



Adinekoen arreta plana



AAP

Adinekoen arreta plana (AAP)



Argitaratzailea: Osakidetza. Araba, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz

Argitaraldia: 1., 2018ko Maiatza

Ale-kopura: 500 ale

© Osakidetza
Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa

Internet: www.osakidetza.euskadi.eus

e-mail: coordinacion@osakidetza.eus

Lege-gordailua: BI-487-2019

LANTALDEKO KIDEAK:

Blanco Mediavilla, M^a Jesús (*). Barrualde-Galdakaoko ESIko LMAko erizaina
Gerediaga Goikolea, Endika (*). Barrualde-Galdakaoko ESIko LMAko medikua
Maroto Rebollo, M^a Carmen. Bilbao-Basurtuko ESIko LMAko erizaina
Martín Lesende, Iñaki. Bilbao-Basurtuko ESIko LMAko medikua
Sáenz Ganuza, Adoración. Arabako ESIko LMAko erizaina
Sánchez Martín, Inmaculada. Euskadiko Arreta Soziosanitarioko Taldea

() 2009ko martxotik 2015eko martxora bitarteko proiektuan parte hartzea.*

TALDEAREN KOORDINAZIOA:

Peña González, M^a Luz. Osasuna Sustatzeko Programa Korporatiboaren Arduradun-zereginetan aritzeko. Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza.

IKUSKATZAILEAK:

Azpiazu Aranberri, Ana Jesús. Debagoieneko ESIko LMAko erizaina.

Baztan Cortes, Juan Jose. Geriatra - Gurutze Gorria - Madril.

de la Rica Giménez, José Antonio. Osasun Saileko Euskadiko Arreta Sanitarioko. Koordinatzailea.

Guell Pelayo, Carolina. Altzako osasun-zentroko eta LMAko ikerketa-unitateko LMAko medikua.

Ibarra Amarica, Josu. Arabako ESIko LMAko medikua.

Lekuona Ancisar, Pilar. Erizaina, Zahartzarora.

Orbegozo Aramburu, Ana. Asistentziako zuzendaria - Matia Fundazioa.

Rodríguez Matesanz, Irati. DUOko eta Lehen Mailako Ikerketa Unitateko erizaina.

Samper Ochotorena, Ricardo. Farmaziako Zerbitzu Korporatiboa. Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza.

Tranche Robles, Batirtze. Farmaziako Zerbitzu Korporatiboa. Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza.

Vergara Mitxelorena, Itziar. Gipuzkoako ESletako LMAko Ikerketa Unitatea.

Zurbanobeaskoetxea Laradogoitia, Lourdes. Euskadiko Arreta Sanitarioko Koordinatzailea. Enplegu eta Gizarte Politiketako Saila.

2016an pilotutza egin zen Zentroetako erizaintzako eta medikuntzako profesionalak:

Arabako ESI: Arabako Lautadako LMAU - Arabako Mendialdeko LMAU.

Bilbo-Basurtuko ESI: San Inazioko LMAU.

Debagoieneko ESI: Oñatiko LMAU.

DonostialdeKO ESI: Ondarretako LMAU.

Ezkerraldea Enkarterri-Cruces ESI: Buenavistako LMAU - UAP Ortuellako LMAU.

AURKIBIDE

1. SARRERA.....	7
2. JUSTIFIKAZIOA	13
3. HELBURUAK ETA PROPOSATUTAKO IKUSPEGIA	19
3.1. HELBURU NAGUSIA.....	19
3.2. HELBURU ESPEZIFIKOAK	19
3.3. PROPOSATUTAKO IKUSPEGIA: MAILA FUNTZIONALAREN IDENTIFIKAZIOA, TIPOLOGIEN ARABERAKO SAILKAPENA ETA DIMITSIO ANITZEKO BALORAZIOA.....	19
4. TIPOLOGIEN SAILKAPENA	23
5. ADINEKO PERTSONAREN DIMITSIO ANITZEKO BALORAZIOA	27
5.1. ZAINKETA ARINGARRIEN BEHARRAREN BALORAZIOA	30
5.2. BALORAZIO FUNTZIONALA.....	30
5.2.1. EGUNEROKO OINARRIZKO JARDUERAK – EOJ.....	30
5.2.2. EXEKUZIO-TESTA	31
5.3. PREBENTZIOZKO BALORAZIO KLINIKOA.....	32
5.3.1. PREBENTZIO NEURRI OROKORRAK	32
Tentsio arteriala (TA)	32
Pisua eta GMI neurria	32
Immunizazioak	33
Ohitura toxikoak	33
Jarduera fisikoa	33
5.3.2. ADINEKO PERTSONENTZAKO PREBENTZIO-JARDUERA BEREZIA	34
Ikusmena	34
Entzumena	35
Ererikoak	35
Nutrizioa-Hidratazioa	35
Ahoa.....	36
Inkontinentzia	36
Tratu txarrak hautematea	37
Ospitaleratzeak azken urtean.....	37

5.3.3. POLIMEDIKAZIOA ETA FARMAKOEN ERABILERA EGOKIA	37
5.3.4. GAIXOTASUN KRONIKOAK	40
5.4. BALORAZIO MENTALA	40
5.4.1. BALORAZIO KOGNITIBOA	40
5.4.2. BALORAZIO AFEKTIBOA	41
5.5. BALORAZIO SOZIOFAMILIARRA ETA ZAINZAILERENA	41
5.5.1. BALORAZIO SOZIOFAMILIARRA	41
5.5.2. ZAINZAILEREN BALORAZIOA	42
6. ESKU-HARTZE PLANA	43
7. ERREGISTRO SISTEMA	47
8. KOORDINAZIOA BESTE ERAGILE SOZIAL BATZUEKIN	49
9. AAP-REN EBALUAZIOA	51
10. BIBLIOGRAFIA	53
11. ERANSKINAK	59
I. ERANSKINA - Eskalak eta probak	59
1. Taula. Exekuzio-testa	59
2. Taula. Oheratutako pazienteen pisua eta garaiera neurtzea	65
II. ERANSKINA - ERORIKOAK	71
III. ERANSKINA - GERNU-INKONTINENTZIA	87
IV. ERANSKINA - ADINEKO PERTSONEN MOTETAKO ESKU-HARTZEA, EGOERA FUNTZIONALAREN ARABERA	91
V. ERANSKINA - OSABIDE GLOBALEN/OSANAIAN ERREGISTRATZEA	95
VI. ERANSKINA - AAP-REN EBALUAZIOA	99
VII. ERANSKINA - BALORAZIO SOZIOSANITARIOA: RAI-Ca	101

1. Sarrera

ALDAKETA DEMOGRAFIKOAK ETA PROIEKZIO DEMOGRAFIKOAK

Populazioa zahartzea lorpena eta erronka da aldi berean garatutako herrialde guztietan. Hartu duen neurria kontuan hartuta, berorrekinlotura duten osasun-politikak egokitzera eta adinean aurrera egin ahala nagusitzen diren hainbat gaixotasun eta baldintzatzaile lantzerantz behartzen du, bai Espainian eta, bereziki, Euskadin.

Osasunaren Mundu Erakundearen arabera, populazioa zahartzearen arrazoien artean, honako hauek ageri dira: batetik, bizi-itxaropena handitu izana, eta, bestetik, ugalkortasun-tasa murriztea. Horren ondorioz, 60 urtetik gorako pertsonen ehunekoa beste edozein adin-talderena baino bizkorrago ari da handitzen herrialde gehienetan [OME, 2013].

Eta fenomeno hori gertatzen da Euskadin ere. Esate baterako, 2007an, 65 urtetik eta hortik gorako herritarrak populazioaren % 19,5 ziren Euskadin, Espainian baino gehiago (% 16,7). Ehuneko handi horrekin batera, jaiotze-tasa nabarmen ari zen jaisten. Horrek hazkunde begetatibo ia nuluan uzten gintuen (1.519 pertsona 2006an) [IMSERSO-2009].

%65 URTETIK GORAKO POPULAZIOAREN EHUNEKOA / EUSKADIKO POPULAZIO OSOA

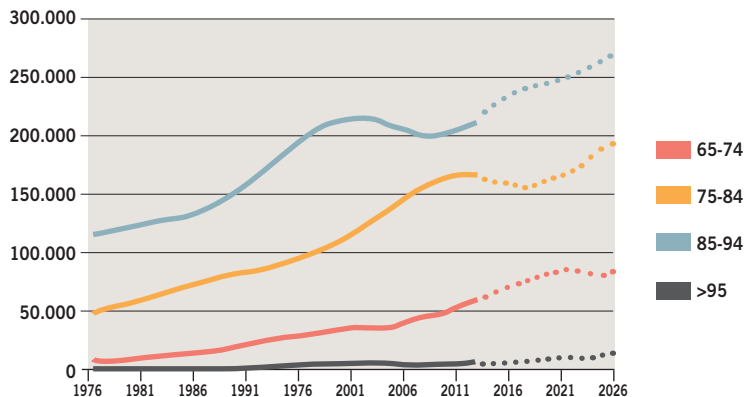
BIZTANLERIA	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2016
% > 65 urte	16,8	17,3	17,7	18,2	18,5	18,7	18,8	19,1	19,3	19,5	19,9	20,3	20,7	19,5	19,8	20,2	20,7	21,64
bn (milakoak)	349,2	358,3	366,8	375,6	381,1	384	385,2	391,3	395	399,3	406,3	413,7	422	424,3	432,2	440,1	449,8	471,1

Iturria: EUSTAT. Erakundeak egindako grafikoa.

Ikerketa Zientifikoen Goi Kontseiluak berrikiago emandako datuen arabera, Gaztela eta Leon, Galizia, Asturias, Aragoi eta Euskadi dira populazio zahartuena duten autonomia-erkidegoak, % 20 baino gehiago guztiek ere; beste muturrean leudeke Kanariar eta Balear Uharteak eta Murtzia, % 15etik behera [Abellan, Puyol, 2015].

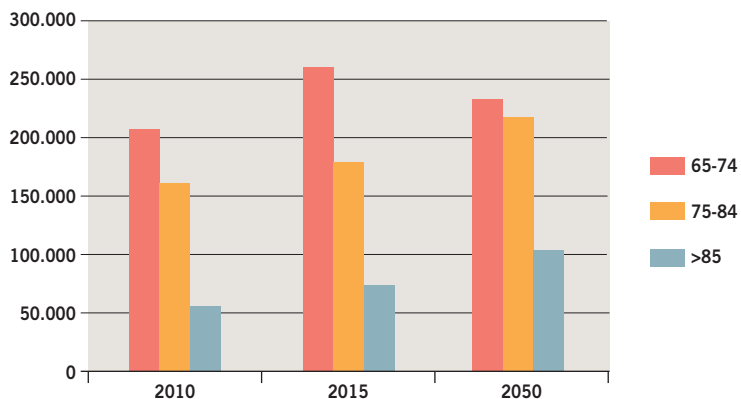
EUSTATen datuen arabera [Eustat 2014], 2013 eta 2026 artean Euskadiko 65 eta 74 urte arteko populazioak % 26ko hazkunde erlatiboa izango du, eta 75 eta 84 urte bitartekoak, berriz, % 15ekoa. Halaber, 85 eta 94 urtekoak % 39 ugarituko dira eta 95 urtetik gorakoak, azkenik, hirukoiztu egingo dira.

BILAKAERA ETA ADIN-SEGMENTUAGATIKO PERTSONA ZAHARREKO ESKUDIRUEN PROIEKZIOA. C.A. 1976-2026 EUSKADIKO



Oharra: urtarilaren 1etarako populazioak.

Hurrengo grafikoan eta koadroan 65 urteko eta hortik gorako Euskadiko populazioaren bilakaera erakusten da, 2025erako eta 2050erako progresioekin, 2010ekoarekin alderatuta:



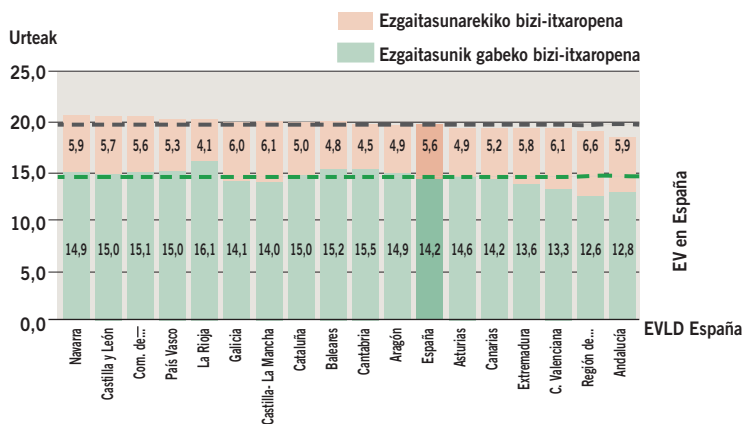
Edad	2010	2025	2050
65-74	204.630	259.500	232.988
75-84	162.084	178.121	218.263
>85	55.294	74.503	103.514

Iturria: EUSTAT. Berezko lantzea.

DESGAITASUNIK GABEKO BIZI-ITXAROPENA

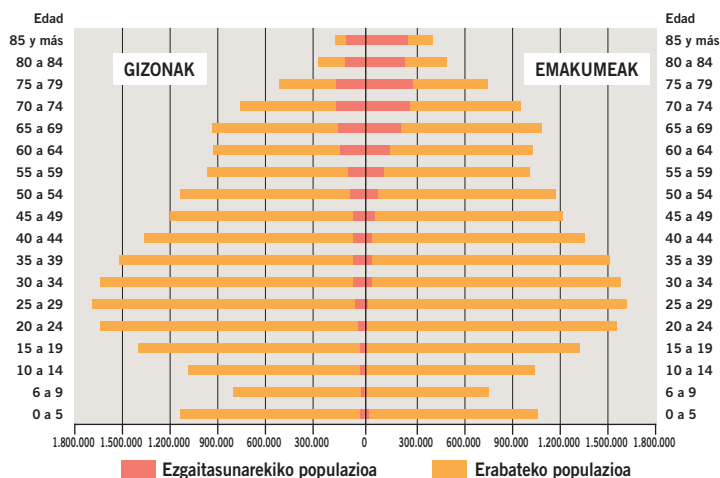
Jaiotzean izaten den bizi-itxaropena neurri garrantzitsua da populazioaren zahartzeari begira, baina zahartzen ari den populazioarentzat bereziki garrantzitsua da pertsonak desgaitasunik gabe bizitzeko duten denbora. Bizi-itxaropen osasuntsua «desgaitasunik gabeko bizi-itxaropen» terminoaren sinonimo bezala erabili izan da. Ikerketa Zientifikoen Goi Kontseiluak desgaitasunik gabeko bizitzaren proiektioari buruz argitaratutako datuak [Abellán A, 2015] honako taula honetan daude jasota, autonomia-erkidegoka antolatuta:

65 URTEETAN EZGAITASUNIK GABEKO BIZI-ITXAROPENA, 2008



Lehendabiziko grafikoan, populazioaren banaketa orokorra erakusten da adinaren eta sexuaren arabera, baita desgaitasuna duten populazioarena ere.

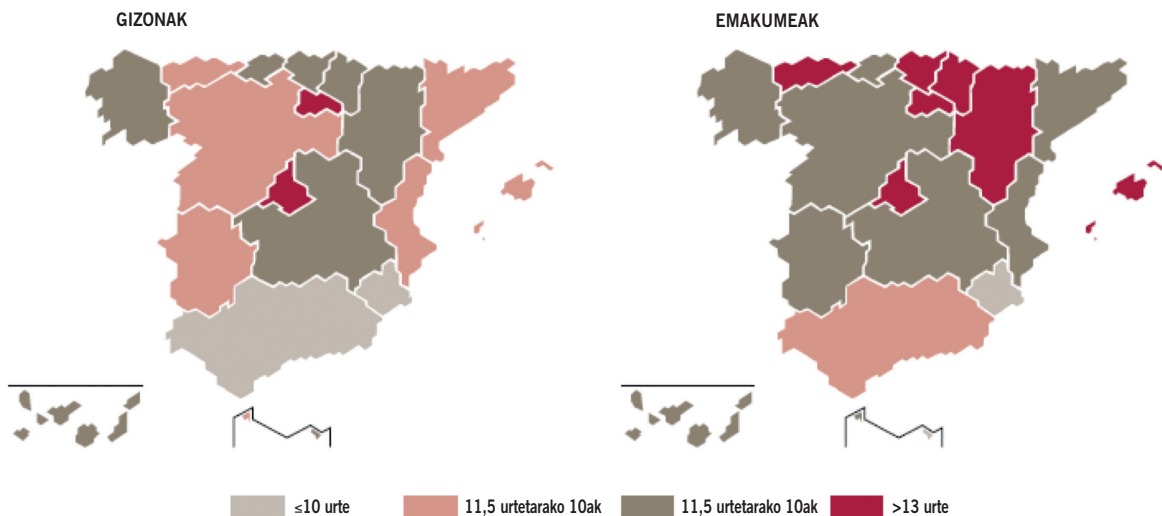
POPULAZIO OROKORREKO PIRAMIDEARI GAINJARRITAKO EZGAITASUNAREKIKO POPULAZIO PIRAMIDEA



Piramide horien inbertsioak desgaitasunaren ezaugarri nagusia erakusten du: adinarekin lotutako fenomeno delako, eta adinarekin batera handitzen doala. Era berean, gizonen eta emakumeen arteko aldeak ere nabarmentzen dira. Emakumeek tasa handiagoak dituzte 45 urtetik gora doazen neurrian, eta gero eta gehiago aldentzen dira adinak aurrera egin ahala.

Honako grafiko honetan, Estatistikako Institutu Nazionalak desgaitasunik gabeko bizi-itzaropena jasotzen du 65 urtetik gorako gizonentzat eta emakumeentzat, autonomia-erkidegoka [INE, 2014]:

65 URTEETAKO EZGAITASUNIK GABEKO BIZI-ITXAROPENA



70 URTETIK GORAKOEN ASISTENTZIA-ESKAERAREN DATUAK EAE-N

Populazio adindunak gure artean sortutako asistentzia-zama kuantifikatzeko xedearekin, 2017. urtean, Osakidetza OSABIDE GLOBALeko historia klinikoaren programako gure datu-basean jasotako pertsonen eta gure osasun-zentroekin harremanetan jarri ziren pertsonen datuak ebaluatu zituen (2017ko urtariletik 2017ko abendura arteko datuak). Emaitzak taula honetan erakusten dira:

ESIA	SEXUA	NOSABIDEKO PAZIENTE KOP.	HITZORDUAK IZAN DITUZTEN PAZIENTEEN KOP.	ITZORDUAK IZAN DITUZTEN PAZIENTEEN %
DEBAGOIENA ESI-A	Gizonezkoa	4.913	4.592	% 93,47
	Emakumezkoa	6.552	6.137	% 93,67
ARABA ESI-A	Gizonezkoa	18.955	17.476	% 92,20
	Emakumezkoa	24.595	22.653	% 92,10
ARABAKO ERRIOXA ESI-A	Gizonezkoa	770	712	% 92,47
	Emakumezkoa	925	872	% 94,27
BARAKALDO SESTAOKO ESI-A	Gizonezkoa	9.315	8.534	% 91,62
	Emakumezkoa	13.878	12.853	% 92,61
BARRUALDE-GALDAKAO ESI-A	Gizonezkoa	21.335	20.110	% 94,26
	Emakumezkoa	28.703	27.108	% 94,44
BIDASOKO ESI-A	Gizonezkoa	5.508	4.993	% 90,65
	Emakumezkoa	7.750	7.103	% 91,65
BILBAO-BASURTU ESI-A	Gizonezkoa	25.585	23.883	% 93,35
	Emakumezkoa	40.793	38.492	% 94,36
BABARRENEKO ESI-A	Gizonezkoa	5.763	5.319	% 92,30
	Emakumezkoa	7.688	7.218	% 93,89
DONOSTIALDEA ESI-A	Gizonezkoa	25.003	22.586	% 90,33
	Emakumezkoa	36.841	33.537	% 91,03
EZKERRALDEA ENKARTERRI GURUTZETA ESI-A	Gizonezkoa	11.984	11.134	% 92,91
	Emakumezkoa	17.557	16.316	% 92,93
GOIERRI- UROLA GARAIO ESI-A	Gizonezkoa	6.823	6.237	% 91,41
	Emakumezkoa	9.035	8.409	% 93,07
TOLOSALDEA ESI-A	Gizonezkoa	4.504	4.207	% 93,41
	Emakumezkoa	5.815	5.476	% 94,17
URIBE ESI-A	Gizonezkoa	13.671	12.754	% 93,29
	Emakumezkoa	18.840	17.434	% 92,54
Guztira		373.101	346.145	% 92,78

Zifra horiek erakusten dute gure inguruko adineko pertsonen gehiengo handi batek osasun-zerbitzu publikoak kontsultatu zituztela ikertutako epealdian. Asistentzia-eskaera horri erantzuna ematea behar bezala ekin beharreko erronka da eta, aldi berean, populazio-multzo horretara iristeko oso aukera ona, osasunaren sustapenerako eta eritasunen prebentziorako jarduketak era proaktiboan programatzea ahalbidetzen baitu, bai eta zainketa-plan pertsonalizatuak diseinatzea ere subjektu eskatzaileentzat.

2. Justifikazioa

OSASUNGINTZAKO ERRONKAK ETA POLITIKAK

Europa 2020 estrategiaren barruan [Europako Batzordea-2010], Berrikuntzaren aldeko Batasuna (UI, gaztelaniaz) sortu dute egungo gizarteak dituen erronkei erantzuteko, adibidez herritarren zahartzeari. Herritarrak modu independentean luzarago bizi daitezen lortzea da Ulren helburua, osasun onarekin, batez beste bizi garen urte kopuruari beste bi urte osasuntsu erantsita. Lortu beharreko erronka gisa, honako hau planteatu dute: *«Zahartzen ari den populazioaren bizikalitatea hobetzea; esate baterako, konponbide berritzaileekin, proba klinikoekin, gaixotasun geriatrikoen diagnostiko eta tratamenduekin eta IKTetan oinarritutako soluzio berritzaile berrieekin, baita adineko pertsonentzat bereziki egokitutako produktu, aparatu eta zerbitzu berriak txertatzearekin ere»* [Europako Batzordea, COM (2010) 546 final. *Iniciativa emblemática de Europa 2020: Unión por la Innovación*:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0546:FIN:ES:PDF>

Osasunaren Mundu Erakundeak adierazten duenez, herrialdeek populazio-zahartzeari heldu ahal izango diote baldin eta gobernuek, nazioarteko erakundeek eta gizarte zibilak «zahartze aktiboarekin» lotutako programak eta politikak sustatzen badituzte, guztia ere adineko pertsonen osasuna, partaidetza eta segurtasuna hobetzeko bidean [OME-2002].

Autonomia-erkidegoaren esparruari dagokionez, adineko pertsona behar bezala artatzea eta, batez ere, «zahartze aktiboa» sustatzea garrantzi ikaragarriko lan-eremua da guretzat [Eusko Jaurlaritz. Lehendakaritza-2011].

DESGAITASUNIK GABEKO BIZITZA-URTEAK LUZATZEKO ERRONKAK

OMEk, 2011ko “Desgaitasunari buruzko munduko txostenean” [OME, 2011], Osasun-baldintzen eta Desgaitasunaren arteko lotura jorratzen du; bertan adierazten duen bezala, *“osasun-egoera batek, beste testuinguru-faktore batzuekin erlazionatuta, desgaitasun bat sortzeko posibilitatea, elkar loturik dauden faktoreek baldintzatzen dute”*. *Are gehiago dio: “komorbilitateak, lotuago dagoena desgaitasun larriarekin norbanakoaren minantzekin baino, ondorioak ditu desgaitasunari dagokionez”*. Horrez gain, testu horretan jasota dago joera berriak sortzen ari direla desgaitasunari lotutako osasun-egoeretan; izan ere,

datu-sorta estatistiko-epidemiologiko gero eta zabalagoa oinarri hartuta, panorama zaila dugu aurrean: adin-taldearen eta talde sozioekonomikoaren arabera arrisku-faktoreak daude eta egoera kronikoen prebalentzia goraka doa biztanleria orokorrari dagokionez. Horren haritik, txostenak hiru kategoriatan sailkatzen ditu osasun-egoeren gaineko joera horiek:

- gaixotasun infektzioak,
- gaixotasun kronikoak
- eta lesioak.

Esandako txostenak ondorioztatzen duenez, desgaitasuna aldatu egiten da faktore-konbinazio baten arabera; horien artean aipatzen ditu adina, generoa, bizitzako etapa, ingurumen-arriskuekiko esposizio-maila, egoera sozioekonomikoa, kultura eta baliabideak. Era berean, nabarmentzen du desgaitasun-tasak handitu izana, toki askotan, osasun-egoera kronikoak handitu izanarekin lotuta dagoela –diabetesa, gaixotasun kardiobaskularrak, buruko nahasmenduak, minbizia eta arnas gaixotasunak–, baita lesioekin ere. Halaber, ondorioztatzen du desgaitasun-arriskua handiagoa dela hirugarren adinean.

Osasun Sistema Nazionalen Osasuna eta Prebentzioa Sustatzeko Estrategiak [MSSSI - 2014] –non Euskadik parte hartu baitu beste erkidego batzuekin batera– osasuna irabaztera eta gaixotasunak, lesioak zein desgaitasunak prebenitzera zuzendutako esku-hartzeen garapen progresiboa proposatzen du.

Alde horretatik, dokumentu bat adostu dute adinekoen artean hauskortasuna eta ererikoak saihesteko, zeina Osasun Sistema Nazionalaren Lurraldearteko Kontseiluak onartu baitzuen 2014ko ekainaren 11n (*Documento consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, OSNren Osasuna eta Prebentzioa Sustatzeko Estrategiaren barne. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa-2014*). (Hauskortasunari eta ererikoei buruz adostutako dokumentua, OSN, 2014). Dokumentu horretan adinekoen artean hauskortasun-maila bahetzeak duen garrantzia azpimarratzen da [Hauskortasunari eta ererikoei buruzko dokumentua, OSN, 2014]. Helburu bezala, honako hau planteatzen da: «Hauskortasunaren eta ererikoen arriskuaren inguruan esku hartzea adineko pertsonen artean, narriadura funtzionala saihesteko edo atzeratzeko, baita 70 urtetik gorako populazioan osasuna sustatzeko ere». Eta OSN osoarentzat oinarritzko protokolo bateratu bat oinarri hartuta egitea proposatzen du, hauskortasun/narriadura funtzionalaren eta ereriko-arriskuaren baheketa bat barne dela, adinekoei dagokien prebentziozko esku-hartze batekin loturik lehen mailako arretaren esparruan.

Hauskortasun terminoa orain hainbat hamarkada sortu zen, eta oinarritzko kontzeptu bilakatu da geriatrian. Gaur egun, adostasun handia dago esatean haus-

kortasunaren muina intentsitate apaleko estres-eragileen aurrean zaurgarritasuna handitzea dela, elkarren artean lotuta dauden sistema baten baino gehiagoren alterazioak eraginda; horrek erreserba homeostatikoa eta organismoaren egokitzeko gaitasuna murrizten ditu eta osasunaren kontrako gertaerarako predisposizioa sortzen du [INE, 2013]. Horrenbestez, 65 urtetik gorako adineko pertsonen azpitalde bat identifikatzen du; hain zuzen, independentzia modu ezegonkorrean gordezten duten eta galera funtzionalak izateko arriskuan dauden pertsonen azpitalde bat [OME, 2011].

Hauskortasuna desgaitasunaren aurreko egoeratzat hartzen da, aldez aurreko egoera batetik desgaitasun bat garatzeko arrisku bezala edota sortzen ari den muga funtzional gisa, eta haren garrantzia zera da, funtzionalitateari eragiten diola eta ez dela fokalizatzen gaixotasun baten diagnostikoan [OME, 2002].

[Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas del SNS, 2014] agirian gomendatzen da 70 urtetik gorako pertsona guztiei hauskortasun-baheketa egitea, baita hilabetean gaixotasun kronikoen ondorioz pisuaren % 5 baino gehiago galdu dutenei ere.

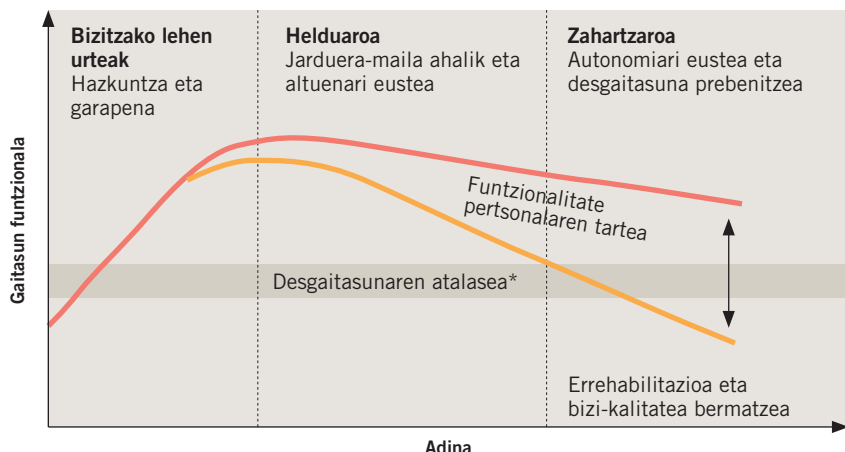
Hauskortasuna, beste hainbaten artean, faktore hauekin lotzen da: adin nagusiagoa, emakumezkoak, gaixotasun-karga handiagoa eta narriadura kognitiboa. Hauskortasunaren kausen artean faktore genetikoak, hormonalak, inflamatorioak, oxidazio-estresarekin lotutakoak, neuromuskularrak, energetikoak eta elikadurarekin zerikusia dutenak identifikatu dira; horien artean, azken puntu bezala garrantzi handia hartzen du sarkopeniak [Martín-Lesende I, 2014].

Ahuldade horiei aurre egiteko jardunbideak anitzak eta konplexuak dira, baina haien artean, arrisku-faktore nagusienetako batera bideratutakoak nabarmentzen dira, jarduera eza. Hain justu, aktibitatearik ez izatea da hauskortasunaren arrazoi nagusia, ezinbestekoa baita egoera kardiobaskularra, intsulina-erresistentzia eta muskulu eskeletikoaren narriadura (sarkopenia) zehazteko. Jarduera fisikoaren inguruan antolatutako esku-hartzeek erakutsi dutenez, oso baliagarriak dira hauskortasuna eta desgaitasuna atzeratzeko, baita buelta emateko ere [OSNren hauskortasunari eta erorikoei buruzko dokumentua, 2014].

Funtzionalitateari eustea eta narriadura sailhestea izan behar lukete adineko pertsonen inguruan egindako esku-hartze kliniko ia guztien azken elkargunea. Hori dela eta, hauskortasunari aurre egiteko diseinatutako programa guztiek funtzionalitatea izan behar dute ardatz [Gómez-Pavón J, 2007]. [OSNren hauskortasunari eta erorikoei buruzko dokumentua, 2014]

Grafiko honetan, gaitasun funtzionalaren bilakaera bizitzan zehar erakusten da. Bertan ikus daiteke, beraz, funtzionalitatea mantentzera eta/edo berreskuratzerantzuzendutako jarduketan ondorengo irabazi funtzionala, eta ondorioz, desgaitasunik gabeko zenbat urte gehiago lortzen diren.

GAITASUN FUNTZIONALARI EUSTEA BIZITZA-ZIKLO GUZTIAN



Iturria: Kalache y Kickbusch, 1997.

Posible da hauskortasunari heltzeko jarduera-protokoloak eta -programak sortzea, gaur egun hainbat programatan zatituta daukaguna poliki-poliki biltzeko; izan ere, zatikatutako programa horiek elkarren artean loturarik gabe egon ohi dira.

Lehen mailako arreta da bitarteko egokiena hauskortasuna hauteman eta kudeatzeko. Hala adierazten du «prebentzio-jarduerak adineko pertsonengan» izenburuko PAPPS 2014 dokumentuaren azken eguneratzeak [Martín-Lesende I, 2014].

ZAHARTZEAREKIN LOTUTAKO JARDUERA-ILDOAK EUSKADIN

Orain arte frogatuta geratu den bezala, zahartzea funtsezko ardatza da populazio-osasunari ekiteko orduan, osasun-sistema guztientzat. EAEn horrela dago jasota hainbat dokumentu estrategikotan:

2013-2020 Osasun Planak, goiburu honen pean «Osasuna, pertsonen eskubi-dea, guztion ardurua. Políticas de salud para Euskadi» [Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2014], transbertsaltzat jotzen du osasunaren sustapenera eta gaixotasunen prebentziara bideratutako orientazioa.

Osasun Planaren 3. lehentasun-alorra zahartzeari buruzkoa da, eta bertan zahartze osasuntsuaren aldeko apustua egiten da, pertsonen autonomiari eustera bideratutako esku-hartzeekin. Balioespen integralerako mekanismoak proposatzen

ditu, diziplinarteko kudeaketa, teknologia berrien erabileran trebatzea eta pertsonak euren ohiko inguruan edukitzea. Hori guztia, hainbat helbururen bitartez:

- 3.1 helburua: Zahartze aktiboari buruzkoa, bertan adineko pertsonen autonomia eta zahartze aktiboa posible egiteko ekintzak ezartzen dira.
- 3.2 helburua: Laguntza soziosanitarioari buruzkoa, bertan adineko pertsonentzako laguntza soziosanitario egokia adostea eta sustatzea planteatzen da, kasuaren bidezko diziplina arteko kudeaketa sustatuta mendekotasuna duten pertsonentzat eta pertsona hauskorrentzat.
- 3.3 helburua: Gaitasunari eta autonomiari buruzkoa, bertan osasun-arreta egokitzea planteatzen da, zahartzearen ondoriozko osasun-arazoak modu eraginkorragoan jorrazteko, errehabilitazioa lehenetsiz eta gaitasun funtzionalaren galera murriztuz.
- 3.4 helburua: Teknologia berriei buruzkoa, bertan, teknologia berriak egokitzea planteatzen da adineko pertsonen erabilgarritasunera eta eraginkortasunera, adineko pertsonentzako zerbitzu teknologikoen zorroa ezarrita.
- 3.5 helburua: Etxez etxeko arretari buruzkoa, bertan adinekoak beren etxean edo ohiko inguruan zaintzen jarraitzea planteatzen da. Eta hori guztia gizarte-zerbitzuetako eta osasungintzako profesionalen artean koordinazioa bilatuta, arreta pertsonalizatua, osoa eta jarraitua topatzeko adineko pertsonen edo desgaitasuna dutenei begira.

Osasun Planeko helburu hauek, era berean, Osasun Sailaren 2013-2016 aldirako ildo estrategikoetan jasotzen dira; hain zuzen ere, *gaitasunaren osasun-laguntzaren kulturatik aldendu eta osasuna sustatzearen kultura berri baterantz bide egitea* [Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2014].

Hala, 3.2 ildo estrategikoak zera dio: Erantzun integratua erronka berriei: zahartzarora, kronikotasuna eta mendekotasuna, legegintzaldi honetan garatuko den bigarren ildo da, eta herritarrak zahartzen joatearekin justifikatzen da; hala, zahartzen ari diren pertsonak kokatzen ditu osasun-sistemak, gizarte-zerbitzuekin koordinaturik, jorratu beharko lituzkeen erronken buruan.

Programa Kontratuak, halaber, 75 urtetik gorakoen mendekotasunaren balorazio-adierazleak jasotzen ditu.

Era berean, Arreta Soziosanitarioko Ildo Estrategikoen (Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak 2013an onartuak, Eusko Jaurlaritzaren ASEK, 2014), pertsona helburu duten arreta-eredua planteatzen dute. Hala, ildo horiek sektoreak koordinatzeko eredu bezala daude planteatuta, eta ez guztiekin bakarrik egiteko. Hori horrela izanik, ekintza-maila guztietan modu koordinatuan lan egin behar da, gobernamentutik hasi eta arretaraino, laguntza soziosanitarioa behar duen giza-banakoa dagoen lekuan. Beharrian soziosanitarioak dituzten pertsonen buruzko

1.2 puntuaren planteamenduan, kronikotasuna, zahartzarua, mendekotasuna eta bazterkeria-arriskua biltzen ditu eremu soziosanitarioaren esparru subjektiboa definitzen duten faktore nagusien artean [EUSKO JAURLARITZA. ASEK, 2014].

Bigarren ildo estrategikoak, 2.3 puntuan, lehen mailako arreta soziosanitarioa garatzea planteatzen du, metodologia bezala kasuen kudeaketa erabiliko duen lanketa koordinatu baten bidez, esparru soziosanitarioko eragile profesionalen diziplina eta sektore anitzeko partaidetza koordinatuarekin (Eusko Jaurlaritza, ASEK, 2014).

Deskribatutako panorama eta gidalerro guztiek pertsona nagusiak artatzeko plan berezi baten beharra indartzen dute. Beharrizan horri erantzuteko, Osakidetzaren Osasun Laguntzako Zuzendaritzak proiektu hau mamitzea bultzatu zuen.

ADINEKO PERTSONENTZAKO LEHEN MAILAKO ARRETA-PLANA (AAP) ize-narekin aurkezten dugun programa proposamen berritzailea eta konprometitua dugu eta bere xedea gure inguruneko adinekoei laguntza integratua, jarraitua eta kalitatekoa ematea da.

Honako ezaugarri hauek ditu:

- Egokia eta bateragarria izatea Lehen Mailako Arreta sarearen jarduerarekin eta baliabideekin.
- Ebidentzia zientifikoetan oinarrituta egotea eta Osakidetzaren, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioaren zein OMEren gidalerroekin bat egitea.
- Osasuna sustatzeko proposamenak eta prebentzio-jarduerak aurreikustea, adinekoaren funtzionaltasuna mantentzeko eta autonomia maila handiagoa bermatzeko xedearekin.
- Hauskortasuna hautematea ahalbidetuko duen balorazio sistematikoa proposatzea.
- Adineko pertsonen tipologiaren sailkapen bat eskaintzea, bere beharrizanen balorazio integral bat zuzentzea ahalbidetzeko eta identifikatutako tipologiara eta baloratutako subjektuen beharrizan eta lehenetsunetara egokituko diren helburu terapeutikoak zehazteko.
- Lerrokatuta egotea eta erakundeetako beste ekimen edo programen bidez adineko pertsonen arretan integrazioa onartzea, bere beharrei erantzun integrala eta koordinatua emateko.

3. Helburuak eta proposatutako ikuspegia

3.1. HELBURU NAGUSIA

Dimentsio anitzeko balorazio- eta jarduketa-prozedura bat edukitzea 70 urte edo hortik gorako pertsonentzat, egungo gomendioetan oinarriturik eta zahartze osasungarriaren sustapenera, eritasunen prebentziora eta funtzionaltasuna mantentzera orientatuta eta lehen mailako arretaren errealitatera egokituta.

3.2. HELBURU ESPEZIFIKOAK

- Adineko pertsonak bere funtzioen arabera tipologiaz identifikatzea eta kategorietan sailkatzea, aholkatu ahal izateko erarik egokienean nola ekin.
- Dimentsio aniztuneko balioespena egitea identifikatutako tipologiaz araberak, arreta pertsonalizatuko plan bat ezartzea ahalbidetuko duena.
- Adineko pertsonen funtzionaltasunari eta bizi-kalitateari eusteko laguntzen duten esku-hartzeak ezartzea.

3.3. PROPOSATUTAKO IKUSPEGIA: MAILA FUNTZIONALAREN IDENTIFIKAZIOA, TIPOLOGIEN ARABERAKO SAILKAPENA ETA DIMENTSIO ANITZEKO BALORAZIOA

Aurrez deskribatutako helburuei erantzuteko xedearekin, maila funtzionalaren identifikazioan, tipologiaz kategorizazioan eta dimentsio anitzeko balorazioan oinarrituz ekitea proposatzen da, era horretan osasun-beharrizan nagusiak identifikatzea ahalbidetu dezan eta, adineko pertsona bakoitza banaka hartuta, helburu terapeutikoak eta arreta-planak definitzeko lagungarri izan daitezten.

Identifikazioa hiru test giltzarritan oinarrituta dago:

- **NECPAL.** Zainketa aringarrien beharrean aurkitzen diren pertsonak identifikatzea ahalbidetzen du eta jarduketa, hain zuzen, izaera horrek erabakiko du.
- **Barthel-en indizea.** Pertsonak bi multzo handitan sailkatzea ahalbidetzen du: autonomoak eta mendekotasuna (EBOJ) dutenak. Mendekotasun baldintza

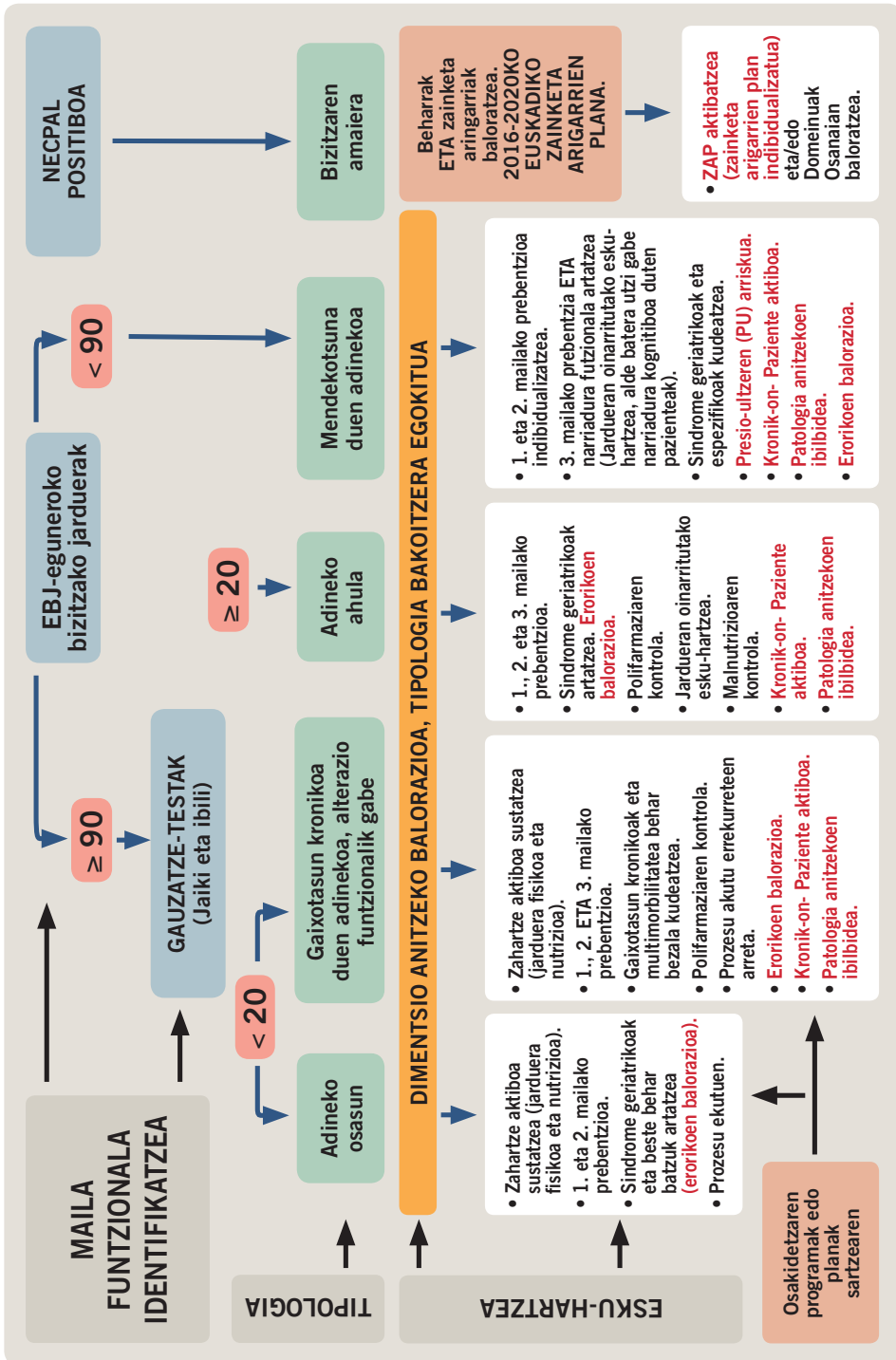
izango da subjektua artatzeko elementu giltzarriak erabakiko dituen ardatza. [4.1 atalean dator garatuta (Balorazio Funtzionala)].

- **Exekuzio funtzionaleko proba.** Pertsona autonomoei aplikatuko zaie eta subjektu hauskorrak eta sendoak identifikatzen ditu. Hauskortasun izaera giltzarria izango da subjektuaren beharriazanezi eta jarduketa-planei ekiteko. [4.1 atalean dator garatuta (Balorazio Funtzionala)].

Pertsona bakoitzaren tipologia behin identifikatu denean, haren osasun-beharrizan nagusiak hautemateko eta, horrela, beharrizan horiei erantzun ahal izateko, dimentsio anitzeko balorazio bat egingo zaio. Balorazio hori oso zabala izan daiteke, baina berorren aplikazioa ohiko kontsultetan bideragarria izan dadin, identifikatutako tipologiara egokitu beharko da, deskribatutako tipo bakoitzean lehenetsuneko zatitza jotzen diren alderdietan enfasi berezia jarri.

Ezinbestekoa da gogoan izatea balorazio hori gida modura egindako proposamen bat dela eta baloratutako pertsonen ezaugarri propioak izango direla baloratu beharreko funtsezko osagaiak benetan bideratu eta zehaztuko dituztenak.

Aurkeztutako eskema honek aldaketak izan ditzake denboran zehar, ekartzen diren esperientzia eta frogen, sortzen diren programa edo ekimenen eta profesionalen egiten dituzten hobekuntzarako ekarpenen arabera.



4. Tipologiaren sailkapena

Adineko pertsonak hainbat azpitaldetan sailka daitezke dituzten ezaugarri fisiologiko eta klinikoaren arabera, beraz, haien beharrezanetara doitu daiteke ongien egokitzen den osasun-arreta eredua, eta horrek erraztu egiten du arreta espezifikoaren eskaintza identifikatutako baldintzen eta ezaugarrien arabera. Jokabide Klinikoetan Osasuna eta Prebentzioa Sustatzeko Espainiako Lehen Konferentzian –Madrilen bildu zen 2007ko ekainean–, «Adineko pertsonen mendekotasunaren prebentzioa» berrikusketaren dokumentuan, adineko pertsonen hainbat tipologia ezarri ziren, funtzioarekin lotuta [Gómez-Pavón J, 2007]; georotik lan-talde honek egokitu ditu ondorengo dokumentu hauetako irizpideen arabera: Lehen Mailako Arretan prebentzio-jarduerak eta osasuna sustatzeko programa (PAPPSsemFYC) [Martín-Lesende I, 2014], OGZBMren hauskortasuna eta erorikoak prebentzeko dokumentua [OSNren Hauskortasunari eta erorikoei buruzko dokumentua, 2014] eta hauskortasunari buruzko Fisterra gida [Martín-Lesende I, 2015]. Hauek dira proposatutako tipologia:

ADINEKO PERTSONA OSASUNTUA

Ez daukate gaixotasun kronikorik, ez eta alterazio funtzional edo mentalik ere.

Ahaleginak pertsonaren osasun-egoera, funtzionaltasuna eta autonomia mantentzera bideratu behar dira, osasuna sustatzeko jarduerekin (bizimodu osasungarriaren sustapena), lehen mailako prebentzioarekin eta adin-tarte honetako patologia nagusien bigarren mailako prebentzioarekin. Hor sartu behar dira, orobat, sindrome geriatrikoen eta adinekoaren beste hainbat beharrezanen lanketa, bai eta ager daitezkeen prozesu akutuen arreta ere.

GAIXOTASUN KRONIKOA DUEN ADINEKO PERTSONA, ALTERAZIO FUNTZIONALIK GABE

Kronikotasunaren arreta osasun-sistema publikoaren erronka nagusietakoa da; esparru horretan kontzentratzen dira errebisio eta berrikuntzako ahalegin handienak.

Tipologia horren barruan aurkitzen dira gaixotasun kroniko garrantzitsu bat edo gehiago dituzten pertsonak, baina funtzionaltasunean arazorik ez dutenak (jaike eta ibili testaren emaitza normala da, 20 segundo edo gutxiago, edota ordezkoko exekuzio-proba egokiak ditu: *ibileraren testa <0,8 seg, edo SPPB ≥10 puntu*;

Barthel 90 puntu edo gehiago, Lawton 4-5 puntu gizonen kasuan eta 6-8 emakumeengan).

Esku-hartzea honako hauek eskaintzera bideratu beharko da: zahartze aktiboaren sustapena (jarduera fisikoa eta elikadura) 1., 2. eta 3. mailako prebentzioa, eta eritasun kronikoen kudeaketa zuzena, morbiditate anitzari eta polifarmaziaren kontrolari arreta berezia jarrita. Bestela ezin zitekeen bezala, prozesu akutu interkurrenteak ere artatu beharko dira.

ADINEKO PERTSONA HAUSKORRA

EBOJetan autonomoak diren pertsonak dira (Barthel ≥ 90), mendekotasun-arriskua dutenak eta gaitasun funtzionala murriztuta dutenak [balio aldatuak dituztenak exekuzio-probetan (jaiki eta ibili testa" >20 segundo –edo ordeko exekuzio-probetan: ibilera testa $\geq 0,8$ m seg, edo SPPB <10 puntu) ≥ 60].

Lehen, bigarren eta hirugarren mailako eritasuna prebenitzeko ahaleginak hauskortasun-izaera eragiten ari diren alderdietara bideratu beharko dira, bai eta hauskortasunari ekiteko garaiari eraginkortasuna frogatuta daukaten esku-hartzeak abian jartzera ere. Funtsean, hiru dira:

- Malnutrizioaren kontrola
- Polifarmaziaren murrizketa
- Entrenamendu fisikorako programak

Ez da ahaztu behar sindrome geriatrico nagusien prebentzioa eta lanketa (adibidez, Fisterra gida eta OGZBMren dokumentuak).

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/persona-mayor-fragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/>

https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadCaidas_personamayor.pdf

MEDEKOTASUN-EGOERAN DAGOEN ADINEKO PERTSONA

Eguneroko bizitzako oinarritzko jardueretarako –EBOJ– beste pertsona batzuen mende dauden adineko pertsonak, dela behin-behinean, edo modu iraunkorrean.

I. Barthel indizea < 90 puntu. Paziente multzo honetan helburu terapeutikoak eta zainketa-plana egokitu egin beharko dira, pertsonaren mendekotasun-egoeratik eratorritako beharrezanean erantzuteko xedearekin.

BIZITZAREN AMAIERAN DAGOEN ADINEKO PERTSONA

Tipologia honen identifikazioa NECPAL TRESNA erabiliz egingo da.

Tipologia horri modu integralean ekin behar zaio, identifikazioaren hasiera-hasieratik; izan ere, “Zainketa aringarrien 2016-2020 planean” paziente horientzat ezarritako arreta plana zehazten du.

Proposatutako tipologiaren deskribapena egin eta gero, nabarmendu behar da sailkapen hauek aldi baterakoak direla eta proposatutako balioztapenaren aldizkakotasunak aukera emango duela sailkapena egiteko kontuan hartuta une bakoitzean ikusitako gaitasun funtzionala.

Gainera, adineko pertsona bat sailkatzean dagokion tipologian, profesionalaren irizpide klinikoa giltzarri da; hain zuzen ere, hauskortasuna antzemateko aipatutako probek, egile batzuen arabera, positibo faltsuen eta negatibo faltsuen ehuneko handi samarra izaten dutelako [Martín-Lesende I, 2015]

IV. eranskina. Adineko pertsonen tipologiak egoera funtzionalaren arabera.

5. Adineko pertsonaren dimentsio anitzeko balorazioa

ZER DA DIMENSIO ANITZEKO BALORAZIOA?

Adineko pertsonen ebaluazio egituratua da. Haien egoera funtzionala eza-gutzera eta hori mantentzera zein hobetzera bideratua.

Balorazio geriatrikoaren alderdi nagusiak hautatu dira horretarako, gero, lehen mailako arretako ohiko kontsultekin bateragarri egiteko.

Batez ere, Osakidetzaren Lehenetsitako eskaintzan jasotako jardueretan oinarrituta dago, erreferentziatzko dokumentu eta gidaliburuetan (prebentzio-jardueren eta osasuna sustatzeko programa, Familia eta Komunitate Medikuntzako Espainiako Elkarte, semFYC elkartearen PAPPS dokumentua, Osasun Sistema Nazionalaren hauskortasunari eta erorikoei buruzko adostasun-dokumentua eta abar), baita Lehen Mailako Arretako Erizaintza Komunitarioko Elkarten Federazioaren gomendioetan ere, eta lantalde honek adostutakoan.

NORK EGIN BEHAR DU?

Balorazioa medikuen eta/edo erizainen artean koordinatuz egingo da.

NORI EGIN BEHAR ZAIO?

Oro har, osasun-zentrorra atxikitako ≥ 70 urteko pertsoneri, egoera egonkorrean daudenean (ez berriro akutu bilakatuta, ez gaixondoan, ez ospitalean alta hartzean...).

NON ERREGISTRATZEN DA?

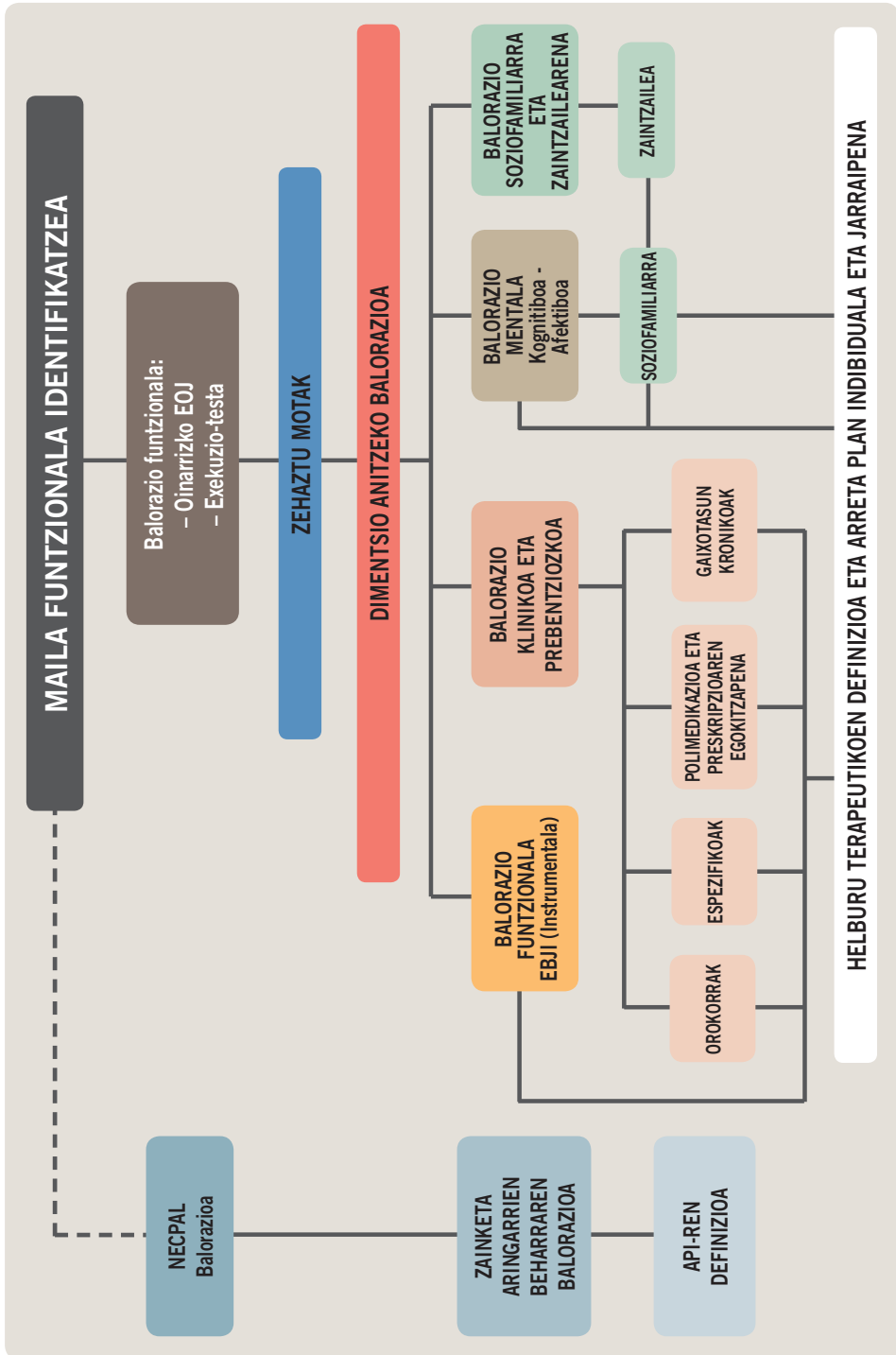
Historia klinikoan, Osabide Global eta Osanaia aplikazioen bidez. Hori da erregistroaren zentroa eta oinarria, eta, horrez gain, formulario espezifiko bat dute programa horretarako; medikuak eta erizainak sar daitezke bertara formularioa betetzera.

ZENBATEAN BEHIN?

Balorazio hori 1 eta 3 urte arteko maiztasunarekin egitea proposatzen da, salbu eta balorazioaren atalak arreta pertsonalizatuko planetan (APP) sartuta daudenean maiztasun laburragoz, edo aldaketa esanguratsuak gertatu badira pertsonaren egoera klinikoan, familian edo egoera sozialean.

ZER SARTZEN DA?

- Dimentsio anitzeko balorazioak ondorengo osagai hauek hartzen ditu kontuan:
 - Zainketa aringarrien beharrak baloratzea
 - Balorazio funtzionala
 - Bizitzaren amaierako balorazioa
 - Prebentziozko balorazio klinikoak
 - Balorazio kognitiboa
 - Balorazio soziofamiliarra eta zaintzailearena
- Beharrianen mugaketa bat, emaitza gisa terapia- eta zainketa-plan bat emango duena.
- Jarraipena eta ebaluazioa, zehaztutako hainbat adierazleren arabera.
- Egindako balorazio guztien erregistro egokia (**Ikus V. eranskina – OSABIDE GLOBAL- OSANAIA erregistroa**); bertan adierazten da non dagoen erregistrolekua Historia Klinikoan).



5.1. ZAINKETA ARINGARRIEN BEHARRAREN BALORAZIOA

Zainketa aringarrien beharra hautematea, identifikatzen den une horretatik bertatik modu integralean jorratzea eskatzen duen izaera bereziko egoera da eta paziente horien arreta-plana erabakitzen duen “Zainketa aringarrien plana 2016-2020” izenekoan jasota dago.

Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) honela definitzen ditu Zainketa Aringarriak (ZA): «bizitzarako mehatxu diren gaixotasunei lotutako arazoei aurre egin behar dieten paziente eta familien bizi-kalitatea hobetzeko ikuspegia dute oinarrian; sufrimendua prebenitu eta arintzen dute, mina eta beste arazo fisiko, psikosozial eta espiritual batzuk era goiztiarrean identifikatu eta hutsik gabe ebaluatu eta tratatzearen bidez».

Goiz identifikatzea garrantzi handikoa da, helburu terapeutikoak eta zainketa planak (aurretiazko borondateak barne) pazientearekin eta familiarekin batera adostu eta definitzeko; hortaz, baldintza hori NECPAL tresnaren bitartez baloratzea proposatzen da.

Funtsezkoa da API (Osakidetzako Arreta Plan Indibidualizatuko zainketa aringarriak) aktibatzea eta/edo Osanaian domeinuen arabera baloratzea.

5.2. BALORAZIO FUNTZIONALA

5.2.1. EGUNEROKO OINARRIZKO JARDUERAK - EOJ

A. Eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak (EBOJ)

Neurketa horri esker, eguneroko oinarrizko auto-zaintzan mendekotasuna duten subjektuak eta autonomoak bereizten dira.

Barthel-en indizea [Mahoney F, 1965]. Eskala honek inguru hurbilenean – etxean, eskuarki– modu autonomoan funtzionatzeko auto-zaintzako oinarrizko jarduerak baloratzen ditu (elikadura, mugikortasuna, garbitasuna, esfinterren kontinentzia...).

Eskala honek –erabilera handia du gure artean– subjektuak kategorizatzea ahalbidetzen du mendekotasun mailaren arabera, eta hori balio handikoa da balorazioa egiteko. Balorazio horren arabera, mendekotasuna duela irizten zaio 90ez azpiko puntuazioa duenari. Hala ere, aipatutako kategorizazioa egiteko hainbat modu daude; hala, Barthel-en eskalan 70eko puntuazioa duen pertsona batek mendekotasun arina edo ertaina duela ondoriozta daiteke, eskala horren aplikazio desberdinak kontuan hartuta. Plan honen helbururako irizten diogu garrantzitsua dela oraindik autonomoak diren subjektuak identifikatzea, esandako autonomia hori sustatzeko; era berean, oso sentiberak izan behar dugu jada mendekotasu-

na dutenen identifikazioan, mendekotasun egoera horrek dakartzan beharriazane erantzun goiztiarra emateko. Horregatik, eta plan hau estatu edo nazioarte mailan leudekeen antzeko beste ekimen batzuekin lerrokatzea errazteko ere bai, aplikatzeko modukoa iruditzen zaigu Adineko pertsonen hauskortasunaren eta erorikoen prebentzioari buruz adostutako dokumentuan proposatutako kategorizazioa. (OSNren osasuna eta prebentzioa sustatzeko estrategia).

- Mendekotasun eza 100 (90 gurpil-aulkian egonez gero)
- Mendekotasun arina (91-99). (91-89 gurpil-aulkian egonez gero)
- Mendekotasun ertaina (61-90).
- Mendekotasun larria (21-60). Erabateko mendekotasuna (<21)

Epai-puntuak kalkulatzeko: Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol. 1989;42:703-9.121

Eskala hau egitean mendekotasun ertainetik erabatekora arteko egoera identifikatzen bada (≥ 60), edota mugikortasunaren murrizketa nabaria duen etxeko paziente baten kasuan bagaude, interes handikoa da presio-ultzeren balorazioaren eskala pasatzea: Braden I. eranskina.- Eskalak eta probak 2. taula. [Braden, 1994] [Bernal MC, 2001]; eta Osakidetzako PUP- eta zainketa-protokoloan markatutako jarraibideak gomendatzen dira.

B. Eguneroko bizitzako jarduera instrumentalak (EBJI)

Lawton eta Brodyren indize klasikoa [Lawton MP, 1969]

Eskala honen bidez, komunitatean modu independentean bizitzeko beharrezko jarduera instrumentalak egiteko pertsonaren gaitasuna neurtzen da (erosketak egin, otorduak prestatu, dirua eta telefonoa erabili, sendagaiak hartu, etab.). Jarduera elaboratuagoak ebaluatzen ditu eta, horrenbestez, eguneroko bizitzako jarduera oinarrikoak baino lehen galtzen dira.

EBOJetan mendekotasun larriko egoera dagoenean ez da komeni eskala hori pasatzea; baina gainerako pazienteen kasuan interes handikoa da, eguneroko bizitzako jarduera instrumentaletan zer ahalmen dituzten jakiteko eta, horrela, pertsona horien beharriazane balorazio doia egin ahal izateko. Gerta daiteke EBOJetan autonomoak diren pertsonak (Barthel), EBJJetan mendekotasuna izatea (narriadura kognitiboren bat duten pertsonak gertatzen zaie). Hauskortasun egoeran, EBJJetan izaten da kaltea lehenengo. Gainbehera horrek narriadura funtzionala goiz hautemateko balio du, mendekotasuna atzeratu ahal izateko garaiz detektatu behar dena.

5.2.2. EXEKUZIO-TESTA

Proba hauek, modu errazean, ahalmen funtzionala baloratzen dute ibilera eta orekako proben bitartez.

Dokumentu honetan zehar «jaiki eta ibili testa» [Podsiadlo D, 1991] [Mathias S, 1986] egitea gomendatzen bada ere, badira beste test batzuk gure inguruan berdin balio lezaketenak, hala nola «Short Physical Performance Battery» (SPPB) izenekoa eta ibilerako abiaduraren testa. Guztiek dituzte epai-puntuak, subjektu hauskorak eta erorikoak edo osasunarekin zerikusia duten kontrako gertaerak sufritzeko arrisku handia dutenak identifikatzeko. **I. eranskina Eskalak eta probak 1. Taula. Exekuzio-Testa**

5.3. PREBENTZIOZKO BALORAZIO KLINIKOA

Pazienteen egoera klinikoa baloratzen du: arrisku-faktoreak edota patologia kronikoa egotea, mobilitate anitza eta polifarmazia eta, egoeraren arabera, aplika daitezkeen jarduerak haztatzen ditu.

Funtsezkoak aipatuko ditugu, izan ere, APPen bitartezko Lehenetsitako Eskaintzako protokoloak hartu baititugu aintzat.

5.3.1. PREBENTZIO NEURRI OROKORRAK

■ Tentsio arteriala (TA)

Adineko pertsonen TA hartzeko, Lehenetsitako Eskaintzan adierazitako irizpideak eduki behar dira kontuan, arterietako hipertentsioa definitzeko mugako zifrak populazio orokorraren berdinak baitira. Hala ere, funtsezkoa da aintzat hartzea helburu terapeutikoak subjektuaren adina eta komorbilitatea kontuan hartuta zehaztu behar direla.

Baliagarria izan daiteke dokumentu hauek kontsultatzea.

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertension-arterial/>

■ Pisia eta GMI neurria

Garrantzitsua da pisua neurtu berria izatea (<1 urte), eta erreferentziazko altuera ere, bai eta gorputz-masaren indizea kalkulatzeko ere, GMI (pisua/garaiera ber bi metrotan).

Komeni da arreta jartzea urtean pisuaren % 5 nahi gabe galdu dutenei, biztanle orokorrak direnean, eta % 3 galdu dutenei, paziente hauskorak direnean.

Pisu baxua (GMI<23,5 gizonezkoetan eta <22 emakumezkoetan) hilkortasun arrisku handiarekin lotzen da. Obesitatea ere aintzat hartu behar da (GMI>30).

Pisu baxua edo nahi gabeko pisu-galera erregistratzen denean, indikazioa MNA testa egitea eta proteinak hartzen direla ziurtatzea da.

Oheratutako pazienteena kalkulatzeko, **I. eranskina –Eskalak eta probak, 2. taula. Pisuaren eta altueraren estimazioa oheratutako pazienteetan–** atalean adierazitako formulak erabil daitezke.

■ Immunizazioak

Osasun Sailaren Txertaketen Eskuliburuaren arabera, 65 urte edo gehiagoko populazio osasuntsuarentzat hauek gomendatzen dira:

- Gripea: Urtean dosi 1.
- Tetanos - difteria. : Osatu 5 dosi
- 23 V pneumokokoa: Dosi 1

Lotutako patologia duten gainerako pazienteen kasuan, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Txertaketen Eskuliburuan adierazita dauden txertatze-jarraibideak aplikatu beharko dira:

http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/manual_vacunaciones/eu_def/adjuntos/00-TXERTAKETEN-ESKULIBURUA-2018.pdf

■ Ohitura toxikoak

Tabakoa eta alkohola. Lehenetsitako eskaintzaren irizpideen arabera baloratuko dira.

Tabakoa: Lehenetsitako eskaintzan planteatutakoaren arabera, historian erregistratu beharko da erretzailea den ala ez; hala baldin bada, aholku laburra eman-go zaio eta tratamendu indibiduala edo taldekoa eskainiko zaio.

Alkohola: Lehenetsitako eskaintzan planteatutakoaren arabera, abstemioak ez diren pertsona guztiei AUDIT testa egingo zaie, Osabide Globaleko bertsioan. 3 urtetik behin. Salbuespena: edaten ez duten adinekoak edota AUDIT testa 9z azpikoa dutenak.

■ Jarduera fisikoa

Froga argiak daude maila jakin bateko jarduera fisikoak onura ugari eta nabarmenak ekartzen dituela pertsonen osasunerako eta, bereziki, 70 urtetik gorako pertsonen kasuan, funtzioak galtzea atzeratzen duela, eta ondorioz, hauskortasuna ere.

Atal honen balorazioa Lehenetsitako Eskaintzan adierazitakoaren arabera egin beharko da.

Funtsezkoa da gure paziente guztiekin baloratzea jarduera fisiko nahikorik egiten duten.

Horri balio bat emateko, galdera honi erantzun dakiok: “egiten al du egunero 30 minutuko jarduera fisikoa, gutxienez (edo astean 4 ordu), lanean eta/edo aisialdian?”

Hauskortasun kasuetan, komeni da osagai anitzeko entrenamendu programak gomendatzea, frogatuta baitago eraginkorrak direla funtzioak hobetzeko edota haiek berreskuratzeko. Hainbat ariketa sartzen dira programa horietan: erresistentzia aerobikoaren alorrekoak, muskuluak indartzekoak, malgutasunekoak eta orekakoak.

EAEen ekimen interesgarriak daude, jarduera eta ariketa fisikoko programa hau eta beste batzuk egiteko sortutakoak; kasurako, Mugiment. Proiektu horren helburua jarduera fisikoa sustatzera eta egoneko bizitza gutxitzera zuzendutako ekimenak bateratzea da, inaktiboak diren pertsonak izateari utz diezaioten ezarritako neurriak lehenetsiz. Gaur egun, hainbat udalerritan ari dira pertsona inaktiboentzat berariaz sortutako abordatzea egitean, horien artean, adinekoak; hain zuzen ere, osasun zentroek eta kirol teknikariek arreta indibidualizatua ematen diete modu koordinatuan.

Informazio hau kontsultarako zein adinekoei emateko izan daiteke:

- Orri orokorra.

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksalu02/es/contenidos/informacion/aktibili/es_aktibili/index.html

- 65 urtetik gorakoentzako gomendioak .

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksalu02/es/contenidos/informacion/aktibili/es_aktibili/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/aktibili_actividad_fisica/es_aktibili/mayores_65.html

- Mugiment.

<https://mugiment.eus/es/>

- Adineko pertsonengan hauskortasuna eta erorikoak prebenitzeko adostutako dokumentuan egindako gomendioak.

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf

- Osagai anitzeko Vivifrail ariketa fisikoen programa 70 urtetik gorakoentzat.

<http://vivifrail.com/es/documentacion/send/2-documentos/20-guia>

5.3.2. ADINEKO PERTSONENTZAKO PREBENTZIO-JARDUERA BEREZIA

■ Ikusmena

Gaitasun bisuala zehaztu eta ikusmen-nahasmenduak identifikatu daitezke Snellen optotipoen bidez.

Ezin baldin badira erabili, kontsulta txikia delako edota halakorik ez dagoelako, adineko pertsonari edota senitartekoari galdera hau egingo zaio: «Gaizki ikusteak traba egiten dizu eguneroko jardueretarako?».

Baiezkoa erantzuten badu, baloratu oftalmologiako kontsulta artekoa eskatzea eta ekin erorikoen prebentzioari.

Ikusmen-zolitasunaren alterazio bezala hartzen da, zuzendutako ikusmena < 0,4 denean begi batean edota galderari ezezkoarekin erantzuten dionean. Kasu hauetan, Optometristarengana bideratzea baloratu beharko da, leiarrak egokitzeko edo jartzeko.

Ikusmen-gaitasunaren % 33 baino gehiago galdu dutenekin, komenigarria litzateke baloratzea ONCEko zentroetara bideratu behar zaien, material tifloteknikoa erabiltzeko aukera balia dezaten.

Garrantzitsua da beste begietako patologia batzuk baloratzea eta kontrolatzea (erretinopatia diabetikoa, erretinopatia hipertentsiboa, glaukoma, eta abar.)

■ Entzumena

Entzumenaren zolitasuna baloratu behar da eta ohiko patologia hauteman sistema honetan, baldin badago, galdera hau eginez: “Baduzu zailtasunik elkarriketa bat entzuteko, telebista ikusteko edota telefonoz hitz egiteko?” (Erreparatu elkarriketa horretan bertan tankera horretako zailtasunik ba ote duen).

Pazienteak zailtasunik badituela adierazten badu, otoskopia egin argizari-tapoa ez dela ziurtatzeko eta erreparatu hobeto entzuten ote duen kendu ostean. Hobekuntzarik ez badago edo tapoirik ez badago, beste otoskopia bat egitea baloratuko da, edota ORLra kontsulta artekoa eskatzea edo entzuteko protesi zentro batera joateko aholkatzea.

Ikusi gaixotasun kroniko larrien historiarik duen entzumenari dagokionez (zehaztu), eta egiaztatu otorrinologokoak kontrolatuta duen edo ez.

■ Erorikoak

Garrantzi handikoa da aurretiko erorikoak historian erregistratzea eta erorikoen arriskuaren balorazioa egitea, “Osakidetzako erorikoen prebentziorako protokoloan» deskribatzen den bezala”:

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Asistencia%20Sanitaria/Enfermeria/Protocolo/Protocolo%20para%20la%20%20Prevención%20de%20caídas.pdf>

arrisku balorazio hori egiteko algoritmo bat proposatzen da bertan.

Gai honi buruz gehiago jakiteko **II. eranskina Erorikoak** kontsultatu daiteke, baita gomendio agiri hauek ere:

- “Ebidentzietan oinarritutako gomendioak, erorikoen prebentzio eta tratamendurako”

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/comunicacion/publicaciones/corporativas/Paginas/Guías.aspx>

- “Adineko pertsonengan hauskortasuna eta erorikoak prebenitzeko adostutako dokumentua”

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf

■ Nutrizioa-Hidratazioa

Elikadura osasuntsua giltzarri da osasun egoera egokia eta funtzionaltasuna mantentzeko, bai eta gaixotasun asko prebenitzeko ere. Aski frogatua dago dieta mediterraneoaren patroia gomendatzea baliagarria dela gaitasun funtzionalaren galera eta hauskortasuna prebenitzeko.

Hala ere, egoera nutrizionalaren balorazioa ez da sistematikoki sartzen gure ohiko praktika asistentzialetan. Arrazoi asko dago ez txertatzeko, tartean, gai hori aztertzeko tresna egokiak nahikoa ez zabaltea edota profesional gehien-gehienak ez trebatzea, diagnostiko eta gomendio nutrizional egokiak egiteko gai izan daitezen.

Adineko pertsona baten kasuan indikatuta dauden balorazio nagusiak nutrizioari eta dietari dagokionez, hauek dira:

- Obesitatea edo pisu baxua identifikatzea: kasu orotan, GMIaren balorazioaren bitartez
- Berriki izandako pisu-galtzea identifikatzea [azken urtean, hasierako pisuaren % 5 (% 3 hauskorrek direnen kasuan)]
- Malnutrizioaren baheketa: MNA erabiliz
- Dieta mediterraneoaren gomendioen jarraipena egitea
- Pertsona hauskorrekin edo hausturak izateko arrisku handia dutenekin, ondo dator D bitaminaren maila baloratzea

Gomendagarria da digestioaren alterazioak identifikatzea.

Garrantzitsua da baloratzea likidoen ekarpena eta larruazal eta mukosen hidratazio-maila, PEUen arriskua eta deshidratazioa prebenitzeko.

Osasuntsu jateko aholkuak (plater osasungarria) kontsultatzeko:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/informazioa/elikadura-osasungarria/r85-cksalu02/eu/>

■ Ahoa

Oso garrantzitsua da ahoaren egoera zehaztea, mastekatzeko eta irensteko arazoak, higiena eta tankerakoak nabarmentzeko.

■ Inkontinentzia

Inkontinentziarik ba ote den balioetsi behar da, eta tipifikazio posibleak egin. Honako galdera hauek erabilgarriak izan daitezke:

1. Ihes egin dizu inoiz gernuak ez tul, barre edo ariketa fisikoa egitean?
Esfortzuko inkontinentzia
2. Ihes egin dizu inoiz gernuak komunera bidean?
Urgentziatzko inkontinentzia edo funtzionala
3. Ihes egin dizu inoiz gernuak ahaleginarekin edota komunera bidean iristeko astirik gabe?
Inkontinentzia mistoa
4. Ihes egin dizu inoiz gernuak nahi gabe?
Gainezka-inkontinentzia edo inkontinentzia erreflexua

Informazio gehiago nahi izanez gero, hau irakurtzea proposatzen dugu: **III. eranskina. Gernu-inkontinentzia.**

■ **Tratu txarrak hautematea**

Adineko pertsonen emandako tratu txar fisikoak eta ekonomikoak prebenitzeko eta hautemateko, EAEn ezarritako prozedura abiaraziko da; hain zuzen ere, Eusko Jaurlaritzak 2015ean argitaratutakoa. Prozedura horrek arreta soziosanitarioa izango du ardatz, eta helburua asistentzia izango da; adineko pertsonen kalte eta lesio fisiko zein ekonomikoak saihestea du helburu, edota halako kalteak arintzeko esku hartzea eta gehiago gerta ez daitezen neurriak hartzea.

Prozedura horretara hemendik sar daiteke:

http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c5/es_def/adjuntos/c5_es.pdf

■ **Ospitaleratzeak azken urtean**

Azken urtean izan dituen ospitaleratzeak ezagutzea lagungarri da paziente konplexuak identifikatzeko eta berorien beharrianak ongi baloratzeko.

5.3.3. POLIMEDIKAZIOA ETA FARMAKOEN ERABILERA EGOKIA

Polimedikazioa sarri gertatzen den fenomeno da eta handitu egiten da adinarekin. Zenbatekoari dagokionez, polimedikazioaz mintzatzeko erabiliena den epai-puntua bost sendagai edo gehiagokoa da, modu kronikoan hartzen badira, edota, termino kualitatiboetan, farmako desegokien edo klinikoki egokiak ez diren erabilpena kontuan hartuta. Gainera, zerbaki horretatik aurrera agertu ohi dira osasunean ondorioak izan ditzaketen farmako desegokiak.

Medikazioa berrikustea eta egokitzea: Medikazioaren berrikuspena pazientearen erregimen terapeutikoaren azterketa kritiko eta egituratua da, haren osasunean duen inpaktua hobetzeren eta polimedikazioaren arriskuak gutxitzeren.

Helburu hauek ditu, besteak beste:

- Pazientearen segurtasuna hobetzea.
- Dituen patologietarako beharrezkoak diren farmakoen preskripzioa bermatzea.
- Medikazioaren kontrako gertaerak, elkarreaginak eta bikoiztasunak ekiditea.
- Beharrezkoak ez diren botikak kentzea.
- Atxikidura handitzea, osasun arloko emaitzak eta patologien kontrola hobetzeko xedearekin.

Tratamenduaren berrikuspena egiteko orduan, oinarritzakoa da medikazioaren zerrenda ahalik eta osatuena egitea. Zerrenda horretan, ohiko tratamenduz gainera –historia farmakoterapeutikoan lor daiteke– errezeta gabeko sendagaiak, osasungintza-produktuak, sendabelarrak, bitamina eta mineral gehigarriak eta gainerako auto-medikazioa sartuko dira. Zerrenda osatzeko metodo erabilienetako bat

da pazienteari hartzen duen medikazio guztia kontsultara ekarraraztea edo bere etxean egiaztatzea.

Adineko pertsonen artean maiz gertatzen dira polimedikazio-egoerak; horregatik, esponentzialki biderkatzen da kontrako gertaera eta iatrogenia arriskua eta, beraz, ahalegin are handiagoa egin beharko da terapia-plana optimizatzen: dosiak adineko pertsonaren ezaugarrien arabera doitzea (adibidez, giltzurruneko gutxiegitasuna badu), edo pazientearen ezaugarri fisiologikoak kontuan hartuta (farmakoak argitzeko edo iraitzeko ahalmen txikiagoa...). Arreta berezia eskaini behar zaie sindrome geriatriko garrantzitsuekin –erorikoak, esate baterako– lotura duten sendagaiei. **II. eranskina- Erorikoak - Medikazioaren berrikuspenaren atala.**

Adineko pertsonen medikazioa berrikusteko eskura dauden erremintei dagokienez, baliagarriak izan daitezke STOPP-START irizpideak.

https://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp_start_espanol.pdf

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Mejorando%20la%20prescripci%3%b3n%20de%20medicamentos%20en%20las%20personas%20mayores.pdf>

http://cbilbao.osakidetza.net/Web/es/docs/Farmacia/2016/Guia%20ayuda%20STOPP_START_%20Noviembre%202016.pdf

http://cbilbao.osakidetza.net/Web/es/docs/Farmacia/2016/Anexo%20a%20STOPP_START_CF_2016.pdf

Farmakoterapia-gidek preskripzioa kontuan hartzea gomendatzen dute polimedikatutako adineko pertsonengan kontrako gertaerak ekiditeko. Preskripzioarena prozesu mailakatua da eta farmakoz farmako egin beharrekoa, segurtasun-arazo garrantzitsuak eragin ditzaketenetatik hasita, adibidez, antikolinergikoak eta lasaigarriak. [Infac, 20. liburukia, zk.: 8-2012].

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2012/es_def/adjuntos/INFAC_vol_20_n_8.pdf

Era berean, tresna (modulu) berri bat integratu da duela gutxi Presbiden, informazio eguneratua ematen duena sendagaien erabilera-baldintzei buruz, paziente geriatrikoen kasuan.

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/persona-mayor-fragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/>

Fitxa berri horren barruan, honako hauek kontsultatu ahalko dira:

- Sendagaiaren erabilera gomendatua.
- Erabilera potentzialki desegokia.
- ≥ 65 urteko pazienteentzat gomendatutako gehieneko dosia, gehieneko dosi orokorraren berdina ez bada.

- Alternatiba terapeutikoak (baldin badaude).
- Intereseko informazio osagarria.

Bere edukia STOPP-START irizpideetan eta intereseko beste erreferentzia bibliografiko batzuetan oinarritzen da. Erreferentzia horiek Osakidetzaren intranet korporatiboan daude eskura, ondoko kokapen honetan:

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/salud-atencion/farmacia/prescripcion-electronica-vademecum/Ayudasprescrip/Geriatri/Paginas/default.aspx>

Atxikidura terapeutikoa. PRESBIDEn txertatutako erreminta espezifikoen bidez balora daiteke, baita Morisky-Green testa barnean duten formularioetan ere – Beste datu garrantzitsu batzuk ere baditu baloratu beharreko pertsonaren atxikipen-segimendua egiteko.

Medikazioa behar bezala hartzea erraztu dezaketen laguntzen artean daude sendagai-antolatzaile berrerabilgarriak edo pilula-ontziak (pazienteak berak, senitarteko batek edo zaintzaileak bete ditzakeenak) eta Dosifikazio Sistema Pertsonalizatuak (DSP) izenekoak, denbora jakin baterako eta paziente zehatz batzuentzat prestatzen direnak horretarako baimena duten farmazia-bulegotan.

Halaber, medikazioa behar bezala hartzea errazteko oso baliagarriak dira Tratamendu Aktiboaren Orria (TAO), non sendagai bakoitza nola eta noiz hartu adierazten den (sendagai aldaketa dagoen bakoitzean inprimatzea aholkatzen da) eta «Nire tratamendua» App-a, zeina Historia Klinikoan integratua baitago eta informazio eguneratua erakusten baitu, sendagaia hartu behar duen orduetan jotzen duten alarmak barne. Biak pazienteak berak (autonomia eta gai bada) edo zaintzaileak kontsulta ditzake.

Aintzat hartu beharreko beste alderdi bat trantsizio asistentzialak dira (adibidez, ingresua, ospitaleko alta, ospitaleko kontsultetara edo larrialdietara bideratzeak), instituzio soziosanitarioan arretea ematea edo ingresatzea, izan ere, zaurgarritasun handiko uneak dira pazientearen segurtasunerako, preskripzio okerretarako arrisku handiagoa dagoenez. Prozesu horietan guztietan adineko pertsonak ohikoak izaten direnez, gogoan izan behar da trantsizio asistentzialak momentu egokiak izan daitezkeela, era berean, medikazioa kontziliatzeko prozedurak garatzeko.

Erabilgarria izan liteke dokumentu hauek berrikustea

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_2_revisando%20medicacion%20anciano.pdf

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2012/es_def/adjuntos/INFAC_vol_20_n_8.pdf

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia_pacientes_geriatricos.pdf

5.3.4. GAIXOTASUN KRONIKOAK

Gaixotasun kroniko asko daude adinean aurrera egin ahala agertu ohi direnak; horregatik, oso ohikoa izaten da 70 urte edo gehiagoko pertsonengan –eta horiei zuzenduta dago AAP hau– hainbat eritasun kroniko aktiboren diagnostikoak aurkitzea. Eta errazagoa da gaixotasun kroniko horietatik eratorritako konplikazioek pertsonaren funtzionaltasunean narriadura sorraraztea.

Gaitasun funtzionalean eragin handiena duten gaixotasun honako hauek dira:

- Gaixotasun osteoartikularrak (artrosia, erreumatismoak...) mina edota muga funtzionala eragiten dutenean.
- Gaixotasun koronarioa
- Bihotzeko gutxiegitasuna
- Bihotzeko arritmia.
- Dementzia
- Ikusmen- eta entzumen-eskasia garrantzitsuak, zuzenketa izanda ere
- Gaixotasun mentalak (psikosia, depresioa, antsietate garrantzitsuak)
- Inkontinentzia
- Anemia
- BGBK
- Gaixotasun neurodegeneratiboa
- Diabetes Mellitus (DM)

LMAko profesionalak identifikatutako patologiei eman beharko die erantzuna; horretarako erabilera arrunteko praktika klinikoko gidei egingo die kasu eta bigarren eta hirugarren mailako prebentzioko esku-hartze egokienetara orientatuko du.

Hala eta guztiz ere, maiztasun handiz gertatuko dira komorbilitate egoerak, non bi edo hiru eritasun kroniko baino gehiago batera egongo diren. Kasu horietan beharrezkoa izango da gaixotasunen koexistentzia eta berorretatik eratortzen diren inplikazioak baloratzea preskripzioa egokitzeko. Sarri gertatzen den egoera izan arren, erabaki konplexuak hartzeko sostenguak oraindik ere mugatuak dira. Hona adibideren bat.

<https://www.uptodate.com/contents/managing-multiple-comorbidities>

<http://www.fisterra.com/herramientas/comorbilidad/>

5.4. BALORAZIO MENTALA

5.4.1. BALORAZIO KOGNITIBOA

Galdetegi honek erraz eta xumeki balioesten ditu, batez ere, denborari eta espazioari buruzko orientazioa eta memoria, eta lehen gerturatze bat da narriadura kognitiborako.

Narriadura kognitiboaren susmoa pizten duten pertsoneri egin beharko zaie. EBJlen (Lawton eta Brody) edo EBOJen (Barthel) alerazio zantzuak izanez gero, Pfeiffer-en galdetegi pasatu beharko da [Pfeiffer E, 1975].

Balorazio hau ez zaie egingo aldeztatik aurretik demenzia-diagnostikoa dutenei, eta ez da herritarren baheketa orokor bat egingo.

Egoera kognitiboa zabalago balioetsi nahiko bagenu, badira beste batzuk, ebaluatzeko esparru-sorta zabalagoa jorratzen dutenak, hala nola Loboren Mini Azterketa Kognoszitiboa (MAK) [Lobo A, 1979] [Lobo A, 1999], besteak beste, orientazioa, finkatzea, hizkuntza eta eraikuntza ebaluatzen dituenak.

5.4.2. BALORAZIO AFEKTIBOA

Nahasmendu afektiboen sintomen susmoetara bideratua dago eta Goldberg-en depresio-galdetegi laburtua baliatzea proposatzen da [Goldberg D, 1988].

Balorazio hau ez zaie egingo aldeztatik aurretik depresio-diagnostikoa daukatenei.

Proba honetan positibo emateak ez du diagnostikoaren balioa izango. Balorazio mediko bat egiten jarraitu beharko litzateke, depresio handiaren aztarnak ba ote diren zehazteko eta tratamendua behar ote den ikusteko.

5.5. BALORAZIO SOZIOFAMILIARRA ETA ZAINZAILERENA

5.5.1. BALORAZIO SOZIOFAMILIARRA

Alderdi sozialen oinarritzko balioespina (bizikidetzak, zaintzailearen identifikazioa, harreman sozialak, baliabide sozialen erabilera, arrisku sozialeko faktoreak) egitean datza; ezin garrantzizkoagoa adinekoen kasuan.

Garrantzizkoa da Beti-On zerbitzuaren bitartez telelaguntza emateko euskariaren beharrezkoak kontuan edukitzea; beraz, haztatu egin beharko da prestazio hori posible den edo ez. Hautematen bada, gainera, pertsonak euskari sozial desegokia edo gizarte-baldintza txarrak dituela, erreferentziazko udalaren oinarritzko gizarte-zerbitzuekin koordinatzea baloratu beharko da banakako arreta-plan bat ezartzeko edo beste baliabide batzuk aktibatzea behar diren edo ez ikusteko. Balorazio soziosanitario bat egingo da, ahal dela, RAI-Ca tresnaren bitartez (sarbiderik izan ezean, aktibatzea nahi izanez gero, dagokion ESiko Koordinazio Soziosanitarioko arduradunarekin jo beharko da sarbide-gakoa berari eskatzeko). Behin harremana ezarrita, arreta bateratuko eta diziplina anitzeko (medikua, erizaina eta gizarte langilea) plan individualizatu bat osatu beharko da, kontuan izanik beste baliabide batzuk aktibatzeke beharra dagoen ala ez.

Balorazio hau aktibo edukiko da harik eta balorazio soziosanitarioa hedatu arte, historia kliniko soziosanitarioari eusten dion erremintaren bidez.

5.5.2. ZAINZAILEREN BALORAZIOA

Programan sartutako pertsona guztien kasuan erregistratu beharko da zaintzaile nagusirik ba ote den edo ez.

Askotan, adineko pertsona da beste pertsona bat zaintzen duena; kasu horietan zaintzailearen gainkarga eta zainketari lotutako morbiditatea baloratu beharko dira.

Pertsona zaintzailearen gainkarga baloratuko da honako hauen bidez:

- *Narriadura kognitiboa*, Barthel testa <60 eta alarma-sintomak dituzten *pazienteak zaintzen dituzten pertsoneri*, edo profesionalak beharrezkoa jotzen duenean, gainkarga baloratuko da Zarit-en galdetegiarekin [Martín M, 1996; Montorio I, 1998; Zarit S, 1985]. Gainkarga egon daitekeela susmatuko da Zarit testaren emaitza < 46 puntukoa denean.
- *Narriadura kognitiborik ez duten pazienteak zaintzen dituztenen kasuan, pazienteek Barthel testean <60 badute, alarma-sintomak badituzte edota profesionalak beharrezkoa jotzen badute, zaintzailearen gainkarga balioetsiko da Caregiver Risk Screen (CARE-2001) galdetegiaren bitartez [Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash & Barylak, 2001].*

Emaitzetan epai-puntuak honako hauek lirateke:

- 10 puntura arte: Normala
- 11-20 artean: Gainkarga-arriskua
- > 20: Amore emateko arriskua

Galdetegiak emandako emaitzak orientagarriak dira zaintzailearen gainkarga berresteko. Gainkarga izanez gero, baliteke zaintzen den pertsonaren gaixotasunaren alderdiek eragindakoa izatea, zainketaren beharra, laguntza formala eta soziala... Guztiak ere alde aurretik baloratu ditugu, eta haiei heltzeak eragin positiboa izan dezake egoera honetan. Galdetegi honen emaitza pazientearen historian gordeko da; edonola ere, gainkargak zaintzailearen gainean garrantzi handia duela iruditzen zaigunean eta ikusten dugunean balorazio eta esku-hartze espezifiko behar dituela, aipatzeaz gain, zaintzailearen historian bertan gordetzen saiatuko gara zaintzaileari berari baimena eskatuta, eta gomendatuko diogu bere osasun-zentroko erreferentziako profesionalengana jotzea (posible da, era berean, aurrez aurrekoa ez den hitzordu bat ezartzea ere horretarako, familia-medikuarekin edo erizainarekin).

6. Esku-hartze plana

Adineko pertsonaren balorazioa dagokion medikuntzako eta erizaintzako profesionalek egin beharko dute.

Arazoak kontzepzio global baten baitan mugatu behar dira, eta komenigarria izango da:

- tender a agrupar los problemas en síndromes geriátricos o problemas generales,
- considerar los nuevos o los no tratados, y
- los que sean potencialmente modificables

Ez dago modu eksklusiboan patologietan eta koadro kliniko zehatzetan pentsatu beharrik. Baliteke askotariko arazoak izatea, hala nola zailtasun sozialak, ibilera ezegonkorra, zaintzailea definitu gabe egotea, edo ez edukitzea, tetanosaren kontrako txertoa hartu gabe egotea, eta abar.

Esku-hartzeak irizpide instituzionaletara egokitu beharko dira, egungo jakintzetara, ebidentzia zientifikoaren mailara eta eskura dauzkagun bitartekoetara. Oso zaila da jarduera guztiak protokolo bidez zehaztea, eta, gaur egun bezala, egoerak lantzeko garaian aldakortasuna agertuko da. Ahal den neurrian, abordatze proposamen guztiak lotu egin dira praktika klinikoko gida edo protokoloekin, horiek Osakidetzakoak edo hortik kanpokoak izan. Jarduera errealistak behar dute izan, gure aukerak eta bitartekoak kontuan hartuta diseinatuak, egingarriak, eta, ahal den neurrian, diziplina anitzekoak, kontuan izanik mugitzen garen esparruan ditugun profesionalak.

Eguneroko jardunean planteatzen diren egoera guztietan bezala, Lehen mailako arretan ezin ebatzi daitekeen osasun-arazoren bat identifikatzen baldin bada, hori abordatzeko arreta-eremu egokienera bideratuko da. Arazoei erantzun emateko, baliabide egokien arabera behar diren esku-hartzeak zehaztuko dira (baliabide sanitarioak eta soziosanitarioak barne), planifikatutako esku-hartze bakoitzean profesional arduraduna erabakita.

Adinekoetan funtzionaltasuna mantentze aldera eraginkortasun handiena frogatu duten esku-hartzeak hauek dira:

- Jarduera-ariketa fisikoa.
- Erorikoak prebenitzea.
- Polifarmazia murriztea eta preskripzioaren egokitzapena hobetzea.
- Nutrizioa berrikustea eta abordatzea.

Adineko pertsoneri arreta egiteko programa lerrokatuta dago adinekoen arretaren arloko beste programa eta ekimen instituzional batzuekin eta haiekin bat egiteko aukera ematen du, pertsona horien beharrei erantzun integral eta koordinatua emateko helburuarekin.

Behin eginda Dimentsio anitzeko balorazioa, profesional bakoitzak bere helburu terapeutikoak zehaztuko ditu, pertsonen osasun-behar eta -arazoen arabera, eta Historia Klinikoan erregistratu.

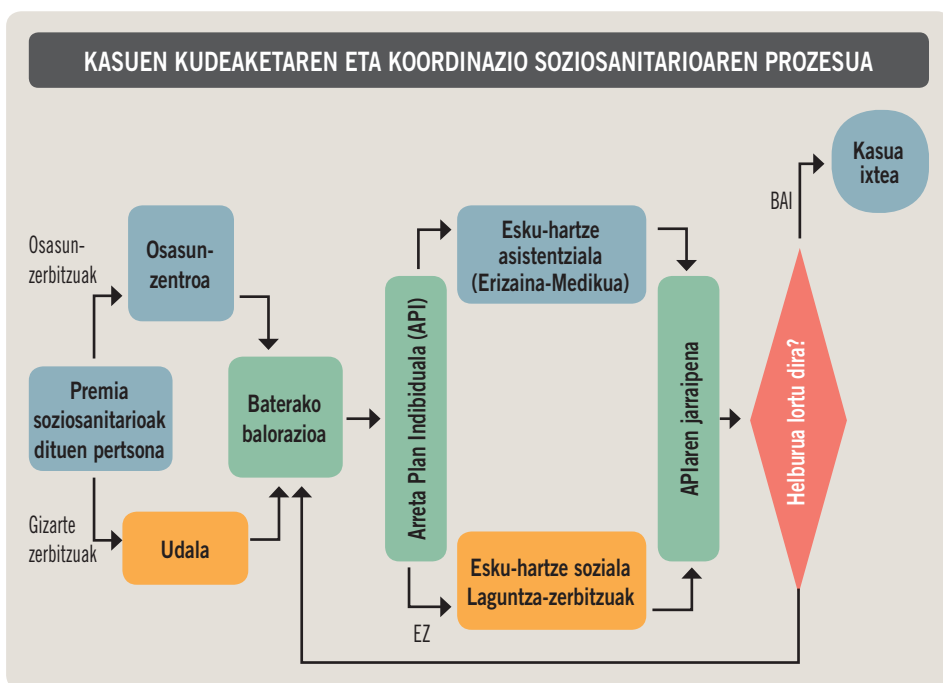
- Pazientearen Medikuntzako eta Erizaintzako erreferentziako profesionalek esku-hartze plana sortzea, eta bertan adieraztea eskuratu beharreko Helburuak, hortik abiatuta jarraipena eta balorazioa egiteko eta helburuon betetze-maila neurtzeko.
- Burutu beharreko esku-hartzeak erabakitzea, antzemandako osasun-arazoetan oinarrituta
- Proposatutako zainketak egin ahal ditzaten, paziente/familia heztea, behar baldin badute.
- Agendan egunak zehaztea, Telefono bidezko jarraipena egiteko, aurrez aurrekoan sintomak antzemateko, bai eta deskonpentsazio arriskuaren faktoreak aztertzeko ere.
- Egin beharreko jarraipena zehaztea eta lehen mailako arretako esku-hartze plana programatzea.
- Pertsonaren berrebaluazioa egitea, bere osasun-egoeran aldaketarik badago edo bestelako laguntza-zerbitzuak behar badira.

Balorazioa egin ondoren, soziofamiliarra eta zaintzailearena, egokitzen jotzen bada gizarte baliabideak aktibatzea, bilera batera deituko zaie dagokion Udaleko Gizarte Zerbitzuei, bertan, Kasuen kudeaketaren metodologiari jarraituta, Arreta Plan Indibiduala eta multiprofesionala egiteko. Gizarte Zerbitzuekin Arreta Plana sortzeko faseak hauek dira (ikus garapena eta fluxugrama):

- Prozesuan sartu behar diren pazienteak identifikatzea: Lehen mailako arretako Medikuntzako eta Erizaintzako profesionala zein Oinarrizko gizarte zerbitzuko Erizaina edo Gizarte-langilea, paziente non artatu eta eureganatu duten arabera.
- Kasuaren Balorazio soziosanitarioa egitea (RAI-CA aplikatzea).
- Esku-hartze plana sortzea: Medikuntzako eta Erizaintzako profesionala eta Gizarte-langilea, erdietsi beharreko Helburuak bertan adierazita, jarraipena egiteko eta helburuak betetzen ari diren baloratzeko.
- Zer esku-hartze egin behar den erabakitzea, antzemandako Osasun eta Gizarte arloko arazoetan oinarrituta.
- Proposatutako zainketak egin ahal ditzaten, paziente/familia heztea, behar baldin badute.

- Agendan egunak zehaztea, Telefono bidezko jarraipena egiteko, aurrez aurrekoan sintomak antzemateko, bai eta deskonpentsazio arriskuaren faktoreak aztertze ere.
- Egin beharreko jarraipena zehaztea eta lehen mailako arretako esku-hartze plana programatzea.
- Pertsonaren berrebaluazioa egitea, kasua ebatzea lortzen ez bada eta bere osasun-egoeran aldaketak badaude edo bestelako laguntza-zerbitzuak behar badira: Medikua, Erizaina eta Gizarte-langilea.

KASUEN KUDEAKETAREN FLUXUGRAMA:



7. Erregistro sistema

Adinekoen Arreta Planari (AAP) erantzuteko, berriazko erregistro sistema bat planteatu da:

OSABIDE GLOBALEN:

1. Formulario korporatiboak:

- *Maila funtzionala eta motak identifikatzea* medikuntzako eta erizaintzako profesionalek erabiltzeko.
- *Dimentsio anitzeko balorazioa egiteko formulario korporatiboa* medikuntzako profesionalek erabiltzeko.
- AAPan planteatzen diren *eskala guztietarako formularioak*.

2. Adinekoen arreta planaren (AAP) Gida

Historian errazago erregistratzea du helburu, AAPko dimentsio anitzeko balorazioan proposatutako formularioak arinago bilatzen laguntzen du eta.

3. Paziente hauskorren alerta

Osabide Globalen eskuragarri dauden alertetako bat da.

Eskuz aktibatzen da; beraz, pazientearen egoera aldatzen bada desaktibatu egin beharko da.

V. eranskina.- Osabide Globalen/Osanaian erregistratzea

OSANAIAN

Maila funtzionalaren eta moten identifikazioa eginda, erizainek NANDA-NOC-NIC taxonomiei jarraituta lan egingo dute, Osanaiaiko Zainketa Planean jasota utziz.

Osanaian erregistratzeko baimenak eman zaizkie medikuntza arloko profesionalei atal hauetan:

- Erorikoak
- Zaintzailea
- Protesiak

Erregistroa eranskin honetan adierazitakoari jarraiki egingo da: [V. eranskina.- Osabide Globalen/Osanaian erregistratzea](#)

8. Koordinazioa beste eragile sozial batzuekin

Osasun Sailarekin eta Eusko Jaurlaritzaren gainerako sailekin sustatu den orientazioa prebentzioa lehenestera eta osasuna sustatzera dago bideratuta; guztia ere hainbat irizpide kontuan hartuta, hala nola unibertsaltasuna, elkartasuna, ekitatea, efizientzia, kalitatea eta herritarren partaidetza [Osasun Sailaren 2013-2016 aldirako ildo estrategikoak].

X. legegintzaldian jorratutako bigarren ildoak zahartzaroari, kronikotasunari eta dependentziari lotutako alderdiak jorratu ditu; izan ere, herritarrak etengabe zahartzen ari direla jakiteak ipintzen duen erronkak eragiten du Osasun Sailak alderdi hauei heltzea, baina gizarte-zerbitzuekin lankidetzan betiere.

Erronka horiei erantzuna emateko, ezinbestekoak dira euskal erakunde guztien lankidetzak eta koordinazioa, baita herritarren euren partaidetza ere, eragile aktibo gisa. Alde horretatik, interes berezia dauka beste eragile sozial batzuekin koordinatuta jarduteak egoerak hala eskatzen duenean (udaletako eta osasun publikoko prebentzio-teknikariak, agente judizialak, Ertzaintza, paziente-elkarteak edo boluntarioenak, besteak beste).

Osasunaren lehen mailako arretan ahaleginak egin behar dira eta jarduera berrantolatu, herritarrak kontuan hartuta osasungintza berriro ere bideratuta, esku-hartzeak behar, mendekotasun edota hauskortasun handienak dituzten herritarrengana zuzenduta. Esku-hartzeok osasungintzako emaitzak hobetzera bideratu behar dira, kolektibo horiek ahalik eta autonomia handiena edukitzera, eta, horretarako, gizarte-zerbitzuekin modu koordinatuan jardun behar da, pertsona horiei edota haien zaintzaile zein erreferentziako senitartekoei babes-baliabideak eskaini behar zaizkienean [Osasun Sailaren 2013-2016 aldirako 2. ildo estrategikoa].

Euskadiko Gizarte Zerbitzuei buruzko Legeak (12/2008 Legea, abenduaren 5ekoa, Gizarte Zerbitzuei buruzkoa) honela dio: «Osasun-arazo larriak direla-eta, edo eginkizunen arloko mugak direla-eta, eta/edo gizartetik bazterturik geratzeko arriskua dela-eta, pertsona batzuek behar dituzten zainketek osatzen dute arreta soziosanitarioa, osasun-arreta eta gizarte-arreta aldi berean biltzen dituen, koordinatua eta egonkorra, arreta jarraituaren printzipioarekin bat datorrena.»

2017-2020rako Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren Lehentasun Estrategikoetan ere jasota dator koordinazioari jarraitutasuna ematearen beharra, erakundeen arteko adostasunetik hasita eta kudeaketa konpartituz, arreta eremu eta maila desberdinen artean.

Gizarte Zerbitzuekin elkar hartuta emandako arreta eskatzen duen paziente baten aurrean gaudenean, balorazio soziosanitario bat jarriko da abian, Rai-Ca erremintaren bitartez, zeina Osasungintzako Zerbitzuen Erakundeetan eta Gizarte Zerbitzuetan ari baita hedatzen. Kasu horietan, osasungintzako profesionalak (medikuntza eta erizaintza) eta pazienteari dagokion udaleko langile soziala talde gisa eratuko dira, hau da, Lehen Mailako Arreta Soziosanitarioko Taldea sortuko dute, Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren ildoetako batean aurreikusten den bezala. Talde horrek arreta jarraitua, eraginkorra eta koordinatua eskatzen duen pertsonaren balorazio soziosanitarioa eta Banakako Arreta Plana (BAP) egin beharko ditu, arretaren jarraitasuna bermatzeko xedearekin eta, betiere, bikoiztasunak eta asistentzia-hutsuneak saihestuz. Hori guztia, kasuen kudeaketarako metodologia batean oinarrituta egin beharko da; horretarako, arreta soziosanitarioko ildo estrategikoetan aurreikusitako xede-populazioen arreta soziosanitariorako protokoloetan zerbitzu-erakunde bakoitzak finkatu dituen irizpideak jarraituko dira.

VII. ERANSKINA.- Balorazio oziosanitarioa: RAI-Ca.

9. AAP-ren ebaluazioa

AAP programaren ebaluazio bat planteatzen da, osagai hauei dagokienez:

1. Hedapena eta estaldura

EAEko osasun-zentro guztietan ezartzea hartzen da kontuan, eta, horrenbestez, ezarpen horren estaldura eta erritmoa ebaluatuko ditu, aintzat hartuta hiru urteko epean kupo mediko bakoitzeko adineko pertsona guztiak ebaluatzea da-goela ezarrita.

2. ≥ 70 urteko pertsonen egoera funtzionala eta kliniko-soziala.

AAP balorazioan oinarrituta, egoera funtzionalaren, hauskortasunaren eta egoera sozio-klinikoaren deskribapena egingo da; kontuan hartzen diren aldagaiak balorazioari dagozkionak izango dira.

3. Inpaktu klinikoa

Programaren helburua osasun arloko emaitzak lortzea da, aldagai jakin batzuen bitartez, berorien garrantzi klinikoa edota pertsona helduaren egoeran izan dezaketen adierazgarritasuna aintzat hartuta.

Ebaluazioaren edukia eta adierazleak **VI. eranskinean (APPren ebaluazioa)** daude jasota.

Informazio-iturria OSABIDE GLOBALeko datuak edo OSANAIAkoak.

10. Bibliografía

- Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España 2015, Indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red (10). 2015. Hemen eskuragarri:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- Bernal MC, Curcio CL, Chacón JA, Gómez JF & Botero AM. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. Rev Esp Geriatr y Gerontol 2001; 36 (5): 281-6 or.
- Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. Res Nurs Health 1994; 17: 459-70 or.
- Ebidentzietan oinarritutako gomendioak, erorikoen prebentzio eta tratamendurako:
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/eu/comunicacion/publicaciones/corporativas/Orriak/Gu%c3%adas.aspx>
- Erorikoak Prebentzeko Protokoloa:
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Asistencia%20Sanitaria/Enfermería/Protocolo/Erorikoak%20prebenitzeko%20protokoloa.pdf>
- Europako Batzordea COM(2010) 2020. Europa 2020: Estrategia bat hazkuntza adimendun, iraunkor eta integratzailerako.
http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/president/news/documents/pdf/20100303_1_es.pdf
http://ec.europa.eu/archives/commission_2010-2014/president/news/documents/pdf/20100303_1_es.pdf
- Europako Batzordea COM(2010) 546 azkena. Europako ekimen enblematikoa 2020: Batasuna berrikuntzaren alde:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0546:FIN:ES:PDF>
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Osasun Plana. Euskadiko Osasun Politikak 2013-2020. Hemen eskuragarri:
<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net>
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Euskadiko Osasun Politikak 2013-2020.
http://www.bibliotekak.euskadi.eus/cgi-bin_abnet16/abnetclop/016959/ID77e29aa8/NT1?ACC=111&LANG=eu-ES

- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Osasun Sailaren 2013-2016 aldirako ildo estrategikoak. Hemen eskuragarri:
<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/eu/quienes-somos/estrategia/Oriak/Lineas-Estrategicas-del-Departamento-de-Salud-2013-2016.aspx>
- Adineko pertsonen artean hauskortasuna eta erorikoak prebenitzeko adostasun-dokumentua (Osasun Sistema Nazionalean Osasuna eta Prebentzioa Sustatzeko Estrategia). Osasun Sustapeneko eta Epidemiologiako Zuzendariorde. Osasun Publiko, Kalitate eta Berrikuntzako Zuzendaritza Nagusia. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berritasun Ministerioa. 2014. Hemen eskuragarri:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>
- Linka zuzenean pdf-ra:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
- EUSTAT Euskal Estatistika Erakundea/Instituto Vasco de Estadística-Populazioari buruzko 2026rako proiektioak, emaitzen analisia. Hona. Vitoria-Gasteiz, 2014. Eskuragarri hemen:
http://eu.eustat.eus/estadisticas/tema_163/opt_0/temas.html
- EUSTAT Euskal Estatistika Erakundea/Instituto Vasco de Estadística Osasun egoera. Euskadiko osasun-inkesta.
http://eu.eustat.eus/estadisticas/tema_16/opt_0/temas.html
- EUSTAT 2015 Euskal Autonomia Erkidegoko biztanleria, lurralde-eremuka, adin- eta sexu-talde handien arabera.
http://www.eustat.eus/bankupx/pxweb/es/euskara/-/PX_2212_ep06b.px#axzz5DOVJD0VM
- EUSKO JAURLARITZA. LEHENDAKARITZA. Kanpo Harremanetarako Idazkaritza Nagusia. TXOSTENA: Zahartze aktiboari eta osasuntsuari buruzko proiektu pilotua – 2011
http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.eus/r48-contnot/es/contenidos/noticia/ni11_033/es_ni11_033/adjuntos/ni11_033_es.pdf
- EUSKO JAURLARITZA. Osasun Saila 2014. Euskadiko Osasun Politikak 2013-2020.
http://www.bibliotekak.euskadi.eus/cgi-bin_abnet16/abnetclop/O16956/ID69f2a4d7/NT1?ACC=111&LANG=eu-ES
- EUSKO JAURLARITZA. Osasun Saila 2014. Osasun Sailaren Ildo Estrategikoak 2013-2016.
https://www.euskadi.eus/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/lineas_estrategicas_%20castellano.pdf

- EUSKO JAURLARITZA. Arreta Soziosanitarioko Lehentasun Estrategikoak 2017-2020
http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas-estrategicas-sociosanitarias-2017-2020.pdf
- EUSKO JAURLARITZA. Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua - 2014. Arreta Soziosanitarioaren Ildo Estrategikoak.
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/l_e_sociosanitarias_es.pdf
- FAECAP. ARAZO KRONIKOAK DITUZTEN PERTSONAK ARTATZEKO ESTRATEGIA. MENDEKOTASUNAREN ETA HAUSKORTASUNAREN AURREKO ESTRATEGIA.
<http://www.faecap.com/publicaciones/show/estrategia-para-la-atencion-a-las-personas-con-problemas-cronicos-estrategia-ante-la-dependencia-y-la-fragilidad>
- Graham JE, Ostir GV, Kuo YF, Fisher SR, Ottenbacher KJ: Relationship between test methodology and mean velocity in timed walk tests: a review. Arch Phys Med Rehabil 2008, 89:865–72.159.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988.97: 897-9 or.
- Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán JJ, Regato P, Abizanda P, Formiga F, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Documento de Trabajo, 1ª Conferencia de Promoción y Prevención de la Salud en la Práctica Clínica en España. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Madril, 2007. Hemen eskuragarri:
<http://www.msc.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf>
- Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash & Barylak, 2001. Galdetegia Caregiver Risk Screen (CARE). In
<http://www.msvu.ca/site/media/msvu/CRS%20%20English%20WATERMARK.pdf>
- IMSERSO. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2008, tomo I. Osasun eta Gizarte Politika Ministerioa. IMSERSO. ARTEGRAF SA Madril 2009. Hemen eskuragarri:
http://www.msc.es/novedades/docs/informe2008_1.pdf
- IMSERSO. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2008, tomo II. Osasun eta Gizarte Politika Ministerioa. IMSERSO. ARTEGRAF SA Madril 2009. Hemen eskuragarri:
http://www.msc.es/novedades/docs/informe2008_IIporCCAA.pdf

- IMSERSO. Informe 2012 Las personas mayores en España. Osasun, Zerbitzu Sozial eta Berdintasun Ministerioa. IMSERSO. Madril, 2014. Hemen eskuragarri:
<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=1&id=59438&irPag=1&clave=C7S1cT3wn7&pos=0>
- INE. Esperanzas de vida en salud - 2015
www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf
- INE (Estatistika Institutu Nazionala). Encuesta de Integración Social y Salud (EISS2012). 2013. Hemen eskuragarri:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p470&file=inebase&L=0>
- INE. Espainiako populazioaren proiektzioa 2014-2064 (prentsa-oharra). 2014. Hemen eskuragarri:
<http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- INEbase. Gizarteratze eta Osasun Inkesta (GOI2012).
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p470&file=inebase&L=0>
- Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 14 (2): 61-65 or.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-186 or.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Camara C, Ventura T et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen-Cognoscitivo (primera versión en castellano Mini-Mental State Examination) en la población general geriátrica. Med Clin (Bartzelona) 1999;112: 767-774 or.
- Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El “mini examen cognoscitivo”, un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 1979; 3: 189-202 or.
- Martín-Lesende I, Gorroñogoitia A, Molina M, Abizanda P. Guía FISTERRA: Persona mayor frágil: detección y manejo en Atención Primaria. 2015. Hemen eskuragarri:
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/persona-mayor-fragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/>
- Martín-Lesende I, López-Torres JD, Gorroñogoitia A, de-Hoyos MC, Baena JM, Herreros I. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en atención primaria (recomendaciones PAPPS, actividades preventivas en los Mayores). Aten Primaria. 2014; 46 (4. gehigarria): 79-81 or. Hemen eskuragarri:
<http://papps.org/>

- Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol. 1996; 6:338-46 or.
- Mathias S, Nayak U, Isaacs B. Balance in elderly patients: the “Get-up and Go” test. Arch Phys Med Rehabil 1986; 67: 387-9 or.
- Montorio I, Izal M., López A. y Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de Psicología, 1998; 14 (2), 229-48 or.
- OSASUN, GIZARTE ZERBITZU ETA BERDINTASUN MINISTERIOA. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. OGZBM-2014. TXOSTENAK, AZTERLANAK ETA IKERKETA 2014.
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
- OME (Osasunaren Mundu Erakundea). Osasun-gaiak: zahartzea. Hemen eskuragarri:
<http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- OME. Desgaitasunari buruzko txostena, 2011. Hemen eskuragarri:
www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf
- OME. Zahartze aktiboa, esparru politikoa. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(S2): 74-105 or. Hemen eskuragarri:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- Peters DM, et al. Assessing the Reliability and Validity of a Shorter Walk Test Compared With the 10-Meter Walk Test for Measurements of Gait. J Geriatr Phys Ther 2013;36:24-30. Speed in Healthy, Older Adults160.
- Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-441 or.
- Podsiadlo D, Richardson S. The Timed “Up&Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 142-8 or.
- Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. Vergara et al. Health and Quality of Life Outcomes 2012. Hemen eskuragarri:
<http://www.hqlo.com/content/10/1/130>
- Zarit S, Orr N, Zarit J. The hidden victims of Alzheimer’s disease: families under stress. New York: University Press; 1985.

11. Eranskinak

I. ERANSKINA ESKALAK ETA PROBAK

1 TAULA. EXEKUZIO-TESTA

1. “Jaiki eta ibili testa”

“Jaiki eta ibili” test kronometratua (Timed Up and Go Test “TUG”), mugikortasuna kuantifikatzeko berariaz diseinaturia izan zen eta osasun-egoeraren narriadura eta eguneroko jardueretakoa iragarri dezakeela frogatu da, baita erorikoena ere, ibileraren abiaduraren testak bezalatsu; etor daitekeen desgaitasuna iragartzeko tresna gisa, ordea, ikusi da ahalmen eskasagoa duela. Proba honetako emaitza, dirudienez, epe laburreko (urtebetera) iragarle onena da eta, hortaz, baliagarritasun handienekoa, ondoriozko esku-hartzeak aurrera eramateko, jarduera fisiko eta ariketa urriari kontrajarrita, horiek epe luzeagoko (3 urtera) iragarpena egiten baitute. Badago esperientzia berorren erabilera eta baliozkotuta dago gure ingurunean. Baliozkotuta dago, orobat, eroriko-arriskua ebaluatzen ere, eta duela gutxi baliozkotu dute, era berean, hauskortasuna diagnostikatzeko tresna modura [OSNren hauskortasunari eta erorikoei buruzko adostasun-dokumentua 2014].

Aztertu beharreko pertsonak aulki batean eserita egon behar du, beso-euskarriarekin eta bizkarraldearekin, bizkarra ondo bermatuta duela eta besoak euskarriaren gainean dituela. Proba hau laguntzarik gabe egin beharko du, normalean erabiltzen dituen laguntza teknikoak eta oinetakoak erabilia. Eserlekuak 45-47 cm garai izan beharko du, eta beso-euskarritik lurrera 63-65 cm arteko distantzia egon beharko da. Aulkitik altxatzeko eskatuko zaio, ahal dela besoak bermatu gabe; ondoren, hiru metro ibiltzeko buelta emateko, eserlekura bueltatu eta, azkenik, berriro ere esertzeko.

Proba baten ondoren, beste bi egingo dira, eta denbora onena eman duena hartuko da kontuan.

Tarteak, testa egiteko emandako denboraren arabera:

- < 10 seg. → Normala
- 10-19 seg artean → Alterazio oso txikia.
- 20-29 seg artean → Alterazio moderatua.
- >30 seg. → Alterazio larria

Normal bezala, gure protokoloan <20 segundoko epai-puntua hartuko da.

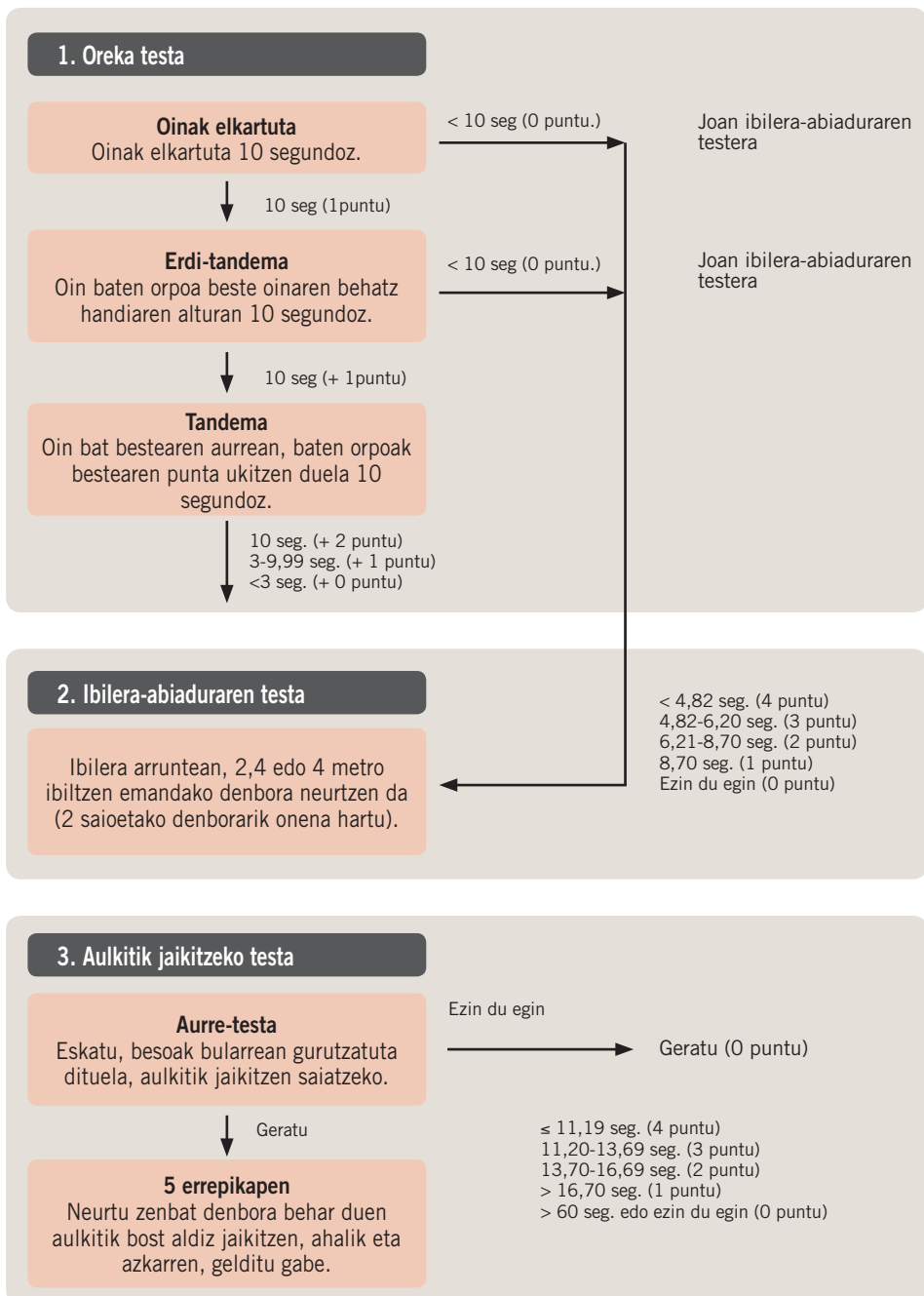
Nahiz eta estandarizatzeko zailak diren, kontuan izan behar dira proba egiteko ezaugarriak ere:

- baldar ibili den,
- babesak bilatu dituen (laguntza teknikoak izan ezik),
- erortzeko joera duen,
- oreka galtzen duen,
- esandakoa ondo ulertzen ez duen...

2. Short Physical Performance Battery (SPPB edo Guralnik-en testa)

Gero eta erabiliagoa da eta baliozkotuta dago gure ingurunean osasunaren lehen mailako arretarako; aplikazio nahikoa erraza du. Hemen aurkezten diren testen artean, desgaitasuna iragartzeko berariaz diseinatutako test bakarra da; eraginkorra dela erakutsi du kontrako gertaerak, mendekotasuna, instituzionalizazioa eta hilkortasuna iragartzeko. Instituzionalizazioa eta heriotza iragartzeaz gainera, 90eko hamarraldian frogatu zen SPPB testa subjektuaren bilakaera denboran monitorizatzeko tresna egokia dela (puntu leko aldaketak klinikoki adierazgarriak dira); gainera, gauza da mendekotasunaren garapena iragartzeko ere, bai eguneroko bizitzako jardueretan, eta bai mugikortasunean, 4 urtera begira. Iragartzeko ahalmen hori hainbat populaziotan frogatu zen, betiere, adinaren, sexuaren eta komorbiditatearen arabera doitu. SPPB, hortaz, test fidagarri eta baliozkotuenetako bat da hauskortasuna hautemateko eta desgaitasuna iragartzeko. Mugikortasunaren murrizketetako neurri objektibo gisa gomendatua izan da. Mendekotasun gabeko 74 urtetik gorako pertsonen lagin adierazgarri batean, lehen mailako arretan artatu zirelarik, % 30,5ek (% 36,6 emakumeak eta % 21 gizonak) muga funtzionala erakutsi zuten proba honen arabera [OSNren hauskortasunari eta erorikoei buruzko adostasun-dokumentua 2014].

Hiru proba egin behar izaten dira: oreka (hiru jarrera hauetan: oinak elkartuta, erdi-tandem eta tandem), ibileraren abiadura (2,4 edo 4 metrotan) eta aulki batetik bost aldiz jaikitzea eta esertzea. Oso garrantzitsua da proben sekuentzia errespetatzea; izan ere, aulkitik altxatzeko probarekin hasten bagara, pazienteak nekatu egin daiteke, edota beste bi azpi-testetan faltsuak diren errendimendu baxuak eman ditzake. Neurtutako kudeaketa-denbora 6 eta 10 minuturen artekoa da. Espainiako populazioari dagozkion balio arautuak populazio-kohorteei eta lehen mailako arretari dagozkien hainbat azterlanetan zehaztu dira. SPPBren guztizko puntuazioa hiru azpi-testen emaitza da, 0 (puntuazio okerreina) eta 12 artekoa. Puntuu bateko aldaketek esanahi klinikoa dute. Puntuazioa 10 baino txikiagoa bada, esan nahi du hauskortasuna duela pertsona horrek eta desgaitasun-arrisku handia, baita erorikoak izatekoa ere. Ondoren, eskema bat eta proba egiteko protokolo bat aurkezten dira:



SPPB bateria egiteko eskema: Rodríguez Mañas L. et al. An evaluation of the effective-ness of a multi-modal intervention in frail and pre-frail older people with type 2 diabetes-the MID-frail study: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014; 15:34.

[OSNren hauskortasunari eta erorikoei buruzko adostasun-dokumentua 2014]

PROZEDURAK:

1. OREKAREN TESTA

Jarraibideak:

Erdi-tandemeko oreka posizioan hasi: (oin baten orpoa beste oineko behatz handiaren alturan). Postura honetan mantendu ezin diren subjektuek bi oinak elkartuta orekari eusten saiatu behar dute. Mantendu dezaketenek tandemeko posizioa probatuko dute, oin elkartuetatik igaro gabe.

- a. **Erdi-tandemeko oreka:** Orekan egon zaitezenez nahi dut, orpo baten aldame-nak beste oineko behatz handiaren aldamera ukitzen duela, 10 segundo inguruan. Nahi duzun oina jar dezakezu aurrean.
 - 10 segundotan mantentzen da → 2
 - 10 segundo baino gutxiago mantentzen da (idatzi zenbat segundotan...) → 1
 - Ez du lortzen → 0

- b. **Oreka bi oinak elkartuta:** Zutik egon zaitezenez nahi dut, geldirik, bi oinak elkartuta, 10 segundoz, gutxi gorabehera. Besoak erabili ditzakezu, belau-nak tolestu edo gorputza mugitu ere bai, orekari eusteko, baina saiatu oinak ez mugitzen. Egon postura horretan nik esan arte.
 - 10 segundotan mantentzen da → 2
 - 10 segundo baino gutxiago mantentzen da (idatzi zenbat segundotan...) → 1
 - Ez du lortzen → 0

- c. **Oreka tandemean:** Orain orekan egon zaitezenez nahi dut, oin bat bestearen aurrean duzula, baten orpoak bestearen punta ukitzen duela 10 segundoz. Nahi duzun oina jar dezakezu aurrean. Itxaron, erakusten dizudan bitartean.

(Komeni da parte-hartzailearen ondoan egotea, posizioan jartzen laguntzeko. Utzi subjektuari besoetan berma dadin, harik eta oreka lortzen duen arte. Parte-hartzailea oinak tandemean dituela eta orekan dagoenean hasi kronometratzen).

 - 10 segundotan mantentzen da → 2
 - 10 segundo baino gutxiago mantentzen da (idatzi zenbat segundota...) → 1
 - Ez du lortzen → 0

Puntuazioa:

- Oreka bi oinak elkartuta. Ezin du egin edo 0-9 segundo artean → 0
- Oreka bi oinak elkartuta 10 seg eta < 10 seg erdi-tandemean → 1
- Erdi-tandemean 10 seg eta tandemean 0 eta 2 seg artean → 2
- Erdi-tandemean 10 seg eta tandemean 3 eta 9 seg artean → 3
- Tandemean 10 seg → 4

2. IBILERA (2,44 edo 4,00 METRO)**Jarraibideak:**

Zure ibilera normalean ibili behar duzu korridorearen azkenera heldu arte. Azkeneko marka igaro behar duzu gelditu baino lehen. Bastoia, taka-taka edo kalean ibiltzeko erabiltzen duzun edozein laguntza erabili zenezake. Ni joango naiz zurekin. Prest zaude?

Puntuazioa:

Parte-hartzailea ibiltzen hasten denean hasiko zara kronometratzen eta azkeneko oinak distantziaren marka igarotzen duenean geratuko duzu kronometroa.

Distantzia 2,44 metro / Distantzia 4 metro m/s

Puntuazioa

- Ezin du egin - Ezin du egin → 0
- 5,7 seg > 8,7 seg < 0,43 m/seg → 1
- 4,1 - 6,5 seg 6,21 – 8,70 seg 0,44-0,60 m/seg → 2
- 3,2 - 4,0 seg 4,82 – 6,20 seg 0,61-0,77 m/seg → 3
- < 3,1 seg < 4,82 seg > 0,78 m/s) → 4

3. AULKITIK BEHIN ETA BERRIRO JAIKITZEA – AULKITIK JAIKITZEKO TESTA**Jarraibideak:**

Segurua dela uste al duzu zuretzat aulki batetik 5 aldiz jaikitzea besoak erabili gabe? Mesedez, jaiki eta eser zaitetz ahal duzun bezain azkar 5 aldiz, bitartean geratu gabe. Eduki itzazu besoak bularraldean gurutzatuta denbora

guztian. Nik, bitartean, horretan igarotzen duzun denbora kronometratuko dizut. Prest zaude? Hasi.

Puntuazioa:

Subjektua lehen aldiz jaikitzen hasten denean hasiko zara kronometratzen. Zenbatu ahots ozenez jaikitzen den bakoitzean. Bosgarren aldiz guztiz zutituta dagoenean geratuko duzu kronometroa. Geratu kronometroa besoetan bermatzen bada, minutu 1en ondoren proba amaitu ez badu edo parte-hartzailearen segurtasunak kezkatzen bazaitu.

- Ezin du proba egin → 0
- $\geq 16,7$ seg → 1
- 16,6 eta 13,7 artean → 2
- 13,6 eta 11,2 artean → 3
- $\leq 11,1$ seg → 4

[OSNren hauskortasunari eta erorikoei buruzko adostasun SNS2014].

3. Ibilera-abiadura

Pertsonari 2,4; 4; 5; 6 edo 10 metroko distantzia ibiltzeko eskatuko diogu, ohiko ibileraren abiaduran. Hala ere, Lehen Mailako Arretan erabiltzeko, 3 edo 4 metroko distantziara molda daiteke. Arrisku-atalasea zehazteko gehien erabiltzen diren epai-puntuak 1 m/s eta 0,8 m/s balioen artean kokatzen dira. Adostutako azterlan eta gomendioei dagokienez, azken epai-zifra hedatu da gehien. Proba egiteko iraupena 2 eta 3 minutu artekoa da. 4 metroko distantziako abiaduraren kasuan, hainbat interpretazio-datuk adierazten dutenez, aldaketa adierazgarri txikiena 0,05 m/s-koa da, eta funtsezko aldaketa 0,1 m/s-koa. Bibliografiaren arabera, 4 metroko distantziako proba hau da ongien baliozkotu dena. [OSNren hauskortasunari eta erorikoei buruzko adostasun-dokumentua 2014].

2. TAULA. OHERATUTAKO PAZIENTEEN PISUA ETA GARAIERA NEURTzea

Pisu estimatua sexuaren, adinaren, besoko zirkunferentziaren (BZ) eta belaunaren garaieraren (BG) arabera

60 - 80 URTEKO EMAKUMEA: $(BG \times 1.09) + (BZ \times 2.68) - 65.51$

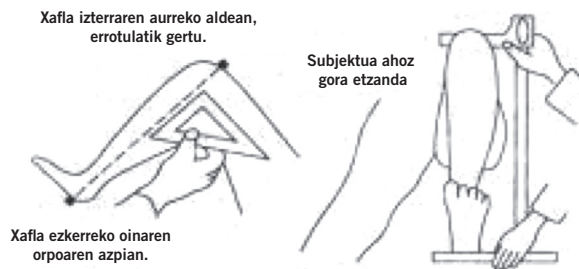
60 - 80 URTEKO GIZONEZKOA: $(BG \times 1.10) + (BZ \times 3.07) - 75.81$

BG = belaunaren garaiera

BZ = besoaren zirkunferentzia

Belaunaren garaiera eta besoko zirkunferentzia nola neurtzen diren ikusteko irudiak

BELAUNeko ALTUERAREN NEURKETA



(Baimenarekin erabilia, iturria: Gibson RA: Principles of nutritional assessment, Nueva York, 1990, Oxford University Press).

BESOAREN ERDIALDEKO ZIRKUNFERENTZIA

Pazientearen nutrizio-egoera zein den jakiteko balio du. Besoaren erdialdeko zatia neurtuz lortzen da; horretarako, sorbaldaren eta 90-tan flexionatutako ukondoaren arteko distantzia hartzen da erreferentzia gisa.

Gizonarengako balio arrunta da 31 cm-eko eta 28 cm-eko emakumeengan.



1 Elia M. (Chairman and Editor) Guidelines for detection and management of malnutrition. Malnutrition Advisory Group (MAG), Standing Committee of BAPEN (ISBN 1 899 467 459) 2000. Explanatory Booklet A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Ad Besaureraren luzera.

Garaiera

Belaunaren garaiera pertsonaren garaiera neurtzeko ordezko aukera bezala baliatu zen, Chumleak eta haren kolaboratzaileek garatutako ekuazioaren arabera, sexua eta adina kontuan hartuta, hemen azpian azaltzen den moduan:

$$\text{Gizonezkoen garaiera (cm) = } [2,02 \times \text{AR (cm)}] - [0,04 \times \text{adina (urtetan)}] + 64,19$$

$$\text{Emakumezkoen garaiera (cm) = } [1,83 \times \text{AR (cm)}] - [0,24 \times \text{adina (urtetan)}] + 84,88$$

Belaunaren garaiera neurtzeko, adineko pertsona ahoz gorako jarreran ipiniko da, eskuineko hanka flexionatuta eta belaunarekin 90 graduko angelua eginez, eta hezur luzeen antropometroaren oinarria oin-orpoaren azpitik dela eta errotularen gainean, harik eta errotularen buruari presio egin arte egokituta. Antropometroaren irakurketa paralelo berarekin egingo da peronearen hedapen osoan, 1 mm arteko zehaztasunez, Chumlearen gomendioaren arabera (*). Bi belaun-garaiera hartu ziren, eta balioen batez bestekoa kalkulatu zen.

ANTROPOMETRISTAREN KOKALEKUA (*)



90°-KO ANGELUAREN EGIAZTAPENA.



Irudiak:

NEURKETA

Zuzeneko metodoa: Tallimetroa

Zeharkako metodoak:

- Besoen neurketa. Adinak ez du eraginik.
- Belaunaren altuera. Hankak 90°-an tolestuta, orpo azpitik belaunera neurtu. Formula baten bidez kalkulatzeko da.



NEURRIA LORTZEKO NEURKETA ALTERNATIBOAK

Hauek dira neurketa alternatiboak: belaunaren altueratik ateratako neurria eta besakada erdia.

BELAUNAREN ALTUERA:

Materiala:

- Flexometroa duen estadimetro eramangarria.
- Beira-zuntzeko zinta metrikoa.

Metodoa:

Orpoaren eta belauneko giltzaduraren zatirik altuenaren arteko distantzia neurtzen da, kanpoaldetik. Norbanakoak eserita egon behar du, zangoa flexionaturik, izterrak eta aztalak 90°-ko angelua osatzen dutela.



11. Chumlea W, Roche A, Steinbaugh M. Estimating stature from knee height for persons 60-90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 116-120 or.

GARAIERA neurtzeko beste modu batzuk:

1. Formulako teknika bera, baina taularekin:

Teknika:

1. Ahal bada, ezkerreko hankan neurtu behar da, pazientea eserita dagoela, oinetakorik gabe eta belaunarekin angelu zuzena eginda (*).

2. Neurtu belaunean jarritako eskuaren eta orpoak zorua ukitzen duen puntuaren arteko distantzia, kanpoko maleolotik pasa behar den lerro zuzen bati jarraituz.

3. Biribildu hartutako neurria 0,5 cm-tan.

4. Eraman emaitza taula honetara.



* Ohean dauden pazienteekin ere egin daiteke, hankarekin 90°-ko angelua eginez.

GARAIERA (METROAK)	GIZONA 18-59 URTE	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,865	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81
	GIZONA 60-90 URTE	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81	1,80
LUZERA	BELAUN-TALOIA (CM)	65,0	64,5	64,0	63,5	63,0	62,5	62,0	61,5	61,0	60,5	60,0	59,5	59,0	58,5	58,0
GARAIERA (METROAK)	EMAKUME 18-59 URTE	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,865	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81
	EMAKUME 60-90 URTE	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81	1,80

GARAIERA (METROAK)	GIZONA 18-59 URTE	1,80	1,79	1,78	1,77	1,76	1,75	1,74	1,73	1,72	1,71	1,705	1,70	1,69	1,68	1,67
	GIZONA 60-90 URTE	1,79	1,78	1,77	1,76	1,74	1,73	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64
LUZERA	BELAUN-TALOIA (CM)	57,5	57,0	56,5	56,0	55,5	55,0	54,5	54,0	53,5	53,0	52,5	52,0	51,5	51,0	50,5
GARAIERA (METROAK)	EMAKUME 18-59 URTE	1,75	1,74	1,735	1,73	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64	1,63	1,62
	EMAKUME 60-90 URTE	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64	1,63	1,625	1,62	1,61	1,60	1,59

TALLA (METROS)	GIZONA 18-59 URTE	1,66	1,65	1,64	1,63	1,62	1,61	1,60	1,59	1,58	1,57	1,56	1,555	1,55	1,54	1,53
	GIZONA 60-90 URTE	1,63	1,62	1,61	1,60	1,59	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,49	1,48
LUZERA	BELAUN-TALOIA (CM)	50,0	49,5	49,0	48,5	48,0	47,5	47	46,5	46,0	45,5	45,0	44,5	44,0	43,5	43,0
GARAIERA (METROAK)	EMAKUME 18-59 URTE	1,61	1,60	1,59	1,585	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,50	1,49	1,48
	EMAKUME 60-90 URTE	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,50	1,49	1,48	1,47	1,46	1,45	1,44

2. Besurrearen luzera:

Ezkerreko besoa bularraldearen gainetik jarrita neurtzen da, hatzak kontrako sorbaldarantz luzatuta. Neurtu ukondoaren eta irtenago dagoen eskumuturraren erdiko puntuaren (estiloide apofisia) arteko luzera. Luzera zentrimetotan neurtzen da eta 0,5 cm-tan biribiltzen da.



KUBITUAREN LUZERA (CM)	GIZONEZKOA <65 U.	GIZONEZKOA >65 U.	EMAKUMEZKOA <65 U.	EMAKUMEZKOA >65 U.
32	1,94	1,87	1,84	1,84
31,5	1,93	1,86	1,83	1,83
31	1,91	1,84	1,81	1,81
30,5	1,89	1,82	1,80	1,79
30	1,87	1,81	1,79	1,78
29,5	1,85	1,79	1,77	1,76
29	1,84	1,78	1,76	1,75
28,5	1,82	1,76	1,75	1,73
28	1,80	1,75	1,73	1,71
27,5	1,78	1,73	1,72	1,70
27	1,76	1,71	1,70	1,68
26,5	1,75	1,70	1,69	1,66
26	1,73	1,68	1,68	1,65
25,5	1,71	1,67	1,66	1,63
25	1,69	1,65	1,65	1,61
24,5	1,67	1,63	1,63	1,60
24	1,66	1,62	1,62	1,58
23,5	1,64	1,60	1,61	1,56
23	1,62	1,59	1,59	1,55
22,5	1,60	1,57	1,58	1,53
22	1,58	1,56	1,56	1,52
21,5	1,57	1,54	1,55	1,50
21	1,55	1,52	1,54	1,48
20,5	1,53	1,51	1,52	1,47
20	1,51	1,49	1,51	1,45
19,5	1,49	1,48	1,50	1,44
19	1,48	1,46	1,48	1,42
18,5	1,46	1,45	1,47	1,40

Nola zehaztu GMI anputazio-kasuetan:

Anputazio-kasuetan GMI neurtzeko, lehenik eta behin adineko pertsonaren gutxi gorabeherako pisua ezarri behar da, falta den gorputz-adarra ere aintzat hartuta.

Erabili erreferentzia estandar bat (ikus taula) zehazteko gorputzaren zati bakoitzari zer pisu dagokion.

- Murritz 1.0 aldera gorputzean falta dituen zatiek emango luketen gorputz-pisuaren ehunekoak.
- Ondoren, zatitu egungo pisua 1en eta gorputzean falta dituen zatiek emango luketen gorputz-pisuaren ehunekoaren arteko aldearekin.

Kalkulatu GMI, gutxi gorabeherako garaiera eta pisua baliatuta.
(Adibidez: 80 urteko gizona, ezkerreko hankaren beheko aldea anputatuta, 1,72 m, 58 kg)

1. Gutxi gorabeherako pisua: egungo gorputz-pisua ÷ (1 – falta duen hankaren proportzioa)

$$58 \text{ (kg)} \div [1-0.059] = 58 \text{ (kg)} \div 0.941 = 61.6 \text{ kg}$$

2. GMI kalkulatzeari: Gutxi gorabeherako gorputz-pisua/gorputz garaiera (m)²
 $61.6 \div [1.72 \times 1.72] = 20.08$

Taula:

- Enborra, gorputz-adarrik gabe 50.0
- Eskua.0.7
- Besaurrea eta eskua 2.3
- Besaurrea eskurik gabe 1.6
- Besoaren goiko zatia 2.7
- Beso osoa 5.0
- Oina 1.5
- Hankaren beheko aldea oinarekin 5.9
- Hankaren beheko aldea oinik gabe 4.4
- Izterra 10.1
- Hanka osoa 16.0

BIBLIOGRAFIA

Lefton, J., Malone A. Anthropometric Assessment. In Charney P, Malone A, eds. ADA Pocket Guide to Nutrition Assessment, 2nd edition. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2009:160-161. Osterkamp LK., Current perspective on assessment of human body proportions of relevance to amputees.

II. ERANSKINA

ERORIKOAK

Erorikoak nahigabeko gertaerak dira, oreka galtzea eta gorputzarekin lurraren kontra jotzea edo gelditzen duen azalera gogor baten kontra jotzea eragiten dutenak (OME, 2012).

Osasun-arazo hau sarritan gertatzen da jarrera-egonkortasuna bermatzen duten mekanismo homeostatiko batean baino gehiagotan urritasunak ageri direnean eta gizakiaren konpentsazio-ahalmena kaltetzen dutenean. Morbimortalitate handia baldintzatzen dute, immobilizatzearekin, autonomia-galerarekin eta erakundeetan garaia baino lehen sartzearekin loturik; halaber, osasun-gastua eragiten dute.

GUTXIEGI BALORATZEAREN ZERGATIAK

Osasungintzako langileak, eskuarki, ez dio adineko pertsonari edo zaintzaileari galdetzen erorikoen historiari buruzko ezer.

- Adineko pertsonak inoiz ez dio ematen erorikoaren berri inori, ez zaintzeaz arduratzen den pertsonari, ez osasungintzako profesionalari.
- Askotan, ez da ageriko lesio fisikorik izaten.
- Zahartzeko prozesuan erortzea «arrunta» izatearen uste okerra.
- Maiz, lesioen tratamenduaren ondoren ez da ikertzen erorikoa zerk eragin ote zuen.

EPIDEMIOLOGIA

EAE n bizi diren >65 urteko pertsonen % 30-40 inguru eta >80 urtekoen % 50 inguru erori egiten dira urtero. Aurreko urtean erori zirenen % 50 aurten berriro eroriko dira. Komunitatean gertatutako erorikoen % 5-10 artean eta instituzioetan eroritakoen % 10-30 inguruk lesio garrantzitsuak izaten ditu (hausturak, garuneko traumatismoak, urradura nabarmenak).

“ERORTZEKO BELDURRA” (EDO ERORI OSTEKO ANTSIETATE-SINDROMEA)

Adineko pertsonengan ondo ezagutzen den arazoa da, eta hainbat azterlanetan honako kausa hauekin lotu izan da: Bakarrik bizitzea, narriadura kognitiboa, depresioa, oreka edota mugikortasuna, eta erorikoen aurrekariak. Obesitatea eta mugikortasun murriztua sindrome honen iragarleak dira.

ARRISKU-FAKTOREAK

Sindrome honek **faktore ugari ditu:**

- **Aurreko erorikoen historia** - Ikerketa guztien arabera, etorkizuneko erorikoen arrisku-faktorarik esanguratsuena da.

- **Ibileraren eta orekaren alterazioak** - Etorkizuneko erorikoen arrisku-faktorerik sendoena da. MEDIKAZIOA - Arreta berezia ipinita nerbio-sistema zentralean (NSZ) efektuak dituzten farmakoei (neuroleptikoak, bentzodiazepina eta antidepressiboak, farmako kardiobaskularrak eta anti-HTAk, hala nola basodilatatzaileak, diuretikoak, nitratoak, digoxinak eta antikolinergikoak).
- **Arazo sentsorialak edota sentsitiboak** - Ikusmenaren zein entzumenaren nahasmenduak, beheko gorputz-adarretan sentsibilitate propiozeptiboa galtzea, lesio bestibularrak eta abar.
- **Eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak (EBOJ) eta Eguneroko bizitzako jarduera instrumentalak (EBJI) murriztea.**
- **Gaixotasun kronikoak** - Erorikoen kopurua handitu egiten da patologia kronikoen arriskua ere handitzen doan neurrian: Parkinsona, hezurretako eta artikulazioetako gaixotasunak, diabetesa, narriadura kognitiboa, istripu zerebrobaskularren historia, hipotentsio ortostatikoa, zorabioak, A-V blokeoak, anemia, alkoholismoa eta abar.
- **Adina**
- **Emakumeak**
- **Esparru instituzionala** - Ospitale eta instituzioetan ohikoagoak dira erorikoak, eta morbiditate handiagoarekin lotzen dira.
- **Oinetakoak** - Erorikoen arrisku txikiagoa, zolaren eta lurzoruaren artean kontaktu-eremu handiagoa duten oinetakoak erabiliz gero, edota takoi baxua dutenak jantzita.
- **Ingurumeneko faktoreak** - Etxekoak (Alfonbra mugikorak, lurzoru irristakorrak, altzariak, argiak, ateetako atalaseak eta abar) edota komunitatekoak (lurzoru irregularrak edo irristakorrak eta abar).
- **Bestelakoak** - >65 urteko gizon-emakumeek, maila seriko apalak izatean 25-Hidroxi-bitamina D (<10 ngr/ml / 25 nmol/L), muskulu-masa eta -indarra galtzeko arrisku handiagoa dute.

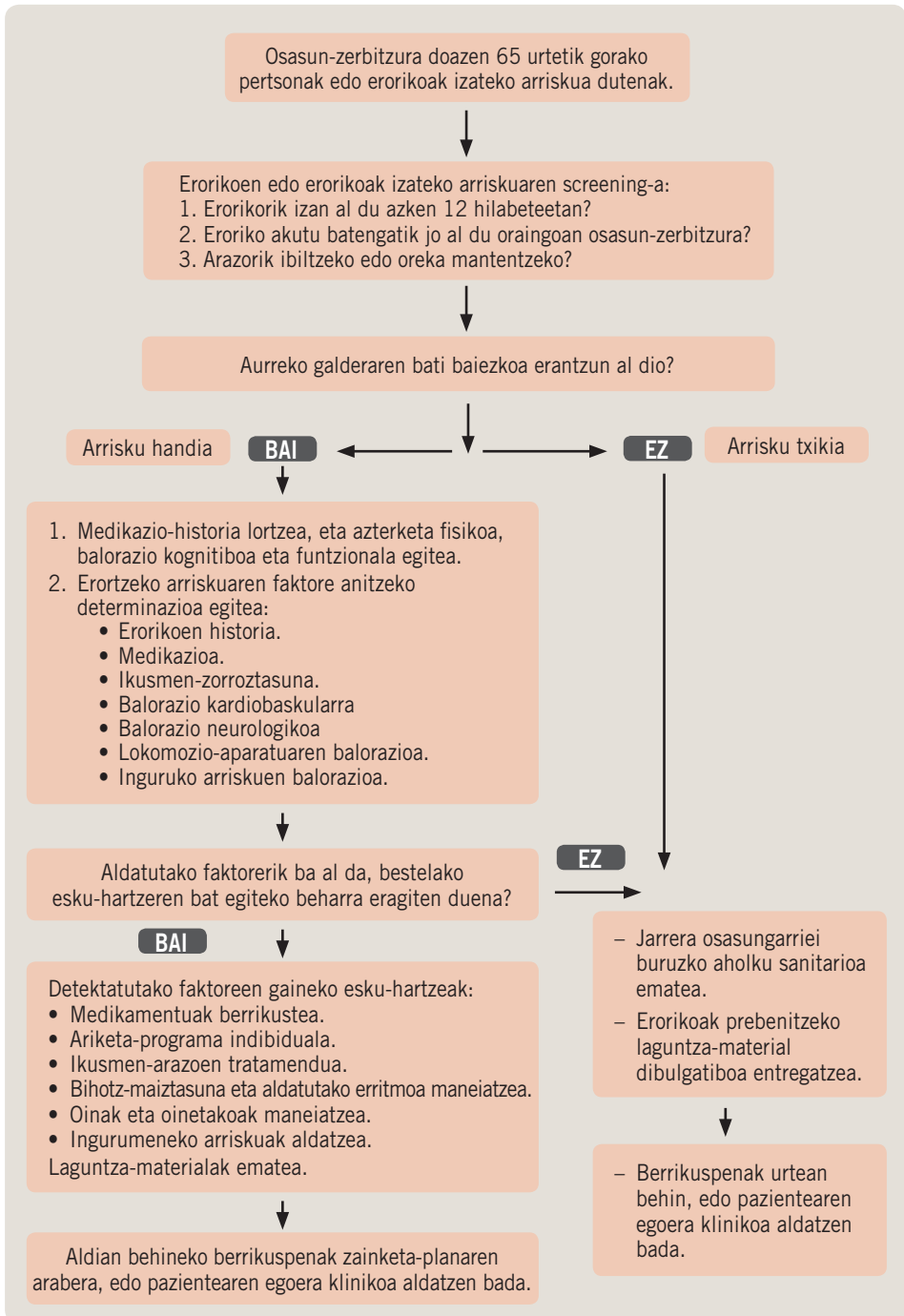
ERORIKOEN ERREGISTROA

Erorikoen eta inguruabarren analisiak - Beti erregistratu beharko dira artatutako pertsonaren historian: Zenbatekoa, erori zen garaian zertan ari zen, sintoma prodromikoak (zorabio-sentsazioa, desoreka, konortea galtzea), non eta noiz gertatu zen, izan dituen ondorioak, etab.

Erorikoak nahigabeko gertaerak dira, oreka galtzea eta gorputzarekin lurraren kontra jotzea edo gelditzen duen azalera gogor baten kontra jotzea eragiten dutenak (OME, 2012).

Osanaian eskuragarri dute medikuek eta erizainek erorikoen erregistroa egiteko berariaz sortutako modulu bat.

HELDUEN EBALUAZIO ETA ESKU-HARTZEAREN ALGORITMOA



ESKU-HARTZEA ERORIKO-ARRISKU APALEKO PERTSONENGAN

- Jokabide osasungarriak izateko osasun-aholkua eman.
- Erorikoak prebenitzeko dibulgazioko material lagungarria eman.

Honako esteka hauetako dokumentuak balia daitezke:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksalu02/es/contenidos/informacion/habitos_saludables/es_salud/habitos_saludables.html

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_envejecimiento_activo/eu_def/adjuntos/zahartze-aktiboa.pdf

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ResumenEjecutivo_ConsejoIntegral.pdf

ESKU-HARTZEA ERORTZEKO ARRISKU HANDIA DUTEN PAZIENTEENGAN

Garrantzitsua izango litzateke, ahal den neurrian, **Erorikoen historiaren anamnesi** bat egitea. Alderdi asko dimentsio anitzeko balorazioan balioztatu dira dagoeneko, baina orain, erorikoekin lotuta egon daitezkeen alderdi zehatzetan zentratuko gara.

- Adineko pertsonak azken urtean izan dituen eroriko kopurua.
- Azken erorikoaren tokia.
- Erori zen unean zer jarduera egiten ari zen: atsedena, joan-etorriak... Era berean, garrantzitsua da erorikoaren mekanikari buruz galdetzea.
- Erorikoarekin batera izan diren sintomak: prodromoak izan diren ala ez, disnea, ezegonkortasun-sentsazioa, ahuleria, bularraldeko mina, konortegalera, defizit neurologikoak eta abar.
- Aurreko erorikoen ondorioak: fisikoak zein psikikoak jaso beharko dira. (Erorikoen osteko sindromea, berriro erortzeko beldurra).
- Erorikoak gertukoengan izan dituen ondorio sozialak.

Erorikoei buruzko dimentsio anitzeko banakako balorazioan proposatzen diren miaketa-esparruen intentsitatea pertsona bakoitzaren ezaugarri klinikoek eta eroriko-arriskua eragiten duten kausen susmoak baldintzatuko dute.

1. Ererikoak eragin ditzaketen gaixotasunen mende egotea

Garrantzitsua da ererikoak izateko arriskuarekin lot daitezkeen gaixotasunen berri izatea eta kontrolatuta edukitzea. Honako hauek dira maizen agertzen direnak:

KAUSA NEUROLOGIKOAK	Istripu zerebro-baskularra, Parkinson gaixotasuna eta sindrome estrapiramidalak, hidrocefalia normotentsiboa, narriadura kognitiboa, orekaren disfuntzioa, garun barruko masak eta abar.
MUSKULUETAKO ETA HEZURRETAKO ARRAZOIAK	Bizkarrezurreko eta oinetako itxuragabetasunak, artrosia, artritisa, miositisa, hausturak, muskulu-ahuleria.
KAUSA KARDIOBASKULARRAK	Sinkopea, bihotz-erritmoaren nahasmenduak, sinu karotideko gaixotasuna, kardiopatia iskemikoa, miokardiopatia buxatzailea, biriketako enbolia, hipotentsio arteriala, ortostatismoa, baskulopatiak.
OBESTELAKOAK/ DESKONPENTSAZIOAK	Intoxikazioa, hipogluzemia, deshidratazioa, tiroideko alterazioak, anemia, sinkope neurovegetatiboak, infekzioak, beherakoak, inkontinentzia, depresioa, antsietatea, psikogenoa.

2. Balorazio funtzionala

Barthel edo eguneroko bizitzako jardueren balorazioa (EBOJ) eta Lawton-en indizea (EBJI). Zenbat eta mendekotasun handiagoa, orduan eta erortzeko arrisku handiagoa.

3. Orekaren, ibileraren eta mugikortasunaren balorazioa

Atal honen balorazioa oso garrantzitsua da ereriko bat baino gehiago izan dituzten adineko pertsonen kasuan; bibliografian hainbat ikerlan daude, eta horietan erakusten da zer harreman duten orekaren eta ibileraren trastornoek ererikoekin.

Miaketa honen bidez, ibileraren abiadura eta ezaugarriak jakingo ditugu, ibiltzeko dituzten mugimenduak. Eta, hala, ererikoak posible egiten dituzten hainbat prozesu patologiko vestibular albo batera utzi ahal izango ditugu.

Alterazio batzuk ereriko errepikakorren iragarle onak dira: esertzeko oreka txarra, altxatzeko edo esertzeko zailtasunak, jaiki osteko lehen uneko ezegonkortasuna, bira emateko orduan oreka galtzea eta urrats laburrak eta etenak.

Ibilera, mugikortasuna eta oreka ebaluatzen lagunduko digun test bat erabiltzea proposatzen da. Guk «jaiki eta ibili» testa proposatzen dugu, baina orekara-azoen susmoa balego, SPPB testa egin beharko litzateke. Balorazio hau egiteko erabiltzen den beste test bat «ibileraren testa» da.

4. Lokomozio-aparatuaren balorazioa

Miaketa fisiko osoa egin beharko da.

Beheko gorputz-adarretako muskuluen indarra ebaluatzeko, oin-tolestaileen probak eta aldaka-hedatzaileenak zein abduktoreenak informazioa ematen dute ahul dauden ala ez jakiteko.

Fisterra gidaren erreferentzia.

PROBAK	DESKRIBAPENA	BALORAZIOA
Oin-tolestaileen proba	Oin baten gainean zutik, hanka-puntetan ipintzea 5-10 aldiz. Biak miatu.	
Aldakako hedatzaileen proba	Ahoz beherako etzanageran, altxatu zango bat sabairantz 3-5 aldiz. Biak miatu.	
Aldakako abduktoreen proba	Zutik, aulki baten bizkarrari helduta. Altxatu hanka albo baterantz 5 segundoz. Biak miatu.	Pisua kargatzen ez duen alderantz pelbisa erortzeak esan nahi du muskuluak ahul daudela.

Oso garrantzitsua da balorazio podologikoa egitea.

Oinaren funtzioari eustea, oinetakoen egokitzapena hobetzea erabakigarria da adineko pertsonaren funtzionalitateari eusteko, autonomia pertsonala izaten jarrai dezan eta erorikoen arriskua murrizt dadin.

Oina eta oinetakoak ondo egokitzen diren baloratu behar da: adinarekin lotutako itxuragabetasunak, orkatilako giltzaduraren funtzionalitatea, azazkal itxuragabetuak, oinak lehortuta edukitzea edota gogorguneak zein ondoak izatea, ibiltzeko mina...

Eroriko-arriskua handitzea eragin dezaketen alterazioak nabarmenduz gero, garrantzitsua izango da balorazio podologiko bat egitera bideratzea.

5. Zentzumenen balorazioa: ikusmena eta entzumena

• Ikusmena

Ikusmen-zolitasunaren maila zehaztu beharko litzateke.

Historian egiaztatu beharko litzateke ikusmen-nahasmendurik ba ote den jasota: erretinopatia diabetikoa, erretinopatia hipertentsiboa, glaukoma, aurreko bestelako traumatismoak...

Jakin beharko litzateke, halaber, baloratu beharreko pertsonak ikusmen-arazorik ba ote duen kontrolatuta eta noiz berrikusita dagoen oftalmologian.

• Entzumena

Entzumen-zolitasuna edo -patologia baloratzea eta hautematea, eguneroko bizitzan entzuteko dituen zailtasunei buruzko galderak eginda (elkarrizketa batean, telebista ikustean, telefonoz hitz egiten duenean...). Xuxurlaren testa erabil liteke, hatzekin ukitzea...

Alterazioak ageri badira, otoskopia egingo da argizarizko tapoiak ez direla egiaztatzeko.

Historian begiratuko dugu entzumen-gaixotasun kronikorik ba ote duen eta otorrinologologoak kontrolatuta ote dauzkan.

6. Balorazio neurologikoa

Oinarrizko miaketa neurologikoa egin behar da, honako hauek barne hartuta: garun-pareen miaketa, gorputz-adarretako indarra, zurruntasunak, oreka, koordinazioa. Topatutakoen arabera, miaketa handitu liteke; edonola ere, bibliografiako ale batzuek diotenez, ez dago horren garbi miaketa zehatzago bat egiteak balio erantsia ematen ote dion sistematizatzea, eta denbora gehiago kontsumitzen du.

Balorazio egoki batekin erorikoak eragiten dituzten faktoreak hauteman eta ekidin daitezke.

7. Balorazio kardiobaskularra

Pultsu arterial periferikoen miaketa bat egin, eta arritmiak, sinu karotideoko hipersentikortasuna eta hipotentsio ortostatikoa baztertu behar dira: Presio arteriala eta bihotz-maiztasuna neurtu beharko dira, ahoz gorako etzaneran, eserita eta zutik.

Ebidentziak adierazten duenaren arabera, sinu karotideoaren hipersentikortasuna duten adinekoak kardiologiara bideratzea aztertu behar da, bradikardia eragiten badie eta kausa ezagunik gabeko erorikoak izan badituzte.

8. Balorazio mentala eta kognitiboa

Narriadura kognitiboa arrisku-faktore garrantzitsua da erorikoetan, erorikoak eta haien ondorioak saihesteko; oso garrantzitsua da anamnesi bat egitea adineko pertsonaren egoera kognitiboari buruz eta galdetegi espezifikoak erabiltzea, hala behar izanez gero.

Horretarako, Pfeiffer-en galdetegia balia daiteke (Pfeiffer E, 1975). Galdetegi honek erraztasun handiz balioesten ditu, batez ere, denbora eta espazioko orientazioa eta memoria. Egoera kognitiboa eskalen bidez sakonago balioetsi nahiko bagenu, badira beste batzuk erabilgarriagoak eta ebaluatzeko esparru-sorta zabalagoa jorratzen dutenak, hala nola Loboren Mini Azterketa Kognoszitiboa (Lobo A, 1979 eta Lobo A, 1999), besteak beste, orientazioa, finkatzea, hizkuntza eta eraikuntza ebaluatzen dituena.

Kasu batzuetan egokia litzateke alor afektiboa (depresioa) edota bestelako nahasmendu psikologikoak (antsietatea) baloratzea.

9. Ebaluazio soziofamiliarra

Edozer esku-hartze planetarako familiarra eta/edo gertuko beste pertsonak inplikatu behar dira. Zainketez nagusiki arduratzen den pertsonari buruzko datuak jasoko dira historian, baita adineko pertsonaren etxebizitzari eta bitarteko sozialei buruzko ezaugarriak ere.

10.- Medikazioari buruzko informazioa jasotzea historia medikoan (faktore anitzeko esku-hartzean garatzen da, hurrengo puntuan).

11. Miaketa osagarriak

Ez dago frogatuta laborategiko probak edota osagarriak aldian-aldian egiteak zer balio duen erorikoak izan dituzten pazienteen kasuan (hemograma, biokimika orokorra, B12 bitamina edota EKG). Azterketa klinikoan topatutako en eta susmoen arabera geratuko da haiek egitea.

FAKTORE ANITZEKO ESKU-HARTZEA

Faktore anitzeko esku-hartzeak gizabanako baten eroriko-arriskuak ebaluatzen ditu, eta, hari esker, ekintzak eta tratamenduak ipintzen dira, esku-hartze indibidualizatua osatzen dutenak. Oro har, faktore anitzeko esku-hartzeek eroriko-arriskua ebaluatzeko moduren bat izaten dute, arrisku-faktoreak aldatzeko estrategia batekin edo gehiagorekin lagunduta, koordinatutako programa baten barruan.

Bai erorikoak prebenitzeko NICE gidak, bai Britainia Handiko zein AEBko geriatria-elkarteek prebentziorako esku-hartze bat proposatzen dute, paziente talde honi egin beharreko hiru osagai nagusirekin:

- ariketa fisikoa,
- medikazioa berrikustea, eta
- etxeko arriskuen inguruko esku-hartzea, erorikoak prebenitzeko esku-hartze baten osagai gisa.

1. Ariketa fisikoa. Osagai anitzeko jarduera fisikoaren programa.

Laburbiltzeko, esango dugu ariketa fisikoak efektu positiboa duela erorikoei dagokienez, baita larrienen kasuan ere. Osagai anitzeko ariketa bidezko esku-hartzeak eraginkorrek dira erorikoen ehunekoa eta arriskua murrizteko. Jarduera fisikoarekin lotutako programen eraginkortasunari buruzko hiru ikuspegi desberdinen eraginkortasunari buruzko ebidentziak badira, erorikoen arriskua eta tasa murrizteko: osagai anitzeko taldekako ariketak (erresistentzia, oreka eta indarra lantzeko ariketak), Tai Xi taldeko ariketa bezala eta etxean bakarrik egiteko preskribatutako ariketak.

Adinekoetan indarra lantzeko entrenamendu-programak berez prebentzio-neurri eraginkorra dira muskuluen indarra eta masa galtzeko prozesua atzeratzeko, edota gaitasun funtzionala murriztea eta hauskortasuna atzeratzeko.

Ariketa fisikoa egitea da esku-hartzerik eraginkorrena, hauskortasun-sindromeak ekarri ohi dituen desgaitasuna eta kontrako gertaerak atzeratzeko.

Indarraren eta osagai anitzeko entrenamenduak, bereziki, gero eta emaitza hobekak dituzte populazio-talde honetan, eta haien eraginek, eroriko-arriskuari ez ezik, ongizate psikoaktiboarekin eta narriadura kognitiboarekin lotutako alderdiei ere mesede egingo liekete.

– **Vivifrail osagai anitzeko ariketa fisikoko programa 70 urtetik gorakoentzat.**

<http://vivifrail.com/es/documentacion/send/2-documentos/20-guia>

2. Medikazioa berrikustea

Azken helburua zera da, medikazioa tratatutako pertsonaren egungo beharretara egokitzea, adineko pertsonengan erorikoen kopurua murrizten saiatzeko. Pazienteak, familiak eta osasungintzarekin lotutako profesional guztiak daude inplikaturik prozesu honetan.

- **Polifarmazia** (bost farmako edo gehiago kontsumitzea) arrisku-faktore garrantzitsua da erorikoetan. Polifarmazia duten adineko pertsonen proportzioa gure inguruan % 35 eta 50 artean dago, eta batez beste 8 sendagai hartzen dituzte.

- **Hainbat farmako jakin erabiltzeak**, lau baino gehiago izanda ere, eroriko-arriskuari eragiten dion faktoreetako bat da. Errazen alda daitekeen eroriko-arriskuen faktoreetako bat da.
- **Preskripzio desegokia** murriztea, sendagaien kontrako efektuak izateko arriskuagatik saihestu beharko litzatekeena, edota interakzioa, bikoiztasunak edota balio terapeutiko apalekoak ekiditeko.
- **Atxikidura**

“Erorikoekin lotutako sendagaien” arrisku-faktoreak ezagutzeko. Eskuragarri daude ebidentzietan oinarritutako Gomendioak, erorikoen prebentzio eta tratamendurako:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/enfermeria/4_recomendaciones_prevencción_caidas.pdf

Hala, preskripzio desegokia hautemateko erreminten artean sartzen dira STOPP/START irizpideak; horietan dira gure artean gehien erabiltzen direnetakoak.

Duela gutxi, tresna (modulu) berri bat integratu da Presbiden, informazio eguneratu ematen duena sendagaien erabilera-baldintzei buruz paziente geriatrikoetan.

Fitxa berri horren barruan, honako hauek kontsultatu ahalko dira:

- Sendagaiaren erabilera gomendatua.
- Erabilera potentzialki desegokia.
- ≥ 65 urteko pazienteentzat gomendatutako gehieneko dosia, gehieneko dosi orokorraren berdina ez bada.
- Alternatiba terapeutikoak (baldin badaude).
- Intereseko informazio osagarria.

Bere edukia STOPP-START irizpideetan eta intereseko beste ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKO batzuetan oinarritzen da. Erreferentzia horiek Osakidetzaaren intranet korporatiboan daude eskura, ondoko kokapen honetan:

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/salud-atencion/farmacia/prescripcion-electronica-vademecum/Ayudasprescrip/Geriatri/Paginas/default.aspx>

Arriskua sorrarazten duten sendagaiak, kontrolatu edo saihestu beharrekoak, hauek dira:

1. **Bentzodiazepinak**. Saihestu, batez ere, ekintza eta batez besteko bizi luzeagoak (bromazepam, klobazam, klordiazepoxidoa, diazepam, flurazepam, flunitrazepam, klorazepato dipotasikoa, ketazolam, nitrazepam).

2. **NSZn eragina duten farmakoak: antidepressiboak** (triziklikoak batez ere) **Neuroleptikoak** (nahasmendua, hipotentsioa, efektu estrapiramidalak sor ditzakete...) **epilepsiaren kontrakoak, parkinsonaren kontrakoak.**
3. **Diuretikoak eta antihipertentsiboak** sodio\potasioaren desorekekin lotutakoak, gaueko erorikoekin lotzen diren hipotentsio ortostatiko edota zutitzearekin\oinez ibiltzearekin lotuak...
4. **Lehen belaunaldiko antihistaminikoak.**
5. **Basodilatatzaileak**, hipotentsio posturalarekin lotutakoak.
6. **Opiazeoak** erorikoak maiz izaten dituzten pazienteen kasuan (somnia-entzia-arriskua, hipotentsio posturala, bertigoa).
7. **Efektu antikolinergikoa** duten beste farmako batzuk: antiespasmodikoak eta gernurako antikolinergikoak.

Praktikan, eroriko-arriskua prebenitzeko, 70 urtetik gorako artatutako pertsona guztietan:

- Dosiak beharretara egokitu behar dira.
- Baloratu zenbat denboran ari den medikazioa hartzen.
- Egin aldian-aldian preskribatutako medikazioaren segimendua, bai eta planteatutako aldaketena ere.
- Lagundu pazienteari eta familiari tratamendua hobeto ezagutzen, atxikidura hobetzen saiatzeko helburuz; saiatu «beharrezkoa» ez den medikazioa murrizten eta medikazioa hartzeko garaian hutsegiteak gutxiagotzen.
- Ospitalean alta eman ostean, kontziliatu sendagaiak.
- Baloratu medikazioari eusteko beharrik ba ote den (aldeztatik aipatutakoak, batez ere).
- Bentzodiazepinen kasuan, medikazioa murrizten joateko aukera dago babesdokumentuen bitartez eta tratamenduan dauden pertsonen zuzendutako informazioaren bidez.

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/boletin_revista/ibotika_fichas/eu_def/adjuntos/ibotika_18_lo_egiteko_pilulak.pdf

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/boletin_revista/ibotika_fichas/eu_def/adjuntos/ibotika_18_anexo_eu.pdf

- Minimizatu efektu antikolinergikoa duten botiken erabilera.

- Berrikusketa-fase honetan gehien erabiltzen den metodoetako bat «poltsa marroia» (brown bag) izenekoa da; hala, adineko pertsona medikazio guztia hartuta joaten da kontsultara, eta zehatz-mehatz egiaztatzen da zer hartzen ari den, sendabelarrak eta automedikazioa barne direla.
- PRESBIDEn bada beste erreminta bat atxikidura berrikusteko zeharkako metodo gisa erabili daitekeena.

3. Etxeko arriskuak

Erorikoen % 50 baino gehiago –% 75 arte– etxean gertatzen dira. Era berean, etxean erortzen dira gehien pertsona hauskorrak.

Hainbat ikerketak erakutsi dute etxeko arriskuak aldatuta esku hartzea oso eraginkorra dela erorikoak prebenitzeko, batez ere lehendik erorikoak izan dituzten arrisku handiko pazienteen artean eta ikusmen-narriadura duten pertsonen artean.

Sistematikoki egin behar zaie erorikoen ondorioz ospitaleratuta egon diren pertsona guztiei; alta-planaren barruan egin beharko litzateke pazientearen/ zainzailearen eta osasun-taldeko kideen artean adostutako egutegi baten arabera.

Etxeko arriskuak baloratzeko txantilo bat osatzea da gure gomendioa (V. Rodríguez Navarrok 2012an egindakoa egokituz). Etxean erorikoak izateko arrisku nagusiak egiaztatzeko zerrenda bat da funtsean, eta, bertan, hautemandako arazoak zuzentzeko gomendioak zehaztu dira. Osabide Globalen dago.

Esku-hartze horiez gain eman beharrekoak:

- **Erorikoen prebentzioarekin loturik, bitarteko sozialen eta laguntzen inguruko informazioa.**

- **Laguntzeko dibulgazio-materiala.**

Gure esku-hartze guztiei laguntzeko dibulgazio-materiala banatu dezakegu. Hala, pertsona guztiek, paziente zein zainzaile, honako puntu hauen inguruko informazioa jaso behar dute *ahoz zein idatziz*:

- Neurriok etorkizunean erorikoak saihesteko balio dezakete.
- Erorikoak izateko arriskua aldatzearen onura fisikoak eta psikologikoak.
- Nola jokatu eroriko bat izanez gero, baita laguntza nola eskatu eta lurrean denbora asko ematea nola saihestu ere.
- Nora jo aholkuak edo laguntza behar badituzte.
- Informazioak garrantzitsua behar du izan eta hizkuntza guztietan egon behar du eskura, gure inguruan den kultura-aniztasunari erantzunez.

Hona erorikoetan kontuan hartu beharreko beste alderdi batzuk... Erorikoen inguruan komunitatean esku hartzeko programak

Osasun publikoaren terminoetan, komunitatean oinarritutako ikusmoldea estrategia ona izan liteke erorikoekin lotutako lesioak saihesteko, nahiz eta gai honi buruzko azterketek muga metodologikoak dituzten.

Kontuan izan behar da esku-hartzeko aukera hau osasun-zentroetan, erorikoak prebenitzearen alorrean jarduteko.

Planteatzen diren programak Osasungintza Publikoko teknikariek batera adostu eta eraman daitezke aurrera; era berean, udalekin, tokiko elkarteekin, GKEekin, adinekoren zentroekin eta abarrekin ere koordinatu daitezke. Publizitatea egiteko, berriz, prentsa, irratia, tokiko telebistak eta gainerakoak erabili ahalko dira.

National Institute for Health and Clinical Excellence erakundeak 2013an egindako gomendioen arabera, hainbat alderdi hartu behar dira kontuan adineko pertsonen erorikoak prebenitzeko programetan parte har dezaten sustatzeko:

- Hala, erorikoak prebenitzeko programak garatzen jardungo duten profesionalen honako egiteko hauek izango dituzte:
 - Programen malgutasuna bermatzea, parte hartzen duten pertsonen beharrezanetara eta lehentasunetara egokitu ahal izateko.
 - Programa hauen balio soziala sustatzea.
- Erorikoen ebaluazioan zein prebentzioan inplikaturiko profesionalen eztabaidatu behar dute artatutako pertsona zer aldaketa egiteko prest dagoen erorikoak prebenitzeko.

Erorikoak izateko arriskua duten pazienteak artatzen dituzten profesional guztiek erorikoen ebaluazioaren eta prebentzioaren inguruko oinarritzko gaitasun profesionala garatu eta eduki behar dute.

Erorikoak prebenitzeko programetan balizko oztopoak kontuan hartu behar dira –adibidez, autoeraginkortasun txikia edo erorikoak izateko beldurra– eta jarduera-aldaketak sustatu behar dituzte, inplikaturiko pertsonekin negoziatu den bezala.

Entregatuko den informazioak esanguratsua izan behar du eta beste hizkuntza batzuetan eskuragarri egon behar du.

Adineko populazioa heztea eta informatzea, baita senitartekoak, zaintzaileak eta herritarrak ere, oro har; hala, eroriko-arriskuan eragiten duten faktoreak ezagutaraziko dira eta, haien prebentzioa sustatuta, murriztu egingo dira.

BIBLIOGRAFIA

- Delgado Silveira, B. Montero Errasquín, M. Muñoz García, M. Vélez-Díaz-Pallarés, I. Lozano Montoya, C. Sánchez-Castellano, A.J. Cruz-Jentoft, Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START, Revista Española de Geriatria y Gerontología, 50. liburukia, Issue 2, March–April 2015, 89-96 or., ISSN
- Adineko pertsonen artean hauskortasuna eta erorikoak prebenitzeko adostasun-dokumentua (Osasun Sistema Nazionalean Osasuna eta Prebentzioa Sustatzeko Estrategia). Osasun Sustapeneko eta Epidemiologiako Zuzendariordeak. Osasun Publiko, Kalitate eta Berrikuntzako Zuzendaritza Nagusia. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berritasun Ministerioa. 2014. Hemen eskuragarri: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>
- Ebidentzian oinarritutako ez erortzeko gomendioak <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/eu/comunicacion/publicaciones/corporativas/Oriak/Gu%c3%adas.aspx>
- Erorikoak Prebentzeko Protokoloa: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Asistencia%20Sanitaria/Enfermería/Protocolo/Erorikoak%20prebenitzeko%20protokoloa.pdf>
- Falls: assessment and prevention of falls in older people. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2013;Clinical guideline 161. <http://publications.nice.org.uk/falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people-cg161>
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-caidas-anciano-13139248>
- Lázaro M, Orduña MJ, González A, Ribera JM. Adinekoen erorikoak prebenitzeko gida. Hospital Clínico SanCarlos. Erorikoen Unitatea. Geriatria Zerbitzua. Madril. 2013 http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1077155
http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1077155
- Lázaro del Nogal M. Caídas en el anciano. Med Clin (Bartz.). 2009; 133:147-53 or. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-caidas-el-anciano-13139248>
- Lázaro del Nogal M, Diagnóstico y tratamiento caídas en el anciano, Hospital Clínico SanCarlos. Erorikoen Unitatea. Geriatria Zerbitzua. Madril.(elsevier doyma), 2009

- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). In: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número Oxford: Update Software Ltd. <http://www.update-software.com>. (Gaztelaniara itzulia jatorrizko honetatik: The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
<http://www.cochrane.org/es/CD004441/intervenciones-basadas-en-la-poblacion-para-la-prevencion-de-lesiones-relacionadas-con-caidas-en-personas-ancianas>
- Rodríguez Navarro, V.; Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad. 2012. Hemen eskuragarri:
<http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/6319/9788469512791.pdf?sequence=1>
- Z.Rubenstein, K.R. Josephson, Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas, Revista Española de Geriatria y Gerontología, Volume 40, Supplement 1, November 2005, Pages 45-53, ISSN 0211-139X.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X0575085X>

III. ERANSKINA

GERNU-INKONTINENTZIA

Gernu-inkontinentziak trastorno emozional eta sozial handia eragiten du, eta adineko pertsonaren zein zaintzailearen bizi-kalitatea hondatzen. Horrenbestez, faktore garrantzitsua izaten da pertsonok egoitzetara eramateko garaian.

Estimazioen arabera, emakume nagusien % 17-55 ingururi eragiten die.

Kontinentzia-arazoak maiz tratatzeko modukoak izaten dira, baina egia da arazo hori dutenen % 50ek ere ezkutatu egiten duela; arrazoi hori dela eta, adineko pertsona guztiei baheketa eta hurbilketa enpatiko bat egiten zaie.

DEFINIZIOA:

- Gernua borondatearen kontra galtzea, gernu-traktuan infekziorik izan gabe.

GERNU-INKONTINENTZIA MOTAK:

- **Premiazko GI** (maskuri hiperaktiboa edo muskulu detrusorearen hiperaktibitatea)
Maskuria beterik egon gabe, muskulu detrusorea uzurtu egiten da eta ezin izaten dio gernuari eutsi. (Txiza egiteko gogoa bai, baina ez dute denborarik izaten komunera irteteko). Ohiko eragileak izaten dira ur-korrontea, ur hotzetan egotea edota eskuak garbitzea.
- **Estresak eragindako GI** (esfortzuko gernu-inkontinentzia)
Sabelalde barruko presioa handitu izanaren ondorioz, gernuak ihes egiten du eztul, barre edo ahalegin fisikoren bat egindakoan. Adineko emakumeen artean, bigarren kausa ohikoena da.
- **GI mistoa**
Premiazkoa eta estresak eragindakoa. Emakumeetan gernu-ihesen kausarik ohikoena da.

Maiztasun txikiagokoak:

- **Gainezkatzearen ondoriozko GI**

Tantak edota galera jarraituak kopuru txikietan, maskuria erabat ez hustearen ondorioz, muskulu detrusorearen uzurtzeak izandako alterazioekin loturik edota behazun-irteeraren bidearen buxaduragatik.

- **Potentzialki itzulgarriak diren kausek eragindako GI** (gernu-inkontinentzia funtzionala)

Beheko gernu-traktuaren funtzioa normala da, baina baliteke kanpoko kausek eragitea: Mugikortasuna erasanda (gihar-hezurdurako alterazioak), narriadura kognitiboa, etsaigoa, depresioa, sendagaiak (diuretikoak eta abar), argi txarra, etab.

KAUSAK:

- **Urologikoak eta ginekologikoak:** Fistula urogenitalak, organo pelbikoen prolapsa (zistozelea) / - Gaixotasun sistemikoak: Bihotz-gutxiegitasun kronikoa. Alteredazio neurologikoak (istripu zerebrobaskularren adierazpenak, esklerosi anizkoitza, Parkinson gaixotasuna, hernia diskala, hezur-muineko lesioak, etab.) / -Diabetes mellitus (hipergluzemia, neuropatia autonomoa) / - Diabetes insipidusa / - Minbizia, maskurikoa eta uretrakoa batez ere (adi hematuriarekin) / - Kausa potentzialki itzulgarriak: (Sendagaiak: alfa-blokeatzaileak, estrogenoak), mugikortasuna murriztea (kirurgiaren ostean) eta eskuen trebetasuna murriztea, estatus kognitiboa edo mentala aldatzea (lasaigarriak), ingurumeneko faktoreak, inpaktazio fekala, alkohola eta kafea hartzea, eta abar.

EBALUAZIO DIAGNOSTIKOA:

- **Historia klinikoa:** Gernu-inkontinentziaren ezarpena eta ibilbidea, bolumena, maiztasuna eta ordu-banaketa, nikturia, eragileak (medikazioa, kafeina, alkohola, eztula, jarduera fisikoa, barrea, uraren soinua, eskuak garbitzea eta abar), idorreria, komorbilitatea.
- **Seme-alabak izan dituzten emakumeak, gernu-inkontinentzia arriskua handitzearekin lotutako gaixotasunekin** (Diabetesa, gizentasuna, gaixotasun neurologikoa) eta >65 urte, bereziki galdetu behar zaie gernu-inkontinentziaren sintomei buruz.
- **Gernu-inkontinentzia duten emakumeak identifika daitezke, honako galdera hauetakoren bati baiezkoa ematen badiote:**
 - Ihes egin dizu inoiz gernuak ez tul, barre edo ariketa fisikoa egitean?
 - Ihes egin dizu inoiz gernuak komunera bidean?
 - Ihes egin dizu inoiz gernuak ahaleginarekin edota komunera bidean iristeko astirik gabe?
 - Ihes egin dizu inoiz gernuak nahi gabe?

Galdera horiek 3IQ galdetegiak dira (Brown JS- 2006), mota desberdinak bereizteko. (Sentikortasuna % 75 eta espezifikotasuna % 77 urgentiako inkontinentziarako; sentikortasuna % 86 eta espezifikotasuna % 60 estres-inkontinentziarako). Horrez gain, inkontinentzia mota bakoitza orientatzen laguntzen du: 1. Estresak eragindako GI, 2. Premiazko GI, 3. GI mistoa, 4. Beste gernu-inkontinentzia batzuk

- **Maskuri-hustuketaren egunerokoak** - 3 egun galdutako gerneraren maiztasuna, larritasuna eta bolumena baloratzeko, inkontinentzia-gertakarietan.
- **Pazientearen bizi-kalitatean izandako inpaktua** (Iana, EBOJ, loa, sexu-harremanak, gizarte-harremanak edo pertsonen artekoak eta abar). Horrez gain, adineko pertsona hauskorren artean, gernu-inkontinentziak zaintzazkarga handiarekin lotzen dira; horretarako, badira baliozkotutako galdetegiak.

- **Miaketa:**

Kardiobaskularra (bolumen-gainkarga, bihotz-gutxiegitasun kronikoa, beheko gorputz-adarretako edemak) Sabelaldea (masak), Beheko gorputz-adarrak (artikulazio-mugikortasuna, barizeak, estasi benosoa), Azterketa ginekologikoa, ondestekoa eta neurologikoa, behar izanez gero.

- **Azterketa klinikoa:**

Maskuri-estresaren testa (pazientea etzanik, maskuria beteta duela, ez tul eginarazi eta baloratu gernua galtzen duen), Txiza egin osteko galera-bolumena, Fluxumetria, Azterketa urodinamikoa, eta abar.

- **Laborategia:**

Analitika orokorra, kaltzioa, glukosa, giltzurrunen funtzioa, B 12 bitamina, eta PSA gizonezkoetan.

Guztiei egin behar zaie gernu-analisi bat eta kultibo bat, infekzioak baztertzeko. Eta gernu-zitologia egingo da min pelbikoak izanez gero, infekziorik gabeko hematuria edota minbizi-arriskurako faktoreak hautemanez gero (tabakoa, aurrez maskurian tumorea izatea eta abar).

AUKERA TERAPEUTIKOAK:

- **Aldaketak bizitzeko moduan** - Likidoak modu egokian hartzea, gauez edatea saihestuta; kafeina, alkohola eta tabakoa saihestu, idorria kontrolatu, jarduera eta ariketa fisiko gehiago egin eta abar.

- **Pisua galtzea**

- **Jokabide-terapia**

– Maskuriaren entrenamendua – Estres-inkontinentzia, premiazkoa edota mistoa duten emakumeekin erabilia, eta bi printzipio orokorretan oinarritua: 1/ Txiza maiz egitea norbere borondatez, maskuri-bolumen apala izateko. 2/ Nerbio-sistema zentrala eta mekanismo pelbikoak entrenatzea, muskulu detrusorea-ren uzkurdua ezegonkorak inhibitzeke.

Maskuri-entrenamendua kalterik gabeko kognizioa duten pazienteekin erabiltzen da; narriadura kognitiboa dutenekin, berriz, nahiz eta jokabide-metodoak ere erabiltzen diren, beste aldaera batzuk dira nagusi (ohiturak entrenatzea, txiza programatuta egitea eta berehalako txiza egitea).

– Gihar pelbikoen ariketak- (Kegel-en ariketa)

Estres-inkontinentzia edo mistoa dutenentzat batez ere.

Gomendatutako irizpide oinarritzkoa: 3 serie, 8-12 kontrakzio motel eta sakonekin, bakoitza 6-8 segundokoa. Astean 3-4 aldiz egingo dira, gutxienez 15-20 astez.

- **Terapia farmakologikoa:**

Hasieran, saiatu bizitzeko moduak aldaketak sartzen eta jokabide-terapia baliatzen; horiek eraginkorrak ez balira, tratamendu farmakologikoa hasiko da: Antimuskarinikoak (Oxibutinina, Solifenazina, Tolterodina eta Trosipioa), Imipramina, Mirabegron, aurrekoen ordezkero aukera gisa, kontrako efektuak izanez gero, Duloxetina, eta estrogenoak, estres-inkontinentzian eta abar.

- **Dispositiboak eta pixoihalak**

Gernu-inkontinentziarako Nice gidaren arabera, «Produktu xurgatzaileak ez dira tratamendua gernu-inkontinentziarako» eta honako kasu hauetan bakarrik erabili beharko lirateke:

Behin betiko diagnostikoaren zain gauden bitartean, estrategia erantsi bezala.

Abian diren beste terapia batzuen osagarri bezala.

Iraupen luzeko gernu-inkontinentzietan, aukera terapeutiko guztiak agortuta daudenean.

GERNU-INKONTINENTZIAREKIN LOTUTAKO SENDAGAIK:

Hainbat sendagai gernu-inkontinentziarekin lotzen dira klasikoki, hala nola diuretikoak (poliuria eta txiza-urgentziagatik), hipnotikoak, antipsikotikoak eta bestelako antidepresiboak (besteak beste, sedazioagatik) eta kaltzio-antagonista, antikolinergikoak eta opiazeoak (gernu-debekuarekin duten loturagatik edota inpaktazio fekalagatik).

BIBLIOGRAFIA:

- Brown JS, Bradley CS, Subak LL, Richter HE, Kraus SR, Brubaker L, et al for the Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy) Research Group. The Sensitivity and Specificity of a Simple Test To Distinguish between Urge and Stress Urinary Incontinence. *Ann Intern Med* 2006; 144: 715-723 or.
- Catherine E. DuBeau MD et al Approach to women with urinary incontinence. *Uptodateonline.com* – Last literature review Dec. 2014.
- Catherine E. DuBeau, MD et al: Treatment and prevention of urinary incontinence in women
– *Uptodateonline.com* – Last literature review Dec.t. 2014.
- United Kingdom National Institute for health and Clinical Excellence.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG40NICEguideline.pdf>.
- Verdejo C. Incontinencia urinaria. In: *Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia* 2010. Hemen eskuragarri:
http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2014_II.pdf

IV. ERANSKINA

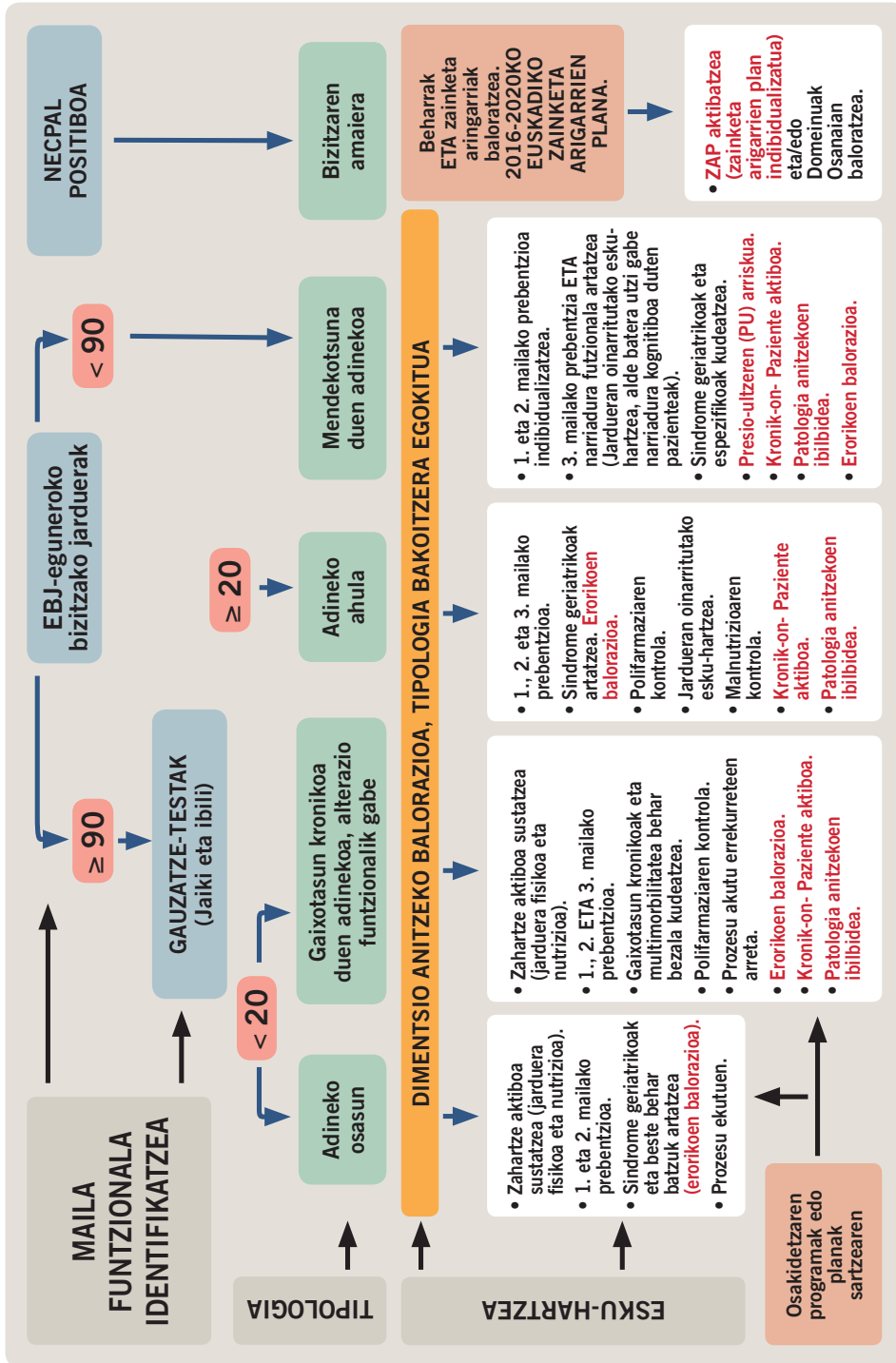
ADINEKO PERTSONEN MOTETAKO ESKU-HARTZEA, EGOERA FUNTZIONALAREN ARABERA

Eranskin honetan adineko pertsonen maneiuaren orientazio klinikoa planteatzen dugu, beren funtzionaltasunaren araberako tipologian [Gómez-Pavón J.-k definitu zituen 2007an] oinarrituta, talde barruan adostu eta aldatu dugunari jarraiturik.

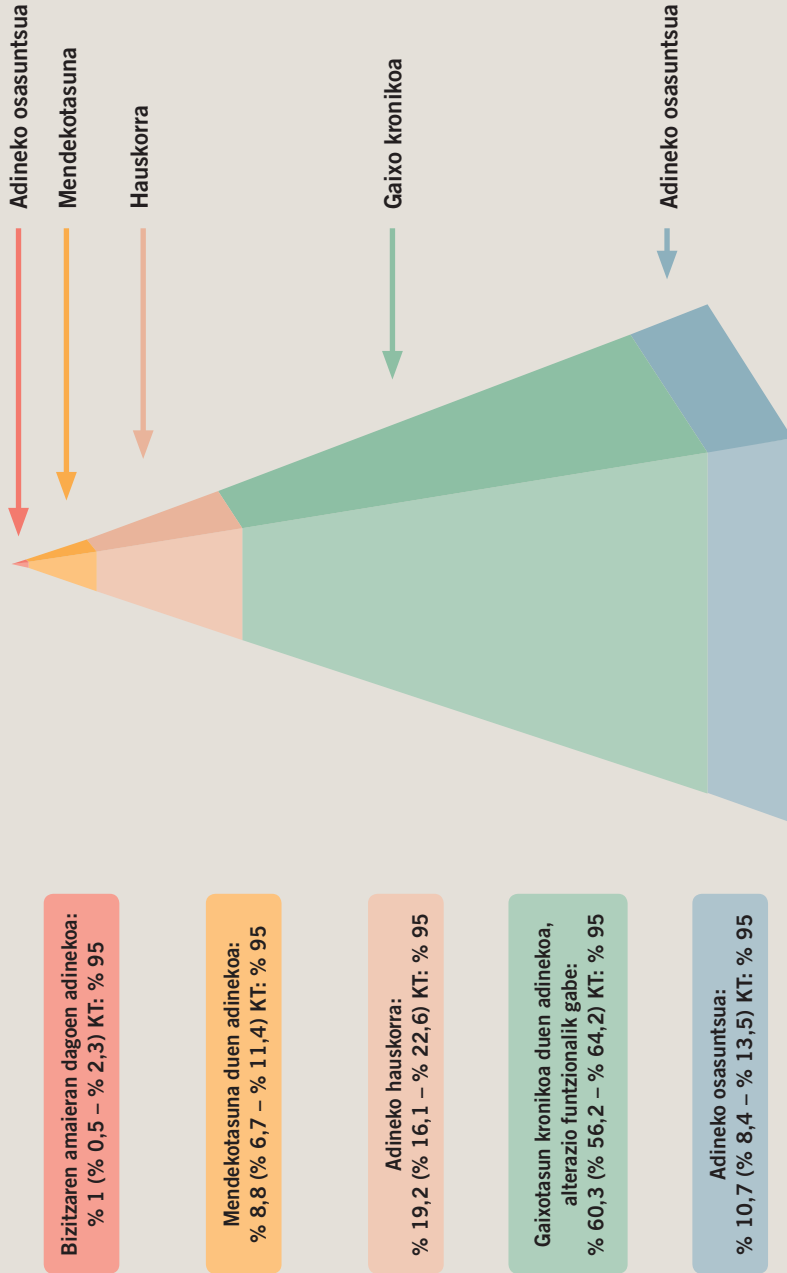
AADINEKO PERTSONEN MOTAK FUNTZIOAREN ARABERA: ADINEKO PERTSONAK SAILKATZEKO PROPOSAMENA BEREN TERAPIARI EKITEKO XEDEAREKIN

	1 GAIXOTASUN KRONIKO GARRANTZITSU	EGOERA TERMINALA	«JAIKI ETA IBILI» TESTA	BARTHEL
ADINEKO PERTSONA OSASUNTUA	EZ	EZ	≤20 seg -edo ibilera-testa 0,8-1 seg, edo SPPB ≥10 puntu-	≥90 puntu
GAIXOTASUN KRONIKOAK DITUEN ADINEKO PERTSONA, ALTERAZIO FUNTZIONALIK GABE	BAI	EZ	≤20 seg -edo ibilera-testa <1 seg, edo SPPB ≥10 puntu-	≥90 puntu
ADINEKO PERTSONA HAUSKORRA	Berdin bat edo bestea	EZ	≥ 20 seg -edo ibilera-testa ≥1 seg, edo SPPB <10 puntu-	≥ 90 puntu
MENDEKOTASUNA DUEN ADINEKO PERTSONA	Berdin bat edo bestea	EZ	Berdin bat edo bestea	< 90 puntu
BIZITZAREN AMAIERAN DAGOEN ADINEKO PERTSONA	Berdin bat edo bestea	BAI (NECPAL, positiboa)	Berdin bat edo bestea	Berdin bat edo bestea

Garrantzitsua da kontuan hartzea, zenbait narriadura kognitibo, eritasun neurologiko edo psikiatrikoen kasuan, beharrezkoa litzatekeela pazienteen beharrianak baloratzea, koadro honetako aurreikuspenetik harago



MOTEN GUTXI GORABEHERRAKO BANAKETA



Iturria: Guk geuk egina, 2016ko AAPren pilotajeara.

BIBLIOGRAFIA:

- Adineko pertsonengan hauskortasuna eta erorikoak prebenitzeko adostasun-dokumentua (Osasun Sistema Nazionalean Osasuna eta Prebentzioa Sustatzeko Estrategia). Osasun Sustapeneko eta Epidemiologiako Zuzendariorde. Osasun Publiko, Kalitate eta Berrikuntzako Zuzendaritza Nagusia. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berritasun Ministerioa. 2014. Hemen eskuragarri:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>
- Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán JJ, Regato P, Abizanda P, Formiga F, et al. Dependentsiarene prebentzioa adineko pertsonengan. Jokabide Klinikoetan Osasuna eta Prebentzioa Sustatzeko Espainiako Lehen Konferentziako lan-dokumentua. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berritasun Ministerioa. Madril, 2007. Hemen eskuragarri:
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/conferenciaPPS/conferencia.htm>
- Martín-Lesende I, López-Torres JD, Gorroñogoitia A, de-Hoyos MC, Baena JM, Herreros I. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en atención primaria (recomendaciones PAPPs, actividades preventivas en los Mayores). Aten Primaria 2014; 46 (Supl 4): 79-81 or. Hemen eskuragarri:
<http://www.papps.es/>
- Martín-Lesende I, Gorroñogoitia A, Molina M, Abizanda P. Persona mayor frágil: detección y manejo en Atención Primaria. Guía Fisterra 2015. Hemen eskuragarri:
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/>

V. ERANSKINA

OSABIDE GLOBALEN/OSANAIA ERREGISTRATZEA

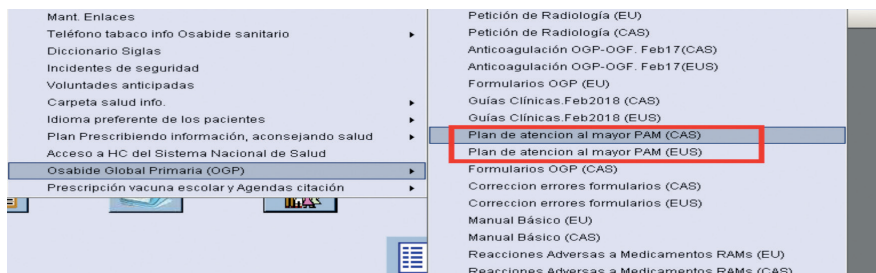
OSABIDE GLOBAL

Historian erregistratzeko prozedura Osabide Globalen dago:

- **Intraneta:**

https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/eu/informatica/sistemas_informacion/salud/Orriak/Osabide-Global.aspx

- **Osabide Global LMAn**



OSANAIA

Baimenak planteatu dira Osanaian **medikuntzako profesionalentzat** atal hauetan:

- Erorikoak
- Zaintzailea
- Protesiak

Hona hemen Erizaintzako profesionalak egingo dutena:

1. Maila funtzionala identifikatzea eta motak sailkatzea:

Osabide Global AAP-ko formularioan: Balorazio funtzionala eta motak.

2. Adinekoaren balorazioa:

OSANAIA Erizaintzako prozesua erregistratzeko tresna da. Erizainek erabili behar duten tresna da, beraz, adinekoaren dimentsio anitzeko balorazioa erregistratzen dela ziurtatzeko.

Nahiz eta, orokorrean, erizainak berak pazienteen balorazioa egiten duen (arrazoibide kritikoaren bitartez, erizaintzako prozesua aplikatzean), kasu bakoitzean

lehenasunezkoztat aurkezten diren domeinuak ardatz gisa harturik, gure iritzian, beheko taulan jasotako domeinu guztiekin eguneratutako balorazioa egin beharko litzaike adineko guztiei:

ADINEKOAREN DIMENTSIO ANITZEKO BALORAZIOA	GOMENDATUTAKO DOMEINUAK 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11
1. DOMEINUA OSASUNA ZAINTEZA	Erretzaile motaren sailkapena eta alkohol-kontsumoa, tratamendu farmakologikoa, tratamendu farmakologikoarekiko atxikipena, immunizazioa...
2. DOMEINUA NUTRIZIOA	Mastekatzeko eta irensteko zailtasuna, nutrizio-egoera, dietaren egokitasuna, gomendatutako dietaren gaineko ezagutza, likido-ekarpena, janariarekiko jarrera...
3. DOMEINUA KANPORATZEA ETA TRUKEA	Kanporatzen laguntzeko gailuen erabilpena, inkontinentzia, hesteen patroia...
4. DOMEINUA JARDUERA/ATSEDENA	Jarduera fisiko maila eta motibazioa, jarduera fisikoaren aholkuaren betetze maila, norbere burua zaintzeko autonomia maila.
5. DOMEINUA PERTZEPZIOA/KOGNIZIOA	Ikusmen- eta entzumen-gaitasuna, zentzumenen eta pertzepzioaren alterazioak.
7. DOMEINUA ROLA/HARREMANAK	Harreman sozialak, gizarte-baliabideen erabilpena, bizikidetzaren inguruko informazioa, zaintzaile nagusia...
9. DOMEINUA AURRE EGITEA/ESTRESA JASATEA	Tratu txarrak jasan izana, tratu txarren identifikazioari dagozkion adierazleak, egun tratu txarrak jasaten dituelako berrespena, jasandako indarkeria mota...
11. DOMEINUA SEGURTASUNA/BABESA	Erortzeko arriskuaren balorazioa, ahoko muki-mintzen egoeraren balorazioa, jokabide arriskutsuetarako joera.

**DIMENSIO ANITZEKO BALORAZIOAREN DIMENSIOEN ERREGISTROA
OSABIDE GLOBALEN ETA OSANAIA**

DIMENSIO ANITZEKO BALORAZIOAREN DIMENSIOAK ERREGISTRATZEA		ALDAGAIK	ERREGISTROA
ZAINKETA ARIGARRIEN BEHARRA BALORATZEA	NECPAL TEST		Medikuntza eta Erizaintza: Osabide Globala
BALORAZIO FUNTZIONALA	EBJ-eguneroko bizitzako jarduerak	EBOJ - eguneroko bizitzako jarduerak (oinarrizkoak) Barthel indizea Bradenen eskala (*)	Medikuntza eta Erizaintza: Osabide Globala (* Erizaintza: Osanaia
		EBJ (instrumentalak) Lawton eta Brodyren indizea	
	GAUZATZE-TESTA	Jaiki eta ibili testa	
PREBENTZIOZKO BALORAZIO KLINIKOA	OROKORRA	Tentsio arteriala (TA)	Medikuntza eta Erizaintza: Osabide Globala
		Pisua/Neurria eta GMla	
		Txertoak (gripea, tetanos-difta, neumokokoa)	
		Ohitura toxikoak	TABAKOA: Medikuntza: Osabide Globala Erizaintza: Osanaia - 1. domeinua ALKOHOLA: Medikuntza: Osabide Globala Erizaintza: Osanaia - 1. domeinua
	Jarduera fisikoa	Medikuntza: Osabide Globala Erizaintza: Osanaia - 4. domeinua	
	ESPEZIFIKOA	Ikusmena	Medikuntza: Osabide Globala Erizaintza: Osanaia - 5. domeinua
		Entzumena	
		Ererikoak	Ereriko baten erreg.: Medikuntza eta Erizaintza: Osanaia Erortzeko arriskuen balorazioaren erreg.: Medikuntza: Osabide Globala Erizaintza: Osanaia - 11. domeinua Etxeko arriskuen balorazioen erreg.: Medikuntza eta Erizaintza: Osabide Globala
		Nutrizioa-Hidratazioa	Eskaren erregistroa: Medikuntza eta Erizaintza: Osabide Globala Balorazioa: Medikuntza: Osabide Globala Erizaintza: Osanaia - 2. domeinua
		Ahoa	Medikuntza: Osabide Globala Erizaintza: Osanaia - 2. eta 11. domeinua
		Inkontinentzia	Medikuntza: Osabide Globala Erizaintza: Osanaia - 3. domeinua
	Tratu txarrak hautematea	Medikuntza: Osabide Globala Erizaintza: Osanaia - 9. domeinua	
	Ospitaleratzeak azken urtean	Medikuntza eta Erizaintza: Osabide Globala	

DIMENSIO ANITZEKO BALORAZIOAREN DIMENSIOAK ERREGISTRATZA		ALDAGAIK	ERREGISTROA
PREBENTZIOZKO BALORAZIO KLINIKOA	PRESKRIPZIOA EGOKITZEA ETA POLIMEDIKAZIOA		Medikuntza: Osabide Global; zehatzago, PRESBIDE modulua. Erizaintza: Osanaia - 1. domeinua
	GAIXOTASUN KRONIKOAK		Medikuntza: Osabide Globala
BALORAZIO MENTALA	KOGNITIBOA	Pfeifferren galdetegia Loboren azterketa txiki kognoszitiboa	Medikuntza eta Erizaintza: Osabide Globala
	AFEKTIBOA	Goldbergen depresio-galdetegi laburtua	
BALORAZIO SOZIOFAMILIARRA ETA ZAINZAILAREN BALORZIOA	SOZIOFAMILIARRA	Bizikidetza	Medikuntza: Osabide Globala Erizaintza: Osanaia - 7. domeinua
		Gizarte-harremanak	
		Baliabide sozialaren erabilera	
		Arrisku sozialaren faktorea	
	ZAINZAILARENA	Zaintzailea Identifikatzea	Medikuntza eta Erizaintza: Osanaian erregistratzea; Zaintzailearen modulua
	Arriskua edo gainkarga zaintzailearengan: Zariten galdetegia / Gubermanen eskala	Medikuntza eta Erizaintza: Osabide Globala	

VI. ERANSKINA

AAP-REN EBALUAZIOA

Funtsean, honako alderdi hauetan oinarrituko da: estaldura, egoera funtzionalaren deskribapena, ≥ 70 urteko pertsonen tipologiaen eta egoera kliniko-sozialaren sailkapena eta, batez ere, programaren barruan lortutako emaitzen adierazleen ebaluazioa.

Adierazle horiek aldatuz joango dira ezarpen-prozesuan zehar. Adierazleak baloratzeko hasierako proposamena ondorengo taulan laburbiltzen da:

1. EGOERA FUNTZIONALA	Egoera funtzionalaren balorazioa egin zaien ≥ 70 urteko pertsonen %. Tipologiak mugatu zaizkien ≥ 70 urteko pertsonen %
2. TIPOLOGIEN IDENTIFIKAZIOA	Tipologia osasuntsuarekin identifikatu diren ≥ 70 urteko pertsonen %. Tipologia kronikoarekin –alterazio funtzionalik gabe– identifikatu diren ≥ 70 urteko pertsonen %. Tipologia hauskorrearekin identifikatu diren ≥ 70 urteko pertsonen %. Mendekotasun tipologiarekin identifikatu diren ≥ 70 urteko pertsonen %. Bizitzaren amaierako tipologiarekin identifikatu diren ≥ 70 urteko pertsonen %.
3. ARIKETARI BURUZKO AHOLKUA ETA ESKU-HARTZEA	Ariketari buruzko aholkua eman zaien ≥ 70 urteko pertsonen %. Esku-hartzea egin zaien (jarduera fisikoaren programa) 70 urtetik gorako populazioaren %.
4. ELIKADURARI BURUZKO AHOLKUA ETA BALORAZIOA	Elikadurari buruzko aholkua eman zaien ≥ 70 urteko pertsonen %. MNA egin zaien ≥ 70 urteko populazio hauskorren %.
5. TXERTAKETA 5.1 Gripearean aurkako txertaketa 5.2 Pneumokokoaren aurkako txertaketa 5.3 Tetanosaren aurkako txertaketa	Txertoa hartu duten ≥ 70 urteko pertsonen %.
6. ALKOHOL KONTSUMOA	Alkohol-kontsumoaren balorazioa egin zaien ≥ 70 urteko pertsonen %.

7. ERORTZEKO ARRISKUEN BALORAZIOA	Historia klinikoan erorikoak erregistratuta dituzten ≥ 70 urteko pertsonen %. Eroriko-arriskuaren balorazioa erregistratuta daukaten ≥ 70 urteko pertsonen %.
8. PRESIO-ULTZERAK 8.1 Presio-ultzeren prebalentzia 8.2 Presio-ultzeren balorazioa	%Presio-ultzera duten ≥ 70 urteko pertsonen % (mailaren eta jatorriaren arabera). Braden eskala egin zaien ≥ 70 urteko pazienteen % / Barthelen < 60 puntu dituzten pertsona guztietatik.
9. BALORAZIO OFTALMOLOGIKOA	Balorazio oftalmologikoa egin zaien ≥ 70 urteko pertsonen %.
10. FARMAKOTERAPIA EGOKITZEAREN BERRIKUSPENA	5 farmako hartzen dituzten ≥ 70 urteko pertsonen %. Atxikidura duten ≥ 70 urteko pertsonen %. Farmako antikolinergikoak hartzen dituzten ≥ 70 urteko pertsonen %. Bentzodiazepinekin lau astetik gorako iraupen luzeko tratamendua duten ≥ 70 urteko pertsonen %.
11. GIZARTE ZERBITZUETARA BIDERATzea	Gizarte-zerbitzuetara bideratu diren ≥ 70 urteko pertsonen %. Barthelen < 90 puntu dituzten eta Zaintzailearen erregistroa duten ≥ 70 urteko pertsonen %.
12. OSPITALERATZEAK	Ospitalizazio-erregistroa duten ≥ 70 urteko pertsonen %. Behar soziosanitarioak izateagatik gizarte zerbitzuekin koordinatutako arreta-plan indibiduala daukaten ≥ 70 urteko pertsonen %.
13. INSTITUZIONALIZAZIOA	Instituzionalizazioen erregistroa duten ≥ 70 urteko pertsonen %.
14. ERIZAINZAKO ZAINKETA-PLANEN BALORAZIOA	Motei lotutako NANDA diagnostikoak dituzten ≥ 70 urteko pertsonen %.

VII. ERANSKINA

BALORAZIO SOZIOSANITARIOA: RAI-Ca

RAI-CA tresnarekin elkarreragingarritasuna hobetu nahi da, erabilera komuneko tresna delako, arlo sanitarioan zein gizarte arloan erabiltzen dena.

Dagoeneko eskuragarri dute tresna hau osasun-zentroetan, bai eta Koordinazio Soziosanitarioko protokoloak egin dituzten Udaletako gizarte zerbitzuetan ere, hala eskatu dutelako.

Tresna hau Arreta Soziosanitarioko Lerro Estrategikoen jomugan dauden gizataldeekin aplikatzekoa da, bereziki mendekotasun egoeran dauden adinekoekin.

- RAI-CA bidezko ebaluazioa kasuan kasuko profesionalak (medikua, erizaina edo gizarte-langilea) esku-hartze soziosanitarioa egin beharreko kasuren bat antzematen duenean aplikatuko da; batez ere, mendekotasun egoeran dauden pertsonekin.
- Emaizta (diagnostiko soziosanitarioa) Lehen mailako arreta soziosanitarioko taldean (LMASS) kontrastatuko da, kontsulta eskabide bat bidaliz.
- Edozein profesionalek egiten duela ere, emaitza kasuaren diagnostikotzat eta orientazio soziosanitariotzat hartuko da.

InterRAI Contact Assessment (CA) delakoa edo Kontaktuzko ebaluazioa (KE) baheketa egiteko edo biztanleriaren estratifikazioa egiteko tresna bat da, komunitatean zein ospitaleetan erabiltzeko diseinatua*.

Balorazioa moduluka egiteko tresna bat da, eta horren bitartez:

- Epe luzera etxean laguntza-zerbitzuak beharko dituzten ebaluatu daiteke (komunitateko modulua).
- Ospitaleetan bideratze eta alta prozesuak arintzen laguntzen du (larrialdietako modulua).
- Behar soziosanitarioak dituzten helduen ebaluazioa eta baheketa egin daiteke, tresna baliozkotua da eta.
- Erraz egin daiteke (20-30 min. gutxi gorabehera).
- Esku hartzen duten profesionalak lehen mailako arretakoak eta osasun eta gizarte arloko arreta espezializatukoak dira.

InterRAI CA tresnak ez ditu beste ebaluazio sistema batzuk ordezkatzeko.

Lehen kontaktuko oinarrizko informazioa batzeko baliagarria da, hauek ebaluatzeko:

- pertsonaren autonomia,
- ebaluazio sakonagoak egitea premiazkoa den,
- baliabideak eskatzea premiazkoa den, eta
- zerbitzu espezializatuen beharra dagoen (errehabilitazioa).