

# La evaluación de salud de la persona mayor centrada en las capacidades

**Dr. Luis Miguel F. Gutierrez Robledo.**

Director General del Instituto Nacional de Geriátría. México.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO  
NACIONAL  
DE GERIATRÍA**

# **Marco Referencial**

**Informe mundial sobre el  
envejecimiento y la vejez**

**Estrategia y plan de acción  
mundiales sobre el  
envejecimiento y la salud  
2016-2020**

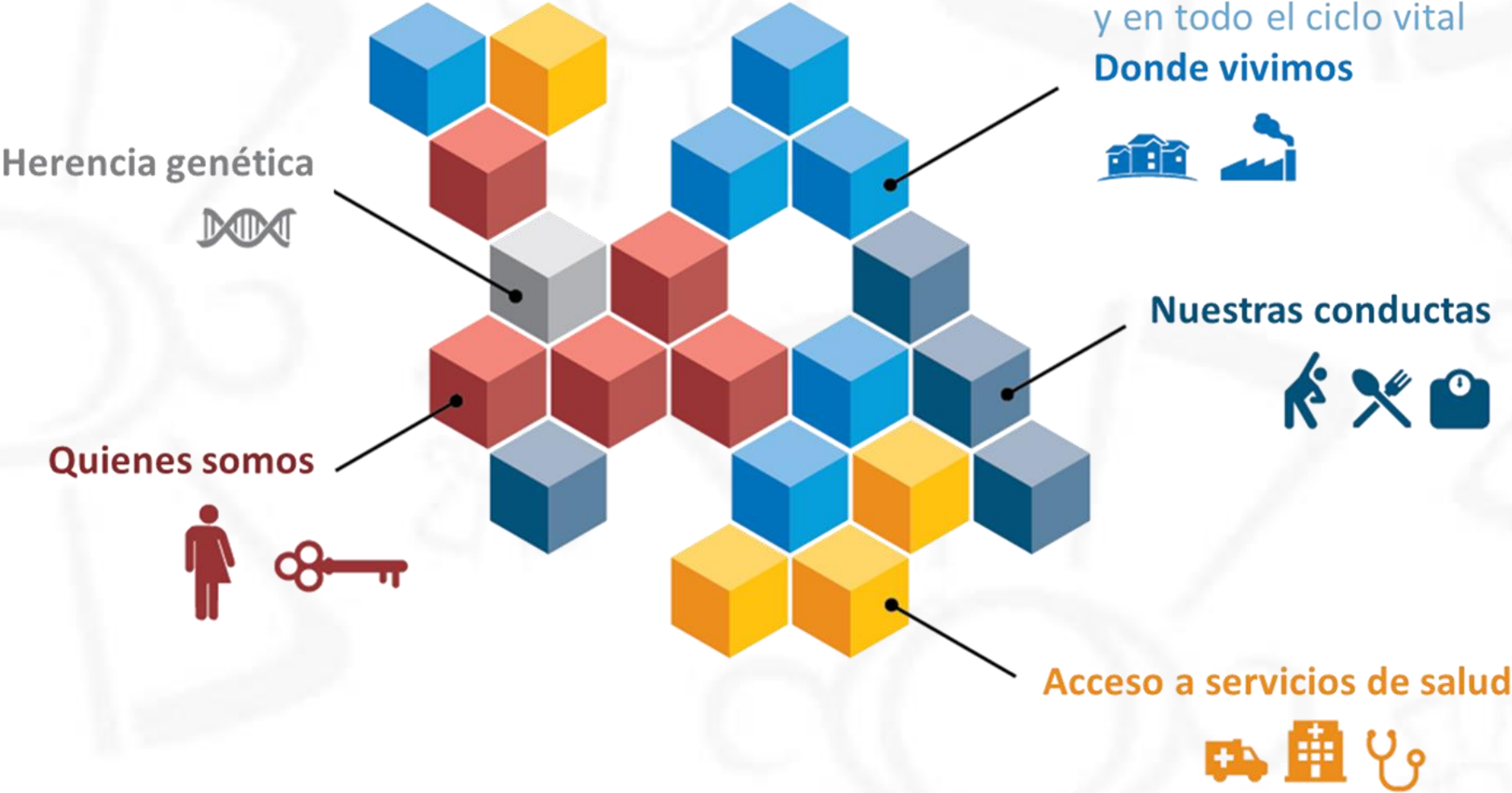
**Directrices de la OMS sobre  
atención integrada para  
personas mayores (ICOPE)**

**Clasificación internacional  
Del funcionamiento, de la  
Capacidad y de la salud**

# Envejecimiento saludable

- Proceso de **fomentar y mantener** la **capacidad funcional** que permite el **bienestar** en la **vejez**.

# ¿Porqué envejecemos de maneras diferentes?

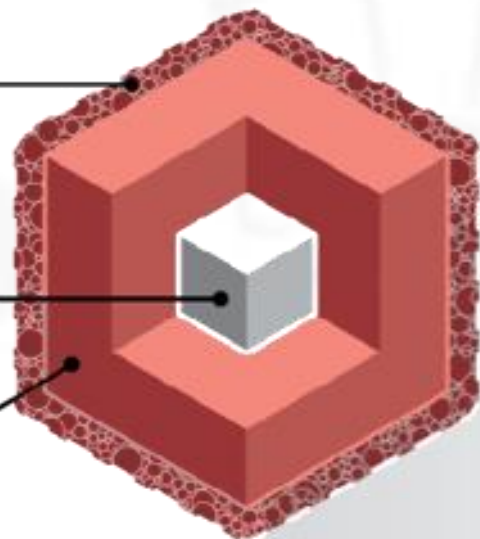


# Capacidad funcional

- Conjunto de atributos relacionados con la salud que permiten a una persona **ser** y **hacer** lo que es **importante** para ella.
  - **Capacidad intrínseca** de la persona
    - Características del **entorno**

Características personales

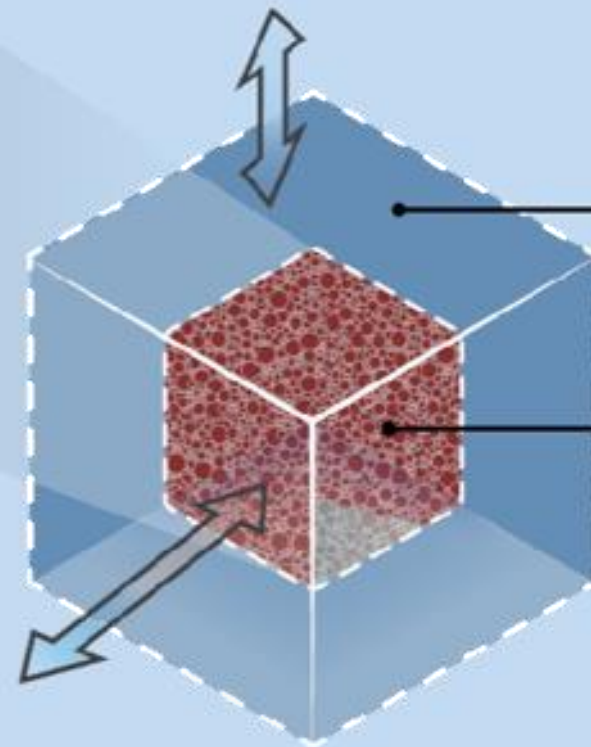
Herencia genética



**Características de salud**

- Tendencias fundamentales relacionadas con la edad
- Hábitos de salud, rasgos y habilidades
- Cambios fisiológicos y factores de riesgo
- Enfermedades y lesiones
- Cambios en la homeostasis
- Síndromes geriátricos más generales

**Entornos**

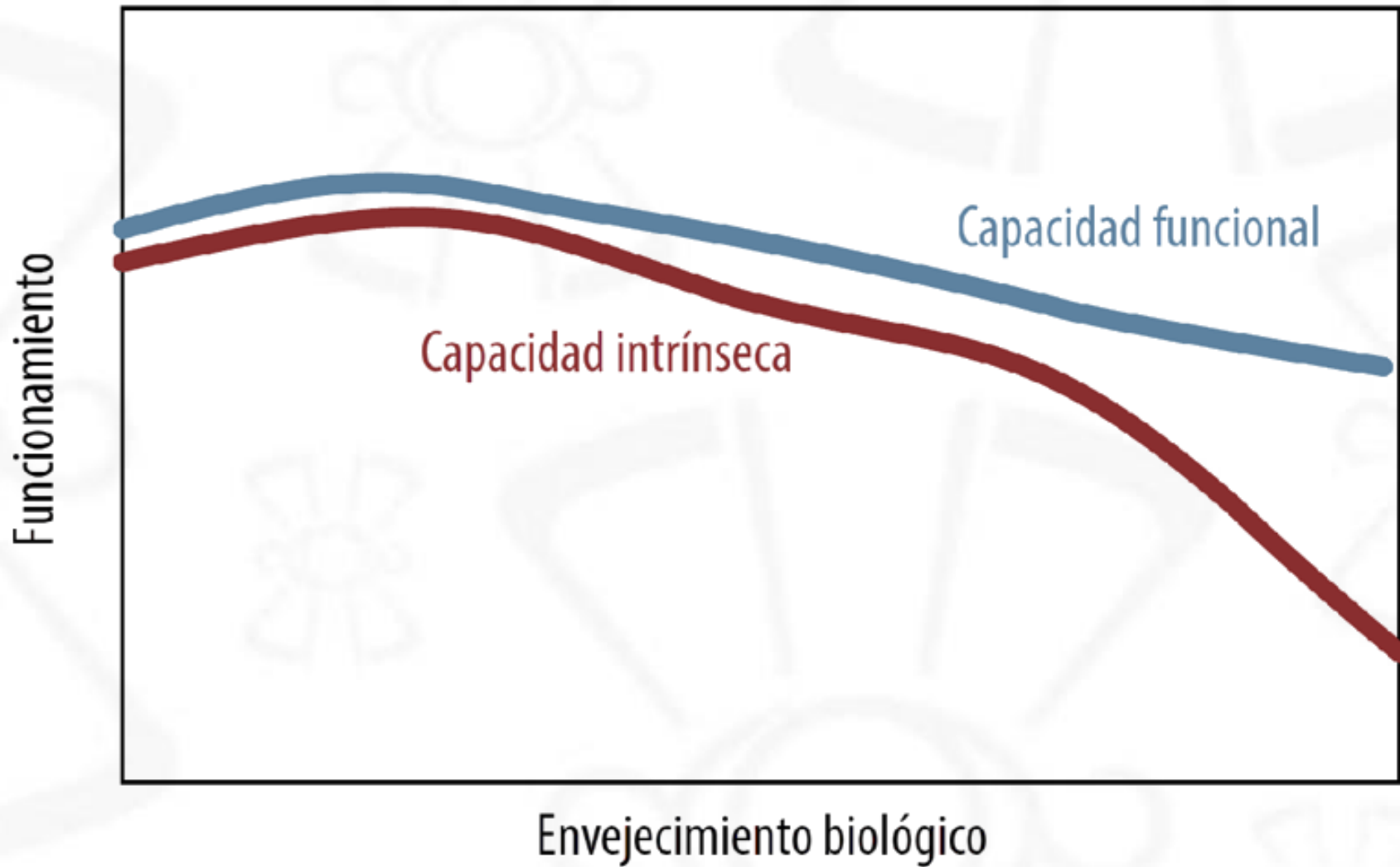


Capacidad funcional

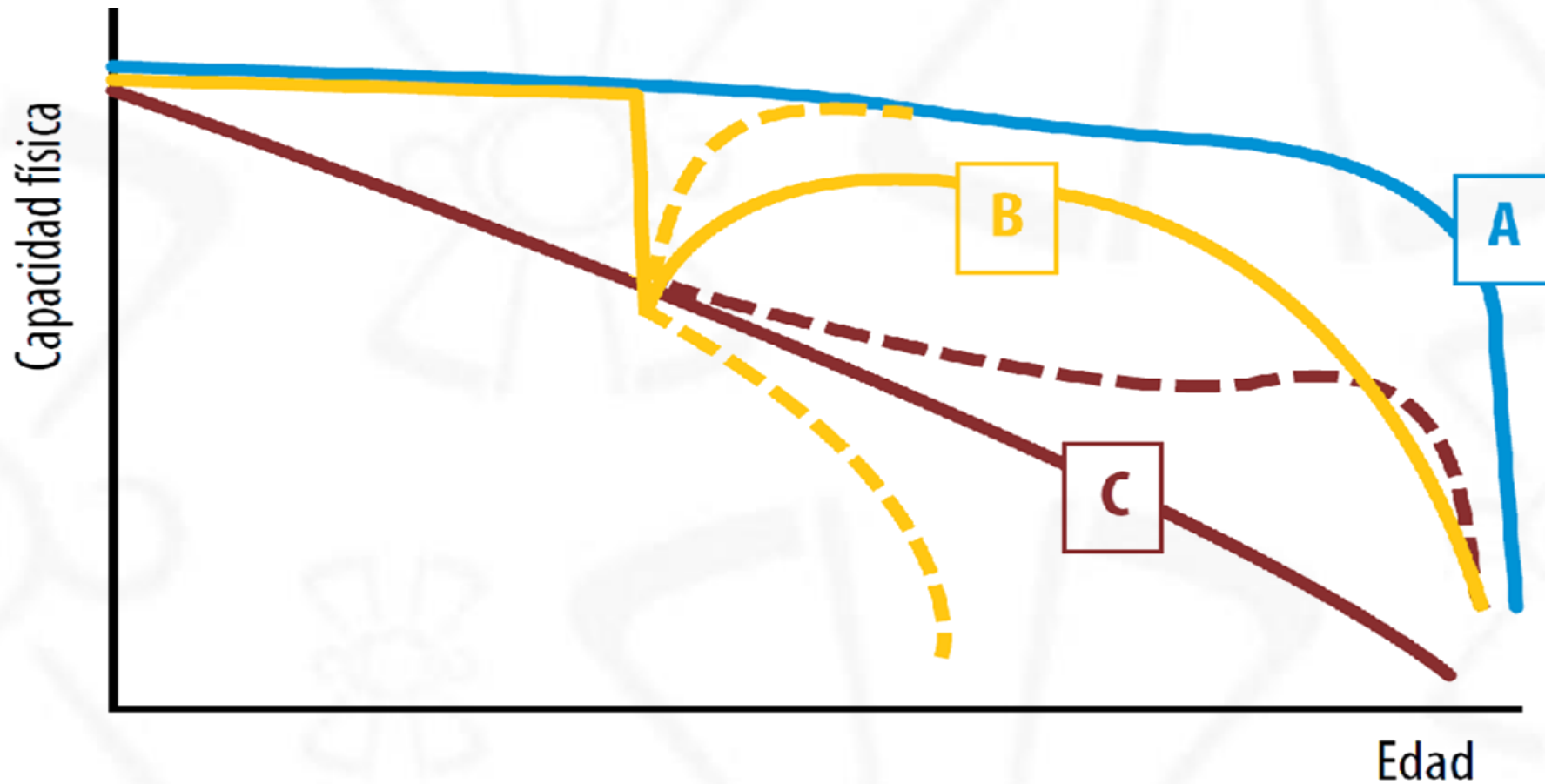
Capacidad intrínseca

# Capacidad funcional

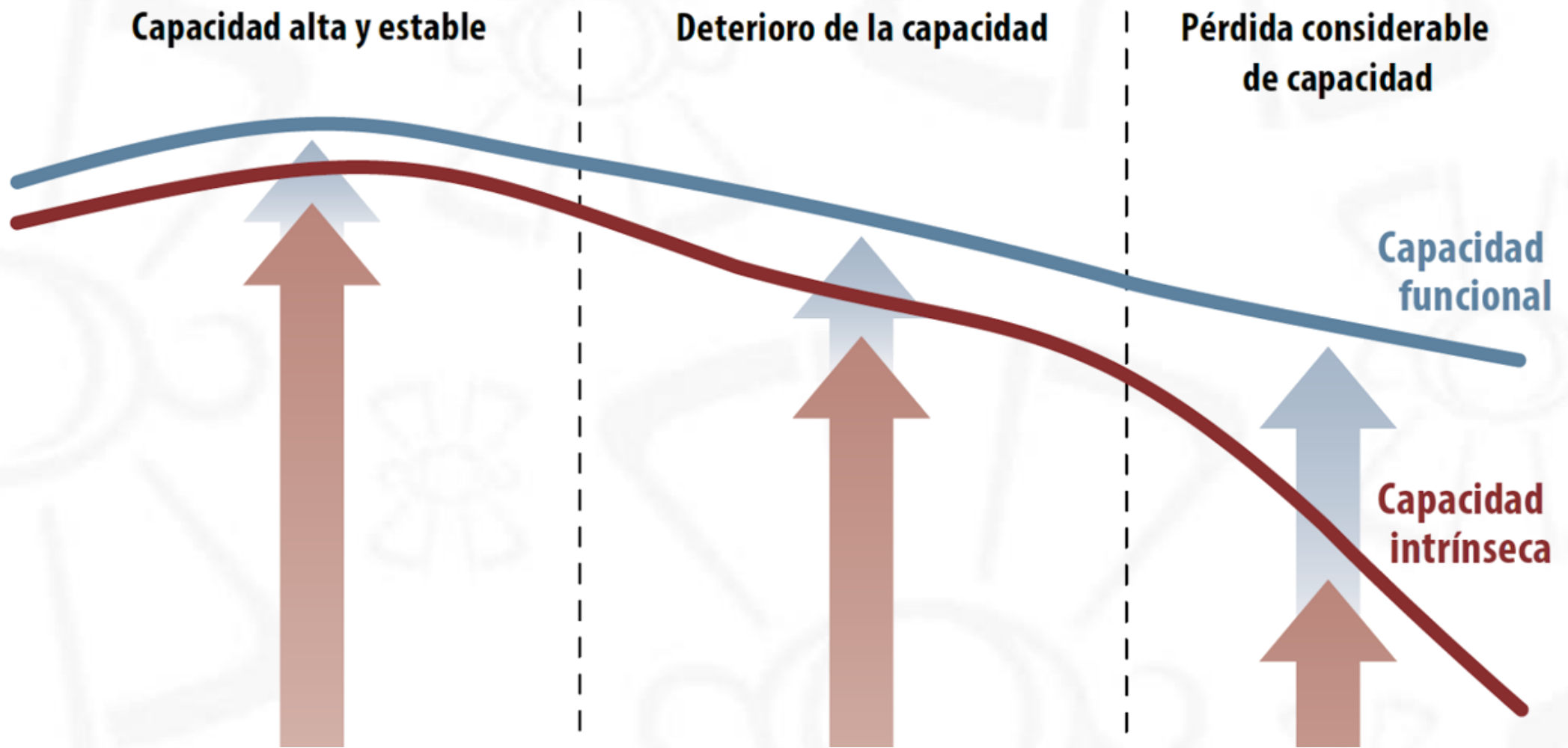
1. Satisfacer las **necesidades básicas**.
2. Aprender, crecer y **tomar decisiones**.
3. Crear y mantener **relaciones**.
4. Poder **movilizarse**.
5. **Contribuir**.

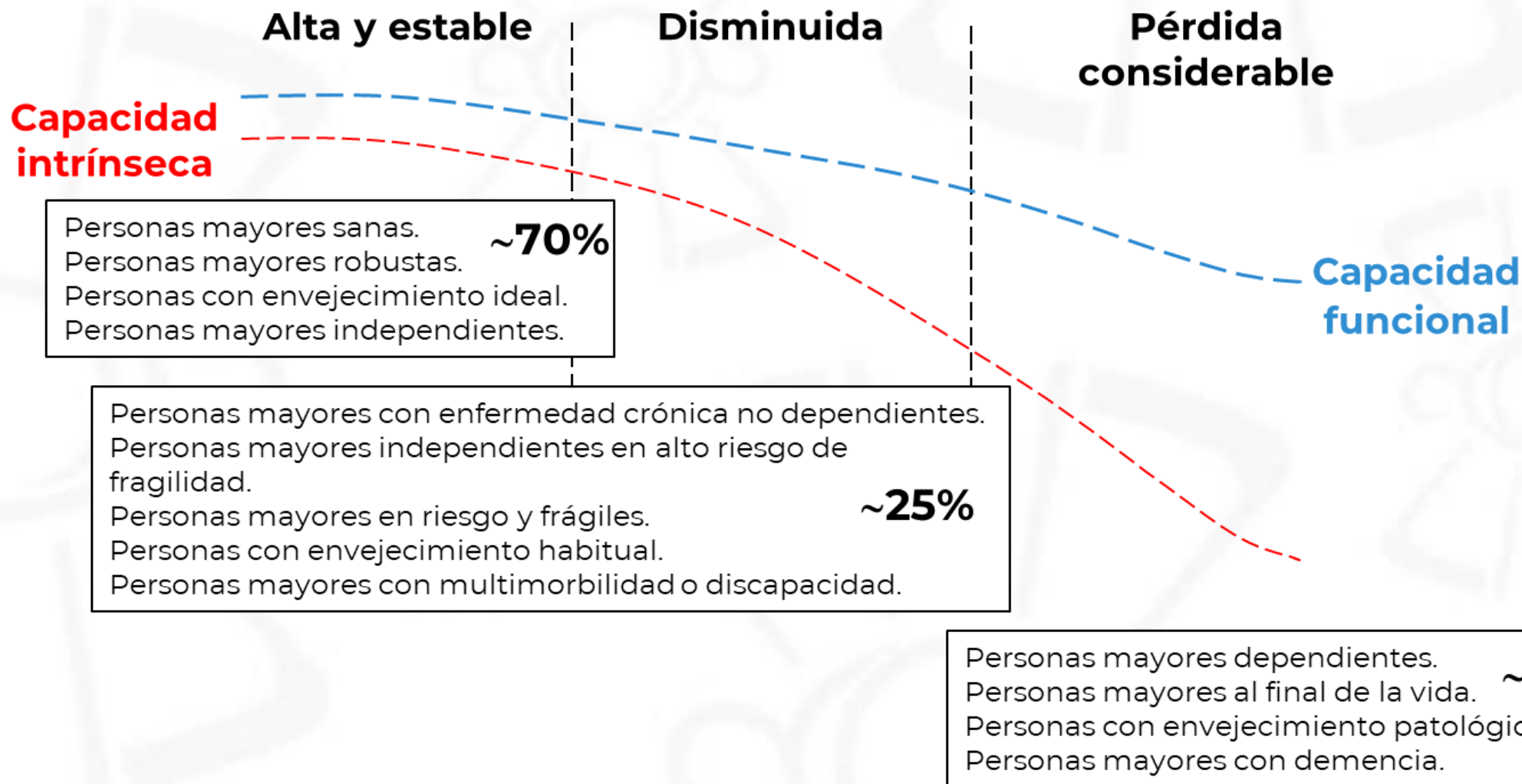






- A. Trayectoria óptima: la capacidad intrínseca permanece alta hasta el final de la vida.
- B. Trayectoria interrumpida: un acontecimiento provoca disminución de la capacidad, seguida de cierta recuperación.
- C. Trayectoria con deterioro: la capacidad disminuye de forma constante hasta la muerte. Las líneas discontinuas representan trayectorias alternativas.





## ► ¿QUÉ INFLUYE EN LA SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD?

### FACTORES INDIVIDUALES



### FACTORES AMBIENTALES



**ENVEJECIMIENTO SALUDABLE...  
SER CAPACES DE HACER DURANTE EL MÁXIMO TIEMPO POSIBLE  
LAS COSAS A LAS QUE DAMOS VALOR**



## ▶ ¿QUÉ SE NECESITA PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE?

UN CAMBIO DE NUESTRA FORMA DE VER EL ENVEJECIMIENTO Y LAS PERSONAS MAYORES



LA CREACIÓN DE ENTORNOS ADAPTADOS A LAS PERSONAS MAYORES



LA ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES

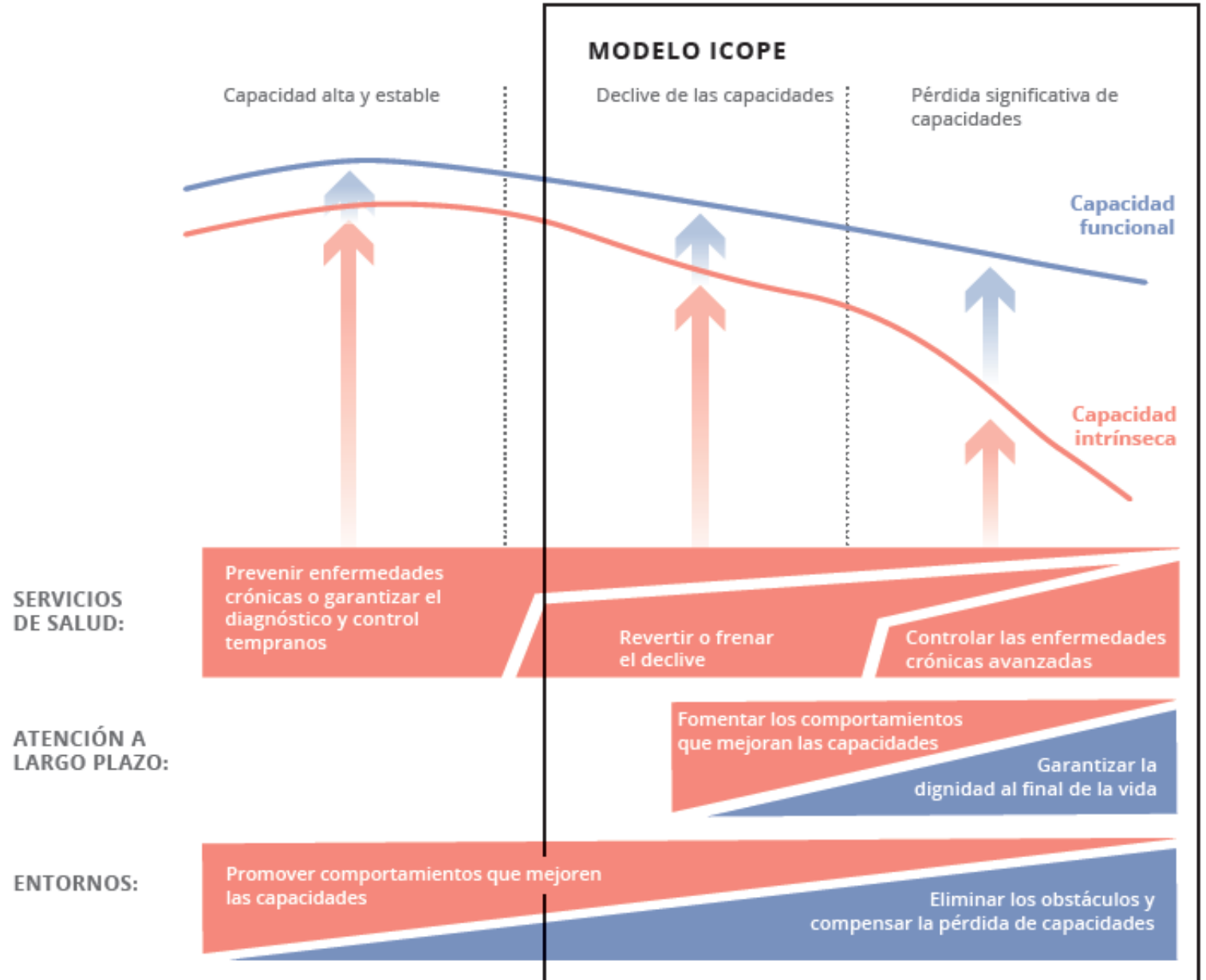
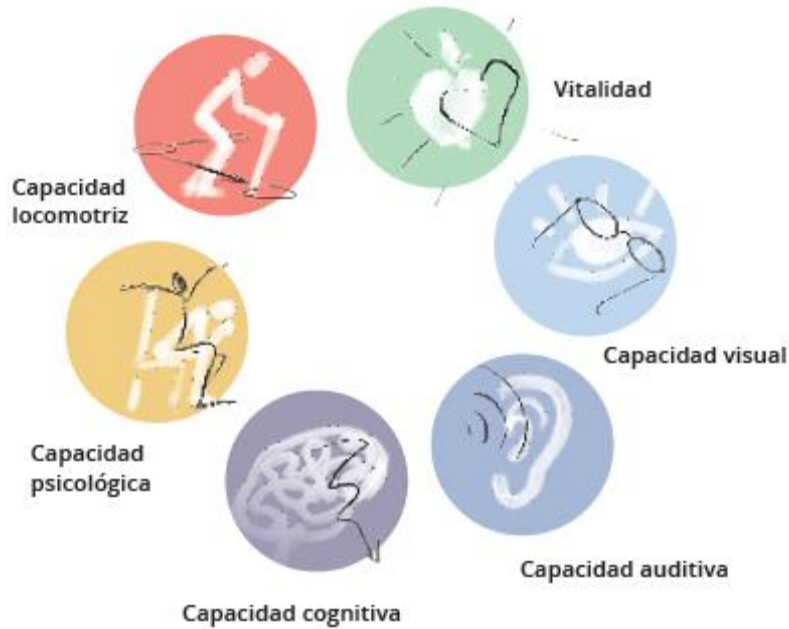


LA CREACIÓN DE SISTEMAS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO



# OPORTUNIDADES PARA LA ACCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN EL CURSO DE LA VIDA

## DOMINIOS CLAVE DE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA





## ¿Por qué se necesitan las directrices para la AIPM?

La cobertura sanitaria universal es el pilar necesario para lograr el tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas centrado en la salud y el bienestar. Si no tenemos en cuenta las necesidades de atención sanitaria y social de las personas de edad avanzada, cuyo número sigue aumentando, no será posible lograr ese objetivo.

En la actualidad, los sistemas de salud tienen una estructura que les permite responder mejor a las necesidades sanitarias episódicas que a las necesidades sanitarias crónicas más complejas que suelen aparecer con la edad. Es perentorio elaborar y aplicar enfoques de atención primaria completos y coordinados para prevenir, retrasar o revertir cualquier deterioro de la **capacidad intrínseca** y, si ello no es posible, ayudar a las personas mayores a compensarlo para tener la máxima **capacidad funcional**.

Los enfoques de atención integrada deben ofrecer atención comunitaria, estructurarse en torno a las necesidades de la persona mayor (y no a las de los prestadores de asistencia) y coordinarse de forma eficaz con los sistemas de cuidados a largo plazo.

## ¿Qué son las directrices para la AIPM?

Estas directrices ofrecen orientación basada en datos científicos sobre las siguientes cuestiones:

- la evaluación integral del estado de salud de la persona mayor;
- la prestación de atención sanitaria integrada para que la persona mantenga sus capacidades físicas y mentales y/o para retrasar o revertir posibles deterioros en ellas; y
- la ejecución de intervenciones de apoyo a los cuidadores.

Las directrices para la AIPM ayudarán a los profesionales sanitarios que trabajan en entornos clínicos a detectar posibles deterioros en las capacidades físicas y mentales de las personas mayores y a poner en práctica intervenciones eficaces a fin de prevenir y retrasar su evolución.

Además, pueden ser útiles para elaborar orientaciones nacionales. Estas directrices pueden servir de base para incluir intervenciones que faciliten el envejecimiento saludable en el paquete de prestaciones mínimas, con el fin de alcanzar la cobertura sanitaria universal.

## ¿Cómo prestar atención integrada a las personas mayores (AIPM)?

Es necesario orientar los servicios en torno a las necesidades de las personas mayores, y no a las de los propios servicios. Los individuos que estos servicios atienden se encuentran en situaciones muy diversas. Algunos tienen unos niveles elevados y estables de capacidad intrínseca, otros están experimentando deterioros y, en otros casos, sus capacidades se han reducido hasta el punto de que necesitan la atención y el apoyo de otras personas. El seguimiento de AIPM puede ayudar a modificar la estructura y el funcionamiento de los sistemas sanitarios.

Estos son algunos de los elementos importantes de la atención integrada a nivel comunitario:

- una evaluación y un plan de atención integrales, que se compartan con todos los proveedores de asistencia;
- unos objetivos de atención y tratamiento comunes para todos los proveedores de asistencia;
- intervenciones de alcance comunitario y domiciliario;
- apoyo al autocuidado de las personas mayores;
- procesos exhaustivos de derivación y seguimiento; y
- participación de la comunidad y apoyo a los cuidadores.

## ¿Cómo se elaboraron las recomendaciones?

Estas recomendaciones fueron fruto del consenso de un grupo de expertos formado por la OMS específicamente con este fin. Este grupo basó sus decisiones en un compendio de revisiones sistemáticas de los mejores datos disponibles sobre determinadas áreas pertinentes para atender a las personas mayores a nivel comunitario. El consenso del grupo se alcanzó teniendo en cuenta las aportaciones de numerosas partes interesadas. El texto completo de las directrices está disponible en el sitio web de la OMS, junto con la documentación probatoria, que incluye los perfiles de evidencia elaborados durante el proceso de revisión sistemática.

**El texto completo de las directrices para la AIPM se puede consultar en:**

[www.who.int/ageing/health-systems/icope](http://www.who.int/ageing/health-systems/icope)

Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida  
Organización Mundial de la Salud  
Avenue Appia 20  
1211 Ginebra 27  
Suiza

[ageing@who.int](mailto:ageing@who.int)  
[www.who.int/ageing/es](http://www.who.int/ageing/es)

© OMS 2017. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

# Atención integrada para personas mayores (AIPM)

Directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca



Organización Mundial de la Salud

# Recomendaciones para manejar el deterioro de la capacidad intrínseca en las personas mayores

## Mejorar la función musculoesquelética, la movilidad y la vitalidad



1. Los **ejercicios multimodales**, que incluyen el **entrenamiento de fuerza con resistencia progresiva** y otras actividades (como el ejercicio del equilibrio y la flexibilidad y el entrenamiento aeróbico) están recomendados a las personas mayores que presentan un deterioro de la capacidad física, determinada a través de mediciones de la velocidad de la marcha, la fuerza de prensión y otros parámetros utilizados para conocer el rendimiento físico.
2. A las personas mayores que padecen desnutrición se les debe recomendar la **nutrición complementaria por vía oral con asesoramiento dietético**.

La pérdida de fuerza y masa muscular, la reducción de la flexibilidad y los problemas de equilibrio pueden dificultar la movilidad. Los cambios fisiológicos que acompañan al envejecimiento también pueden afectar negativamente al estado nutricional, y este, a su vez, puede repercutir en la vitalidad y la movilidad. Las intervenciones que mejoran la nutrición y fomentan el ejercicio físico, si se integran en los planes de atención y se prestan conjuntamente, pueden reducir, frenar o revertir el deterioro de la capacidad intrínseca.

## Mantener las funciones sensoriales



3. Es necesario realizar **Cribados rutinarios** a las personas mayores en los centros de atención primaria y, si se les encuentran **deficiencias visuales**, prestarles sin demora servicios integrales de atención oftálmica.
4. Además, se debe someter a estas personas a **pruebas para detectar** a tiempo las pérdidas de audición y, si es necesario, suministrarles **audífonos** con el fin de contrarrestarlas.

El envejecimiento causa a menudo disminuciones de la visión y/o la audición que limitan la movilidad, reducen el compromiso y la participación social y aumentan el riesgo de caídas. Hay medidas sencillas y económicas para hacer frente sin dificultad a los problemas sensoriales, como las lentes correctoras y los audífonos, la cirugía de cataratas y las adaptaciones del entorno.

## Prevenir el deterioro cognitivo grave y promover el bienestar psicológico



5. Se pueden ofrecer actividades de **estimulación cognitiva** a las personas mayores que presenten deterioro cognitivo, con independencia de si se les ha diagnosticado o no demencia.
6. Asimismo, se pueden ofrecer **intervenciones psicológicas breves y estructuradas** a otros adultos que experimenten síntomas depresivos, de conformidad con las directrices de Intervención mhGAP de la OMS. Estas intervenciones deben prestarlas profesionales sanitarios que conozcan bien la atención a la salud mental de las personas mayores.

Muy a menudo, una misma persona presenta deterioro cognitivo y dificultades psicológicas, problemas que afectan a su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas (como hacer la compra o manejar las finanzas personales) y a su socialización. Tanto la terapia de estimulación cognitiva (un programa compuesto por actividades centradas en temas diversos) como las intervenciones psicológicas breves son fundamentales para evitar que las personas mayores sufran pérdidas significativas de capacidad mental y tengan que depender de los servicios de asistencia.

## Hacer frente a problemas asociados a la edad, como la incontinencia urinaria



7. Promover el vaciamiento motivado para manejar la incontinencia urinaria en las personas mayores con deterioro cognitivo.
8. Las mujeres de edad avanzada que presentan incontinencia urinaria (ya sea de urgencia, de esfuerzo o mixta) pueden realizar un **entrenamiento muscular del suelo pélvico**, solo o combinado con técnicas de control vesical y de autovigilancia.

Una tercera parte de las personas mayores presentan incontinencia urinaria (es decir, pérdidas involuntarias de orina), un problema mundial con consecuencias psicosociales como pérdida de autoestima, reducción de la socialización y las relaciones sexuales, y depresión. El entrenamiento muscular del suelo pélvico refuerza los músculos de soporte de la uretra y aumenta su presión de cierre, limitando eficazmente las pérdidas de orina.

## Prevenir las caídas



9. Es recomendable revisar los medicamentos que toman las personas expuestas al riesgo de caídas, así como retirar aquellos que sean innecesarios o puedan ser dañinos.
10. Otra intervención recomendada para estas personas son los ejercicios multimodales (equilibrio, fuerza, flexibilidad y entrenamiento funcional).
11. También se han de evitar las fuentes de peligro de caídas. Con este fin, un especialista debe llevar a cabo una evaluación que permita realizar cambios en el hogar para eliminar las fuentes de peligro de caídas presentes en el entorno.
12. Las intervenciones multifactoriales que integran la evaluación y las intervenciones adaptadas a cada individuo también pueden reducir el riesgo y la incidencia de las caídas en las personas mayores.

Las caídas son la principal causa de hospitalización y de muertes relacionadas con traumatismos en las personas mayores. Suelen producirse por una combinación de factores del entorno (alfombras sueltas, desorden en el hogar, mala iluminación, etc.) y factores individuales (anomalías de órganos o sistemas que afectan al control postural). El ejercicio, la fisioterapia, la evaluación y adaptación de las fuentes de peligro en el hogar y, cuando sea necesaria, la retirada de psicofármacos permiten reducir el riesgo de caídas en las personas mayores.

## Apoyar a los cuidadores



13. Es necesario ofrecer **intervenciones psicológicas, formación y apoyo** a los familiares y otros cuidadores informales de personas mayores que necesitan atención, sobre todo – pero no exclusivamente – cuando estas necesidades son amplias y complejas y cuando los cuidadores están sometidos a una sobrecarga considerable.

Los cuidadores de personas con grandes reducciones de la capacidad funcional están expuestos a un riesgo más elevado de sufrir estrés patológico y depresiones. El estrés y la sobrecarga que puede producir esta actividad tienen un impacto profundo en el estado físico, emocional y económico de las mujeres y de otros cuidadores no remunerados. Es necesario ofrecer a los cuidadores sometidos a este estrés una evaluación de sus necesidades y el acceso a formación y apoyo psicosocial.





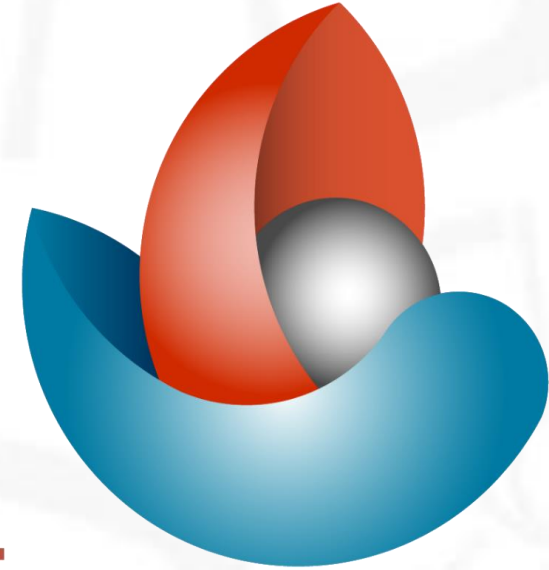
## ACAPEM-B Atención de Salud para las Personas Mayores. Acreditación Internacional de Competencias (ACAPEM-Nivel Básico)

La Acreditación Internacional de Competencias en la Atención de Salud para las Personas Mayores (ACAPEM) es una estrategia de capacitación en red, dirigida a los profesionales de la salud con énfasis en el desarrollo de competencias, que la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), junto a otras Asociaciones e Instituciones promueve en la Región de Las Américas, para lograr su idoneidad en la atención a las personas mayores.

Se divide en tres niveles, de menor a mayor complejidad: ACAPEM-Básico, ACAPEM-Intermedio y ACAPEM-Avanzado.

# EVALUACIÓN DE LA **CAPACIDAD FUNCIONAL** DE PERSONAS MAYORES

---



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO  
NACIONAL  
DE GERIATRÍA

# Objetivo general

- **Al término del curso los participantes:**
- Reconocerán como se realiza la evaluación de la capacidad funcional de personas mayores a partir de la determinación de su capacidad intrínseca y su entorno con base a lo establecido en el estándar de competencia EC0964 del Sistema Nacional de Competencias.

# Contenido

- 1. Conceptos sobre envejecimiento y salud.**
- 2. Capacidad intrínseca de las personas mayores.**
- 3. Entorno de las personas mayores.**
- 4. Actividad práctica integradora.**



**MANUAL**

Guía sobre la evaluación y los esquemas  
de atención centrados en la persona en la  
atención primaria de salud

# INSTRUMENTO ICOPE DE DETECCIÓN DE LA OMS

Condiciones prioritarias asociadas con la disminución de la capacidad intrínseca

Pruebas

Evaluar a fondo todos los dominios que se seleccionen

## DETERIORO COGNITIVO

(Capítulo 4)

1. Recordar tres palabras: flor, puerta, arroz (por ejemplo).
2. Orientación en tiempo y espacio: ¿Cuál es la fecha completa de hoy? ¿Dónde está usted ahora mismo (casa, consulta, etc.)?
3. ¿Recuerda las tres palabras?

- Responde incorrectamente a las dos preguntas o no sabe
- No recuerda las tres palabras

## PÉRDIDA DE MOVILIDAD

(Capítulo 5)

Prueba de la silla: Debe levantarse de la silla cinco veces sin ayudarse con los brazos. ¿Se levantó cinco veces de la silla en 14 segundos?

No

## NUTRICIÓN DEFICIENTE

(Capítulo 6)

1. Pérdida de peso: ¿Ha perdido más de 3 kg involuntariamente en los últimos tres meses?
2. Pérdida del apetito: ¿Ha perdido el apetito?

- Sí
- Sí

## DISCAPACIDAD VISUAL

(Capítulo 7)

¿Tiene algún problema de la vista?  
¿Le cuesta ver de lejos o leer? ¿Tiene alguna enfermedad ocular o toma medicación (p. ej., diabetes, hipertensión)?

Sí

## PÉRDIDA AUDITIVA

(Capítulo 8)

Oye los susurros (prueba de susurros) *o bien*  
Audiometría  $\leq 35$  dB *o bien*  
Supera la prueba electrónica de dígitos sobre fondo de ruido.

No

## SÍNTOMAS DEPRESIVOS

(Capítulo 9)

- En las últimas dos semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?
- ¿Sentimientos de tristeza, melancolía o desesperanza?
  - ¿Falta de interés o de placer al hacer las cosas?

- Sí
- Sí



## VALIDATION OF TWO INTRINSIC CAPACITY SCALES AND ITS RELATIONSHIP WITH FRAILTY AND OTHER OUTCOMES IN MEXICAN COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS

L.M. GUTIÉRREZ-ROBLEDO<sup>1</sup>, R.E. GARCÍA-CHANES<sup>1</sup>, E. GONZÁLEZ-BAUTISTA<sup>2</sup>,  
O. ROSAS-CARRASCO<sup>3</sup>

1. National Institute of Geriatrics Mexico, Mexico; 2. Gérontopôle, Institute on Ageing, Toulouse University Hospital (CHU Toulouse), Inspire Project, Toulouse, France; 3. Department of Health, Universidad Iberoamericana, Mexico City. Corresponding author: Luis Miguel Gutiérrez-Robledo, MD, PhD, Instituto Nacional de Geriátria, Blvd. Adolfo Ruiz Cortines (Periférico Sur) 2767, Col. San Jerónimo Lídice, Del. La Magdalena Contreras, ciudad de México, C.P.10200, México, E-mail address: [imgutierrez@inger.gob.mx](mailto:imgutierrez@inger.gob.mx)

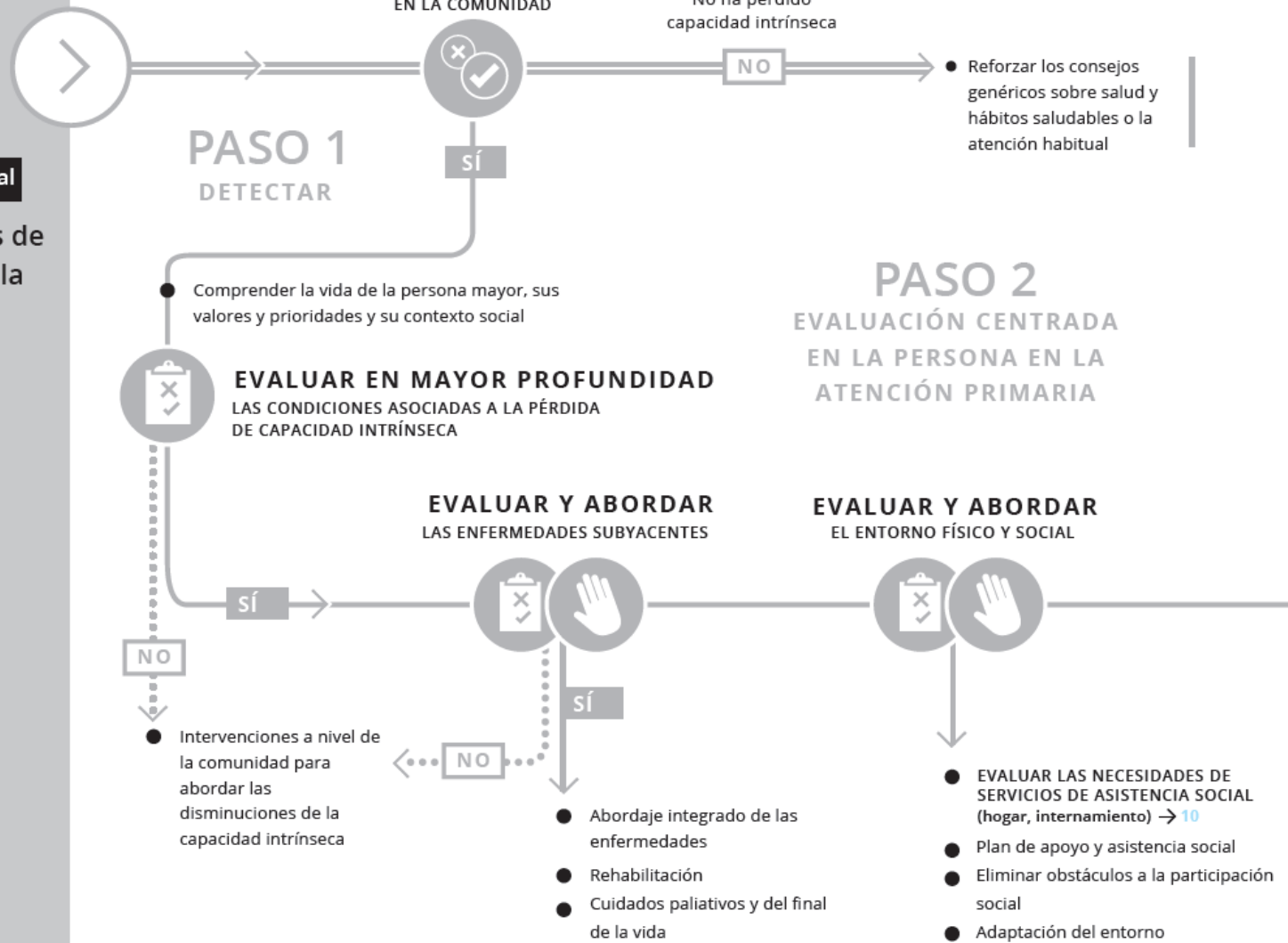
**Abstract:** *Objectives:* The aim of this study was to compare a short and a long version of an intrinsic capacity index and test their cross-sectional association with relevant health outcomes in older adults. *Design:* Cross-sectional analysis of the baseline data of the FraDySMex study. *Participants:* 543 community-dwelling adults aged 50 years and older living in 2 municipalities in Mexico City, from which 435 had complete data on the variables of interest. *Methods:* The intrinsic capacity indices were obtained using principal components analysis. The performance of the indices was tested respective to frailty, IADL and ADL. *Results:* The short and long versions of the IC index performed well for assessing functional status. Using biometrical variables like the phase angle, grip strength and gait speed measured by the GAIT rite improved the index performance vis a vis IADL disability (Lawton), but not to the other evaluated outcomes. *Conclusions:* Both the long and short versions of the intrinsic capacity indices tested were able to classify older adults according to their functional status and were associated with relevant health outcomes.

**Key words:** Intrinsic capacity, functional performance, frailty, healthy aging.

# 3

## Esquema de atención general

Evaluación y esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud





# 4

## Capacidad cognitiva

Esquemas de atención para abordar el deterioro cognitivo

### Prueba sencilla de memoria y orientación

#### 1. Recordar tres palabras:

Le pedimos a la persona que recuerde tres palabras que le diremos. Tienen que ser fáciles y concretas, como "flor", "puerta", "arroz".

#### 2. Orientación espaciotemporal:

A continuación le preguntamos "¿Cuál es la fecha completa de hoy?" y "¿Dónde está usted ahora mismo?" (en casa, en el consultorio, etc.)

#### 3. Recordar tres palabras:

Ahora le pedimos a la persona que repita las tres palabras que le dijimos.

#### ¿Prueba superada?

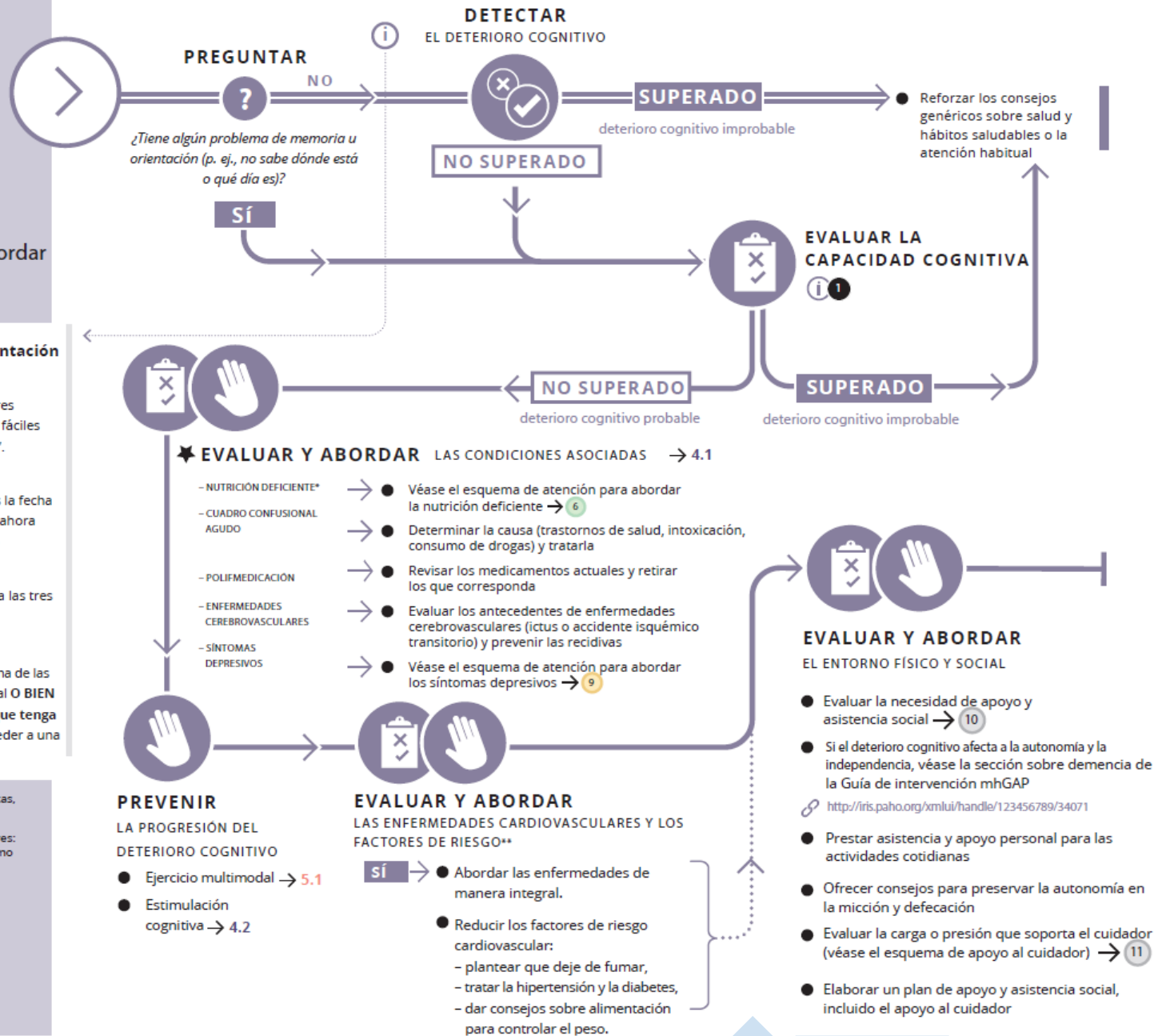
Si la persona no responde correctamente a una de las dos preguntas de orientación espaciotemporal **O BIEN** no recuerda las tres palabras, **es probable que tenga algún deterioro cognitivo** y hará falta proceder a una evaluación adicional.

\* Carencia de vitaminas, alteraciones hidroelectrolíticas, deshidratación grave.

\*\* Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, consumo de tabaco, obesidad, cardiopatías, antecedentes de accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio. *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines* (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>).

**OPS**

Organización  
de la Salud  
Organización  
Mundial de la Salud



# **Sistema Nacional de Competencias**

**Nivel  
Estructural**

**Nivel  
Estratégico**

**Nivel  
Operativo**

# ¿Cuáles son los EC del CGC de la geriatría?

## Publicados en el DOF / 2017

- EC 0965 Manejo inicial de factores de riesgo de discapacidad en personas mayores
- EC 0964 Evaluación de la capacidad funcional en personas mayores
- EC 0003 Orientación alimentaria para personas mayores
- EC 0004 Aplicación de programas de actividad física multicomponente para personas mayores
- EC 0005 Optimización de la medicación en personas mayores (en desarrollo)
- EC 0006 Estimulación cognitiva en personas
- EC 0007 Soporte de los cuidados de las personas mayores

## Procesos

115

Reuniones del grupo técnico de expertos

4

Reuniones de consulta del grupo técnico de expertos del sector

4

Pruebas piloto del IEC y proyecto de EC

Informe mundial sobre el envejecimiento.  
Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020.  
Directrices de la OMS sobre atención integrada para personas mayores (ICOPE).  
Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y de la salud.

**INGER**

**Centro Nacional de Capacitación, Evaluación y Certificación INGER**

**Sistema de Educación  
Continua**

**Sistema Nacional  
de competencias**

**POSGRADO**

- Especialidad
- Maestría
- Doctorado



+ Tiempo y recursos  
económicos

# Objetivos



- Aumentar la detección e iniciar intervenciones de factores de riesgo de discapacidad
- Aumentar el empoderamiento sobre envejecimiento saludable y manejo de enfermedades crónicas
- Aumentar el personal de salud competente que brinde orientación alimentaria
- Aumentar el personal de salud competente que aplique programas de actividad física multicomponente
- Aumentar el personal de salud competente para optimizar la medicación
- Aumentar el personal de salud competente que brinde estimulación cognitiva
- Aumentar el número de cuidadores competentes
- Aumentar el personal de salud competente que brinde intervenciones psicológicas a cuidadores



# Resultados

## Corto plazo



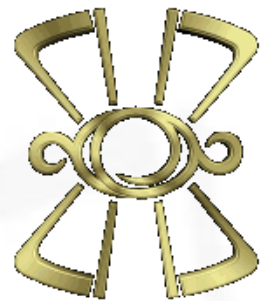
- Aumentar funcionalidad física
- Adherencia a plan de alimentación saludable
- Adherencia al plan de estimulación cognitiva
- Estado de animo, sueño y relaciones sociales saludable
- Disminuir la polifarmacia inapropiada
- Satisfacción de la persona mayor
- Reducir el sedentarismo
- Aumentar actividad física
- Control de enfermedades crónicas
- Autoeficacia de los cuidadores
- Cuidado optimo de las personas mayores

# Resultados

## Largo plazo

- Aumentar y mantener la capacidad física
- Mantener la calidad de vida
- Estado nutricional adecuado
- Mantenimiento de la función cognitiva
- Prevenir, retrasar y revertir la discapacidad
- Prevenir resultados negativos en salud (enfermedades)
- Aumentar calidad de vida de los cuidadores
- Optimizar el uso de servicios sociales y de salud
- Red colaborativa de establecimientos sociales y salud certificados





**Gracias.....**