Y478 Efectos adversos de otras drogas sedantes, hipnóticas y ansiolíticas Y479 Efectos adversos de drogas sedantes, hipnóticas y ansiolíticos no especificadas	Y47.0 - Y47.9
	Efectos adversos de gases anestésicos y terapéuticos Y480 Efectos adversos de gases anestésicos por inhalación Y481 Efectos adversos de gases anestésicos parenterales Y482 Efectos adversos de otros gases anestésicos generales, y los no especificados Y483 Efectos adversos de gases anestésicos locales Y484 Efectos adversos de anestésicos no especificados Y485 Efectos adversos de gases terapéuticos	Y48.0 - Y48.5

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 69 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

<p>Efectos adversos de drogas psicotrópicas no clasificadas en otras partes</p> <p>Y490 Efectos adversos de antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos Y491 Efectos adversos de antidepresivos inhibidores de la monoamino oxidasa Y492 Efectos adversos de otros antidepresivos Y493 Efectos adversos de antipsicóticos y neurolépticos fenotiazínicos Y494 Efectos adversos de neurolépticos de la butirofenona y tioxantina Y495 Efectos adversos de otros antipsicóticos y neurolépticos Y496 Efectos adversos de psicodislépticos [alucinógenos] Y497 Efectos adversos de psicoestimulantes con abuso potencial Y498 Efectos adversos de otras drogas psicotrópicas, no clasificadas en otra parte Y499 Efectos adversos de drogas psicotrópicas no especificadas</p>	<p style="text-align: right;">Y49.0 - Y49.9</p>
<p>Efectos adversos de estimulantes del sistema nervioso central, no clasificados en otra parte</p> <p>Y500 Efectos adversos de analépticos Y501 Efectos adversos de antagonistas de opiáceos Y502 Efectos adversos de metilxantinas, no clasificadas en otra parte Y508 Efectos adversos de otros estimulantes del sistema nervioso central Y509 Efectos adversos de estimulante no especificado del sistema nervioso central</p>	<p style="text-align: right;">Y50.0 - Y50.9</p>
<p>Efectos adversos de drogas que afectan principalmente el sistema nervioso autónomo</p> <p>Y510 Efectos adversos de agentes anticolinesterasa Y511 Efectos adversos de otros para simpaticomiméticos [colinérgicos] Y512 Efectos adversos de drogas bloqueadoras ganglionares, no clasificadas en otra parte Y513 Efectos adversos de otros para simpaticolíticos [anticolinérgicos y antimuscarínicos] y espasmolíticos, no clasificados en otra parte Y514 Efectos adversos de agonistas [estimulantes] predominantemente alfa-adrenérgicos, no clasificados en otra parte Y515 Efectos adversos de agonistas [estimulantes] predominantemente beta-adrenérgicos, no clasificados en otra parte Y516 Efectos adversos de antagonistas [bloqueadores] alfa-adrenérgicos, no clasificados en otra parte Y517 Efectos adversos de antagonistas [bloqueadores] beta-adrenérgicos, no clasificados en otra parte Y518 Efectos adversos de agentes bloqueadores neuro-adrenérgicos que actúan centralmente, no clasificados en otra parte Y519 Efectos adversos de otras drogas que afectan principalmente el sistema nervioso autónomo, y las no especificadas</p>	<p style="text-align: right;">Y51.0 - Y51.9</p>
<p>Efectos adversos de agentes que afectan principalmente el sistema cardiovascular</p> <p>Y520 Efectos adversos de glucósidos cardiotónicos y drogas de acción similar Y521 Efectos adversos de bloqueadores del canal del calcio Y522 Efectos adversos de otras drogas antiarrítmicas, no clasificadas en otra parte Y523 Efectos adversos de vasodilatadores coronarios, no clasificadas en otra parte Y524 Efectos adversos de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina Y525 Efectos adversos de otras drogas antihipertensivas, no clasificadas en otra parte Y526 Efectos adversos de drogas antihiperlipidémicas y antiarterioscleróticas Y527 Efectos adversos de vasodilatadores periféricos Y528 Efectos adversos de drogas anti varicosas, inclusive agentes esclerosantes Y529 Efectos adversos de otros agentes que afectan principalmente el sistema cardiovascular, y los no especificados</p>	<p style="text-align: right;">Y52.0 - Y52.9</p>


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 70 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

<p>Efectos adversos de agentes que afectan principalmente el sistema gastrointestinal</p> <p>Y530 Efectos adversos de bloqueadores de los receptores h2 de histamina</p> <p>Y531 Efectos adversos de otras drogas antiácidas e inhibidores de la secreción gástrica</p> <p>Y532 Efectos adversos de laxantes estimulantes</p> <p>Y533 Efectos adversos de laxantes salinos y osmóticos</p> <p>Y534 Efectos adversos de otros laxantes</p> <p>Y535 Efectos adversos de digestivos</p> <p>Y536 Efectos adversos de drogas antidiarreicas</p> <p>Y537 Efectos adversos de eméticos</p> <p>Y538 Efectos adversos de otros agentes que afectan principalmente el sistema gastrointestinal</p> <p>Y539 Efectos adversos de agentes que afectan el sistema gastrointestinal, no especificados</p>	Y53.0 - Y53.9
<p>Efectos adversos de agentes que afectan principalmente el equilibrio hídrico, el metabolismo mineral y el ácido úrico</p> <p>Y540 Efectos adversos de mineralocorticoides</p> <p>Y541 Efectos adversos bloqueadores mineralocorticoides [antagonistas de aldosterona]</p> <p>Y542 Efectos adversos de los inhibidores de la anhidrasa carbónica</p> <p>Y543 Efectos adversos de los derivados de la benzoatiadiazina</p> <p>Y544 Efectos adversos de diuréticos de asa ["high-ceiling"]</p> <p>Y545 Efectos adversos de otros diuréticos</p> <p>Y546 Efectos adversos de agentes electrolíticos, calóricos y del equilibrio hídrico</p> <p>Y547 Efectos adversos de agentes que afectan la calcificación</p> <p>Y548 Efectos adversos de agentes que afectan el metabolismo del ácido úrico</p> <p>Y549 Efectos adversos de sales minerales, no clasificadas en otra parte</p>	Y540 - Y54.9
<p>Efectos adversos de agentes que actúan principalmente sobre los músculos lisos y estriados y el sistema respiratorio</p> <p>Y550 Efectos adversos de drogas oxitócicas</p> <p>Y551 Efectos adversos de relajantes de los músculos estriados [agentes bloqueadores neuromusculares]</p> <p>Y552 Efectos adversos de otros agentes que actúan principalmente sobre los músculos, y no especificados</p> <p>Y553 Efectos adversos de antitusígenos</p> <p>Y554 Efectos adversos de expectorantes</p> <p>Y555 Efectos adversos de drogas contra el resfriado común</p> <p>Y556 Efectos adversos de antiasmáticos, no clasificados en otra parte</p> <p>Y557 Efectos adversos de otros agentes que actúan principalmente sobre el sistema respiratorio, y los no especificados</p>	Y55.0 - Y55.7
<p>Efectos adversos de agente tópicos que afectan principalmente la piel y las membranas mucosas y drogas oftalmológicas, otorrinolaringológicas y dentales</p> <p>Y560 Efectos adversos de drogas antimicóticas, antiinfecciosas y antiinflamatorias de uso local, no clasificadas en otra parte</p> <p>Y561 Efectos adversos de antipruriginosos</p> <p>Y562 Efectos adversos de astringentes y detergentes locales</p> <p>Y563 Efectos adversos de emolientes, demulcentes y protectores</p> <p>Y564 Efectos adversos de drogas y preparados queratolíticos, queratoplásticos y otros para el tratamiento del cabello</p> <p>Y565 Efectos adversos de drogas y preparados oftalmológicos</p> <p>Y566 Efectos adversos de drogas y preparados otorrinolaringológicos</p> <p>Y567 Efectos adversos de drogas dentales, de aplicación tópica</p> <p>Y568 Efectos adversos de otros agentes tópicos</p>	Y56.0 - Y56.9

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 71 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Y569 Efectos adversos de otros agentes tópicos no especificados	
Efectos adversos de otras drogas y medicamentos, y los no especificados Y570 Efectos adversos de depresores de apetitos [anoréxicos] Y571 Efectos adversos de drogas lipotrópicas Y572 Efectos adversos de antidotos y agentes quelantes, no clasificados en otra parte Y573 Efectos adversos de disuasivos del alcohol Y574 Efectos adversos de excipientes farmacéuticos Y575 Efectos adversos de medios de contraste para rayos x Y576 Efectos adversos de otros agentes diagnósticos Y577 Efectos adversos de vitaminas, no clasificadas en otra parte Y578 Efectos adversos de drogas y otros medicamentos Y579 Efectos adversos de drogas o medicamentos no especificados	Y57.0 - Y57.9
Efectos adversos de vacunas bacterianas Y580 Efectos adversos de la vacuna BCG Y581 Efectos adversos de la vacuna tifoidea y paratifoidea Y582 Efectos adversos de la vacuna contra el colera Y583 Efectos adversos de la vacuna contra la peste Y584 Efectos adversos de la vacuna contra el tétanos Y585 Efectos adversos de la vacuna contra la difteria Y586 Efectos adversos de la vacuna contra la tos ferina, inclusive combinaciones con un componente pertusis Y588 Efectos adversos de vacunas bacterianas mixtas, excepto combinaciones con un componente pertusis Y589 Efectos adversos de otras vacunas bacterianas, y las no especificadas	Y58.0 - Y58.9
Efectos adversos de otras vacunas y sustancias biológicas y las no especificadas Y590 Efectos adversos de vacunas virales Y591 Efectos adversos de vacunas contra rickettsias Y592 Efectos adversos de vacunas antiprotozoaria Y593 Efectos adversos de la inmunoglobulina Y598 Efectos adversos de otras vacunas y sustancias biológicas especificadas Y599 Efectos adversos de vacunas o sustancias biológicas no especificada	Y59.0 - Y59.9

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Panamericana de la Salud (2015).

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 72 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

10. PERSONA ADULTA MAYOR EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA (ABUSO Y MALTRATO)

Punto de buena práctica clínica

Interrogar: ¿Vive usted solo?

¿Tiene quien le ayude?

¿Cómo se siente con las personas con las que vive?

10.1. Definición

La violencia hacia las personas adultas mayores es considerada como “una violación de los derechos humanos y una causa de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación” (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2002). Hasta hace poco tiempo, los actos de violencia se ocultaban a la vista del público y se consideraba como un asunto esencialmente privado; en la actualidad son considerados un problema de salud pública.

En el caso de la violencia a las personas adultas mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en la Declaración de Toronto del 2002, la definición de maltrato contra la persona adulta mayor:

La acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión. (p. 3)

Cabe destacar que la incidencia y gravedad de los actos de violencia cometidos a este grupo etario tenderá a aumentar de manera importante en las próximas décadas a medida que la población envejezca, cambien las responsabilidades y relaciones en los cuidados y aumente el número de personas mayores que requiera de cuidados a largo plazo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2007, p.36).

Es por ello, que la institución ha venido fortaleciendo las acciones para la atención a personas adultas mayores en situación de violencia desde la promoción de una cultura de paz, la prevención de eventos, así como en la detección, atención y seguimiento de aquellas personas que han sido violentadas, lo cual optimiza la capacidad resolutoria según las necesidades de las personas adultas mayores.

10.2. Manifestaciones de la Violencia

Las manifestaciones de violencia se describen en la siguiente tabla:



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 73 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Tabla 22. Manifestaciones de la violencia contra las personas adultas mayores

Manifestación	Descripción
Física	Daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por el uso de la fuerza física de forma no accidental. Daño a la integridad corporal de una persona, causando lesiones internas o externas.
Psicológica	Acción u omisión destinada a degradar o controlar acciones, comportamientos, creencias, y decisiones de la persona mayor, mediante la intimidación, manipulación, amenaza, agresión verbal o cualquiera otra conducta que implique un perjuicio para la persona.
Sexual	Es el contacto sexual sin el consentimiento de la persona adulta mayor. También se presenta cuando la persona mayor consiente este acto sin capacidad volitiva y cognitiva para hacerlo. Incluye acciones que obligan a una persona a mantener contacto o participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, manipulación, chantaje, soborno, amenaza, o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.
Patrimonial	Implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención de objetos, de instrumentos de trabajo, de documentos personales y de bienes como propiedades, dinero de pensión u otros ingresos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas adultas mayores.
Negligencia	Acción de descuido contra la PAM en situación de dependencia en actividades básicas de la vida diaria y que conlleve al deterioro de su calidad de vida. Puede ser intencional (activa) o no (pasiva). También se considera la auto negligencia como aquel comportamiento que amenaza su propia salud o seguridad. Puede conducir a una situación de abandono.
Abandono	Se produce cuando cualquier persona, familia o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado de una persona mayor, con algún grado de dependencia, o que habiendo asumido su cuidado o custodia lo desampara de manera voluntaria. Incluye el desapego y abandono socio afectivo.
Institucional	Incluye maltratos por parte del personal de instituciones, organizaciones públicas y privadas que brindan servicios y/o cuidados a las personas adultas mayores. Se manifiesta con violencia verbal, física, psicológica/emocional, sexual, patrimonial, estructural y la omisión en el cumplimiento de la normativa institucional en perjuicio de la persona mayor.
Estructural	Ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales y económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de violencia existentes. Incluye el ejercicio inadecuado e incumplimiento de las leyes establecidas la violación a los derechos humanos, las barreras de acceso al espacio físico en las comunidades y la falta de servicios accesibles para las PAM.
Doméstica o intrafamiliar	Es aquella que sucede en el escenario doméstico o familiar y se entiende como aquella acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de garante y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica, patrimonial, negligencia y abandono. El vínculo por afinidad subsistirá aun cuando haya finalizado la relación que lo originó.

Fuente: Tomado y adaptado de Ministerio de Salud de Costa Rica, 2019, Norma Nacional para la Atención Integral a la Persona en Situación de Violencia en los Servicios de Salud. Organización Mundial de Salud, 2002, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2013, Detección y Manejo del Maltrato al Adulto Mayor; República de Costa Rica, 1999, Ley Integral para la Atención de la Persona Adulta Mayor. República de Costa Rica, 1996, Ley contra la Violencia Doméstica.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 74 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

En el siguiente recuadro, se detalla particularidades que se presentan en los actos de violencia contra las personas adultas mayores:

Recuadro 9. Particularidades en actos de violencia contra personas adultas mayores

Existen distintas manifestaciones de la violencia hacia esta población, siendo frecuente que no se presente una única manifestación, sino que tienden a traslapar varias en la misma persona. También se debe considerar, que los actos de violencia pueden presentarse en diversos escenarios, familiar o doméstico, comunitario y/o institucional.

Fuente: Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2013. Organización Mundial de la Salud, 2003.


10.3. Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden incrementar la posibilidad de que una persona mayor sea víctima de un acto de violencia, debido a la vulnerabilidad en la cual se encuentra. Durante la consulta, se deberá identificar factores de riesgo como los siguientes:

Figura 11. Factores de riesgo de violencia en personas adultas mayores

Según condición de la persona adulta mayor	
<p>Mayor incidencia en persona mayor de 75 años Mayor el riesgo en mujeres En condición de viudez Baja autoestima Antecedentes de violencia intrafamiliar Dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria Dependencia económica hacia las personas con las que habita Dificultades para administrar sus bienes</p>	<p>Dependencia emocional (en el ámbito afectivo del cuidador/a u ofensor/a para estar bien) Pérdida de autonomía debido a demencias, depresión, estados confusionales. Aislamiento social Deterioro reciente de la salud: física, mental, funcional, que evidencia negligencia en el cuidado (úlceras por presión infectadas, ausencia de control médico, Limitaciones para la marcha, pérdida de fuerza muscular, encamamiento, poca adherencia al tratamiento</p>

Según condición de la familia	
<p>Relación familiar disfuncional: (familias con problemas de comunicación, falta de límites, poca o ninguna organización familiar, con antecedentes o persistencia de violencia) Conflictos filiales que interfieren en salud de la PAM Problemas económicos para atender las necesidades de la persona adulta mayor Falta de apoyo (económico, alimentaria y cuidado) Abuso de sustancias psicoactivas Desorganización familiar. Presencia de trastornos de la personalidad o conductuales (problemas de origen psiquiátrico, emocional o de conducta) en familiares Sobrecarga del cuidado en una sola persona</p>	<p>Ausencia de conocimientos en el grupo familiar sobre estado de salud, proceso de atención y cuidados. Condiciones de vivienda inadecuadas por hacinamiento y/o falta de servicios básicos (mal estado de conservación, barreras arquitectónicas, piso con huecos, humedad, poca ventilación, sin electricidad, ni agua potable) Conflictos intergeneracionales: (Adultos/as, adultos/as mayores y adolescentes presentan dificultades en sus interrelaciones por diferencias de edad e intereses, apegos y desapegos de personas menores de edad, personas con discapacidad, duelos no resueltos) Cuidado de personas menores de edad, enfermas o con discapacidad por parte de las PAM</p>

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 75 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

Según condición de la persona agresora	
<p>Síndrome de desgaste de la persona cuidadora Deterioro en las condiciones de salud y/o discapacidad que limita brindar atención óptima Uso y abuso de sustancias psicoactivas. Dependencia económica hacia la persona adulta mayor. Falta de información, de recursos familiares y económicos para brindar el cuidado. Conflictos con el grupo familiar de la PAM Manejo de mitos sobre la vejez</p>	<p>Antecedentes de violencia contra la PAM. Conducta de manipulación y control, inadecuada administración de la pensión de la PAM. Intento o amenaza de suicidio de parte del presunto agresor. Con antecedentes de enfermedad mental, trastornos de la personalidad. Resistencia violenta a la intervención policial o de otras figuras de autoridad</p>

Según institución (residencia de larga estancia, centro diurno, establecimiento de salud)	
<p>Instituciones sin habilitación, con barreras para el acceso físico, personal insuficiente y/o sin capacitación para atender las necesidades básicas de las PAM, en especial a aquellas dependientes Actitudes negativas y prejuiciosas hacia las PAM Encarnizamiento terapéutico Estrés del personal que trabaja en atención directa (problemas familiares, económicos, multi empleo, bajos salarios, desgaste físico y emocional de asistentes)</p>	<p>Aislamiento pues la institución impide u obstaculiza visitas y contactos con su familia y comunidad. Ineficiente control o vigilancia por parte de las autoridades públicas hacia estas instituciones Normas rígidas en la institución que limitan el ejercicio de la autonomía de la persona mayor.</p>


Fuente: Tomado y adaptado de Martínez y Brenes, 2007; Lozano, et.al., 2014; Rueda, 2008; Moya y Barbero, 2005; Organización Panamericana de la Salud, 2004.

10.4. Diagnóstico

En el énfasis de primer nivel, se plantean 2 preguntas cuyo objetivo es contribuir a la identificación de sospecha de maltrato. Por otro lado, debe considerarse que las manifestaciones clínicas de violencia pueden corresponder de manera indirecta con los síndromes frecuentes en las personas adultas mayores como malnutrición, deshidratación, inmovilidad, depresión, ansiedad, entre otros. (Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS], 2013, p. 20). Esto obliga a mantener un alto índice de sospecha debido a la presentación atípica y confusa de los síntomas, por lo cual se recomienda llevar a cabo las siguientes acciones y pruebas clínicas:

Entrevista en privado:

- Durante la entrevista se recomienda que esta se desarrolle en un ambiente con privacidad, confidencialidad y respeto, que facilite la empatía con la persona mayor.
- Si la persona adulta mayor ingresa con acompañante consultarse si desea estar solo.
- No deben realizarse actos de presión o coerción para responder las preguntas durante la entrevista.
- Se recomienda mantener un contacto visual con la persona adulta mayor, con tono de voz audible y suave, no juzgar o culpar y procurar no hacer interrupciones mientras relata lo sucedido (IMSS, 2013, p. 16).


	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 76 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

- En caso de que la persona adulta mayor no se encuentre en condiciones de responder las preguntas, el funcionario de salud que brinda la consulta se dirigirá a su acompañante o cuidador/a, sin perder de vista que este último pudiera ser el presunto agresor/a. (IMSS, 2013, p. 16)
- Exploración física rigurosa y completa, en la que se intenten encontrar lesiones orales, oculares, en cara, piel, tóraco abdominales, músculo esquelético, neurológicas, genitales, que puedan estar ocasionadas o relacionadas con actos de violencia.
- Pruebas complementarias orientadas a la búsqueda de infección, deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, malnutrición, administración inapropiada de medicación y abuso de sustancias: hemograma, bioquímica, calcemia, fosforemia, niveles de fármacos en sangre y de drogas y alcohol, rayos X y TAC craneal en traumatismos craneales.

A su vez, durante la consulta el personal de salud deberá identificar cualquiera de los siguientes indicadores de violencia:

Tabla 23. Indicadores de manifestaciones de violencia en personas adultas mayores

Manifestación de Violencia	Indicador según examen físico/entrevista
Física	<p>Descripción de hechos cambiantes, improbables o conflictivos con relación a la lesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lesiones no explicadas en distintos estadios de evolución, signos de sujeción o golpes. Historia de trauma no concuerda con la lesión -Evidencia de lesiones no atendidas y fracturas por causas indeterminadas. -Señales de haber sido amarrado, atado o golpeado, mordido, quemado, alopecia traumática. -Estado de malnutrición
Psicológica	<p>Historia de conflictos entre la persona adulta mayor, familiares, cuidadores y conocidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soledad, sentimientos de tristeza, decaído estado de ánimo, aislamiento, trastornos del apetito, problemas de sueño, ansiedad, llanto lábil, trastornos del sueño como insomnio, terror nocturno. -Trastorno depresivo mayor, estrés postraumático, ataques de pánico -Los comentarios en general se modifican cuando la persona cuidadora y la persona adulta mayor se entrevistan de manera separada. -La persona cuidadora o acompañante desvaloriza e infantiliza a la persona adulta mayor, se refiere a la PAM con voz alta, de forma grosera e incluso con lenguaje soez. -El acompañante o cuidador le impide a la PAM expresarse, siempre responde por él. Le cuesta comunicarse en presencia del cuidador/a y demuestra miedo. -Disparidad de relatos de la persona adulta mayor y la posible persona que infringe los malos tratos. Explicaciones vagas o poco plausibles por ambas partes. -PAM con bloqueo o sin acceso medios de comunicación (celular, tel habitación)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 77 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021


Negligencia/ Abandono	<ul style="list-style-type: none"> -Episodios recurrentes de enfermedades similares, a pesar de una adecuada educación y apoyo. Problemas médicos no atendidos y poco o ningún acceso a la atención en salud -Persona mayor con limitaciones en su capacidad funcional llega a la consulta sin compañía, podría ser que nadie la cuide y permanezca sola requiriendo de atención y cuidados. -Visitas frecuentes a urgencias o policonsulta en consulta externa, por exacerbaciones de ECNT o por errores en la medicación a pesar de atención médica y recursos apropiados. -Problemas de higiene: ropa sucia, uñas largas y sucias, pelo desaliñado y malos olores. -Úlceras por presión múltiple, necrótica, profunda y/o infectada. -Se identifica deshidratación o malnutrición. -Signos de intoxicación por exceso o ausencia de efecto terapéutico por subdosificación de medicamentos. -Disparidad de relatos del paciente y la persona cuidadora o quien le acompaña. -Refiere ser ignorado en su hogar, no recibe ayuda de sus familiares -Vínculo afectivo debilitado o nulo con familiares, red de apoyo abandona a la persona mayor en el establecimiento de salud, en el domicilio, en la vía pública u otro lugar.
Sexual	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de infecciones de transmisión sexual y cambios del comportamiento, como ansiedad o agitación. Refiere tener relaciones sexuales y tocamientos sin su consentimiento. -Dolor o irritación de la vagina y zona anogenital. Sangrado rectal o vaginal y peneano. -Lesiones o laceraciones en mamas, abdomen, vulva y/o pene.
Patrimonial	<ul style="list-style-type: none"> -Retención de documentos personales en contra de la voluntad de la persona adulta mayor y teniendo la capacidad volitiva y cognitiva para resguardarlos por sí misma. -Despojar o apropiarse de los bienes patrimoniales de la persona adulta mayor. -No se le permite administrar sus bienes teniendo la capacidad volitiva y cognitiva para hacerlo. -Declaración de la persona mayor en donde indica que sufre de abuso patrimonial.

Fuente: Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud, 2004; Instituto Mexicano de Seguro Social, 2013.

10.5. Conducta por seguir

Luego de realizar la valoración clínica de la persona adulta mayor, se deberá proceder de la siguiente manera:

- Respetar la autonomía de la persona adulta mayor.
- Emitir el reporte obligatorio en boleta VE01, si existe al menos sospecha razonable de situación de violencia.
- Denunciar a la Fiscalía, Organismo de Investigación Judicial, Juzgado de Violencia Doméstica, policía de proximidad, CONAPAM, según sea el caso.
- Referir a la persona adulta mayor para su hospitalización como medida de seguridad ante evidente lesión grave y/o riesgo para la vida.
- Referencia de la sospecha de situación de violencia a Trabajo Social y/o Psicología, según red de servicios y capacidad instalada en el establecimiento de salud.
- Establecer un plan de seguridad identificando recursos de apoyo, elaboración de plan de emergencia y solicitud de medidas de protección, según sea el caso.
- En caso de no existir sospecha razonable, se hará la anotación respectiva en el expediente de salud y se mantendrá la alerta en las visitas subsecuentes.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 78 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

- Si durante la consulta, la persona adulta mayor no acepta la intervención del personal de salud ante la sospecha razonable de situación de violencia, se recomienda realizar las siguientes acciones:
 - Brindar educación acerca de la incidencia de maltrato en la persona adulta mayor y la tendencia al aumento de estas situaciones en frecuencia y severidad con el paso del tiempo.
 - Proveer números de emergencia y centros de referencia.
 - Realizar y revisar un plan de seguridad en caso de presentarse otro evento de violencia.
 - Establecer un plan de seguimiento (mantener alertas en visitas subsecuentes) (OPS, 2004, p.136).


10.6. Seguimiento

El seguimiento tiene como propósito la prevención de otros eventos de violencia, mediante la detección de factores de riesgo y potenciando los factores protectores en la persona adulta mayor. Consiste en apoyar y acompañar, revisar y adecuar el plan de seguridad, promover la participación en grupos de la comunidad y realizar otras acciones. El seguimiento será realizado por las diferentes disciplinas profesionales, según competencias institucionales y capacidad instalada en la red de servicios de salud.

10.7. Acciones para la prevención de la violencia

Desde los servicios de salud, se deben promover las siguientes acciones para la prevención de la violencia:

- Elaboración y/o divulgación de material educativo para la sensibilización y concientización del trato digno y respetuoso, cultura de paz y derechos de las personas adultas mayores.
- Educación en salud a las personas adultas mayores respecto a la prevención de la violencia que contenga al menos los siguientes elementos: derechos de la persona adulta mayor, manifestaciones de violencia, normativa existente para la defensa de sus derechos y red interinstitucional existente para la atención de las diferentes manifestaciones de violencia.
- Apoyo, acompañamiento y capacitación a familiares y cuidadores para el fortalecimiento de sus conocimientos, destrezas y habilidades para la atención y cuidados de la persona adulta mayor en el domicilio, así como para su autocuidado.
- Divulgar desde los establecimientos de salud aquellos servicios de atención existentes dentro y fuera de la institución para la atención de situaciones de violencia en personas adultas mayores.
- Sensibilización y capacitación constante con el personal de salud en el abordaje de las personas adultas mayores. Para la realización de estas acciones, se debe considerar lo establecido en los puntos 5.7 y 5.8, del Lineamiento para conformación obligatorio de Comisiones locales y representación Institucional en las redes locales de violencia en cumplimiento a la ley del Sistema

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página 79 de 94</p>
<p>Área Atención Integral a las Personas</p>	<p style="text-align: center;">Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención</p>	<p style="text-align: right;">CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021</p>

Nacional para la atención y la prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia intrafamiliar (CCSS, 2020b), que establece lo siguiente:


- Reportar anualmente a la Coordinación del Programa de Normalización de la Atención de la Violencia, el listado de personas funcionarias que hayan recibido capacitación en materia de violencia durante el año.
- Informar a la Coordinación del Programa de Normalización de la Atención de la Violencia, las necesidades de capacitación para el cumplimiento de la normativa nacional en materia de violencia (p.9).

10.8. Códigos CIE 10 para el registro de los diagnósticos en énfasis EDUS

A continuación, se ofrece una tabla con los diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados a los actos de violencia cometidos contra personas adultas mayores.

Tabla 24. Diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados con situaciones de violencia


Evento primario	Evento secundario
Propuesta sería que las causas primarias sean las siguientes:	
Negligencia y Abandono T74.0	<p>Como causa secundaria se registre mediante códigos:</p> <p>Y06.0 Por esposo o pareja Y06.1 Por madre o padre Y06.2 Por conocido o amigo Y06.8 Por otra persona especificada Y06.9 Por persona no especificada</p>
Abuso físico T74.1	<p>Como causa secundaria se registre mediante códigos:</p> <p>Y07.0 Por esposo o pareja Y07.1 Por padre o madre Y07.2 Por conocido o amigo Y07.3 Por autoridades oficiales Y07.8 Por otra persona especificada Y07.9 Por persona no especificada</p>
Abuso sexual /agresión sexual T74.2	<p>Como causa secundaria se registre mediante códigos:</p> <p>Y05.0 Agresión sexual con fuerza corporal en vivienda Y05.9 Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado Y07.0 Por esposo o pareja Y07.1 Por padre o madre Y07.2 Por conocido o amigo Y07.3 Por autoridades oficiales Y07.8 Por otra persona especificada Y07.9 Por persona no especificada</p>
Abuso Psicológico T74.3	<p>Como causa secundaria se registre mediante códigos:</p> <p>Y07.0 Por esposo o pareja</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 80 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

	Y07.1 Por padre o madre Y07.2 Por conocido o amigo Y07.3 Por autoridades oficiales Y07.8 Por otra persona especificada Y07.9 Por persona no especificada
Otros síndromes de maltrato T74.8	Incluye las mixtas como causa secundaria se registre mediante códigos: X85.0 Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas, en vivienda X99.9 Agresión con objeto cortante, en lugar no especificado Y00.0 Agresión con objeto romo o sin filo, en vivienda Y04.9 Agresión con fuerza corporal, en lugar no especificado Y08.0 Agresión por otros medios especificados, en vivienda Y09.9 Agresión por medios no especificados, en lugar no especificado
Síndrome de Maltrato no especificado T74.9	Como causa secundaria se registre mediante códigos Y09.0 a la Y09.9 Y09.0 Agresión por medios no especificados, en vivienda Y09.1 Agresión por medios no especificados, en institución residencial Y09.2 Agresión por medios no especificados, en escuelas, otras instituciones y reas administrativas públicas Y09.3 Agresión por medios no especificados, en reas de deporte y atletismo Y09.4 Agresión por medios no especificados, en calles y carreteras Y09.5 Agresión por medios no especificados, en comercio y rea de servicios Y09.6 Agresión por medios no especificados, en área industrial y de la construcción Y09.7 Agresión por medios no especificados, en granja Y09.8 Agresión por medios no especificados, en otro lugar especificado Y09.9 Agresión por medios no especificados, en lugar no especificado

Nota: Síndrome de Maltrato, T74.9 este como diagnóstico primario: Con esta clasificación diagnóstica se estará permitiendo el registro de cualquier tipo de diagnóstico relacionado con algún otro evento de violencia como, por ejemplo: violencia obstétrica, violencia prenatal, violencia institucional, entre otros, que no estén definidas dentro de las especificaciones anteriormente descritas (CCSS, 2020a, p. 12).

Fuente: Tomado y adaptado de Organización Panamericana de la Salud, 1995, p. 914, 1013-1014. Lineamiento Técnico Registro y Notificación del evento: Violencia en todas sus manifestaciones con el fin de estandarizar los códigos CIE10, bases de datos de Estadística, SIES (EDUS) Y Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVE), en los servicios de salud de la CCSS (2019^a).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 81 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

11. ALTERACIONES DEL MOVIMIENTO

Punto de buena práctica clínica

Interrogar: ¿En el último año, le han temblado las manos?

11.1. Introducción

Las alteraciones del movimiento representan un alto porcentaje de las patologías prevalentes en la población adulta mayor (DynaMed Plus, 2017). La enfermedad de Parkinson es un síndrome neurológico caracterizado por el temblor en reposo (3-6 Hz), rigidez, akinesia o bradiquinesia e inestabilidad postural.

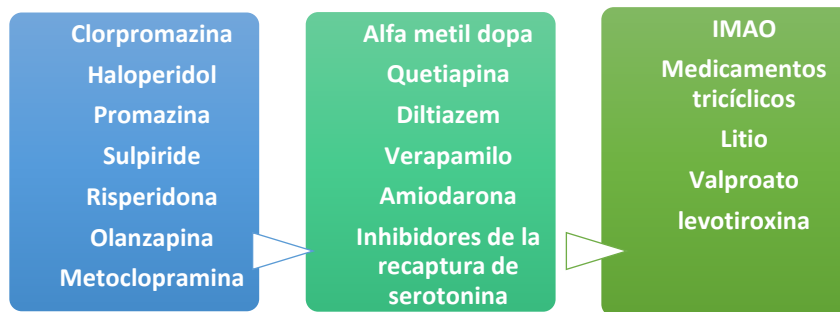
11.2. Causas más comunes

Las causas más comunes de trastorno del movimiento en la persona adulta mayor son:


- *Enfermedad de Parkinson* (40-70% de pacientes con parkinsonismo), es una enfermedad neurodegenerativa crónica y progresiva. La edad promedio de inicio es a los 59 años. Se caracteriza por al menos dos de las siguientes: temblor en reposo, rigidez en rueda dentada, bradicinesia típicamente asimétrica. Tiene una lenta progresión. Estas personas también pueden presentar depresión, la inestabilidad postural aparece al final de la enfermedad. La disfunción olfativa y los trastornos del sueño deterioran la calidad de vida y deben ser atendidos.
- *Parkinsonismo inducido por medicamentos* (20% o más de los pacientes con parkinsonismo), puede presentarse a cualquier edad, si inicio es abrupto o en meses, el desequilibrio es un síntoma menos prominente, los brazos están más afectados que las extremidades inferiores. Existen algunos factores de riesgo que facilitan la aparición de esta patología como: avanzada edad, dosis altas de medicamentos, alteraciones extrapiramidales preexistentes, demencia, VIH, historia familiar de enfermedad de Parkinson. Una vez discontinuada la medicación usualmente mejora.

En la siguiente figura se observan algunos de los agentes terapéuticos que causan Parkinsonismo:

Figura 12. Agentes terapéuticos que causan Parkinsonismo



Fuente: Dynamed Plus, 2017. Parkinsonismo.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 82 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- *Parkinsonismo vascular*: se presenta en 7 a 12% de los casos. La edad promedio de inicio es de 71 años. Puede tener un inicio abrupto, pero va declinando paso a paso y se puede asociar con demencia, incontinencia, afectación pseudobulbar, caminar arrastrando los pies, la bradicinesia es de presentación simétrica.
- *Parálisis supranuclear progresiva*: También conocida como el síndrome de Steele Richardson Olszewski. Se presenta en 3-4% de los casos de parkinsonismo, con una edad promedio de presentación de los 63 años. Se caracteriza por caídas y la inestabilidad postural es de inicio usualmente simétrico, la rigidez involucra el tronco, también hay deterioro en la mirada vertical especialmente hacia abajo, con una expresión facial de mirada fija, tiene una progresión más rápida que el Parkinson.
- *Demencia de cuerpos de Lewy*: El inicio de la demencia se asocia con datos motores de parkinsonismo, las caídas son comunes, el tremor no es tan común como lo es en la enfermedad de Parkinson, las alucinaciones son típicas de esta enfermedad
- *Atrofia sistémica múltiple*. Se presenta en cerca del 2% de los casos de parkinsonismo, la edad promedio de inicio es 54 años, tiene una presentación simétrica, las alteraciones autonómicas incluyen hipotensión postural, disfunción eréctil, alteraciones de la vejiga y el intestino, hipohidrosis. También se puede presentar ataxia cerebelar.
- *Degeneración cortico basal* puede presentarse con un patrón asimétrico de bradicinesia y rigidez, con frecuencia inicia con tremor unilateral, espasmódico, akinesia, rigidez en extremidades sostenidas en postura distónica, no es común el temblor en reposo.


El parkinsonismo también puede presentarse en adultos mayores frágiles, en casos de infecciones, como una reacción ante un evento de toxicidad, por causa metabólica, en el hipoparatiroidismo, en enfermedad crónica hepática y en enfermedad de Wilson. También como respuesta a tumores en SNC y posterior a un trauma craneal.

Existen condiciones que pueden simular parkinsonismo; en este caso podemos encontrar la hidrocefalia a presión normal, causas psicogénicas, demencia en Alzheimer, el temblor esencial, la enfermedad de Huntington.

11.3. Diagnóstico

La aproximación a un diagnóstico clínico en los trastornos del movimiento de origen neurológico sigue siendo por la clínica. Esto obliga a realizar una exploración neurológica completa para verificar la presencia de otros signos asociados. Las características clínicas del temblor a observar incluyen patrón, amplitud y frecuencia.

Las pruebas de laboratorio que se consideren necesarias para confirmar el diagnóstico clínico pueden solicitarse en primer nivel, sin embargo; pruebas más complejas como TAC o RMN deben ser solicitadas por el especialista.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 83 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

La evaluación inicial debe incluir una historia detallada de la aparición y progresión de los síntomas, así como también de la medicación que está tomando, tanto la prescrita como la no prescrita a la persona. Esto para detectar reacciones secundarias a medicamentos. La respuesta positiva a una prueba con levodopa permite determinar que es enfermedad de Parkinson sin embargo en pacientes frágiles puede no haber respuesta del todo. Un resultado de mejora parcial se puede asociar con las otras causas de parkinsonismo ya mencionadas de previo. Las pruebas olfatorias pueden estar alteradas de forma temprana hasta en un 90% de los pacientes con enfermedad de Parkinson. Es la exploración neurológica la prueba diagnóstica de referencia en la enfermedad de Parkinson.

11.4. Conducta por seguir /Tratamiento

El inicio del tratamiento se determina por el grado de afectación funcional. Si se sospecha de enfermedad de Parkinson, se debe referir a un nivel de mayor complejidad para inicio del tratamiento. El uso de la levodopa carbidopa debe establecerse de común acuerdo entre el médico y la persona cuando la calidad de vida está empezando a deteriorarse.

11.5. Seguimiento

Según el estado de salud de cada persona se dará seguimiento y/o control periódico según el criterio médico del profesional de salud.


11.6. Códigos CIE-10 para el registro de los diagnósticos en énfasis EDUS

A continuación, se ofrecen los códigos de clasificación más frecuentes asociados a este tema:

Tabla 25. Diagnósticos estadísticos más frecuentes asociados con alteración del movimiento

Patología	Código
Enfermedad de Parkinson	G20.X
Parkinsonismo secundario	G21.9
Síndrome neuroléptico maligno	G21.0
Parkinson inducido por otros medicamentos	G21.1
Parkinsonismo vascular	G21.4
Parkinsonismo en enfermedades clasificadas en otra parte	G22.X
Parálisis Supranuclear Progresiva	G23.1
Otros trastornos extrapiramidales y del movimiento	G25.8
Demencia de Cuerpos de Lewy	G31.8
Degeneración corticobasal	G31.8
Degeneración del sistema nervioso debida al alcohol	G31.2
Isquemia cerebral transitoria, sin otra especificación	G45.9
Atrofia sistémica múltiple	G90.3

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Organización Panamericana de la Salud (2015).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 84 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM- DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021


CONTACTOS PARA CONSULTA

Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor

Teléfono: 22 23 89 48 Fax: 22 23 59 92


Correo electrónico: pnapam@ccss.sa.cr

Horario de trabajo: L a J 8 a 5 PM, V 8 a 4 PM


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 85 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

REFERENCIAS


- Abizanda Soler Pedro, Rodríguez Mañas Leocadio (2020) Fragilidad en el anciano, capítulo 71, en Tratado de MEDICINA GERIÁTRICA 2.ª EDICIÓN (directores Pedro Abizanda Soler, Leocadio Rodríguez Mañas)
- Álvarez, R., y Masjuan, J. (2016). Agnosias Visuales. Revista Clínica Española, 216 (2) páginas 85-91.
- American Medical Association. (1992). Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. AMA. Chicago, Estados Unidos.
- American Geriatrics Society. (2015). Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society. Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 63:2227-46.
- Aragonés, E., Cardoner, N., Colom, F., López, G. (2012). Guía de Buena Práctica Clínica en Psicoeducación en pacientes con depresión. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno Español. <http://www.cuidadorascronicos.com/wp-content/uploads/2014/03/Gu%C3%ADa-de-buena-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-en-Psicoeducaci%C3%B3n-en-pacientes-con-depresi%C3%B3n.pdf>
- Arreola, L. Bolaños, S., y Mata, A. (2013). Atención integral al usuario(a): Alta programada y servicios de apoyo en el marco de la atención u la hospitalización domiciliar. Caja Costarricense de Seguro Social. San José Costa Rica.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5° Ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/308415801/Dsm-5-Completo>
- Ávila-Funes, José Alberto, Melano-Carranza, Efrén, Payette, Hélène, & Amieva, Hélène. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Pública de México, 49(5), 367-375. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500007&lng=es&tIng=es.
- Baena, J., Groñogoitia, A., Lesende, M., De Hoyos, M.C., Luque, A., Litago, C., y De Alba Cristina. (2007). Actividades preventivas en los mayores. Grupos de expertos del PAPPs. Aten Primaria; 39 (Supl 3):109-22
- Bermejo, L. (2015). Tengo un plan. Vivir bien con problemas de memoria. Tiene deterioro cognitivo en fases iniciales, ¿cómo ayudarlo a vivir mejor? Guía para profesionales. http://www.infocoponline.es/pdf/guia_profesionales.pdf
- Buchner, D.M., Wagner, E.H. (1992). *Preventing frail health*. Clin Ger. Med; 8:1-17

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 86 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2020a). Lineamiento para conformación obligatorio de Comisiones locales y representación Institucional en las redes locales de violencia en cumplimiento a la ley del Sistema Nacional para la atención y la prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia intrafamiliar. Programa de Normalización de la Atención a la Violencia. Area Atención Integral a las Personas.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2020b). Instrucción sobre registro del código R54 CIE-10 en la aplicación del énfasis de atención integral de la persona adulta mayor en SIES. Oficio GM-MDD-0322-2020. Gerencia Médica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019a). Documento técnico Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. Area Atención Integral a las Personas. Gerencia Médica. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019b). Lineamiento Técnico Registro y Notificación del evento: Violencia en todas sus manifestaciones con el fin de estandarizar los códigos CIE10, bases de datos de Estadística, SIES (EDUS) Y Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVE), en los servicios de salud de la CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Manual de Procedimientos en Antropometría para uso del personal de salud. Coordinación Nacional de Nutrición. Área de Regulación y Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Gerencia Médica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017b). Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor. Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. Area Atención Integral a las Personas, Gerencia Médica. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017c). Fortalecimiento de la atención a la persona adulta mayor en los diferentes niveles de atención que conforman la Red Nacional de servicios de salud y la transformación del HNGG. Código: DPSS-DDSS Versión 1.0
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Propuesta ajustada a la prueba de campo. Gerencia Médica. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016b). Puntos de Corte de Índice de Masa Corporal Oficio DDSS-0687-16. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. 25 de mayo 2016.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). Estimación de la Prevalencia de enfermedades asociadas a ceguera prevenible y discapacidad visual Costa Rica. Gerencia Médica. Dirección Desarrollo de Servicios de Salud. San José.
- Centro Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad 1950-2050. San José, Costa Rica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 87 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC]. (Ed.). (2008). Prevención de caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaria de Salud.
- Cesari M, Kritchevsky SB, Penninx BW, Nicklas BJ, Simonsick EM, Newman AB., Pahor M. (2005). Prognostic value of usual gait speed in well-functioning older people--results from the Health, Aging and Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Oct;53(10):1675-80.
- Chou, R., Dana, T., Bougatsos, C., Grusing, S., Blazina, I. (2016). Screening for impaired visual acuity in older adults updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 315(9):915-933. DOI:10.1001/jama.2016.0783.
- De Alba, C., Prieto, M. (2004). Caídas. En Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Ed). *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. (pp.229-248). España: semfyc ediciones. <http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle /Atención personas mayores/>
- Delgado, E., Muñoz, M., Montero, B., Sánchez, C., Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. (2009) Inappropriate prescription in older patients: the STOPP/START criteria]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* Sep-Oct; 44(5):273-9. http://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp_start_espanol.pdf2
- DynaMed [Base de datos]. (30 de noviembre, 2018). Dementia Evaluation. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995. Record No.T115618,; <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115618>.
- Dynamed Plus [Base de datos]. (05 de diciembre, 2018). Polypharmacy in the older adult. EBSCO Information Services. 1995. Record No. T164622. <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T164622>.
- Dynamed Plus [Base de datos]. (01 de junio, 2017). Parkinsonism. EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 900242. Disponible en <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed &id=900242>
- DynaMed Plus [Base de datos]. (2018). Frailty in the elderly. Disponible: www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T921465. Se requiere loggin.
- Espinosa, J., Portillo, J., Muñoz, F., Martos, J. (2004). Incontinencia Urinaria. En: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Ed). *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. (pp.215-227) España: semfyc ediciones. <http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle /Atención personas mayores/>
- Fink, H., Wyman, J. y Hanlon, J. (2007). Caídas. En Tallis, R., and Fillit,H. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric medicine and gerontology*. 6th ed. Edición en Español.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 88 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Fuentes, P. (2018). Deterioro Cognitivo Leve. En: Manual de Geriátría para Médicos. p.225-228. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Gerpe, T. (2012). Valoración e Intervención de Terapia Ocupacional en Caídas. Universidad de la Coruña. España.

Gill, SS., Mamdani, M., Naglie G, Streiner, DL., Bronskill, SE., Kopp A., Rochon PA. (2005). A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. Arch Intern Med. Apr 11;165(7):808-13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15824303>

González, B., López, V., Trujillo, Z., Escobar, A., Valeriano, J., Sosa, J.,Guzmán, J. (2005). Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social; 43 (5): 425-441. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055i.pdf>

Gray-Micelli, D. (2008). Preventing falls in acute care. Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T., (Ed). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 3° ed. New York (NY): Springer Publishing Company; p. 161-98. <http://www.guideline.gov/popups/printView.aspx?id=12265>

Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo


Health Care Association of New Jersey (HCANJ). (2007). *Fall management guideline*. Hamilton (NJ): Health Care Association of New Jersey (HCANJ); Mar. 32 <http://www.guideline.gov/synthesis.aspx?id=16412>

Hoskins, I., Kalache, A. y Mendez, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6)

Hoyos, M., Gorroñoigoitia, A., Martín, I., Baena, J., López-Torres, J., Magan, P., Acosta, M., Herreros, Y. (2018). Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPs. Atención Primaria. 50(Supl 1):109-124

Instituto de Mayores y Servicios Sociales., Sociedad Española de Geriátría y Gerontología., Organización Mundial de la Salud. (2007). Malos tratos a personas mayores: Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. 1° Ed. Colección Documentos, Serie documentos técnicos. N°21013. Madrid, España. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsero-malostratos-02.pdf>

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2007). Manejo de la Osteoartritis de Cadera y Rodilla. <http://www.igsgt.org/descargas/5ARTROSISDERODILLAYCADERA.pdf>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 89 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). (2013). Detección y Manejo del Maltrato al Adulto Mayor. Guía de Práctica Clínica. Publicado por CENETEC. Consejo de Salubridad General-Gobierno Federal. Distrito Federal, México.

Jiménez, A. (2001). Viva feliz la segunda mitad de su vida. El arte de envejecer feliz. Ed Indo American Press Service Ltda. Bogotá, Colombia.

López-Álvarez Jorge, Agüera-Ortiz Luis F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría* 2015; 5 (1): 3-14

Lozano, F., Savio, I., Panza, R. (2014). Guía clínica para la prevención, diagnóstico y abordaje integral de la violencia sobre los adultos mayores. Programa del Adulto Mayor. Documento técnico. 005/2014. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Montevideo, Uruguay.

Luque, A., (2004). Deterioro de la visión en los mayores. En Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Ed). *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. (pp.283-304) España: semfyc ediciones. [http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle /Atención personas mayores/](http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle/Atención%20personas%20mayores/)

Luque, A. y Vicente, A. (2004). Alteraciones de la audición en los mayores. Hipoacusia. En Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Ed). *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. (pp.305-321) España: semfyc ediciones. [http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle/Atención personas mayores/](http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle/Atención%20personas%20mayores/)

Masnoon N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., Caughey GE. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*;17:230 <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0621-2>


Mangin, D., Lawson, J., Cuppage, J., Shaw, E., Ivanyi, K., Davis, A., & Risdon, C. (2018). Legacy Drug-Prescribing Patterns in Primary Care. *Annals of family medicine*, 16(6), 515–520. <https://doi.org/10.1370/afm.2315>

Martínez, T. (2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad y dependencia. Ed 1°. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. España.

Martínez, J., Brenes, Y. (2008). Maltrato, Negligencia y Abando de la Persona Adulta Mayor Costarricense. Servicio de Trabajo Social, Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, CCSS.

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2019) Norma Nacional para la Atención Integral a la Persona en Situación de Violencia en los Servicios de Salud. Decreto Ejecutivo No. 41632-S.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Manual de Geriatria para médicos. Subsecretaría de Salud Pública

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 90 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento Ciclo Vital. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable. Basado en el curso de vida 2018-2020. Dirección de Planificación Estratégica y evaluación de las acciones en la salud. 1° Ed. San José, Costa Rica.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en personas mayores. Barcelona España. <http://www.msps.es/profesionales/saludpublica/prevPromocion/docs/prevenciojDependenciaMayores.pdf>

Miranda, E. y Valerio, D. (2017). Deterioro cognitivo y demencia. En Fernando Morales Martínez (Ed), *Tratado de Geriatria y Gerontología*. Ed. 2, Capítulo 51. (p. 599-624). CCSS-EDNASSS.

Moya Bernal, A., Barbero Gutiérrez J. (2006). Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. IMSERSO. España.

Mulrow, CD. (1991). Screening for hearing impairment in the elderly. *Hosp Pract. Off.* 26: 79-86. (Canadian Task Force).

Multidisciplinary Medication Management (s.f.) Project Top Ten Dangerous Drug Interactions in Long-Term Care. <http://www.amda.com/m3/topten.html> y <http://www.scoup.net/M3Project>


Muñoz, F., Espinosa, J., Portillo, J., Martos, J. (2004). Malnutrición. En Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Ed). *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. (pp.265-281). España: semfyc ediciones. [http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle/Atención personas mayores/](http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle/Atención%20personas%20mayores/)

National Guideline Clearinghouse (NGC). (2006). Guideline synthesis: Prevention of falls in the elderly. In: National Guideline Clearinghouse (NGC) [website]. Rockville (MD) (revised 2008 Sep). <http://www.guideline.gov>

National Library of Medicine, or "Vancouver style" (International Committee of Medical Journal Editors): DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 900242, Parkinsonism; [updated 2017 Jun 01, cited place cited date here]; [about 6 screens]. Available from <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=900242>. Registration and login required.

Ocampo, J. (2010). Los grandes síndromes en geriatría. En López, J. *Semiología Geriátrica: Anamnesis y examen físico del anciano*. Colombia: Editorial Medica Celsus, v., p.327 – 348

Olivera, J., Pelegrin, C. (2015). Prevención y Tratamiento del Deterioro Cognitivo Leve. Programa de Psicogeriatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital San Jorge. Huesca. Universidad de Zaragoza.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 91 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza, España. p.45-55. Recuperado de https://www.viguera.com/sep/sep/pdf/revista/0502/502_0045_0055.pdf

O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 44:213-8.)

O'Mahony D. (2020). STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: origin and progress. *Expert review of clinical pharmacology*, 13(1), 15–22. <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1697676>

Organización de las Naciones Unidas. (2002). El Maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Consejo Económico y Social. Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Nueva York, Estados Unidos.

Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. (2020a). Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.; 2020

Organización Mundial de la Salud. (02 de noviembre, 2020b). Factores de Riesgo. En Temas de Salud. https://www.who.int/topics/risk_factors/es/#:~:text=Un%20factor%20de%20riesgo%20es,sufrir%20una%20enfermedad%20o%20lesi%C3%B3n.

Organización Mundial de la Salud. (18 de diciembre, 2020). ¿Qué se entiende por actividad moderada y actividad vigorosa? Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/es/


Organización Mundial de la Salud. (2019a). ICOPE. Atención Integrada para Personas Mayores. Directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca. Documento complementario de Atención integrada para personas mayores Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca, elaborado por OMS, 2017.

Organización Mundial de la Salud. (2019b). Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. Primer informe de progreso. Curso de Vida.

Organización Mundial de la Salud. (2018a). Actividad física. Centro de Prensa. Nota Descriptiva. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organización Mundial de la Salud. (2018b). Caídas. Centro de Prensa. Nota Descriptiva. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Atención integrada para personas mayores (AIPM) Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca. https://cenie.eu/sites/default/files/Guia_OMS_ES-logos.pdf

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 92 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Organización Mundial de la Salud. (2016a). Maltrato de las personas mayores. Nota descriptiva, setiembre, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016b). Proyecto de Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia.

Organización Mundial de la Salud. (2016b). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la Secretaría. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud A69/39. Punto 16.1 del orden del día provisional 15 de abril de 2016.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. EUA.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Envejecimiento y ciclo de vida. http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/index.html

Organización Mundial de la Salud. (2010). Caídas. Nota descriptiva 344. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2010b). Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Ginebra, Suiza. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?ua=1


Organización Mundial de la Salud (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., Estados Unidos

Organización Mundial de la Salud. (2002). Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato a las Personas Mayores. Gobierno de Ontario, Toronto, Canadá.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. (2012). Informe Salud de las Américas. Cap2. Determinantes e Inequidades en salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Atención Integrada para las personas mayores (ICOPE) Washington. Licencia:CC BY-NC-0 IGO. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0 Washington, D.C

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 93 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Organización Panamericana de la Salud. (2004). Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 4° Ed. Washington, D.C. 20037, Estados Unidos.

Organización Panamericana de la Salud. (1996). *Promoción de la Salud: una Antología*. Washington DC., USA.

Organización Panamericana de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. Revisión. Volumen 1. Ed. 2008. Washington, D.C.: OPS

Organización Panamericana de la Salud. (2015). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington, D.C.: OPS

Palacios, L. (2014). Valoración funcional de los gerentes institucionalizados en comunidades rurales. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Fasta. Argentina. http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/676/2014_K_023.pdf?sequence=1

Pflipsen, M., Massquoi, M., & Wolf, S. (2016). *Evaluation of the Painful eye*. American Family Physician. 93(12):991-998.

República de Costa Rica. (1996). Ley contra la Violencia Doméstica. San José, Costa Rica.

República de Costa Rica. (1999). Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. San José, Costa Rica.


República de Costa Rica. (2016). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Ley 9394. San José, Costa Rica.

Ródenas, I., García M. M., Bordas, G. J., Flores C. M., Martínez, M.C., (2009). Deprivación sensorial. Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría. España. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>

Rodríguez-Blanco, R., Álvarez-García, M., Villalibre-Calderón, C., Pina-Ferreras, LD., Junquera-Alonso, S., Alonso-Lorenzo, J.C. (2019). Evaluación de la actualización de los criterios STOPP-START en atención primaria. SEMERGEN Vol. 45. Núm. 3. páginas 180-186 (abril 2019) <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.06.004>

Romero, L., Abizanda, P., Luengo, C. (2020). El proceso de enfermar en el anciano: la función como fundamento de una atención sanitaria especializada, apartado 2, en Tratado de MEDICINA GERIÁTRICA 2.ª EDICIÓN (directores Pedro Abizanda Soler, Leocadio Rodríguez Mañas)

Rueda, D. (2008). El maltrato a las personas adultas mayores: bases teóricas para su estudio. Serie Personas Mayores. Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e igualdad de oportunidades. 1° Ed. España.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MEDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 94 de 94
Área Atención Integral a las Personas	Protocolo de Atención Clínica para la aplicación del Énfasis a la Persona Adulta Mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención	CÓDIGO PAC.GM-DDSS-AAIP-PNAPAM 09022021

Secretaría de Salud de México. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica. México: CENETEC. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf

Secretaría de Salud. (2008). Atención del Paciente con osteoartritis de cadera y rodilla en el primer nivel de atención. Catalogo maestro de GPC: SSA-053-08; México. http://www.cenetec.salud.gob.mx/.../gpc/CatalogoMaestro/053_GPC_Osteoartitid_era_rodilla/SSA_053_08_EyR.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA]. (2012). Guía Prevención del Maltrato a las Personas Mayores. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile.

Sherman, F. (2001). Functional assessment Easy-to-use screening tools speed initial office work-up Primary Care Geriatrics. Volume 56, Number 8

Scheler, S.G., Poter, J.F, Burke, W.J. (1990). Does de Williams test predict service use among subjects undergoing Geriatrics assessment? J Am geriatric Soc; 38:767-772

Smeeth L, Iliffe S. (2003). Community screening for visual impairment in the elderly. Cochrane Review. The Cochrane Library, número 1. Oxford. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796745>

Thomas, D.C., Edelberg, H.K., Tinetti, M.E. (2003). Falls. In Cassel, C.K., Leipzig, R.M., Cohen, H.J., et al. (Eds). Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer. págs. 979–994

Timby, B.K. (2013). Fundamental Nursing Skills and Concepts. Philadelphia.EEUU.lippincott Williams & Wilkins

Vidal, D. (1999). Factores de riesgo suicida en el anciano. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Vol. 8, Nº 2, octubre de 1999, págs. 103 a 112. <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/Vidal.htm>

Villar, T., Mesa, MP., Esteban, A., Sanjoaquin, A., Fernández, E. (2009). Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. En Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría. España. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>

Walston, J. (2020). Envejecimiento saludable. En Capítulo 14 en Tratado de MEDICINA GERIÁTRICA. Cap 14. 2.ª Ed (directores Pedro Abizanda Soler, Leocadio Rodríguez Mañas)

Warshaw GA, Bragg EJ, Fried LP, et al. Which Patients Benefit the Most from a Geriatrician’s Care? Consensus Among Directors of Geriatrics Academic Programs. J Am Geriatr Soc 2008; 56:1796–801