

6.- Plan de actuación

En este programa de Atención a Personas Mayores de 65 años: Examen de Salud para mayores de 65 años se priorizará, en base a criterios basados en la evidencia científica, una serie de actuaciones con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. En el Anexo 4 se presentan 13 fichas de intervención con recomendaciones por grupos de apoyo a las actuaciones que se preconizan. En función de los objetivos planteados se realizarán actividades relacionadas con diferentes aspectos:

- Promoción y prevención (envejecimiento activo y saludable).
- Fragilidad y riesgo de caídas.
- Recuperación, conservación u optimización de las capacidades funcionales, cognitivas y afectivo emocional.

6.1.- Persona mayor autónoma

A.- Actuaciones de *promoción de salud*:

Alimentación saludable (Anexo 4. Ficha 1)

- Actividad física adaptada: (Anexo 4. Ficha 2)
 - Recomendaciones, consejos y entrenamiento sobre la práctica de actividad física, deportivas o recreativas
- Seguridad del entorno y supresión de barreras arquitectónicas. (Anexo 4. Ficha 3)
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol. (Anexo 4. Ficha 4 y 5)
- Gestión emocional: (Anexo 4. Ficha 6)
 - Mantenimiento de la capacidad cognitiva/ mental y ocupación
 - Cohesión social, interés por el entorno y relaciones sociales.

B.- Actuaciones en *prevención*:

- Inmunizaciones: antigripal, tétanos - difteria, antineumocócica 23 valente¹ y vacunas específicas requeridas según situación clínica y características de la persona. (Anexo 4. Ficha 7)
- Valoración del uso adecuado de los medicamentos según criterios STOPP START³¹ que se utilizarán igualmente como criterios para la prescripción inicial. (Anexo 4. Ficha 8)
- Screening o cribados:
 - Ansiedad-depresión (sólo en personas que presenten sintomatología según el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones).
 - Indicación de la valoración de agudeza visual.
 - Valoración de la hipoacusia.
 - Cribados generales para la detección precoz de *cáncer*:
 - Cáncer de mama (población: mujeres de 50 - 69 años/ Prueba de cribado: mamografía. Intervalo: 2 años).

¹ Las recomendaciones de la vacunación en mayores de 65 años estarán alineadas con el Plan Andaluz de vacunas de la Consejería de Salud.

- Cáncer colorrectal (población de 50-69 años/ Prueba sangre oculta en heces/ Intervalo: 2 años).
- Se realizarán cribados específicos ante situaciones de riesgo (cardiovasculares, cuello de útero, cáncer de piel...)

Cada persona mayor de 65 años autónoma debe tener constancia de las actividades que se le han realizado a través de la definición de un plan terapéutico compartido, y que quedará registrado en su *historia de salud*.

La situación de las personas mayores autónomas incorporadas al programa y su plan terapéutico, se revisará al menos anualmente en el contexto de este programa y/o cuando sus condiciones de salud lo requieran.

Para favorecer los resultados en salud y el impacto de las intervenciones incluidas en este programa, será igualmente necesario promover desde los equipos de salud un trabajo compartido con los activos comunitarios y locales y las acciones intersectoriales oportunas.

6.2.- Persona mayor frágil

Se realizarán las siguientes intervenciones de promoción y prevención:

A.-Actuaciones en *promoción de salud*:

- Alimentación saludable: Mantenimiento del IMC en niveles de normo peso o ligero sobrepeso. Disminución de peso en obesos. (Anexo 4. Ficha 1)
- Actividad física adaptada: (Anexo 4. Ficha 2) (Anexo 5)
 - Ejercicio físico aeróbico y de resistencia regular, adecuado a las características de los individuos y entrenamiento de la fuerza muscular y el equilibrio.
- Seguridad del entorno y prevención de accidentes: supresión de barreras arquitectónicas. (Anexo 4. Ficha 3)
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol. (Anexo 4. Ficha 4 y 5)
- Gestión emocional: (Anexo 4. Ficha 6)
 - Mantenimiento de la capacidad cognitiva/ mental y ocupación
 - Cohesión social, interés por el entorno y relaciones sociales.

B.- Actuaciones en *prevención*:

- Inmunizaciones: antigripal, tétanos - difteria, antineumocócica 23 valente y vacunas específicas requeridas según situación clínica y características de la persona. (Anexo 4. Ficha 7)
- Valoración del uso adecuado de los medicamentos según criterios STOPP START³¹ que se utilizarán igualmente como criterios para la prescripción inicial. (Anexo 4. Ficha 8)
- Determinaciones:
 - Colesterol: determinación cada 5-6 años si los valores son normales. En personas con edades de 65-75 años, realizar estas determinaciones si tiene factores de riesgo asociados (tabaco, diabetes, HTA). A > 75 años realizar una determinación analítica si no tiene ninguna previa.
 - Glucemia: determinación periódica si se tienen factores de riesgo (antecedentes familiares, hipertensión arterial, hiperlipemia, obesidad...).
 - Hipertensión: valoración anual, si los valores son normales³².
- Screenig o cribados:
 - Ansiedad – depresión (solo en personas que presenten sintomatología según Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones).
 - Indicación de la valoración de la agudeza visual.
 - Valorar la corrección de cataratas, si existe.
 - Valoración de la hipoacusia
 - Cribados generales para la detección precoz de cáncer:
 - Cáncer de mama (población: mujeres de 50 - 69 años/ Prueba de cribado: mamografía. Intervalo: 2 años).
 - Cáncer colorrectal (población de 50 -69 años/ Prueba sangre oculta en heces/ Intervalo: 2 años).
 - Se realizarán cribados específicos ante situaciones de riesgo (cardiovascular, cuello de útero, cáncer de piel...).

C.- Otras actuaciones o intervenciones específicas:

C1.- Se realizará una *valoración integral* adaptada a personas mayores con condiciones de fragilidad y un plan terapéutico en función de los factores de riesgo y las necesidades de cuidados detectadas, que incluirá:

C2.- Intervenciones ante el riesgo de *caídas*: (Anexo 4. Ficha 3)

C2-1.- Intervenciones iniciales para evitar el deterioro funcional con el fin de promover la realización de actividad física:

- Control del dolor: El dolor es una de las principales causas del inmovilismo, pues supone un riesgo para el avance de la pérdida de funcionalidad, por ello su abordaje y control es

imprescindible antes del inicio de otras medidas encaminadas a la prevención del riesgo de caídas.

- Historia, valoración, diagnóstico y evaluación terapéutica para el control efectivo del dolor.
 - Aplicación de Criterios STOPP-START
 - Derivación a recursos específicos para control y alivio de dolor, cuando no se consiga un manejo adecuado
- Fisioterapia en personas mayores frágiles con alto riesgo de caída y dificultad en la movilidad/deambulación:
 - Valoración y atención grupal (entrenamiento en programa multicomponente) por equipo de rehabilitación y fisioterapia del área. En caso de pasar a una situación de dependencia, se incluirá la atención grupal para personas que cuidan (programas de movilización para potenciar la movilidad de las personas dependientes y prevenir problemas de salud de la persona que cuida)
 - Atención individual en situaciones específicas para potenciar y facilitar la movilidad en persona mayor frágil y con riesgo de caídas.

C2-2.- Promover la *actividad física*: Indicar la realización de ejercicio físico de programas multicomponentes (resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular).

- Este programa se podrá realizar de forma individual y/o en el medio comunitario, con los recursos que la zona disponga (centros de mayores, polideportivos u otros centros deportivos, etc.)
- Las recomendaciones básicas para elaborar un programa multicomponente dirigido a la población frágil se recogen en el Anexo 5 de este documento.
- Se entregarán estas recomendaciones básicas en documento escrito para que sirva de guía a las personas y orientación a los recursos comunitarios que intervengan en la realización efectiva del programa.

C2-3.- Revisión de la medicación que pueda tener impacto en el riesgo de caídas (Ej.: sedantes, hipnóticos, medicación psicotrópica, diuréticos...).

C2-4.- Valoración de riesgos en el domicilio.

C3.- Deterioro cognitivo: se aconseja realizar el Minimental Test en caso de sospecha y recomendaciones de ejercicio-actividad física. (Anexo 4. Ficha 9)

C4.- Desnutrición: valoración peso y talla y posteriores mediciones de peso para detectar pérdidas. Las pérdidas de más del 10% del peso habitual en menos de un año han de ser valoradas por riesgo de desnutrición (disminución del apetito o ingesta por causas clínicas o relacionadas con la medicación, situación funcional, dificultad para deglutir restricciones alimentarias previas, valoración bucodental.) y ajustar las recomendaciones dietéticas y/o suplementarias necesarias³² (Anexo 4. Ficha 10)

C5.- Valorar niveles de *vitamina D* y *calcio*:

- Aporte dietético de 800 U de vit. D y 1,2 gr de calcio diarios a través de los alimentos que lo contiene (para todas las personas mayores de 65 años).
- En mayores con riesgo de caídas se deberían determinar niveles de vit. D por si hay que suplementarla farmacológicamente.

C6.- Detección precoz de incontinencia urinaria. (Anexo 4 Ficha 11)

C7.- Detección precoz del maltrato. (Anexo 4. Ficha 12)

C8.- Hipotiroidismo: valorar y establecer tratamiento en personas con posibles síntomas.

C9.- Intervención odontológica en personas mayores en riesgo o con desnutrición por problemas bucodentales:

- Información sobre técnicas de higiene bucodental y mantenimiento adecuado de las prótesis dentales
- Valoración y atención odontológica contemplada en la cartera de servicios del SAS.
 - Atención odontológica en situaciones específicas para la persona mayor frágil contemplada en la cartera de servicios del SAS

C10.- Intervención podológica en personas mayores en riesgo por problemas morfológicos o con gran dificultad para realizar autocuidados del pie:

- Información y recomendaciones sobre cuidados del pie en los equipos de atención primaria.

- Promoción y prevención podológica encaminada a la prevención de las caídas
- Valoración de problemas morfológicos y estructurales para su derivación a atención traumatológica y/o podológica
- Atención podológica en situaciones específicas para la persona mayor frágil y con riesgo de caídas (cuidados de las uñas, callosidades, intervención y prótesis de descargas, entre otros...)

Cada persona mayor de 65 años frágil debe tener constancia de las actividades que se le han realizado a través de la definición de un plan terapéutico compartido, que quedará registrado en su *historia de salud*.

La situación de las personas mayores frágiles incorporadas al programa y su plan terapéutico se revisará al menos semestralmente en el contexto de este programa y/o cuando sea necesario por cambios en sus condiciones de salud o se requiera igualmente, en el proceso de monitorización o seguimiento de las indicaciones terapéuticas.

Para favorecer los resultados en salud y el impacto de las intervenciones incluidas en este programa, será igualmente necesario promover desde los equipos de salud un trabajo compartido con los activos comunitarios y locales y las acciones intersectoriales oportunas.

6.3.- Persona mayor dependiente

Es criterio esencial la realización de una *valoración integral* adaptada y realización de plan terapéutico en función de los factores de riesgo y las necesidades de cuidados detectadas. Se realizará esta valoración a la persona mayor dependiente y a la persona cuidadora familiar

Además de la captación y atención para atención domiciliaria y atención a personas cuidadoras, se realizarán las actividades que procedan de las incluidas en los grupos anteriores, siempre teniendo en cuenta la situación clínica y socio-familiar de la persona.

Se definirá un plan de actuación específico para la persona que cuida y se desarrollarán medidas relacionadas con el Plan de Apoyo Integral al Cuidado en Andalucía (pendiente de publicación).

La situación de las personas mayores dependientes incorporadas al programa y su plan terapéutico, se revisará al menos semestralmente en el contexto de este programa y/o cuando sea necesario por cambios en sus condiciones de salud y

según se establezca con la persona y su familia para dar continuidad a su plan terapéutico.

Para favorecer los resultados en salud y el impacto de las intervenciones incluidas en este programa, será igualmente necesario promover desde los equipos de salud un trabajo compartido con los activos comunitarios y locales y las acciones intersectoriales oportunas.