

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2018

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL
EN UNIDADES DE ATENCIÓN
MÉDICA

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC-IMSS-190-18

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

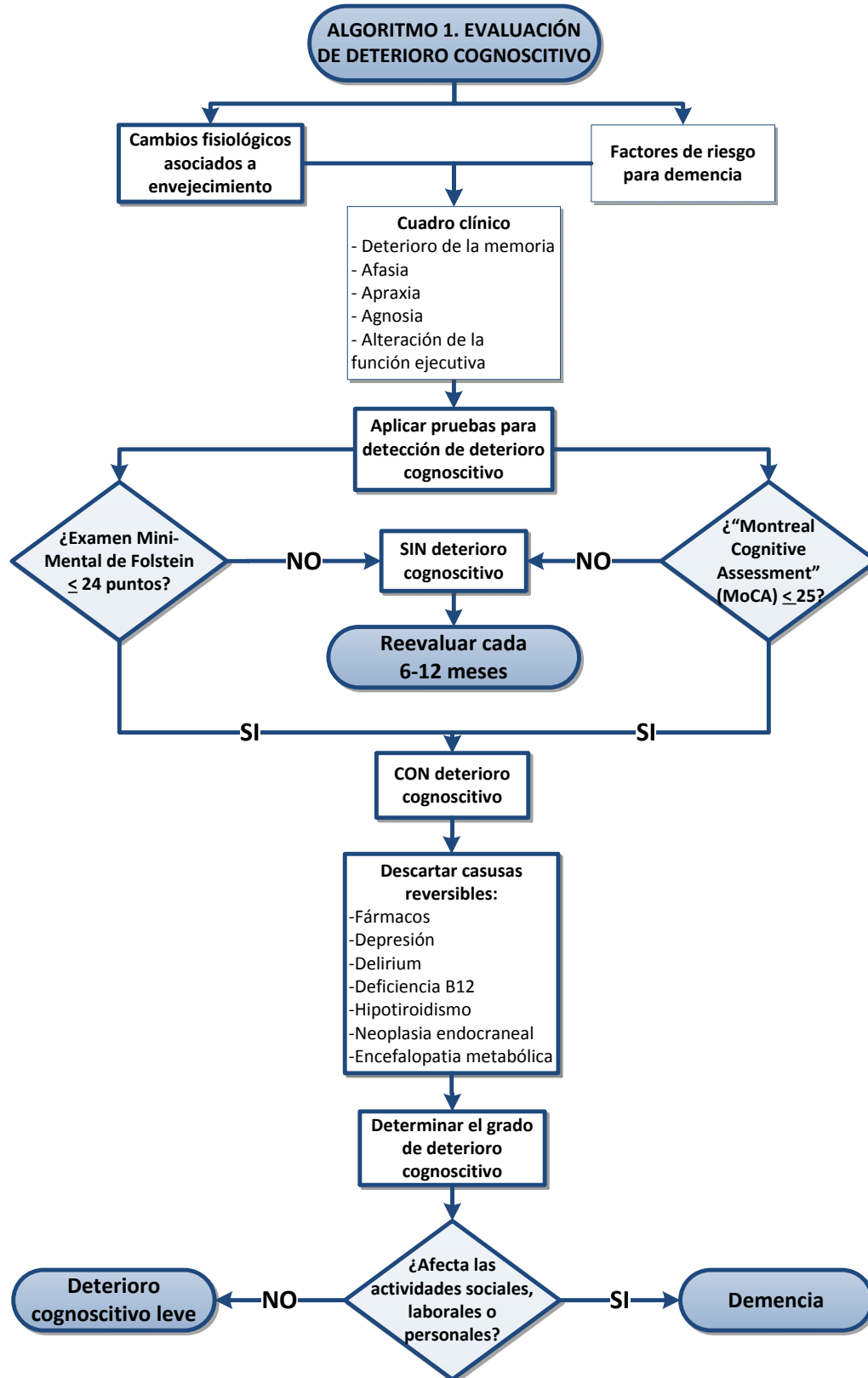
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

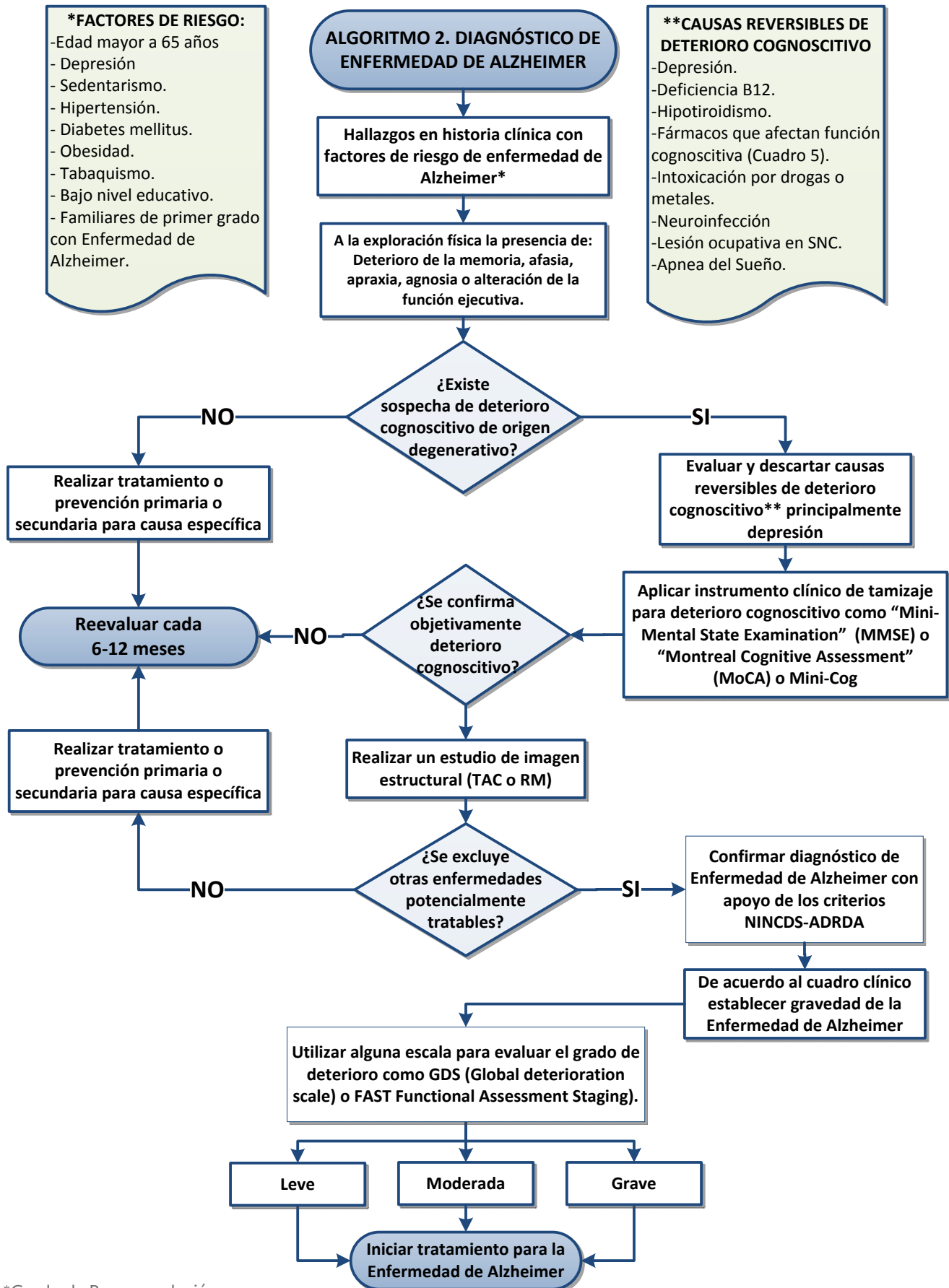
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

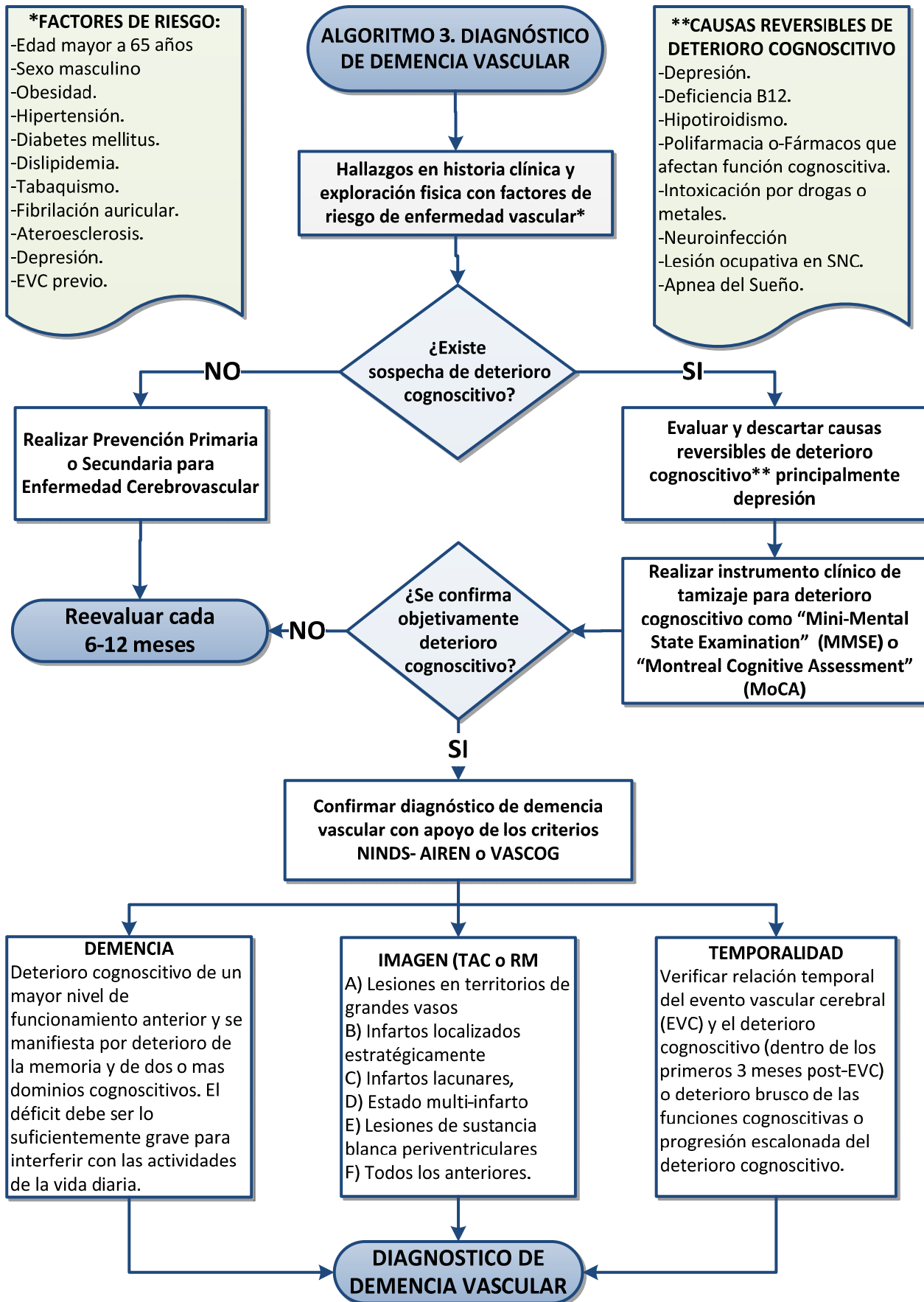
Debe ser citado como: **Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica** Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; **2018** [fecha de consulta]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

ISBN en trámite

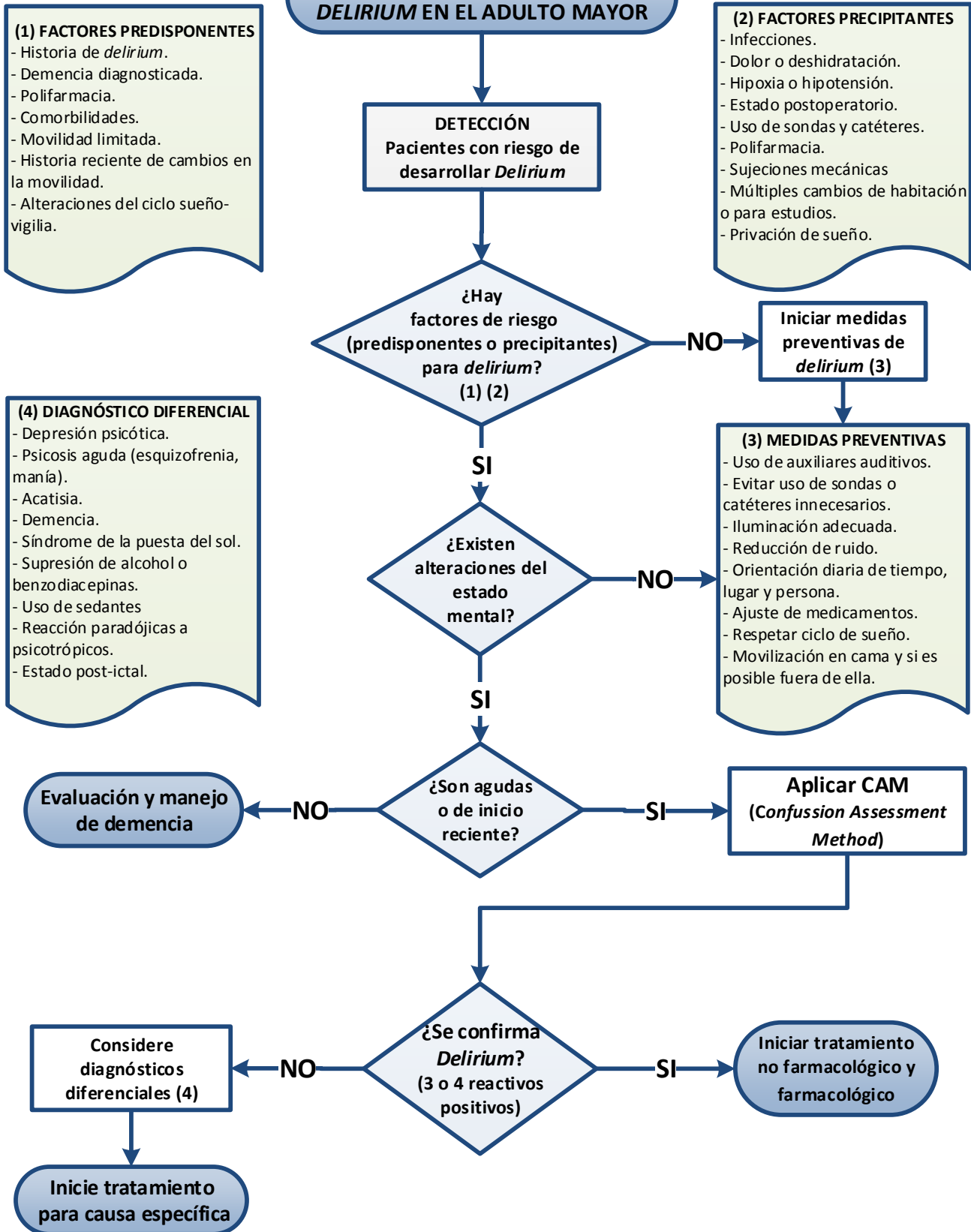
1. DIAGRAMAS DE FLUJO

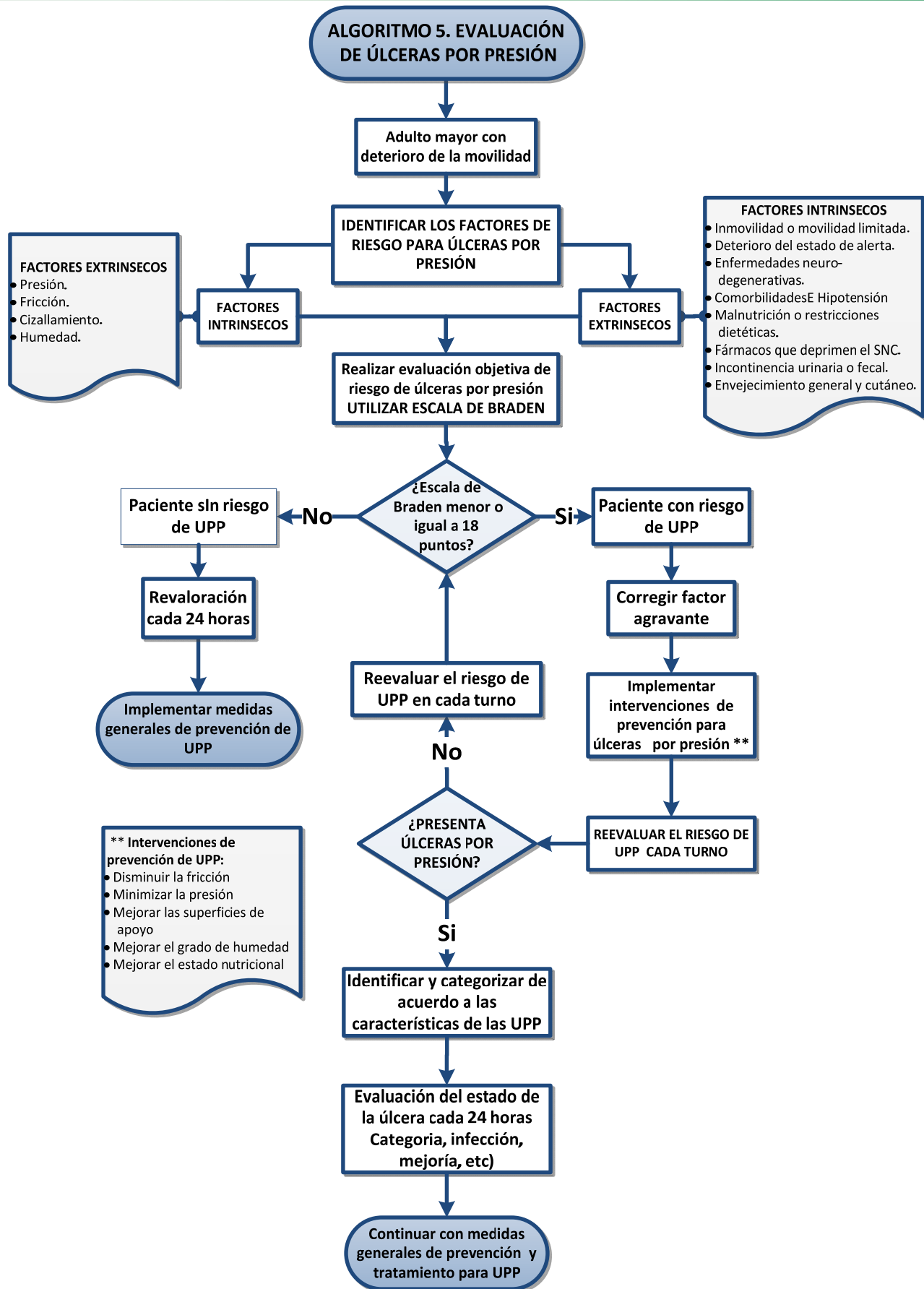


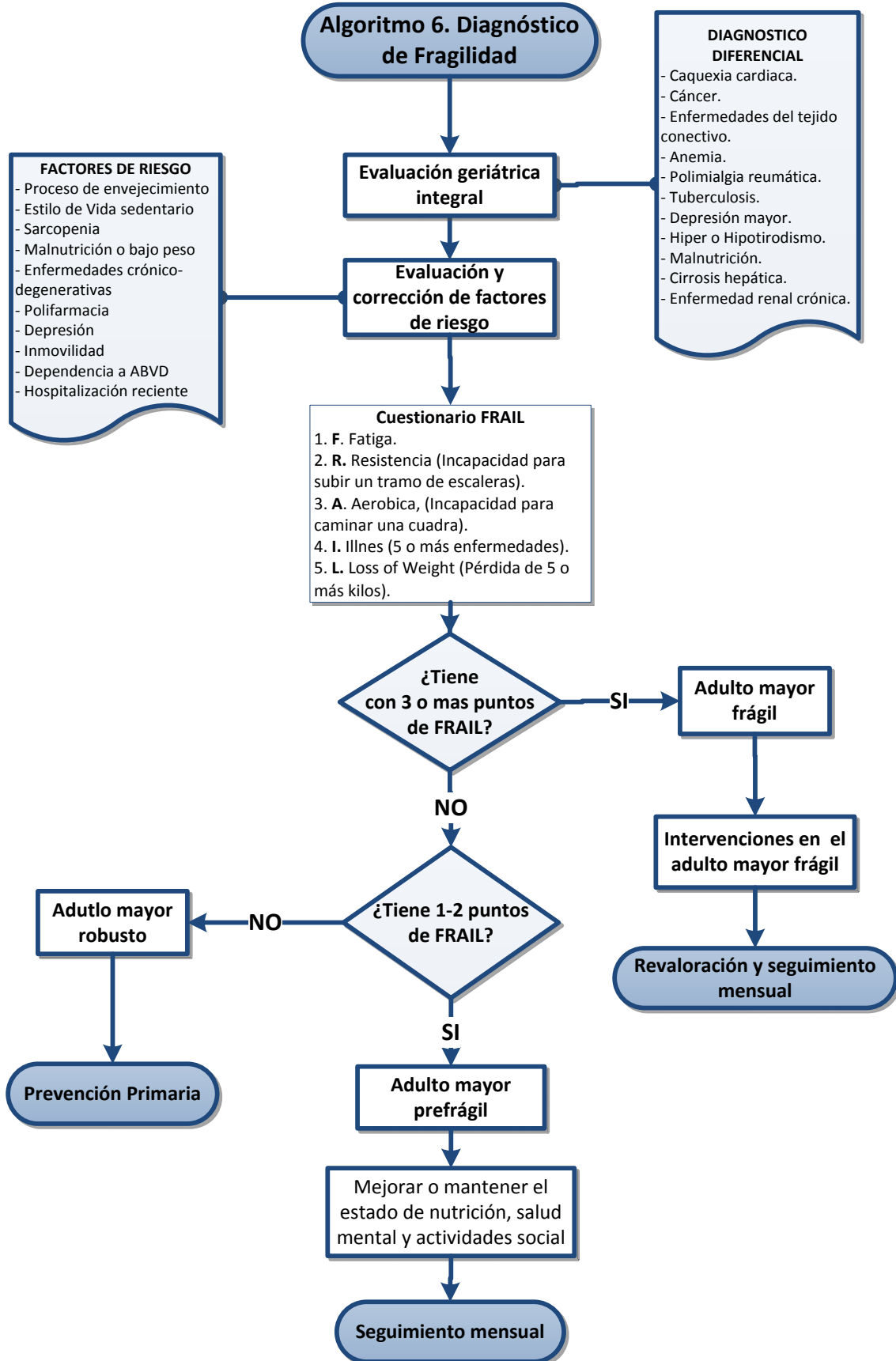




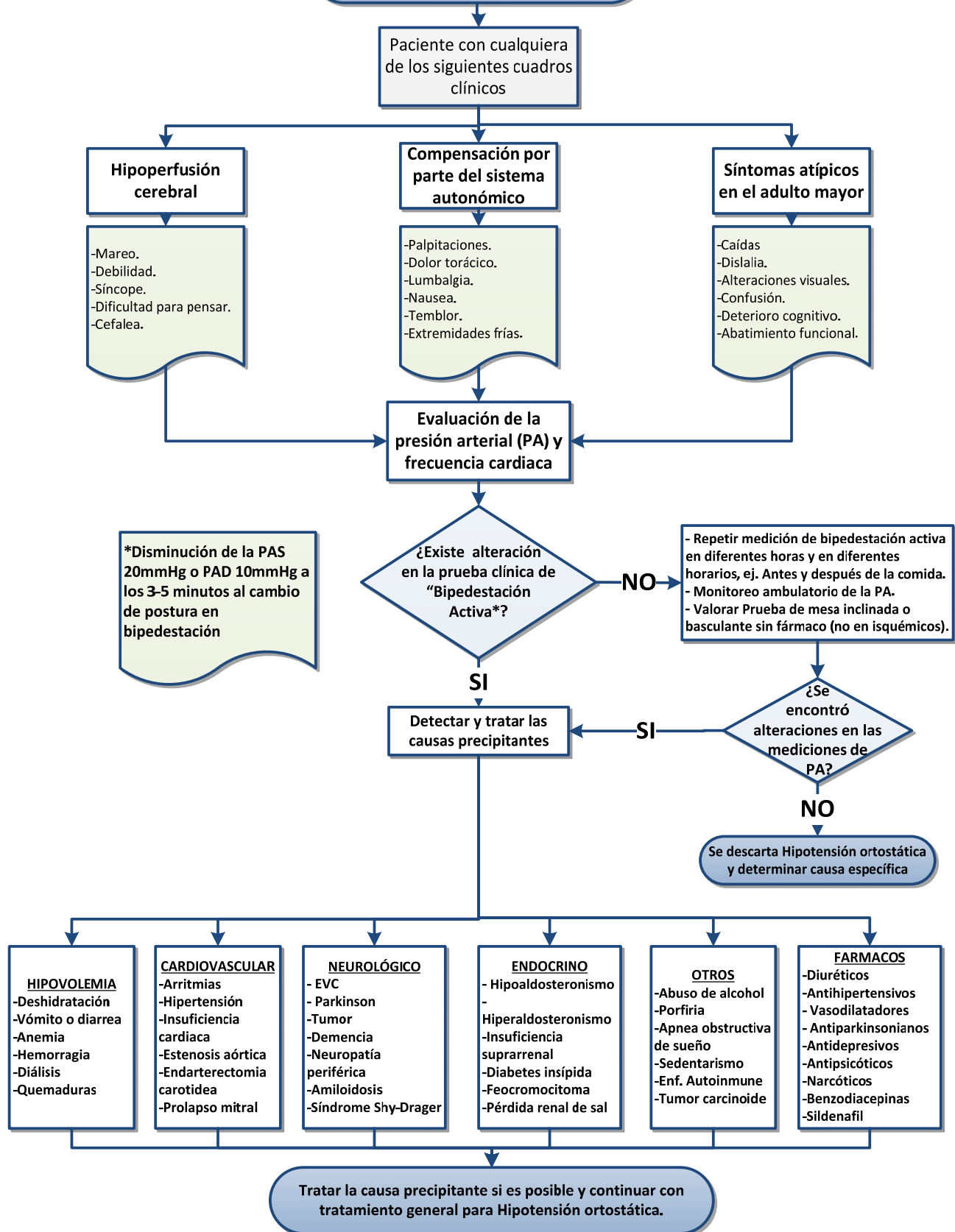
ALGORITMO 4. DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR



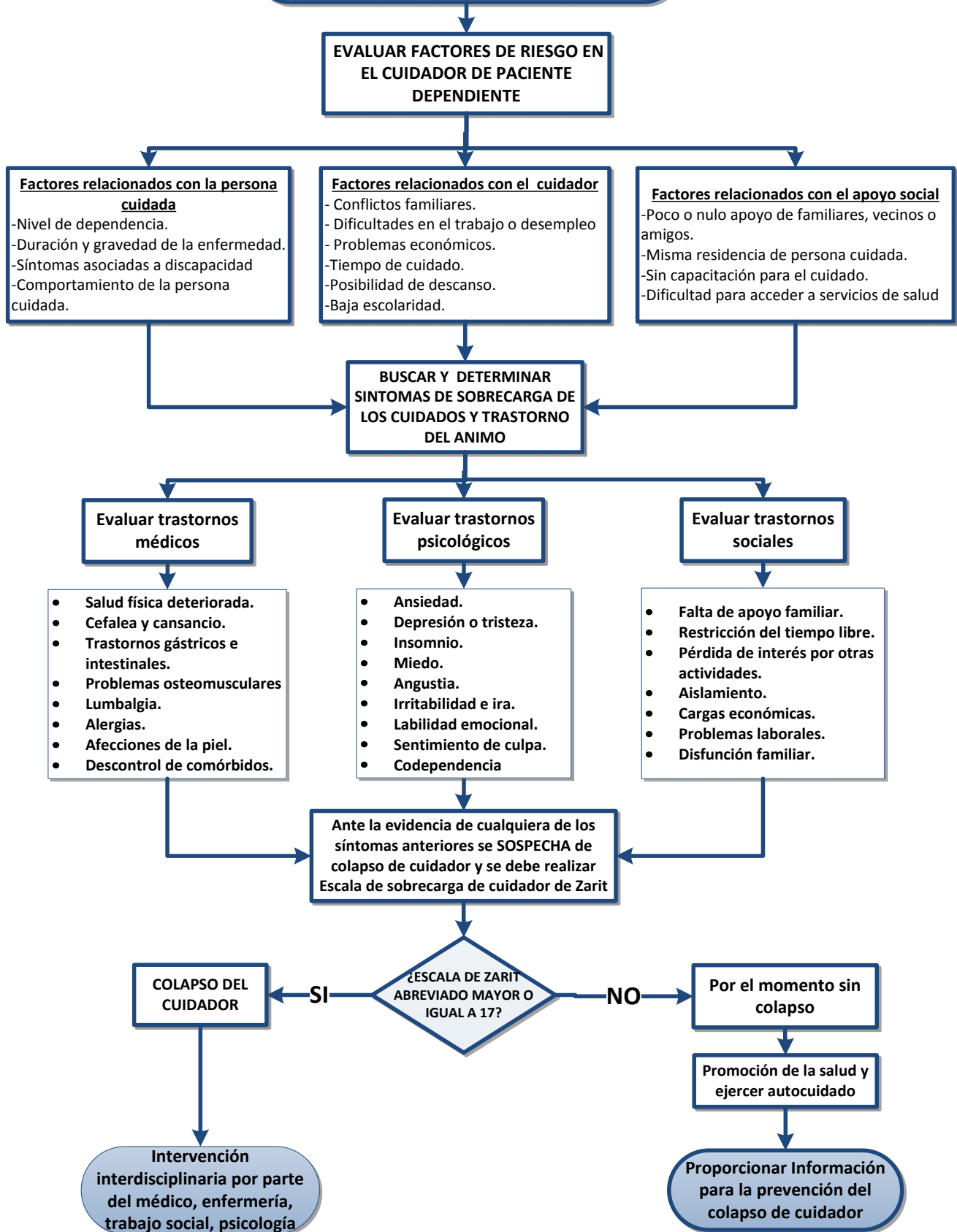




ALGORITMO 7. DE DIAGNÓSTICO DE HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA



ALGORITMO 8. DETECCIÓN DEL CUIDADOR COLAPSADO



2. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda realizar una evaluación geriátrica integral a todos los adultos mayores al menos una vez al año.	PBP
Se recomienda realizar pruebas de escrutinio para detección de deterioro cognoscitivo aunadas a una valoración integral con una historia clínica completa como El Mini Examen del Estado Mental (MMSE o Test de Folstein) Modificado o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) o el Mini-Cog (Cuadros 1, 2 y 3)	C
Se recomienda realizar un tamizaje para depresión dentro de la evaluación del adulto mayor, el cual consiste en una sola pregunta “¿Se siente triste o deprimido? Cuando la respuesta es afirmativa, se recomienda realizar la Escala de Depresión Geriátrica (<i>Geriatric Depression Scale</i>) para complementación diagnóstica. (Cuadro 4).	D
Se recomienda la utilización de la escala de depresión de Cornell para la evaluación de la depresión en los pacientes con enfermedad de Alzheimer en cualquiera de sus etapas (Cuadro 5).	B
Se recomienda realizar una valoración clínica completa en cualquier paciente con síntomas sugerente de <i>delirium</i> o que presenten criterios de <i>delirium</i> del DSM-5 o CAM (Cuadro 6 y 7).	D
Se recomienda preguntar en la valoración inicial del adulto mayor, si: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problema para conciliar o mantener el sueño? • ¿Se siente cansado o somnoliento durante el día? La respuesta positiva a cualquiera de estas hace necesario profundizar más en la investigación de trastornos del sueño. Si es necesario, se debe de interrogar a la persona que duerme con el paciente (Esposa, hijo(a), cuidador primario).	D
Para evaluar la presencia de incontinencia urinaria se recomienda interrogar sobre la salida de orina de manera involuntaria, incluso utilizar algún tipo de cuestionario autoadministrado para ayudar a determinar el tipo de incontinencia, tal como: Tres Preguntas para Incontinencia (3 Incontinence Questions / 3IQ) (Cuadro 8).	D
Se deberá utilizar una herramienta de evaluación del riesgo de UPP como la Escala de Braden en combinación con el examen frecuente del estado de la piel y la evolución clínica del paciente (Cuadro 9).	A

Valoración Geriátrica en Unidades de Atención Médica

<p>Como una prueba de tamizaje, al paciente se le puede realizar alguna de las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene usted problemas para escuchar? • ¿Siente usted que tiene pérdida de la audición? • ¿Tiene dificultad para entender la conversación? <p>La respuesta positiva a cualquiera de las preguntas ha probado ser útil.</p>	C
<p>Se recomienda utilizar los criterios STOPP/START, los cuales indican cuales fármacos se deben evitar en ciertos padecimientos y que otros se deben de recomendar. (Ver anexo 3.2, cuadros 10A y 10B).</p>	C
<p>Se recomienda que todas las personas mayores de 70 años y con pérdida de peso significativa (5 %) debido a una enfermedad crónica, se realice la búsqueda de manera intencionada del síndrome de fragilidad y sarcopenia (Cuadro 11 y 12).</p>	C
<p>Se recomienda utilizar el índice de Barthel y/o de Katz en toda valoración geriátrica dentro de la evaluación funcional de las ABVD. (Cuadro 13).</p>	C
<p>Se recomienda realizar la evaluación del equilibrio y la marcha, para lo cual se cuenta con evaluación subjetiva y diferentes pruebas objetivas que se pueden ver en el cuadro 14.</p>	D
<p>A todos los pacientes adultos mayores (y sus cuidadores) se les deberá preguntar sobre si han presentado caídas y la frecuencia de las mismas. Así mismo preguntar si presentan dificultades para la marcha o el balance.</p> <p>La presencia de síndrome de caídas en el paciente geriátrico se puede realizar a través de una pregunta específica: ¿Se ha caído en los últimos 6 meses?</p>	D
<p>Se recomienda aplicar la Escala de Zarit abreviada, por el personal de salud al identificar los factores de riesgo o alguno de los síntomas relacionados al colapso del cuidador (Cuadro 15).</p>	C
<p>Se recomienda utilizar el siguiente cuestionario de 9 ítems, en busca de los diferentes tipos de maltrato.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Alguien en casa le ha hecho daño? 2. ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento? 3. ¿Alguien le ha hecho hacer cosas que no quiere hacer? 4. ¿Alguien ha tomado sus cosas sin su consentimiento? 5. ¿Alguien lo ha regañado o amenazado? 6. ¿Ha firmado algún documento sin haberlo leído o entendido su contenido? 7. ¿Le tiene miedo al alguien en casa? 8. ¿Pasa mucho tiempo solo? 9. ¿Alguna vez ha dejado alguien de ayudarlo a cuidarse cuando ha necesitado ayuda? <p>Una sola respuesta positiva a cualquiera de las preguntas, se considera como sospecha de maltrato.</p>	C

Se recomienda utilizar la herramienta MNA para tamizaje nutricional. Ésta se clasifica al adulto mayor en:

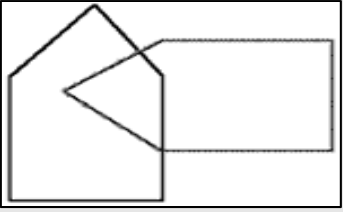
- Situación normal de nutrición (24-30 puntos).
- En riesgo de malnutrición (17-23.5 puntos).
- Malnutrición (<17 puntos). (Cuadro 16)

D

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1. EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL MÍNIMO DE FOLSTEIN (MMSE).

(No sabe leer ni escribir _____ Años de escolarización: _____)		PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO		
¿Qué día de la semana es hoy? ¿Cuál es el año? ¿Cuál es el mes? ¿Cuál es el día? ¿Cuál es la estación del año? (Máximo 5 puntos)		0 - 5
"¿En dónde estamos ahora? ¿En qué piso estamos? ¿En qué ciudad estamos? ¿En qué Estado vivimos? ¿En qué país estamos? (Máximo 5 puntos)		0 - 5
FIJACIÓN		
"Le voy a decir 3 palabras, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita" (Anote un punto cada vez que la palabra sea correcta). (Máximo 3 puntos)		0 - 3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
"Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100." (Anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior fuera incorrecta). (Máximo 5 puntos)		0 - 5
MEMORIA		
"¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas" (Máximo 3 puntos)		0 - 3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
"¿Qué es esto?" (Mostrar un reloj). "¿y esto?" (Mostrar un bolígrafo). (Máximo 2 puntos)		0 - 2
"Repita la siguiente frase después de mí: - "ni si, ni no, ni pero". (1 punto)		0 - 1
Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que se las voy a decir. 1. "Tome el papel con la mano izquierda", 2. "dóblelo por la mitad" y 3. "póngalo en el suelo" (Anote un punto por cada orden bien ejecutada). (Máximo 3 puntos)		0 - 3
"Lea esto y haga lo que dice:" "Cierre los ojos" (1 punto)		0 - 1
"Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje" (1 punto)		0 - 1
"Copie este dibujo" (1 punto)		0 - 1
	Deberá utilizar anteojos si los necesita habitualmente. (cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)	
	Nota: tanto la frase "Cierre los ojos" como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente.	
Punto de corte: 24-30 puntos = normal. Grado de deterioro cognoscitivo: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; Menor a 14 = GRAVE		Total:

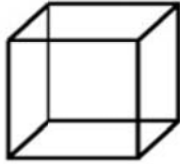
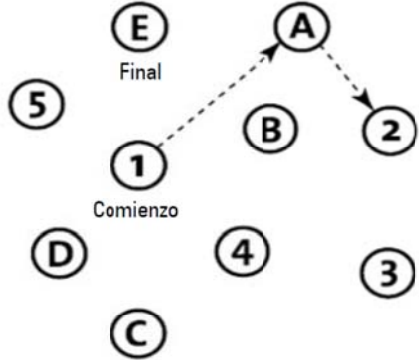
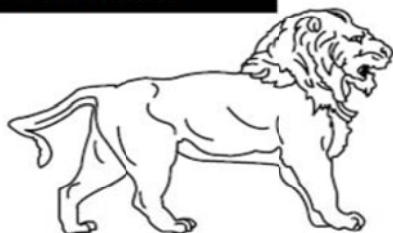
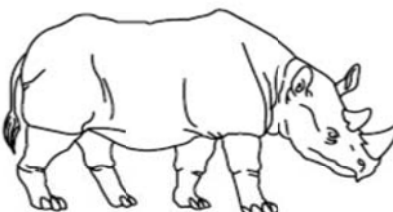
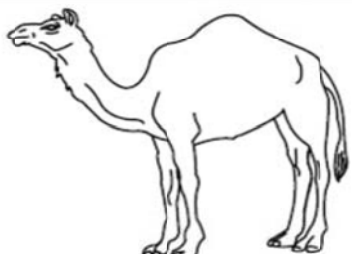
Modificado de: Folstein MF, Folstein SE, MaHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975;19:189-98.

CUADRO 2. EVALUACIÓN COGNOSCITIVA DE MONTREAL (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: _____
Nivel de estudios: _____
Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____
FECHA: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA				Copiar el cubo		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos
		[]		[]		[] Contorno [] Números [] Agujas		___/5
IDENTIFICACIÓN								___/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos	
		1er intento						
		2º intento						
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2	___/2						
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB	___/1						
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.	___/3						
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros antran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []	___/2						
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)	___/1						
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla	___/2						
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
		[]	[]	[]	[]	[]		
Optativo	Pista de categoría							
	Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN	[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad	___/6						
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30		
						Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		

CUADRO 3. MINI-COG

FECHA _____ EDAD _____ SEXO M F Localidad _____ Administrado por _____

MINI-COG™ -Spanish

1) OBTENGA LA ATENCIÓN DEL PARTICIPANTE, Y DIGA:

“Le voy a decir tres palabras que quiero que usted recuerde ahora y más tarde. Las palabras son

Manzana Amanecer Silla

Por favor, dígamelas ahora.”

Intento 1

Intento 2

(administre sólo si las 3 palabras no fueron repetidas en el Intento 1. Diga **“Las palabras son Manzana, Amanecer, Silla. Por favor, dígamelas ahora”**)

Intento 3

(administre sólo si las 3 palabras no fueron repetidas en el Intento 2. Diga **“Las palabras son Manzana, Amanecer, Silla. Por favor, dígamelas ahora”**)

(Indique con una marca de verificación [√] cada palabra que es repetida correctamente. Dele 3 intentos para repetir las palabras al participante. Si es incapaz de repetir las palabras después de 3 intentos, continúe con el siguiente ítem.)

2) Dele al participante la Página 2 de este formulario y un lápiz/lapicero. DIGA LAS SIGUIENTES FRASES EN EL ORDEN CORESPONDIENTE:

“Por favor, dibuje un reloj en este espacio. Comience dibujando un círculo grande.” (Cuando esto haya sido completado, diga)

“Coloque todos los números en el círculo.” (Cuando esto haya sido completado, diga) **“Ahora coloque las manecillas del reloj para que marquen las 11 y 10.”** Si el participante no ha terminado de dibujar el reloj en 3 minutos, suspenda este ítem y pídale al participante que le diga las tres palabras que le pidió que recordara antes.

3) DIGA: **“¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?”**

_____ (Puntúe 1 por cada una) Puntaje de las Palabras

Puntúe el reloj (según el formulario de Puntaje del Reloj):
 Reloj Normal 2 puntos Puntaje del Reloj
 Reloj Alterado 0 puntos

Puntaje Total = Puntaje de Palabras más Puntaje del Reloj

**0, 1, o 2 posible trastorno cognitivo;
 3, 4, o 5 indica que no hay trastorno cognitivo**

Mini-Cog™, Derecho de autor S Borson. Permitido para uso educacional en el “AFA National Memory Screening Day” en el año 2012. No se puede modificar o usar para otro propósito sin permiso del autor (soob@uw.edu). Todos los derechos están reservados.

CUADRO 4. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (VERSIÓN REDUCIDA)	SI	NO
Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas con un “si” o con “no”, en referencia a la semana previa		
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total:		_____
<p>Interpretación: 0 a 5 puntos = normal. 6 a 9 puntos = depresión leve. > 10 puntos = depresión establecida.</p>		
<p>Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.</p>		

CUADRO 5. ESCALA DE CORNELL PARA LA DEPRESIÓN EN DEMENCIA (CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA)

Instrucciones: Realice primero una entrevista al familiar o cuidador primario. Cada ítem se interroga con explicaciones precisas para asegurarse de que el interlocutor entiende. Asigne el puntaje correspondiente. Luego examine e interroge al paciente. Si existe discordancia entre su impresión clínica y lo relatado por el cuidador, reinterroge a este.

MANIFESTACIONES	Ausente (0)	Leve (1)	Grave (2)	No valorable
A. SIGNOS RELACIONADOS CON EL ESTADO DE ÁNIMO				
1. Ansiedad (expresión ansiosa, rumiación de ideas, preocupación)				
2. Tristeza (expresión triste, voz apagada, tendencia al llanto)				
3. Falta de reactividad a los acontecimientos placenteros				
4. Irritabilidad (fácilmente enojable, poco temperado)				
B. ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO				
5. Agitación (incapacidad para permanecer quieto, jugar con las manos, tirarse del pelo)				
6. Enlentecimiento (movimientos, habla y reacciones enlentecidos)				
7. Quejas físicas múltiples (puntúe 0 si son únicamente gastrointestinales)				
8. Pérdida del interés (menos envuelto en las actividades habituales; puntúe solamente si el cambio ha sido agudo, p.ej., en menos de 1mes)				
C. SIGNOS FÍSICOS				
9. Pérdida de apetito (come menos de lo habitual)				
10. Pérdida de peso (puntúe 2 si 2,5kg en 1mes)				
11. Pérdida de energía (se fatiga fácilmente, incapaz de mantener actividades; puntúe solamente si el cambio ha sido agudo, p.ej., en menos de 1mes)				
D. FUNCIONES CÍCLICAS				
12. Variaciones diurnas del estado de ánimo (los síntomas empeoran por la mañana)				
13. Dificultad para conciliar el sueño (más de lo habitual para el paciente)				
14. Despertares múltiples durante el sueño				
15. Despertar precoz (antes de lo habitual para el paciente)				
E. ALTERACIÓN IDEACIONAL.				
16. Suicidio (siente que la vida no merece la pena ser vivida, tiene deseos suicidas o realiza intentos de suicidio).				
17. Baja autoestima (autoculpa, autodepreciación, sentimiento de fracaso).				
18. Pesimismo (anticipación de lo peor).				
19. Delirios congruentes con el estado de ánimo (delirios de pobreza, enfermedad o pérdidas).				
TOTAL:				

Interpretación: Un puntaje de 12 o más puntos, indican depresión (menor o mayor), pero si el resultado es 25 o más puntos se establece diagnóstico de depresión mayor.

Tomado y adaptado de: Alexopoulos GS, Robert CA, Robert CY, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry. 1988; 23:271–284.

Validación al español: Pujol J, De Azpiazu P, Salamero M, Cuevas R. Depressive symptoms in dementia. The Cornell scale: validation of the Spanish version. Rev Neurol. 2001 Aug 16-31;33(4):397-8.

CUADRO 6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE *DELIRIUM* O SÍNDROME CONFUSIONAL DSM-5

A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y de la conciencia (orientación reducida al entorno).

B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.

C. Una alteración cognoscitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).

D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognoscitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.

E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Para hacer el diagnóstico de *Delirium* o síndrome confusional se requieren al menos 3 de los criterios antes mencionados.

Adaptado de: American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ta edición. Asociación Americana de Psiquiatría, Madrid España, Editorial Médica-Panamericana, 2014.

CUADRO 7. CRITERIOS CLÍNICOS PARA LA DETECCIÓN DEL *DELIRIUM*: CONFUSION ASSESMENT METHOD (CAM)

1. Cambios en el estado mental de inicio agudo y curso fluctuante.

2. Atención disminuída.

3. Pensamiento desorganizado.

4. Alteraciones en el nivel de conciencia

Para hacer el diagnóstico de *Delirium* o síndrome confusional se requiere al menos 3 de los criterios antes mencionados.

Modificado de: Inouye SK, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of *delirium*. Ann Intern Med. 1990 Dec 15; 113(12):941-8

CUADRO 8. CUESTIONARIO 3 PREGUNTAS DE INCONTINENCIA (3IQ)

1. Durante los últimos 3 meses, ¿ha tenido escapes urinarios? (aunque sea una pequeña cantidad) SI NO* (*cuestionario completado)

2. Durante los últimos 3 meses, ¿cómo ha presentado los escapes urinarios?

- A.** Cuando se encontraba realizando alguna actividad como toser, estornudar, levantar objetos pesados o ejercicio.
- B.** Cuando ha presentado la sensación inminente de vaciar la vejiga y no ha llegado lo suficientemente rápido al baño.
- C.** Sin realizar actividad física y sin sensación de urgencia.

3. Durante los últimos 3 meses, ¿cuándo ha presentado escapes de orina con mayor frecuencia? (sólo elija una respuesta)

- A.** Cuando se encontraba realizando alguna actividad como toser, estornudar, levantar objetos pesados o ejercicio.
- B.** Cuando ha presentado la sensación inminente de vaciar la vejiga y no ha llegado lo suficientemente rápido al baño.
- C.** Sin realizar actividad física y sin sensación de urgencia.
- D.** Los ha presentado con la misma frecuencia en todos los casos.

Tipo de incontinencia de acuerdo a lo respondido en la Pregunta 3

Respuesta	Tipo de Incontinencia
A. Principalmente con actividad física.	De esfuerzo o predominantemente de esfuerzo
B. Principalmente con urgencia para vaciar la vejiga.	De Urgencia o predominantemente de urgencia
C. Sin actividad física o urgencia urinaria.	Otra causa o predominantemente otra causa
D. De igual forma con actividad física que con urgencia urinaria.	MIXTA

Adaptado de: Myers DL. Female Mixed Urinary Incontinence A Clinical Review. JAMA.2014;311 (19):2007-14

CUADRO 9. ESCALA DE BRADEN. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PERCEPCIÓN SENSORIAL	1. COMPLETAMENTE LIMITADA.	2. MUY LIMITADA.	3. LIGERAMENTE LIMITADA	4. SIN LIMITACIONES
Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1. CONSTANTEMENTE HÚMEDA	2. A MENUDO HÚMEDA	3. OCASIONALMENTE HÚMEDA	4. RARAMENTE HÚMEDA
Nivel de exposición de la piel a la humedad	La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	La piel está ocasionalmente húmeda: Requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD	1. ENCAMADO/A	2. EN SILLA	3. DEAMBULA OCASIONALMENTE	4. DEAMBULA FRECUENTEMENTE
Nivel de actividad física	Paciente constantemente encamado/a.	Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD	1. COMPLETAMENTE INMÓVIL	2. MUY LIMITADA	3. LIGERAMENTE LIMITADA	4. SIN LIMITACIONES
Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a	Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN	1. MUY POBRE	2. PROBABLEMENTE INADECUADA	3. ADECUADA	4. EXCELENTE
Patrón usual de ingesta de alimentos	Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA POTENCIAL	3. NO EXISTE PROBLEMA APARENTE	RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN
	Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de reposicionamientos frecuentes con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce constante.	Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama.	<p>INTERPRETACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15-18 puntos. Riesgo bajo. • 13-14 puntos. Riesgo moderado. • 10-12 puntos. Riesgo alto. • 6-9 puntos. Riesgo muy alto.

CUADRO 10A. CRITERIOS STOPP / START

STOPP: SCREENING TOOL OF OLDER PEOPLE'S POTENCIALLY INAPPROPRIATE PRESCRIPTIONS
(HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS EN PERSONAS MAYORES)
LAS SIGUIENTES PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS SON POTENCIALMENTE INAPROPIADAS EN PERSONAS DE 65 O MÁS AÑOS.

A. SISTEMA CARDIOVASCULAR

- DIGOXINA a dosis mayores a 0.125mg/día por tiempo prolongado y en presencia de Insuficiencia renal. (Tasa de filtrado glomerular (GRF) estimada: <50 ml/min).
- DIURÉTICOS DE ASA para Edema bimalear sin signos clínicos de insuficiencia cardiaca (*no hay evidencia de su eficacia*).
- DIURÉTICOS DE ASA como monoterapia de primera línea en la hipertensión (*existen alternativas más seguras y efectivas*).
- DIURÉTICOS TIAZÍDICOS con historia de gota. (*puede exacerbar la gota*).
- BETA-BLOQUEADORES no cardio-selectivos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. (*Riesgo de broncoespasmo*).
- BETA-BLOQUEADORES en combinación con verapamilo (*riesgo de bloqueo cardiaco sintomático*).
- Uso de DILTIAZEM O VERAPAMILO en Insuficiencia cardiaca clase funcional NYHA III-IV (*pueden empeorar la insuficiencia cardiaca*).
- CALCIO-ANTAGONISTAS con estreñimiento crónico. (*pueden agravar el estreñimiento*).
- Uso de la combinación de AAS Y WARFARINA sin antagonistas H2 (excepto cimetidina por su interacción con los anticoagulantes) o IBP (*alto riesgo de hemorragia digestiva*).
- DIPIRIDAMOL como monoterapia para la prevención cardiovascular secundaria (*sin evidencia de eficacia*).
- Ácido acetil salicílico (AAS) con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin antagonistas H2 o IBP (*riesgo de hemorragia*).
- AAS a dosis superiores a 150 mg día (*aumento del riesgo de sangrado, sin evidencia de una mayor eficacia*).
- AAS sin antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica o un antecedente oclusivo arterial (*no indicada*).
- AAS para tratar un mareo no claramente atribuible a enfermedad cerebrovascular (*no indicada*).
- WARFARINA para un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicado durante más de 6 meses (*no se ha demostrado un beneficio adicional*).
- WARFARINA para una primera embolia de pulmón no complicada durante más de 12 meses (*no se ha demostrado beneficio*).
- AAS, CLOPIDOGREL, DIPIRIDAMOL, o WARFARINA con una enfermedad hemorrágica concurrente (*alto riesgo de sangrado*).

B. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PSICOFÁRMACOS

- ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS con demencia (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo).
- ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS con glaucoma (posible exacerbación del glaucoma).
- ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS con trastornos de la conducción cardíaca (efectos pro-arrítmicos).
- ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS con estreñimiento (probable empeoramiento del estreñimiento).
- ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS con un opiáceo o un antagonista del calcio (riesgo de estreñimiento grave).
- ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS con prostatismo o con antecedentes de retención urinaria (riesgo de retención urinaria).
- Uso prolongado de BENZODIACEPINAS de vida media larga (p. ej. más de 1 mes) (como clordiazepóxido, flurazepam, clorazepato) o benzodiazepinas con metabolitos de larga acción (como DIAZEPAM) (riesgo de sedación prolongada, confusión, trastornos del equilibrio, caídas).
- Uso prolongado de NEUROLÉPTICOS (p. ej. más de 1 mes) como hipnóticos a largo plazo (riesgo de confusión, hipotensión, efectos extrapiramidales, caídas).
- Uso prolongado de NEUROLÉPTICOS (p. ej. más de 1 mes) en el parkinsonismo (es probable que empeoren los síntomas extrapiramidales).
- FENOTIAZINAS en pacientes con epilepsia (pueden bajar el umbral convulsivo).
- ANTICOLINÉRGICOS para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos (riesgo de toxicidad anticolinérgica).
- INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA con antecedentes de hiponatremia clínicamente significativa (Sodio<130mmol/l en los dos meses anteriores)
- Uso prolongado de ANTIHISTAMÍNICOS de primera generación, (más de 1 semana) p. ej. difenhidramina, clorfeniramina, ciclizina, prometazina (riesgo de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos).

C. SISTEMA GASTROINTESTINAL

- DIFENOXILATO, LOPERAMIDA O FOSFATO DE CODEÍNA para el tratamiento de la diarrea de causa desconocida (riesgo de retraso diagnóstico, pueden agravar un estreñimiento con diarrea por rebosamiento, pueden precipitar un megacolon toxico en la enfermedad inflamatoria intestinal, pueden retrasar la curación en la no diagnosticada).
- DIFENOXILATO, LOPERAMIDA O FOSFATO DE CODEÍNA para el tratamiento de la gastroenteritis infecciosa grave p. ej. con diarrea sanguinolenta, fiebre elevada o afectación sistémica grave (riesgo de exacerbación o prolongación de la infección).
- METOCLOPRAMIDA O PROCLORPERAZINA con parkinsonismo (riesgo de agravamiento del parkinsonismo).
- INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) para la enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas (está indicada la suspensión o descenso de dosis más precoz para el tratamiento de mantenimiento/profiláctico de la enfermedad ulcerosa péptica, la esofagitis o la enfermedad por reflujo gastroesofágico).
- ESPASMOLÍTICOS ANTICOLINÉRGICOS en el estreñimiento crónico (riesgo de agravamiento del estreñimiento).

D. SISTEMA RESPIRATORIO

- TEOFILINA como monoterapia en la EPOC (existen alternativas más seguras y efectivas, riesgo de efectos adversos por el estrecho índice terapéutico).
- CORTICOESTEROIDES SISTÉMICOS en lugar de corticosteroides inhalados para el tratamiento de mantenimiento en la EPOC moderada-grave (exposición innecesaria a los efectos secundarios a largo plazo de los corticoides sistémicos).
- IPRATROPIO nebulizado en el glaucoma (puede agravar el glaucoma).

E. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

- AINE (Analgésico antiinflamatorio no esteroideo) con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva, salvo con uso simultáneo de antagonistas H2, IBP o misoprostol (riesgo de reaparición de la enfermedad ulcerosa)
- AINE con hipertensión moderada-grave (moderada: 160/100mmHg-179/109mmHg; grave: igual o superior a 180/110 mmHg) (riesgo de empeoramiento de la hipertensión).
- AINE con insuficiencia cardíaca (riesgo de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca).
- Uso prolongado de AINE (más de 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la artrosis (los analgésicos sencillos son preferibles y normalmente son igual de eficaces para aliviar el dolor).
- Warfarina y AINE juntos (riesgo de hemorragia digestiva).
- AINE con insuficiencia renal crónica con tasa de filtrado glomerular (GRF) estimada: 20-50 ml/min. (riesgo de deterioro de la función renal).
- Corticosteroides a largo plazo (más de 3 meses) como monoterapia para la artritis reumatoide o la artrosis (riesgo de efectos secundarios sistémicos mayores de los corticoides).
- AINE o colchicina a largo plazo para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para el alopurinol (el alopurinol es el fármaco profiláctico de primera línea en la gota).

F. SISTEMA UROGENITAL

- FÁRMACOS ANTIMUSCARÍNICOS VESICALES con demencia (riesgo de mayor confusión y agitación).
- FÁRMACOS ANTIMUSCARÍNICOS VESICALES con glaucoma crónico (riesgo de exacerbación aguda del glaucoma).
- FÁRMACOS ANTIMUSCARÍNICOS VESICALES con estreñimiento crónico (riesgo de agravamiento del estreñimiento).
- FÁRMACOS ANTIMUSCARÍNICOS VESICALES con prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria).
- BLOQUEADORES ALFA en varones con incontinencia frecuente, p. ej. episodios de incontinencia al día (riesgo de polaquiuria y de agravamiento de la incontinencia).

- BLOQUEADORES ALFA con sonda vesical permanente p. ej. sonda durante más de dos meses (fármaco no indicado).

G. SISTEMA ENDOCRINO

- GLIBENCLAMIDA O CLORPROPAMIDA con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada).
- BETA-BLOQUEADORES en la diabetes mellitus con frecuentes episodios de hipoglucemia, p. ej. 1 o más episodios al mes (riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia).
- ESTRÓGENOS con antecedentes de cáncer de mama o tromboembolismo venoso (aumento del riesgo de recurrencia).
- ESTRÓGENOS SIN PROGESTÁGENOS en mujeres con útero intacto (riesgo de cáncer de endometrio).

H. FÁRMACOS QUE AFECTAN NEGATIVAMENTE A LOS PROPENSOS A CAERSE (1 O MÁS CAÍDAS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES)

- BENZODIACEPINAS (sedantes, pueden reducir el sensorio, deterioran el equilibrio)
- NEUROLÉPTICOS (pueden causar dispraxia de la marcha, parkinsonismo)
- ANTIHISTAMÍNICOS DE PRIMERA GENERACIÓN (sedantes, pueden reducir el sensorio)
- VASODILATADORES de los que se sabe que pueden causar hipotensión en aquellos con hipotensión postural persistente, p. ej. descenso recurrente superior a 20mmHg de la presión sistólica (riesgo de síncope, caídas)
- OPIÁCEOS a largo plazo en aquellos con caídas recurrentes (riesgo de somnolencia, hipotensión postural, vértigo)

I. ANALGÉSICOS

- Uso a largo plazo de OPIÁCEOS POTENTES, p. ej. morfina o fentanilo, como tratamiento de primera línea en el dolor leve a moderado (inobservancia de la escala analgésica de la OMS)
- OPIÁCEOS regulares durante más de dos semanas en aquellos con estreñimiento crónico sin uso simultáneo de laxantes (riesgo de estreñimiento grave)
- OPIÁCEOS a largo plazo en la demencia, salvo cuando están indicados en cuidados paliativos o para el manejo de un síndrome doloroso moderado/grave (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo)

J. CLASE DE MEDICAMENTO DUPLICADA

- Cualquier prescripción regular de dos fármacos de la misma clase p. ej. dos opiáceos, AINE; ISRS, diuréticos de asa, IECA simultáneos (debe optimizarse la monoterapia dentro de una sola clase antes de considerar el cambio a otra clase de fármaco). Se excluyen las prescripciones duplicadas de fármacos que pueden precisarse a demanda; p. ej. agonistas beta-2 inhalados (de larga y corta duración) para el EPOC o el asma, u opiáceos para el manejo del dolor irruptivo.

Adaptado de: Delgado-Silveira E, Muñoz GM, Montero BE, Sanchez CC, Gallagher PF Cruz-Jentoft A. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):273–279.

CUADRO 10B. START: SCREENING TOOL TO ALERT DOCTORS TO RIGHT, I. E. APPROPRIATE, INDICATED TREATMENTS (HERRAMIENTA PARA LLAMAR LA ATENCIÓN DEL MÉDICO SOBRE TRATAMIENTOS INDICADOS Y APROPIADOS). ESTOS MEDICAMENTOS DEBEN SER CONSIDERADOS EN PERSONAS DE 65 O MÁS AÑOS QUE TENGAN LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, CUANDO NO EXISTA CONTRAINDICACIÓN PARA SU USO.

A. SISTEMA CARDIOVASCULAR

- WARFARINA en presencia de una fibrilación auricular crónica.
- AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica cuando la warfarina esté contraindicada pero no lo esté el AAS.
- AAS o CLOPIDOGREL con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica con ritmo sinusal.
- TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO cuando la presión arterial sistólica sea normalmente superior a 160mmHg
- ESTATINAS con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5años.
- IECA en la insuficiencia cardíaca crónica.
- IECA tras un infarto agudo de miocardio.
- BLOQUEADORES BETA en la angina crónica estable.

B. SISTEMA RESPIRATORIO

- AGONISTA BETA-2 O ANTICOLINÉRGICO INHALADO en el asma o la EPOC leve a moderada.
- CORTICOSTEROIDE INHALADO en el asma o la EPOC moderada a grave, cuando laFEV1 es inferior al 50%.
- OXIGENOTERAPIA continua en domicilio en la insuficiencia respiratoria tipo 1 ($pO_2 < 60\text{mmHg}$, $pCO_2 < 49\text{mmHg}$) o tipo 2 ($pO_2 < 60\text{ mmHg}$, $pCO_2 < 49\text{mmHg}$) bien documentada.

C. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- LEVODOPA en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional evidente y consecuente discapacidad.
- ANTIDEPRESIVOS en presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos tres meses.

D. SISTEMA GASTROINTESTINAL

- INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o la estenosis péptica que precise dilatación.
- SUPLEMENTOS DE FIBRA en la diverticulosis sintomática crónica con estreñimiento.

E. SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

- FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide moderada a grave activa de más de 12 semanas de duración
- Bifosfonatos en pacientes que reciben corticosteroides orales a dosis de mantenimiento
- SUPLEMENTOS DE CALCIO Y VITAMINA D en pacientes con osteoporosis conocida (evidencia radiológica o fractura previa o cifosis dorsal adquirida).

F. SISTEMA ENDOCRINO

- METFORMINA en la diabetes mellitus 2 con o sin síndrome metabólico en ausencia de insuficiencia renal (tasa filtrado glomerular estimada $< 50\text{ml/min}$).
- IECA ó ARA-2 en la diabetes con nefropatía, p. ej. proteinuria franca en el examen de orina o microalbuminuria ($> 30\text{mg}/24\text{h}$) con o sin insuficiencia renal.
- ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS en la DM2 si coexisten uno o más factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo)
- Estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o mas factores de riesgo cardiovascular.

Adaptado de: Delgado-Silveira E, Muñoz GM, Montero BE, Sanchez CC, Gallagher PF Cruz-Jentoft A. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):273–279.

CUADRO 11. CRITERIOS DE FRIED, PARA EL FENOTIPO DE FRAGILIDAD

1. Pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg durante el año precedente.
2. Autorreporte de agotamiento.
3. Disminución de la fuerza muscular (evaluado con dinamómetro).
4. Actividad física reducida.
5. Velocidad lenta para la marcha (metros por segundo).

INTERPRETACIÓN:

- Ningún criterio= robusto
- 1 o 2 criterios =prefrágil
- 3 ó más criterios= frágil

Modificado de: Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56(3):M146-56.

CUADRO 12. CUESTIONARIO SARC-F PARA DETECCIÓN DE SARCOPENIA

ITEM	PREGUNTA	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

INTERPRETACION: El resultado es positivo cuando la suma de las respuestas es mayor o igual a 4 puntos.

Adaptado de: 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.

**CUADRO 13. ÍNDICE DE BARTHEL
PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación	
Alimentación	- Totalmente independiente	10	
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5	
	- Dependiente	0	
Lavarse (baño)	- Independiente: entra y sale solo del baño	5	
	- Dependiente	0	
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10	
	- Necesita ayuda	5	
	- Dependiente	0	
Aseo (arreglarse)	- Independiente para lavarse cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5	
	- Dependiente	0	
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10	
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5	
	- Incontinencia	0	
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10	
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5	
	- Incontinencia	0	
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10	
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5	
	- Dependiente	0	
Traslado sillón-cama	- Independiente para ir del sillón a la cama	15	
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10	
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5	
	- Dependiente	0	
Deambulación	- Independiente, camina solo 50 metros	15	
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10	
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5	
	- Dependiente	0	
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10	
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5	
	- Dependiente	0	
Interpretación	Resultado	Grado de dependencia	Total:
	Menor a 20	Dependencia Total	
	20-35	Dependencia Grave	
	40-55	Dependencia Moderado	
	60 o mas	Dependencia Leve	
	100	Independiente	

Adaptado de: Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, Et al. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993;28:32-40.

CUADRO 14. TEST DE VALORACIÓN DE LA MARCHA

TEST	METODOLOGIA
Test de Romberg progresivo	Se solicita al paciente que se mantenga parado, con los pies juntos durante 10 segundos, con los ojos abiertos y cerrados; luego se repite con los pies en semitandem y tándem para aumentar la sensibilidad del test. Los pacientes con déficits vestibulares y propioceptivos pierden estabilidad al cerrar los ojos.
Apoyo Monopodal	Es el tiempo que se mantiene el paciente sobre un pie. Es un muy buen predictor de caídas. Menos de 5 segundos es anormal.
Test de alcance funcional	Se mide la distancia que un paciente puede alcanzar con su brazo extendido mientras permanece de pie sin desplazar sus pies. Este test predice caídas cuando es menos de 10 cm.
Test “get up and go”	El paciente debe levantarse de una silla sin usar los brazos, caminar tres metros en línea recta, girar y regresar a sentarse en la silla sin utilizar los brazos, controlando el tiempo que lleva realizarla. Tiene buena correlación con movilidad funcional y equilibrio. Un tiempo mayor a 14 segundos se asocia a mayor riesgo de caídas.
Test de la tarea doble	Evalúa la capacidad de marcha mientras el paciente realiza una tarea cognitiva como nombrar animales o restar números. La marcha cautelosa o enlentecida al realizar la doble tarea es característico de las alteraciones corticales o subcorticales, mientras que los pacientes con trastornos ansiosos mejoran su marcha al concentrarse en una segunda tarea.
Test de velocidad de marcha	Se mide el tiempo en segundos que demora el paciente en recorrer 10 metros en línea recta. Menos de 1m/s es predictor de eventos adversos en los adultos mayores.
Test de Tinetti	Permite una valoración más objetiva del equilibrio y de la marcha para detectar riesgo de caídas. Tiene que ser realizado por personal entrenado y demora de 10 a 20 min. El puntaje máximo es 28 puntos y el punto de corte para riesgo de caída es 20 puntos.

Adaptado de: Cerda L. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. Rev. Med. Clin. Condes. 2014; 25(2):265-275.

CUADRO 15. ESCALA DE SOBRECARGA DE CUIDADOR DE ZARIT (VERSIÓN ABREVIADA)

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntaje	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
	1	2	3	4	5
1. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
2. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
3. ¿Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
4. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
5. ¿Se siente tenso cuándo está cerca de su familiar?					
6. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
7. Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos.

TOTAL:

Este resultado clasifica al cuidador en:

- “Ausencia de sobrecarga” = de 7 a 16 puntos.
- “Sobrecarga intensa mayor o igual a 17 puntos.

Adaptado de: Breinbauer KH, Vásquez VH, Mayanz SS, Guerra C, Millán KT. Validación en Chile de Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Med Chil. 2009 May;137(5):657-65.

CUADRO 16. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL. MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
<p>A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faldade 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 <input type="checkbox"/></p> <p>B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso <input type="checkbox"/></p> <p>C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio <input type="checkbox"/></p> <p>D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no <input type="checkbox"/></p> <p>E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos <input type="checkbox"/></p> <p>F Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23. 3 = IMC ≥ 23. <input type="checkbox"/></p>	<p>J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consume el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <p>0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/></p> <p>M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad <input type="checkbox"/></p> <p>O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición <input type="checkbox"/></p> <p>P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input type="checkbox"/></p>
Evaluación del cribaje	
(subtotal máx. 14 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
<p>G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no <input type="checkbox"/></p> <p>H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p> <p>I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p>	<p>Evaluación (máx. 18 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cribaje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación global (máx. 30 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación del estado nutricional</p> <p>De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición</p>

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Silva A, Gulgoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition In Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001 ; 56A : M366-377.
 Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Para más información: www.mna-elderly.com