

ESCALAS DE USO FRECUENTE EN GERIATRÍA

DIEGO ANDRÉS CHAVARRO CARVAJAL

RODRIGO ALBERTO HEREDIA

LUIS CARLOS VENEGAS SANABRIA

CARLOS ALBERTO CANO GUTIÉRREZ



INSTITUTO DE
ENVEJECIMIENTO



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Pontificia Universidad Javeriana
Instituto de Envejecimiento

Escalas de uso frecuente en Geriatría

Autores:

Diego Andrés Chavarro Carvajal

Médico Especialista en Medicina Interna y Geriatría, Magister en Epidemiología. Coordinador Académico de la Especialización en Geriatría de la Pontificia Universidad Javeriana. Médico Geriatra del Hospital Universitario San Ignacio,

Rodrigo Alberto Heredia

Médico Especialista en Geriatría. Profesor de la Especialización en Geriatría de la Pontificia Universidad Javeriana y de la Unidad de Geriatría del Hospital Universitario San Ignacio.

Luis Carlos Venegas Sanabria

Médico Especialista en Geriatría. Profesor de la Especialización en Geriatría de la Pontificia Universidad Javeriana y de la Unidad de Geriatría del Hospital Universitario San Ignacio.

Carlos Alberto Cano Gutiérrez

Médico Especialista en Geriatría. Director de la Especialización en Geriatría y del Instituto de Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana; Director de la Unidad de Geriatría del Hospital Universitario San Ignacio.

ISBN:

Impresión

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas
– JAVEGRAF –

Dedicatoria

*A todos nuestros pasados, presentes y futuros estudiantes
que descubren el arte por el cuidado de la vejez.*

Tabla de contenido

Prólogo	5
Introducción	6
1. Esfera Clínica	6
1.1. Fragilidad	7
1.1.1. Fenotipo de fragilidad de Fried	7
1.1.2. Escala FRAIL:	8
1.2. Sarcopenia	9
1.2.1. Algoritmo Sarcopenia EWGSOP2 para búsqueda de casos, diagnóstico y cuantificación de la severidad en la práctica.	10
1.2.2. SARC- F (Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls)	11
1.3. Úlceras por presión:	12
1.3.1. Escala de Norton	12
1.4. Disfagia orofaríngea	13
1.4.1. Preguntas orientativas:	14
1.4.2. Eating Assessment Tool (EAT-10)	14
1.5. Caídas	15
1.6. Nutricional	16
1.6.1. Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA- SF)	17
2. Esfera Funcional	18
2.1. Discapacidad:	19
2.1.1. Índice de Barthel	19
2.1.2. Escala de Lawton modificada	20
2.2. Limitación funcional:	22
2.2.1. Short Physical Performance Battery (SPPB o test de Guralnik)	22
3. Esfera Mental	25
3.1. Delirium o Síndrome Confusional Agudo	25
3.1.1. Confusion Assessment Method (CAM)	25
3.2. Deterioro cognitivo	27
3.2.1. Minimental Status Examination (MMSE)	27
3.2.2. Escala de trastornos de memoria (Queja subjetiva de memoria)	29
3.3. Depresión	32
3.3.1. Escala de depresión geriátrica (Yesavage)	31
4. Esfera Social	32
4.1. Entrevista semi estructurada.	33
4.2. Escala de recursos sociales de la OARS (Older Americans Resource and Services Group)– Duke University Center	33
5. Glosario	37

Prólogo

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2018–Colombia, en su segunda entrega preliminar, estima una población de 45.5 millones de personas, alcanzando las mujeres un 51.4%. Informa respecto a la población de 65 años y más, que alcanza un 9.2% y que corresponde a 4.186.000 personas, pero si observamos el grupo de 60 años y más, estos superan el 13% de la población total. Lo anterior muestra la nueva realidad colombiana respecto al creciente número de ancianos que brindan aportes económicos, materiales y emocionales a la sociedad, pero también con necesidades, deterioro de salud y limitaciones en autonomía.

La formación de especialistas en geriatría la inició en 1986 el doctor Jaime Márquez. Desde allí se han desprendido semillas de profesionales que han formado nuevos centros de enseñanza en Colombia. La Pontificia Universidad Javeriana hace la apertura a su primer grupo de estudiantes de postgrado en geriatría en agosto de 2010, y como Director el doctor Carlos Alberto Cano, con la ayuda de su incondicional amiga y consejera la doctora Cecilia Escudero de Santacruz, quienes han basado la enseñanza en aspectos teóricos y prácticos donde se resaltan *los fundamentos, la investigación, la gestión de servicios, la economía de la salud y las modalidades de intervención clínica, psicosocial y pedagógica*.

En la atención diaria al paciente anciano se toma como estructura de análisis la evaluación geriátrica multidimensional (VGI), que se define como un proceso de diagnóstico interdisciplinario multidimensional enfocado en determinar las capacidades y cuantificar los problemas funcionales, psicosociales, medioambientales y médicos de una persona anciana frágil para desarrollar un plan coordinado e integrado de tratamiento y seguimiento a largo plazo. El presente manual de *“escalas de uso frecuente en geriatría”* busca ser un facilitador de la actividad clínica del estudiante y del especialista en la atención diaria con la persona anciana en todos los niveles asistenciales. Adicionalmente, busca fomentar la precisión diagnóstica y optimizar los análisis que requiere la VGI.

Finalmente vale mencionar que todos (personal sanitario y de otras ciencias del saber) formamos parte del grupo de apoyo a las personas ancianas y que el trabajo interdisciplinario brinda grandes beneficios en la eliminación de las barreras al cuidado, y siempre buscando mejorar la calidad de vida del viejo.

Bogotá, D.C. Colombia
Rodrigo Alberto Heredia, MD

Introducción

La evaluación del anciano tiene particularidades que la hacen más compleja y que la convierten en todo un reto para el clínico. *El objetivo de este manual es contar con algunas de las escalas de uso frecuente en Geriatría.* La forma en la que se han organizado es utilizando los cuatro ejes de la Valoración Geriátrica Integral. En la *esfera clínica*, haciendo énfasis en los síndromes geriátricos; en la *esfera funcional*, desde la limitación funcional y desde la valoración de la discapacidad y en la *esfera mental*, teniendo en cuenta alteraciones agudas como el delirium y crónicas como escalas de tamizaje cognoscitivo y afectivo. Por último, en el área social los elementos de la entrevista y herramientas para la valoración social.

1. Esfera Clínica

La primera parte de la evaluación pertenece a la esfera clínica tradicional, que incluye la anamnesis, el examen físico completo y especial énfasis en los síndromes geriátricos.

1.1 Fragilidad

La fragilidad es un síndrome de disminución de reserva funcional y de resistencia a estresores que provoca vulnerabilidad, e identifica sujetos en riesgo de sufrir un declive funcional u otros eventos adversos de salud. Es multidimensional, dinámica y no lineal; para su identificación se ha diseñado múltiples instrumentos, ninguno considerado patrón de oro. A continuación, se presentan, el Fenotipo de fragilidad de *Fried* y la escala *FRAIL*.

1.1.1. Fenotipo de fragilidad de *Fried*

- Pérdida de peso:** pérdida de peso involuntaria en último año mayor de 4,5 kg o mayor del 5% del peso previo en el último año.
- Baja energía y resistencia:** respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas de la *Depresion Scale del Center for Epidemiologic Studies (CES-D)*: ¿Sentía que todo lo que hacía suponía a un esfuerzo en la última semana? o ¿Sentía que no podía ponerse en *marcha la última semana*? Se considera criterio de fragilidad si a una de ellas se responde: “*moderada cantidad de tiempo (3-4 días) o la mayor parte del tiempo*”.
- Fuerza prensora:** medido en kilogramos por un dinamómetro y estratificado por sexo e índice de masa corporal (IMC). Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:

Tabla 1. Fuerza prensora

Hombres		Mujeres	
IMC <= 24	<=29	IMC <=23	<= 17
IMC 24,1-26	<=30	IMC 23,1-26	<= 17,3
IMC 26,1-28	<=30	IMC 26,1-29	<=18
IMC >28	<=32	IMC >29	<=21

Fuente: Traducido de - Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Bio Sci Med Sci* 2001; 56A: M146-56.

4. Velocidad de la marcha: tiempo que se tarda en andar 15 pasos (4,6 metros), estratificado por altura y sexo. Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:

Hombres: altura <173 cm >7 segundos, altura > 173cm > 6 segundos.

Mujeres: altura < 159 cm > 7 segundos, altura > 159cm > 6 segundos.

Disminución de la velocidad de la marcha (velocidad de la marcha menor a 0.8 m/s).

5. Bajo nivel de actividad física: kilocalorías gastadas por semana usando el *Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire* (MLTAQ), estratificando por sexo.

Se considera fragilidad cuando se encuentra en el quintil inferior:

Hombres < 383 kcal/semana

Mujeres < 270 kcal/semana

Interpretación

Total:

0 criterios: Anciano vigoroso

1-2 Criterios: Anciano pre frágil

3 o más: Anciano frágil

Bibliografía recomendada

Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Bio Sci Med Sci* 2001; 56A: M146-56.

1.1.2. Escala **FRAIL**

Escala de valoración de fragilidad, definida como un estado de vulnerabilidad que conlleva a un mayor riesgo de desenlaces adversos ante situaciones de estrés. Como se muestra a continuación en la (Tabla 2.):

Tabla 2. Escala **FRAIL**

<p>Fatiga</p> <p>En las últimas 4 semanas, ¿qué tanto se ha sentido cansado?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo el tiempo • La mayor parte del tiempo • Algo de tiempo • Muy poco tiempo • Nada de tiempo
<p>Resistencia</p> <p>Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
<p>Deambulación</p> <p>Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
<p>Enfermedades</p> <p>¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial sistémica • Diabetes • Cáncer (otro que no sea cáncer menor de piel) • Enfermedad pulmonar crónica • Cardiopatía isquémica • Insuficiencia cardíaca congestiva • Angina • Asma • Artritis (incluyendo osteoartritis y artritis reumatoide) • Enfermedad vascular cerebral (embolia) • Enfermedad renal crónica <p>Puntúa si tiene 5 o más.</p>

Pérdida de peso

¿Cuánto pesa con su ropa y sin zapatos? Aproximadamente [peso actual]

Hace un año ¿Cuál era su peso con ropa y sin zapatos? Aproximadamente [Peso hace un año]

El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera: $[(\text{Peso hace un año} - \text{Peso actual}) / \text{Peso hace un año}] * 100$.

- **Pérdida de peso $\geq 5\%$**
- **Pérdida de peso $\leq 4\%$**

Tomado de: Rosas-Carrasco O, Cruz-Arenas E, Parra-Rodríguez L, García-González AI, Contreras-González LH, Szlejf C. *Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults*. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1094- 1098. Las respuestas resaltadas puntuarán (= 1), las no resaltadas no puntuarán (= 0)

Interpretación

Se realiza mediante interrogatorio y está compuesta por cinco (5) ítems, cada uno de los que, en caso de ser positivo puntuará con un (1) punto. La escala se interpretará de la siguiente manera:

- 0 puntos = Robusto
- 1 o 2 puntos = Pre frágil
- ≥ 3 puntos = Frágil

Referencias

Rosas-Carrasco O, Cruz-Arenas E, Parra-Rodríguez L, García-González AI, Contreras-González LH, Szlejf C. *Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults*. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1094-1098 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.008>

Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. *A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans*. *J Nutr Health Aging* 2012; 16:601e608.

1.2 Sarcopenia

El *European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)* 2018, la define como un síndrome caracterizado por pérdida de fuerza y masa muscular de forma progresiva y generalizada, con riesgo de consecuencias adversas como la discapacidad física, una pobre calidad de vida y de muerte. Para su diagnóstico recomiendan contemplar los siguientes criterios:

1. Disminución de la fuerza muscular
2. Disminución cantidad o calidad del músculo
3. Disminución desempeño físico

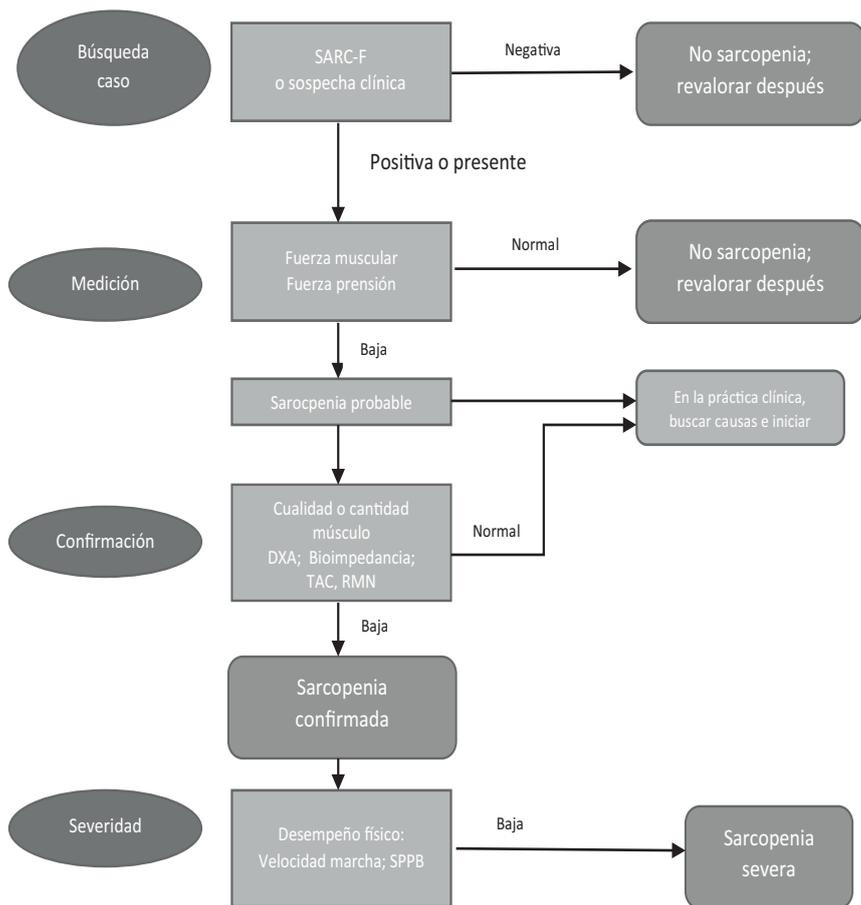
Interpretación

Sarcopenia probable: identificada por criterio 1

Sarcopenia confirmada: Criterio 1 y 2

Sarcopenia severa: criterios 1, 2 y 3

1.2.1. Algoritmo Sarcopenia EWGSOP2 para búsqueda de casos, diagnóstico y cuantificación de la severidad en la práctica



Gráfica 1. Algoritmo Sarcopenia EWGSOP2 Fuente: Traducido de: Cruz-Jentoft A, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 2018; 0: 1-16.

Bibliografía recomendada

Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, Cooper C, Landi F, Rolland Y, Sayer AA, Schneider SM, Sieber CC, Topinkova E, Vandewoude M, Visser M, Zamboni M; *Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2*. *Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis*. *Age Ageing*. 2018; 0: 1-16.. doi: 10.1093/ageing/afy169. [Epub ahead of print]

1.2.2. SARC- F (Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls)

Tabla 3. Escala SARC-F

Ítem	Preguntas	Puntaje
Fuerza	¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kilogramos?	
	Ninguna	0
	Alguna	1
	Mucha o incapaz	2
Asistencia para caminar	¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	
	Ninguna	0
	Alguna	1
	Mucha, usando auxiliares, o incapaz	2
Levantarse de una silla	¿Qué tanta dificultad tiene para levantarse de una silla o cama?	
	Ninguna	0
	Alguna	1
	Mucha o incapaz sin ayuda	2
Subir escaleras	¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	
	Ninguna	0
	Alguna	1
	Mucha o incapaz	2
Caídas	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	
	Ninguna	0
	1 a 3 caídas	1
	4 o más caídas	2
Total		

Fuente: Parra-Rodríguez L, Szlejf C, García-González AI, Malmstrom TK, Cruz-Arenas E, Rosas-Carrasco O. *Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults*. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Dec 1; 17(12):1142-1146

Interpretación

La escala SARC-F incluye cinco (5) componentes: *fuerza, asistencia para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y caídas*. La escala SARC-F se puntúa desde 0-10 puntos (por ejemplo; 0-2 puntos por cada ítem; 0=mejor a 10= lo peor). La puntuación total de la escala SARC-F de 0-3, representa sin sarcopenia y puntajes totales de 4 a 10 representan sarcopenia y desenlaces negativos.

Bibliografía recomendada

Parra-Rodríguez L, Szlejf C, García-González AI, Malmstrom TK, Cruz-Arenas E, Rosas-Carrasco O. *Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults*. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Dec 1; 17(12):1142-1146

Malmstrom TK, Morley JE. *SARC-F: A simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia*. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14:531-532.

Malmstrom TK, Morley JE. *Sarcopenia: The target population*. *J Frailty Aging* 2013; 2:55-56.

1.3 Úlceras por presión

Se denomina úlcera por presión a la lesión de origen isquémico producida por el daño tisular por presión, rozamiento o fricción prolongada (o una combinación de ambas) de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro.

1.3.1 Escala de Norton

Tabla 4. Escala de Norton

Estado general	Bueno	4
	Aceptable	3
	Malo	2
	Muy malo / terminal	1
Estado mental	Alerta	4
	Apático	3
	Confuso	2
	Estuporoso	1
Actividad	Deambula	4
	Necesita ayuda	3
	Silla de ruedas	2
	Encamado	1

Movilidad	Plena	4
	Limitada	3
	Muy limitada	2
	Inmóvil	1
Incontinencia	Ausente	4
	Ocasional	3
	Urinaria (frecuente)	2
	Doble (urinaria y fecal)	1
Total		

Fuente: Romanos-Calvo B, Casanova-Cartie N. La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. Gerokomos [online]. 2017, vol.28, n.4, pp.194-199. ISSN 1134-928X.

Interpretación

Mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión, fue realizada por Doreen Norton en el año 1962. Valora cinco (5) apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20. Se consideran pacientes de riesgo a aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo). Una puntuación menor o igual a 14 puntos indica riesgo de úlceras por presión.

Bibliografía recomendada

- Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. *An investigation of geriatric nursing problems in hospital*-Livingstones 1975.
- Norton D. *Calculating the risk. Reflections on the Norton Scale. Decubitus* 1989; 2(3):24-31
- Allman RM, Goode PS et al.: *Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation. JAMA* 1995; 273:865-870
- Romanos-Calvo B, Casanova-Cartie N. La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. Gerokomos [online]. 2017, vol.28, n.4, pp.194-199. ISSN 1134-928X.

1.4 Disfagia orofaríngea

La disfagia orofaríngea (DO) es un trastorno de la motilidad gastrointestinal que provoca la dificultad o imposibilidad para mover el bolo alimentario con seguridad de la boca al esófago y puede ocasionar aspiraciones traqueo-bronquiales.

1.4.1. Preguntas orientativas

1. ¿Ha presentado tos al momento de ingerir los alimentos?
2. ¿Pasar *alimentos le origina un esfuerzo adicional?*
3. ¿Siente que la deglución es incompleta o siente residuo en la faringe al *deglutir?*
4. ¿Ha presentado tos entre treinta minutos y una hora después de terminar de ingerir alimentos?

1.4.2. Eating Assessment Tool (EAT-10)

Tabla 5. Eating Assessment Tool (EAT-10)

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos. ¿Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?		
1. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso 0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio		2. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso 0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio
3. Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa 0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio		4. Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra 0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio
5. Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra 0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio		6. Tragar es doloroso 0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio
7. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar 0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio		8. Cuando trago, la comida se pega en mi garganta 0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio

<p>9. Toso cuando como</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio</p>	<p>10. Tragar es estresante</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio</p>	
<p>Total:</p>		

Fuente: Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, Cárdenas G, Barcons N, Araujo K, Pérez-Portabella. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutr Hosp*. 2012; 27(6):2048-2054 IS.

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.
¿Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?

Puntuación

Suma el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.
Puntuación total (máximo 40 puntos)

Interpretación

Es un cuestionario de cribado validado al español formado por diez (10) preguntas rápidas que evalúan síntomas específicos de la DO. El rango de puntuación va de 0 a 40 puntos y un valor superior o igual a 3 indica una anomalía. Es un cuestionario con gran consistencia interna y alta reproducibilidad. Se utiliza para identificar a pacientes que pueden padecer DO y aquellos que necesiten una evaluación más exhaustiva.

Bibliografía recomendada

Belafsky *et al.* *Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10)*. *Annals of Otolaryngology Rhinology & Laryngology*. 2008; 117 (12):919-24

Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, Cárdenas G, Barcons N, Araujo K, Pérez-Portabella. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutr Hosp*. 2012; 27(6):2048-2054 IS. <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6100.pdf>

1.5 Caídas

Las caídas, se definen como el efecto de llegar a permanecer en forma no intencionada en la tierra, el piso u otro nivel más bajo. Excluye caer contra el mobiliario, las paredes u otras estructuras. Las caídas ocurren cuando

la fuerza y la velocidad del desplazamiento exceden las posibilidades de respuesta de los mecanismos de equilibrio.

Desde hace dos décadas se han propuesto múltiples flujogramas y algoritmos de diagnósticos, pero sin una comprobación clara de su utilidad, puesto que sirven más para orientar las estrategias diagnósticas y de tratamiento, que para llegar a un diagnóstico preciso. Una propuesta reciente, basada en el modelo etiopatogénico, propone un análisis paso a paso de un anciano que se cae, para acercarse a un diagnóstico y a una estrategia terapéutica apropiada. El análisis se basa en las respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Realmente presentó una caída? hacer un diagnóstico diferencial de caída.
2. ¿Es caída única o hace parte de un cuadro de caídas recurrentes?
3. ¿Hubo consecuencias de la caída? ¿Cuáles?
4. ¿Cuál fue el mecanismo de la caída?
5. ¿Cuáles son los riesgos intrínsecos y extrínsecos presentes?
6. ¿Hubo alteraciones de la conciencia?
7. ¿Presentó algún tipo de mareo como síntoma (dizziness)?
8. ¿Hay evidencia de alteración del equilibrio o de la marcha?
9. ¿Cuál es el principal patrón biomecánico de la caída?
10. ¿No hay factores de riesgo ni hallazgos físicos y son caídas espontáneas?

Bibliografía recomendada

Gómez-Montes JF, Curcio CL. Caídas y temor a caer. En: Salud del anciano: valoración. Editores: Gómez-Montes JF, Curcio CL. Editorial Blanecolor SA, Manizales, 2014; p. 661-675.

1.6 Nutricional

Los objetivos de la valoración nutricional son determinar situaciones de riesgo, diagnosticar el estado de desnutrición evidente o de curso subclínico que puede pasar inadvertido, identificar las causas de los posibles déficits nutricionales, diseñar el plan de atención para mejorar el estado nutricional y evaluar la efectividad de las intervenciones nutricionales. Ante la existencia de múltiples herramientas de cribado nutricional, se presenta a continuación el *Mini Nutritional Assessment-Short Form* (MNA- SF), siendo un instrumento ampliamente utilizado en los diferentes niveles de asistencia.

1.6.1. Mini Nutritional Assessment–Short Form (MNA- SF)

Tabla 6. Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)

a.	¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = Ha comido mucho menos 1 = Ha comido menos 2 = Ha comido igual
b.	Pérdida de peso reciente (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kilos 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kilos 3 = No ha habido pérdida de peso
c.	Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el sillón 2 = salde del domicilio
d.	¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = Si 2= No
e.	Problemas neuropsicológicos 0 = Demencia o depresión grave 1 = Demencia moderada 2 = Sin problemas psicológicos
f.	Índice de masa Corporal (IMC) = peso en kilos / (talla en m) ² 0 = IMC < 19 1 = IMC > 19 - <21 2 = IMC > 21 - <23 3 = IMC > 23
Si no se puede IMC, medir la circunferencia de la pantorrilla y si es < 31 centímetros =0	
Total:	
12-14	puntos: Estado nutricional normal
8-11	puntos: Riesgo malnutrición
0-7	puntos: Malnutrición

Fuente: Deossa-Restrepo GC, Restrepo-Betancur LF, Velásquez-Vargas JE, Varela Álvarez D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. Rev Univ. Salud. 2016;18(3):494-504. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.54>

Interpretación

Esta escala evalúa el estado nutricional del paciente adulto mayor; se encuentra validada en diferentes niveles asistenciales: domicilios, residenciales y hospitalarios. Está compuesta por seis (6) apartados que miden: un

(1) parámetro dietético, dos (2) parámetros antropométricos y tres (3) de evaluación global. Sumando el resultado individual de cada ítem se obtendrá un resultado total que será como máximo de 14 puntos. Aquellos con un puntaje igual o superior a 12 presentan un estado nutricional satisfactorio. Entre 8 y 11 riesgo de malnutrición y menor o igual a 7, malnutrición.

Bibliografía recomendada

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA®-*Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNASF)*. J. Geront 2001; 56A: M366-377.
- Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature-What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487
- Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form(MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status*. J Nutr Health Aging. 2009; 13: 782-788
- Tarazona Santabalbina F. J., Belenguer Varea A., Doménech Pascual J. R., Gac Espínola H., Cuesta Peredo D., Medina Domínguez L. et al. Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. Nutr. Hosp. [Internet]. 2009 Dic [citado 2018 Oct 24]; 24(6): 724-731. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000600014&lng=es.
- Deossa-Restrepo GC, Restrepo-Betancur LF, Velásquez-Vargas JE, Varela Álvarez D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el *Mini Nutritional Assessment*: MNA. Rev Univ. Salud. 2016;18(3):494-504. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.54>

2. Esfera Funcional

La valoración funcional en mayores es fundamental para establecer un juicio clínico y un pronóstico adecuados, así como para planificar los cuidados. *La función de un sujeto es lo que marca su calidad de vida, bienestar, ubicación y necesidad de apoyo social*. Su pérdida puede ser la única manifestación de diversas enfermedades, por lo que su evaluación no solo es pronóstica sino también diagnóstica en ocasiones.

Tradicionalmente, la valoración funcional se ha basado en la medición de la discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), y subdivididas en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD), pero recientemente se ha puesto de manifiesto la necesidad de evaluar las limitaciones funcionales o de la función física, además de la discapacidad, como sus pilares básicos.

2.1 Discapacidad

2.1.1 Índice de Barthel

El índice de Barthel mide la capacidad de una persona para realizar diez (10) actividades básicas de la vida diaria, que se consideran esenciales, de esta forma se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Tabla 7. Índice de Barthel

<p>Alimentación</p> <p>10. Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable, capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.</p> <p>5. Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar extender la mantequilla, etc.</p> <p>0. Dependiente: necesita ser alimentado.</p>	<p>Baño</p> <p>10. Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar el pato. Es capaz de levantarse y sentarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.</p> <p>5. Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.</p> <p>0. Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.</p>
<p>Lavado</p> <p>5. Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.</p> <p>0. Dependiente: necesita alguna ayuda.</p>	<p>Traslado sillón - cama</p> <p>15. Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza sillas de ruedas lo hace independiente.</p> <p>10. Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (por ejemplo, la ofrecida por el cónyuge) de soporte.</p> <p>5. Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.</p> <p>0. Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.</p>
<p>Vestido</p> <p>10. Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.</p> <p>5. Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.</p> <p>0. Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.</p>	<p>Deambulación</p> <p>15. Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.) excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 metros sin ayuda o supervisión.</p> <p>10. Necesita ayuda: supervisión física o verbal incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie.</p> <p>5. Independiente en silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros. Gira esquinas solo.</p> <p>0. Dependiente: requiere ayuda mayor.</p>

<p>Aseo</p> <p>5. Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.</p>	<p>Escalones</p> <p>10. Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.</p> <p>5. Necesita ayuda: supervisión física o verbal.</p> <p>0. Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.</p>
<p>Deposición</p> <p>10. Continente ningún accidente: si necesita enema o supositorio se arregla por sí solo.</p> <p>5. Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.</p> <p>0. Incontinente</p>	<p>Micción</p> <p>10. Continente ningún accidente: seco día y noche. capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, capaz de cambiar la bolsa.</p> <p>5. Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.</p> <p>0. Incontinente</p>
<p>Puntaje total:</p>	

Fuente: Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: *The Barthel Index*. Maryland State Medical Journal 1965; 14:56-61

Indicaciones para su realización y puntuación

Se debe interrogar al paciente sobre cada una de las actividades correspondientes y según su capacidad para realizarla se dará un puntaje entre 0, 5 o 10 (hasta 15 para determinadas actividades), con un puntaje máximo de 100 puntos (90 si utiliza silla de ruedas). El puntaje se registrará por cada una de las actividades y posteriormente el puntaje total.

Bibliografía recomendada

- Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: *The Barthel Index*. Maryland State Medical Journal 1965; 14:56-61.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28:32-40
- Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL index: *A reliability study*. Int Disabil Studies 1988; 10:61-63.
- Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. *Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index*. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60:145-154.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. *Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation*. J Clin Epidemiol 1989; 42:703-709.

McGinnis GE, Seward ML, DeJong G, Scout OMA. *Program Evaluation of physical medicine and rehabilitation departments using self-report Barthel*. Arch Phys Med Rehabil 1986; 67:123-125.

Loewen SC, Anderson BA. *Reliability of the modified motor assessment scale and the Barthel Index*. Phys Ther 1988; 68:1077-1081.

Collin C, Davis S, Horne V, Wade DT. *Reliability of the Barthel ADL Index*. Int J Rehab Res 1987; 10:356-357.

Roy CW, Togneri J, Hay E, Pentland B. *An inter-rater reliability study of the Barthel Index*. Int J Rehabil Res 1988; 11:67-70.

2.1.2 Escala de Lawton modificada

La escala de Lawton modificada, valora 14 actividades Instrumentales de la vida diaria.

Tabla 8. Escala de Lawton modificada

Actividad	La realiza solo	La realiza solo, pero con dificultad	La realiza solo con ayuda de un tercero	No la realiza
1. Salir de la casa				
2. Caminar por las habitaciones				
3. Usar el teléfono				
4. Ir de compras				
5. Tomar su propio medicamento				
6. Abrir y cerrar ventanas				
7. Manejar su propio dinero				
8. Encender y apagar la radio o la televisión				
9. Manipular los interruptores				
10. Hacer su propia comida				
11. Manipular las llaves				
12. Cortarse las uñas				
13. Hacer el trabajo liviano de la casa (lavar platos, tender la cama, etc.)				
14. Hacer el trabajo pesado de la casa (lavar ventanas, lavar pisos, barrer, etc.)				
TOTAL				

Fuente: Gómez JF, Curcio CL. *Valoración Integral de la Salud del Anciano*. Manizales: Artes gráficas Tizan; 2002:226-240.

Interpretación

Escala modificada por la Universidad de Caldas, en la que se interrogan 14 actividades (6 más que la escala original) y cada una se evalúa mediante una escala con cuatro (4) posibilidades: *realiza la actividad solo y sin ayuda; realiza la actividad solo, pero con dificultad; solo realiza la actividad con ayuda de un tercero; no realiza la actividad*. Una vez se aplique la escala a cada una de las actividades, se sumará cada una de las columnas, con lo que el resultado final tendrá cuatro (4) dígitos, y la suma de estos nunca podrá ser mayor a 14.

Bibliografía recomendada

Lawton MP, Brody EM. *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist. 1969; 9:179-86.

Gómez JF, Curcio CL. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales: Artes gráficas Tizan; 2002:226-240.

2.2. Limitación funcional

2.2.1. Short Physical Performance Battery (SPPB o test de Guralnik)

Se trata de una batería de pruebas físicas desarrolladas para determinar la funcionalidad específicamente de miembros inferiores. Consta de tres pruebas, la velocidad de marcha en 2.44 metros, el tiempo que tarda en levantarse 5 veces de una silla y un test de equilibrio. Cada prueba tiene un puntaje establecido, y la suma de los tres puntajes da el valor total de la batería.

Tabla 9. Short Physical Performance Battery (SPPB o test de Guralnik)

Test de equilibrio

Instrucciones

Se debe comenzar con equilibrio en semitándem (talón de un pie a la altura del dedo gordo del otro pie). Los sujetos que no puedan mantener esta posición deberán intentar el equilibrio con pies juntos. Aquellos que sí puedan, deberán probar la posición en tándem.

Equilibrio en semitándem

Quiero que mantenga el equilibrio con el lateral de un talón tocando el lateral del dedo gordo del otro pie, alrededor de 10 s. Puede poner el pie que prefiera delante.

- Se mantiene 10 s: 2.
- Se mantiene menos de 10 s (apunte el número de segundos): 1.
- No lo consigue: 0.

Equilibrio con pies juntos

Quiero que intente estar de pie con los pies juntos, durante 10 s aproximadamente. Puede usar sus brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero intente no mover los pies. Mantenga esta posición hasta que yo se lo diga.

- Se mantiene 10 s: 2.
- Se mantiene menos de 10 s (apunte el número de segundos): 1.
- No lo consigue: 0.

Equilibrio en tándem

Ahora quiero que mantenga el equilibrio con un pie delante de otro, tocando el talón de uno la punta del otro, durante 10 s. Puede poner delante el pie que usted quiera. Espere mientras se lo demuestro. (Manténgase cerca del participante para ayudarlo a adoptar la posición. Permita que el sujeto se apoye en sus brazos hasta que se equilibre. Empiece a cronometrar cuando el participante esté equilibrado con los pies en tándem.)

- Se mantiene 10 s: 2.
- Se mantiene menos de 10 s (apunte el número de segundos): 1.
- No lo consigue: 0.

Puntuación

- Equilibrio con pies juntos incapaz o entre 0 y 9 s: 0.
- Equilibrio con pies juntos durante 10 s y < 10 s en semitándem: 1.
- Semitándem durante 10 s y en tándem entre 0 y 2 s: 2.
- Semitándem durante 10 s y en tándem entre 3 y 9 s: 3.
- Tándem durante 10 s: 4.

Deambulación: 2,44 metros

Instrucciones

Tiene que caminar a su ritmo normal hasta donde está el final del pasillo. Debe haber pasado la marca final antes de pararse. Puede emplear bastón,

andador o cualquier ayuda que usted emplee para caminar por la calle. Yo caminaré con usted. ¿Está preparado?

Puntuación

Comience a cronometrar cuando el participante empiece a caminar.

- No puede hacerlo: 0.
- > 5,7 s (< 0,43 m/s): 1.
- Entre 4,1 y 6,5 S (0,44-0,6 m/s): 2.
- Entre 3,2 y 4 S (0,61-0,77 m/s): 3.
- < 3,1 S (> 0,78 m/s): 4.

Levantarse de una silla repetidas veces

Instrucciones

¿Cree que es seguro para usted intentar levantarse de una silla cinco veces sin emplear los brazos? Por favor, levántese y siéntese tan rápido como pueda cinco veces sin pararse entre medias. Mantenga los brazos cruzados sobre su pecho todo el tiempo. Le voy a cronometrar el tiempo que tarda mientras lo hace. ¿Está preparado? Comience.

Puntuación

Comience a cronometrar cuando el sujeto inicie el primer levantamiento. Cuente en alto cada vez que el participante se levante. Termine de cronometrar cuando el sujeto esté totalmente de pie la última vez. Pare el cronómetro si se ayuda de las manos, si después de 1 min no ha completado la prueba o si está preocupado por la seguridad del participante.

- No puede hacer la prueba: 0.
- $\geq 16,7$ s: 1.
- Entre 16,6 y 13,7 s: 2.
- Entre 13,6 y 11,2 s: 3.
- $\leq 11,1$ s: 4.

Interpretación

El puntaje puede variar entre 0 y 12 puntos. Se tomará como punto de corte puntajes menores a 9 puntos, y como cambio mínimo significativo una diferencia de 1 entre las dos mediciones

Bibliografía recomendada

- Guralnik J.M., Simonsick E.M., Ferrucci L., Glynn R.J., Berkman L.F., Blazer D.G., et al. *A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission.* J Gerontol., 49 (1994), pp. M85-M94
- Rodríguez Mañas L, Bayer AJ, Kelly M, Zeygang A, Izquierdo M, Laosa O, et al. *An evaluation of the effectiveness 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.
- P. Abizanda Soler, J. López-Torres Hidalgo, L. Romero Rizos, P.M. Sánchez Jurado, I. García Noguerras, J.L. Esquinas Requena. *Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio fradea.* Aten Primaria., 44 (2012), pp. 162-171

3. Esfera Mental

La valoración mental debe realizarse siempre dentro de la evaluación integral del paciente anciano, dado que la prevalencia tanto de delirium, demencia y de trastornos anímicos como depresión en mayores es elevada. En la valoración mental, primero se sugiere descartar cambios agudos como el delirium; posteriormente, se deben descartar trastornos crónicos como el deterioro cognoscitivo o las demencias y las alteraciones del afecto como la depresión.

3.1 Delirium o Síndrome Confusional Agudo

El delirium es una alteración de la consciencia caracterizada desde el punto de vista clínico por síntomas en tres (3) dominios nucleares: *dominio cognitivo* (atención, orientación, capacidad visuoespacial y memoria), *dominio circadiano* (ciclo sueño-vigilia y conducta motora) y *dominio del pensamiento de orden superior* (curso del pensamiento y lenguaje). Su presentación suele ser aguda y su curso fluctuante. Para su valoración se sugiere utilizar el *Confusion Assessment Method (CAM)*.

3.1.1 Confusion Assessment Method (CAM)

El CAM es un instrumento muy útil de tamización y detección rápida de la sospecha de delirium. Sin embargo, para establecer el diagnóstico definitivo debe valorarse el contexto clínico del paciente y los criterios de DSM 5 de delirium

Tabla 10. Escala Confussion Assessment Method (CAM)

<p>Inicio agudo y curso fluctuante</p> <p>¿Hay evidencia del cambio agudo en el estado mental basal del paciente?</p> <p>¿Fue esta conducta fluctuante en el día pasado o sea tendía a ir y venir o incrementar o disminuir en severidad?</p> <p>Falta de atención</p> <p>¿Tiene el paciente dificultad para atender, por ejemplo, se distrae fácilmente o tiene dificultades para mantener lo que venía diciendo?</p>	<p>Pensamiento desorganizado</p> <p>¿Es el lenguaje del paciente desorganizado o incoherente, así como la conversación es irrelevante poco clara o con ideas ilógicas, fuga de ideas o cambios impredecibles de diferentes temas?</p> <p>Nivel de conciencia alterado</p> <p>¿Cómo clasificaría el nivel de conciencia del paciente?</p> <p>Alerta (normal)</p> <p>Vigilante (hiperalerta)</p> <p>Letárgico (fácilmente despertable)</p> <p>Estuporoso (difícil de despertar)</p> <p>Comatoso (No se puede despertar)</p>
--	---

Fuente: Toro A.C., Escobar L.M., Franco J.G., Díaz-Gómez J.L., Muñoz J.F., Molina F. et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. *Med. Intensiva [Internet]*. 2010 Feb; 34(1): 14-21

Interpretación

El diagnóstico de delirium requiere la presencia de los criterios 1 y 2 y cualquiera de 3 o 4.

Bibliografía recomendada

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium*. *Ann Intern Med*. 1990 Dec 15; 113(12):941-8.

Toro A.C., Escobar L.M., Franco J.G., Díaz-Gómez J.L., Muñoz J.F., Molina F. et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. *Med. Intensiva [Internet]*. 2010 Feb [citado 2018 Oct 24]; 34(1): 14-21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000100003&lng=es.

3.2. Deterioro cognitivo

3.2.1. Minimental Status Examination (MMSE)

Esta prueba es la más utilizada en el mundo científico, para aplicarla se requiere tener conocimiento de ella, pues los resultados se alteran cuando no se realiza adecuadamente. El tiempo requerido puede ser entre 4 y 8 minutos. Puntajes normales no descartan la presencia de demencias debido al gran efecto techo que tiene la prueba, o sea que personas con alta escolaridad, aun con la enfermedad, tendrán puntajes altos.

Tabla 11 Minimental Status Examination (MMSE)

Orientación en tiempo (0-5)

¿En qué año estamos?	0	1
¿En qué mes estamos?	0	1
¿En qué día estamos?	0	1
¿En qué día de la semana estamos?	0	1
¿Qué horas son más o menos?	0	1

Orientación en espacio (0-5)

¿En qué país estamos?	0	1
¿En qué departamento estamos?	0	1
¿En qué ciudad estamos?	0	1
¿En qué lugar estamos?	0	1
¿En qué piso estamos?	0	1

Repetición (0-3 puntos)

Le voy a nombrar 3 palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar más adelante. Máximo 6 repeticiones en total:

CASA MESA ARBOL

Atención y cálculo (0 – 5 puntos)

Restar 100-7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta (93, 86, 79, 72, 65). En caso de que el sujeto no sepa restar utilizar la siguiente alternativa: decir los meses del año al revés (diciembre, noviembre, octubre, septiembre, octubre).

Evocación (0-3 puntos)

De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.

Lenguaje (0-9)

Denominar dos objetos (reloj, lápiz) (0-2)

Repetir: En un trigal había cinco perros (0-1)

Comprensión: obedecer una orden en tres etapas: "Tome la hoja con la mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el suelo". (Dar un punto por cada una de las órdenes ejecutadas correctamente). (0-3)

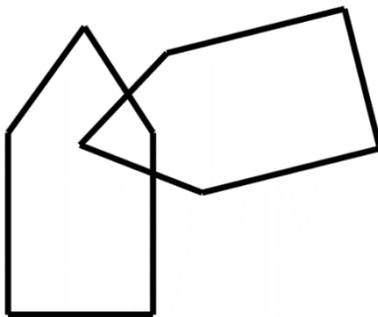
Para los siguientes tres puntos utilizar una hoja tamaño carta, donde esté escrita la fase "Cierre sus ojos"

Lea y obedezca las siguientes órdenes: "Cierre los ojos" (0-1)

Cierre los Ojos

"Escriba una frase" (0-1)

"Copie el diseño" (0-1)



Fuente: Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., & Camacho, M. (2000). [The Mini-Mental State Examination as a selected diagnostic test for dementia: a Colombian population study. *GENECO*]. *Revista De Neurología*, 30(5), 428-432.

Interpretación

En la validación de la clínica de memoria del Instituto de Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana, un puntaje normal es igual o mayor a 27 puntos. Entre 24 y 26 puntos podría corresponder a un deterioro leve; entre 16 y 24, podría ser un deterioro moderado, y si es menor podría ser severo.

Recuerde: estos resultados se deben interpretar y correlacionar con la historia clínica, los criterios diagnósticos y con otras pruebas como las que explicaremos a continuación.

Bibliografía recomendada

- Jacquier, M., Cano, C., Montañés, P., Rodríguez, N., Matallana, D. y Avella, E. (1997). Adaptación para Colombia de tres pruebas de tamizado cognoscitivo en español y determinación de sus características operativas en una clínica de demencias en Bogotá. Memorias III Congreso Nacional de Neurología.
- Pedraza, O., Sánchez, E., Plata, S. J., Montalvo, C., Galvis, P., Chiquillo, A., & Arévalo-Rodríguez, I. (2014). Puntuaciones del MoCA y el MMSE en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia en una clínica de memoria en Bogotá. Acta Neurológica Colombiana, 30(1), 22-31.
- Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., & Camacho, M. (2000). [The Mini-Mental State Examination as a selected diagnostic test for dementia: a Colombian population study. *GENECO*]. Revista De Neurología, 30(5), 428-432.

3.2.2. Escala de trastornos de memoria (queja subjetiva de memoria)

Listado de preguntas que debe de realizar el paciente y el familiar/cuidador, cada uno por separado. Permite ver el juicio que tiene cada uno respecto a la pérdida o conservación de la memoria explícita episódica, dado que es esta la primera en afectarse en la Enfermedad de Alzheimer y en las demencias corticales.

Tabla 12. Escala de trastornos de memoria

Ejemplo pregunta: Tiene dificultades de memoria?					
Respuestas: 0 = nunca 1 = rara vez 2 = a veces 3 = casi siempre					
1	Tiene dificultad para recordar eventos de la actualidad reciente?	0	1	2	3
2	Tiene dificultad para seguir una película, emisión de TV o libro?	0	1	2	3
3	Le ha sucedido por ejemplo que entre a una pieza y olvide lo que venía a buscar?	0	1	2	3

4	¿Olvida hacer cosas importantes que había previsto o debía hacer? (Ej: pagar una factura, cumplir una cita o una invitación, etc.)	0	1	2	3
5	¿Tiene dificultad para recordar números de teléfonos conocidos?	0	1	2	3
6	¿Olvida con frecuencia el nombre o apellido de personas conocidas?	0	1	2	3
7	¿Se ha perdido en lugares familiares?	0	1	2	3
8	Tiene dificultad para encontrar objetos colocados en los lugares habituales?	0	1	2	3
9	¿Le ha sucedido que olvide cosas como apagar la estufa, cerrar con llave, etc.)?	0	1	2	3
10	¿Repite varias veces lo mismo, porque olvida haberlo dicho?	0	1	2	3
11	¿Tiene dificultad para encontrar nombres de personas o lugares?	0	1	2	3
12	¿Tiene dificultad para aprender cosas nuevas?	0	1	2	3
13	¿Necesita anotar todo?	0	1	2	3
14	¿Se le pierden las cosas?	0	1	2	3
15	¿Olvida inmediatamente lo que le acaban de decir?	0	1	2	3

Total: _____/45

Fuente: Cano C, Ruiz A, Plata S, Matallana D, Montañez P, Benito M. Capacidad predictiva de una prueba de tamizado en el diagnóstico temprano en la enfermedad de Alzheimer. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. 2002; 16:428-429

Interpretación

Se ha encontrado que cuando el puntaje del familiar/cuidador está por encima de 19/45 son consistentes con una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer en estadio leve o moderado. Es muy significativo cuando el familiar y el paciente puntúan alto. Cuando el familiar/cuidador puntúan alto y el paciente no, corresponde a anosognosia del paciente, lo que significa no tener conciencia de la enfermedad.

Bibliografía recomendada

- Jacquier, M.; P. Montañés, et al. Adaptación para Colombia de 3 pruebas de tamizado cognoscitivo en español y determinación de sus características operativas en una clínica de demencias en Bogotá. Congreso Nacional de Neurología, Medellín. 1997.
- Cano C, Ruiz A, Plata S, Matallana D, Montañez P, Benito M. Capacidad predictiva de una prueba de tamizado en el diagnóstico temprano en la enfermedad de Alzheimer. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. 2002; 16:428-429.

3.3. Depresión

3.3.1 Escala de depresión geriátrica (Yesavage)

Es un cuestionario con respuestas dicotómicas sí/no cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en ancianos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular en lo posible tendencias a responder en un solo sentido.

Tabla 13. Escala de depresión geriátrica (Yesavage)

1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	si
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
8	¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
9	¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10	¿Tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	si
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
13	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15	¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no
	Puntaje total		

Fuente: Bacca, Angela María, González, Angélica, Uribe Rodríguez, Ana Fernanda, Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico [en línea]* 2005, 1 (enero-junio).

Interpretación

Esta prueba no diagnostica depresión. Los resultados se deben interpretar y correlacionar con la historia clínica y con los criterios diagnósticos para depresión.

Se suma todas las respuestas con mayúsculas y **negrilla (SI o NO)**

00 a 05 tamizaje Normal

06 a 10 tamizaje Depresión moderada

11 a 15 Tamizaje con depresión severa

Bibliografía recomendada

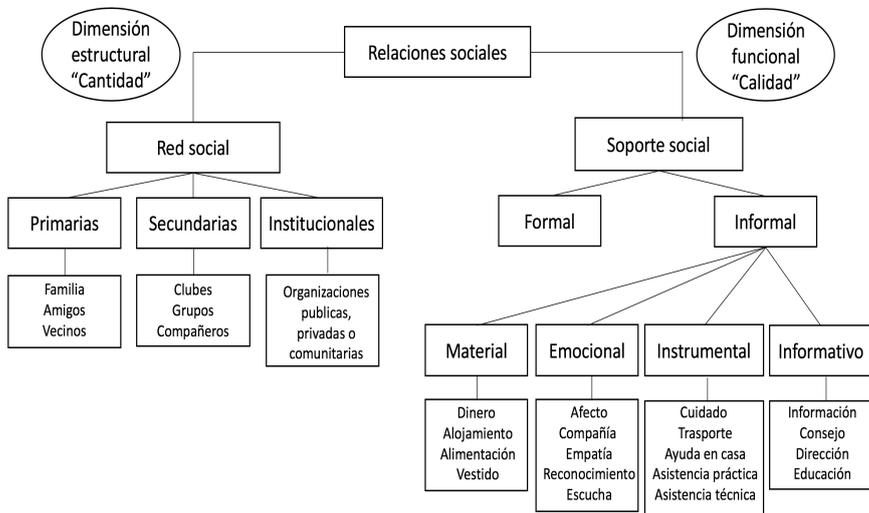
Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T. (1982). *Screening tests for geriatric depression. Clinical Gerontology*, 1: 37-43.

Yesavage JA y Brink TL (1983). *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of Psychiatry Research*, 17, 37-49.

Bacca, Angela María, González, Angélica, Uribe Rodríguez, Ana Fernanda, Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico [en línea]* 2005, 1 (enero-junio): [Fecha de consulta: 24 de octubre de 2018] Disponible en:<<http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046006>> ISSN 1657-8961

4. Esfera Social

La evaluación social es uno de los ejes principales de la valoración geriátrica integral. Puede definirse como el proceso que pretende establecer la relación entre el anciano y el entorno social. Requiere tener en cuenta el funcionamiento social del individuo que se está atendiendo y a partir de esta aproximación se puede planear una intervención social a personas en riesgo.



Gráfica 2. Funcionamiento social del individuo

Fuente: adaptado de salud del anciano: valoración. Jose Fernando Gómez–Carmen Lucía Curcio. Editorial Blanecolor. Primera edición 2014.

La función social de un individuo está determinada por la interacción de factores físicos, cognitivos, emocionales, y sociales. Las relaciones sociales son el eje principal del funcionamiento social del anciano. La red social se refiere al grupo de personas con las que se comunica el individuo, las características de los lazos que se establecen y el tipo de interacciones que se producen. Al contrario, el soporte social analiza los mecanismos psicosociales por los que actúa.

4.1 Entrevista semi estructurada

En la evaluación social se debe tener un espacio tranquilo para facilitar el diálogo con el paciente y el cuidador. Tener un formato mental facilita guiar la obtención de información. Para la entrevista se utiliza una estrategia mixta, alternando preguntas estructuradas con espontáneas. Seguramente se tendrán preguntas cerradas donde se responde sí o no y otras que permiten un diálogo abierto. Recomendamos tener en cuenta los siguientes componentes al realizar las preguntas que permitan conocer de forma global las relaciones y funcionamiento social del paciente.

Tabla 14. Valoración del funcionamiento y de recursos sociales en el anciano

Componente objetivo	Componente subjetivo
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de contactos sociales • Existencia de redes sociales • Tamaño de red familiar y social • Recursos financieros • Características de la vivienda • Convivencia • Necesidad y existencia de cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación social del propio individuo • Satisfacción de situación social • Apoyo emocional • Afecto familiar • Confidencias • Satisfacción con la familia • Sentimiento de utilidad y soledad

Fuente: salud del anciano: valoración. Jose Fernando Gómez–Carmen Lucía Curcio. Editorial Blanecolor. Primera edición 2014.

Bibliografía recomendada

Salud del anciano: valoración. Jose Fernando Gómez–Carmen Lucía Curcio. Editorial Blanecolor. Primera edición 2014.

4.2 Escala de recursos sociales de la OARS (Older Americans Resource and Services Group)–Duke University Center

Proporciona información acerca de cinco áreas: estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidad para la realización de actividades de la vida diaria.

Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:

¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero
 2. Casado
 3. Viudo
 4. Separado
- No responde

¿Vive su cónyuge en la residencia?

1. Sí
 2. No
- No responde

Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?

1. Una vez a la semana o más
 2. Una a tres veces al mes
 3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones
 0. Nunca
- No responde

¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?

3. Cinco o más
 2. Tres o cuatro
 1. Una o dos
 0. Ninguna
- No responde

¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.

- 3. Una vez al día o más
- 2. Dos veces
- 1. Una vez
- 0. Ninguna
- No responde

¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

- 3. Una vez al día o más
- 2. De dos a seis veces
- 1. Una vez
- 0. Ninguna
- No responde

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

- 2. Sí
- 0. No
- NS/NC

¿Con qué frecuencia se siente solo?

- 0. Bastante a menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Casi nunca
- 3. NS/NC

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?

- 1. Tan a menudo como deseo
- 2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen
- No responde

¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)?

(Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro)

1. Sí

0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme

No responde

Si es «Sí», preguntar a y b.

a) ¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?

1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.

2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.

3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.

No responde.

b) ¿Quién es esa persona?

Nombre: _____

Relación: _____

Interpretación

Evaluar los recursos sociales del anciano que está siendo valorado en una de las seis (6) categorías siguientes. Rodear aquella que mejor describa las circunstancias presentes del anciano.

Excelentes recursos sociales: las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias. Al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente.

Buenos recursos sociales: las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas y al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y una persona cuidaría de él/ella durante un corto espacio de tiempo.

Recursos sociales ligeramente deteriorados: las relaciones sociales son insatisfactorias o de mala calidad, pobres; pero, al menos, una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas, aunque la ayuda que podría obtener sería sólo por un corto espacio de tiempo.

Recursos sociales moderadamente deteriorados: las relaciones son insatisfactorias o de baja calidad y pocas, y solamente podría obtener una ayuda un espacio de tiempo corto o las relaciones sociales son más satisfactorias o adecuadas aunque sólo obtendría ayuda de vez en cuando.

Recursos sociales bastante deteriorados: las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y pocas; y la ayuda que obtendría sería momentánea o las relaciones sociales son más satisfactorias aunque ni siquiera obtendría ayuda momentánea.

Recursos sociales totalmente deteriorados: las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y no obtendría ningún tipo de ayuda.

Bibliografía recomendada

Grau Fibla G, Eiroa Patiño P, Cayuela Domínguez A. *Spanish version of the OARS Multi-dimensional Functional Assessment Questionnaire: cross-cultural adaptation and validity measurement*. Aten Primaria. 1996 May 15;17(8):486-95.

5. GLOSARIO

Un vocabulario especializado en gerontología y geriatría permite un lenguaje común técnico que facilita la comunicación con todas las ciencias. Hemos tomado algunos términos que consideramos importantes destacar¹.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar ordenes o tareas sencillas.

1 Tomado de PORTAL MAYORES (2007). "Glosario especializado en Geriatría y Gerontología". [Fecha de publicación: 15/02/2007]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentacion/glosario/2007/glosario.pdf>

Actividades instrumentales de la vida diaria

Son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras.

Apoyo social

“El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas”. “La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas”. “Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia”. “La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas”. “El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros”.

Asistencia geriátrica

Conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios y extra hospitalarios, que desde los puntos de vista sanitario y social están destinados a prestar una atención interdisciplinar, integrada en todos sus elementos e integral en todos sus aspectos, para garantizar la calidad de vida de los ancianos que viven en un sector asistencial. Es por tanto una organización de recursos sanitarios y sociales para responder a las necesidades, en estos aspectos, por parte de los ancianos. Su objetivo fundamental, al igual que el objetivo básico de la Geriátrica, es mantener al anciano integrado en la comunidad.

Autonomía

La capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Capacidad

Máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un momento dado, en alguno de los dominios incluidos en actividad y participación. La capacidad se mide en un contexto/entorno uniforme y normalizado, y por ello, refleja la habilidad del individuo ajustada en función del ambiente. Se puede utilizar el componente “*factores ambientales*” para describir las características de este contexto/entorno uniforme o normalizado.

Consentimiento informado²

Define una serie de derechos de los pacientes y obligaciones recíprocas para los profesionales sanitarios. El consentimiento informado significa que los pacientes tienen el derecho a tomar decisiones de forma autónoma sobre su cuidado médico. Para hacer esto, se les debe de proporcionar información sobre su condición médica, alternativas de tratamiento y los puntos positivos y negativos del tratamiento recomendado. Una implicación del consentimiento informado es que los pacientes pueden rechazar el tratamiento.

Enfermedades terminales

Enfermedades en las que concurren las características de enfermedad avanzada, progresiva, incurable; falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte; pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Envejecimiento

Cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del pasar del tiempo.

Geriatría

Parte de la medicina que trata de las enfermedades de la vejez. De Geriatría, relativo a la parte de la Medicina que estudia la vejez y sus enfermedades, es el Centro especializado en esta parte de la intervención médica.

Gerontología

Ciencia biológica que se ocupa de la vejez. Estudia las modificaciones fisiopatológicas más o menos acusadas de la senectud o senescencia. En el momento actual el llamado problema del envejecimiento, tercera edad,

2 Traducción del idioma inglés

ocupa lugar preferente en la sociedad moderna con esferas de preocupación sobre salud y nutrición, vivienda y medio ambiente, familia y bienestar social, seguridad en los ingresos y empleo y educación.

Longevidad

Extensión máxima de la duración de la vida humana.

Maltrato hacia las personas mayores

El maltrato al anciano es todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual, y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, Instituciones).

Negligencia

Consiste en un acto de omisión, fallo intencional o no intencional en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (por ejemplo, negligencia en la higiene personal, malnutrición, deshidratación, etc.) por parte del cuidador.

Personas mayores

Se considera población de edad o mayor a aquellas personas que tienen 65 o más años; el umbral es arbitrario, pero generalmente aceptado. Naciones Unidas también considera el umbral de los 60 años población mayor.

Psicogeriatría

La Psiquiatría geriátrica es una rama de la psiquiatría y forma parte de la provisión de atención multidisciplinar a la salud mental del anciano. La especialidad es denominada a veces "*psiquiatría geriátrica*", "*psiquiatría de la vejez*" o "*psicogeriatría*".

Rehabilitación

Según la ONU "Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes.

Sedación terminal

Consiste en la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del mismo.

Vejez

Periodo de la vida en que se presentan síntomas de involución en el aspecto somático y psíquico.

