

Atención integrada para personas mayores

Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca.

El **Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE)** ofrece la traducción de esta guía (versión en español) que ha sido cofinanciada por el Fondo de Desarrollo Regional (FEDER) en el marco del Programa de Cooperación Interreg V-A, España-Portugal, (POCTEP), 2014-2020.



Atención integrada para personas mayores

Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca.



Organización
Mundial de la Salud

Atención integrada para personas mayores: directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca.

ISBN 978-92-4-155010-9

© World Health Organization 2017

De conformidad con los términos de esta licencia, puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo para fines no comerciales, siempre que el trabajo esté debidamente citado, como se indica a continuación. En cualquier uso de este trabajo, no debe sugerirse que la OMS respalde una organización, productos o servicios específicos. El uso del logotipo de la OMS no está permitido. Si adapta el trabajo, debe licenciar su trabajo bajo la misma licencia de Creative Commons o la equivalente. Si crea una traducción de este trabajo, debe agregar la siguiente exención de responsabilidad junto con la cita sugerida: "Esta traducción no fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no es responsable del contenido o la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica".

Toda mediación relacionada con disputas derivadas de la licencia se llevará a cabo de conformidad con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Cita sugerida: Atención integrada para personas mayores: directrices sobre intervenciones a nivel de la comunidad para gestionar pérdidas en la capacidad intrínseca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 I

Datos de catalogación en la publicación (CIP). Los datos CIP están disponibles en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, consulte <http://apps.who.int/bookorders>. Para enviar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, consulte <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar el material de este trabajo que se le atribuye a un tercero, como tablas, figuras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para esa reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones resultantes de la infracción de cualquier contenido de este trabajo propiedad de un tercero es responsabilidad exclusiva del usuario.

Descargos generales. Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la OMS sobre la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o área o de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites territoriales. Las líneas punteadas o discontinuas en los mapas representan fronteras estimativas o aproximadas sobre las cuales es posible que todavía no exista un consenso general.

La mención expresa de empresas o de productos de ciertos fabricantes no implica que sean respaldados o recomendados por la OMS de manera preferente sobre otros de naturaleza similar que no se mencionan. A excepción de posibles errores u omisiones, los nombres de los productos patentados se distinguen por sus mayúsculas iniciales. La OMS ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae sobre el lector. En ningún caso, la OMS será responsable de los daños derivados de su uso.



Portada: La pintura es "Mojado en húmedo" por Gusta van der Meer. A los 75 años de edad, Gusta tiene un estilo artístico que es fresco, distinguido y vibrante. Una amante del arte desde hace mucho tiempo, cree que la demencia no es una barrera para su expresión artística. Apreciada no solo por su arte sino también por el apoyo y aliento que da a otros artistas con demencia, Gusta participa en una clase de arte semanal. Copyright de Gusta van der Meer. Todos los derechos reservados.

Impreso en Suiza

Contenido

Agradecimientos	iv
Abreviaturas	v
Resumen ejecutivo	vi
1 Introducción	1
1.1 Justificación de estas pautas	2
1.2 Alcance	2
1.3 Público objetivo	3
1.4 Principios rectores	3
2 Proceso de desarrollo de la guía	5
2.1 Grupo de desarrollo de directrices	5
2.2 Declaraciones de interés y gestión del conflicto	5
2.3 Identificar, evaluar y sintetizar las evidencias disponibles	5
2.4 Toma de decisiones por consenso durante la reunión del grupo de desarrollo de directrices	6
2.5 Preparación de documentos y revisión por pares	6
3 Evidencias y recomendaciones	7
3.1 Módulo I: Disminución de las capacidades físicas y mentales	8
3.2 Módulo II: síndromes geriátricos	17
3.3 Módulo III: Apoyo al cuidador	21
4 Consideraciones de implementación	25
5 Publicación, difusión y evaluación	29
5.1 Publicación y difusión	29
5.2 Monitoreo y evaluación	29
5.3 Revisión futura y actualización	30
Referencias	31
Anexo 1: Miembros del grupo de desarrollo de directrices (GDG)	34
Anexo 2: Evaluación de conflictos de interés	35
Anexo 3: Preguntas de alcance	38
Anexo 4: Proceso de evidencia	41
Glosario	44

Agradecimientos

Esta guía de ICOPE fue coordinada por el Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Islene Araujo de Carvalho, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Yuka Sumi y John Beard supervisaron la preparación de este documento, con el apoyo administrativo de Susanna Volk que también queremos agradecer.

La OMS reconoce las contribuciones técnicas del grupo de desarrollo de directrices (GDG). En orden alfabético: Emiliano Albanese (Centro Colaborador de la OMS, Universidad de Ginebra, Ginebra, Suiza); Olivier Bruyère (Universidad de Liège, Lieja, Bélgica); Matteo Cesari (Gérontopôle, Centro Hospitalario Universitario de Toulouse, Toulouse, Francia); Alan Dangour (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte); Amit Dias (Goa Medical College, Goa, India); Astrid Fletcher (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido); Dorothy Forbes (Universidad de Alberta, Edmonton, Canadá); Anne Forster (Universidad de Leeds, Leeds, Reino Unido); Mariella Guerra (Instituto de Memoria, Depresión y Trastornos Relacionados, Lima, Perú); Jill Keeffe (Centro Colaborador de la OMS para la Prevención de la Ceguera, Hyderabad, India); Ngaire Kerse (Universidad de Auckland, Auckland, Nueva Zelanda); Qurat ul Ain Khan (Hospital Universitario Aga Khan, Karachi, Pakistán); Chiung-ju Liu (Universidad de Indiana, Indianápolis, Indiana, Estados Unidos de América); Gudlavalleti V.S. Murthy (Instituto Indio de Salud Pública, Hyderabad, Madhapur, India); Serah Nyambura Ndegwa (Universidad de Nairobi, Nairobi, Kenia); Joseph G. Ouslander (Florida Atlantic University, Boca Raton, Estados Unidos); Jean-Yves Reginster (Universidad de Liège, Lieja, Bélgica); Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo (Institutos Nacionales de Salud de México, Ciudad de México, México); John F. Schnelle (Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt, Nashville, Estados Unidos); Kelly Tremblay (Universidad de Washington, Seattle, Estados Unidos); Jean Woo (Universidad China de Hong Kong, Hong Kong, China). Un agradecimiento especial para el presidente del GDG, Martin Prince (King's College London, Londres, Reino Unido).

El Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida de la OMS desea expresar su agradecimiento al grupo de revisión externa: A.B. Dey (Instituto de Ciencias Médicas de la India, Nueva Delhi, India); Minha Rajput-Ray (Centro Global de Nutrición y Salud, Cambridge, Reino Unido); Sumantra Ray (Consejo de Investigaciones Médicas, Cambridge, Reino Unido); Richard Uwakwe (Universidad Nnamdi Azikiwe, Awka, Nigeria). El departamento desea agradecer al grupo directivo de las guías de ICOPE: Said Arnaout (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental); Anjana Bhushan (Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental); Alessandro Rhyll Demaio (Departamento de Nutrición de la OMS para la Salud y el Desarrollo); Shelly Chadha (Departamento de la OMS para la Gestión de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones); Tarun Dua (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS); Manfred Huber (Oficina regional de la OMS para Europa); Silvio Paolo Mariotti (Departamento de la OMS para la Gestión de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones); Maria Alarcos Moreno Cieza (Departamento de la OMS para el Manejo de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones); Alana Margaret Offcer (Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida de la OMS); Juan

Pablo Peña-Rosas (Departamento de Nutrición de la OMS para la Salud y el Desarrollo); Anne Margriet Pot (Curso del Departamento de Envejecimiento y Vida de la OMS); Ritu Sadana (Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la OMS); Céline Yvette Seignon Kandissounon (Oficina Regional de la OMS para África); Maria Pura Solon (Departamento de Nutrición de la OMS para la Salud y el Desarrollo); Mark Humphrey Van Ommeren (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS); Enrique Vega García (Oficina Regional de la OMS para las Américas); Temo Waqanivalu (Equipo de prevención de enfermedades no transmisibles de la OMS). El Departamento de Nutrición de la OMS para la Salud y el Desarrollo; Shelly Chadha (Departamento de la OMS para el Manejo de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones); Tarun Dua (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS); Manfred Huber (Oficina regional de la OMS para Europa); Silvio Paolo Mariotti (Departamento de la OMS para la Gestión de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones); Maria Alarcos Moreno Cieza (Departamento de la OMS para el Manejo de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones); Alana Margaret Offcer (Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida de la OMS); Juan Pablo Peña-Rosas (Departamento de Nutrición de la OMS para la Salud y el Desarrollo); Anne Margriet Pot (Curso del Departamento de Envejecimiento y Vida de la OMS); Ritu Sadana (Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la OMS); Céline Yvette Seignon Kandissounon (Oficina Regional de la OMS para África); Maria Pura Solon (Departamento de Nutrición de la OMS para la Salud y el Desarrollo); Mark Humphrey Van Ommeren (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS); Enrique Vega García (Oficina Regional de la OMS para las Américas); Temo Waqanivalu (Equipo de prevención de enfermedades no transmisibles de la OMS).

El Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida de la OMS agradece a los miembros del equipo de revisión sistemática de la OMS: Alessandra Stella (Consultora independiente, Roma, Italia); Kralj Carolina (King's College London, Londres, Reino Unido); Meredith Fendt-Newlin (King's College Londres, Londres, Reino Unido).

King College de Londres, Reino Unido, apoyó el desarrollo de las directrices de ICOPE al proporcionar personal para trabajar en las revisiones sistemáticas y ayudar en la gestión del GDG. King's College London no recibió ninguna financiación externa por involucrarse con la OMS en el desarrollo de estas directrices. Finalmente, es debido agradecer a los compañeros que han revisado estas directrices por sus comentarios y reflexiones a colación de la versión preliminar de esta guía.

El Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida de la OMS agradece el apoyo financiero del Gobierno de Japón para el desarrollo de las directrices de ICOPE. Los donantes no financian directrices específicas y no participan en ninguna decisión relacionada con el proceso de desarrollo de la guía, incluyendo entre éstas la formulación de las preguntas para investigación, las membresías de los grupos de guías, la conducta e interpretación de las revisiones sistemáticas o la formulación de recomendaciones.

La edición, el diseño y el diseño fueron proporcionados por Green Ink, Reino Unido (greenink.co.uk).

Abreviaturas

ADLs	Actividades de la vida diaria.
AGREE	Evaluación de las Directrices para Investigación y Evaluación.
GDG	Guideline development group.
GRADE	Calificación de la valoración de Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación.
ICOPE	Cuidado integrado para personas mayores.
mhGAP	Programa de Acción de Brecha de Salud Mental.
PFMT	Entrenamiento muscular pélvico.
PICO	Población, intervención, comparación, resultado.
RCT/ECA	Ensayo controlado aleatorio.
OMS	Organización Mundial de la Salud.

Resumen ejecutivo

A lo largo de los últimos 50 años, el desarrollo socioeconómico de la mayoría de las regiones ha estado acompañado de grandes reducciones de la fertilidad y aumentos igualmente acusados de la esperanza de vida. Este fenómeno ha llevado a cambios rápidos en la demografía de las poblaciones de todo el mundo: la proporción de personas mayores en la población general ha aumentado sustancialmente en un período de tiempo relativamente corto.

Numerosos cambios fisiológicos subyacentes ocurren con el aumento de la edad, lo que supone un incremento de los riesgos para las personas mayores de desarrollar enfermedades crónicas que conlleven una mayor dependencia de atención especializada. A partir de los 60 años, la mayor cantidad de discapacidades y muertes surgen de pérdidas relacionadas con la edad en la audición, la vista y el movimiento, y en condiciones tales como demencia, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, trastorno respiratorio crónico, diabetes y afecciones musculoesqueléticas como la osteoartritis y el dolor de espalda.

El Informe Mundial sobre envejecimiento y salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2015 defiende el *Envejecimiento Saludable* como un objetivo que ayuda para las personas a "desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar". La capacidad funcional se define en el informe como los "atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar". La capacidad intrínseca, finalmente, es "el compendio de todas las capacidades físicas y mentales que un individuo puede aprovechar". El marco de salud pública de la OMS para el *Envejecimiento Saludable* se centra en el objetivo de mantener la capacidad intrínseca y la capacidad funcional a lo largo de toda la vida.

Los profesionales de la salud, en un entorno clínico, pueden detectar disminuciones en las capacidades físicas y mentales (expresadas clínicamente como impedimentos) y ofrecer intervenciones efectivas para prevenir y retrasar la progresión. Sin embargo, los primeros marcadores de disminución de la capacidad intrínseca, como la disminución de la velocidad de la marcha o la fuerza muscular, a menudo no se identifican, tratan ni controlan, pese a ser éstas acciones cruciales para revertir o retrasar estas disminuciones.

La mayoría de los profesionales de la salud carecen de orientación o capacitación para reconocer y manejar las de-

ficiencias en edad avanzada. Existe una necesidad apremiante de desarrollar enfoques integrales con una base firme en la comunidad, y de introducir intervenciones en niveles de atención primaria del sistema de salud para evitar la pérdida de capacidad. Esta guía aborda esta necesidad.

Las recomendaciones proporcionadas aquí sobre atención integrada para personas mayores (ICOPE) ofrecen una orientación basada en evidencias para proveedores de servicios de salud sobre los enfoques más apropiados a nivel comunitario con los que detectar y gestionar disminuciones importantes en las capacidades físicas y mentales, y para realizar intervenciones en apoyo de cuidadores. Estas normas pueden servir de base para directrices de alcance nacionales y para la posible inclusión de la cuestión de la salud de las personas mayores en los programas de atención primaria, utilizando un enfoque integrado que se centre en la persona.

Complementariamente a la presente guía, se encuentra una guía de implementación de ICOPE, que trata sobre cómo establecer objetivos de atención centrados en la persona, desarrollar un plan de atención integrado y brindar apoyo para la autogestión. Esto también incluirá orientación para guiar al profesional a través del proceso de evaluación, clasificación y gestión de las capacidades físicas y mentales menguantes en la vejez de una manera integrada.

Las presentes directrices y la guía de implementación complementaria están organizadas en tres módulos:

- **Módulo I:** disminución de la capacidad intrínseca, que incluye pérdida de movilidad, desnutrición, discapacidad visual y pérdida auditiva, deterioro cognitivo y síntomas depresivos.
- **Módulo II:** síndromes geriátricos asociados a la dependencia de cuidados, incluida la incontinencia urinaria y el riesgo de caídas.
- **Módulo III:** Apoyo del cuidador: intervenciones de apoyo al cuidador y prevención de altos niveles de tensión en el cuidador.

El criterio de selección de impedimentos físicos y mentales responde a que representan, de acuerdo con el marco de la OMS sobre *Envejecimiento Saludable*, disminuciones

clínicamente relevantes en las capacidades físicas y mentales, y de manera intensa predicen la futura mortalidad o la dependencia de atención en la vejez. Las recomendaciones deben implementarse utilizando un enfoque más integrado y centrado en la persona mayor. La base teórica y las evidencias para poder llevar a cabo esto se han descrito previamente en el *informe mundial de la OMS sobre envejecimiento y salud*.

La guía de implementación de ICOPE describirá los elementos importantes que se deben tener en cuenta a nivel clínico cuando se diseñan cuidados integrados para personas mayores, y los pasos necesarios para entregar las recomendaciones actuales de nivel comunitario de manera integrada. Estas directrices de ICOPE y productos asociados son herramientas clave para apoyar la implementación de la estrategia y el plan de acción mundial de la OMS sobre envejecimiento y salud aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud en 2016. La OMS se asociará con ministerios de salud, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales e instituciones académicas para difundir estas directrices, y apoyar su adaptación e implementación por parte de los Estados Miembros.

Métodos de desarrollo de la guía.

El proceso seguido en el desarrollo de estas directrices se describe en el *manual de la OMS para el desarrollo de guías* y ha involucrado: (i) establecimiento del grupo directivo, grupo de desarrollo de directrices (GDG), grupo externo de revisión y equipo de revisión sistemática; (ii) declaraciones de interés de los miembros del GDG y revisores pares; (iii) identificación, evaluación y síntesis de las evidencias disponibles; (iv) formulación de las recomendaciones con aportes de un amplio abanico de partes interesadas; y (v) preparación de documentos y planes para su difusión.

El GDG es un grupo internacional de expertos (Anexo 1) que representa las seis regiones de la OMS. El alcance de las directrices y preguntas (Anexo 3) se definió en consenso con los miembros del GDG. El GDG y el grupo directivo formularon un total de nueve preguntas PICO (población, intervención, grupo de comparación, resultados) con aportes de observadores externos. Se realizaron una serie de búsquedas de revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorios en las bases de datos Cochrane Library, Embase, Ovid MEDLINE y PsycINFO aplicando una estrategia de búsqueda

que incluía los términos MeSH de la Biblioteca de Medicina de los Estados Unidos, según correspondiese (Anexo 4). Para cada pregunta crítica preseleccionada, los perfiles de evidencia, siguiendo el enfoque de Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), fueron preparados a partir de revisiones sistemáticas existentes o revisiones sistemáticas actualizadas con ensayos más recientes.

Las recomendaciones fueron formuladas por el GDG durante una reunión en la sede de la OMS en Ginebra, Suiza, del 24 al 26 de noviembre de 2015. Se continuó siguiendo la metodología GRADE para preparar los perfiles de evidencia relacionados con los temas preseleccionados, sobre la base de revisiones sistemáticas actualizadas. Los miembros del GDG discutieron la evidencia, aclararon puntos e interpretaron los hallazgos para desarrollar recomendaciones. El GDG consideró la relevancia de las recomendaciones para las personas mayores, considerando el balance de beneficios y daños para cada intervención, los valores y preferencias de las personas mayores, y los costos y el uso de recursos, así como otros asuntos prácticos relevantes de interés para los proveedores en países de pequeña y mediana renta.

Las recomendaciones formuladas aquí en estas directrices están interrelacionadas y apuntan a producir efectos sinérgicos sobre las capacidades intrínsecas y las capacidades funcionales de las personas. Aunque se formularon recomendaciones sobre las intervenciones por separado, quedó reconocido que siempre resultaría mejor implementarlas en el contexto de una evaluación integral de las necesidades y un plan de atención integrado.

Las recomendaciones clave para la prevención secundaria de las disminuciones en las capacidades físicas y mentales se clasifican por la fuerza de la recomendación. Al hacer una recomendación fuerte, el GDG confió en que cualquier efecto deseable superaba cualquier efecto indeseable. Para recomendaciones condicionales, el GDG concluyó que los efectos deseables de la adherencia probablemente superan cualquier daño. Los miembros de GDG llegaron a un acuerdo unánime sobre la mayoría de las recomendaciones y calificaciones. Se requirió votación sobre las recomendaciones relacionadas con el entrenamiento cognitivo y los cuidados de relevo por lo que el GDG decidió que, debido a que la evidencia no estaba disponible, el grupo no formularía ninguna recomendación sobre estas dos intervenciones.

Recomendaciones

Módulo I: Disminución de la capacidad física y mental

Pérdida de movilidad:	Recomendación 1: El ejercicio multimodal, incluido el entrenamiento de resistencia progresiva y otros componentes del ejercicio (equilibrio, flexibilidad y entrenamiento aeróbico), se recomienda para personas mayores con capacidad física en descenso, medida por la velocidad de la marcha, la fuerza de agarre y otras medidas de rendimiento físico. <i>(Calidad de la evidencia: moderada; fuerza de la recomendación: fuerte)</i>
Malnutrición	Recomendación 2: La nutrición suplementaria oral con asesoramiento dietético debe recomendarse a personas mayores afectadas por desnutrición. <i>(Calidad de la evidencia, moderada; Fuerza de la recomendación: fuerte)</i>
Discapacidad visual	Recomendación 3: Las personas mayores deben recibir un examen de detección de la deficiencia visual en los entornos de atención primaria y la prestación oportuna de atención oftalmológica integral. <i>(Calidad de la evidencia baja; Fuerza de la recomendación: fuerte)</i>
Pérdida auditiva	Recomendación 4: Se debe ofrecer una prueba de detección seguida de la provisión de audífonos a las personas mayores para una identificación y gestión oportuna de la pérdida de la audición. <i>(Calidad de la evidencia: baja; Fuerza de la recomendación: fuerte)</i>
Deterioro cognitivo	Recomendación 5: La estimulación cognitiva se puede ofrecer a personas mayores con deterioro cognitivo, con o sin un diagnóstico formal de demencia. <i>(Calidad de la evidencia: baja; Fuerza de la recomendación: condicional)</i>
Síntomas depresivos	Recomendación 6: A los adultos mayores con síntomas depresivos experimentados se les pueden ofrecer intervenciones psicológicas breves y estructuradas, de acuerdo con las pautas de intervención de mhGAP de la OMS, proporcionadas por profesionales de la salud con un buen conocimiento de la atención de salud mental para adultos mayores.

Módulo II: Síndromes geriátricos

Incontinencia urinaria	Recomendación 7: La micción inducida para el control de la incontinencia urinaria se puede ofrecer a las personas mayores con deterioro cognitivo. <i>(Calidad de la evidencia: muy baja; Fuerza de la recomendación: condicional)</i> Recomendación 8: Entrenamiento de los músculos pélvicos (PMFT) solo o combinado con estrategias de control de la vejiga y automonitoreo, deben recomendarse a mujeres mayores con incontinencia urinaria (urgencia, estrés o mixta). <i>(Calidad de la evidencia: moderada; fuerza de la recomendación: Fuerte)</i>
Riesgo de caída	Recomendación 9: La revisión de medicamentos y la retirada de medicamentos innecesarios o dañinos puede recomendarse para personas mayores con riesgo de caídas. <i>(Calidad de la evidencia, moderada; Fuera de la recomendación: fuerte)</i> Recomendación 10: Entrenamiento multimodal (equilibrio, fuerza, flexibilidad y entrenamiento funcional) debe ser recomendado para personas mayores en riesgo de caídas. <i>(Calidad de la evidencia: moderada; Fuerza de la recomendación: fuerte)</i> Recomendación 11: Tras de la evaluación del especialista, se deben recomendar modificaciones en el hogar para eliminar los riesgos arquitectónicos que pudieran causar caídas en personas mayores con riesgo de caídas. <i>(Calidad de la evidencia: moderada; Fuerza de la recomendación: fuerte)</i> Recomendación 12: Se pueden recomendar intervenciones multifactoriales que integren la evaluación con medidas individualizadas para reducir el riesgo y la incidencia de caídas entre las personas mayores. <i>(Calidad de la evidencia; baja; Fuerza de la recomendación: condicional)</i>

Módulo III: Ayuda a los cuidadores

	Recomendación 13: Se debe ofrecer intervención psicológica, formación y apoyo a los miembros de la familia y otros cuidadores informales de personas mayores dependientes, en particular, pero no exclusivamente, cuando la necesidad de atención sea compleja y extensa y / o exista una gran tensión acumulada por parte del cuidador. <i>(Calidad de la evidencia: moderada; Fuerza de la recomendación: fuerte)</i>
--	---

1 Introducción

En la mayoría de las regiones en los últimos 50 años, el desarrollo socioeconómico ha venido acompañado por grandes caídas en la tasa de fertilidad y aumentos igualmente acusados en la esperanza de vida. Este fenómeno ha llevado a un rápido envejecimiento de la población en todo el mundo. La tasa de cambio más rápida se está produciendo en países de rentas bajas o medias. Incluso en el África subsahariana, que tiene la estructura de población más joven del mundo, se espera que el número de personas mayores de 60 años aumente más de tres veces, de 46 millones en 2015 a 147 millones en 2050 (1).

Con el aumento de la edad, se producen numerosos cambios fisiológicos subyacentes y aumentan los riesgos para las personas mayores de desarrollar enfermedades crónicas o precisar ayudas a la dependencia. Los mayor cantidad de los casos de discapacidad sobrevenida o muertes en personas mayores de 60 años se deben a pérdidas relacionadas con la edad, en la audición, en la capacidad visual y motora, y a menudo acompañado de cuadros de demencia, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, trastorno respiratorio crónico, diabetes y osteoartritis. Estos no son en absoluto problemas que afecten en exclusiva a los países de rentas más altas; de hecho, las cargas que han de soportarse relacionadas con estas condiciones descritas en las que puedan encontrarse las personas mayores generalmente es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medios (2).

El Informe Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2015 sobre el envejecimiento y la salud define el objetivo del Envejecimiento saludable como una ayuda a las personas para desarrollar y mantener una capacidad funcional que las habilite para mantener el bienestar" (1). La capacidad funcional se define en el informe como los "atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer aquello para lo que más motivos de aprecio se tienen. La capacidad intrínseca es "el compendio de todas las capacidades físicas y mentales de las que un individuo pueda hacer uso". Un resumen de estas definiciones figura en el recuadro a continuación.

El Marco de Salud Pública de la OMS para el Envejecimiento Saludable se centra en el objetivo de mantener las funciones a lo largo del curso vida (figura 1). Intervenir en una etapa temprana es esencial porque el proceso el cual las personas llegan a estados de salud delicada o a ser dependientes de atención puede retrasarse, ralentizarse o incluso revertirse parcialmente con intervenciones dirigidas al comienzo del proceso de declive funcional (3-5). Los profesionales de la salud en entornos clínicos pueden detectar la disminución de las capacidades físicas y mentales (expresadas clínicamente como discapacidades) y ofrecer intervenciones efectivas para prevenir y ralentizar o detener la progresión de estas discapacidades.

En 2016, tras la publicación del informe mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud (1), la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia y el Plan de Acción Mundiales sobre Envejecimiento y Salud (6). Ambos representan un nuevo modelo conceptual para el Envejecimiento Saludable que se basa en el concepto de las capacidades intrínsecas y las capacidades funcionales de las personas mayores, en lugar de la ausencia de enfermedad. El fundamento y la base de pruebas para proporcionar atención integrada y centrada en la persona mayor se han descrito en el Informe mundial sobre el Envejecimiento y la Salud y una publicación en The Lancet (7).

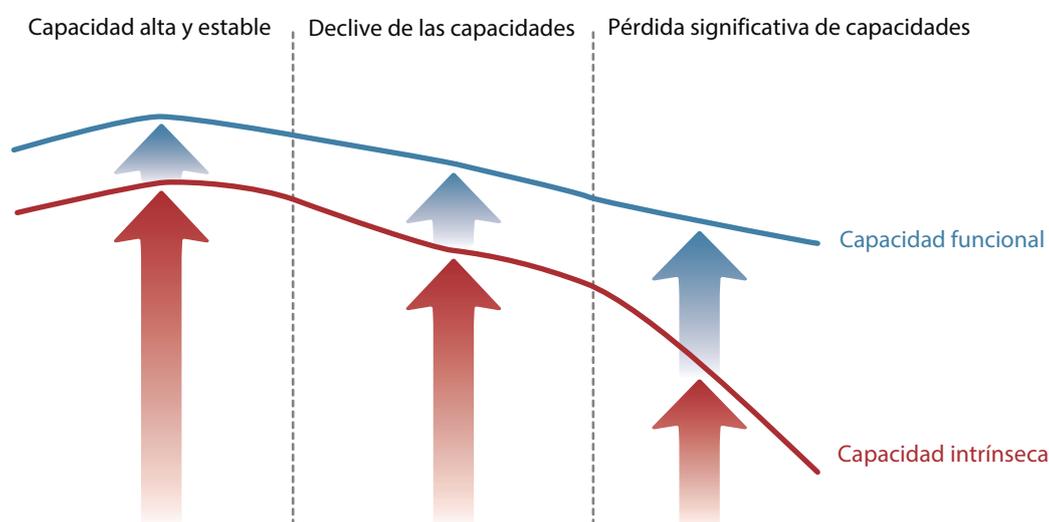


Capacidad intrínseca y capacidad funcional

La OMS define la capacidad intrínseca (IC) como la combinación de las capacidades físicas y mentales del individuo, incluidas las psicológicas; y capacidad funcional (FA) como la combinación e interacción de IC con el ambiente en el que la persona habita.

Fig. 1: Un marco de salud pública para el Envejecimiento saludable: oportunidades para la acción de salud pública en el curso de la vida

La capacidad intrínseca y la capacidad funcional no permanecen constantes sino que disminuyen con la edad como resultado de enfermedades subyacentes y el proceso de envejecimiento.



Las presentes directrices de ICOPE a nivel comunitario se reescribieron para alinearse con este nuevo concepto de *Envejecimiento Saludable* de la OMS. La guía de implementación con la que se acompañan tiene como objetivo proporcionar mayor orientación basada en evidencias a los proveedores de servicios de salud sobre los enfoques apropiados para detectar y gestionar disminuciones significativas en las capacidades físicas y mentales, y para ofrecer intervenciones de apoyo a los cuidadores.

1.1 Justificación de estas pautas

La disminución de la capacidad intrínseca suele presentarse en forma de los típicos problemas relacionados con la vejez, como pueden ser las dificultades para oír, ver, recordar, moverse o realizar actividades cotidianas o de vida social. Sin embargo, estos problemas a menudo son pasados por alto por los profesionales de la salud. Los primeros marcadores de disminución de la capacidad intrínseca, como la disminución de la velocidad de la marcha o la reducción de la fuerza muscular, a menudo no se identifican, tratan ni controlan, lo que es crucial si se plantea revertir o retrasar el proceso. La mayoría de los profesionales de la salud carecen de orientación o capacitación para reconocer y manejar las deficiencias en la edad avanzada.

Basadas en la creencia de que no existe un tratamiento disponible para sus problemas, las personas mayores pueden desvincularse de los servicios, no adherirse a los tratamientos y / o dejar de asistir a las clínicas de atención primaria.

Existe una necesidad apremiante de desarrollar enfoques integrales basados en la comunidad e introducir intervenciones para prevenir la disminución de capacidades, proporcionando apoyo a los cuidadores informales. Estas pautas abordan esta necesidad.

Acercarse a las personas mayores a través de la lente de la capacidad intrínseca y el entorno en el que viven ayuda a garantizar que los servicios de salud estén orientados hacia la consecución de los resultados que sean más relevantes para su vida cotidiana. Este enfoque también puede ayudar a evitar tratamientos innecesarios, excesos de medicación y efectos secundarios (1).

1.2 Alcance

Esta guías cubre intervenciones basadas en la evidencia para controlar las disminuciones de la capacidad comunes en la vejez, cubriendo movilidad, nutrición o vitalidad, visión, audición, cognición y estado de ánimo, así como los importantes síndromes geriátricos de la incontinencia urinaria y el riesgo de caídas. Estas condiciones fueron seleccionadas porque expresan una reducción significativa en las capacidades físicas y mentales, como se describe en el marco de la OMS sobre *Envejecimiento Saludable* (7), y son importantes predictores por sí mismos de futura mortalidad y dependencia de cuidados en la vejez (8). La capacidad física y / o mental disminuida puede identificarse por la presencia de uno o más de los siguientes indicadores:

Pérdida de movilidad: después de alcanzar un pico en primera edad adulta, la masa muscular tiende a disminuir con el aumento de la edad, y esto puede asociarse con una disminución de la fuerza y la función musculoesquelética (9). Una forma de medir la función muscular es medir la fuerza de agarre, que es un fuerte predictor de mortalidad (10, 11).

Desnutrición: la desnutrición representa un problema importante que afecta al 22% de los adultos mayores (12). A menudo se manifiesta como una masa muscular y ósea reducida, y aumenta el riesgo de fragilidad. La desnutrición también se ha asociado con la disminución de la función cognitiva, menor capacidad de cuidar de uno mismo y un mayor riesgo de convertirse en dependiente de cuidados.

Discapacidad visual y pérdida de la audición: el envejecimiento a menudo se asocia con disminuciones en la visión y la audición. En todo el mundo, más de 180 millones de personas mayores de 65 años tienen pérdida auditiva que dificulta la comprensión conversacional normal. La discapacidad visual grave es muy frecuente en personas mayores de 70 años y una de las principales causas de ceguera en países de rentas altas y medias (13, 14).

Deterioro cognitivo: en todo el mundo, 46.8 millones de personas mayores viven con cuadros de demencia. Se espera que este número se duplique cada 20 años, llegando a 74,7 millones en 2030 (15). Muchas funciones cognitivas comienzan a disminuir a una edad relativamente temprana, con diversas funciones que disminuyen a ritmo desigual. En el deterioro cognitivo leve, el déficit cognitivo es menos severo que en la demencia, y la función diaria normal y la autonomía generalmente se mantienen. Esta condición crónica es un precursor de la demencia en hasta un tercio de los casos (16).

Síntomas depresivos: cabe esperar que los episodios de trastornos afectivos sean más prevalentes en la vejez debido al mayor riesgo de hitos adversos en la vida. En comparación con los adultos más jóvenes, las personas mayores con mayor frecuencia presentan una sintomatología depresiva sustancial sin cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo. Esta condición a menudo se denomina depresión por debajo del umbral y afecta a casi 1 de cada 10 adultos mayores (17). Este tipo de depresión también tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas mayores, y es un importante factor de riesgo para un trastorno depresivo (18).

La relación de estos indicadores con la dependencia de atención, discapacidad y otras consecuencias negativas relevantes ha sido propuesta en variadas y numerosas definiciones conceptuales, y los estudios longitudinales han

mostrado una fuerte validez predictiva para estos indicadores en relación con el inicio de la dependencia y la mortalidad (8). Una comprensión clara de la naturaleza de la disminución de las capacidades físicas y mentales, y de su relación con el envejecimiento y las enfermedades crónicas, es fundamental para informar y priorizar las intervenciones y estrategias.

1.3 Público objetivo

Los proveedores de servicios médicos que trabajan en las comunidades y en los entornos de atención primaria y secundaria son los principales destinatarios de estas directrices de ICOPE sobre intervenciones a nivel comunitario. Igualmente, estas pautas también están dirigidas a profesionales responsables de desarrollar currículos de capacitación en medicina, enfermería y salud pública. También se ha orientado este documento pensando en gerentes de salud, como puedan ser los administradores de programas que organicen servicios de atención médica a nivel nacional, regional o municipal, entidades que financien e implementen programas de salud pública, y organizaciones no gubernamentales y organizaciones benéficas activas en el cuidado de personas mayores en un contexto comunitario.

1.4 Principios rectores

Los siguientes principios han conformado el desarrollo de estas directrices y deben guiar la puesta en marcha de las recomendaciones:

- Las directrices contribuyen a la consecución de los objetivos clave a nivel mundial contenidos en la *estrategia y el plan de acción mundiales de la OMS sobre Envejecimiento y Salud* (6, 19), que describe el papel de los sistemas de salud en la promoción del *Envejecimiento Saludable* mediante la optimización de las trayectorias de la capacidad intrínseca.
- Estas directrices son también una herramienta para la implementación del marco de la OMS sobre servicios de salud integrados centrados en las personas (20). Este marco requiere cambiar la forma en que se gestionan y se proporcionan los servicios de salud, y propone enfoques clave para garantizar una atención integrada de calidad para las personas, incluidas las personas mayores: un sólido sistema de gestión de casos en el que se evalúan las necesidades individuales; el desarrollo de un plan de cuidado integral; y servicios dirigidos hacia el objetivo de mantener la capacidad intrínseca y la capacidad funcional.

- Además de promover la atención integrada centrada en la persona, las recomendaciones deberían implementarse con miras a ayudar a gestionar el envejecimiento en el ámbito local; los servicios de salud deberían, por lo tanto, proporcionar atención donde vive la gente. Las intervenciones están diseñadas para implementarse a través de modelos de atención que priorizan la atención primaria y la atención comunitaria. Esto incluye priorizar en las intervenciones en el hogar, la participación de la comunidad y un sistema de referencia totalmente integrado.

Estas pautas aportan intervenciones basadas en evidencias que los agentes de salud no especializados pueden desarrollar en su actividad habitual en atención primaria y

en entornos comunitarios. Uno de los principios clave para sustentar el desarrollo de estas directrices es el reconocimiento del papel fundamental que desempeñan los agentes de salud comunitarios en la mejora del acceso a servicios de salud esenciales y de calidad, en el contexto de la atención primaria a nivel nacional y la cobertura sanitaria universal. La orientación de la OMS está disponible para los directores de los programas en los países y los socios a nivel mundial, haciendo hincapié en las cuestiones fundamentales para fortalecer la capacidad de los trabajadores de salud comunitarios. Esto cubre, por ejemplo, las consideraciones del sistema de salud y del programa, y los roles y competencias principales de los trabajadores de salud comunitarios (21).

2 Proceso de desarrollo de la guía

El *manual de la OMS para el desarrollo de directrices* (22) describe el proceso utilizado en el desarrollo de estas pautas, siguiendo los pasos a continuación.

2.1 Grupo de desarrollo de la guía

Se estableció un grupo directivo de orientación de la OMS, dirigido por el Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida, con representantes de departamentos y programas pertinentes de la OMS interesados en la prestación de asesoramiento científico relación con el ámbito de las personas mayores. El grupo directivo de la guía proporcionó supervisión general del proceso de desarrollo de la misma. Se formaron dos grupos adicionales: un grupo de desarrollo de directrices (GDG) y un grupo de revisión externo.

El GDG incluyó un panel de académicos y clínicos con experiencia multidisciplinar en las premisas sobre las que se desarrollan las pautas, además de geriatras / médicos especialistas en el cuidado de las personas mayores. Se consideró el equilibrio de género y la representatividad geográfica (ver Anexo 1).

El criterio de selección de los posibles miembros del CDG sostuvo basado fundamentalmente en su contribución al área, así como en la necesidad de contar con miembros de diversas nacionalidades y de áreas de especialización. Como investigador respetado en el campo, el presidente fue seleccionado por su amplia experiencia en metodología de desarrollo de guías y por su participación en otros grupos de desarrollo de guías. A cada posible miembro del GDG se le solicitó completar el formulario de declaración de interés de la OMS. Las declaraciones personales fueron revisadas por el grupo directivo.

2.2 Declaraciones de interés y gestión de conflictos de interés

Se solicitó a todos los miembros del GDG, revisores y miembros del equipo de revisión sistemática que completaran el formulario de declaración de interés antes del proceso de revisión de evidencias para el desarrollo de la guía. Las in-

vitaciones para participar en la reunión del GDG se enviaron sólo después de que las declaraciones de interés fuesen revisadas y aprobadas. Estas fueron revisados por el técnico responsable en la OMS, en este caso el director del Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida, y, cuando fue necesario, por un asesor legal. La composición del grupo concluyó después de este proceso. El Anexo 2 presenta un resumen de las declaraciones de interés pertinentes.

Una vez más, se evaluaron las declaraciones para evitar posibles conflictos antes de la reunión en Ginebra. Los miembros que estuviesen implicados en la realización de investigaciones primarias o revisiones sistemáticas que estuviesen de facto relacionadas con las recomendaciones desarrolladas en esta guía, no participaron en la formulación de ninguna recomendación. La mayoría de los miembros no tenían conflictos mayores de interés. Los conflictos menores de interés, de los cuales hubo dos casos, se manejaron individualmente al restringir la participación en las etapas relevantes de la reunión del GDG. Todas las decisiones fueron documentadas (ver Anexo 2).

2.3 Identificación, evaluación y síntesis de la evidencia disponible

Así quedó definido finalmente el alcance de las directrices y preguntas (Anexo 3). Un total de nueve preguntas PICO (población, intervención, grupo de comparación, resultados) (23) fueron formuladas por el GDG y el grupo directivo. Los resultados fueron calificados por miembros del GDG y expertos externos siguiendo un criterio de importancia de cada resultado desde la perspectiva de las personas mayores y los proveedores de servicios médicos, quedando diferenciados como no importantes (calificados 1-3), importantes (4-6) o críticos (7-9). Los resultados calificados como críticos se seleccionaron para su inclusión en el análisis PICO. El GDG participó en comunicaciones regulares por correo electrónico y debates por teleconferencia.

Habiendo formulado las preguntas de alcance y ya realizadas las revisiones, la atención se centró en la evidencia que se aplicaba específicamente a las personas mayores en condiciones de fragilidad dependientes de atención o con

condiciones prioritarias, y en los trabajadores en entornos comunitarios o de atención primaria. Los pasos que se tomaron para la recuperación, evaluación y síntesis de la evidencia se resumen en el Anexo 4. Se resumen más detalles sobre los métodos de revisión y la evidencia disponible en los perfiles de evidencia que respaldan estas directrices. Los perfiles de evidencia utilizaron la metodología de Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Graduación de la valoración de recomendaciones, evaluaciones desarrollo) (GRADE) (24) seguida por el manual de directrices de la OMS, y los perfiles están disponibles en las páginas web de la OMS para ICOPE (<http://www.who.int/envejecimiento/sistemas-de-salud/icope>). La estrategia de búsqueda y los métodos de evaluación y estimación de la calidad están incluidos en cada perfil. Esta metodología de GRADE para medicina basada en la evidencia también se usó para formular las recomendaciones sobre las intervenciones, proporcionando una calificación de la calidad general de la evidencia que surge de cada revisión sistemática. Todas las recomendaciones se basaron en evidencia directa y análisis de datos cuantitativos.

2.4 Toma de decisiones de consenso durante la reunión del grupo de desarrollo de directrices

El GDG se reunió en la sede de la OMS en Ginebra, Suiza, del 24 al 26 de noviembre de 2015. Las evaluaciones de pruebas se enviaron con anticipación y se presentaron en una versión resumida durante la reunión. Los miembros del GDG discutieron las pruebas, aclararon algunos puntos e interpretaron las conclusiones, para desarrollar recomendaciones basadas en el borrador preparado por la Secretaría de la OMS. Luego, el GDG procedió a las deliberaciones y consideró la relevancia de las recomendaciones para las personas mayores en base a:

- el equilibrio de beneficio y daño de cada intervención;
- valores y preferencias de las personas mayores;
- costos y uso de recursos;
- aceptabilidad de la intervención para proveedores de servicios de salud en países de ingresos bajos y medianos;
- factibilidad de implementación;
- impacto en la equidad y los derechos humanos.

Para evaluar los valores y las preferencias de las personas mayores y la aceptabilidad de las intervenciones propuestas para los trabajadores de la salud, no se llevaron a cabo encuestas formales; en su lugar, la discusión y evaluación de estas materias corrió a cargo de los miembros del GDG. Del mismo modo, no se realizaron estudios formales de

costo-efectividad; una vez más, los miembros del GDG informaron sobre sus evaluaciones acerca de las restricciones de recursos basándose en su conocimiento y experiencia.

Teniendo en cuenta todas las consideraciones anteriores, se acordó que en caso de que una recomendación fuese de beneficio general, se calificaría como fuerte. Sin embargo, si hubiera advertencias sobre sus beneficios en diferentes contextos y / o si la calidad de la evidencia fuera menos sólida, la recomendación sería calificada como condicional. En caso de desacuerdo, el presidente y el metodólogo determinarían si la disputa estaba relacionada con la interpretación de los datos o con la forma en que se formuló la recomendación. Si no se llegaba a un acuerdo de consenso, los miembros del GDG acordarían un voto de mayoría simple (51% / 49%), en el que el método de votación para esta decisión sería por manos levantadas. Los miembros de GDG se reservaron el derecho de registrar cualquier objeción. Quedan excluidos de la votación todos los miembros del personal de la OMS presentes en la reunión y los expertos técnicos participantes en la recopilación y revisión de las pruebas.

El GDG alcanzó un acuerdo de consenso sobre las 13 recomendaciones y clasificaciones reflejadas en este documento. En fase de votación de las recomendaciones sobre entrenamiento cognitivo y cuidado de relevo, estas dos últimas no fueron respaldadas debido a disponerse de una evidencia insuficiente.

2.5 Preparación de documentos y revisión por pares

Además de los miembros del GDG, cuatro revisores proporcionaron su visión experta desde sus diferentes campos de especialización: psiquiatría, nutrición, fisioterapia y geriatría. Una versión preliminar de estas pautas y los perfiles de evidencia preparados por el personal de la OMS y el GDG se distribuyeron a los revisores pares y al grupo directivo de la OMS. Todas las aportaciones y observaciones de los revisores se debatieron y se acordaron con el GDG por correo electrónico. Además, se les pidió a los revisores pares que calificaran la calidad de las pautas usando una versión ligeramente modificada de la herramienta, Evaluación de las Pautas para Investigación y Evaluación (ACUERDO II). La herramienta AGREE II original enumera 23 elementos clave en los siguientes dominios: alcance y propósito, participación de los interesados, rigor del desarrollo, claridad de presentación, aplicabilidad e independencia editorial (25). Las puntuaciones AGREE II totales de los revisores variaron de 22 a 154, y el promedio fue de 122.2.

3 Evidencia y recomendaciones

La mayoría de las condiciones seleccionadas para estas pautas de atención integrada para personas mayores (ICOPE) comparten los mismos factores subyacentes y condicionantes. Puede ser posible prevenir o retrasar la aparición de pérdidas en la capacidad intrínseca a través de un enfoque unificado para modificar un conjunto de factores predisponentes. Por ejemplo, el entrenamiento de fuerza altamente intensivo es la intervención clave necesaria para prevenir y revertir los impedimentos de movilidad, pero también protege indirectamente al cerebro contra la depresión y el deterioro cognitivo, y previene las caídas. La nutrición amplifica los efectos del ejercicio y tiene un impacto directo en el aumento de la masa muscular y la fuerza.

Por lo tanto, es necesario implementar estas pautas utilizando un enfoque integrado y centrado la persona mayor. Las recomendaciones son específicas para el entorno de la comunidad, pero muchas también son aplicables a las instalaciones de atención médica. Las bases lógicas y de pruebas sobre las que se desarrolla el enfoque de ICOPE han sido descritas previamente en el *informe mundial de la OMS sobre Envejecimiento y Salud* (1). Los proveedores deben garantizar lo siguiente:

1. La evaluación de las deficiencias o de las disminuciones individuales en la capacidad se emplea para comenzar a desarrollar un plan de atención integral, y todas las materias se evalúan conjuntamente.
2. Las intervenciones para mejorar la nutrición y fomentar el ejercicio físico se incluyen en la mayoría de los planes de atención, y todas las intervenciones necesarias se proporcionan en conjunto.
3. La presencia de cualquier deterioro / disminución en la capacidad siempre desemboca necesariamente en la prescripción de evaluación médica de la enfermedad asociada (por ejemplo, hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y demencia). La OMS ha desarrollado directrices clínicas para abordar la mayoría de las enfermedades crónicas relevantes, y todos los pro-

veedores de atención médica deberían tener acceso a ellas (Recuadro 1).

Las directrices de ICOPE están organizadas en tres módulos.

- **Módulo I:** Disminución de las capacidades físicas, incluyendo la pérdida de movilidad, la malnutrición y la discapacidad visual y auditiva, así como la disminución de las capacidades mentales, como puedan ser el deterioro cognitivo y los síntomas depresivos.
- **Módulo II:** síndromes geriátricos asociados con la dependencia de atención en la vejez, incluida la incontinencia urinaria y el riesgo de caídas.
- **Módulo III:** Apoyo al cuidador.

Recuadro 1:

Directrices y recursos de la OMS relacionados con ICOPE

Programa de acción de brecha de salud mental (mhGAP) - *Guía de intervención de mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en entornos de salud no especializados*, versión 2.0 (2016): http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02

Paquete de intervenciones esenciales sobre enfermedades no transmisibles (PEN) para atención primaria de salud en entornos de bajos recursos (2010): http://www.who.int/nmh/publications/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf

Directrices para audífonos y servicios para países en desarrollo (2004): http://www.who.int/pbd/deafness/en/hearing_aid_guide_en.pdf

Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud (2010): http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations

3.1 Módulo I: Disminución de las capacidades físicas y mentales

3.1.1 Pérdida de movilidad

La movilidad es un elemento importante de la capacidad física de una persona mayor. La pérdida de masa muscular y la fuerza muscular, la disminución de la flexibilidad y los problemas de equilibrio pueden afectar la movilidad. La pérdida de movilidad se encuentra en el 39% de las personas mayores de 65 años, que es más de tres veces mayor que entre la población activa (26). Se puede detectar la pérdida de movilidad y detener o ralentizar su progresión si se inician las intervenciones de ejercicio apropiadas al inicio del proceso (27).

Recomendación 1

El ejercicio multimodal, que incluye entrenamiento de resistencia progresivo y de otros componentes del ejercicio (equilibrio, flexibilidad y entrenamiento aeróbico), debe recomendarse a personas mayores con capacidades físicas menguantes, medida por baja velocidad de la marcha, fuerza de prensión y otras medidas de rendimiento físico.

Calidad de la evidencia : moderada

Fuerza de la recomendación: fuerte

Consideraciones para la recomendación 1

- Los efectos del ejercicio se pueden amplificar al combinarlo con una mayor ingesta de proteínas y otras intervenciones nutricionales.
- Debe consultarse a un fisioterapeuta o especialista, si está disponible, antes de recomendar ejercicios para personas mayores.
- Debe derivarse al paciente para investigaciones y tratamiento de enfermedades subyacentes asociadas, como enfermedades arteriales y pulmonares, fragilidad y sarcopenia.
- Considérense programas de ejercicios personalizados, simples y menos estructurados para adultos mayores con limitaciones en la función cognitiva. Para las personas mayores con capacidad severamente reducida, aconseje el entrenamiento de ejercicio basado en la silla y la cama como punto de partida.
- El entorno en el que se desenvuelven las personas mayores en proceso de mejora de su actividad física ha de incluir accesibilidad a instalaciones y servicios locales, ver a personas de una edad similar ejercitarse en el mismo vecindario y participar regularmente en actividades físicas con amigos y familiares.
- Los efectos de las intervenciones de ejercicios multimodales se mejoran cuando se prescriben en asociación con el apoyo de autocontrol. El apoyo de autocontrol también mejora la adherencia.

- Las intervenciones multimodales son una combinación de diferentes modos de ejercicio (aeróbico, de resistencia, flexibilidad, equilibrio), con énfasis en grupos musculares importantes y se realizan de manera funcional. A los adultos mayores se les debe ofrecer orientación sobre la actividad física recomendada para su edad y condiciones de salud. La OMS proporciona recomendaciones que consideran diferentes puntos de partida y niveles de capacidad para la actividad física para mantener la salud (ver <http://www.who.int/>). Las características ambientales asociadas con personas mayores que ganan más actividad física incluyen el acceso a instalaciones, bienes y servicios locales, ver a personas de una edad similar ejercitarse en el mismo vecindario y participar regularmente en el ejercicio con amigos y familiares.
- Los efectos de las intervenciones de ejercicios multimodales se mejoran cuando se prescriben combinadas con apoyo a la autogestión. Este apoyo a la autogestión también mejora la adherencia.
- Las intervenciones multimodales son una combinación de diferentes tipos de ejercicio (aeróbico, de resistencia, flexibilidad, equilibrio), con énfasis en grupos musculares importantes y realizados de manera funcional. A los adultos mayores se les debe ofrecer orientación sobre la actividad física recomendada para su edad y estado de salud. Las recomendaciones proporcionadas por la OMS consideran diferentes puntos de partida y niveles de capacidad para la actividad física para mantener la salud (ver http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations) (27).

Pruebas de apoyo para la recomendación 1

Una búsqueda sistemática identificó 130 revisiones, 11 de las cuales sirvieron de base para las conclusiones principales que se resumen a continuación.

- Se encuentran más detalles sobre la evidencia de respaldo en el perfil de evidencia: pérdida de movilidad, disponible en <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

En siete revisiones realizadas en países con altos niveles de renta se utilizó un programa de ejercicios multimodales de fortalecimiento muscular progresivo o entrenamiento de fuerza genérico, ejercicio de reentrenamiento de equilibrio, entrenamiento aeróbico y entrenamiento de flexibilidad. Los datos combinados de los ensayos incluidos en estas revisiones indicaron que esta intervención mejoró significativamente los resultados críticos, incluida la fuerza muscular de la extremidad inferior (10 ensayos, 1259 participantes), el equilibrio (16 ensayos, 1313 participantes), la velocidad de la marcha (15 ensayos, 1543 participantes), puntuación de la prueba de levantarse de la silla (9 ensayos, 827 participantes), función física general (9 ensayos, 976 participantes) y actividades de la vida diaria (7 ensayos, 551 casos). La calidad general de la evidencia se calificó como moderada ya que los resultados fueron consistentemente beneficiosos para todos los resultados críticos por lo que el GDG consideró que varios de los resultados críticos bastarían individualmente para respaldar la recomendación de intervención.

Once ensayos, informados en cuatro revisiones, investigaron el beneficio del entrenamiento de resistencia progresivo en personas mayores con deterioro de la movilidad. La evidencia sugiere que el entrenamiento de resistencia progresivo mejora la fuerza muscular de las extremidades inferiores (8 ensayos, 655 participantes) y las puntuaciones de la prueba de levantarse y sentarse de la silla (2 ensayos, 38 participantes). La calificación de calidad metodológica general fue moderada para el resultado de la fuerza muscular y baja para la prueba de levantarse y sentarse la silla. El entrenamiento de resistencia progresiva no tuvo ningún efecto en otros resultados críticos (equilibrio, velocidad de la marcha, puntuación Timed Up and Go, función física general y actividades de la vida diaria). Además, tres ensayos de entrenamiento con t'ai chi mostraron un beneficio significativo en términos de mejorar el equilibrio (348 casos), pero ningún efecto en la velocidad de la marcha, la puntuación de la silla, las actividades de la vida diaria o el número de caídas. La calificación general de calidad metodológica fue baja en relación con los resultados de las pruebas de equilibrio.

El GDG reconoció el costo adicional asociado al aumento de la formación de ejercicios supervisados para personas mayores. El GDG consideró que el costo del programa podría reducirse mediante una formación mínima a los miembros de la familia y la provisión de guías de autoayuda. El GDG estuvo de acuerdo en que el ejercicio multimodal era fundamental para mantener la capacidad física en las personas mayores, y que sería aceptable para ellos, para los miembros de la familia y otras partes interesadas. Basándose en la moderada calidad de la evidencia, la aceptabilidad generalizada del ejercicio y las posibles oportunidades de sustitución de las tareas de atención médica, el GDG se decantó por una recomendación fuerte.

3.1.2 Desnutrición

El envejecimiento viene acompañado de cambios fisiológicos que pueden tener un impacto negativo en el estado nutricional y, en consecuencia, en la capacidad intrínseca. Las deficiencias sensoriales (una disminución del sentido del gusto y el olfato, por ejemplo), la mala salud bucal, el aislamiento, la soledad y la depresión, de manera individual o combinadamente, aumentan el riesgo de desnutrición en la vejez. El envejecimiento se asocia con cambios en la composición corporal; después de la edad de 60 años, hay una disminución progresiva en el peso corporal que resulta principalmente de una disminución de la masa libre de grasa y la masa magra, y un aumento en la masa grasa. El

peso corporal estable enmascara en general dichos cambios en la composición corporal relacionados con la edad. Las personas mayores que no consumen suficiente proteína corren un mayor riesgo de desarrollar sarcopenia, osteoporosis y una respuesta inmune deteriorada.

Recomendación 2

La nutrición suplementaria por vía oral con asesoramiento dietético debe recomendarse a las personas mayores afectadas por la desnutrición.

Calidad de la evidencia: moderada

Fuerza de la recomendación: fuerte

Consideraciones para la recomendación 2

- Las evaluaciones nutricionales deben ser específicas para la persona mayor e incluir historial nutricional, registros de ingesta de alimentos o recordatorio dietético las 24 horas, examen físico con especial atención a los signos de nutrición inadecuada o consumo excesivo, y pruebas de laboratorio específicas, si corresponde. Existen varias herramientas disponibles para evaluar el estado nutricional en personas mayores (28, 29).
- La evaluación de la masa muscular y la fuerza muscular debe incluirse en la evaluación del estado nutricional.
- Se debe alentar el asesoramiento dietético para garantizar una dieta saludable que proporcione cantidades adecuadas de energía, proteínas y micronutrientes a todas las personas mayores, incluidas las que corren el riesgo o están afectadas por la desnutrición. Es importante considerar la posibilidad de incluir en su dieta alimentos suplementarios especialmente formulados (en forma lista para comer o molidos), que tienen modificada su densidad energética, proteína, grasa o composición de micronutrientes, para ayudar a satisfacer los requerimientos nutricionales de las personas mayores.
- Las intervenciones a la hora de comer (incluidas las comidas al estilo familiar y las comidas sociales) suponen acercamientos interesantes a la gestión de la desnutrición en las personas mayores. Considérense las comidas al estilo familiar o las comidas sociales para personas mayores que vivan solas o que están socialmente aisladas.
- La absorción de proteína disminuye con la edad. La baja ingesta de proteínas se asocia con la pérdida de masa corporal magra, y la ingesta estándar de proteínas puede no ser suficiente para las personas mayores.

- Derivar a las personas mayores con evidencia de una enfermedad física subyacente potencialmente grave (caquexia gruesa, pérdida de peso rápida, obstrucción o dificultad para tragar, vómitos, diarrea crónica, dolor abdominal o hinchazón) para una revisión médica por parte de un médico o especialista.

Recuadro 2

Nutrición suplementaria oral

La nutrición complementaria oral es la provisión de proteína adicional de alta calidad, calorías y cantidades adecuadas de vitaminas y minerales adaptados a las necesidades individuales evaluadas por un profesional de la salud capacitado. La evaluación permite determinar la mejor fuente y vehículo para la determinación de estos nutrientes, ya sea mediante el uso de suplementos, alimentos ricos en nutrientes o a través de formulaciones nutricionales especializadas, pudiendo ser comerciales o no comerciales.

Pruebas de apoyo para la recomendación 2

Nuestra estrategia de búsqueda identificó tres revisiones sistemáticas para informar estas recomendaciones (30-32). Llevamos a cabo una estrategia de búsqueda independiente en 2015 para actualizar la revisión de 2009 (31) e identificamos 29 ensayos adicionales.

- Se encuentran más detalles sobre la evidencia de apoyo en el perfil de evidencias sobre desnutrición, disponible en <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

La estrategia de búsqueda involucró a personas mayores que estaban en riesgo de desnutrición o afectadas por ella. Todos menos dos de los ensayos se realizaron en países de renta alta. La mayoría de los ensayos se realizaron en instituciones hospitalarias o centros de atención a largo plazo (hogares de ancianos, de ancianos o de ancianos). La definición de desnutrición fue variando a medida que avanzaban los ensayos. En la mayoría de ellos se aplicó una medida antropométrica - típicamente índice de masa corporal (IMC)- como indicador del estado nutricional, y la comparó con los valores de corte de la OMS (donde la infraponderación es inferior a 18.50 kg / m²). Las intervenciones evaluadas tenían como objetivo mejorar la ingesta de proteínas y energía usando solo la vía oral normal. La proteína se suministró junto con fuentes de energía no proteicas, como carbohidratos y grasas, y con o sin minerales y vitaminas añadidos. Los tipos de intervención considerados incluyeron suplementos en forma de tomas comerciales de sorbos; suplementos a base de leche; fortificación de fuentes de alimentos normales; adición de leche líquida (baja en grasa o sin grasa) al consumo diario habitual de productos lácteos; bebida nutritiva comercial compuesta con leche o agua; alimentación rica en proteínas y alta en calorías suplementaria

a la dieta hospitalaria; suplementos comerciales o bebidas comerciales formuladas para reemplazar comidas además de las comidas; y otros productos nutricionales especialmente formulados. La mayoría de los ensayos de suplementación tenían como objetivo proporcionar, por ración, 300-400 kcal, 12-20 g de proteína y vitaminas y minerales adicionales.

La evidencia indicó que el consumo de nutrición suplementaria oral redujo significativamente la mortalidad en comparación con las personas que recibieron placebo o la atención habitual. En un análisis de subgrupos, los datos agrupados de los ensayos realizados en entornos comunitarios no mostraron ningún efecto sobre la mortalidad, mientras que el efecto del tratamiento sobre la mortalidad siguió siendo significativo en los ensayos realizados en entornos hospitalarios y de cuidados a largo plazo.

El aumento de peso, calificado como un resultado crítico, se informó en 70 ensayos. Estos datos mostraron que la intervención mejoró el aumento de peso en adultos mayores afectados por la desnutrición. En el análisis de subgrupos, se indicó un beneficio significativo y una mejora en los índices de aumento de peso de estas personas mayores, tanto en los ensayos realizados en el ámbito comunitario como aquellos realizados en hospitales o en entornos de cuidado a largo plazo.

Justificación de la recomendación 2

La evidencia de calidad moderada mostró que la administración de suplementos nutricionales por vía oral y el asesoramiento dietético podrían evitar la mortalidad y mejorar el aumento de peso en las personas mayores afectadas por la desnutrición. El GDG revisó los efectos adversos asociados con esta recomendación. Quince ensayos informaron efectos adversos en los grupos de tratamiento y control, pero solo cuatro de ellos (dos estudios hospitalarios, un estudio de hogares de ancianos y un estudio comunitario) proporcionaron una evaluación sistemática y una comparación de los efectos adversos en condiciones de tratamiento y control. Los efectos secundarios comunes informados en los estudios fueron síntomas gastrointestinales, náuseas y diarrea. Se informó un mayor número de efectos adversos en estudios realizados en entornos hospitalarios; esto puede reflejar la gravedad inicial de la desnutrición, la intensidad de los suplementos, la presencia de un trastorno comórbido agudo o, posiblemente, una mayor monitorización de los efectos adversos. Otros ensayos informaron una prevalencia de efectos adversos tanto en el grupo de intervención como en el de control, y la mayoría de estos estudios no informaron diferencias entre grupos en los efectos adversos. El GDG por lo tanto concluyó que los riesgos potenciales asociados con la intervención nutricional eran pequeños.

La adherencia a las intervenciones nutricionales se discutió en detalle. El GDG sugirió que la nutrición suplementaria oral puede ser aceptable para muchas personas mayores, y que ayudaría a quienes están en riesgo de desnutrición o afectados por ella a cumplir con sus requerimientos nutricionales. En conclusión, el GDG acordó que estas recomendaciones serían apreciadas por los adultos mayores y aceptables para las partes interesadas clave.

La implementación de esta recomendación puede tener importantes implicaciones de recursos, particularmente en la capacitación de los miembros del personal. Sin embargo, en muchos países de ingresos bajos y medianos, los trabajadores de salud comunitarios realizan intervenciones nutricionales para niños afectados por la desnutrición y para mujeres embarazadas. Sobre la base de esta experiencia, el GDG concluyó que se podría llevar a cabo la dotación de los recursos humanos existentes con objeto de implementar estas recomendaciones.

El GDG consideró que si se necesitase recurrir a la provisión de nutrición suplementaria o productos alimenticios específicos para aumentar la ingesta dietética de proteínas, energía o vitaminas y minerales de un individuo, siempre habría de combinarse con asesoramiento dietético. La prestación de asesoramiento dietético ayudará a la persona mayor a comprender la necesidad de una nutrición oral complementaria y garantizará que se respeten su dignidad y sus derechos humanos.

Con base en la evidencia, el GDG hizo una fuerte recomendación a favor de la nutrición oral complementaria para personas mayores afectadas de desnutrición.

El GDG también consideró la evidencia para aumentar la ingesta dietética y las intervenciones a la hora de comer. Aunque hubo suficientes pruebas sobre sus beneficios para respaldar una recomendación, el GDG decidió que, debido a la naturaleza genérica de estas dos intervenciones, era más apropiado no emitir una recomendación.

3.1.3 Deterioro visual

El envejecimiento a menudo se asocia con pérdida de visión que limita el rendimiento físico y las actividades en la vida diaria. Más de la mitad de los adultos mayores con problemas de visión experimentan mejoras a través de métodos no invasivos, principalmente lentes correctoras. Alrededor del 79% de las personas mayores de 60 años y el 90% de las personas mayores de 70 años tienen cataratas, lo que re-

presenta la causa más importante de pérdida de visión (1). Estas personas pueden recuperar una función visual completa mediante cirugía de cataratas. Sin embargo, muchas personas mayores que viven en países de rentas bajas nunca han pasado siquiera un examen ocular, debido a las pocas oportunidades de acceder a los servicios de atención ocular. La búsqueda de casos a nivel de comunitario y la provisión inmediata de atención oftalmológica o derivación asistida para la cirugía de catarata podrían mejorar la capacidad física y la capacidad funcional de las personas mayores.

Recomendación 3

Las personas mayores deberían pasar un examen de detección de deficiencia visual en el entorno de atención primaria y recibir oportunamente una atención ocular integral.

Calidad de la evidencia : baja

Fuerza de la recomendación: fuerte

Consideraciones para la recomendación 3

- En el nivel de atención primaria, se puede realizar un examen visual usando un diagrama de Snellen para determinar la agudeza visual.
- Es importante mejorar la conciencia pública y generar demanda de servicios a través de actividades habituales de alcance comunitario.
- Promover la búsqueda de casos en los entornos de atención primaria y comunitaria, donde el personal de atención médica, como los trabajadores de salud comunitarios, puedan recibir capacitación para detectar la agudeza visual.
- Establecer servicios integrales de cuidado de la vista, de modo que los servicios de refracción así como la provisión de herramientas de corrección adecuadas estén disponibles en el nivel de atención primaria.
- Específicamente, proporcione gafas que sean nuevas, de alta calidad, accesibles y asequibles en entornos de bajos ingresos.
- Las causas más comunes de deterioro visual en personas mayores incluyen presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatía diabética y degeneración macular relacionada con la edad. Por lo tanto, se debe evaluar a las personas mayores con discapacidad visual sobre estas afecciones médicas.

Las personas mayores que han tenido diabetes durante cinco años o más deben ser remitidas para una evaluación con un oftalmólogo. Además, es aconsejable que las personas con riesgo de glaucoma (incluidas las personas de ascendencia africana y las personas con antecedentes familiares positivos), que están en riesgo de diabetes o que tienen miopía severa se sometan a una evaluación periódica por un oftalmólogo. La publicación de la OMS, Prevención de la ceguera por diabetes mellitus (33) está disponible en http://www.who.int/diabetes/publications/prevention_diabetes2006.

- Consúltese a profesionales de la salud ocular o terapeutas ocupacionales que tengan experiencia en modificaciones ambientales (trabajando con color y contraste en el entorno de la persona con baja visión) y que puedan enseñar actividades de la vida diaria y habilidades, como lavar la ropa.

Recuadro 3

Definiciones de de baja visión

- Definido por la OMS: agudeza visual menor a 6/18 en un ojo e igual o mejor que 3/60 en el mejor ojo con la mejor corrección.
- En uso por servicios o atención de baja visión: deterioro del funcionamiento visual de la persona incluso después del tratamiento y / o corrección refractiva estándar, y una agudeza visual de menos de 6/18 a la percepción de la luz, o un campo visual de menos de 10 grados desde el punto de vista de la fijación, pero con capacidad o capacidad potencial para usar la visión para planificar y / o ejecutar una tarea para la cual la visión es esencial.

Evidencia de apoyo para la recomendación 3

La evidencia se compiló a partir de tres revisiones sistemáticas: una revisión sistemática actualizada que identificó cinco ensayos de detección y derivación, una revisión sistemática actualizada que identificó dos ensayos de detección más una atención ocular inmediata y una revisión sistemática actualizada que identificó tres ensayos de catarata acelerada cirugía.

- Se encuentran más detalles sobre la evidencia de respaldo en el perfil Evidencias: impedimento visual, disponible en <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

No se han identificado nuevos ensayos en una actualización de la OMS de una revisión sistemática que se publicó en 2006 en el cribado y la derivación, en la que se encontraron cinco ensayos (35). Para estas pautas, los resultados de las

tres revisiones sistemáticas iniciales comprenden la base de evidencia. En ella, los datos agrupados de cinco ensayos de 3494 participantes indicaron la inexistencia de evidencia que sugiriera que el examen visual por sí mismo pudiese mejorar la función visual en personas mayores. Los autores concluyeron que las razones de la falta de beneficio fueron altas pérdidas durante el seguimiento, contaminación de la intervención, frecuencias similares de detección de trastornos de la vista y tratamiento en ambos grupos, el uso de una pregunta de detección para identificar a las personas con objeto de realizar más pruebas, y una baja cantidad de intervenciones recomendadas.

Una revisión que identificó dos ensayos de detección visual combinada con derivación inmediata para la corrección de errores de refracción reveló evidencia de efectos beneficiosos. En el primero de los dos ensayos, las personas mayores del grupo de intervención recibieron recetas y vales para lentes gratis (36), mientras que los participantes en el segundo estudio recibieron gafas correctivas inmediatamente (37). Los participantes en el primer ensayo eran personas de 65 años o más que vivían en la comunidad, mientras que el segundo ensayo se reclutó a residentes de hogares de ancianos de 55 años o más. En ambos ensayos, el funcionamiento visual mejoró en los grupos de tratamiento inmediato.

En la revisión sistemática por la que se identificaron tres ensayos con los que se examinó la efectividad de la cirugía de catarata acelerada, se encontraron mejoras sustanciales en la visión para las personas mayores que se sometieron a dicha cirugía acelerada, en comparación con los resultados para las personas en la cirugía de rutina o grupos de lista de espera (38-40).

Justificación de la recomendación 3

El GDG reconoció la mayor prevalencia de deterioro de la visión en las personas mayores en comparación con los más jóvenes, y la enorme carga individual y social asociada a las condiciones de visión no tratadas. El grupo consideró la evidencia de apoyo limitada para los efectos sobre la mejoría visual autoinformada después de la detección y la derivación (35). El GDG estuvo de acuerdo en que el uso del cribado como intervención independiente no estaba justificado y que debería combinarse con la prestación inmediata de atención oftalmológica indicada para mejorar la agudeza visual de las personas mayores con discapacidad visual. Además, los gran cantidad de efectos beneficiosos de la cirugía de cataratas observados en tres ensayos

se anotaron por el GDG en apoyo de la prescripción de cirugía de cataratas, cuando fue indicado. En ninguno de los ensayos revisados se informó de consecuencias adversas asociadas a la monitorización y la atención oportuna de la visión. El GDG reconoció la alta aceptabilidad y viabilidad de este examen y tipo de cuidado. Los expertos en cuidado de la visión del GDG mencionaron que en muchos países, incluidos los de ingresos bajos y medios, había programas nacionales para la gestión de la ceguera, en los que los profesionales capacitados para la identificación temprana de la ceguera evitable realizaban exámenes de la vista. Sin embargo, estos exámenes se centraron principalmente en los niños, mientras que muchas personas mayores experimentaron dificultades para acceder a dicho examen y recibir la atención oportuna. El GDG consideró que el cribado junto con la provisión del cuidado ocular indicado podría aumentar la equidad en este campo.

Dada la menor variabilidad de los valores y preferencias, la naturaleza factible y aceptable de la intervención, y el beneficio potencial por el que compensar los daños, especialmente en países de alta carga de casos, el GDG formuló una recomendación fuerte a pesar de la baja calidad de la evidencia.

3.1.4 Pérdida de audición

La pérdida de audición no tratada afecta la comunicación y puede contribuir al aislamiento social y la pérdida de autonomía, con la ansiedad asociada, la depresión y el deterioro cognitivo. A pesar de sus considerables implicaciones individuales y sociales, la pérdida de audición en gran medida no se detecta y no se trata adecuadamente en las personas mayores. Sin embargo, esta limitación común en la capacidad intrínseca generalmente se puede manejar de manera efectiva. Las intervenciones y adaptaciones simples para la pérdida de la audición incluyen audífonos, modificaciones ambientales y adaptaciones del comportamiento que incluyen la reducción del ruido de fondo y el uso de técnicas simples de comunicación, como hablar con claridad.

Recomendación 4

La detección seguida de la provisión de audífonos debe ofrecerse a las personas mayores para la identificación oportuna y el control de la pérdida auditiva.

*Calidad de la evidencia : **baja***

*Fuerza de la recomendación: **fuerte***

Consideraciones para la recomendación 4

- Debe promoverse la conciencia de la comunidad sobre la pérdida de audición y los beneficios positivos de la rehabilitación audiológica en las personas mayores, a través de la búsqueda de actividades comunitarias de y de la divulgación de casos.
- Se debe alentar a los profesionales de la salud a que evalúen a los adultos mayores para detectar la pérdida de audición al interrogarlos periódicamente sobre su audición. También se recomiendan el examen audiológico, el examen otoscópico y la prueba de voz susurrada.
- Los audífonos son el tratamiento de elección para las personas mayores con pérdida auditiva, ya que minimizan la reducción de la audición y mejoran el funcionamiento diario.
- Los medicamentos deben revisarse para ototoxicidad potencial.
- Las personas con otitis media crónica o pérdida repentina de audición, o que no pasen las pruebas de detección deben ser derivadas a un otorrinolaringólogo.
- Se pueden encontrar orientaciones adicionales en las Directrices de la OMS para audífonos y servicios para países en desarrollo (41), disponibles en http://www.who.int/pbd/deafness/en/hearing_aid_guide_en.pdf.

Evidencia de apoyo para la recomendación 4

La evidencia para esta recomendación se obtuvo mediante la revisión de dos ensayos aleatorios controlados. Ambos ensayos demostraron el beneficio de la monitorización y la provisión inmediata de audífonos en adultos mayores. El primero de los dos encontró que la provisión inmediata de audífonos se asoció con mejoras estadísticamente significativas en las puntuaciones de calidad de vida relacionada con la audición, según los baremos del Inventario de Discapacidad Auditiva para Personas de Edad Avanzada (HHIE en sus siglas en inglés) y de la Función de Escala de Comunicación Cuantificada de Denver (QDS) (42). En la segunda prueba, ambos grupos con audífonos experimentaron mayores mejoras en los resultados de la audición en comparación con los grupos sin tratamiento ni dispositivos de asistencia auditiva (43). La mejoría media en las puntuaciones HHIE en este ensayo fue pequeña para los pacientes de

control (2.2 puntos) y aquellos que recibieron un dispositivo de asistencia auditiva (4.4 puntos), mayor para los pacientes que recibieron un dispositivo convencional (17.4 puntos) y considerable para los pacientes que recibieron un dispositivo programable (31.1 puntos).

- Se encuentran más detalles sobre la evidencia de respaldo en el perfil de evidencia: pérdida de audición, disponible en <http://www.who.int/ageing/healthsystems/icope>.

Base teórica para la recomendación 4

El GDG consideró que las evidencias que respaldaban la monitorización y la provisión de audífonos como una forma de mejorar los resultados críticos relacionados con la audición para las personas mayores era de baja calidad. Además de la evidencia, sin embargo, el GDG también consideró cuestiones tales como los costos de oportunidad y la utilidad de las intervenciones potenciales considerando la muy alta prevalencia y las enormes costos sociales asociados con la pérdida de audición no diagnosticada y no tratada; en todo el mundo, un tercio de las personas mayores viven con algún grado de pérdida auditiva. Los miembros del GDG acordaron que los beneficios de la intervención superaban las desventajas y los costos. La detección y el uso de audífonos no parece perjudicar a las personas, los audífonos de alta calidad ahora se pueden adquirir a precio asequible, y la mayoría de las personas mayores no se oponen a que se les evalúe. En base a la aceptabilidad, viabilidad y mayor asequibilidad de los audífonos, junto con los potencialmente grandes efectos positivos de los que se benefician las personas mayores que viven en países con alta carga, y siempre priorizando por que los individuos puedan involucrarse y comunicarse efectivamente dentro de sus comunidades, el GDG decidió emitir un recomendación fuerte a pesar de la evidencia de baja calidad.

3.1.5 Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo es un fuerte predictor de discapacidad funcional y la necesidad de atención entre las personas mayores. El deterioro cognitivo leve aumenta el riesgo de desarrollar demencia, y la evidencia disponible sugiere que una postergación promedio de cinco años de la edad de inicio reduciría la prevalencia de la demencia a la mitad (44). La terapia de estimulación cognitiva, como la participación en una serie de actividades destinadas a mejorar el funcionamiento cognitivo y social, es una estrategia crítica para prevenir y revertir la disminución de la capacidad cognitiva y, consecuentemente, para prevenir discapacidades funcionales y dependencia de la atención en la vejez.

Recomendación 5

La estimulación cognitiva se puede ofrecer a las personas mayores con deterioro cognitivo, con o sin un diagnóstico formal de demencia.

*Calidad de la evidencia : **baja***

*Fuerza de la recomendación: **condicional***

Consideraciones para la recomendación 5

- La evaluación de la función cognitiva se puede realizar utilizando cualquier herramienta validada localmente.
- En ausencia de una evaluación estándar, a la persona, y también a alguien que los conozca bien, se les debe preguntar sobre los problemas relacionados con la memoria, la orientación, el habla y el lenguaje, y cualquier dificultad para realizar roles y actividades clave. Se debe evaluar la memoria, la orientación y el lenguaje.
- La estimulación cognitiva debería ser suministrada en sesiones cortas. En países de altos ingresos, generalmente es administrada por psicoterapeutas. Sin embargo, algunas características de la intervención, como la duración o la frecuencia, podrían adaptarse a cada entorno y podrían ser administradas por no especialistas debidamente capacitados y apoyados.
- Es importante alentar a los familiares y cuidadores a proporcionar a las personas mayores detalles que sirvan de orientación periódica (día, fecha, hora, clima, nombres de personas, etc.) para ayudarlos a permanecer orientados en el tiempo y el lugar. Pueden usar materiales como periódicos, programas de radio y televisión, álbumes familiares y artículos del hogar para promover la comunicación, orientar a la persona a los acontecimientos actuales, estimular los recuerdos y permitirles compartir y valorar sus experiencias.
- El deterioro en la función cognitiva puede asociarse con carencias y complicaciones relacionadas de la memoria mediante las cuales se manejan actividades instrumentales de la vida diaria, como la economía doméstica y las compras, y con una función social deteriorada. Los casos deben ser referidos para una evaluación médica.
- Se puede encontrar más orientación sobre la demencia en la guía de intervención de mhGAP de la OMS (45), disponible en http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02.

Recuadro 4

Cómo identificar el deterioro cognitivo

- La evaluación de la función cognitiva se puede realizar utilizando cualquier herramienta validada localmente.
- En ausencia de una evaluación estándar: (a) evalúe la memoria pidiéndole a la persona que repita tres palabras comunes inmediatamente, luego otra vez 3 a 5 minutos después, (b) evalúe la orientación al tiempo preguntando la hora del día, el día de la semana, temporada y año, y evalúe la orientación al lugar preguntándole a la persona dónde están siendo evaluados, o dónde está el mercado o tienda más cercana a su hogar, y (c) evalúe las capacidades lingüísticas pidiéndole que nombre partes del cuerpo y que explique la función de los elementos físicos (por ejemplo, "¿Qué haces con un martillo?").
- Confirme cualquier déficit cognitivo con un familiar u otra persona que conozca bien a la persona. Se encuentran más detalles en la guía de intervención de mhGAP de la OMS (45), disponible en http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02.

Pruebas de respaldo para la recomendación 5

La evidencia sobre la efectividad de las intervenciones de estimulación cognitiva para adultos mayores con deterioro cognitivo se extrajo de una revisión sistemática (44). En este estudio, las intervenciones se administraron típicamente en entornos de atención diurna o de cuidados a largo plazo, e involucraron a participantes con demencia o deterioro cognitivo leve, o ambos. La revisión analizó los datos agrupados de 17 ensayos: 12 estudios (810 participantes) evaluaron el deterioro cognitivo mediante el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) mientras que los otros cinco evaluaron la función cognitiva utilizando la Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer: subescala cognitiva (ADAS-Cog). La evidencia de todos estos ensayos mostró una mejora significativa en la función cognitiva después de la intervención. La calidad general de la evidencia fue baja. Se necesitan nuevos ensayos aleatorios controlados para evaluar la eficacia de los diferentes tipos de intervención cognitiva que se dirijan exclusivamente a adultos mayores con deterioro cognitivo.

- Más detalles sobre la evidencia de respaldo se encuentran en el perfil de evidencia: deterioro cognitivo, disponible en <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

Base teórica para la recomendación 5

Las pruebas por las que se apoya el uso de intervenciones de estimulación cognitiva (de cualquier forma) para mejorar la función cognitiva en personas mayores con deterioro cognitivo leve y demencia son de baja calidad. El GDG recomienda que los profesionales de atención médica administren estas intervenciones a las personas que sean elegibles. El GDG catalogó la evidencia como de baja calidad pese a que la intervención mejoró los resultados en cuestiones de salud importantes, y concluyó que los beneficios superan los efectos adversos. La intervención no es invasiva y ningún ensayo informó ningún daño asociado con la estimulación cognitiva. Se observó que la variabilidad en los valores y las preferencias era menor, y la intervención se consideró factible y aceptable. Los requisitos logísticos para la administración de intervenciones de estimulación cognitiva serían inicialmente considerables, pero el GDG argumentó que la adaptación de la intervención para entornos específicos, y la inversión en capacitación de no especialistas, posiblemente descontaría los costos futuros. La fortaleza de esta recomendación es condicional, debido a la baja calidad de la evidencia: la mayoría de los ensayos involucraron a personas mayores con demencia y los efectos de las intervenciones de estimulación cognitiva en aquellos con deterioro cognitivo leve sin demencia aún no están claros.

3.1.6 Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos (o depresión por debajo del umbral) se aplican a adultos mayores que presentan dos o más síntomas simultáneos de depresión durante la mayor parte o la totalidad del tiempo, durante al menos dos semanas de duración, pero que no cumplen los criterios para un diagnóstico de un trastorno depresivo importante. Esta es una condición importante que afecta entre el 6% y el 10% de los adultos mayores en la atención primaria, el 30% en los entornos médicos y de cuidados a largo plazo, y está asociada con la disminución de la capacidad intrínseca (46).

Recomendación 6

A los adultos mayores que experimentan síntomas depresivos se les pueden ofrecer intervenciones psicológicas breves y estructuradas, de acuerdo con las pautas de intervención de mhGAP de la OMS, proporcionadas por profesionales de la salud con un buen conocimiento de la atención de salud mental para adultos mayores.

Calidad de la evidencia: muy baja

Fuerza de la recomendación: condicional

Consideraciones para la recomendación 6

- Las personas mayores pueden experimentar dificultades psicológicas relacionadas con los síntomas de la depresión, pero sin que esto signifique necesariamente que tengan depresión de moderada a grave. Al evaluar a las personas mayores, es importante evaluar si la persona tiene síntomas depresivos, pero también si estos están asociados con aislamiento social, y si la persona tiene dificultades en el funcionamiento diario debido a los síntomas depresivos.
- El deterioro cognitivo y la demencia pueden estar asociados con síntomas depresivos y deben evaluarse. Las personas con demencia a menudo se quejan de cuestiones relacionadas con su estado de ánimo o presentan problemas de conducta, como apatía, pérdida de control emocional o dificultades para llevar a cabo el trabajo habitual o las actividades domésticas o sociales.
- El manejo y la evaluación de los síntomas depresivos está cubierto por la guía de intervención de mhGAP de la OMS (45) (dentro del módulo de "Otras quejas somáticas significativas emocionales o médicamente inexplicadas", ver Recuadro 5).
- Las personas mayores a las que se haya calificado para un diagnóstico de trastorno depresivo deben ser informadas y tratadas como se recomienda en las pautas de mhGAP.
- El ejercicio físico debe considerarse como un complemento de los tratamientos psicológicos estructurados para mejorar la capacidad intrínseca de las personas mayores (consulte la guía en la sección 3.1.1 sobre la pérdida de movilidad).

Evidencia disponible de apoyo a la recomendación 6

La evidencia sobre el beneficio de la intervención psicológica para el manejo de los síntomas depresivos en adultos mayores se extrajo de dos revisiones sistemáticas (47, 48). Todos los ensayos revisados se llevaron a cabo en países de rentas altas y fueron administrados por profesionales de la salud mental capacitados. Los datos agrupados de seis ensayos (826 adultos mayores) que utilizaron la terapia cognitivo-conductual, la terapia de resolución de problemas y la terapia de revisión de la vida, indicaron que estas intervenciones redujeron considerablemente los síntomas depresivos en los adultos mayores analizados. La calidad general de la evidencia fue baja. Otra revisión examinó la efectividad de la activación conductual específicamente para reducir los síntomas depresivos en adultos. Sin embargo,

solo tres de los ensayos incluidos reclutaron adultos mayores. La evidencia de estos ensayos (102 adultos mayores) mostró que la activación conductual redujo significativamente los síntomas depresivos en el grupo de intervención. La calidad general de la evidencia fue muy baja.

- Se encuentran más detalles sobre la evidencia de respaldo en el perfil de evidencia: síntomas depresivos, disponible en <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

Recuadro 5

Información resumida para el tratamiento de la depresión

Tratamiento psicológico breve y estructurado:

- La terapia interpersonal y la terapia cognitiva conductual (CBT) (incluyendo la activación del comportamiento) y el tratamiento de resolución de problemas deben considerarse como tratamiento psicológico del episodio/trastorno depresivo en entornos de atención de salud no especializados si existen recursos humanos suficientes (trabajadores de salud comunitarios supervisados, por ejemplo). En la depresión moderada y entre moderada y severa, el tratamiento de resolución de problemas debe considerarse como tratamiento complementario.
- Se debe considerar un enfoque de resolución de problemas en personas con síntomas depresivos (en ausencia de un trastorno del episodio depresivo) que están en peligro o tienen algún grado de deterioro funcional.
- El tratamiento psicológico basado en los principios de la TCC se debe considerar en personas adultas que repiten y que tienen quejas somáticas inexplicables desde el punto de vista médico que se encuentran en una situación de angustia considerable y que no cumplen los criterios para un episodio/trastorno depresivo.

Se encuentran más detalles y recomendaciones adicionales en la guía de intervención de mhGAP de la OMS (45), disponible en http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02.

Base teórica de la recomendación 6

La evidencia que respalda el uso de intervenciones psicológicas (terapia cognitivo-conductual, terapia de resolución de problemas, asesoramiento interpersonal, terapia de activación conductual y terapia de revisión de la vida) para reducir los síntomas depresivos en los adultos mayores fue considerada de muy baja calidad. Ningún ensayo informó daños asociados con estas intervenciones. En ausencia

de daños específicos, el GDG concluyó que estas intervenciones tenían un potencial de daño limitado. La administración de la activación conductual es una intervención relativamente poco sofisticada que puede aprenderse más rápidamente que la mayoría de los otros tratamientos psicológicos basados en la evidencia. La intervención se ha estudiado principalmente como una intervención de sesiones múltiples realizada por especialistas, sin embargo, que puede no generalizarse a la atención de la salud no especializada y conlleva importantes dotaciones de recursos. No obstante, la intervención podría modificarse en una intervención breve como tratamiento complementario o como parte del primer paso en un enfoque de atención integral en la atención primaria de salud. Aunque la evidencia específica para las personas mayores es escasa, la OMS cuenta con herramientas y pautas integrales para manejar los síntomas depresivos en los adultos. Dado que la depresión se asocia con una disminución severa en la capacidad funcional entre las personas mayores, y que una recomendación a favor de la provisión de intervenciones psicológicas breves estaría de acuerdo con la recomendación de la OMS de mhGAP para la depresión (45), el GDG concluyó que los beneficios superan los daños. En vista de la muy baja calidad de la evidencia y la posible falta de generalización de la intervención a todos los niveles de la comunidad, el GDG emitió una recomendación condicional para el tratamiento de los síntomas depresivos en los adultos mayores.

3.2 Módulo II: síndromes geriátricos

3.2.1 incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria -pérdida involuntaria de orina- afecta a alrededor de un tercio de las personas mayores en todo el mundo (49-51). La continencia depende no solo de la función del tracto urinario inferior sino también de la movilidad intacta, cognición y motivación. La incontinencia urinaria tiene importantes repercusiones médicas y se asocia con úlceras por decúbito, sepsis urinaria, insuficiencia renal, infecciones del tracto urinario y aumento de la mortalidad. Las implicaciones psicosociales de la incontinencia incluyen la pérdida de la autoestima, la restricción de las actividades sociales y sexuales y la depresión. La incontinencia urinaria es también un factor determinante y clave de dependencia de atención en la vejez.

Recomendaciones 7 y 8

7. Se puede ofrecer un vaciamiento motivado para el manejo de la incontinencia urinaria en personas mayores con deterioro cognitivo.

Calidad de la evidencia : muy baja
Fuerza de la recomendación: condicional

7. El entrenamiento muscular pélvico focal (PFMT), solo o combinado con técnicas de control de la vejiga y autocontrol, es recomendable para mujeres mayores con incontinencia urinaria (urgencia, estrés o mixta).

Calidad de la evidencia : moderada
Fuerza de la recomendación: fuerte

Consideraciones para las recomendaciones 7 y 8

- La incontinencia urinaria en personas mayores es multifactorial y necesita una evaluación y un tratamiento que no se centre únicamente en el tracto urinario inferior. Aunque una evaluación de la incontinencia urinaria puede ser hecha por trabajadores sanitarios no especializados, la evaluación completa ha de ser responsabilidad de un profesional médico o clínico. La evaluación completa es necesaria debido a la naturaleza multifactorial de la incontinencia urinaria en las personas mayores. El examen debe incluir los sistemas cardiovascular, abdominal y neurológico, así como la evaluación de la movilidad y la cognición.
- Una evaluación de la incontinencia urinaria incluye el análisis de la ingesta de líquidos, medicamentos, capacidad física y cognitiva (incluida la movilidad) y cirugías urológicas previas.
- La mejor pregunta que podemos plantear en el momento de diagnosticar la incontinencia de urgencia es: "¿Tiene una necesidad fuerte y repentina de orinar que lo hace gotear antes de llegar al inodoro?"
- Una buena pregunta para formular al diagnosticar la incontinencia de esfuerzo es: "¿Su incontinencia es causada por toser, estornudar, levantar objetos, caminar o correr?"
- La persona necesita ser evaluada por causas reversibles de incontinencia urinaria, como delirio, infección, vaginitis atrófica, causas farmacéuticas como retención urinaria inducida por medicamentos, trastorno psicológico (depresión), exceso de producción de orina (hiperglucemia, por ejemplo) e impactación fecal.
- Como tratamiento de primera línea, ha de prestarse asesoramiento sobre entrenamiento de la vejiga durante un mínimo de 6 semanas. El entrenamiento vesical implica prescribirle a la persona mayor que siga un horario estricto para las visitas al baño. El programa comienza con las visitas al baño cada 2 horas, pero el tiempo entre visitas debe aumentarse gradualmente para mejorar el control de la vejiga.
- El entrenamiento muscular del suelo pélvico (PFMT) fortalece los músculos que sostienen la uretra y aumenta su cierre. A menudo se usa para la incontinencia urinaria de urgencia. De manera similar a otros regímenes de fortalecimiento muscular, el PFMT se basa en repeticiones controladas de contracciones de alta intensidad, que se mantienen durante el mayor tiempo posible. Un régimen de inicio podría ser 3 series de 10 contracciones (con relajación adecuada entre cada una) repetidas 2-3 veces por semana.

- La clave para el éxito de PFMT es la identificación correcta de los músculos objetivo y la motivación adecuada para continuar el programa.

Pruebas de apoyo para las recomendaciones 7 y 8

Se identificaron cinco revisiones sistemáticas, de las cuales dos sirvieron como base para los principales hallazgos sobre intervenciones de micción y PFMT inducidas (52, 53).

7: Micción inducida.

Cuatro de los ensayos revisados se realizaron en los Estados Unidos de América, en los que la mayoría de los participantes en éstos tenían un deterioro cognitivo de moderado a severo. Todos, excepto uno de los ensayos, contaron con adultos mayores con incontinencia urinaria en entornos de hogares de ancianos. La duración de la intervención varió de 20 días a 32 semanas. La evidencia mostró que la intervención de micción inducida redujo significativamente el número de episodios de incontinencia en 24 horas. Los datos de uso del baño por iniciativa propia se informaron en cuatro ensayos, pero solo uno proporcionó datos suficientes. Todos estos ensayos mostraron un aumento significativo en peticiones independientes de uso del inodoro como resultado de la intervención de micción inducida. La calidad general de la evidencia fue baja.

- Más detalles sobre la evidencia de apoyo para la micción inducida y PFMT se encuentran en el perfil de evidencia: incontinencia urinaria, disponible en <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

8: Entrenamiento muscular del suelo pélvico (PFMT)

La evidencia de PFMT se derivó principalmente de cinco ensayos aleatorios controlados que investigaron el beneficio del PFMT en comparación con el placebo o el control. Dos de estos ensayos se realizaron en Brasil, dos en Japón y uno en los Estados Unidos. La edad media de los participantes del estudio varió de 60.2 años a 76.6 años. Todos los ensayos contaron con mujeres mayores arraigadas en la comunidad. La cura percibida por los participantes de la incontinencia urinaria se informó en tres ensayos. Los datos mostraron que el PFMT aumentó significativamente la tasa de curación percibida y los síntomas de incontinencia urinaria significativamente reducidos. La calidad general de la evidencia para PFMT fue baja.

El beneficio de PFMT cuando se combina con técnicas de control de la vejiga se ha examinado con o sin historial del paciente. En todos los ensayos se revisó a adultos mayores con arraigo en la comunidad con una mayoría de participantes con perfiles de incontinencia urinaria mixta. La intervención combinada se administró en el hogar y en entornos clínicos. La edad media de los participantes del estudio varió de 65.4 años a 74.7 años. Todos, excepto uno de los ensayos, reclutaron solo mujeres mayores. Los datos combinados de cinco ensayos (709 participantes) indicaron que esta intervención redujo significativamente el número de episodios de incontinencia durante las 6-24 semanas de seguimiento. La calidad general de la evidencia fue considerada como moderada.

Base teórica de las recomendaciones 7 y 8

El uso de micciones inducidas para reducir los episodios de incontinencia urinaria en personas mayores con deterioro cognitivo está respaldado por una evidencia de baja calidad. La incontinencia urinaria es común entre las personas con deterioro cognitivo y hace más necesaria de atención formal e informal. Ningún ensayo informó los efectos adversos asociados con las intervenciones de micción inducidas. Todos los ensayos incluidos se realizaron en países de altos ingresos en entornos de atención a largo plazo. El GDG reconoció que estas intervenciones pueden ser difíciles de implementar en entornos comunitarios que dependen de la ayuda de los cuidadores familiares. En base a la evidencia de baja calidad y a los desafíos potenciales para la implementación en entornos comunitarios, el GDG hizo una recomendación condicional.

La evidencia de baja calidad respalda el PFMT cuando se usa solo para reducir la incontinencia en mujeres mayores con incontinencia urinaria. Cuando se combina con técnicas de control de la vejiga, la calidad de la evidencia aumenta a moderada en apoyo del uso de PFMT. La incontinencia urinaria tiene un profundo impacto en la calidad de vida y la capacidad funcional de la persona mayor, y aumenta la necesidad de cuidado. Ningún ensayo informó los efectos adversos asociados con esta intervención, y el GDG consideró que el potencial de daño por PFMT probablemente sea bajo dada la naturaleza no invasiva de la intervención. El GDG indicó que la recomendación probablemente sería valorada por mujeres mayores con incontinencia urinaria, y que la intervención tendría alta aceptación entre los proveedores de atención médica. Basándose en la calidad moderada de la evidencia para el enfoque combinado y los daños mínimos, el GDG hizo una recomendación fuerte para la provisión de PFMT tanto solo como en combinación con otras estrategias.

3.2.2 Riesgo de caídas

La disminución de la capacidad física en personas mayores a menudo se manifiesta en caídas y lesiones relacionadas con caídas. Alrededor de un tercio de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad tienen una caída cada año, muchas de las cuales experimentan caídas recurrentes (54, 55). Las caídas son la principal causa de hospitalización y muerte relacionada con lesiones. Las tasas de

ajustadas o pantuflas demasiado flexibles. Los factores intrínsecos incluyen anomalías en cualquiera de los sistemas orgánicos que contribuyen al control postural, como el sensorial, musculoesquelético y el sistema nervioso central. Las personas mayores pueden disminuir su riesgo de caída con el ejercicio, la fisioterapia, las evaluaciones periódicas, evaluaciones y asesoramiento sobre riesgos en el hogar y la retirada de medicamentos psicotrópicos.

Recomendaciones 9 - 12

9. La revisión y retirada de medicamentos (de medicamentos innecesarios o dañinos) puede recomendarse para personas mayores en riesgo de caídas.

Calidad de la evidencia : baja

Fuerza de la recomendación: condicional

10. El ejercicio multimodal (equilibrio, fuerza, flexibilidad y entrenamiento funcional) debe recomendarse a las personas mayores en riesgo de caídas.

Calidad de la evidencia : moderada

Fuerza de la recomendación: fuerte

11. Después de la evaluación de un especialista, se deben recomendar modificaciones en el hogar para eliminar los riesgos ambientales que podrían causar caídas en personas mayores con riesgo de caídas.

Calidad de la evidencia : moderada

Fuerza de la recomendación: fuerte

12. Las intervenciones multifactoriales que integran la evaluación con intervenciones adaptadas individualmente pueden recomendarse para reducir el riesgo y la incidencia de caídas entre las personas mayores.

Calidad de la evidencia : baja

Fuerza de la recomendación: condicional

caídas mortales aumentan considerablemente o bruscamente en los perfiles cinco años por encima de los 60 años de edad (56). Las caídas accidentales se deben a una combinación de factores extrínsecos (ambientales) e intrínsecos (anomalías del sistema orgánico que afectan el control postural). Los factores extrínsecos incluyen riesgos ambientales tales como alfombras sueltas, desorden, iluminación deficiente y desgaste indebido del calzado, como zapatillas mal

Consideraciones para recomendaciones 9-12

- A las personas mayores que acudan a recibir atención médica debido a una caída, informen caídas recurrentes en el último año o demuestren anomalías en la forma de andar y / o en el equilibrio, se les debe ofrecer una evaluación integral del riesgo.
- Una evaluación integral puede incluir los siguientes elementos: historial de caídas; marcha, equilibrio, movilidad y debilidad muscular; riesgo de osteoporosis; miedo a la caída, deterioro de la visión, deterioro cognitivo, examen neurológico; incontinencia urinaria; peligros caseros; examen cardiovascular; y revisión de medicamentos.
- El ejercicio multimodal, incluido el entrenamiento de resistencia progresivo y otros componentes del ejercicio (equilibrio, flexibilidad y entrenamiento aeróbico) debe incluirse en todos los planes de atención para personas mayores en riesgo de caídas (ver la Recomendación 1 sobre pérdida de movilidad).
- La identificación de las personas mayores con discapacidad visual y su correspondiente derivación para intervención se debe implementar en cualquiera de los enfoques para prevenir las caídas. A su vez, para prevenir caídas en personas mayores con cataratas, por ejemplo, se debe recomendar una cirugía inmediata.
- Se ha demostrado que la revisión de medicamentos por un profesional de la salud capacitado, especialmente la reducción de medicación psicotrópica, reduce también las caídas. Se debe alentar a las personas mayores a que reduzcan el uso de somníferos, incluidos los medicamentos de venta libre que contienen difenhidramina u otro antihistamínico sedante. Las benzodiazepinas y los antidepresivos también se han asociado a las caídas.

Evidencia de apoyo para las recomendaciones 9-12

Se identificó una revisión sistemática de las intervenciones diseñadas para reducir la incidencia de caídas en las personas mayores que viven en la comunidad (55). La revisión incluyó 159 ensayos aleatorios controlados con un total de 79 193 participantes. La mayoría de los ensayos compararon una intervención de prevención de caídas sin intervención o una que no se esperaba que redujera las caídas.

9: Revisión y retirada de medicamentos

La evidencia es limitada en cuanto a la efectividad de las intervenciones dirigidas a los medicamentos (por ejemplo, el retiro de medicamentos psicotrópicos o los programas educativos para médicos de familia). Solo un estudio mostró que la retirada de la medicación psicotrópica fue efectiva para reducir la tasa de caídas. Otro estudio indicó que los programas educativos sobre revisión médica y modificación para médicos generales fueron efectivos para reducir el número de caídas. La calidad de la evidencia fue baja.

10: Ejercicio multimodal

Cincuenta y nueve ensayos (13 264 participantes) probaron el efecto del ejercicio sobre la reducción de caídas en personas mayores. Los ensayos que combinaron dos o más categorías de los siguientes componentes de ejercicio se agruparon como intervenciones de ejercicios de múltiples componentes, administradas en grupos o individualmente: marcha, equilibrio y entrenamiento funcional; entrenamiento de fuerza y resistencia; flexibilidad; T'ai Chi; actividad física general; y resistencia

Dieciséis ensayos (3622 participantes) encontraron pruebas de los efectos de las intervenciones de ejercicios grupales multimodales en la prevención de caídas en personas mayores. La calidad de la evidencia fue baja.

Cinco ensayos (1563 participantes) evaluaron el ejercicio de T'ai Chi administrado como intervención grupal. El T'ai Chi redujo la tasa y el riesgo de caídas. El beneficio del ejercicio de T'ai Chi sobre la tasa de caídas fue mayor para el subgrupo no seleccionado por un mayor riesgo de caídas. Por lo tanto, el T'ai Chi parece ser más efectivo en personas que no corren un alto riesgo de caerse. La calidad general de la evidencia fue baja.

En ocho ensayos se administraron intervenciones de ejercicios individuales en el hogar del participante. Las intervenciones domésticas lograron una reducción estadísticamente significativa en la tasa y el riesgo de caídas. Un ensayo que examinó el papel del entrenamiento de equilibrio y fuerza en las actividades diarias mostró una reducción estadísticamente significativa en la tasa de caídas. La calidad general de la evidencia fue moderada.

11: Modificaciones ambientales en el hogar

Seis ensayos (4208 participantes) investigaron la efectividad de las intervenciones relacionadas con la seguridad en el hogar para reducir la tasa de caídas y el riesgo de caídas. La edad promedio de los participantes en el ensayo fue de más de 75 años y el período de seguimiento varió de 3 a 18 meses. En general, la evaluación de la seguridad en el hogar y las intervenciones de modificación fueron efectivas para reducir la tasa de caídas. El análisis de subgrupos reveló que una intervención de seguridad domiciliar prestada por un terapeuta ocupacional resultaría efectiva para reducir la tasa de caídas en adultos mayores en riesgo de caer en comparación con la intervención procurada por un terapeuta no ocupacional (incluidas enfermeras y personal de investigación capacitado). La calidad media fue moderada.

12: Intervenciones multifactoriales

Diecinueve ensayos investigaron el beneficio de las intervenciones multifactoriales (evaluación y derivación, o administración de intervenciones activas) para prevenir caídas en las personas mayores. Las intervenciones multifactoriales que integraron la evaluación con la intervención individualizada, generalmente con un equipo multidisciplinar, fueron efectivas para reducir la tasa de caídas. Todos los ensayos contaron con personas mayores que viven en la comunidad. Sólo un estudio fue en un país de renta media (Tailandia); los otros 18 ensayos fueron de países de altos ingresos, principalmente Australia, Canadá, China, Dinamarca, Finlandia, los Países Bajos, Taiwán, el Reino Unido y los Estados Unidos. La calidad general de la evidencia fue baja.

Base teórica de las recomendaciones 9-12

9: Revisión y retirada de medicamentos

La evidencia que respalda la efectividad de la revisión del uso de medicamentos psicotrópicos y de la subsiguiente retirada de medicamentos para reducir la incidencia de caídas en adultos mayores es de baja calidad. El GDG no llegó a ningún consenso sobre el daño asociado con estas intervenciones, ya que ningún ensayo informó de daño potencial. La polifarmacia es reconocida como uno de los principales factores de riesgo de caídas. La revisión de medicamentos debe ser parte de cualquier programa de atención integrado que aborde el riesgo de caídas. Una revisión de los medicamentos, en particular la retirada de cualquiera, requiere la consulta con especialistas (farmacólogos, geriatras, profesionales de la salud mental). El GDG reconoció que la recomendación puede ser menos factible en entornos de atención médica de bajos recursos, donde los profesionales de atención primaria cuentan con un apoyo limitado de profesionales especializados en atención médica. Dada la baja calidad de la evidencia y los riesgos potenciales de generalizar la implementación a entornos donde los especialistas son escasos, el GDG emitió una recomendación condicional.

10: Ejercicio Multimodal

La evidencia sobre la que se apoyó el uso del ejercicio físico multimodal para prevenir caídas era de baja calidad. Esto está en línea con la fisiopatología y la fuerte asociación de las caídas con pérdida de masa muscular y fuerza a medida que las personas envejecen. El GDG había hecho una fuerte recomendación previa a la reunión sobre la guía para usar el ejercicio multimodal con objeto de revertir la disminución de la capacidad física, y en base a esa revisión de la evidencia, encontró riesgos muy bajos asociados con la intervención. El GDG concluyó que los beneficios de esta recomendación eran mayores que cualquier daño asociado, siempre que el entrenamiento multimodal del ejercicio (principalmente la fuerza y el equilibrio) fuera administrado por profesionales debidamente capacitados. El GDG identificó que las intervenciones para prevenir las caídas serían muy valoradas por las personas mayores y que la provisión de ejercicio sería aceptable para los proveedores de servicios de salud y factible de implementar en la comunidad. El GDG reconoció que los recursos requeridos eran potencialmente grandes, pero que la tarea de alejarse de los profesionales y la participación de los miembros de la familia podría reducir los costos generales, siempre que se dispusiera de una capacitación adecuada. Dada la calidad moderada de la evidencia, los grandes beneficios potenciales y la alta aceptabilidad y viabilidad, el GDG hizo una fuerte recomendación para el ejercicio multimodal para prevenir caídas, consistente con la recomendación anterior sobre ejercicios físicos para mejorar la movilidad.

11: Modificaciones en el hogar

Una evidencia de calidad moderada respalda la efectividad de proporcionar una evaluación de peligros en el hogar y modificaciones ambientales para las personas mayores en riesgo de caídas. Una combinación de consejos con intervenciones educativas para aumentar la confianza, conciencia del riesgo y seguridad en el hogar es más efectiva. Se produjo un prolongado debate sobre quién debería llevar a cabo las evaluaciones de riesgos hogareños. El GDG reconoció que, en la práctica, esto puede ser realizado por un profesional capacitado en lugar de ser un profesional de la salud. La mayoría de los ensayos incluyeron evaluaciones de profesionales de la salud capacitados, incluidos médicos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales y asesores capacitados. El GDG reconoció que los recursos humanos especializados eran limitados (terapeutas ocupacionales, por ejemplo) en entornos de bajos recursos. Así mismo, también reconocería los mayores costos aparejados a la entrega de evaluaciones adecuadas a

través de dichos profesionales. El GDG reconoció que, con una capacitación suficiente, profesionales de la salud no especializados podrían realizar evaluaciones de riesgo en el hogar para adultos mayores en riesgo. Dada la calidad moderada de la evidencia y el potencial para el intercambio de tareas, el GDG hizo una fuerte recomendación.

12: Intervenciones multifactoriales

La evidencia de baja calidad apoya las intervenciones multifactoriales dirigidas a los factores de riesgo de las caídas como una forma de reducir su incidencia en los adultos mayores que viven en comunidad. Una recomendación definitiva de esta evidencia es difícil para los componentes específicos. Por lo tanto, una estrategia sensata puede ser derivar a las personas mayores a intervenciones dirigidas a factores de riesgo conocidos. El GDG reconoció que las intervenciones multifactoriales pueden tener implicaciones de recursos para la atención de la salud y para las personas. La base de evidencia existente es pobre para juzgar la relación costo-efectividad de estas intervenciones. Sin embargo, si los adultos mayores en riesgo son identificados y se someten a intervenciones, es probable que la intervención multifactorial sea costo-efectiva en comparación con ningún tratamiento.

3.3 Módulo III: Apoyo del cuidador

En todo el mundo, se estima que 349 millones de personas son dependientes de asistencia, de las cuales el 5% - 18 millones- son niños menores de 15 años, y 29%, 101 millones, son personas de 60 años o más (57). La dependencia de cuidados surge cuando la capacidad funcional se ha reducido hasta un punto en que el individuo ya no puede llevar a cabo las tareas básicas necesarias para la vida diaria sin asistencia. Las enfermedades crónicas coexistentes (multimorbilidad) se asocian con frecuencia a la necesidad de atención sanitaria y social en el caso de las personas mayores (58). Tales cuidados en la mayoría de los países son prestados por cuidadores informales (por ejemplo, cónyuge del receptor de la atención, hijos adultos u otros parientes o amigos), siendo las mujeres son las principales encargadas del cuidado (59). Los cuidadores de personas con disminuciones severas en la capacidad intrínseca corren un mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos y depresión(60). En muchos países de rentas bajas y medias, el sistema reglado de cuidados a largo plazo está poco desarrollado, resultando los efectos negativos de los cuidados profundamente impactantes en el estado físico, emocional y económico de las mujeres y otros familiares a cargo de los cuidados.

Recomendación 13

7. Se debe ofrecer intervención psicológica, capacitación y apoyo a los miembros de la familia y otros cuidadores informales de personas mayores dependientes de atención, en particular, pero no exclusivamente, cuando la necesidad de atención sea compleja y extensa y /o exista un gran nivel de tensión por parte del cuidador.

Calidad de la evidencia : **moderada**
Fuerza de la recomendación: **fuerte**

Consideraciones para la recomendación 13

- El foco de la intervención de apoyo debe ponerse sobre los principales cuidadores familiares. Durante el contacto inicial, solicítese a la persona mayor que identifique a su cuidador principal.
- El apoyo al cuidador debe ser prestado por profesionales de la salud debidamente capacitados, recibiendo el apoyo y supervisión que sea relevante en su nivel de participación.
- Debería identificarse la angustia psicológica y el impacto psicosocial que puedan sufrir los cuidadores.
- A los cuidadores familiares que experimentan estrés se les debe ofrecer una evaluación de necesidades y acceso, ya sea en entornos de atención primaria o secundaria, a modo de apoyo psicosocial.
- Los cuidadores familiares cuyos altos niveles de tensión relacionados con los cuidados prestados, deben ser evaluados en relación a un posible estado de depresión. Consúltese la guía de intervención de mhGAP de la OMS para obtener información sobre la evaluación y el tratamiento de la depresión (45).
- El enfoque de la intervención de apoyo al cuidador debe ser elegido por el cuidador, y el énfasis debe ponerse en la optimización de su bienestar.
- Los cuidadores han de ver reconocido que el hecho de que puede ser extremadamente frustrante y estresante prestar cuidados, con objeto de ayudar a garantizar que los cuidadores continúen apoyando a las personas mayores dependientes de la atención, evitando situaciones de hostilidad o de falta de diligencia.
- Se puede alentar a los cuidadores a que respeten la dignidad de las personas mayores a través de la participación

en la toma de decisiones sobre la vida de la persona en la medida de lo posible.

- Se puede prestar capacitación y apoyo a los cuidadores para el desarrollo de habilidades específicas, como la gestión de comportamientos difíciles.
- Si es posible, se debe considerar el apoyo de tipo práctico. Cuando sea factible - la atención de relevo domiciliario podría ser un buen ejemplo - por el cual otro miembro de la familia u otra persona adecuada podría supervisar y cuidar a la persona mayor. Esto puede resultar de alivio para el cuidador principal y de este modo se podría facilitar que pueda descansar o realizar otras actividades.
- De ser posible, el estrés psicológico del cuidador podría abordarse con apoyo y asesoría para la resolución de problemas.
- Se puede explorar si la persona califica para algún beneficio social u otro apoyo social o financiero. Esto puede ser de fuentes gubernamentales o no gubernamentales.

Evidencia de respaldo para la recomendación 13

La evidencia sobre las intervenciones de apoyo al cuidador se extrajo de tres revisiones sistemáticas (61-63). Uno de estos incluyó 78 ensayos con seis intervenciones diferentes, incluidas las intervenciones psicoeducativas, las intervenciones de apoyo, la psicoterapia, la atención de relevo, la capacitación del receptor de atención y las intervenciones multicomponentes (62). La evidencia de estos ensayos indicó que las intervenciones de apoyo al cuidador mejoraron significativamente varios resultados críticos e importantes (carga del cuidador, depresión, bienestar, capacidad / conocimiento). En particular, la educación psicológica para los cuidadores de personas mayores con trastornos mentales mostró efectos significativos en la reducción de la tensión del cuidador a mejora de la capacidad y el conocimiento. Las intervenciones de apoyo (que incluyen grupos dirigidos por profesionales - y por pares - para el apoyo y la discusión) tienen efectos positivos en la carga del cuidado. La calidad general de la evidencia fue moderada.

Base teórica para la recomendación 13

Una evidencia de calidad moderada respalda la efectividad de la intervención psicológica, el apoyo y la formación en la prestación de cuidados para reducir los niveles de tensión de los cuidadores. Los efectos de las intervenciones psico-

lógicas sobre los resultados de la carga del cuidador y sus potenciales estados depresivos arrojaron resultados significativamente beneficiosos que se consideraron suficientes para justificar una recomendación a favor de la intervención. El balance de daños y beneficios fue discutido por el GDG. Ningún ensayo identificó ningún daño directamente relacionado con las intervenciones de apoyo de los cuidadores, ni entre las personas mayores dependientes de atención ni sus cuidadores. El GDG concluyó que el potencial limitado de daño estaba asociado a estas intervenciones. Dichas intervenciones a menudo requieren una gran cantidad de recursos y pueden necesitar de la prestación de servicios por parte de especialistas. El GDG reconoció que la

implementación de estos enfoques puede enfrentar complicaciones en entornos comunitarios. En aquellos entornos donde la implementación pudiese ser más posible, el GDG concluyó que las intervenciones serían altamente valoradas por los cuidadores y serían aceptables para los proveedores de atención médica. En honor a la equidad, considerando el hecho de que la salud de los cuidadores que prestan servicios de atención a la dependencia en personas mayores es ignorada con frecuencia, sumado a la calidad moderada de la evidencia, el GDG decidió emitir una recomendación fuerte a favor de las intervenciones psicológicas de apoyo a los cuidadores.

4 Consideraciones para la implementación

Las recomendaciones en estas pautas deben implementarse en base a un enfoque integrado y centrado en la persona mayor. El fundamento y la base de pruebas para proporcionar atención integrada y centrada en la persona mayor han sido detallados en el *informe mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud* (1). La OMS define este tipo de atención médica necesaria para el envejecimiento de la población como atención integrada para personas mayores (ICOPE). En general, ICOPE puede implicar su integración a nivel político o sectorial (macro), a nivel organizativo o profesional (medio) y en el nivel clínico o de intervención (micro) (64, 65). El enfoque de la OMS en relación a las poblaciones de personas mayores abarca todos estos niveles, pero de entrada hace hincapié en la integración al nivel de atención comunitaria. Este enfoque se centra en la persona y se basa en la perspectiva de que las personas mayores son más que los recipientes de sus trastornos o condiciones de salud: son individuos con experiencias, necesidades y preferencias únicas. ICOPE también engloba el contexto de la vida cotidiana de las personas, tanto en términos de las personas cercanas a ellos como de quienes forman parte de sus comunidades. Los elementos más importantes para diseñar ICOPE para las personas con enfermedades crónicas y múltiples incluyen intervenciones basadas en la comunidad y (66):

- evaluación integral y planes de cuidado compartidos con todos los proveedores;
- objetivos comunes de tratamiento/cuidado;
- referencia y monitoreo fuertes;
- participación de la comunidad y apoyo del cuidador.

Estas directrices ICOPE están alineadas con el marco más amplio de la OMS sobre el fortalecimiento de los servicios de salud integrados centrados en las personas (20), que fue aprobado en 2016 por la 69ª sesión de la Asamblea Mundial de la Salud (67). Los cinco pasos necesarios para entregar las recomendaciones ICOPE una forma integrada se describe en la Fig. 2.

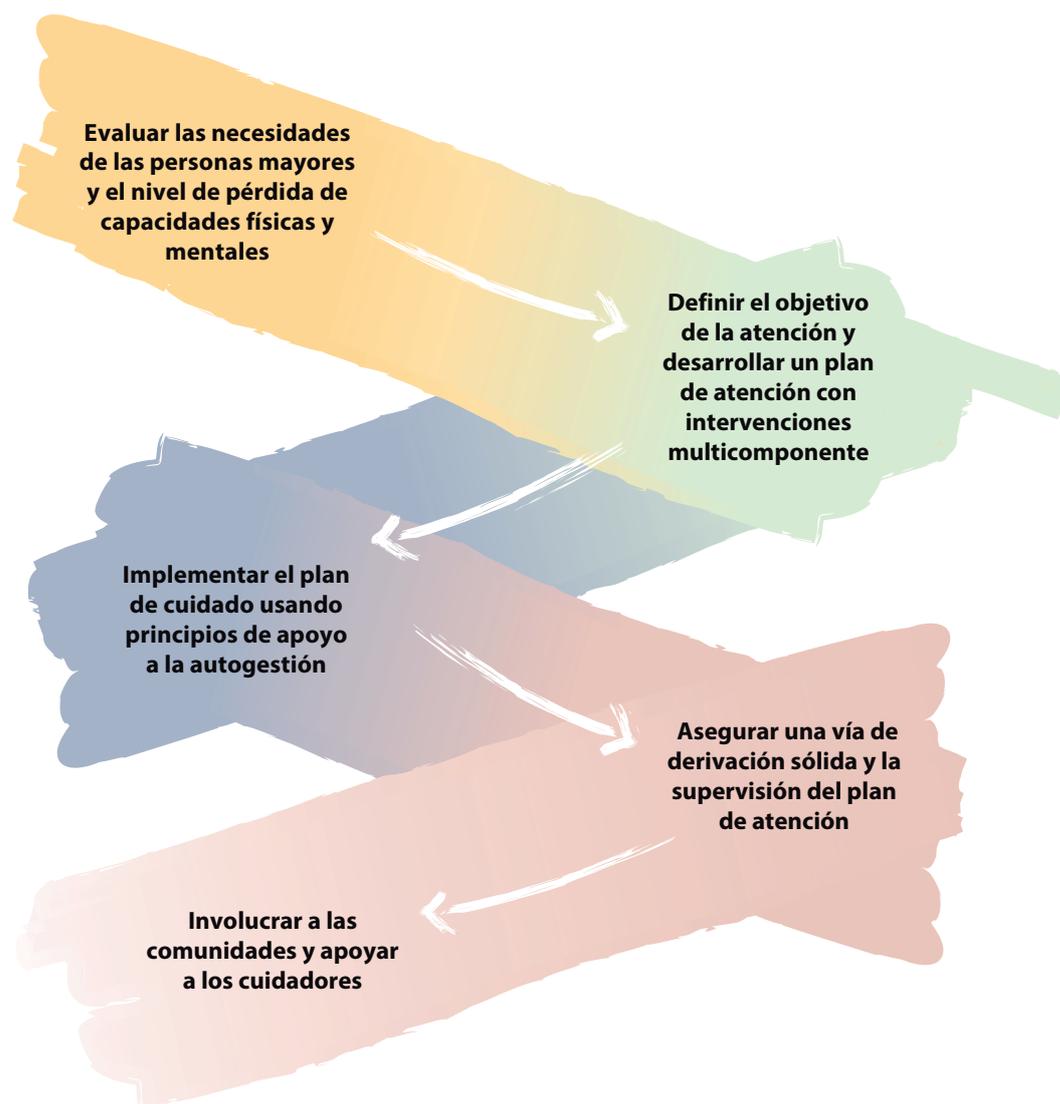
Evaluaciones integrales y planes de atención

Las intervenciones efectivas comienzan con una evaluación exhaustiva de la capacidad intrínseca de la persona mayor y las condiciones, deficiencias, comportamientos y riesgos asociados que pueden influir en la capacidad futura y del entorno de la persona. Estas evaluaciones incluyen no solo un examen tradicional de la historia y, si corresponde, un examen físico, sino también un análisis exhaustivo de los valores, prioridades y preferencias de la persona con respecto al curso de su salud y su gestión. Las evaluaciones integrales y los planes de atención deben promover la identificación de las condiciones subyacentes asociadas con deficiencias tales como la hipertensión, la diabetes y la demencia, y establecer vías para derivación y tratamiento. Esta evaluación es esencial para el desarrollo de un plan de atención y para adaptar intervenciones que sean aceptables y apropiadas para la persona mayor. Las evaluaciones exhaustivas y los planes de atención unen a diferentes proveedores en torno a un objetivo: mantener la capacidad intrínseca y la capacidad funcional. Pueden asegurar que se realice el seguimiento necesario y que se establezcan vínculos entre la atención médica y la atención social. La guía de implementación de ICOPE para acompañar el presente documento se centra en este proceso para desarrollar una evaluación integral y un plan de atención para personas mayores.

Toma de decisiones compartida y fijación de metas

La integración de la atención se puede lograr solo si los servicios y proveedores están trabajando hacia el objetivo único de mantener la capacidad intrínseca y la capacidad funcional. Es esencial que la persona mayor participe desde el comienzo en la toma de decisiones y el establecimiento de objetivos, y que los objetivos se establezcan de acuerdo con las necesidades y preferencias de la persona.

Fig. 2: Administración de ICOPE de forma integrada



Referencia fuerte, monitorización y soporte

El seguimiento regular y sostenido de las personas mayores, con integración entre los diferentes niveles de atención, es esencial para implementar las intervenciones recomendadas en estas pautas. Tal enfoque promueve la detección temprana de complicaciones o cambios en el estado funcional, evitando así emergencias innecesarias e ineficiencias relacionadas. También proporciona un foro para supervisar el progreso en relación con el plan de atención, así como un medio para organizar el apoyo adicional según sea necesario. El seguimiento y el apoyo pueden ser especialmente importantes después de cambios significativos en el estado de la enfermedad, el plan de tratamiento o el rol / situación social (un cambio en la residencia, por ejemplo, o la muerte de un compañero).

Participación de la comunidad y apoyo al cuidador

El cuidado puede ser exigente, y los cuidadores de personas con una disminución severa en sus capacidades a menudo están aislados y en alto riesgo de sufrir problemas psicológicos y depresión. Además de las recomendaciones para apoyar a los cuidadores incluidas en estas pautas, los cuidadores también necesitan información básica sobre las condiciones de salud de la persona mayor y una inyección de motivación para desarrollar una variedad de habilidades prácticas, como cómo la de trasladar a una persona de una silla a una cama de forma segura o cómo ayudar con el baño. La persona mayor y / o el cuidador deben recibir información precisa sobre los recursos comunitarios disponibles.

Se debe explorar el modo de poder involucrar a las comunidades y los vecindarios de manera más directa en el apoyo a la atención, fomentando el voluntariado local y permitiendo que los miembros de la comunidad de mayor edad pongan su granito de arena. Las asociaciones y grupos que reúnen a personas mayores son un mecanismo mediante el cual podrían ocurrir tales actividades.

Las recomendaciones de estas directrices deben adaptarse a un documento localmente apropiado que pueda adaptarse a las necesidades específicas de cada país y sus servicios de salud. La sede de la OMS colaborará estrechamente con sus oficinas regionales y nacionales, así como con los asociados en la implementación de la OMS, para garantizar la comunicación y la adaptación específica de cada país de estas directrices, a través de reuniones regionales y nacionales.

A medida que los países consideren cómo implementar estas directrices, se deben analizar los requisitos presupuestarios y de recursos humanos, y otras implicaciones del sistema de salud, para identificar qué ingresos y sistemas están disponibles y qué áreas requieren inversión adicional. Se pueden necesitar inversiones adicionales para la capacitación de los

trabajadores de la salud, el uso de productos y tecnologías médicas, o respecto de las adaptaciones a los sistemas de información de salud con objeto de recopilar datos sobre la capacidad intrínseca y la capacidad funcional.

Se debe crear un entorno propicio para seguir estas recomendaciones, incluso mediante apoyo y formación para los profesionales de la salud en el uso de prácticas basadas en la evidencia. En este proceso, el papel de los colegios profesionales locales es importante, y se debe alentar un proceso inclusivo y participativo.

Debe considerarse la inclusión del envejecimiento y la salud en las políticas y planes nacionales. Crear y fortalecer los vínculos con otros programas de salud y no sanitarios para lograr objetivos más amplios puede mejorar enormemente la sostenibilidad y la efectividad.

Para apoyar aún más la implementación del país, la OMS está produciendo una serie de herramientas subsidiarias para abordar los aspectos clínicos y de prestación de servicios que conlleva la implementación de las recomendaciones incluidas en estas directrices de ICOPE.

5 Publicación, divulgación y evaluación

5.1 Publicación y divulgación

Estas directrices han de ser divulgadas de manera impresa, y electrónicamente en una sección específica del sitio web de la OMS (<http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>). La información aquí se organiza de acuerdo con las *prioridades estratégicas y el plan de acción mundiales de la OMS sobre envejecimiento y salud* (6). Todos los perfiles de evidencia están disponibles en internet, proporcionando información detallada sobre la evidencia disponible, los análisis de calidad GRADE, las descripciones narrativas de la evidencia que no se incluyeron en las tablas de GRADE y las consideraciones de valores, preferencias y viabilidad.

Una serie de productos subsidiarios derivados de estas directrices de ICOPE sirven de apoyo a la implementación del módulo I (disminución de las capacidades físicas y mentales), el módulo II (síndromes geriátricos) y el módulo III (apoyo del cuidador). Estos productos incluyen:

- La guía de implementación ICOPE para atención clínica integrada para personas mayores, con:
 - pasos sobre cómo establecer objetivos en base al enfoque de atención centrada en la persona, sobre como desarrollar un plan de atención integrado y proporcionar apoyo de autogestión; y ...
 - un conjunto de algoritmos codificados por colores para guiar al profesional a través de un proceso integrado de evaluación, clasificación y gestión de la pérdida de capacidades físicas y mentales en la vejez;
- Un conjunto de herramientas para los países que incluye orientación para la implementación y evaluación de servicios integrales de salud y asistencia social para las personas mayores en las comunidades;
- La tecnología de telefonía móvil de ICOPE para trabajadores de salud y personas mayores (la iniciativa mAgeing de

la OMS). Las directrices y productos están desarrollados en inglés para ser traducidos a otros idiomas oficiales de la OMS de modo que se obtenga una mayor difusión en colaboración con las oficinas regionales de la OMS.

La difusión será respaldada por la publicación de una selección de revisiones sistemáticas y evidencias en revistas revisadas por pares, así como presentaciones y talleres en conferencias y eventos clave. Estas directrices y productos de ICOPE son herramientas clave de apoyo a la implementación de la estrategia global y el Plan de Acción sobre Envejecimiento y Salud; las actividades para difundirlas se incluyeron en el Plan de Acción de Estrategia aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2016 (19). Las acciones incluyen la conducción y la evaluación de estas directrices en 20 países para 2020.

5.2 Monitorización y evaluación

La implementación de estas recomendaciones se controlará a nivel de la comunidad y de las instalaciones de salud. Los datos se recopilarán a través de encuestas o listas actualizadas de disponibilidad de servicios. Se pueden considerar estudios especiales donde el monitoreo de rutina no es factible o apropiado. Se debe desarrollar e incluir un marco de monitorización y evaluación, que incluya una lista de indicadores básicos, en el conjunto de herramientas de país de ICOPE. Los indicadores medirán el desempeño de la prestación del servicio (los aportes del sistema de salud y los procesos y resultados de la prestación del servicio), así como la viabilidad y aceptabilidad de las recomendaciones. Un grupo de trabajo internacional integrado por expertos, incluidos representantes de las regiones y países de la OMS, desarrollará el marco y supervisará las actividades de monitorización y evaluación. Una participación más amplia de las partes interesadas en el diseño, implementación y monitoreo y evaluación de políticas puede ayudar a asegurar que la adaptación nacional de estas pautas resulte en programas que sean legítimos, aceptables, efectivos, equitativos y que aborden las necesidades de la comunidad.

Los resultados intermedios de los diferentes sistemas de salud y el impacto de las intervenciones se medirán por la encuesta mundial de la OMS sobre Envejecimiento Saludable, que también se incluyó en la estrategia y el plan de acción mundiales sobre envejecimiento y salud de la OMS aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud (6). La encuesta mundial proporcionará información a nivel de país sobre el estado de salud, las necesidades de salud y en que medida se satisfacen las necesidades. Esta información conformará la base para las comparaciones internacionales y una línea conductora para medir el impacto del programa. El Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida de la OMS trabajará en estrecha colaboración con Health Data Collaborative¹ (Datos de Salud Colaborativos) para garantizar la armonización de los estándares y herramientas y la alineación con la *lista de referencia mundial de la OMS 2015 de 100 indicadores básicos de salud* (68).

5.3 Revisión futura y actualización

El Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida de la OMS supervisará de manera regular nuevas pruebas en áreas prioritarias, asistidos por los centros colaboradores de la OMS. El departamento también recopilará de manera regular comentarios y aportes de los equipos de implementación de los países sobre los productos de ICOPE. Estas pautas de ICOPE se actualizarán tras un período de cuatro años, aplicando una metodología de similar rigurosidad. La OMS acogerá con agrado las sugerencias sobre cuestiones adicionales que debieran considerarse para su inclusión en futuras directrices. Envíen éstas por correo electrónico a la Dra. Islene Araujo de Carvalho: araujodecarvalho@who.int.

¹ Más información disponible en <http://www.healthdatacollaborative.org>

Referencias

1. Informe mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2015 (<http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015>, visitado el 4 de julio de 2017).
2. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. El envejecimiento de la población mundial 2015. Nueva York (NY): Naciones Unidas (ST / ESA / SER.A / 390; http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf, consultado el 11 de septiembre de 2017).
3. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Fragilidad en personas mayores. *Lanceta*. 2013; 381 (9868): 752-62. doi: 10.1016 / S0140-6736 (12) 62167-9.
4. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Intervenciones para prevenir la discapacidad en personas mayores frágiles que viven en la comunidad: una revisión sistemática. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 278. doi: 10.1186 / 1472-6963-8-278.
5. Daniels R, van Rossum E, Metzelthin S, Sipers W, Habets H, Hobma S, et al. Un programa de prevención de discapacidad para personas mayores frágiles que viven en la comunidad. *Clin Rehabil*. 2011; 25 (11): 963-74. doi: 10.1177 / 0269215511410728.
6. Estrategia global y plan de acción sobre Envejecimiento y Salud. En: OMS [sitio web]. Ginebra: OMS; 2017 (<http://who.int/ageing/global-strategy>, consultado el 5 de julio de 2017).
7. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P, et al. Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud: un marco de políticas para un envejecimiento saludable. *Lanceta*. 2016; 387 (10033): 2145-54. doi: 10.1016 / S0140-6736 (15) 00516-4.
8. Jotheeswaran AT, Bryce R, Prina M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, et al. Fragilidad y predicción de dependencia y mortalidad en países de rentas bajas y medias: un estudio de cohortes 10/66 basado en la población. *BMC Med*. 2015; 13: 138. doi: 10.1186 / s12916-015-0378-4.
9. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: consenso europeo sobre definición y diagnóstico. *Envejecimiento de la edad* 2010; 39 (4): 412-23. doi: 10.1093 / envejecimiento / afq034.
10. Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, López-Jaramillo P, Avezum A Jr., Orlandini A, et al. Valor pronóstico de la fuerza de agarre: hallazgos del estudio prospectivo de epidemiología rural urbana (PURE). *Lanceta*. 2015; 386 (9990): 266-73. doi: 10.1016 / S0140-6736 (14) 62000-6.
11. Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. Fuerza de agarre y mortalidad por causa específica en mujeres discapacitadas mayores: explorando el mecanismo. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51 (5): 636-41. doi: 10.1034 / j.1600-0579.2003.00207.x.
12. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, y col. Validación de la forma abreviada de Mini Nutritional Assessment (MNA-SF): una herramienta práctica para la identificación del estado nutricional. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13 (9): 782-8.
13. Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. La carga global de la discapacidad auditiva discapacitante: un llamado a la acción. *Bull World Health Organ*. 2014; 92 (5): 367-73. doi: 10.2471 / BLT.13.128728.
14. Pascolini D, Mariotti SP. Estimaciones globales de la discapacidad visual: 2010. *Br J Ophthalmol*. 2012; 96 (5): 614-8. doi: 10.1136 / bjoophthalmol-2011-300539.
15. Prince M, Jackson J, editores. World Alzheimer Report 2009. Londres: Alzheimer's Disease International; 2009 (<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>, consultado el 8 de agosto de 2017).
16. Mavrodaris A, Powell J, Thorogood M. Prevalencia de demencia y deterioro cognitivo entre las personas mayores en el África subsahariana: una revisión sistemática. *Bull World Health Organ*. 2013; 91: 773-83. doi: 10.2471 / BLT.13.118422.
17. Prevenir el suicidio: un imperativo global (resumen ejecutivo). Ginebra: OMS, 2014: WHO / MSD / MER / 14.2 (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf, consultado el 9 de agosto de 2017).
18. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. Una melodía en "menor" puede "Si mayor": una revisión de la epidemiología, el curso de la enfermedad y las implicaciones para la salud pública de la depresión subumbral en adultos mayores. *J Afecta el Disord*. 2011; 129 (1-3): 126-42. doi: 10.1016 / jjad.2010.09.015.
19. Cuadragésimo noveno punto 13.4 del orden del día de la Asamblea Mundial de la Salud. La estrategia global y el plan de acción sobre envejecimiento y salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todos puedan vivir una vida larga y saludable. Ginebra: OMS; 2016 (WHA69.3; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R3-en.pdf, consultado el 12 de septiembre de 2017).
20. Marco de la OMS sobre servicios integrados de salud centrados en las personas. En: OMS [sitio web]. Ginebra: OMS; 2017 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care>, consultado el 6 de julio de 2017).

21. Lehmann U, Sanders D. Trabajadores de la salud comunitarios: ¿qué sabemos de ellos? El estado de la evidencia sobre programas, actividades, costos e impacto en los resultados de salud del uso de trabajadores de salud comunitarios. Ginebra: OMS; 2007 (http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf, consultado el 11 de septiembre de 2017).
22. Manual de la OMS para el desarrollo de directrices - 2da ed. Ginebra: OMS; 2011 (http://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf, consultado el 30 de junio de 2017).
23. Ontología PICO Cochrane. En: datos vinculados Cochrane [sitio web]. Londres: La Colaboración Cochrane; 2017 (<http://linkedata.cochrane.org/pico-ontology>, consultado el 30 de junio de 2017).
24. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, y col. Pautas GRADE: 1. Introducción - GRADE evidence profiles y resumen de las tablas de conclusiones. *J Clin Epidemiol*. 2011; 64 (4): 383-94. doi: 10.1016 / j.jclinepi.2010.04.026.
25. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, BURGERS JS, Cluzeau F, Feder G, et al. ACUERDO II: avanzar en el desarrollo, la presentación de informes y la evaluación de las pautas en el cuidado de la salud. *CMAJ*. 2010; 182 (18): E839-42. doi: 10.1503 / cmaj.090449.
26. Mitra S, Sambamoorthi U. Prevalencia de discapacidad entre adultos: estimaciones para 54 países y progreso hacia una estimación global. *Disabil Rehabil*. 2014; 36 (11): 940-7. doi: 10.3109 / 09638288.2013.825333.
27. Recomendaciones globales sobre la actividad física para la salud. Ginebra: OMS; 2010 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations, consultado el 11 de julio de 2017).
28. Bauer JM, Kaiser MJ, Anthony P, Guigoz Y, Sieber CC. La Mini Evaluación Nutricional: su historia, la práctica actual y las perspectivas futuras. *Nutr Clin Pract*. 2008; 23 (4): 388-96. doi: 10.1177 / 0884533608321132.
29. Kabir ZN, Ferdous T, Cederholm T, Khanam MA, Streatfed K, Wahlin A. Mini evaluación nutricional de las personas mayores rurales en bangladesh: el impacto de los factores demográficos, socioeconómicos y de salud. *Public Health Nutr*. 2006; 9 (8): 968-74. doi: 10.1017 / PHN2006990.
30. Baldwin C, Weekes CE. Asesoramiento dietético con o sin suplementos nutricionales orales para la desnutrición relacionada con la enfermedad en adultos. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (9): CD002008.
31. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Suplementación de proteínas y energía en personas mayores en riesgo de desnutrición. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (2): CD003288.
32. Munk T, Tolstrup U, Beck AM, Holst M, Rasmussen HH, Hovhannisyan K, Thomsen T. Asesoramiento dietético individualizado para pacientes mayores nutricionalmente en riesgo después del alta del hospital agudo al hogar: una revisión sistemática y metaanálisis. *J Hum Nutr Diet*. 2016; 29 (2): 196-208. doi: 10.1111 / jhn.12307.
33. Prevención de la ceguera por diabetes mellitus: informe de una consulta de la OMS celebrada en Ginebra, del 9 al 11 de noviembre de 2005. Ginebra: OMS; 2006 (<http://www.who.int/blindness/Prevention%20of%20Blindness%20from%20Diabetes%20Mellitus-with-cover-small.pdf>, consultado el 11 de julio de 2017).
34. Prevención de la ceguera y la discapacidad visual: enfermedades oculares prioritarias: errores de refracción y baja visión. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: OMS; 2017 (<http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index4.html>, consultado el 30 de junio de 2017).
35. Smeeth L, Iliffe S. Proyección comunitaria para personas con discapacidad visual. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (3): CD001054.
36. Coleman AL, Yu F, Keeler E, Mangione CM. El tratamiento del error de refracción no corregido mejora la calidad de vida de la visión. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54 (6): 883-90. doi: 10.1111 / j.1532-5415.2006.00817.x.
37. Owsley C, McGwin G, Jr., Scilley K, Meek GC, Seker D, Dyer A. Efecto de la corrección del error de refracción en la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión en residentes de hogares de ancianos mayores. *Arch Ophthalmol*. 2007; 125 (11): 1471-7. doi: 10.1001 / archophth.125.11.1471.
38. Foss AJE, Harwood RH, Osborn F, Gregson RM, Zaman A, Masud T. Falls y el estado de salud en mujeres ancianas después de la cirugía de cataratas del segundo ojo: un ensayo aleatorio controlado. *Envejecimiento de la edad* 2006; 35 (1): 66-71. doi: 10.1093 / envejecimiento / afj005.
39. Harwood RH, Foss AJE, Osborn F, Gregson RM, Zaman A, Masud T. Falls y el estado de salud en mujeres ancianas después de la primera cirugía de catarata ocular: un ensayo aleatorio controlado. *Br J Ophthalmol*. 2005; 89 (1): 53-9. doi: 10.1136 / bjo.2004.049478.
40. Laidlaw DAH, Harrad RA, Hopper CD, Whitaker A, Donovan JL, Brookes ST, y col. Ensayo aleatorizado de la efectividad de la cirugía de cataratas del segundo ojo. *Lanceta*. 1998; 352 (9132): 925-9. doi: 10.1016 / S0140-6736 (97) 12536-3.
41. Directrices para audífonos y servicios para países en desarrollo, segunda edición. Ginebra: OMS; 2004 (http://www.who.int/pbd/deafness/en/hearing_aid_guide_en.pdf, consultado el 11 de julio de 2017).
42. Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, Tuley MR, Vélez R, Charlip WS, y col. Cambios en la calidad de vida y discapacidad auditiva: un ensayo aleatorizado. *Ann Intern Med*. 1990; 113 (3): 188-94. doi: 10.7326 / 0003-4819-113-3-188.
43. Yueh B, Souza PE, McDowell JA, Collins MP, Looov CF, Hedrick SC, y col. Ensayo aleatorio de estrategias de amplificación. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001; 127 (10): 1197 - 204. doi: 10.1001 / archotol.127.10.1197.
44. Kurz AF, Leucht S, Lautenschlager NT. El significado clínico de las intervenciones centradas en la cognición en personas mayores con deterioro cognitivo: una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios. *Int Psychogeriatr*. 2011; 23 (9): 1364-75. doi: 10.1017 / S1041610211001001.
45. Guía de intervención de mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en entornos de salud no especializados, versión 2.0. Ginebra: OMS; 2016 (http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02, consultado el 19 de septiembre de 2017).

46. Blazer DG. Depresión en la última etapa de la vida: revisión y comentarios. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003; 58 (3): 249-65.
47. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Activación conductual para la depresión; una actualización del metaanálisis de efectividad y análisis de subgrupos. *Más uno*. 2014; 9 (6): e100100. doi: 10.1371 / journal.pone.0100100.
48. van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF, 3. °, Beekman ATF, et al. Prevenir el inicio del trastorno depresivo mayor: una revisión metaanalítica de las intervenciones psicológicas. *Int J Epidemiol*. 2014; 43 (2): 318-29. doi: 10.1093 / ije / dyt175.
49. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob K, et al. La asociación entre impedimentos físicos comunes y demencia en países de rentas bajas y medias y, entre las personas con demencia, su asociación con la función cognitiva y la discapacidad. Un estudio basado en la población del 10/66 Dementia Research Group. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011; 26 (5): 511-9. doi: 10.1002 / gps.2558.
50. Oficina Regional para el Pacífico Occidental. Envejecimiento y salud: un enfoque de promoción de la salud para los países en desarrollo. Manila: OMS; 2003 (http://www.wpro.who.int/publications/docs/Ageing_and_Health.pdf, consultado el 14 de julio de 2017).
51. Smith AL, Wang P-C, Anger JT, Mangione CM, Trejo L, Rodriguez LV, et al. Correlaciona la incontinencia urinaria en latinos mayores que viven en la comunidad. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58 (6): 1170-6. doi: 10.1111 / j.1532-5415.2010.02814.x.
52. Eustice S, Roe B, Paterson J. Micción inducida para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000 (2): CD002113.
53. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séguin GM, Mercier J. entrenamiento muscular del suelo pélvico versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivos, para la incontinencia urinaria en mujeres: una versión corta Revisión sistemática Cochrane con metanálisis. *Neurourol Urodyn*. 2015; 34 (4): 300-8. doi: 10.1002 / nau.22700.
54. Soriano TA, DeCherrie LV, Thomas DC. Caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad: una revisión para proveedores de atención primaria. *Clin Interv Aging*. 2007; 2 (4): 545-53. doi: 10.2147 / CIA.S1080.
55. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, y col. Intervenciones para prevenir caídas en personas mayores que viven en comunidad. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (9): CD007146.
56. Informe mundial de la OMS sobre prevención de caídas en la vejez. Ginebra: OMS; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf, visitado el 4 de agosto de 2017).
57. Necesidades actuales y futuras de cuidados a largo plazo. Ginebra: OMS; 2002 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs.pdf, consultado el 11 de septiembre de 2017).
58. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Los muchos desafíos de la multimorbilidad. *BMJ*. 2007; 334 (7602): 1016 - 7. doi: 10.1136 / bmj.39201.463819.2C.
59. Alzheimer's Disease International, OMS. Apoyar a cuidadores informales de personas con demencia. Presentación temática de la primera Conferencia Ministerial de la OMS sobre la acción mundial contra la demencia, 16-17 de marzo de 2015. Ginebra: OMS; 2015 (http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_informal_care.pdf, consultado el 11 de septiembre de 2017).
60. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impacto de un programa de tratamiento de la enfermedad en cuidadores de pacientes crónicamente enfermos. *Pecho*. 2005; 128 (6): 3925-36. doi: 10.1378 / chest.128.6.3925.
61. Shaw C, McNamara R, Abrams K, Cannings-John R, Hood K, Longo M, et al. Revisión sistemática de la atención de relevo en ancianos frágiles. *Health Technol Assess*. 2009; 13 (20): 1-224, iii. doi: 10.3310 / hta13200.
62. Sorensen S, Pinguat M, Duberstein P. ¿Cómo de efectivas son las intervenciones con los cuidadores? Un metaanálisis actualizado. *Gerontólogo*. 2002; 42 (3): 356-72. doi: 10.1093 / geront / 42.3.356.
63. Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Golder S, Arksey H, Adamson J, Drummond M. La efectividad y la rentabilidad del descanso para cuidadores de personas mayores frágiles. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55 (2): 290-9. doi: 10.1111 / j.1532-5415.2006.01037.x.
64. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Comprender la atención integrada: un marco conceptual integral basado en las funciones integradoras de la atención primaria. *Int J Integr Care*. 2013; 13: e010. doi: 10.5334 / ijic.886.
65. Curry N, Ham C. Integración clínica y de servicios: la ruta hacia mejores resultados. Londres: The King's Fund; 2010 (<http://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>, consultado el 8 de agosto de 2017).
66. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Atención coordinada para personas con enfermedades crónicas complejas. Londres: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/feld/feld_publication_fle/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, acceso 11 Septiembre de 2017).
67. 69 ° tema 16.1 del programa de la Asamblea Mundial de la Salud: Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en las personas. Ginebra: OMS; 2016 (WHA69.24; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252804/1/A69_R24-en.pdf, consultado el 11 de septiembre de 2017).
68. Lista de referencia mundial de 2015 de 100 indicadores básicos de salud. Ginebra: OMS; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173589/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf, consultado el 11 de septiembre de 2017).

Anexo 1: Miembros del grupo de desarrollo de directrices (GDG)

Emiliano Albanese, Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Universidad de Ginebra, Ginebra, Suiza.

Olivier Bruyère, Departamento de Salud Pública, Epidemiología y Economía de la Salud, Universidad de Liège, Lieja, Bélgica.

Matteo Cesari, Gérontopôle, Centro Hospitalario Universitario de Toulouse, Toulouse, Francia.

Alan Dangour, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Amit Dias, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Goa Medical College Bambolim, Goa, India.

Astrid Fletcher, Departamento de Epidemiología y Salud de la Población, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido.

Dorothy Forbes, Facultad de Enfermería, Universidad de Alberta, Edmonton Clinic Health Academy, Edmonton, Alberta, Canadá.

Anne Forster, Rehabilitación de Apoplejía, Unidad Académica de Cuidado y Rehabilitación para Ancianos, Universidad de Leeds, Leeds, Reino Unido.

Mariella Guerra, Instituto de Memoria, Depresión y Trastornos Relacionados, Lima, Perú.

Jill Keffe, L.V. Prasad Eye Institute, Centro Colaborador de la OMS para la Prevención de la Ceguera, Hyderabad, India.

Ngair Kerse, Facultad de Salud de la Población Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Universidad de Auckland, Auckland, Nueva Zelanda.

Qurat ul Ain Khan, Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Aga Khan, Karachi, Pakistán.

Chiung-ju Liu, Departamento de Terapia Ocupacional, Facultad de Salud y Ciencias de la Rehabilitación, Universidad de Indiana, Indianápolis, Indiana, Estados Unidos de América.

Gudlavalleti V.S. Murthy, Instituto Indio de Salud Pública, Hyderabad, Madhapur, India.

Serah Nyambura Ndegwa, Universidad de Nairobi, Nairobi, Kenia.

Joseph G. Ouslander, Departamento de Ciencias Médicas Integradas, Facultad de Medicina Charles E. Schmidt, Florida Atlantic University, Boca Ratón, Florida, Estados Unidos.

Martin Prince (presidente del GDG), Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencia, King's College London, Reino Unido.

Jean-Yves Reginster, Departamento de Salud Pública, Epidemiología y Economía de la Salud, Universidad de Liège, Lieja, Bélgica.

Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo, Instituto Nacional de Geriátrica, Institutos Nacionales de Salud de México, Ciudad de México, México.

John F Schnelle, Centro para el Envejecimiento de la Calidad, Centro Geriátrico de Investigación, Educación y Clínica, Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt, Nashville, Tennessee, Estados Unidos.

Kelly Tremblay, Universidad de Washington, Seattle, Washington, Estados Unidos.

Jean Woo, Departamento de Medicina y Terapéutica, e Instituto de Envejecimiento, Universidad China de Hong Kong, Hong Kong, China.

Anexo 2: Evaluación de conflictos de interés

Personas involucradas en la evaluación de conflictos de interés:

- John Beard, Director, Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida, sede de la OMS.
- Islene Araujo De Carvalho, Asesora Superior de Política y Estrategia, Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida, sede de la OMS.
- Nandi Siegfried, Consultor independiente, Metodóloga de la guía.
- Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Oficial Técnico, Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida, sede de la OMS -
- Martin Prince (presidente del grupo de desarrollo de directrices [GDG]), Profesor de Psiquiatría Epidemiológica, Servicios de Salud e Instituto de Investigación de la Población de Psiquiatría, King's College London, Londres, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Las actas que se presentan a continuación resumen las discusiones con el presidente de ICOPE GDG y el director del Departamento de Envejecimiento y Curso de la Vida sobre la gestión de las declaraciones de interés para los miembros del GDG y los recursos externos para la reunión del GDG celebrada en la sede de la OMS en Ginebra. El seguimiento y las acciones sugeridas acordadas para gestionar los conflictos de interés declarados se resumen a continuación:

- I. QUIÉN está bajo escrutinio en la gestión de conflictos de intereses conocidos y percibidos. Se sigue la política revisada de declaración de intereses para expertos² y el marco de participación con actores no estatales³.

² Disponible en http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf

³ Disponible en <http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors>

- II. Los conflictos de interés son un asunto subjetivo y es muy importante que no solo los conflictos de interés conocidos, sino también los percibidos, se declaren y manejen adecuadamente, en particular para el desarrollo de la guía de la OMS.
- III. Las declaraciones se comparten solo con el grupo directivo de la OMS para el desarrollo de directrices y solo los resúmenes de las declaraciones están disponibles para los participantes en la reunión.
- IV. Se discutirán casos específicos en los que se han declarado conflictos de interés potenciales y los acuerdos y las acciones de seguimiento resumidas a continuación.
- V. Los participantes de las reuniones del GDG participan en virtud de su capacitación individual y no como representantes institucionales.
- VI. La Secretaría de la OMS y la gente de recursos externos sí participan en las deliberaciones que conducen a la toma de decisiones (votación). No participan en ninguna de las sesiones cerradas.

A. Miembros y contribuyentes sin intereses relevantes declarados en el formulario de declaración de intereses y sin intereses relevantes encontrados en el currículum vitae:

- Martin Prince, presidente de GDG, profesor de Psiquiatría Epidemiológica, Servicios de Salud e Instituto de Investigación de la Población de Psiquiatría, King's College London, Londres, Reino Unido.
- Emiliano Albanese, Director, División de Salud Pública y Envejecimiento, Instituto de Salud Global, Ginebra, Suiza.
- Olivier Bruyère, Departamento de Salud Pública, Epidemiología y Economía de la Salud, Universidad de Liège, Lieja, Bélgica.
- Kralj Carolina, King's College London, Londres, Reino Unido.

- A.B. Dey, Profesor y Jefe de Departamento, Departamento de Medicina Geriátrica, Instituto de Ciencias Médicas de la India, Nueva Delhi, India.
- Amit Dias, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Goa Medical College Bambolim, Goa, India.
- Meredith Fendt-Newlin, Unidad de Investigación del Cuerpo de Trabajadores Sociales King's College London, Londres, Reino Unido.
- Astrid Fletcher, Facultad de Epidemiología y Salud de la Población, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido.
- Dorothy Forbes, Facultad de Enfermería, Universidad de Alberta, Edmonton Clinic Health Academy, Alberta, Canadá.
- Anne Foster, Profesora de Rehabilitación de Accidentes Cerebrovasculares, Facultad de Medicina y Salud, Instituto de Ciencias de la Salud de Leeds, Universidad de Leeds, Leeds, Reino Unido -Mariella Guerra, Instituto de Memoria, Depresión y Trastornos Relacionados, Lima, Perú
- Jill Keefe, L.V. Prasad Eye Institute, Centro Colaborador de la OMS para la Prevención de la Ceguera, Hyderabad, India.
- Qurat Khan, Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Aga Khan, Karachi, Pakistán.
- Gudlavalleti V.S. Murthy, Instituto Indio de Salud Pública, Hyderabad, Madhapur, India.
- Joseph G. Ouslander, Director del Departamento de Ciencias Médicas Integradas y Decano Asociado Senior de Programas Geriátricos, Facultad de Medicina Charles E. Schmidt, Universidad Atlantic de Florida, Boca Raton, Florida, Estados Unidos de América.
- Minha Rajput-Ray, Directora Médica, Programa de Educación / Innovación para la Necesidad de Nutrición, Centro Global de Nutrición y Salud, Cambridge, Reino Unido.
- Sumantra Ray, Lead Clinician (Encuesta Nacional de Dieta y Nutrición), Medical Research Council (Investigación de Nutrición Humana), Cambridge, Reino Unido.
- Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo, Director General, Instituto Nacional de Geriátrica. Institutos Nacionales de Salud de México, Ciudad de México, México.
- John F. Schnelle, Profesor de Medicina, Director, Centro de Envejecimiento de Calidad, Investigación Geriátrica, Centro de Educación y Clínica, Vanderbilt Center for Quality Aging, Nashville, Tennessee, Estados Unidos.
- Alessandra Stella, consultora independiente, Roma, Italia.
- Richard Uwakwe, Facultad de Medicina Nnamdi Aikiwe University Nnewi Campus, Awka, Nigeria.
- Abebaw Fekadu Wassie, Profesor Asociado, Universidad de Addis Ababa, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Psiquiatría, Addis Ababa, Etiopía.
- Jean Woo, Departamento de Medicina y Terapéutica, e Instituto de Envejecimiento, Universidad China de Hong Kong, Hong Kong, China.

B. Miembros del grupo de desarrollo de la guía que han declarado interés en el formulario de declaración de interés o para quienes se ha observado un interés potencialmente relevante en el CV / currículum:

1. Olivier Bruyère, Departamento de Salud Pública, Epidemiología y Economía de la Salud, Universidad de Liège, Lieja, Bélgica. El profesor Bruyère no declaró ningún interés en el formulario de declaración de intereses. Se observa en su CV que es miembro del Consejo Asesor Científico de la Sociedad Europea de Aspectos Clínicos y Económicos de Osteoporosis, Osteoartritis y Enfermedades Musculoesqueléticas (ESCEO).

ESCEO es una organización sin ánimo de lucro, dedicada a estrechar la interacción entre los científicos clínicos que se ocupan de los trastornos óseos, ya sean articulares o musculares, con la industria farmacéutica que se encarga de desarrollar nuevos compuestos en este campo, los reguladores responsables del registro de dichos medicamentos y con los políticos responsables de diseñar políticas de salud, con el objetivo de integrar la gestión de la osteoporosis y la osteoartritis dentro de la perspectiva integral de la utilización de los recursos de salud.

El objetivo de ESCEO es proporcionar a los profesionales la última información clínica y económica, lo que les permite organizar su práctica diaria, utilizando una perspectiva de medicina basada en la evidencia, con una percepción consciente de los costos. Los detalles financieros se pueden encontrar en el informe anual de la organización⁴.

⁴Disponible en <http://www.esceo.org/reports>

Acción: Se consideró que este interés era insignificante o mínimo y no parecía que el juicio del Profesor Bruyère en el desarrollo de las presentes directrices pudiese verse afectado, o al menos percibirse razonablemente que pudiese verse condicionado por dicho interés. No fue necesaria ninguna otra acción.

2. Alan Dangour, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido

El Dr. Dangour declaró en el formulario de declaración de interés que había recibido del Departamento de Salud del Reino Unido una subvención (£ 660 000) para realizar investigaciones sobre nutrición en personas mayores. También prestó su experta opinión a dicho departamento en una revisión judicial sobre nutrición en personas mayores.

Acción - Participación con exposición oral: se consideró que este interés era relativamente menor y el Dr. Dangour debería continuar su participación en el GDG. Al comienzo de la sesión, se le solicitó que explicara su participación de dicha investigación a todos los participantes de la reunión.

3. Jean-Yves Reginster, Departamento de Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Liège, Lieja, Bélgica

El profesor Reginster declaró ser presidente de la Sociedad Europea de Aspectos Clínicos y Económicos de la Osteoporosis, Osteoartritis y Enfermedades Musculoesqueléticas (ESCEO). ESCEO es una organización sin ánimo de lucro, dedicada a crear una interacción más estrecha entre científicos clínicos que se ocupan de trastornos óseos, articulares y musculares, la industria farmacéutica que desarrolla nuevos compuestos en este campo, los reguladores responsables del registro de dichos medicamentos y los responsables de las políticas sanitarias. También se ocupa en integrar el tratamiento de la osteoporosis y la osteoartritis dentro de una perspectiva acerca de la utilización de los recursos de salud que sea integral. El objetivo de ESCEO es proporcionar a los profesionales las últimas novedades informativas clínicas y económicas, de modo que puedan organizar su práctica diaria, basándose en el enfoque de la medicina basada en la evidencia, siendo plenamente conscientes de los costos. Los detalles financieros se pueden encontrar en el informe anual de la organización⁵.

Acción - Exclusión parcial: se decidió que el Profesor Reginster podría continuar como miembro del GDG y participar en las deliberaciones de las pruebas para informar todas las directrices. Se le excluirá de participar en el proceso de toma de decisiones relacionadas con la redacción de la recomendación final sobre suplementos nutricionales para la masa muscular y la fuerza muscular. Al comienzo de la reu-

nión, se le pidió al profesor Reginster que revelara verbalmente su posición en ESCEO, sus intereses intelectuales y los intereses de su organización en las directrices relacionadas con las intervenciones nutricionales dirigidas a la fuerza muscular y la masa muscular magra.

4. Matteo Cesari, Gérontopôle, Centro Hospitalario Universitario de Toulouse, Toulouse, Francia

El profesor Cesari declaró ser portavoz de Nestlé. Nestlé es una empresa líder que fabrica suplementos nutricionales para personas mayores, con el foco puesto en sus necesidades nutricionales únicas. Un pequeño número de los ensayos incluidos en las revisiones habían sido financiados por Nestlé o probado el beneficio de los suplementos nutricionales de Nestlé para personas mayores.

Acción - Exclusión parcial: se decidió que el Profesor Cesari podría continuar como miembro del GDG y participar en las deliberaciones sobre la evidencia que conforma todas las pautas. Fue excluido de participar en el proceso de toma de decisiones (votación) relacionado con la redacción de la recomendación final sobre suplementos nutricionales orales para personas mayores con desnutrición.

C. Personas de recursos externos sin intereses relevantes declarados en el formulario de declaración de interés o para quienes tales intereses declarados son insignificantes o mínimos

1. Nandi Siegfried, Consultora, Metodóloga de Guías, Consultora Independiente. Siegfried no declaró ningún interés en el formulario de declaración de intereses. De su currículum vitae se desprende que ha prestado apoyo técnico, aportaciones de expertos y facilitadores a los procesos de desarrollo de las directrices clínicas de la OMS en los campos del VIH / SIDA y la nutrición.

Acción: el Dr. Siegfried participaba debido a su perfil técnico y, por lo tanto, no participó en ninguna de las sesiones a puerta cerrada (votación o redacción de recomendaciones finales).

⁵ Disponible en <http://www.esceo.org/reports>

Anexo 3: Preguntas de alcance

1. Pérdida de movilidad

¿Es el entrenamiento físico (entrenamiento de resistencia progresivo o ejercicio multimodal) beneficioso o dañino para las personas mayores con limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD)?

Población

- Personas mayores no institucionalizadas con limitaciones en ADL

Intervención

- Entrenamiento de resistencia progresiva
- Ejercicio físico (entrenamiento de equilibrio o multicomponente)
- Rehabilitación física (adaptada a las necesidades de las personas mayores)

Comparación

- Sin intervención
- Control (baja actividad física o cualquier intervención social o de otro tipo)
- Actividades de cuidado habitual

Resultados

- Medida de función principal (puntuación más alta = mejor función)
- Dominio de la función física de Short Form Health Survey (SF-36 / SF-12)
- Medida de ADLs
- Medida de nivel de actividad
- Medida principal de la fuerza de la extremidad inferior
- Medida principal de la función aeróbica
- Prueba de caminata de seis minutos (metros)
- Medidas de equilibrio (más alto = mejor equilibrio)
- Velocidad de marcha (metros / segundo)
- Caminata cronometrada (segundos)
- Temporizado "up-and-go" (segundos)
- Tiempo necesario para levantarse desde la posición de sentado en una silla
- Escalada en escalera (segundos)
- Puesto de la silla dentro del límite de tiempo (número de veces)
- Vitalidad (SF-36 / Vitality plus scale, higher = más vitalidad)

- Dolor (puntuación más alta = menos dolor, dolor corporal en SF-36)
- Dolor (puntuación más baja = menos dolor)
- Mortalidad
- Efecto adverso

2. Desnutrición

¿El complemento nutricional oral, el asesoramiento dietético o la mejora de la hora de la comida producen algún beneficio para las personas mayores en riesgo de desnutrición o que están afectadas por la desnutrición?

Población

- Personas mayores, de 60 años o más (tanto hombres como mujeres) en riesgo de desnutrición
- Personas mayores, de 60 años o más (hombres y mujeres) afectadas por la desnutrición

Intervención

- Suplemento de nutrición oral (macro y / o micronutrientes)
- Consejo dietético
- Estrategia a la hora de comer para mejorar la ingesta de alimentos

Comparación

- Placebo
- Cuidado usual
- Grupo de control (esperando recibir intervención)

Resultados

- Crítico: mortalidad, cambio de peso
- Importante: fuerza de agarre, ADL

Ajuste

- Atención primaria de salud / comunidad

3. Discapacidad visual

Para las personas mayores con discapacidad visual, ¿el hallazgo de casos, la provisión de atención o la referencia producen algún beneficio y / o daño en comparación con los controles?

Población

- Personas mayores de 60 o más años (hombres y mujeres) con errores de refracción o cataratas

Intervención

- Búsqueda de casos y derivación por error de refracción o catarata
- Búsqueda de casos y provisión inmediata de atención para el error de refracción

Comparación

- Cuidado usual

Resultados

- *Crítico:* agudeza visual, calidad de vida relacionada con la visión, mejora autodeclarada
- *Importante:* función social, depresión

Ajuste

- Atención primaria de salud / comunidad

4. Pérdida de audición

¿Son la localización de casos y la provisión de audífonos o dispositivos de asistencia auditiva beneficiosas o dañinas para las personas mayores de 60 años o más con pérdida auditiva?

Población

- Personas mayores de 60 años y más (tanto hombres como mujeres) con pérdida de audición.

Intervención

- Detección y provisión de audífonos o dispositivos de asistencia auditiva
- Intervención pedagógica para mejorar la aceptación del uso de audífonos

Comparación

- Entre derivaciones y ausencia de servicio o tratamiento.

Resultados

- *Crítico:* mejora en la comunicación, función social, función auditiva
- *Importante:* depresión, calidad de vida, uso de la estrategia de comunicación verbal, escala de discapacidad auditiva autoinformada.

5. Deterioro cognitivo

¿La estimulación cognitiva, el entrenamiento cognitivo o la rehabilitación producen beneficios para las personas mayores con deterioro cognitivo o en una etapa temprana de la demencia?

Población

- Personas mayores de 60 años y más (tanto hombres como mujeres) con deterioro cognitivo o deterioro cognitivo leve
- Personas mayores de 60 años y más (tanto hombres como mujeres) con etapa temprana de la enfermedad de Alzheimer y demencia vascular

Intervención

- Estimulación cognitiva
- Entrenamiento cognitivo
- Rehabilitación cognitiva

Comparación

- Sin tratamiento / atención habitual / tratamiento estándar
- Control de lista de espera
- Condición de control activo

Resultados

- *Crítico:* evaluación de las funciones cognitivas mediante mini examen del estado mental (MMSE) y la escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer: subescala cognitiva (ADAS-Cog), memoria inmediata y tardía.

6. Síntomas depresivos

¿Es la intervención psicológica (activación del comportamiento, la terapia cognitivo-conductual, terapia psicoeducativa, la terapia interpersonal, la terapia de resolución de problemas, la terapia de protocolo escalonado o terapia de revisión de vida) beneficiosa o dañina para las personas mayores con síntomas depresivos?

Población

- Personas mayores de 60 años y más (tanto hombres como mujeres) con síntomas depresivos con o sin diagnóstico (episodio o trastorno depresivo).

Intervenciones

- Activación conductual, terapia cognitivo-conductual, terapia psicoeducativa, terapia interpersonal, terapia de resolución de problemas, terapia de protocolo de atención escalonada o terapia de revisión de vida.

Comparación

- Cuidado habitual o lista de espera.

Resultados

- *Crítico:* síntomas depresivos, incidencia de depresión clínicamente significativa (episodio depresivo o episodio depresivo mayor).

7. Incontinencia urinaria

¿Las intervenciones no farmacológicas (evacuación provocada, micción programada, entrenamiento de esfínteres, entrenamiento de hábito, entrenamiento muscular de la pelvis) producen beneficios y / o daños para las personas mayores con incontinencia urinaria?

Población

- Personas mayores con urgencia o estrés o incontinencia urinaria mixta.

Intervención

- Micción inducida
- Micción programada
- Entrenamiento de la vejiga
- Reentrenamiento de hábitos
- Entrenamiento muscular pélvico

Comparación

- Sin intervención / cuidado habitual

Resultados

- *Crítico:* porcentaje de cambio medio en la frecuencia de la incontinencia urinaria, cambio en la frecuencia media de controles horarios húmedos, número de pacientes con reducciones en la incidencia de incontinencia diurna, número de pacientes con reducciones en la incidencia de incontinencia nocturna, episodios de incontinencia en 24 horas, incidencia de incontinencia urinaria por 24 horas, síntomas de incontinencia urinaria
- *Importante:* percepción de la cura, inodoro autogestionado, porcentaje de verificaciones mojadas, cantidad de episodios de incontinencia, urgencia por incontinencia urinaria, frecuencia de incontinencia urinaria, nocturia, calidad de vida.

8. Riesgo de caídas

¿Las intervenciones para prevenir las caídas producen beneficios o daños para las personas mayores (60 años o más) en riesgo de caídas?

Población

- Personas mayores de 60 años de edad (tanto hombres como mujeres) en riesgo de caídas

Intervención

- Programa de ejercicios multicomponente / entrenamiento de fuerza
- Evaluación del riesgo de caídas por el fisioterapeuta para el desarrollo de prevención de caídas y de lesiones

- Ejercicios personalizados
- Revisión de medicamentos
- Retirada de medicación psicotrópica
- Intervenciones multifactoriales con evaluación geriátrica integral
- Modificación ambiental para la seguridad del hogar
- Tecnología de asistencia (ayuda para caminar, audífono, sistema de alarma personal)
- Evaluación del calzado
- Inserción de un marcapasos (hipersensibilidad del seno carotídeo)

Comparación

- Cuidado habitual o cuidado estándar
- Placebo o ninguna intervención activa
- Control de lista de espera
- Intervención de control activo

Resultados

- *Crítico:* índice de caídas

Implantación

- Atención primaria de salud / comunidad

9. Apoyo del cuidador

¿El cuidado de relevo o el apoyo psicosocial reportan algún beneficio o daño para los cuidadores familiares de personas mayores dependientes de atención?

Población

- Cuidadores familiares (tanto hombres como mujeres) de personas dependientes de 60 años o más que dependen de su cuidado

Intervención

- Cuidado de relevo
- Apoyo psicosocial
- Intervenciones basadas en tecnología

Comparación

- Cuidado habitual o estándar
- Control de lista de espera
- Intervención de control activo

Resultados

- *Crítico:* carga del cuidador, depresión del cuidador, síntomas del receptor de la atención
- *Importante:* bienestar, habilidad / conocimiento, calidad de vida, ira, ansiedad

Anexo 4: Proceso de evidencia

PASO UNO

Buscar

Para la síntesis de la evidencia, realizamos una búsqueda exhaustiva de revisiones sistemáticas publicadas y ensayos aleatorios controlados (ECA) utilizando la Biblioteca Cochrane, Embase, Ovid MEDLINE y las bases de datos PsycINFO.⁶ Se desarrolló una estrategia de búsqueda para cada una de las preguntas del estudio (Anexo 3). Los detalles de las estrategias de búsqueda se pueden encontrar en las tablas GRADE (Clasificación de Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación)⁷ y los perfiles de evidencia adjuntos a esta guía, disponibles en <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

PASO DOS

Monitorización

Las referencias identificadas se exportaron al software del administrador y los duplicados se identificaron y eliminaron. Las referencias se revisaron primero por título y resumen y luego por texto completo para identificar revisiones sistemáticas y ECA. Los detalles del proceso de búsqueda y el número de registros recuperados y evaluados para su elegibilidad se presentan en un diagrama de PRISMA (Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis) para cada pregunta PICO (población, intervención, comparación, resultado) en los documentos de perfil de evidencia GRADE.

PASO TRES

Elegibilidad

Las revisiones sistemáticas que informaron la evaluación de la calidad metodológica de los ECA incluidos concluyeron valorándolos como seleccionados para ser incluidos. De las

32 revisiones sistemáticas incluidas, 20 se publicaron entre 2011 y 2015 y se actualizaron con RCT más nuevos identificados en consulta con los miembros del grupo de desarrollo de guías (GDG). Las 12 revisiones sistemáticas restantes se publicaron antes de 2011 y se actualizaron con nuevos ECA identificados a partir de las estrategias de búsqueda durante la monitorización.

PASO CUATRO

Evaluación de calidad de los estudios incluidos

La herramienta de evaluación AMSTAR se utilizó en cada revisión sistemática incluida para proporcionar una indicación de la calidad de la conducta de revisión (ver Fig. 3). No se excluyó ninguna revisión basada en los puntos de corte de la herramienta AMSTAR, ya que no se recomienda puntuación para separar las revisiones de alta calidad de las de baja calidad.

PASO CINCO

Metaanálisis

Cuando se identificaron nuevos ensayos e incluyeron intervenciones y resultados comparables, el metaanálisis se realizó como una actualización de los análisis contenidos en una revisión previa, o como un metaanálisis de novo. Se utilizó el software Review Manager 5 (RevMan 5) para calcular las diferencias de medias y las diferencias de medias estandarizadas entre los grupos de intervención y control. Los riesgos relativos o odds ratios se presentaron para los resultados categóricos.

PASO SEIS

Evaluación GRADE

Los resultados metaanalizados se exportaron al software GRADE Profiler para el trabajo de evaluación de pruebas⁸.

⁶ - Biblioteca Cochrane (<http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews>)

- Embase (<http://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>)

- Ovid MEDLINE (<http://ovid.com/site/catalog/databases/901.jsp>)

- PsycINFO (<http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>)

⁷ Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G., Brozek J et al. Pautas GRADE: 1. Introducción GRADE evidence profiles y resumen de las tablas de resultados. *J Clin Epidemiol.* 2011; 64 (4): 383-94. doi: 10.1016 / j.jclinepi.2010.04.026.

⁸ Software de GRADOS para el resumen de tablas de conclusiones, evaluación de tecnología de salud y directrices [sitio web]. Hamilton (ON): McMaster University and Evidence Prime; 2015 (<http://gradepr.o.org>, visitado el 11 de septiembre de 2017)

La evidencia se calificó como muy baja, baja, moderada o alta, según las limitaciones del sesgo indirecto, imprecisión y publicación incluidos. Excepto por una revisión Cochrane, ninguna de las revisiones sistemáticas incluidas realizó evaluaciones de GRADE. Por lo tanto, para cada metaanálisis, realizamos una evaluación independiente de la calidad de los resultados utilizando el software GRADE Profiler.

PASO SIETE

Informes

El resultado final de las revisiones sistemáticas, el metaanálisis y el ejercicio de evaluación de la evidencia se resumieron en una tabla 2 × 2 de todos los resultados e intervenciones, que luego se discutió con el GDG.

Fig. 3: Evaluación de la calidad de la revisión sistemática utilizando las 11 preguntas de la herramienta de lista de verificación AMSTAR (9)

Estudio ¹⁰		1. "¿Se proporcionó un diseño 'a priori'?"	2. "¿Hubo selección de estudios duplicados y extracción de datos?"	3. "¿Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura?"	4. "¿Se utilizó el estado de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?"	5. "¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?"	6. "¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?"	7. "¿Se compararon las características de los estudios incluidos y excluidos?"	8. "¿La calidad científica de los estudios incluidos se utilizó adecuadamente al formular conclusiones?"	9. "¿Fueron apropiados los métodos utilizados para combinar las conclusiones de los estudios?"	10. "¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?"	11. "¿Se incluyó el conflicto de interés?"
Impedimento de movilidad	Cadore et al.	+	+	+	-	?	+	+	+	+	+	+
	Chou et al.	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+
	Daniels et al.	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+
	de Vries et al.	+	+	+	?	-	+	+	+	+	+	+
	Gine-Garriga et al.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	?
	Howe et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Van Abbema.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
	Liu C et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Burton et al.	+	+	+	-	-	+	+	?	+	+	+
	Forbes et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pitkala et al.	+	+	+	?	-	+	+	+	+	+	?	
Desnutrición	Milne et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Baldwin et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Munk et al.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	?	+
Caídas	Gillespie et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Deterioro cognitivo	Martin et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Kurz et al.	+	+	+	-	-	+	?	?	+	+	+
Depresión sub-umbral	Ekers et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Cuijpers et al.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
	van Zoonen et al.	+	+	?	?	-	+	+	?	+	+	+
Incontinencia urinaria	Wallace et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Ostaszkiwicz.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Eustice et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Ostaszkiwicz et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dumoulin et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Estrés del cuidador	Mason et al.	+	+	+	+	-	+	+	?	+	+	+
	Shaw et al.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
	Sorensen et al.	+	+	+	+	?	+	+	-	+	+	-
	Pinquart et al.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
	Lopez-Hartmann et al.	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+
Discapacidad visual	Smeeth et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pérdida auditiva	Barker et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Leyenda:
 Yes No Unclear

⁹ Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, y col. Desarrollo de AMSTAR: una herramienta de medición para evaluar la calidad metodológica de las revisiones sistemáticas. BMC Med Res Methodol. 2007; 7 (1): 10. doi: 10.1186 / 1471-2288-7-10.
¹⁰ Para obtener detalles completos del estudio, consulte los perfiles de evidencia de ICOPE disponibles en: <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

Glosario

Actividades de la vida diaria (ADL): las actividades básicas necesarias para la vida diaria, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, entrar o salir de la cama o levantarse y sentarse de la silla, ir al baño y moverse dentro de la casa.

Activación conductual: un tratamiento conductual para la depresión en el que se presta orientación para aumentar el número de actividades gratificantes en la vida de la persona.

Entrenamiento de la vejiga: una forma de terapia conductual para tratar la incontinencia urinaria que tiene como objetivo aumentar el intervalo entre los vacíos. Esta capacitación se compone de educación del paciente, anulación programada y refuerzo positivo.

Cuidador: una persona que brinda atención y apoyo a otra persona. Esto puede incluir lo siguiente:

- ayudar con el autocuidado, tareas del hogar, movilidad, participación social y actividades significativas;
- ofrecer información, asesoramiento y apoyo emocional, así como participar en actividades de promoción, facilitar la toma de decisiones y el apoyo de compañeros, y ayudar con la planificación de atención avanzada.
- ofreciendo servicios de relevo; y
- participar en actividades para fomentar la capacidad intrínseca.

Los cuidadores pueden incluir a miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, cuidadores y profesionales de la salud.

Estrés del cuidador: el efecto acumulativo de las cargas físicas, emocionales y económicas que recaen sobre el cuidador.

Búsqueda de casos: una estrategia para focalizar recursos en individuos o grupos susceptibles de estar en riesgo de contraer una enfermedad en particular o de padecer estados de salud adversos. Ello implica buscar de forma activa y sistemática a las personas en situación de riesgo, en lugar de esperar a que se presenten con síntomas o signos de enfermedad activa o problemas de salud.

Dependencia de atención: Esto surge cuando la capacidad funcional se ha reducido hasta un punto en el que un indi-

viduo ya no puede, sin ayuda, llevar a cabo las tareas básicas y necesarias para la vida diaria.

Condición crónica: una enfermedad, trastorno, lesión o trauma que es persistente o que tiene efectos de largo plazo de duración.

Evaluación geriátrica integral: una evaluación multidimensional de la persona mayor que incluya componentes médicos, físicos, cognitivos, sociales o incluso espirituales; también puede incluir el uso de instrumentos de evaluación estandarizados y / o un equipo interdisciplinar para apoyar el proceso.

Terapia cognitivo conductual (TCC): un tipo de terapia psicológica que implica identificar y corregir las creencias desadaptativas distorsionadas, mediante el uso de ejercicios de pensamiento y vivencias reales con objeto de facilitar una reducción de los síntomas y el funcionamiento mejorado.

Deterioro cognitivo: una pérdida o anomalía en las funciones de atención, memoria o funciones cognitivas de mayor nivel.

- Las funciones de atención son funciones mentales que se concentran en un estímulo externo o experiencia interna por un período específico de tiempo.
- Las funciones de memoria son funciones mentales que registran y almacenan información y la recuperan según sea necesario.
- Las funciones cognitivas de nivel superior, a menudo llamadas funciones ejecutivas, son funciones mentales que involucran a los lóbulos frontales del cerebro. Incluyen comportamientos complejos dirigidos a metas tales como la toma de decisiones, el pensamiento abstracto, hacer y llevar a cabo planes, la flexibilidad mental y decidir qué comportamientos son apropiados en base a circunstancias específicas.

Rehabilitación cognitiva: un método para maximizar la memoria y el funcionamiento cognitivo pese a la existencia de dificultades neurológicas. La rehabilitación cognitiva se centra en identificar y abordar las necesidades y metas individuales, lo que puede requerir de estrategias con las que obtener nueva información o de métodos compensatorios como pueda ser el uso de ayudas a la memoria.

Estimulación cognitiva: participación en una serie de actividades diseñadas para mejorar el funcionamiento cognitivo y social.

Entrenamiento cognitivo: Práctica guiada de tareas estandarizadas específicas diseñadas para mejorar funciones cognitivas concretas.

Trabajador de salud comunitario: Individuos que prestan servicios de tipo pedagógico sobre la cuestión sanitaria, de la derivación y seguimiento, gestión de casos, atención médica preventiva básica y servicios de visitas domiciliarias a comunidades específicas. Proporcionan apoyando y asistencia a individuos y familias ayudando a éstos a navegar en el sistema de servicios sociales y de salud.

Síntomas depresivos: la presencia de angustia o algún grado de deterioro del funcionamiento en ausencia de algún episodio / trastorno depresivo.

Asesoramiento dietético: recomendaciones para una dieta saludable que ayude a proteger de la malnutrición y la desnutrición, así como de las enfermedades no transmisibles.

Caídas: aterrizaje inesperado contra el suelo u otro nivel inferior.

Capacidad funcional: la combinación e interacción de la capacidad intrínseca con el entorno en el que habita una persona.

Síndromes geriátricos: estados de salud complejos que tienden a ocurrir solamente de manera tardía en la vida y que no entran en categorías de enfermedad discretas; a menudo es la consecuencia de múltiples factores subyacentes y la disfunción en múltiples sistemas de órganos.

Reentrenamiento de hábitos: una forma de asistencia para ir al baño prestada por un cuidador a adultos con incontinencia urinaria. Este método implica la identificación del patrón miccional natural de una persona incontinente y el desarrollo de un programa de uso del baño individualizado, que prevenga el vaciado involuntario de la vejiga.

Envejecimiento saludable: el proceso de desarrollar y mantener la capacidad intrínseca y la capacidad funcional que permita un bienestar en la vejez.

Pérdida de audición: Pérdida o anomalía en las funciones sensoriales relacionadas con la percepción de la presencia de sonidos o la discriminación de la ubicación, el tono, el volumen o la calidad de los sonidos.

Capacidad intrínseca: la combinación de las capacidades físicas y mentales del individuo, incluidas las psicológicas.

Desnutrición: Deficiencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía y / o nutrientes de una persona. El término desnutrición abarca dos amplios grupos de condiciones. Una es la "desnutrición", que incluye atrofia (baja altura para la edad), desgaste (bajo peso para la altura), bajo peso (bajo peso para la edad) y carencias de micronutrientes o insuficiencias (falta de vitaminas y minerales importantes); el otro es el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (como las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer).

Estrategia de mejora de las comidas: Intervenciones para mejorar la rutina, la experiencia o el ambiente de la comida prestando asistencia (directa o indirectamente): estímulo para comer, un entorno más estimulante para comer, mayor acceso a los alimentos, más opciones de alimentos o alimentos más atractivos (visualmente, sensorialmente).

Deterioro cognitivo leve: trastorno caracterizado por deterioro de la memoria, dificultad para el aprendizaje y capacidad reducida para concentrarse en una tarea durante períodos más que breves. A menudo se produce un marcado sentimiento de fatiga mental cuando se intentan tareas intelectuales, y se descubre que el nuevo aprendizaje es subjetivamente difícil incluso cuando es objetivamente exitoso. Ninguno de estos síntomas es tan grave como para diagnosticar demencia o delirio.

Pérdida de movilidad: pérdida o anomalía en cualquier intento de movimiento al cambiar la posición o ubicación del cuerpo o al trasladarse de un lugar a otro, al transportar, mover o manipular objetos, al caminar, correr o trepar, o al usar los diferentes medios de transporte.

Multimorbilidad: La concurrencia de dos o más condiciones médicas crónicas en una persona.

Entrenamiento de ejercicio multimodal: intervenciones de ejercicios compuestas de múltiples modalidades como entrenamiento de fuerza, entrenamiento aeróbico, entrenamiento de equilibrio o ejercicios de flexibilidad.

Evaluación multifactorial: una evaluación integral para definir todos los factores posibles que pueden estar causando un síntoma o un estado específico.

Intervención multifactorial: una intervención para abordar múltiples factores concurrentes; un enfoque puede incluir modificaciones sumadas a mayor pedagogía o acciones para minimizar los factores de riesgo.

Proveedores de atención médica no especializados: médicos generales, médicos de familia, enfermeras y otros funcionarios clínicos que trabajan en los centros de salud o como parte de un equipo clínico, comúnmente en un entorno de atención primaria.

Persona mayor: una persona cuya edad ha superado la esperanza de vida media al nacer.

Servicios centrados en la persona: una manera de enfocar la atención que adopta conscientemente la perspectiva del individuo, de las familias y de las comunidades, y los ve como participantes y beneficiarios de los sistemas de atención médica y de atención de largo plazo que responden a sus necesidades y preferencias de una manera más humana y holística. Para garantizar que se preste atención centrada en la persona, se requiere que las personas tengan la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. La atención centrada en la persona se organiza en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas en lugar de las enfermedades.

Entrenamiento muscular del suelo pélvico (PFMT): ejercicios que implican contracción y relajación de los músculos pélvicos, con el objetivo de fortalecer los músculos y permitir una mayor presión de cierre uretral.

Profesionales de atención primaria: miembros de un equipo de atención primaria, un grupo de profesionales con funciones complementarias, respeto mutuo y responsabilidad compartida en la atención del paciente. Los equipos de atención primaria están centrados en el paciente, por lo que su composición y modelo organizativo pueden cambiar con el tiempo.

Entrenamiento de resistencia progresiva: un tipo de ejercicio en el cual los participantes ejercitan sus músculos contra una fuerza o algún tipo de resistencia que se incrementa progresivamente a medida que mejora la fuerza.

Terapia de resolución de problemas: un tipo de terapia psicológica en la cual la persona identifica de un modo sistemático sus problemas, genera soluciones alternativas para cada problema, selecciona la mejor solución, desarrolla y lleva a cabo un plan, y evalúa si esto ha resuelto el problema.

Terapias psicológicas: tratamientos interpersonales e individualizados para ayudar con un trastorno psiquiátrico o psicológico, un problema o una circunstancia adversa. Los tratamientos pueden incluir terapia cognitivo-conductual,

terapias de resolución de problemas, terapia interpersonal o técnicas terapéuticas integrales.

Actividad física: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiera un gasto de energía, incluidas las actividades realizadas durante el trabajo, el juego, la realización de tareas domésticas, viajes o actividades recreativas.

Ejercicio físico: Subcategoría de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y que tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes de la condición física.

Atención primaria de salud: un concepto basado en los principios de equidad, participación, acción intersectorial, tecnología adecuada otorgando un papel central al trabajo desempeñado por el sistema de salud. Los pacientes generalmente tienen acceso directo sin necesidad ser derivados.

Micción inducida: un enfoque no farmacológico, de terapia conductual para la incontinencia urinaria que usa indicaciones verbales y refuerzo positivo, para personas con o sin demencia.

Cuidado de relevo: tiempo libre de las responsabilidades de cuidado para que los cuidadores puedan restaurar y mantener su propia salud física y mental.

Desnutrición: un problema global que generalmente es causado por la falta de alimentos, o una gama limitada de alimentos con cantidades inadecuadas de nutrientes específicos u otros componentes de los alimentos, por ejemplo proteínas, fretos dietéticos y micronutrientes.

Incontinencia urinaria: fuga involuntaria de orina. La mayoría de las causas se pueden dividir en tres tipos:

- incontinencia de urgencia: fuga involuntaria de orina asociada con, o inmediatamente después, una repentina e imperiosa necesidad de evacuar;
- incontinencia de esfuerzo: pérdida involuntaria al realizar actividad física, tos o estornudos; e
- incontinencia urinaria mixta: una combinación de incontinencia de urgencia e incontinencia de esfuerzo.

Deterioro visual: Una pérdida o anomalía en las funciones sensoriales relacionadas con la percepción de la presencia de luz o para detectar la forma, el tamaño, la forma o el color de los diferentes estímulos visuales.

El Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE) ofrece la traducción de esta guía (versión en español) que ha sido cofinanciada por el Fondo de Desarrollo Regional (FEDER) en el marco del Programa de Cooperación Interreg V-A, España-Portugal, (POCTEP), 2014-2020.



Organización Mundial de la Salud
Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida
Avenida Appia, 20
1211 Geneva 27
Suiza
Email: ageing@who.int
Web: www.who.int/ageing



ISBN 978-92-4-155010-9

