

3.- Instructivo descripción del EMPAM

Este examen incluye los siguientes indicadores de valoración de las condiciones de salud de la persona adulta mayor: (ver anexo1)

3.1. Mediciones

- 3.1.1 **Presión arterial:** se considera hipertensa a toda persona que mantenga cifras de presión arterial persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140mmHg de PA sistólica o 90mmHg de PA diastólica. Se solicita controlar presión arterial a los pacientes primero sentados, y luego de pie, habiendo transcurrido 3 minutos entre una toma y la siguiente, con el objetivo de diagnosticar sospecha de hipotensión ortostática.
- 3.1.2 **Pulso:** se solicita controlar pulso manual, para detectar posibles alteraciones de ritmo, frecuencia y amplitud. Recordando que de obtener un pulso irregular el control de frecuencia cardíaca mediante uso de saturómetro queda invalidado.
- 3.1.3 **Peso:** Controlar el peso con la menor cantidad de ropa. Si se registra baja de peso >5% en los últimos seis meses, involuntaria, se debe derivar a médico. La baja de peso puede constituir una señal de enfermedad o puede estar asociado a una falta de ingesta alimentaria relacionada con trastornos orales, mala dentadura, alteraciones del tracto digestivo, presencia de diarreas crónicas o vómitos frecuentes. Descartar falta de recursos económicos o limitaciones funcionales, por ejemplo incapacidad de salir a comprar o preparar el alimento.
- 3.1.4 **Talla:** realizar la medición al ingreso con un podómetro de adulto, tener presente que la talla de la persona mayor va disminuyendo por cambios en la arquitectura ósea.

3.1.5 Índice de Masa Corporal (IMC) adaptado a la población adulta mayor chilena:

Tabla n°1: Índice de masa corporal, adaptado a la población adulta mayor chilena

| ESTADO DE NUTRICION | INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) |
|---------------------|-------------------------------|
| Enflaquecido /a | Menor de 23,0 |
| Normal | 23,1 a 27,9 |
| Sobrepeso | 28 a 31,9 |
| Obeso | 32 o más |

Fuente: Manual de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, MINSAL, 2008

3.1.6 **Circunferencia de cintura:** Factor de Riesgo Cardiovascular, es un método simple para describir la distribución de tejido adiposo e intra abdominal. Se mide el perímetro inmediatamente sobre el borde superior de la cresta ilíaca (aproximadamente a la altura del ombligo). La medida se registra en centímetros.

Tabla n°2: Circunferencia de cintura

| MUJER | HOMBRE |
|------------------------------|-------------------------------|
| Riesgo ≥ 88 centímetros | Riesgo ≥ 102 centímetros |

Fuente: Manual de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, MINSAL, 2008

3.2. Antecedentes

3.2.1 Actividad física (WHO, sf)

La actividad física y la práctica de ejercicio físico regular es, un factor protector de la salud funcional de las personas adultas mayores. Constituye una estrategia de intervención eficaz en promoción, prevención y rehabilitación en este grupo etario.

La OMS señala que “La edad no es un obstáculo para la actividad física”, enfatizando que “Nunca es tarde para comenzar a hacer ejercicio” (WHO, sf).

El ejercicio físico puede ayudar a prevenir la presencia de patologías crónicas que pueden ser potencialmente incapacitante y que una vez instauradas pueden producir un acortamiento en la esperanza de vida libre de discapacidad al deteriorar en gran medida su funcionalidad tanto física, como psíquica y social, concepto clave de la calidad de vida en la vejez

Por lo tanto, la práctica habitual de ejercicio físico:

- Mejora o mantiene la condición física produciendo efectos fisiológicos benéficos en todas las condiciones de funcionalidad de la persona adulta mayor.
- Tiene efectos favorables sobre el metabolismo.
- Disminuye el riesgo de padecer enfermedades crónicas, e incluso algunos tipos de cáncer.
- Favorece el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
- Ayuda a conservar activas funciones cognitivas como la atención y la memoria.
- Favorece el establecimiento de relaciones interpersonales, contribuye al fortalecimiento de redes sociales y sensación de bienestar en general.

Se recomienda que la práctica regular de ejercicio físico en las personas de 65 años y más:

- Tenga una frecuencia de 3 veces por semana con un mínimo de 30 minutos.
- Que considere otros aspectos relacionados con formación en el área gerontológica para la planificación de acuerdo a las condiciones funcionales de las personas adultas mayores.
- Cuando las personas 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.

Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea.

Por lo tanto al registrar en el EMPAM si realiza actividad física o no, se considera que la persona adulta mayor la realiza, cuando hace ejercicio con frecuencia mayor a 3 veces por semana y más de 30 minutos cada vez; así como también es importante registrar si la actividad física la realiza en grupo o solo.⁴

Efectos beneficiosos de la actividad física en las personas adultas mayores:

En general, la evidencia demuestra en forma contundente que las personas adultas mayores físicamente activas presentan:

- Menores tasas de mortalidad por causas asociadas a cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebro vasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, y depresión, lo que conlleva a un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio, muscular, manteniendo una mejor masa magra y composición corporal.
- Tienen un perfil de biomarcadores favorables para la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes de tipo 2 y mantención de la salud ósea, ya que fortalece el tejido conectivo y mayor densidad ósea.
- Se registra una mejor salud funcional, menor riesgo de caídas y funciones cognitivas mejor conservadas.

⁴ Actividad física: se define como, todo movimiento corporal producido por el sistema músculo esquelético con gasto de energía, abarca a una amplia gama de actividades y movimientos que incluyen las actividades cotidianas, como caminar en forma regular, tareas domésticas, actividades recreativas. Ejercicio físico: es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes del estado físico. Sedentarismo: se denomina sedentarismo a la no realización de ejercicio físico con una frecuencia menor de 3 veces por semana y menor de 30 minutos cada vez.

3.2.2 VACUNACIÓN

3.2.2.1. Vacunación influenza:

Los antecedentes muestran que infecciones respiratorias agudas graves por influenza, se observan principalmente en los grupos de edades extrema de la vida. El brote pandémico de influenza del año 2009 permitió identificar factores de riesgo para presentar enfermedad grave y morir por esta causa. La tasa de hospitalización fue 6 veces mayor en la persona mayor de 60 años comparado con la población general (Minsal, 2013a)

La influenza es una de las 13 enfermedades objetivo del plan nacional de inmunizaciones de salud de Chile. La estrategia preventiva de vacunación está dirigida a población con alguna condición de riesgo. Y su objetivo es prevenir mortalidad y morbilidad grave en subgrupos de la población, definido por las condiciones biomédicas que se asocian a mayor riesgo de muerte y complicaciones.

Por lo anterior, la vacunación anual anti- influenza en personas adultas de 65 años y más, es uno de los pilares fundamentales de salud pública para el control de la infección y prevenir mortalidad asociada.

La reciente campaña de vacunación año 2013, se ajusta a la recomendación OMS para el Hemisferio Sur, incorporando la vacuna trivalente (A/California/7/2009 (H1N1), A/Victoria/361/2011 (H3N2), B/Wisconsin/1/2010 (27)). Dichas recomendaciones se renuevan anualmente, de acuerdo a la realidad epidemiológica que se presente.

La próxima campaña de vacunación año 2014, se ajusta a la recomendación OMS para el Hemisferio Sur, incorporando la vacuna trivalente (A/California/7/2009 (H1N1), A/Texas/50/2012 (H3N2), B/Massachusetts/2/2012. (OMS, http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201309_recommendation.pdf, 2013). Dichas recomendaciones se renuevan anualmente, de acuerdo a la realidad epidemiológica que se presente.

3.2.2.2 Vacunación Neumocócica:

La inmunización con vacuna anti-neumocócica se inició como campaña el año 2007, en conjunto con la vacunación anti-influenza; el grupo objetivo contemplaba a todos los adultos mayores de 75 y más años, población que se fue modificando en las siguientes campañas. El año 2010 fue incorporado en el Decreto de vacunación obligatoria para el adulto mayor de 65 años.

Indicaciones: Personas de 65 años de edad, especialmente quienes viven en instituciones.

La inmunización con vacuna anti-neumocócica también es recomendada a personas mayores de 2 años con alguna enfermedad crónica (diabetes mellitus, bronquitis crónica, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca) y personas inmunocomprometidas (esplenectomizadas, síndrome nefrótico, leucemia, mieloma múltiple).

3.2.3 Programa de Alimentación Complementaria Del Adulto Mayor (PACAM)

El PACAM es un programa de ayuda alimentaria destinado a prevenir y recuperar el daño nutricional en las personas adultas mayores, en cumplimiento de la política de subsidiariedad del Estado de Chile (Norma General Técnica N° 40 por Resolución Exenta N° 620 con fecha 4 de Abril del 2001).

Su propósito es contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad de las personas adultas mayores, como también aminorar las brechas nutricionales y económicas, a fin de mejorar la calidad de vida de éstas. Está destinado a:

- Las personas beneficiarias de FONASA (Ley 18.469) mayores de 70 años;
- Las personas adultas mayores de 65 años que inicien, se encuentren en tratamiento antituberculoso y posterior al alta de tuberculosis.
- Las personas beneficiarias del programa Chile Solidario mayores de 65 años.
- Y las personas adultas mayores de 60 años en convenio con el Hogar de Cristo, que sean atendidas en los establecimientos de Atención Primaria del SNSS (MINSAL, 2011).

Productos que se distribuyen en el Programa:

- Crema años dorados: Alimento instantáneo elaborado en base a cereales, leguminosas o leche, fortificado con vitaminas y minerales. Este producto puede ser consumido como una sopa o papilla caliente. Presentación 4 variedades: arvejas, lentejas, espárragos, verduras, formato de 1 kilo. Medida de 50 gr.
- Bebida Láctea Años Dorados: Producto en polvo con base en leche y cereales, fortificada con vitaminas y minerales, reducida en lactosa, baja en grasa total y en sodio. Formato 1 kilo. Medida de 25 gr.

3.2.4 Registro de patologías

En este ítem, debe dejarse registro explícito de la totalidad de los diagnósticos clínicos que él o la paciente presente, independientemente de si estos fueron detectados en el nivel asistencial primario, secundario o terciario del sistema público de salud. También se debe dejar registro de aquellos diagnósticos que potencialmente hayan sido detectados en el sistema privado de salud.

La relevancia de conocer todo ello es vital en el momento de priorizar tratamientos y detectar factores de riesgo en el/la paciente, que permitan un manejo más integral. Para ello deben realizarse explícitamente las siguientes preguntas:

- ¿Ha presentado usted en el último año pérdidas involuntarias de orina, estando despierto y/o durmiendo?
- Siente que presenta dificultades para defecar, como la cantidad de días entre cada evento, dolor al momento de obrar, o presencia de deposiciones duras o caprinas.
- ¿Ha necesitado en el último año el uso de laxantes naturales o no naturales, para facilitar la defecación?
- ¿Se ha realizado en el último mes auto examen de mamas? Es importante reforzar este examen, sobre todo en personas adultas mayores que no se han realizado jamás este examen de salud.
- Consultar sobre su actividad sexual. Según sus respuestas establecer la necesidad de realizar PAP, VIH u otro examen de pesquisa de ITS.

3.2.5 Terapia farmacológica:

La ingesta simultánea de 5 o más medicamentos, de manera crónica (más de 3 semanas), independientemente de si es indicado por un médico o auto medicado (Hazzard & al, 2003), se conoce como Polifarmacia, la cual es un importante síndrome dentro de geriatría.

La polifarmacia es el principal factor de riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM), las que se incrementan en forma exponencial con el número de fármacos tomados: 5% si toma uno, a 100% si toma diez o más. También influyen el tipo de fármacos, las dosis empleadas y la duración del tratamiento (Martin A. 2006). Las RAM pueden generar síntomas sugerentes de cualquier estado patológico, como por ejemplo, caídas, alteraciones cognitivas, incontinencia y ortostatismo, impactando enormemente en la capacidad de la persona para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria (AVD), convirtiéndose así en una importante fuente de pérdida de funcionalidad, dependencia y disminución de calidad de vida.

Por lo tanto, es de suma importancia, la comunicación entre los grupos de los distintos profesionales que conforman el equipo de salud así como la educación que realicen a las personas adultas mayores, cuidadores o grupo familiar a cargo de estas personas.

En el tratamiento farmacológico de las personas mayores es importante considerar (OPS, 2001):

- Obtener una historia medicamentosa completa incluyendo alergias, reacciones adversas (RAM), uso de fármacos auto-prescritos, complementos nutricionales, medicina alternativa (hierbas u otro), consumo de alcohol, cafeína y condición tabáquica.
- Solicitar a la persona adulta mayor y/o cuidador/a que cada vez que acuda a control lleve todos los medicamentos que utiliza de forma crónica y/u ocasional sin importar su proveniencia.
- Si existen dudas de los medicamentos que la persona adulta mayor está realmente utilizando se debe dejar consignado en ficha y volver a citar a la persona.
- Verificar las dosis y esquemas posológicos, que la persona adulta mayor está tomando actualmente, si coinciden con la indicación médica y en caso contrario reforzar los esquemas de tratamiento con cada persona adulta mayor y/o su cuidador/a.
- Escribir claramente las indicaciones y asegurarse que la persona adulta mayor y/o su cuidador/a las ha entendido. Se puede solicitar que explique su tratamiento para ver si ha comprendido.
- Revisar en cada control, la lista de medicamentos, eliminando aquellos que sean innecesarios o cuyos efectos han sido insuficientes.
- Recordar que se está tratando una persona adulta mayor con todo su entorno y circunstancia y no una patología.

3.3. Evaluación de funcionalidad

3.3.1 Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM- Chile)

EFAM es un instrumento **predictor de pérdida de funcionalidad**. La aplicación de este permite detectar en forma integral los factores de riesgo de la persona mayor que vive en la comunidad y que se considere autovalente.

No debe aplicarse a las personas adultas mayores que a simple vista están discapacitadas, como por ejemplo a quienes usan silla de ruedas, a quienes sufren secuelas importantes de accidente vascular, personas ciegas. A este grupo se aplica Índice de Barthel.

El EFAM consta de: parte A, y B, y Minimental abreviado (MMSE). Los resultados deben registrarse en los casilleros correspondientes de la ficha. EFAM debe aplicarse una vez al año a las personas con clasificación autovalente sin riesgo y dos veces al año en personas catalogadas como autovalentes con riesgo y aquellos considerados en riesgo de dependencia. El tiempo durante el cual se aplica EFAM, constituye un tiempo valiosísimo para observar a la persona adulta mayor.

El EFAM permite clasificar a las personas de 65 años y más según grado de funcionalidad en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia.

EFAM parte A: consta de 9 preguntas.

- Las preguntas 1 a 5, apuntan a la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria. La importancia aquí reside en detectar capacidad de ejecutar la acción como la ejecución misma de ella.
- Las preguntas 6 y 7 apuntan a estado cognitivo actual y reserva cognitiva adquirida a través de la educación formal.
- En la pregunta 6, se aplica test de Minimental abreviado (MMSE abreviado), el cual evalúa la orientación temporal y espacial, memoria a corto plazo, capacidad ejecutiva, memoria a largo plazo y capacidad viso constructiva; consta de 6 preguntas.

El resultado final da un puntaje total de 19 puntos.

Resultado normal es: mayor de 13 puntos.

Resultado alterado es: menor o igual a 13 puntos. En este caso se procede a discriminar aquellos con escolaridad de 10 años aplicándose Folstein extendido por profesional a cargo (ver anexo 7) y cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer, del informante (ver anexo 5), en donde se confirma diagnóstico de deterioro cognitivo, o sospecha de demencia.

Aquellos con escolaridad inferior a 10 años, a estos pacientes se les debe aplicar test de Pfeiffer y Reloj el cual se realizará en el nivel secundario por especialista (Se describirá en orientación técnica de demencia en proceso de desarrollo).

- Las preguntas 8 y 9 miden funcionalidad del tren superior e inferior.

Si el puntaje es menor o igual a 42 puntos la persona es calificada en riesgo de dependencia. Debe ser derivada a médico para diagnosticar y tratar los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad pesquisados.

Si el puntaje es mayor o igual a 43 puntos la persona es calificada como autovalente.

Si la persona de 65 años y más fue calificada como autovalente, debe aplicar la Parte B del Instrumento que discrimina entre autovalente con o sin riesgo.

EFAM parte B: consta de 6 preguntas.

- Las preguntas 1 y 2, apuntan al riesgo cardiovascular
- Las preguntas 3 y 4 se refieren al área cognitiva actual.
- En la pregunta 4, repetir puntaje MMSE abreviado (EFAM parte A, pregunta 6).
- Las preguntas 5 y 6 apuntan a sospecha de depresión y ansiedad.
- Si las preguntas 5 y 6 son afirmativas, se procede a realizar test de Yesavage GDS - 15 (ver anexo 4) y derivar a médico en caso de sospecha diagnóstica de depresión, para confirmar el dg.

La persona mayor califica como autovalente sin riesgo cuando obtiene un puntaje igual o mayor a 46 puntos. Debe ser derivada a acciones de promoción y prevención y control anual con EMPAM. La persona mayor califica como autovalente con riesgo cuando obtiene un puntaje igual o menor a 45 puntos. Debe ser derivada a médico y/o educar para la adherencia al programa que corresponda (ver [anexo 2](#)), realizándose control de seguimiento antes de los 6 meses con EFAM.

3.3.2 Índice de Barthel para la Clasificación de Dependencia en la persona adulta mayor.

A aquellas personas de 65 años y más con limitaciones visibles y en los cuales se sospecha limitación para la ejecución actividades básicas de la vida diaria se les aplica Índice de Barthel, éste además es el instrumento que se aplica a quienes asisten al centro de salud y reciben atención domiciliaria

Se utiliza en aquellas personas que ya manifiestan dificultades con las actividades de la vida diaria. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

La escala consta de seis elementos y evalúa las actividades básicas de la vida diaria, proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración.

Condiciones en que se aplica Índice de Barthel:

- Uso de ayuda técnica u órtesis
- Pacientes con dependencia severa.
- Aquellos AM que necesitan ayuda de una persona para recibir la atención del equipo de salud.
- AM con Discapacidad psíquica (Síndrome de Down, demencia, retardo mental etc.).
- Los resultado son:

| Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas) | |
|--|-----------------------------|
| Resultado | Grado de dependencia |
| < 20 | Total |
| 20-35 | Severo |
| 40-55 | Moderado |
| ≥ 60 | Leve |
| 100 | Independiente |

3.3.3 Escala de evaluación geriátrica de Yesavage, abreviada (GDS) Screen Depressive Dysfunctions

Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión en personas mayores y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental. Se aplica a la persona de 65 años y más que en el EFAM parte B, pregunta 5 y 6, presenta sospecha de depresión, (anexo 4). Resultado normal es: 0 - 5 puntos.

Resultado alterado es: mayor o igual a 6 puntos, se derivará a médico para confirmación diagnóstica, e ingreso a GES.

3.3.4 Cuestionario de actividad funcional de Pfeffer

Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente, con miras a determinar si existe compromiso funcional secundario a probable deterioro cognitivo. El resultado del screening es positivo cuando el puntaje es igual o mayor a 6 puntos, (anexo 5), en este caso hay que sospechar de deterioro cognitivo y riesgo de demencia.

Se aplica al acompañante de la persona adulta mayor que presenta un puntaje menor o igual a 13 puntos en MMSE abreviado.

3.3.5 Mini mental Extendido (MMSE extendido) o Test de Folstein:

Es un instrumento de cribado de demencia y de seguimiento evolutivo, desarrollado por Folstein en 1975 para adultos mayores de habla inglesa, y luego validado en español por Lobo en el año 1979.

- El test evalúa a través de 30 preguntas, 5 áreas cognitivas que comprenden: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción.
- Este instrumento consta de 30 preguntas asociadas a 30 puntos en total.
- Aplicación del Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE, versión original). Estudio realizado en Chile determinó como el punto de corte para un diagnóstico de demencia un puntaje < 21 en el MMSE para la población chilena. (ver anexo 7).

| Puntaje Normal | Puntaje Deterioro Cognitivo | Puntaje Demencia |
|---------------------------|-----------------------------|------------------|
| Igual o mayor a 27 puntos | 22 a 26 puntos | De 0 a 21 puntos |

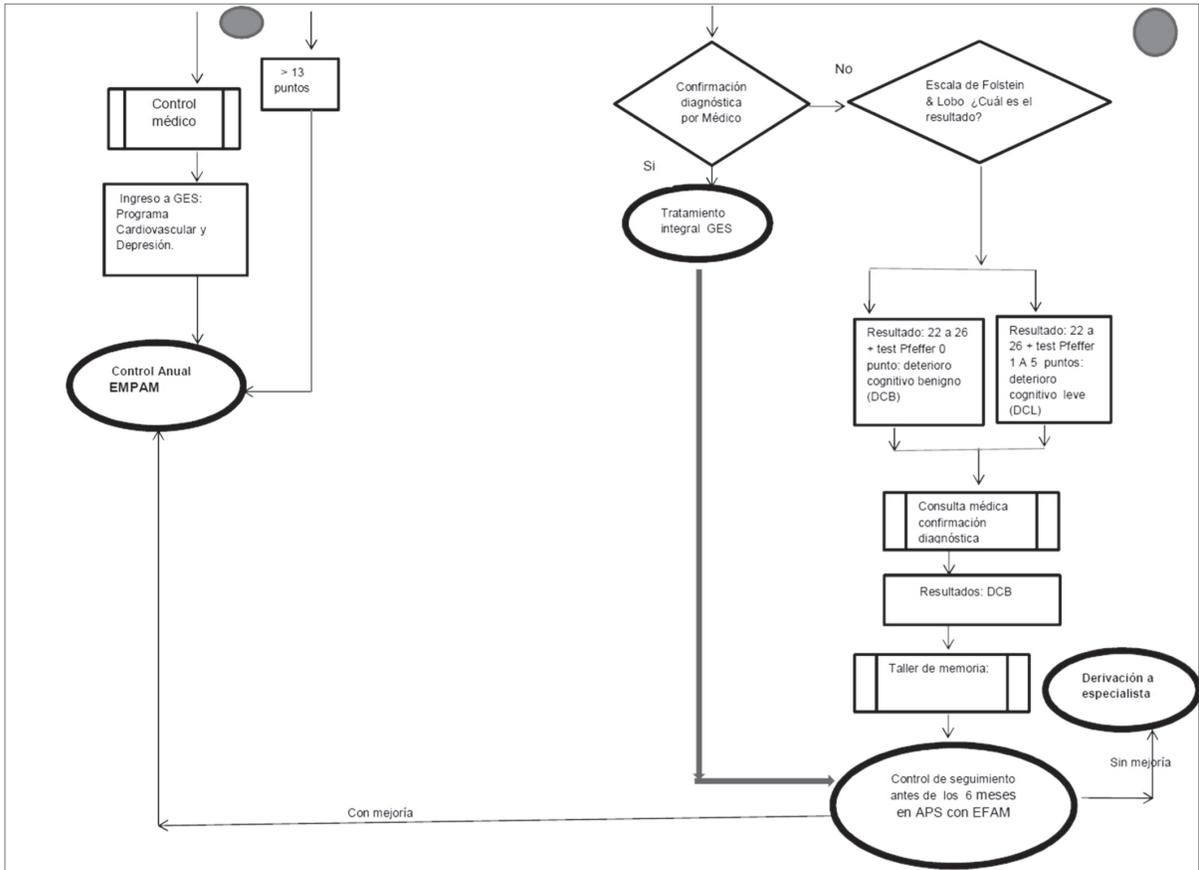
- Resultado: mayor o igual a 27 puntos, se realiza control anual con EMPAM
- Resultado: < a 21 puntos se sospecha de declive cognitivo (No realizar test Yesavage abreviado), derivar a nivel secundario a especialista.
- Resultado: mayor a 22 puntos, se sospecha de deterioro cognitivo y si el resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer es cero punto demuestra que no hay compromiso funcional; probablemente estamos frente a un diagnóstico de deterioro cognitivo benigno o asociado a la edad. Debe ser derivado a taller de memoria.
- Resultado: mayor a 22 puntos: se sospecha de deterioro cognitivo y si el resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer es 1 a 5 puntos probablemente estamos frente a un diagnóstico de deterioro cognitivo leve por lo que el paciente presentará funciones alteradas sin caer aun en la demencia; debe ser derivado a nivel secundario a especialidad.
- El resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer igual o mayor a 6 puntos. En este caso hay que sospechar de deterioro cognitivo y riesgo de demencia.

Finalmente se derivarán a talleres de memoria:

Aquellos pacientes cuyo resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer es 0 punto.

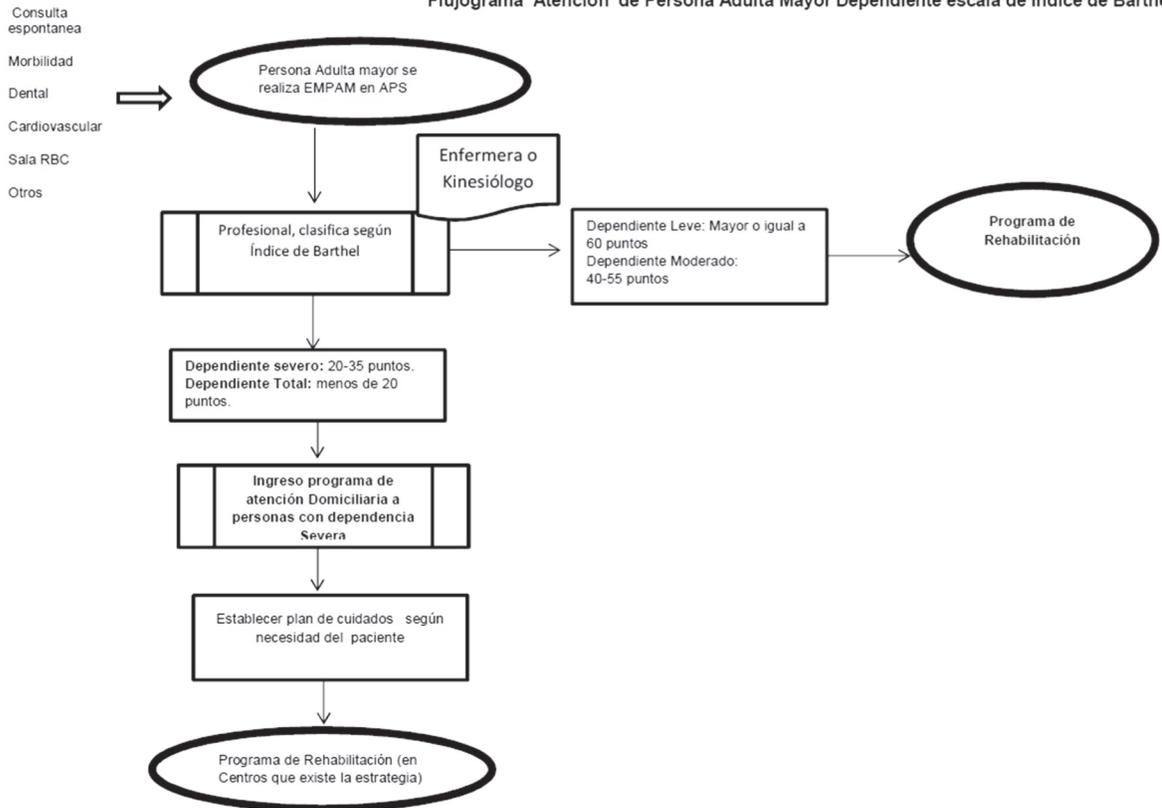
Se derivarán a especialista a aquellos pacientes cuyo resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer es 1 a 5 puntos.

Se derivarán a especialista para rehabilitación a aquellos pacientes cuyo resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer es igual o mayor a 6 puntos



3

Flujograma Atención de Persona Adulta Mayor Dependiente escala de índice de Barthel



- La implementación de esta política en la red asistencial se desarrollará en forma progresiva, acorde a los recursos disponibles. Aquellos equipos que cuentan con la capacidad instalada y estrategias en desarrollo se sugiere continuar con este avance y al resto comenzar a planificar su incorporación.
- Se sugiere desarrollar un protocolo de referencia y contrareferencia para el manejo de la sospecha de deterioro cognitivo, acorde a las capacidades instaladas en la red de cada Servicio de Salud (nivel primario y secundario).

3.4. Riesgo de caídas

Para detectar riesgo de caídas se aplicarán dos pruebas: estación unipodal (mide equilibrio estático) y Timed up and Go (mide equilibrio dinámico):

3.4.1. Estación Unipodal:

- Se solicita a la persona pararse con los brazos cruzados sobre del tórax apoyando las manos en los hombros, luego levantar una pierna hasta llegar a la posición de flexión de rodilla y cadera a 90 grados. Debe mantener la posición el mayor tiempo posible.
- A las personas con evidentes problemas de equilibrio, como el usar ayudas técnicas no se les debe aplicar esta prueba.
- El evaluador/a deberá demostrar la ejecución de la prueba
- Situarse a un costado de la persona a evaluar y atender a posibles pérdidas de equilibrio.
- Repetir lo mismo con la otra extremidad.
- El tiempo se medirá en segundos, desde el momento en que la persona logra los 90°.
- Si no logra la posición descrita, busca apoyo, se desestabiliza o las extremidades inferiores se tocan entre sí al estar de pie, se considerara que el resultado está alterado.
- Repetir la prueba tres veces en cada pie, se registra el mejor tiempo obtenido.

Normal: \geq 5 segundos

Alterado: $<$ 4 segundos

3.4.2. Timed Up and Go (TUG):

La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido ida y vuelta desde la silla a la marca de tres metros.

- Utilizar una silla sin brazos
- Los tres metros se miden desde la pata delantera de la silla, en dirección recta hasta un punto de referencia, marcada con un cono o botella plástica con agua.

- Al inicio la persona debe estar sentada con la espalda bien apoyada contra el respaldo, los brazos al costado y los pies tocando el suelo.
- Se solicita a la persona que se pare sin apoyarse y camine como lo hace habitualmente, hasta el cono o botella y vuelva a sentarse.
- Se inicia la medición del tiempo cuando la persona despega la espalda de la silla, y se detiene cuando retoma la posición inicial.
- Si la persona requiere algún tipo de ayuda para ponerse de pie, se suspende la prueba y se clasifica con alto riesgo de caída.

Normal \leq 10 seg.

Riesgo leve de caída 11 a 20 seg.

Alto riesgo de caída $>$ 20 seg

3.5. Identificación de redes sociales de apoyo de las personas adultas mayores

Los estudios de calidad de vida en la vejez, han puesto énfasis en las redes. Y no es extraño, ya que la existencia y calidad de las redes, en gran medida determinan la calidad de vida en la vejez, sobre todo cuando se instalan pérdidas de la funcionalidad. Redes sólidas pueden paliar en parte las distintas pérdidas de funcionalidad, cuando éstas se presentan. Por lo tanto, para la formulación del plan de atención, es muy importante que el equipo de salud conozca las redes de soporte con las que cuenta la persona adulta mayor, ya que ello permitirá formular un plan de atención más atinente a su realidad (MINSAL, 2008).

No se deben considerar excluyentes las categorías que se mencionan en el EMP, es decir una persona puede tener redes familiares, de amigos y vecinales, en este caso se marcan todas ellas.

Si la persona no tiene apoyos y está en riesgo de dependencia o en franca dependencia, debe hacerse un esfuerzo por la movilización de las posibles redes, convocando para esto a la intersectorialidad.

3.6. Sospecha de maltrato (OPS, 2003)

Definición del Problema.

El abuso a las personas adultas mayores se define como cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico y que ocurre dentro de una relación de confianza. Puede ser parte del ciclo de violencia familiar; puede venir de cuidadores domiciliarios o puede ser el resultado de la falta de preparación de los sistemas de prestaciones sociales sanitarias para atender sus necesidades. Las manifestaciones de abuso y maltrato de las personas adultas mayores pueden tomar distintas dimensiones.

Abuso Físico: causar daño físico o lesión, coerción física, como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual a una persona.

Abuso Psicológico: causar daño psicológico, como el causar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos.

Abuso Económico: la explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona adulta mayor, el engaño o robo de su dinero o propiedades.

Negligencia o Abandono: implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o el dejar desamparado a una persona que depende de uno o por lo cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.

Negligencia intencionada: el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta mayor los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado.

a) Factores de Riesgo para la ocurrencia de maltrato

En la Familia:

- Estrés del cuidador
- Nivel de dependencia de la persona adulta mayor
- Historia de violencia en la familia
- Dificultades personales y financieras del cuidador
- Alcoholismo u otras adicciones
- Falta de información y de recursos para la atención adecuada a una persona con discapacidad
- Aislamiento social del cuidador
- Falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona discapacitada 24 horas, 7 días a la semana.

En Instituciones u Hogares Comunitarios:

- La institución impide u obstaculiza las visitas o los contactos de la persona adulta mayor con la comunidad
- No está en un registro oficial o le falta la acreditación apropiada. No tiene monitoreo o supervisión pública de los servicios
- Contrata cuidadores/as sin capacitación para la atención a las personas adultas mayores frágiles y discapacitadas.

- Mantiene una razón de cuidadores/as por número de personas discapacitadas y con demencia que es menor a la necesaria para atender las necesidades básicas de este grupo vulnerable.
- No ofrece privacidad a las personas residentes y estos se encuentran en hacinamiento
- No hay evidencia de participación de la comunidad en actividades del hogar o institución
- La estructura física de la institución no está adaptada para el acceso y la movilidad de personas con discapacidades.

b) Indicadores de un posible abuso o negligencia

Abuso

- Evidencia de lesión, especialmente múltiples en diferentes grados de resolución
- Deshidratación o desnutrición
- Fracturas que no tienen causa determinada
- Evidencia de lesiones no atendidas
- Señales de estar amarrado, atado o golpeado
- Enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo.

Negligencia

- Pobre higiene
- Desnutrición severa
- Deshidratación
- Hipotermia
- Ulceras por presiones no atendidas.

Si se encuentran más de un factor de riesgo o está presente algún indicador de maltrato o negligencia, estos factores deben ser consignados en la ficha del EMPAM. Por otra parte, la persona adulta mayor debe ser evaluada por médico y asistente social, además se debe realizar por lo menos una visita domiciliaria a la persona mayor. Si el equipo llega a definir una sospecha de maltrato se debe, además de registrar en el tarjetero, contactar en el Municipio, al encargado/a de la Oficina del Adulto Mayor.

3.7. Exámenes

Los exámenes de Glicemia, Colesterol total y VDRL deben tomarse una vez al año. Por otra parte se debe realizar el examen de Baciloscopia, si corresponde, así como también ofrecer el examen para el diagnóstico de infección por VIH al paciente que lo desee, y sobre todo en aquellos en que exista algún grado de sospecha diagnóstica.

Glicemia: Es la medida de concentración de glucosa libre en la sangre, suero o plasma sanguíneo. El diagnóstico de diabetes se hace utilizando los criterios definidos por la OMS:

- Glicemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl, o glicemia en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl 2 horas después de una carga oral de 75 g de glucosa.
- En ausencia de síntomas clásicos de diabetes, una glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl debe ser confirmada con un segundo examen de glicemia realizado en el laboratorio (MINSAL, 2010).

Colesterol total: En población general de 20 o más años de edad se recomienda realizar un tamizaje para la pesquisa de dislipidemia a través de la determinación del colesterol total que no requiere que la persona esté en ayunas, se considera:

- Normal un Colesterol total <200 mg/dl.
- Si el Col-total es ≥ 200 mg/dl debe hacerse una segunda medición e incluir una determinación adicional de Col HDL
- Si el Colesterol total está entre 200 y 239 mg/dl y el Col-HDL ≤ 35 mg/dl es necesario realizar un perfil lipídico (MINSAL, 2000).

VDRL: La prueba del VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) constituye una técnica serológica con la suficiente sensibilidad y especificidad para complementar el diagnóstico de sífilis y analizar la respuesta al tratamiento específico (Larrondo, Gonzalez, Hernandez, & Larrondo, 1999).

Baciloscopía: Se utiliza la tinción Ziehl-Neelsen (BAAR) que es una técnica de tinción diferencial rápida y económica, que se basa en que las paredes celulares de ciertos parásitos y bacterias contienen ácidos grasos de cadena larga, que les confieren la propiedad de resistir la decoloración con alcohol-ácido, después de la tinción con colorantes básicos. Por esto se denomina bacilos ácido alcohol resistente (BAAR).

Preguntar al paciente:

¿Ha tenido tos productiva por más de 15 días? NO- SI,

Sí la respuesta es SI, se solicita bacilos copia (BK: 1^a muestra de inmediato y entrega de 2^a caja para la segunda muestra).

Interpretación:

Negativo: no se observan BAAR en 100 campos observados.

Positivo +: se observan menos de 1 bacilo por campo en promedio en 100 campos observados.

Positivo ++: se observan de 1 a 10 bacilos por campo en promedio en 50 campos observados.

Positivo +++: Se observan más de 10 bacilos por campo en promedio en 20 campos observados

Cultivo:

- Sensibilidad (70-90%)
- Basta que existan > 10 bacilos/ml.
- Chile: medio cultivo sólido (Lowenstein -Jensen)
- Demora 4-8 semanas.

VIH: El diagnóstico de infección por VIH se efectúa en Chile mediante la determinación de anticuerpos específicos contra el virus, la más conocida es la técnica de ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay). Actualmente hay técnicas visuales o test rápidos que facilitan la detección del VIH las que deben ser utilizadas por profesionales competentes. Los resultados reactivos de estas pruebas deben ser confirmados por el Instituto de Salud Pública (ISP) quién realiza métodos diagnósticos suplementarios más específicos que permiten la confirmación serológica. El flujo habitual se inicia en el momento en que se le propone la realización del examen de detección del VIH al usuario/paciente, con entrega de una consejería tanto del procedimiento como de la patología misma. Continúa el proceso con la firma de consentimiento informado y termina con la entrega de la información del resultado del examen a dicha persona, la consejería post test. En caso de haber un resultado positivo se realiza la derivación al centro de atención correspondiente para la etapificación e ingreso a control y tratamiento si corresponde. La solicitud del examen debe quedar registrada en la ficha clínica del paciente. En el formulario del EMPAM no debe ser registrado el resultado del examen, pero si se debe registrar SI o NO se realizó del examen de VIH.

3.8. Adicciones

Alcohol

El instrumento de detección a utilizar es un cuestionario de uso amplio y probado en diversos lugares y culturas, acogido y propuesto como válido para todo el orbe por la OMS, que permite, a la manera de un filtro o "Screening", reconocer una mayor probabilidad de presentar consumo en riesgo, consumo problema y dependencia. Se trata del AUDIT.

El "Cuestionario de Auto diagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol" (AUDIT), en las personas de 65 años y más, para el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad para detectar bebedores con consumo de riesgo, perjudicial o dependientes de alcohol (MINSAL, 2005) (Ver Anexo 14).

Tabaquismo

Al realizar la pregunta ¿Fuma? la respuesta es SI:

Realizar la consejería [breve anti tabáquica](#).

¿Qué es? Es una intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración que se realiza durante las prestaciones del establecimiento, independiente del motivo y tipo de éstas.

¿Cuál es su Objetivo? Motivar a los fumadores a dejar de fumar y prevenir las recaídas y el inicio del consumo de tabaco.

¿En qué consiste? En averiguar primero si el paciente fuma o no y luego su grado de motivación para dejar de fumar. Según estos datos se aplican las estrategias recomendadas.

¿A quién está dirigida? A todas las personas que concurren a solicitar o recibir alguna prestación en los establecimientos de atención primaria, en calidad de paciente o acompañante, independiente del motivo o carácter de la prestación.

¿Quién la realiza? Todos los funcionarios de los establecimientos de salud: profesionales, no profesionales, clínicos y administrativos. Los estudios demuestran que tiene un mayor impacto cuando es realizada por un profesional, especialmente médico y si es acompañada de la entrega de material de autoayuda. La participación de todo el personal tiene un efecto reforzador y acumulativo, aumentando la intensidad de la intervención y mejorando sus resultados (MINSAL, 2003; Ministerio de Salud Uruguay, 2009; MINSAL, 2011). (Ver Anexo 15).