



Escalas en la valoración de personas mayores

Descripción de las escalas en la valoración geriátrica en atención primaria.

VALORACIÓN FUNCIONAL

Índice de Katz

Índice de Barthel

Índice de Lawton y Brody

Pruebas de ejecución

Test de levántate y anda

Test de Romberg modificado

VALORACIÓN COGNITIVA

Cuestionario de Pfeiffer

Mini Examen Cognoscitivo (MEC)

Test del Reloj

Test del Informador, TIN

VALORACIÓN AFECTIVA

Escala breve Geriátrica de Depresión

Escala breve de depresión de Goldberg

VALORACIÓN SOCIAL

Escala sociofamiliar de Gijón

Apgar familiar

Cuestionario de apoyo social de DUKE-UNC

MULTIDIMENSIONALES

Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja

Láminas de la COOP-WONCA

VALORACIÓN FUNCIONAL

Existen diferentes herramientas y escalas para valorar la funcionalidad de la persona mayor. Complementan y ayudan en la valoración clínica, y son ampliamente empleadas en los protocolos clínicos y en investigación, por constituir maneras estandarizadas de valorar esta área.

	Contenido	Características principales ¹	Potencia	Limitaciones
Índice de Katz	Baño, vestirse, ir al servicio, desplazarse, continencia, alimentarse.	Actividades básicas, ABVD Fiabilidad: COEF correlación >0,90 Buena validez predictiva Unos 5 min.	Muy empleada Útil en pacientes deteriorados (institucionalizados, domiciliarios, patologías...) o medio rehabilitador	Valoración de resultados en letras No sensible a pequeños cambios
Índice de Barthel	Baño, vestido, aseo, retrete, escaleras, sillón-cama, deambulación, micción, deposición, alimentación	Valora ABVD Fiabilidad: COEF correlación >0,90 Buena validez predictiva Unos 5 min.	Mayor discriminación de funciones y rango de ítems; puntúa de 0-100 Más útil en valoración inicial, monitorización, pronóstico	No útil para pequeños deterioros
Índice de Lawton y Brody	Cuidar la casa, lavar ropa, preparar comida, compras, teléfono, transporte, manejo dinero, responsable medicación	Valora AIVD Fiabilidad: COEF reproductibilidad 0,9 Unos 6 minutos	Amplio uso (a pesar de sus importantes limitaciones)	Importante influencia-sesgo cultural (sexo) Puntuación en 0-8 puntos limita mucho su discriminación Considera limitadas actividades instrumentales
Test de levántate y anda	Movilidad, equilibrio, marcha	Buena fiabilidad y correlación con otras medidas funcionales Sencilla, 2 minutos	Sencilla de realizar en la propia consulta, sin soporte	Rango limitado a aspecto de movilidad

¹ Hay que considerar que los valores referidos dependen del punto de corte de estas, cuando este es variable, y que el tiempo de realización es aproximado y depende enormemente de la experiencia e instrucción del entrevistador y de las características individuales del paciente

BAÑARSE (con esponja, ducha o bañera)

Independiente: asistencia únicamente al lavar una parte del cuerpo (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se lava sólo completamente

Dependiente: asistencia al lavar más de una parte del cuerpo; asistencia al salir o entrar de la bañera o no se baña sólo

VESTIRSE

Independiente: saca la ropa del armario y los cajones; se pone la ropa, vestidos externos y ropa interior; se maneja bien con los botones; se excluye el acto de ponerse los zapatos

Dependiente: no se viste sólo, o queda parcialmente vestido

IR AL SERVICIO

Independiente: llega hasta el servicio; se sienta y se levanta del servicio; se arregla la ropa, se limpia los genitales; (puede manejar la cuña que usa sólo por la noche, y puede que use o no apoyos mecánicos)

Dependiente: usa la cuña permanentemente, o la silla retrete, o recibe ayuda al ir y usar el servicio

DESPLAZARSE

Independiente: se levanta y se acuesta en la cama con independencia, y se sienta y se levanta de la silla independientemente (puede usar o no apoyos mecánicos)

Dependiente: asistencia al levantarse o acostarse en la cama y/o silla; no realiza uno o más desplazamientos

CONTINENCIA

Independiente: autocontrol absoluto de la micción y la defecación

Dependiente: incontinencia parcial o total en la micción o la defecación; control total o parcial por enemas, catéteres, o uso regulado de orinales o cuñas.

ALIMENTARSE

Independiente: lleva la comida del plato o equivalente hasta la boca; (el corte de la carne previamente, y la preparación de la comida, como untar el pan, quedan excluidos de la evaluación)

Dependiente: ayuda al alimentarse; no come nada, o alimentación parenteral

Independencia significa sin supervisión, dirección o asistencia personal activa excepto en los casos que arriba se señalan. Esto está basado en el "status" actual y no en la capacidad. Si un paciente rehúsa realizar una función se considera que no la realiza, aunque se le considere capaz de ello.

- A.** Independiente al alimentarse, ser continente, desplazarse, ir al servicio, vestirse y bañarse
- B.** Independiente para todas estas funciones menos una
- C.** Independiente para todas excepto para bañarse y otra función adicional
- D.** Independiente para todas excepto para bañarse, vestirse y otra función adicional
- E.** Independiente para todas excepto para bañarse, vestirse, ir al servicio y otra función adicional
- F.** Independiente para todas excepto para bañarse, vestirse, ir al servicio, desplazarse y otra función adicional
- G.** Dependiente para las seis funciones

Otras Dependiente para al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E, o F

Índice de Barthel (AVD) ²	Puntos
BAÑO/DUCHA	
Independiente Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente	5
Dependiente	0
VESTIDO	
Independiente Se viste, se desnuda, y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos, botones, cremalleras	10
Ayuda Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de tareas en un tiempo razonable sin ayuda	5
Dependiente	0
ASEO PERSONAL	
Independiente Se lava la cara, manos, y dientes. Se afeita, se peina	5
Dependiente	0
USO DEL RETRETE	
Independiente Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa sólo	10
Ayuda Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse, o ponerse/quitar la ropa	5
Dependiente	0
USO DE ESCALERAS	
Independiente Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use la barandilla o bastones	10
Ayuda Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras	5
Dependiente	0
TRASLADO SILLÓN-CAMA	
Independiente No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente	15
Mínima ayuda Necesita una mínima ayuda (física o verbal) o supervisión	10
Gran ayuda Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado	5
Dependiente no se mantiene sentado	0
DESPLAZAMIENTO	

² Se establece puntuación en escala: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa, 100 independencia (Shah S et al, 1989)

Independiente Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón, excepto andador	15
Ayuda Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión (física o verbal)	10
Independiente en silla de ruedas Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros	5
Dependiente	0
CONTROL DE ORINA (Se evalúa la semana anterior)	
Continente No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida sólo	10
Incontinente ocasional Episodios ocasionales, con una frecuencia máximo 1/24 hs	5
Incontinente Episodios de incontinencia con frecuencia \geq 1 vez al día	0
CONTROL DE HECES (se evalúa en el mes anterior)	
Continente No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla sólo	10
Incontinente ocasional Episodios ocasionales 1 vez/semana. Ayuda para usar enemas o supositorios.	5
Incontinente	0
ALIMENTACIÓN	
Independiente Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable	10
Ayuda Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, usar condimentos	5
Dependiente	0
Puntuación total:	

Índice de Lawton y Brody (versión 8-30 puntos) ³

Cuidar la casa		Uso del teléfono	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	Sólo para lugares muy familiares	2
Tareas ligeras únicamente	3	Puede contestar, pero no llamar	3
Necesita ayuda para todas las tareas	4	Incapaz de utilizarlo	4
Incapaz de hacer nada	5		
Lavado de ropa		Uso del transporte	
La realiza personalmente	1	Viaja en transporte público o conduce	1
Sólo lava pequeñas prendas	2	Sólo en taxi, no en autobús	2
Es incapaz de lavar	3	Necesita acompañamiento	3
		Incapaz de usarlo	4
Preparación de la comida		Manejo del dinero	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	3
Tienen que darle la comida hecha	4		
Ir de compras		Responsable medicamentos	
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	2	Hay que preparárselos	2
Tienen que acompañarle	3	Incapaz de hacerlo por sí sólo	3
Es incapaz de ir de compras	4		

GRADO DE DEPENDENCIA. (Hasta 8 puntos independientes) (8-20 necesita cierta ayuda) (Más de 20 necesita mucha ayuda)

Test de “levántate y anda”

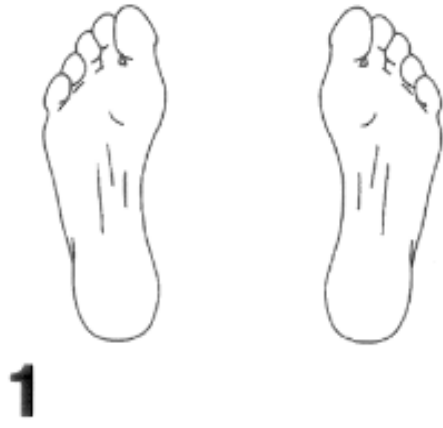
El paciente debe estar sentado en una silla con respaldo y con la espalda bien apoyada en el mismo. Se observará cómo el paciente pasa de la posición de sentado a levantarse de la silla. Se mide el tiempo que tarda el adulto mayor en levantarse de una silla, caminar 3 metros, girar, regresar a la silla y sentarse nuevamente. Si el paciente realiza esta actividad en un tiempo igual o menor a 20 segundos se considera normal, si tarda más en ello se considera alterado

Test de Romberg modificado

Con el paciente de pie se observa cómo responde a las tareas progresivamente más difíciles. El paciente adopta diferentes posturas primero con los ojos abiertos y luego con ellos cerrados. En cada postura sucesiva se observa la estabilidad, la sensación subjetiva de paciente de estabilidad y la forma en que responde al intento de desplazamiento por parte del observador cuando este le empuja suavemente apoyando sus nudillos sobre el esternón del paciente.

Las diferentes posiciones que debe adoptar el paciente se muestran en la figura:

- 1.- pies separados
 - 2.- Pies juntos
 - 3.- Pies en semi-tanden
 - 4.- Pies en tanden
-



VALORACIÓN COGNITIVA

La disfunción cognitiva es un síndrome, y los cuestionarios un complemento de una valoración clínica amplia si se trata de diagnosticar un deterioro cognitivo (por sí solos nunca son diagnósticos).

Son objetivos de la valoración cognitiva:

- Objetivar y cuantificar el deterioro cognitivo
- Despistaje, diagnóstico precoz del deterioro cognitivo,
- Comparaciones fiables. Monitorización y seguimiento
- Ayudar en el diagnóstico diferencial con otras patologías (sd confusional agudo, depresión)

Cuestionario de Pfeiffer	10 preguntas que valoran fundamentalmente memoria y orientación	Especificidad 90-96%; sensibilidad 68-80% Fiabilidad interobs 0,96 intraobs 0,94 3 min Corrección según nivel cultural	Muy breve Utilidad en cribado cognitivo rápido, compatible con dinámica y tiempo de consulta a demanda	Limitación en deterioros leves o incipientes Insensible a pequeños cambios Limitación en analfabetos y pacientes psiquiátricos graves
Mini Examen Cognoscitivo, MEC	Valora memoria, orientación, atención, capacidad constructiva	Especificidad 70-90%; sensibilidad 85-90%, según punto de corte Fiabilidad intraobs 0,64, interobs 0,87 Unos 10 min. Requiere entrenamiento y seguir instrucciones	Amplio uso en nuestro medio Rango bastante amplio, útil en cribado, descripción, valoración, monitorización, predicción	Influencia nivel cultural (se indican correcciones), déficits sensoriales, y trastornos afectivos
IQCODE, Test Del Informador (TIN)	Se interroga respecto a cambios con respecto a 5-10 años en memoria, orientación, capacidad ejecutiva y de juicio	Cumplimentado por familiar o allegado Sensibilidad 86%; especificidad 91% Test-retest 0,75 5-8 min	Muy sensible para estadios iniciales de deterioro cognitivo	Enfocado a demencia

Test del reloj	Se pide que dibuje "las 3" en una esfera de reloj. 5 categorías de respuesta	Correlación buena con MMT Según el corte, para demencia, sensibilidad 73-87%, especificidad 72-93%, VPN 97, eficacia 82-93 Unos 2 min.	Útil en dificultades léxicas	Subjetividad en la interpretación, requiere entrenamiento
-----------------------	--	--	------------------------------	---

Cuestionario de Pfeiffer

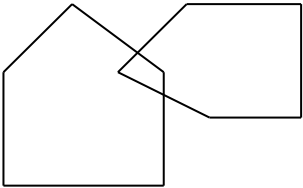
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿En qué fecha nació (día, mes, año)?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente del gobierno?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál era el primer apellido de su madre? (que nos diga su segundo apellido)
10. Si a 20 le restamos 3 quedan.... ¿y si le quitamos otras 3?

Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, MEC⁴	Puntos
Orientación	
¿en qué día de la semana estamos?	1
¿qué día (N.º) es hoy?	1
¿en qué mes?	1

⁴ Por debajo de 24 puntos sugiere deterioro cognitivo

- 35 puntos máximo. 30-35 puntos (normal); <24 puntos en >65 años (sugiere deterioro cognitivo) 24-29 borderline; menor o igual a 65 años: < 28 puntos

¿en qué estación del año?		1
¿en qué año estamos?		1
¿dónde estamos?:	➤ Provincia	1
	➤ País	1
	➤ Ciudad o pueblo	1
	➤ Lugar, centro	1
	➤ Planta, piso	1
Fijación		
Repita estas 3 palabras:		3
peseta-caballo-manzana		
Repetirlas hasta que las aprenda		
Concentración y cálculo		
Si tiene 30 pts. y me va dando de 3 en 3		
¿cuántas le van quedando? Hasta 55		
Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda.		
Ahora hacia atrás		3
Memoria		
¿recuerda las 3 palabras (objetos) que le he dicho antes?		3
Lenguaje y construcción		
Señalar un bolígrafo y que el paciente los nombre, ¿qué es esto? Luego un reloj		2
Que repita: “en un trigal había 5 perros”		1
“Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?” ¿qué son el rojo y el verde?		1
¿qué son un perro y un gato?		1
“Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa”		3
“Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS”		1
“Escriba una frase cualquiera”		1

"Copie este dibujo"	1
	

Test del Informador (TIN, versión corta)

Recuerde, **cómo era su familiar hace 5-10 años y compare cómo es él en este momento**. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de este tiempo en la capacidad de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntamos.

Puntuación: 1 = Ha mejorado mucho, 2 = Ha mejorado un poco, 3 = Casi sin cambios,
4 = Ha empeorado un poco, 5 = Ha empeorado mucho

Puntos

1. Para recordar los nombres de personas más íntimas (parientes, amigos)
2. Recordar cosas que han sucedido recientemente, durante los 2-3 últimos meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares)
3. Recordar de qué se habló en una conversación de unos días antes
4. Olvidar qué ha dicho unos minutos antes, pararse en mitad de una frase y no saber qué iba a decir, repetir lo que ha dicho un rato antes
5. Recordar la fecha en que vive
6. Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas
7. Saber dónde va una cosa que se ha encontrado descolocada
8. Aprender a utilizar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, etc.)

9. Recordar las cosas que han sucedido recientemente
10. Aprender cosas nuevas (en general)
11. Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, TV, conversación)
12. Entender artículos de los periódicos o revistas en las que está interesado
13. Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la TV
14. Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué ropa ponerse, qué comida preparar) como en asuntos de más trascendencia (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)
15. Control de los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, trato con el banco)
16. Control de otros problemas de cálculo cotidiano (tiempo entre visitas de familiares, distancias entre lugares y cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados)
17. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?

Total _____

Puntuación total 85 puntos. Si > 57 puntos, indica probable deterioro cognitivo

Test del reloj

Se pide a la persona que marque la hora de las tres en un círculo previamente dibujado sobre un papel, que se le ofrece. Se le pregunta ¿conoce usted el reloj?, ¿lo entiende? En caso afirmativo y si tiene suficiente visión, se explica que el círculo es un reloj, y queremos que señalice la hora como si fueran las tres. Se puede añadir que no olvide poner los números y manecillas correctamente.

Grados según resultado.

Grado I. Normal o mínimos errores, como poner los números a una distancia desigual entre sí o fuera del círculo.

Grado II. Pequeños errores al expresar las tres en el reloj (ausencia de minuterero, enlazar las doce con las tres directamente, o escribir tres en letra)

Grado III. No poner la numeración. O dibujar un doble círculo. Inversión izquierda-derecha.

Grado IV. Importante desorganización espacial. Desconexión de números y manecillas. Dibujar caras en el círculo.

Grado V. Total incapacidad en el intento de resolver la prueba.

VALORACIÓN AFECTIVA

Escala Geriátrica de Depresión (versión reducida)	15 ítems en torno a esfera emocional,	Sensibilidad 84%; especificidad 95% 5-8 min	Concebida para geriatría Útil en cribado rápido, o como apoyo diagnóstico; también útil en diferenciar pseudodemencia	Escaso valor en control evolutivo y monitorización
Escala abreviada de depresión de Goldberg	4 preguntas de cribado de esfera afectiva y otras 5 de confirmación si ha contestado afirmativamente al menos a 1	Sensibilidad 83%; especificidad 82% 2-4 min	Muy breve, compatible con un cribado inicial en la consulta	Solo sirve para cribado rápido

Escala Geriátrica de Depresión (Yesavage), versión corta

	SI	NO
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Teme que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree tener más problema de memoria que el resto de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
PUNTUACIÓN TOTAL		

0-5 normal, 6-9 probable depresión, 10 o más depresión establecida

Escala abreviada de ansiedad y depresión de Goldberg

Escala de ansiedad

(un punto por cada "sí")

1. ¿se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿se ha sentido muy irritable?
4. ¿ha tenido dificultad para relajarse?

(Si se ha contestado "sí" a dos de estas preguntas, sígase:)

5. ¿ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
7. ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, micción frecuente, diarrea?
8. ¿ha estado preocupado por su salud?
9. ¿ha tenido dificultad para dormirse?

Escala de depresión

(un punto por cada "sí")

1. ¿se ha sentido con poca energía?
2. ¿ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si se ha contestado "sí" a CUALQUIERA de estas preguntas, sígase:)

5. ¿ha tenido dificultades para concentrarse?
 6. ¿ha perdido peso (por falta de apetito)?
 7. ¿se ha estado despertando demasiado temprano?
 8. ¿se ha sentido usted enlentecido?
- ¿cree usted que ha tendido a encontrarse peor por las mañanas?

Si 2 o más + en la primera, se terminan las 9 preguntas de ansiedad. Si una pregunta + en depresión, se sigue con las 9 de depresión. Corte en 4 o más para ansiedad y 2 o más en depresión. Puntuaciones más altas cuanto más severo es el problema.

VALORACIÓN SOCIAL

Hay que ser realistas en la detección de problemática social, en base a nuestras posibilidades de implicación, valoración, y resolución. No obstante, esta es un área trascendental, bien como causa del problema, o condicionando los problemas de otras áreas.

Las escalas de valoración social se usan poco en Atención Primaria, algunas son complejas y largas. Una entrevista estructurada puede ser de utilidad, enfocada a áreas relevantes:

- Identificación cuidador principal
- Actividades sociales (profesión, aficiones, salidas fuera de domicilio, clubs sociales, actividades)
- Relaciones sociales (estado civil, relaciones con familiares, con vecinos y amigos, pertenencia a grupos)
- Soporte social (tamaño de la familia, contactos familiares, confidente, asistencia en casa)
- Recursos sociales (ingresos económicos, características vivienda, seguridad, convivencia, entorno y servicios públicos)

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL EN EL ANCIANO, DE GIJÓN

Se recogen ítems mediante entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas, no formalizadas, a criterio del entrevistador que encasilla al paciente en alguna de las categorías de cada uno de los ítems. Puede pasarse al cuidador. Luego se suman los resultados parciales de cada ítem obteniéndose una puntuación global para el conjunto de la escala.

- **Situación familiar:**

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

- **Situación económica:**

1. Mayor de 1.5 veces el salario mínimo.
2. Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivo.
3. Desde salario mínimo hasta pensión mínima contributiva
4. LISMI-FAS-Pensión mínima contributiva
5. Sin ingresos, o inferiores al anterior ("4").

- **Vivienda:**

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

- **Relaciones sociales:**

1. Relaciones sociales con familia y vecinos adecuadas.
2. Relaciones sociales sólo con familia y vecinos.
3. Relaciones sociales sólo con familia vecinos.
4. No sale del domicilio, pero recibe visitas.
5. No sale y no recibe visitas.

- **Apoyo de la red social:**

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

Establece un punto de corte de problema o riesgo social si > 10 puntos

Cuestionario de Función Familiar APGAR

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?
2. ¿conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?
3. ¿las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?
4. ¿está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?
5. ¿siente que su familia le quiere?

Opciones de respuesta de los items

casi nunca (0)

a veces (1)

casi siempre (2)

- 0-3 disfunción grave
- 4-6 disfunción leve
- 7-10 familia funcional

Cuestionario de apoyo social de DUKE-UNC (modificado por Bhoarhead)

	Tanto como deseo		Mucho menos de lo que deseo		
	5	4	3	2	1
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	5	4	3	2	1
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	5	4	3	2	1
3. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	5	4	3	2	1
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	5	4	3	2	1
5. Recibo amor y afecto	5	4	3	2	1
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en casa	5	4	3	2	1
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	5	4	3	2	1
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	5	4	3	2	1
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	5	4	3	2	1
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	5	4	3	2	1
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	5	4	3	2	1

MULTIDIMENSIONALES

<p>láminas COOP WONCA</p>	<p>6 láminas con 5 viñetas (grados) cada una, valoran componente físico, emocional, y social: capacidad física, sentimientos, actividad diaria, actividad social, cambio de salud, salud global, dolor Referido a 15 días previos</p>	<p>Adaptada y validada en nuestro medio Buena validez aparente < 15 min</p>	<p>Sencilla, puede autoadministrarse Util si bajo nivel cultural</p>	<p>Entrevistador podría condicionar resultados (subjetividad)</p>
<p>Escala de Incapacidad física y psíquica de La Cruz Roja</p>	<p>Subescala física: movilidad, ayuda en actos, continencia Subescala psíquica: orientación, conversación, comportamiento, continencia</p>	<p>Creada y validada en España (medio especializado) Unos 10 min</p>	<p>Sencilla Valora 2 dimensiones, y funcionalidad global</p>	<p>Importante condicionamiento de incontinencia No sensible a pequeños cambios</p>

Escala de Incapacidad de Cruz Roja











Grados de incapacidad física

0. Se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad.
1. Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.
2. Tiene alguna dificultad en los actos diarios por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
3. Grave dificultad en bastantes actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
4. Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual.
5. Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Grados de incapacidad psíquica

0. Totalmente normal.
1. “Algunas rarezas”, ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él “cuerdamente”.
2. Desorientación en el tiempo. La conversación es posible, pero no perfecta. Conoce bien a las personas, aunque a veces olvide alguna cosa. Trastornos del carácter, sobre todo si se le disgusta. Incontinencia ocasional.
3. Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Claros trastornos del humor. Hace cosas que no parecen explicables a veces o a temporadas. Frecuente incontinencia.
4. Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia habitual o total.
5. Demencia senil total, con desconocimiento de las personas, etc. Vida vegetativa agresiva o no. Incontinencia total.

Láminas de la COOP-WONCA

FORMA FÍSICA	SENTIMIENTOS
<p>Durante las 2 últimas semanas...</p> <p>¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?</p>	<p>Durante las 2 últimas semanas...</p> <p>¿En qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?</p>
<p>Muy intensa (por ejemplo: correr de prisa)</p> 	<p>Nada, en absoluto</p> 
<p>Intensa (por ejemplo: correr con suavidad)</p> 	<p>Un poco</p> 
<p>Moderada (por ejemplo: caminar a paso rápido)</p> 	<p>Moderadamente</p> 
<p>Ligera (por ejemplo: caminar despacio)</p> 	<p>Bastante</p> 
<p>Muy ligera (por ejemplo: caminar lentamente, o no poder caminar)</p> 	<p>Intensamente</p> 

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

ACTIVIDADES SOCIALES

Durante las 2 últimas semanas...

¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No; nada, en absoluto		1
Ligeramente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor		1
Un poco mejor		2
Igual, por el estilo		3
Un poco peor		4
Mucho peor		5

ESTADO DE SALUD

Durante las 2 últimas semanas...

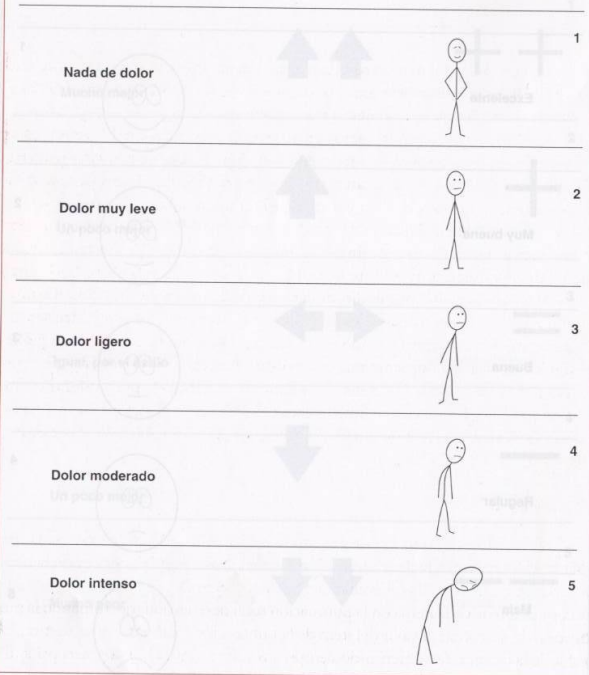
¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

DOLOR

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cuánto dolor ha tenido?



Reproducido con permiso de los autores de la adaptación.



UTPL
La Universidad Católica de Loja

Grandes Síndromes Geriátricos

Descripción de que son los síndromes geriátricos, cuales son, sus consecuencias, prevención y tratamiento.

El **envejecimiento poblacional** es uno de los grandes triunfos de la humanidad, pero es también uno de sus mayores retos. A medida que nos adentremos en el siglo XXI, el envejecimiento de la población implicará un aumento de las demandas sociosanitarias en todos los países.

Si bien de cara al futuro, las distintas organizaciones sanitarias proponen el **modelo del envejecimiento activo** como meta que permita disfrutar a los ancianos del mañana de la mejor calidad de vida posible (entendida ésta como bienestar físico, psíquico y social), la realidad es que los ancianos de hoy, sobre todo los de más edad, sufren diversos cuadros patológicos que disminuyen notablemente su salud, y en consecuencia, su calidad de vida. No debe olvidarse que los adultos mayores valoran dicha calidad de vida, en función de su nivel de independencia, y los diferentes síndromes que seguidamente se estudiarán, reducen, por no decir que eliminan casi por completo, esa ansiada vida independiente.

El **concepto de síndrome geriátrico** es relativamente reciente, ya que esta terminología empezó a utilizarse hacia finales de los años 60. En un principio, con la denominación de síndromes geriátricos se hacía referencia a las características que presentaban con más frecuencia los ancianos ingresados en servicios de Geriátrica, respecto a los de otros servicios. Actualmente, esta denominación se utiliza para referirse a un conjunto de cuadros, originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano, y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social.

Los grandes síndromes geriátricos, también conocidos como **los 4 gigantes de la Geriátrica**, incluyen: inmovilidad, inestabilidad-caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo.

Los diferentes síndromes geriátricos comparten las siguientes características:

- Elevada frecuencia: su incidencia y prevalencia son elevadas entre la población mayor de 65 años, pero aumentan aún más si se consideran determinados grupos, como son los mayores de 80 años, las personas hospitalizadas o los residentes en instituciones. Carácter sindrómico, ya que cada uno de ellos constituye una forma de presentación de diferentes patologías; casi cualquier enfermedad puede presentarse en el anciano como uno de estos síndromes.

- Tras su aparición, todos ellos originan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que los padecen, y a menudo, generan o incrementan la dependencia de otras personas, produciéndose un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social, que, si no se cubren, favorecen el aislamiento social y la institucionalización del anciano.
- En muchos casos, su aparición es prevenible y si se diagnostican adecuadamente, son susceptibles de tratamiento práctico siempre.
- Su abordaje diagnóstico y terapéutico requiere valoración integral, abordaje interdisciplinario y correcto uso de los niveles asistenciales.
- Inmovilidad

Síndrome de inmovilidad

Se define como la restricción, generalmente involuntaria, en la capacidad de transferencia y/o desplazamiento de una persona a causa de problemas físicos, funcionales o psicosociales. Este síndrome es considerado como una vía común, a través de la cual muchas enfermedades y trastornos del adulto mayor producen gran discapacidad.

Los problemas de movilidad afectan a casi el 20% de los individuos mayores de 65 años. A partir de los 75 años, aproximadamente el 50% de los ancianos tiene problemas para salir de su casa y un 20% se halla confinado en su domicilio.

La etiología de la inmovilidad es multifactorial, incluyendo causas tan diversas como enfermedades osteoarticulares (artrosis, fracturas, patología de los pies, etc.), patología cardiovascular (ictus, cardiopatía, hipotensión ortostática, diabetes, etc.), trastornos neuropsiquiátricos (demencia, enfermedad de Parkinson, depresión, etc.), obstáculos físicos, hospitalización, aislamiento, orden médica y, por supuesto, fármacos (sedantes, opiáceos, neurolépticos, antidepresivos) cuyos efectos secundarios aumentan la fragilidad del anciano.

Las consecuencias de este síndrome se han relacionado en la tabla I.

Consecuencias del síndrome geriátrico de inmovilidad

Rigidez articular y contracturas musculares

Debilidad muscular

Retención e incontinencia urinaria

Estreñimiento

Úlceras por presión

Trombosis venosa y arterial

Infecciones respiratorias

Osteoporosis

Deshidratación

Hipotermia

Síndrome confusional

Desnutrición

Depresión

Inestabilidad y caídas

Aislamiento social

Dependencia

Institucionalización

Prevención y tratamiento

El **mejor tratamiento de este síndrome**, y en general de cualquiera de los síndromes geriátricos, es la prevención. Existe un especial riesgo de inmovilidad en pacientes con afectación de alguno de estos 4 sistemas: muscular, articular, cardiovascular y neurológico. Por tanto, los pacientes diagnosticados de enfermedades que afecten a dichos sistemas deben ser estimulados para mantener un nivel de actividad adecuado a sus circunstancias, y si lo precisan, deben ser incluidos en programas de actividad dirigida, fisioterapia y terapia ocupacional.

Continuando con la **prevención**, no debe olvidarse el importante papel que desempeña la educación para la salud; así pues, debe instruirse al anciano y/o a su cuidador sobre las siguientes cuestiones:

- Importancia de realizar ejercicio físico, siempre, obviamente, adaptado a las peculiaridades del anciano.
- Efectos secundarios de los medicamentos que esté tomando, que puedan afectar a la capacidad de movimiento.
- Cómo y cuándo realizar cambios de posición.
- Cuidados básicos de la piel.

- Recursos técnicos de movilización (andadores, muletas, etc.), de protección (colchones especiales, etc.), entre otros.

Inestabilidad y caídas

La **caída** se define como la precipitación repentina al suelo, que se produce de forma involuntaria, y que puede acompañarse o no, de pérdida de conciencia. Epidemiológicamente, los accidentes son la sexta causa de mortalidad en personas mayores de 75 años, y de éstos, las caídas son la principal causa. El riesgo es mayor en ancianos hospitalizados, sobre todo en la etapa inmediatamente posterior a su ingreso, debido al rechazo a una actitud sobreprotectora. El **origen de este síndrome** es también multifactorial: enfermedad osteoarticular, cardiovascular, neuropsiquiátrica, causas extrínsecas (obstáculos físicos, calzado, domicilio, escaleras, etc.) y efectos secundarios de ciertos fármacos (tabla II), principalmente.

Tabla II.
Medicamentos que pueden favorecer las caídas

MEDICAMENTO	Efecto			
	RETARDAN LA CONDUCCIÓN CENTRAL	RETARDAN EL ESTADO DE ALERTA	ALTERAN LA PERFUSIÓN CEREBRAL	AFECTAN EL CONTROL POSTURAL
Narcóticos	+	-	-	-
Hipnóticos	+	+	-	-
Ansiolíticos	-	+	-	-
Vasodilatadores	-	-	+	-
Antidepresivos	-	-	+	-
Diuréticos	-	-	-	+
Digital	-	-	-	+
Bloqueadores beta	-	-	-	+

Los factores de riesgo más importantes para la aparición de este síndrome incluyen: debilidad muscular, alteraciones de la marcha y el equilibrio, deterioro de las funciones mentales, deterioro en las actividades de la vida diaria y polimedicación.

Consecuencias del síndrome de inestabilidad-caídas

- Las consecuencias de este síndrome pueden clasificarse en inmediatas y tardías. Las primeras incluyen:

- Lesiones menores en partes blandas y fracturas, que son más frecuentes en la cadera, el fémur, el húmero, las muñecas y las costillas; también se debe considerar la posibilidad de un hematoma subdural, después de un deterioro cognitivo no explicable.
- La dificultad para levantarse se produce en el 50% de los casos, y el 10% permanece en el suelo más de una hora, lo cual puede provocar deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos, y en algunos puede producirse un cuadro de hipotermia, capaz de generar la muerte en el 90% de los casos.

Las consecuencias tardías comprenden:

- Limitación funcional que puede llevar a la inmovilidad con todas sus complicaciones.
- Síndrome poscaída, caracterizado por la falta de confianza del paciente en sí mismo, por miedo a volver a caerse y restricción de la deambulación, ya sea por él mismo o por sus cuidadores, llegando al aislamiento y a la depresión.

Prevención y tratamiento

Respecto al tratamiento y prevención del síndrome de inestabilidad-caídas, es preciso, lógicamente, poner remedio a las consecuencias agudas que derivan de la caída y las enfermedades subyacentes; sin embargo, lo más importante es prevenir las caídas sin limitar la movilidad, la independencia y las actividades de la vida diaria. En la tabla III se recogen diferentes medidas de autocuidado para prevenir las caídas.

Tabla III. Medidas de autocuidado para prevenir las caídas
Conocer qué enfermedades y qué medicamentos pueden provocar caídas
Revisar la visión y prestar atención al cuidado de los pies
Usar gafas si se necesitan, aunque se desaconseja el empleo de lentes bifocales para caminar
Usar calzado adecuado, de bajo tacón y amplia superficie
.....
No utilizar ropas largas
Hacer ejercicio físico y seguir una dieta equilibrada
Realizar actividades de la vida diaria tan pronto como sea posible después de la caída
Tomarse el tiempo necesario para levantarse de la cama o de la silla
Estar alerta
Si se produce una caída, aunque no haya daños, se debe informar al médico, ya que dicha caída puede ser secundaria a una enfermedad de base

Incontinencia urinaria

La **incontinencia urinaria se define** como la pérdida involuntaria de orina, que es objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico. Su prevalencia aumenta con la edad, afectando al 60% de los ancianos hospitalizados y a casi el 50% de los ingresados en instituciones geriátricas, a diferencia de los que viven en la comunidad, para los cuales se han reportado cifras de prevalencia que oscilan entre el 10% y el 25%.

Menos de la mitad de los pacientes afectados por este problema busca ayuda médica, habiéndose encontrado que la incontinencia limita al 30% de los que la sufren para usar el transporte público, al 45% para visitar a sus amigos y al 40% para hacer la compra; por tanto, es obvio que la incontinencia es un problema que genera gran dependencia y aislamiento social, a lo que se une un elevado gasto sanitario derivado de la necesidad de utilizar métodos paliativos (colectores, absorbentes, etc.).

En función de su frecuencia, se distingue **entre incontinencia aguda o pasajera**, cuya duración oscila entre 3 y 4 semanas, e incontinencia persistente o crónica, con una duración superior a 4 semanas.

Al igual que en otros síndromes geriátricos, su etiología es multifactorial; así pues, causas como infecciones genitourinarias, delirio u otros estados confusionales, determinados tratamientos farmacológicos, alteraciones psicológicas, movilidad limitada o impactación fecal pueden dar lugar a una incontinencia transitoria, mientras que otros factores como lesiones medulares, debilidad del suelo pélvico, incompetencia del esfínter uretral, vejiga acontráctil, hipertrofia prostática, deterioro cognitivo u otras causas funcionales pueden generar una incontinencia más o menos persistente.

En la tabla IV se recogen diferentes fármacos implicados en la etiología de la incontinencia.

Tabla IV.

Medicamentos que pueden ocasionar Incontinencia urinaria

Medicamento	Efecto
Diuréticos	Poliuria, frecuencia, urgencia
Anticolinérgicos	Retención urinaria, impactación fecal
Antidepresivos	Acción anticolinérgica y sedación
Antipsicóticos	Acción anticolinérgica y sedación
Hipnóticos	Sedación, inmovilidad y delirio
Analgésicos narcóticos	Retención urinaria
Bloqueadores alfaadrenérgicos	Relajación uretral

Las consecuencias de este síndrome son múltiples y graves: infecciones urinarias, úlceras cutáneas, caídas, depresión y pérdida de autoestima, aislamiento social, dependencia, institucionalización y elevado consumo de recursos sociosanitarios.

Prevención y tratamiento

Un adecuado diagnóstico del tipo de incontinencia permite tratar este problema en la mayoría de los pacientes que lo sufren. El **tratamiento** incluye diversas opciones terapéuticas: ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico (ejercicios de Kegel o conos vaginales), farmacoterapia o procedimientos quirúrgicos, en función del origen o tipo de incontinencia. No obstante, no debe olvidarse que algunos pacientes no están en condiciones de someterse a un tratamiento curativo, y necesitan una continencia social que evite su aislamiento y su rechazo por parte de la sociedad; es en estos casos cuando el paciente debe recibir tratamiento con métodos paliativos (colectores, absorbentes, etc.).

La **prevención de la incontinencia urinaria** debería iniciarse en edades anteriores a la vejez. El primer paso en las actividades preventivas es concienciar a los propios profesionales de la salud y a los pacientes de que la incontinencia no es una situación normal, por lo que precisa diagnóstico y tratamiento. La tabla V recoge distintas medidas preventivas.

Tabla V. Medidas preventivas para evitar la Incontinencia
Realizar actividad física regular
Evitar el estreñimiento y la impactación fecal
Evitar la ingesta de líquidos desde media tarde en personas con problemas de micción nocturna
Iluminación adecuada y acceso fácil al cuarto de baño
Disponer de orinal u otro dispositivo que contrarreste la urgencia miccional
Evitar, si es posible, el empleo de hipnóticos, sedantes y diuréticos
Adiestramiento en los ejercicios de suelo pélvico especialmente en mujeres con embarazos múltiples y partos vaginales

Deterioro cognitivo

El **deterioro cognitivo se define** como una pérdida o reducción, temporal o permanente, de varias funciones mentales superiores, en personas que las conservaban intactas previamente. Esta definición incluye cuadros muy definidos como el síndrome confusional agudo (secundario a infecciones, anemia, patología que afecta a cualquier sistema, ingresos hospitalarios, cambio de domicilio, etc.), o como la demencia de diferentes causas (enfermedad de Alzheimer, etiología vascular, formas mixtas, enfermedad por cuerpos de Lewy, etc.); pero también engloba otros cuadros no tan definidos, vinculados o no a problemas de salud, que habitualmente se conocen como trastorno cognitivo asociado a la edad, deterioro cognitivo leve, etc.

La frecuencia del deterioro cognitivo varía ampliamente de unos colectivos a otros; así, en los ancianos que viven en la comunidad, afecta a un 15% de los mayores de 65 años, incrementándose su frecuencia en función de la edad, de modo que en personas que superan los 80 años, su frecuencia casi se duplica (25-30%). En pacientes hospitalizados, la frecuencia del deterioro cognitivo se aproxima al 25% y finalmente, es en el colectivo de ancianos institucionalizados en el que este síndrome es más frecuente (50-65%).

Dada la definición del síndrome de deterioro cognitivo, que como se ha señalado engloba cuadros muy diversos en cuanto a su origen, síntomas, gravedad, etc., su etiología es obviamente aún más compleja que la de los síndromes ya descritos: infecciones agudas, enfermedad cardiovascular, alteraciones neuropsiquiátricas, hidroelectrolíticas y metabólicas, retención urinaria, impactación fecal, inmovilidad, fármacos (sedantes, anticolinérgicos, opiáceos, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, cimetidina, digoxina, fenitoína).

Las consecuencias del deterioro cognitivo, especialmente en los estadios más avanzados, son las siguientes: ansiedad, depresión, insomnio, caídas, inmovilidad, incontinencia, riesgo aumentado de infecciones, aislamiento social, dependencia para las actividades de la vida diaria, cambio de carácter, alteraciones de conducta, desnutrición, sobrecarga para el cuidador, elevado consumo de recursos sociosanitarios e institucionalización.

Prevención y tratamiento

El **tratamiento** incluye un abanico terapéutico sumamente amplio: terapia ocupacional, psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, inhibidores de la colinesterasa, etc.).

En relación con las actuaciones preventivas sobre el deterioro cognitivo crónico, cuyo máximo exponente es la demencia, no están totalmente delimitadas. En pacientes con deterioro de memoria e incluso demencia en fases leves, parece útil intentar mantener las capacidades mentales existentes mediante talleres de memoria, orientación a la realidad, adaptación del entorno, etc. Los factores de riesgo cardiovascular, que parecen implicados en la demencia vascular y en la alteración cognitiva asociada a la edad, deben ser controlados.

En **la prevención** de las formas agudas de deterioro cognitivo, principalmente en el síndrome confusional agudo, son útiles medidas como minimizar el uso de fármacos causantes de este cuadro, mantener la homeostasis del medio interno en pacientes con graves enfermedades, facilitar la presencia familiar, asegurarse de que el paciente dispone de sus ayudas habituales (gafas y audífonos) y modificar el entorno adaptándolo a unas condiciones favorables para el paciente de edad avanzada.

Papel del farmacéutico

Al estudiar los diferentes síndromes geriátricos, se ha visto que en todos y cada uno de ellos, es posible llevar a cabo diferentes medidas preventivas, que eviten o al menos retrasen su aparición el mayor tiempo posible.

Entre esas medidas preventivas, destacan por su reiteración a lo largo del presente artículo el estilo de vida saludable, que implica ejercicio físico regular, dieta equilibrada, abandono de hábitos tóxicos y uso racional del medicamento, principalmente.

Qué duda cabe de que el farmacéutico, por su especialización en el medicamento, tiene mucho que decir sobre la correcta utilización de este recurso terapéutico, máxime en un colectivo poblacional polimedcado como es el geriátrico.

El farmacéutico, por su formación, puede y debe desempeñar

una gran labor sanitaria realizando el seguimiento farmacoterapéutico del paciente anciano, ya que como se ha indicado en los diferentes síndromes geriátricos, los fármacos son uno de los factores implicados en su aparición. Se evitarían así las reacciones adversas a medicamentos, que en el caso del anciano son especialmente frecuentes, y no hacen sino, deteriorar su salud y disminuir su calidad de vida.

Por otra parte, no puede olvidarse tampoco que el farmacéutico comunitario es uno de los profesionales de la salud más próximos a la población; esta cercanía constituye un magnífico recurso para desarrollar su labor como educador sanitario, concienciando a la población de la necesidad e importancia que tiene el llevar un estilo de vida saludable, de cara no sólo a sacarle más años a la vida, sino también más vida a los años.