

Escalas de uso frecuente en Geriatría

INSTITUTO DE ENVEJECIMIENTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL

Pontificia Universidad JAVERIANA
Bogotá

Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Facultad de Medicina
Instituto de Envejecimiento

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO
CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL

Unidad de Geriatría
Centro de Memoria y Cognición-Intellectus

Escalas de Uso frecuente en Geriatría
ISBN: 978-958-781-310-4

2ª Edición, 2020

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 Ramírez, Médico Especialista en Geriatría. Profesor de la Especialización en Geriatría de la Pontificia Universidad Javeriana. Médico Geriatra del Hospital Universitario San Ignacio.

Luis Carlos Venegas Sanabria, Médico Especialista en Geriatría. Profesor de la Especialización en Geriatría de la Pontificia Universidad Javeriana. Médico Geriatra del Hospital Universitario San Ignacio.

Sandra Milena Caicedo Correa, Médico Especialista en Geriatría. Profesor de la Especialización en Geriatría de la Pontificia Universidad Javeriana. Médico Geriatra del Hospital Universitario San Ignacio.

Ronald Camilo Gómez Arteaga, Médico Especialista en Geriatría. Profesor de la Especialización en Geriatría de la Pontificia Universidad Javeriana. Médico Geriatra del Hospital Universitario San Ignacio.

Ana María Pardo Amaya, Médico Especialista en Geriatría. Profesor de la Especialización en Geriatría de la Pontificia Universidad Javeriana. Médico Geriatra 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.

Fotografía:
Rodrigo Alberto Heredia Ramírez

Diseño e impresión:
Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas –JAVEGRAF–

© Reservados todos los derechos

Dedicatoria

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

Tabla de contenido

Introducción ---------- 7

Presentación ---------- 9

Historia clínica geriátrica ---------- 11

Valoración geriátrica integral ---------- 19

Esfera Clínica ---------- 25

Nutricional ---------- 27

Mini Nutritional Assessment–Short Form (MNA- SF) ---------- 27

Caídas ---------- 29

Escala Dowton modificada ---------- 30

Disfagia orofaríngea ---------- 32

Preguntas orientativas ---------- 32

Eating Assessment Tool (EAT-10) ---------- 32

Lesiones por presión ---------- 34

Escala de Norton ---------- 34

Esfera Funcional ---------- 37

Evaluación de la discapacidad ---------- 40

Índice de Barthel ---------- 40

Escala de Lawton y Brody ---------- 42

Escala de Lawton modificada ---------- 44

Evaluación de la limitación funcional ---------- 46

Short Physical Performance Battery (SPPB o test de Guralnik) - 46

Fragilidad ---------- 48

Fenotipo de fragilidad de Fried ---------- 48

Escala de tamizaje para fragilidad FRAIL ---------- 50

Sarcopenia ---------- 52
Algoritmo Sarcopenia EWGSOP2 para búsqueda de casos, diagnóstico y cuantificación de la severidad en la práctica ---- 53
SARC- F (Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls) ---------- 54

Esfera Mental ---------- **57**
Delirium o Síndrome Confusional Agudo ---------- 59
Confussion Assessment Method (CAM) ---------- 59
Deterioro cognitivo ---------- 60
Minimental Status Examination (MMSE) ---------- 61
Escala de trastornos de memoria (queja subjetiva de memoria) 63
Depresión ---------- 65
Escala de depresión geriátrica (Yesavage) ---------- 65

Esfera Social ---------- **69**
Entrevista semi estructurada ---------- 70
Cuestionario de Apoyo Social (MOS) ---------- 72

Glosario ---------- **75**

Introducción

La vejez es la etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, durante el cual sucede una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales. La atención a un adulto mayor puede plantearnos preguntas como ¿por qué envejecemos y por qué morimos?, ¿qué significa la vejez?, ¿cuál es el sentido de la vida y del envejecer?, ¿cómo vivir mejor la vejez?, ¿cómo será mi vejez?

Probablemente estos interrogantes no puedan ser resueltos desde la óptica exclusiva de la geriatría, pero si ampliamos el campo del conocimiento a la gerontología seguramente encontraremos las respuestas. La vejez en tiempos contemporáneos, podría decirse, va de menos a más, mientras que en otros momentos de la historia se consideró marcada por las pérdidas, el deterioro y la discapacidad. Los siglos XX y XXI nos han brindado la oportunidad, a un mayor número de personas, de vivir este periodo del ciclo vital con el ideal de alcanzar la mejor calidad de vida. Esto incrementa el reto al personal sanitario, instituciones y legisladores a guiar los cuidados de salud de la forma más apropiada según los recursos económicos y sociales existentes, para alcanzar este objetivo de llegar a viejos y poder vivirlo con plenitud.

El conocimiento en vejez y envejecimiento es tal vez el punto de partida para distinguir los cambios entre un envejecimiento normal y enfermedad. Desde las ciencias básicas, hasta las áreas clínicas pasando por la epidemiología, ética y administración en salud se dan constantes avances sobre los cambios fisiológicos e impactos de la enfermedad en la salud del anciano. No menos importante es la interacción de los factores psicosociales del envejecimiento en el individuo los cuales pueden alterar el equilibrio en la salud mental

y su relación con la familia, cuidadores y la sociedad. Los principios de la atención geriátrica descritos por la doctora Marjory Warren así como el posterior reconocimiento de la especialización de geriatría por parte del Ministerio de Salud Británico en 1950 permite definir 4 adelantos en el ámbito clínico:

a. Profundización en la aproximación general al cuidado del adulto mayor.
b. Se hace reconocimiento a los grandes síndromes geriátricos.
c. Enfoque al cuidado del anciano por órgano/sistema.
d. Reconocimiento de principios de cuidado al anciano en situaciones especiales.

De acuerdo con estos avances es importante aclarar que la educación que se imparte, en cuanto a los cuidados del adulto mayor se refiere, debe incluir no sólo la medicina en postgrado y pregrado sino también a todas las áreas que brindan servicios a este grupo poblacional.

Este manual de escalas pretende ser una herramienta de uso cotidiano para todas aquellas personas que trabajan con adultos mayores en su ejercicio clínico, y busca también tener un punto común de diálogo interdisciplinario en cuanto al estudio de los adultos mayores se refiere.

Prof. Rodrigo Alberto Heredia Ramírez
Prof. Diego Andrés Chavarro Carvajal

Presentación

Estimado lector, si usted tiene este manual en sus manos seguramente es por el interés que le genera el cuidado del adulto mayor. El envejecimiento no es ajeno a ninguna persona y podría ser visto de forma negativa y ligado a discapacidad y dependencia, lo cual podría generar frustración, temor y desesperanza en las personas. Pero solamente una mirada atenta descubre los valiosos recursos que representan las personas de edad avanzada y su positiva contribución en la estructura de nuestra sociedad.

A partir de allí deberíamos preguntarnos: ¿cómo cuidarlos de forma apropiada?

La OMS ha liderado programas de cuidado bajo diferentes nombres. "Envejecimiento saludable" en 1998 con la intensión de fomentar y mantener la capacidad funcional que permita el bienestar en la vejez. "Envejecimiento activo" en 2002 buscando optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El término "activo" hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Estos ideales exigen, en particular para el cuidado de la salud, una serie de estrategias en prevención y promoción de la salud, diagnóstico oportuno, tratamientos individualizados, rehabilitación integral y apoyo social en cantidad y calidad suficiente para dar la mejor calidad de vida al adulto mayor. Como el cuidado del adulto mayor es complejo y exigente se hace necesario tener estrategias de comunicación que sean sencillas, claras en su información y validadas para la población que atendemos. El manual "escalas de uso frecuente en geriatría" brinda la oportunidad

de tener a la mano las principales mediciones organizadas lógicamente para facilitar el análisis de la problemática del adulto mayor. Es un manual no exclusivo a médicos generales o especialistas en geriatría, sino que brinda a médicos de todas las especialidades, enfermería y terapeutas herramientas de fácil acceso a la consulta en todos los niveles asistenciales. Esperamos, como autores, que contribuya a un mejor desempeño profesional y en consecuencia hacia una mejor atención al adulto mayor.

Los autores



Historia clínica geriátrica

Historia clínica geriátrica

La historia clínica en el adulto mayor es de vital importancia. Se constituye como un instrumento de aproximación diagnóstica, que permite instaurar un plan encaminado hacia el abordaje integral de la persona, en particular por la presentación atípica de condiciones clínicas agudas y crónicas.

Realice la entrevista utilizando un lenguaje claro, tono de voz grave, pero sin gritar. Siempre diríjase al paciente, salvo en casos de condiciones médicas que lo impidan, en este caso apóyese de la información que pueda bridar los familiares o el cuidador.

Esquema sugerido para la adecuada elaboración de la historia clínica.

1. Datos de identificación

Nombre y apellidos
Documento de identificación
Fecha de nacimiento
Natural y procedente
Escolaridad
Ocupación
Lateralidad
Estado Civil
Religión
Acompañante
Dirección y teléfono

2. Motivo de consulta

Se debe registrar el motivo por el cual el paciente consulta. Se puede utilizar la información exacta que diga el paciente, utilizando "comillas".

3. Enfermedad actual

Se prefieren las entrevistas abiertas, en las que el paciente exponga sus quejas libremente y de una forma sutil ir precisando los síntomas, que motivan a la valoración. Una vez se cuente con los síntomas que configuran la enfermedad actual, se debe interrogar siempre el tiempo de evolución, las características del síntoma, si se asocia con otros síntomas, que cosas lo empeoran (el ejercicio, la comida, el decúbito etc.), y si ha recibido manejos previos.

4. Revisión por sistemas

Se recomienda preguntar directamente por algunos síntomas frecuentes en los diferentes sistemas de gran prevalencia durante el envejecimiento: sistema nervioso central, cardiovascular, respiratorio, digestivo, genito-urinario, piel y faneras.

Algunos autores sugieren preguntar por la presencia de síndromes geriátricos, conocidos anteriormente como las IES:

- *Immobility*: inmovilidad.
- *Instability*: inestabilidad y caídas.
- *Incontinence*: incontinencia urinaria y fecal.
- *Intellectual impairment*: demencia y síndrome confusional agudo.
- *Infection*: infecciones.
- *Inanition*: desnutrición.
- *Impairment of vision and hearing*: alteraciones en la visión y la audición.
- *Irritable colon*: estreñimiento, impactación fecal.
- *Isolation (depression)/insomnio*: depresión/insomnio.
- *Iatrogenesis*: Iatrogenia.
- *Inmune deficiency*: inmunodeficiencias.
- *Impotence*: impotencia o alteraciones sexuales.

5. Antecedentes

Una técnica que ayuda para la obtención de información sobre los antecedentes es preguntar primero que fármacos está recibiendo en el momento, pues si en lugar de eso se pregunta por las patologías, a veces las niegan o no recuerdan padecerlas. Siempre

pregunte por los siguientes antecedentes: patológicos, quirúrgicos, farmacológicos, alérgicos, tóxicos, traumáticos, transfusionales, hospitalizaciones, gineco-obstétricos, familiares, inmunizaciones.

6. Situación basal

La situación basal se define como las condiciones previas del sujeto antes del inicio de una enfermedad aguda, descompensación de una enfermedad crónica o al inicio de una enfermedad. Es la oportunidad de cuantificar lo subjetivo y así comparar las trayectorias de ganancias o deterioro a través del tiempo.

Aquí deberá aplicar las escalas de tamizaje que le permiten identificar la presencia de síndromes geriátricos, el estado funcional, mental y social del paciente.

a. Esfera Clínica: en esta parte profundice en los síndromes geriátricos identificados en el interrogatorio y en la revisión por sistemas. Haga especial énfasis en identificar el estado nutricional en el adulto mayor, ya que existe evidencia sobre el impacto de la malnutrición en mortalidad y otros desenlaces desfavorables para la salud de las personas mayores. Adicionalmente, valorar el riesgo de caídas, de disfagia y de úlceras por presión.

- Aplique el test de tamizaje nutricional MNA (Mini Nutricional Assessment) en su versión corta y si esta alterada aplique la versión larga.
- Aplique la Escala Dowton modificada para riesgo de caída intrahospitalaria si el paciente se encuentra hospitalizado.
- Aplique si es necesario la escala EAT-10.
- Aplique la escala de Norton modificada si el paciente está hospitalizado o institucionalizado.

b. Esfera Funcional: aplique a su paciente la escala de Barthel, Lawton & Brody o Lawton modificado, FRAIL y SARC-F.

c. Esfera Mental: se debe valorar el compromiso agudo relacionado con la presencia de síndrome confusional agudo (delirium) y luego continuar con la tamización cognoscitiva y afectiva.

- Aplique la escala CAM *(Confussion Assessment Method)* para descartar la presencia de delirium.
- Aplique alguno de los test de tamizaje cognitivo Minimental o MOCA

- Aplique si es necesario la escala de queja subjetiva de memoria al paciente y/o al familiar.
- Aplique la escala de Yesavage para detección de síntomas depresivos.

d. Esfera Social: las diferentes redes de apoyo con las que cuente el adulto mayor generar mejores desenlaces y favorecerán intervenciones en sus condiciones particulares.

7. Examen Físico

Siempre se debe realizar el examen físico completo, no solo dirigido por los datos aportados en la enfermedad actual, ya que hay muchas enfermedades que tienen presentación atípica. Incluya constantes vitales y siga un orden céfalo caudal. Recuerde que en el adulto mayor es indispensable hacer valoración mental y neurológica.

8. Apoyos diagnósticos

Es un espacio destinado en la historia clínica para el registro de las distintas ayudas diagnósticas (imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio, estudios funcionales) que permiten al médico confirmar sus impresiones diagnosticas e iniciar manejos e intervenciones.

9. Concepto o análisis

Se hace una breve descripción de la condición clínica del paciente, sus condiciones agudas y crónicas y los planes de manejo instaurados. Aquí en pacientes adultos mayores es importante dejar registro de decisiones anticipadas, indicación de medidas avanzadas de reanimación, y que la información fue trasmitida al paciente y el familiar. Este es el espacio en el cual se hace la valoración geriátrica integral que comprende el abordaje multidimensional que se ampliará en el siguiente capítulo.

10. Diagnósticos

Se sugiere que los diagnósticos sean divididos así:

Clínicos

Iniciando con la condición por la cual el paciente consulta, seguidas de las condiciones crónicas presentes. Aquí se incluye el diagnóstico nutricional.

Funcionales

Debe el médico trasformar los resultados del tamizaje funcional en diagnósticos: dependencias, sospecha de fragilidad y/o sarcopenia.

Mentales

Aquí se debe registrar los diagnósticos productos del tamizaje realizado y la valoración mental y la presencia de diagnósticos previos de trastornos neurocognoscitivos y estadios.

Sociales

Describir si el paciente tiene red de apoyo y la calidad de esta.

11. Plan

Es la oportunidad que nos brinda la historia clínica para poder hacer una lista de intervenciones y metas del tratamiento instaurado, tiempos de revaloraciones, etc.

Bibliografía recomendada:

López J, Cano C, Gómez J. Geriatría: Fundamentos de Medicina. Editorial CIb: Bogotá, Colombia; 2006.

Gómez José, Curcio Carmen. Salud del anciano: valoración. Editorial Blanecolor: Manizales, Colombia; 2014.

Abizanda P, Rodríguez-Mañas. Tratado de medicina geriátrica. Editorial Elsevier: Barcelona, España, 2015.

López J. Atención al adulto mayor: aspectos básicos. Editorial Celsus, Bogotá, Colombia, 2016.



Valoración geriátrica integral

Valoración geriátrica integral

El paciente geriátrico tiene características particulares que hacen necesario un abordaje diferente de aquel que usualmente se emplea para evaluar a la población adulta en general. La Valoración Geriátrica Integral (VGI), se diferencia de la evaluación médica estándar en que se centra en la patología del anciano, y además pretende adquirir un conocimiento más profundo de todo aquello que tiene impacto y trascendencia en su persona.

La VGI se define como una herramienta integradora multidimensional e interdisciplinaria, diseñada para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales y sociales que pueda presentar el anciano, con el objetivo de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento, así como la óptima utilización de los recursos involucrados.

Los objetivos principales de la VGI están enfocados en mejorar la calidad de vida del anciano, conociendo la situación basal del paciente, mejorando la precisión diagnóstica, evaluando la repercusión funcional de la enfermedad, diseñando planes de cuidados y tratamientos, haciendo un seguimiento de la respuesta al tratamiento y optimizando el uso de recursos sanitarios y sociales.

Se han documentado algunas desventajas de la realización de la VGI, dentro de las cuales está la falta de estandarización en la realización de la evaluación, puesto que las herramientas a emplear varían de manera considerable según el nivel asistencial. También se ha identificado que el tiempo que requiere la realización de la VGI es mayor que el de una valoración estándar. Sin embargo, son mayores los beneficios del uso de la VGI, entre los que se incluyen la mejoría del estado funcional, el aumento de la supervivencia, una mayor probabilidad de volver al domicilio tras un alta hospitalaria, menos ingresos a hospitales y residencias, impacto en polifarmacia y prescripción inapropiada de medicamentos, así como mejoría del estado afectivo y cognoscitivo.

Los componentes esenciales de la VGI son:

Valoración clínica

Su contenido no difiere con el abordaje clínico de la población adulta en general. Siempre debe iniciar con una adecuada anamnesis, en la que se debe exponer la queja del paciente y sus características. Es imprescindible la colaboración de un familiar para completar la información, puesto que los ancianos en cierto modo pueden presentar una sintomatología pobre, obviar síntomas, tener presentación atípica de cuadros clásicos e incluso manifestar frecuentes alteraciones mentales como síntoma de afecciones orgánicas. Es indispensable realizar un interrogatorio completo sobre los fármacos prescritos por sus posibles efectos adversos, interacciones medicamentosas y adherencia al tratamiento. Se debe realizar una adecuada revisión por sistemas que ayude a identificar los problemas que impactan en la calidad de vida del adulto mayor. Finalmente se debe hacer una exploración física completa que debe incluir siempre, además de las evaluaciones habituales de cabeza y cuello, corazón, pulmones, abdomen, extremidades y función neurológica, la exploración de las arterias temporales, el examen bucal, el cribado de visión y del oído y la exploración de la piel.

Un pilar fundamental de la valoración clínica, es realizar una adecuada valoración nutricional, puesto que, la población anciana es uno de los grupos poblacionales con mayor riesgo para presentar problemas nutricionales, tanto por factores asociados al envejecimiento, como por factores económicos, sociales o físicos. Debe evaluarse si hay causas y factores de riesgo de malnutrición en todos los adultos mayores, pues se ha demostrado que la desnutrición hace que los ancianos sean más vulnerables para desarrollar otras patologías, aumenta la frecuencia de ingresos hospitalarios, de complicaciones asociadas a otra enfermedad y el grado de dependencia.

Valoración funcional

Tiene que ver con la capacidad que tiene el paciente para llevar a cabo su vida habitual y mantener su autonomía en su medio. Se debe registrar no solo la situación en la que se encuentra el paciente en el momento de la entrevista, sino también la evolución hasta llegar a esta situación para poder sopesar las posibilidades rehabilitadoras. Es indispensable la evaluación funcional, puesto que los ancianos con alteraciones en la funcionalidad tienen mayor posibilidad de ser institucionalizados, tienen aumento de la mortalidad y mayor consumo de los recursos.

Podemos evaluar la funcionalidad con escalas de actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales y avanzadas) y escalas de actividad junto con medidas de observación directa de la función física.

Valoración del estado mental *(afectivo y cognoscitivo)*

La valoración del estado mental debe realizarse siempre, dado la elevada prevalencia de alteraciones agudas como el delirium y crónicas como la demencia y los trastornos anímicos. El objetivo de esta valoración es identificar alteraciones agudas en relación a la presencia de un síndrome confusional agudo o delirium o de algún deterioro cognoscitivo que pueda afectar la funcionalidad y así establecer estrategias de intervención. La mayoría de las pruebas de tamizaje o de evaluación cognoscitiva se ven afectadas por factores como la edad, el nivel educativo o la comorbilidad. Estos factores, pueden alterar la estimación de la situación biológica cerebral, por lo que estas pruebas son una herramienta de ayuda, por esto es imprescindible hacer una evaluación global teniendo en cuenta que el diagnóstico se articula en tres ejes: cognoscitivo, conductual y funcional. No debe olvidar, como parte del eje conductual, evaluar la presencia de síntomas comportamentales.

Valoración social

Pretende establecer la relación entre el anciano y el entorno. Es importante porque va a determinar la evolución clínica y funcional del paciente, así como el desarrollo de un plan de cuidados a largo plazo. Hay que indagar siempre sobre las condiciones de vivienda, recursos económicos, acceso a servicios de salud y la presencia de cuidador.

Para la adecuada realización de la VGI, es necesario realizar la valoración clínica tradicional, seguida por el abordaje multidimensional, en donde se realiza la aplicación de instrumentos más específicos denominados escalas de valoración, las cuales incrementan la objetividad, facilitan la detección de problemas en estadios iniciales y permiten realizar su evaluación evolutiva. En la siguiente tabla se exponen las herramientas de valoración recomendadas para cada nivel asistencial y tipología de paciente. A lo largo del manual de escalas se detallará cada una de estas herramientas.

Tabla 1.
Herramientas de valoración geriátrica integral por niveles asistenciales

Ámbito	Clínico	Funcional	Mental	Social
Atención domiciliaria	EAT-10 MNA-SF	Índice de Barthel FRAIL SPPB SARC-F	MMSE Queja subjetiva de memoria Yesavage	Entrevista semi estructurada Escala de la OARS
Sala general de hospitalización	EAT-10 MNA-SF Norton Dowton	Índice de Barthel Escala de Lawton & Brody FRAIL SARC-F	MMSE Queja subjetiva de memoria CAM	Entrevista semi estructurada
Consulta externa	EAT-10 MNA-SF	Índice de Barthel Escala de Lawton modificada FRAIL SPPB SARC-F	MMSE Queja subjetiva de memoria Yesavage	Entrevista semi estructurada Escala de la OARS
Unidad de larga estancia	EAT-10 MNA-SF Norton Dowton	Índice de Barthel Escala de Lawton modificada FRAIL SPPB SARC-F	MMSE Queja subjetiva de memoria Yesavage	Entrevista semi estructurada Escala de la OARS

Modificado de: Capítulo 20, Bases de la valoración geriátrica. Abizanda P. Tratado de Medicina Geriátrica. Barcelona, España, Elsevier; 2015: 164-171

Bibliografía recomendada:

Domínguez A, García JG. Valoración Geriátrica Integral. Aten Fam. 2014;21(1):20-23

Parker S, Conroy S. ¿What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrela review. Age and Ageing 2018;47:149-155

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

Abizanda P. *Tratado de Medicina Geriátrica*. Barcelona, España, Elsevier; 2015: 164-171



Esfera clínica

Esfera clínica

La primera parte de la evaluación pertenece a la esfera clínica tradicional, que incluye la anamnesis y el examen físico completo, el examen físico completo. Como se mencionó en los capítulos anteriores, se realizan escalas que son útiles para mejorar la búsqueda de problemas o situaciones de riesgo en el anciano con mayor posibilidad de pérdida de funcionalidad, hospitalización, complicaciones o muerte.

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), que es un instrumento ampliamente utilizado en los diferentes niveles de asistencia.

Mini Nutritional Assessment–Short Form (MNA- SF)

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. Se suma el resultado individual de cada ítem y se obtiene un resultado total máximo de 14 puntos.

Tabla 2.
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 m²)** 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 cm =0

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

Total:

12 - 14 puntos: Estado nutricional normal
8 - 11 puntos: Riesgo malnutrición
0 - 7 puntos: 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.

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

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

Chavarro-Carvajal D, Reyes-Ortiz C, Samper-Ternent R, Arciniegas AJ, Gutiérrez CCJ. Nutritional Assessment and Factors Associated to Malnutrition in Older Adults: A Cross-Sectional Study in Bogotá, Colombia. Aging Health. 2015 Mar; 27 (2): 304-19. doi: 10.1177/0898264314549661. Epub 2014 Sep 17.

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?

Escala Dowton modificada

La escala Dowton modificada es un instrumento que permite medir ocho criterios relacionados con el riesgo potencial de paciente de sufrir una caída (caídas previas, medicamentos, vía venosa, deficiencias sensoriales, estado mental, marcha, eliminación y comunicación). Su uso es contemplado para la valoración del riesgo de caída del paciente hospitalizado. En el momento de evaluar la escala se evalúa cada uno de los criterios y de acuerdo a la valoración de sus niveles se le da una puntuación de uno o cero. Posteriormente se suman los puntajes y de esta manera se determina el riesgo de caída.

Tabla 3.
Escala de riesgo de caídas (J.H. Dowton modificada)

Criterio	Especificaciones	Puntaje
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Si	1
	No	0
Vía venosa	Si	1
	No	0
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus…)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1

Criterio	Especificaciones	Puntaje
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1
Eliminación	Incontinencia urinaria y/o fecal	1
Comunicación	Problemas de idioma o socioculturales	1

Fuente: Guía Enfermería para la prevención y manejo de caídas. Gestión Integral Asistencial. Hospital Universitario San Ignacio. 2017.

Interpretación

Nivel	Puntos
Riesgo bajo	De 1 a 3 puntos
Riesgo alto	Mayor de 4 puntos

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.

Guía Enfermería para la prevención y manejo de caídas. Gestión Integral Asistencial. Hospital Universitario San Ignacio. 2017.

Ministerio de Salud y Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas paquetes instruccionales. Guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud".

Almazán-Castillo MR, Jiménez-Sánchez J. Escala de valoración de riesgos de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013;21(1): 9-14

Bella Beorlegui Miriam, Esandi Larramendi Nuria, Carvajal Valcárcel Ana. La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2019 Sep 30]; 28(1): 25-29.

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 desde la boca al esófago y puede ocasionar aspiraciones traqueobronquiales.

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?

Si alguna es positiva, se recomienda aplicar el EAT-10.

Eating Assessment Tool (EAT-10)

Es un cuestionario de cribado validado al español formado por diez (10) preguntas rápidas que evalúan síntomas específicos de la DO. 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.

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros. El rango de puntuación va de 0 a 40 puntos.

Tabla 4.
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. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra** 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 ☐
9. Toso cuando como 0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio ☐	**10. Tragar es estresante** 0 = ningún problema 1 2 3 4 = Es un problema serio ☐
Total: ☐	

Fuente: Burgos R, Sarto B, Segurola H, Romagosa A, Puiggrós C, Vásquez 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.

Interpretación

Un valor superior o igual a 3 sugiere disfagia.

Bibliografía recomendada:

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

Altman KW. Dysphagia evaluation and care in the hospital setting: the need for protocolization. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;145:895-8.

Burgos R, Sarto B, Segurola H, Romagosa A, Puiggrós C, Vásquez 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.

Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. Neurogastroenterol Motil. 2014;26(9):1256-1265.

Villamayor Blanco L. Prevalencia de la disfagia orofaríngea en una unidad de medicina interna y utilidad del Eating Assessment Tool 10 test en la evaluación rutinaria. Rev. OFIL·ILAPHAR 2018, 28;2:107-112

Lesiones 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 las anteriores) de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro.

Escala de Norton

Esta escala mide el riesgo que tiene un paciente de padecer lesiones 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.

Tabla 5.
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

>14: Bajo riesgo

< ó = 14: Alto riesgo

En caso de encontrar alto riesgo, instaurar medidas de prevención:

- Cambios frecuentes de posición
- Lubricación de la piel
- Valoración del estado nutricional e intervención si es necesario.
- Seguimiento.

Bibliografía recomendada:

Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. *An investigation of geriagtric 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*.: P*ressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation*. JAMA 1995; 273:865-870

Hoyos S, Garcia RL, Chavarro-Carvajal DA, Heredia RA. Ulceras por presión en pacientes hospitalizados. Univ. Méd. ISSN 0041-9095. Bogotá (Colombia), 56 (3): 341-355, julio-septiembre, 2015

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.



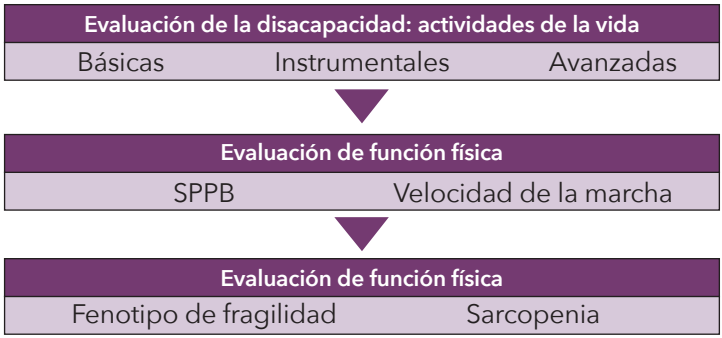
Esfera funcional

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 pronostica 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, la fragilidad y sarcopenia, además de la discapacidad como sus pilares básicos. Figura 2.

Gráfica 1.
Valoración funcional



Evaluación de la discapacidad

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. 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).

Tabla 6.
Índice de Barthel

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Alimentación	**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.	10
	Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar extender la mantequilla, etc.	5
	Dependiente: necesita ser alimentado.	0
Lavado	**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.	5
	Dependiente: necesita alguna ayuda.	0
Vestido	**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.	10
	Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	5
	Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	0
Aseo	**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.	5
	Dependiente	0

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Deposición	**Continente ningún accidente:** si necesita enema o supositorio se arregla por sí solo.	10
	Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.	5
	Incontinente	0
Micción	**Continente ningún accidente:** seco día y noche. capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, capaz de cambiar la bolsa.	10
	Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.	5
	Incontinente	0
Uso del sanitario	**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.	10
	Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.	5
	Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	0
Traslado sillón - cama	**Independiente:** no necesita ayuda. Si utiliza sillas de ruedas lo hace independiente.	15
	Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (por ejemplo, la ofrecida por el cónyuge) de soporte.	10
	Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.	5
	Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	0
Deambulación	**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.	15
	Necesita ayuda: supervisión física o verbal incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie.	10
	Independiente en silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros. Gira esquinas solo.	5
	Dependiente: requiere ayuda mayor.	0

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Escalones	**Independiente:** capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.	10
	Necesita ayuda: supervisión física o verbal.	5
	Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.	0
	Total	

Fuente: 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

Interpretación:

100: Independiente
>60: Dependencia leve
40-55: Dependencia moderada
20-35: Dependencia grave
<20: Dependencia 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.

López J. Atención al adulto mayor: aspectos básicos. Editorial Celsus, Bogotá, Colombia, 2016.

Escala de Lawton & Brody

Esta escala se aplica directamente al paciente y se contrarresta con la información que pueda aportar su familiar. Evalúa la dependencia en algunas de las actividades instrumentales (compra, cocina, limpieza, lavado, finanzas, medicación, transporte y uso del teléfono), lo cual puede ser el primer indicador de un proceso demencial.

Tabla 7.
Escala de Lawton & Brody

Actividad	Situación del paciente	Valor
Teléfono	Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1
	Marca unos cuantos números bien conocidos.	1
	Contesta el teléfono, pero no marca.	1
	No utiliza el teléfono.	0
Compras	Realiza independiente las compras.	1
	Necesita ir acompañado o incapaz de comprar.	0
Preparación de comida	Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.	1
	Prepara la comida, pero si le proporcionan los ingredientes. Calienta y sirve las comida pero no sigue una dieta adecuada. Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0
Cuidado de la casa	Realiza las tareas de la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados). Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas. Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
	No participa en ninguna labor de la casa.	0
Lavado de ropa	Realiza completamente el lavado de ropa personal. Lava ropa pequeña (calcetines, medias, etc.).	1
	Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otra persona.	0
Uso de medios de transporte	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público. Viaja en transporte público si le acompaña otra persona.	1
	Utiliza el taxi o el auto, pero solo con ayuda de otros, No viaja en absoluto.	0
Responsabilidad respecto a su medicación	Es capaz de tomar su medicación a la hora y la dosis correcta.	1
	Toma su medicación si la dosis está preparada. No es capaz de administrase su medicación.	0
Manejo de asuntos económicos	Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos. Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
	Incapaz de manejar el dinero.	0
	Total	

Fuente: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/anexo-instrumentos-valoracion-ruta-promocion.pdf

Interpretación

Puntaje

0-1 Dependencia total

2-3 Dependencia grave

4-5 Dependencia moderada

6-7 Dependencia leve

8: Autónomo

Bibliografía recomendada:

Lawton, MP. & Brody, EM. Assessment of older people: selfmonitoring and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 179-186. Disponible en http://www.eu- rohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/ Lawton_Gerontol_1969.pdf.

Vergara I, Bilbao A, Orive M, García-Gutiérrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. Health Qual Life Outcomes. 2012 Oct 30;10:130.

Caballero, Pedro & Espuela, Fidel & Cuenca, Juan & Zamorano, Juan & Gracia, María & Lavado-Garcia, Jesus & Naranjo, Ivonne. (2012). Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. Revista de Neurología. 55. 337. 10.33588/rn.5506.2012307.

Abizanda P. *Tratado de Medicina Geriátrica*. Barcelona, España, Elsevier; 2015: 164-171.

Escala de Lawton modificada

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

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

No existe una interpretación estricta o puntos de corte para esta prueba. Lo que se analiza es qué tanto, está comprometida la funcionalidad instrumental, en especial si se compara con su situación previa a la enfermedad actual. Los pacientes con Demencia suelen tener deterioro progresivo de su funcionalidad. Si la puntuación es mayor a la izquierda (ej. 14-0-0-0) quiere decir que no tiene ninguna limitación en esas Actividades. Si la puntuación es mayor a la derecha (ej. 0-0-0-14) quiere decir que tiene limitaciones en todas esas Actividades.

Bibliografía recomendada:

Curcio CL, Gómez JF, Galeano IC. Validez y reproducibilidad de las medidas basadas en la ejecución. Rev Esp de Geriatr Gerontol; 2000; 35: 82-8.

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

López J. Atención al adulto mayor: aspectos básicos. Editorial Celsus, Bogotá, Colombia, 2016.

Cano Gutiérrez CA, Matallana Eslava DL, Reyes Gavilán P, Montañés Ríos P. Cambios en las actividades instrumentales de la vida diaria en la Enfermedad de Alzheimer. Acta Neurol Colomb 2010;26:Sup (3:1):112-121).

Evaluación de la limitación funcional

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)

Prueba	Instrucción		Puntuación	Resultado
1. Equilibrio	Pies juntos		>= 10 seg: 1punto < 10 seg: 0 puntos	
	Semitandem		>= 10 seg: 1punto < 10 seg: 0 puntos	
	Tandem		>= 10 seg: 2 puntos 3 – 9.99 seg: 1 puntos <3 seg: 0 puntos	
2. Prueba de caminar			El participante: • No pudo: 0. • Tiempo >5,7s(<0,43m/s): 1. • Tiempo entre 4,1-6,5s (0,44-0,6 m/s): 2. • Tiempo entre 3,2 y 4s (0,61-0,77 m/s): 3. • Tiempo <3,1s (> 0,78 m/s): 4.	
3. Levantarse/ sentarse			El participante: • No puede hacer la prueba: 0. • ≥ 16,7 s: 1. • Entre 16,6 y 13,7 s: 2. • Entre 13,6 y 11,2 s: 3. • ≤ 11,1 s: 4.	

Fuente: Guralnik J.M., Simonsick E.M., Ferrucci L., Glynn R.J., Berkman L.F., Blazer D.G., et al. A short physical performance battery assessinglower extremity function: association with self- reported disabilityand prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol., 49 (1994), pp. M85-M94

Interpretación

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

Bibliografía recomendada:

Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, *et al. A short physical performance battery assessinglower extremity function: association with self- reported disabilityand prediction of mortality and nursing home admission*. J Gerontol., 49 (1994), pp. M85-M94

Gómez Montes, J, Curcio, C, Alvarado, B, Zunzunegui, M, Guralnik, J. Validity and reliability of the Short Physical Performance Battery (SPPB): a pilot study on mobility in the Colombian Andes.. Colombia Médica, North America, 44, sep. 2013. Date acces-sed: 30 sep. 2019.

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 Nogueras, J.L. Esquinas Requena. Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. Aten Primaria., 44 (2012), pp. 162-171

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.

Fenotipo de fragilidad de Fried

La evaluación de los criterios de Linda Fried, requiere de la medición de los cinco componentes del fenotipo:

Tabla 10.
Fenotipo de fragilidad de Fried

<table>
<tr><th colspan="4">Criterio</th><th>Sí</th><th>No</th></tr>
<tr><td colspan="4">Pérdida de peso: pérdida de peso involuntaria en el último año mayor de 4,5 kg o mayor del 5% del peso previo en el último año.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">Baja energía y resistencia: respuesta afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas del Depresion Scale del Center for Epidemiologic Studies (CES-D). Se considera como respuesta afirmativa si a una de ellas se responde: “moderada cantidad de tiempo” (3-4 días) o “la mayor parte del tiempo”</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. ¿Sentía que todo lo que hacía suponía un esfuerzo en la última semana?</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">2. ¿Sentía que no podía ponerse en marcha la última semana?</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">Fuerza prensora*: medido con un dinamómetro (en kg de fuerza o el equivalente en libras) y estratificado por sexo e índice de masa corporal (IMC). Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Hombres</td><td colspan="2">Mujeres</td><td rowspan="5"></td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>IMC <= 24</td><td><=29 kg fuerza</td><td>IMC <=23</td><td><= 17 kg fuerza</td></tr>
<tr><td>IMC 24,1.26</td><td><=30 kg fuerza</td><td>IMC 23,1-26</td><td><= 17,3 kg fuerza</td></tr>
<tr><td>IMC 26,1-28</td><td><=30 kg fuerza</td><td>IMC 26,1-29</td><td><=18 kg fuerza</td></tr>
<tr><td>IMC >28</td><td><=32 kg fuerza</td><td>IMC >29</td><td><=21 kg fuerza</td></tr>
<tr><td colspan="6">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:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Hombres</td><td colspan="2">Mujeres</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>Atura ≤173 cm</td><td>> 7 segundos</td><td>Atura ≤159 cm</td><td>≥ 7 segundos</td></tr>
<tr><td>Altura >173 cm</td><td>> 6 segundos</td><td>Altura >173 cm</td><td>≥ 6 segundos</td></tr>
<tr><td colspan="6">Bajo nivel de actividad física†: kilocalorías gastadas por semana usando el Minnesota Leisure Time Activity Questionaire (MLTAQ), estratificando por sexo. Se considera fragilidad cuando se encuentra en el quintil inferior:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Hombres: < 383 Kcal/semana</td><td colspan="2">Mujeres: < 270 Kcal/semanas</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">Total:</td><td></td></tr>
</table>

* Para cada población se deben estimar los puntos de corte considerando las diferencias antropométricas existentes. Para Colombia se pueden utilizar los puntos de corte definidos por Samper y cols (ver referencia abajo).

† Debido a la dificultad que genera realizar el MLTAQ, diferentes autores han propuesto modificaciones en este criterio. Abizanda y cols utilizan un valor de Kcal/semana estimado mediante la herramienta Calcumed (Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults: The FRADEA Study. Maturitas, 74(1), 54–60), mientras que Li y cols validaron el uso de la variable “limitación al caminar media milla” (Validation of the Modified Frailty Phenotype Measure in Older Mexican Americans. Journal of the American Geriatrics Society. https://doi.org/10.1111/jgs.16104))

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.

Abizanda, P., Romero, L., Sánchez-Jurado, P. M., Martínez-Reig, M., Gómez-Arnedo, L., & Alfonso, S. A. (2013). Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults: The FRADEA Study. Maturitas, 74(1), 54–60

Samper-Ternent R, Reyes-Ortiz C, Ottenbacher KJ, Canco CA. Frailty and sarcopenia in Bogotá: results from the SABE BogotáStudy. Aging Clin Exp Res. 2017;29(2):265–272.

Li, C.-Y., Al Snih, S., Chen, N.-W., Markides, K. S., Sodhi, J., & Ottenbacher, K. J. (2019). Validation of the Modified Frailty Phenotype Measure in Older Mexican Americans. Journal of the American Geriatrics Society.

Escala de tamizaje para fragilidad 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.

Tabla 11.
Escala FRAIL

Fatiga En las últimas 4 semanas, ¿qué tanto se ha sentido cansado? • **Todo el tiempo** • **La mayor parte del tiempo** • Algo de tiempo • Muy poco tiempo • Nada de tiempo
Resistencia Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)? • **Sí** • No

Deambulación
Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?
- **Sí**
- No

Enfermedades
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]?
- Hipertensión arterial sistémica
- Diabetes
- Cáncer (otro que no sea cáncer menor de piel)
- Enfermedad pulmonar crónica
- Cardiopatía isquémica
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Angina
- Asma
- Artritis (incluyendo osteoartrosis y artritis reumatoide)
- Enfermedad vascular cerebral (embolia)
- Enfermedad renal crónica

Puntúa si tiene 5 o más.

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: [(Peso hace un año – Peso actual) / Peso hace un año] * 100.
- **Pérdida de peso ≥ 5 %**
- Pérdida de peso ≤ 4 %

Las respuestas resaltadas puntuarán (= 1), las no resaltadas no puntuarán (= 0)

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.

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 ó 2 puntos = Pre frágil
≥ 3 puntos = Frágil

Bibliografía recomendada:

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.

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.

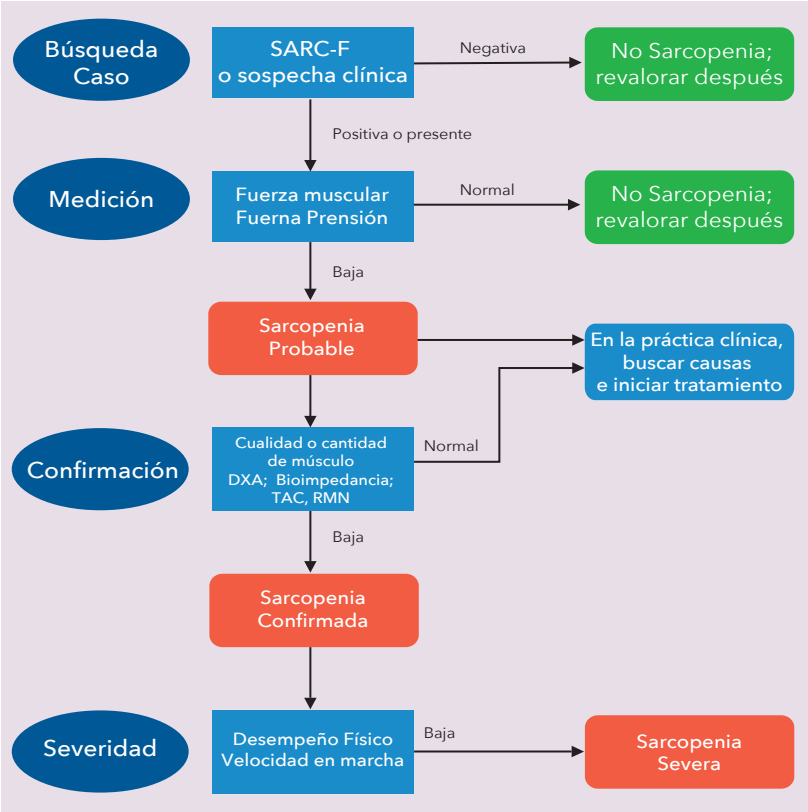
Sarcopenia

El *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP2) 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

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

Gráfica 2.
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.

Interpretación

Sarcopenia probable: identificada por criterio 1

Sarcopenia confirmada: criterio 1 y 2

Sarcopenia severa: criterios 1, 2 y 3

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]

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

Este cuestionario SARC-F conlleva 5 preguntas que valoran 5 componentes como la fuerza, la asistencia en caminar, el levantarse de la silla, el subir escaleras y el antecedente de caídas. Es recomendado para la búsqueda activa de casos de Sarcopenia en los diferentes escenarios clínicos.

Tabla 12.
Escala SARC-F (Tamizaje de Sarcopenia)

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	

Ítem	Preguntas		Puntaje
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

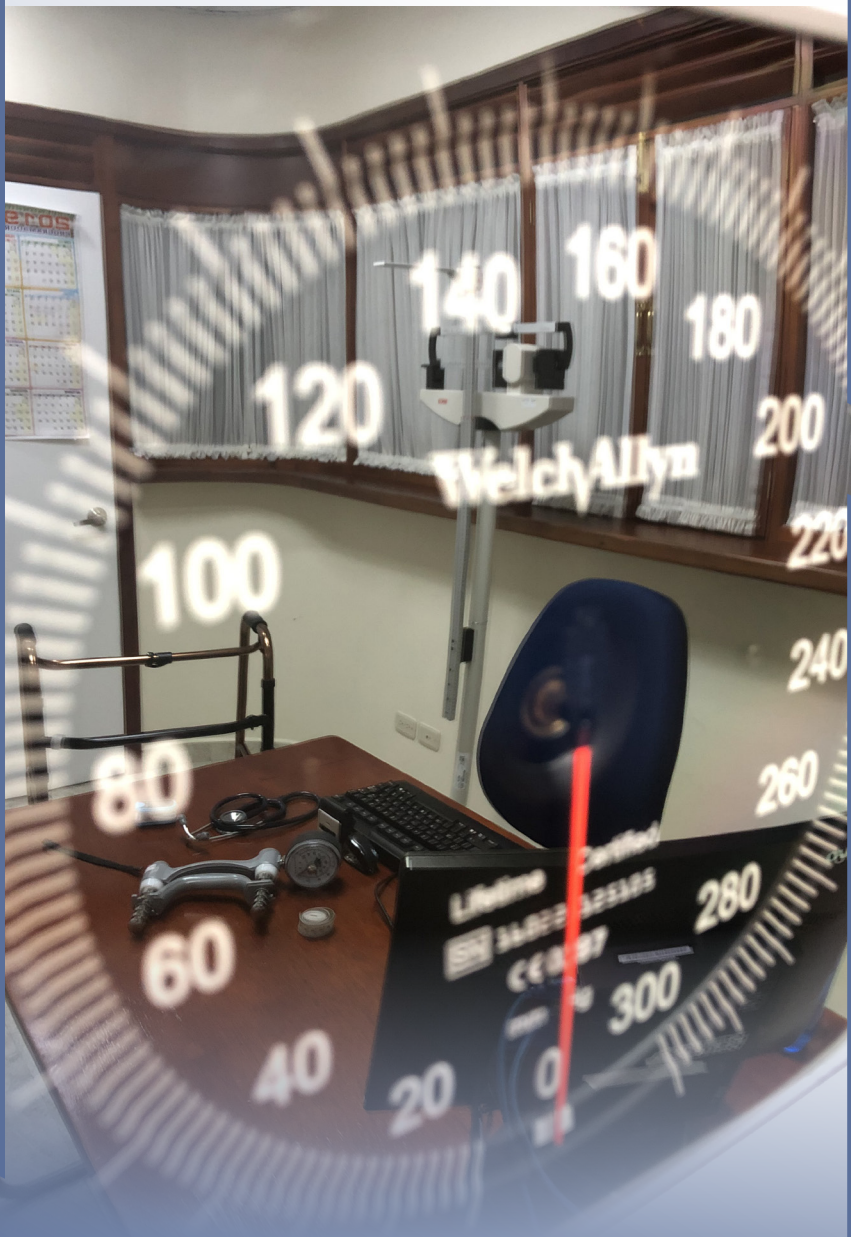
La escala SARC-F se puntúa desde 0-10 puntos (por ejemplo; 0-2 puntos por cada ítem; 0=mejor a 10= lo peor). La puntuación total de la escala SARC-F de 0-3, representa sin sarcopenia y puntajes totales de 4 a 10 sugieren sarcopenia.

Bibliografía recomendada:

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.

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.



Esfera mental

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 personas 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. Debe incluir además una entrevista que abarque los componentes del examen mental.

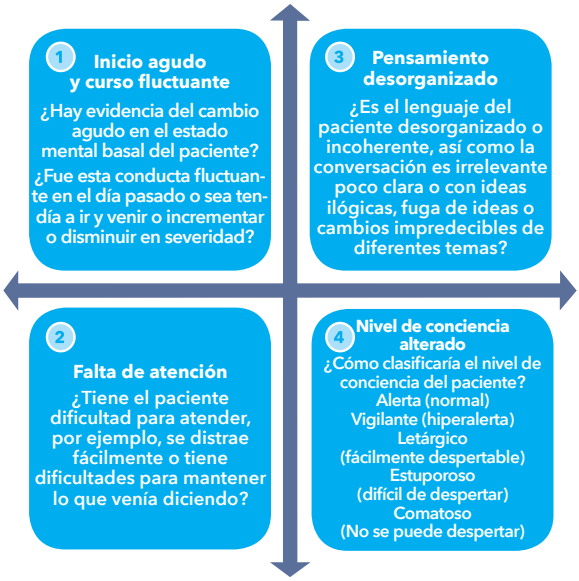
Delirium o Síndrome Confusional Agudo

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), *sistema 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 identificación se sugiere utilizar el *Confussion Assessment Method (CAM)*.

Confussion 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.

Gráfica 3.
Escala Confussion Assessment Method (CAM)



Fuente: Toro AC, Escobar LM, Franco JG, Díaz-Gómez JL, Muñoz JF, 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 ó 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 AC, Escobar LM, Franco JG, Díaz-Gómez JL, Muñoz JF, 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.

Deterioro cognitivo

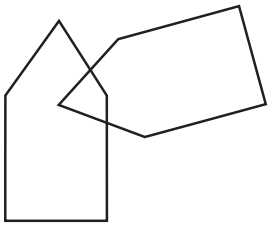
En la identificación de la presencia de deterioro cognitivo se utilizan pruebas de tamizaje, sin embargo, es importante resalta que estas por si solas, no hacen diagnóstico de demencia; es necesario correlacionarlas con los datos clínicos obtenidos a partir del paciente y del cuidador, así como con las ayudas pertinentes.

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 13.
Minimental Status Examination MMSE

Área	Pregunta	Puntaje			Resultado
Orientación en tiempo	¿En qué año estamos?	0	1		/5
	¿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	¿En qué país estamos?	0	1		/5
	¿En qué departamento estamos?	0	1		
	¿En qué ciudad estamos?	0	1		
	¿En qué lugar estamos?	0	1		
	¿En qué piso estamos?	0	1		
Memoria	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 Árbol	Casa	0	1	/3
		Mesa	0	1	
		Árbol	0	1	
Atención y cálculo	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, agosto).	93	0	1	/5
		86	0	1	
		79	0	1	
		72	0	1	
		65	0	1	

Área	Pregunta	Puntaje				Resultado
Evocación	De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.	Casa	0	1		/3
		Mesa	0	1		
		Árbol	0	1		
Lenguaje	Denominar dos objetos (reloj, lápiz)	Reloj	0	1		/2
		Lápiz	0	1		
	Repetir: En un trigal había cinco perros	0		1		/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	1	2	3	/3
	Para los siguientes puntos se sugiere utilizar una hoja tamaño carta, donde pueda escribir y copia la figura. Lea la siguiente frase y haga lo que se le pide: Cierre los Ojos	0		1		/1
	Escriba una frase:	0		1		/1
	Copie el diseño: 	0		1		/1
					Total:	/30

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

30: Normal
26-24: Déficit leve.
<24: Deterioro cognitivo

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

Bibliografía recomendada:

Folstein MF, Folstein SE, McHugh, PR (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research 12 (3), 189–98.

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.

Escala de trastornos de memoria (queja subjetiva de memoria)

Listado de preguntas se debe realizar al 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.

Se recomienda leer la pregunta tal como está en el enunciado y aclarar a quien se aplicó, paciente o familiar.

Tabla 14.
Escala de trastornos de memoria

Quien responde:		**Paciente:**			
		Familiar:			
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 Geriatría. 2002; 16:428-429

Interpretación

> o igual a 19: sugestivo deterioro cognoscitivo

Tener en cuenta:

Si la prueba es realizada a familiar y paciente y ambos resultados son >19, este resultado es más significativo.

>19 en el familiar y menor 19 en el paciente, considere anosognosia del paciente (no tiene conciencia de la enfermedad.

>19 en el paciente y menor 19 en el familiar, descarte depresión en el paciente.

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 Geriatría. 2002; 16:428-429.

Depresión

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.

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

Tabla 15.
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

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

00 a 05 tamizaje Normal

06 a 10 tamizaje Depresión moderada

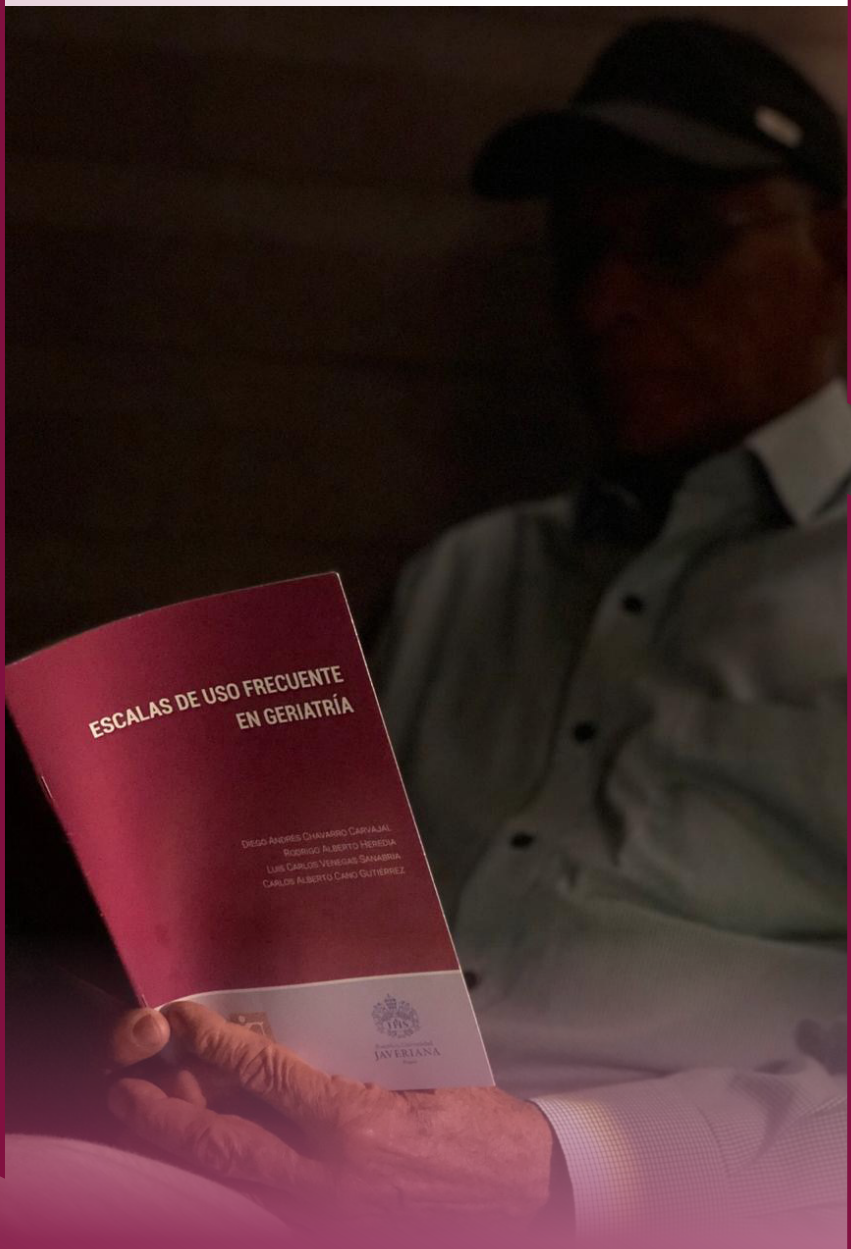
11 a 15 Tamizaje con depresión severa

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 linea] 2005, 1 (enero-junio): [Fecha de consulta: 24 de octubre de 2018].



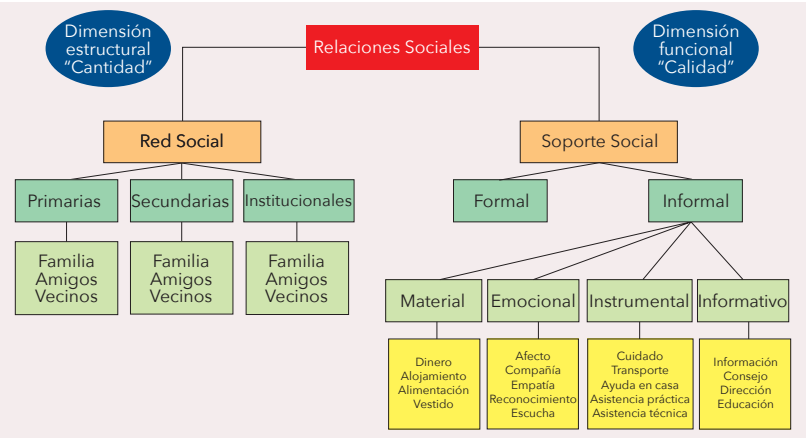
Esfera social

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.

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.

Gráfica 4.
Funcionamiento social del individuo



Fuente: adaptado de: Salud del anciano: valoración. Gómez JF, Curcio CL. Editorial Blanecolor, primera edición, 2014.

Entrevista semi estructurada

En la evaluación social se debe de tener un espacio tranquilo para facilitar el dialogo 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 espontaneas. Seguramente se tendrán preguntas cerradas donde se responde sí o no y otras que permiten un dialogo 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 16.
Valoración del funcionamiento social del anciano

Valoración de la funcionamiento social del anciano	
Componente objetivo	**Componente subjetivo**
- 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	- 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. José Fernando Gómez – Carmen Lucía Curcio. Editorial Blanecolor. Primera edición 2014

Adicionalmente, reconocer los casos de maltrato al anciano es un reto, ya que las víctimas pueden ocultar los hechos, no ser capaces de articularlas por la afectación cognitiva, ser confundidas como parte de la comorbilidad, llevar a falsos negativos (por ejemplo, la presencia de fracturas atribuidas erróneamente a la osteoporosis) o lleva a falsos positivos (como hematomas espontáneos atribuidos erróneamente al maltrato físico en la evaluación). En caso de sospecharlo, es importante el manejo integral y multidisciplinario, a través del equipo de salud tratante y los grupos establecidos en cada institución, para el abordaje puntual de la situación de maltrato y sus factores de orden psicosocial. El diagnóstico incluye la evaluación inicial, la detección de problemas y necesidades, la hipótesis sobre el caso, el diseño de objetivos, la recolección de datos y las conclusiones. El diagnóstico incluye la evaluación inicial, la detección de problemas y necesidades, las hipótesis sobre el caso, el diseño de objetivos, la recolección de datos y las conclusiones. En la evaluación inicial, si lo considera pertinente, el médico debe di-

ligenciar el consentimiento informado del paciente y verificar que no está en riesgo inminente su vida. Luego, procederá a realizar el interrogatorio y el examen físico completo. Su función más importante será reconocer e identificar los signos de maltrato, familiarizarse con los recursos disponibles en la comunidad local, derivar al paciente y coordinar las intervenciones con esos recursos.

Tabla 17.
Signos de alarma de maltrato

Tipo	Signos de alarma
Maltrato físico	Hematomas en la cara, aspecto lateral del brazo derecho y torso posterior, incluidas las regiones posterior, pectoral, lumbar y glútea. Abrasiones (rasguños). Fracturas Marcas de ataduras de muñeca Ausencia de pelo (alopecia traumática Desprendimiento de retina
Maltrato psicológico	Depresión, ansiedad y otras formas de angustia psicológica en las que normalmente se prescriben intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas, que no remitirán a menos que se detecte y mitigue el abuso. Confusión y desorientación, paranoia, depresión y ansiedad. Miedo a los extraños y su ambiente natural. Miedo a los cuidadores Baja autoestima Indecisión para hablar abiertamente Búsqueda de atención y afecto Cambio de actitud cuando esté presente el potencial agresor
Maltrato estructural social	Discriminación, marginalidad y exclusión social
Abuso sexual	Dolor genital o anal Hematomas perineales Enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación Hemorragias vaginales o anales sin explicación Ropa interior rasgada, manchada o con sangre
Abuso patrimonial	Patrón irregular de gastos o retiro de dinero de las cuentas Otorgamiento de poder a terceros para cobro de pensión Cambios repentinos del testamento Falta de utensilios de higiene personal y vestuario Desparición inexplicable de fondos o posesiones valiosas Cuentas no pagadas, cuando se supone que alguien las está pagando. Evidencia de posesión bienes materiales a cambio de cuidados Desconocimiento del estado económico propio y la cesión de bienes muebles o inmuebles a un tercero familiar o no.

Fuente: Forero Borda LM, Hoyos Porto S, Buitrago Martínez V, Heredia Ramírez RA. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. Univ. Med. 2019;60(4).

Bibliografía recomendada

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

Forero Borda LM, Hoyos Porto S, Buitrago Martínez V, Heredia Ramírez RA. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. Univ. Med. 2019;60(4).

Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

Valora la frecuencia con que esta disponible cada tipo de apoyo o soporte.

El primer ítem hace referencia al tamaño de la red.

Los 19 restantes a 4 dimensiones del apoyo o soporte social:

1. Emocional/informacional: como expresión de afecto y comprensión empática, guía de consejo e información. Consta de 8 ítems: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
2. Instrumental la provisión de ayuda material o tangible que se pueda recibir, formado por 4 ítems: 2, 5, 12 y 15.
3. Interacción social positiva, como la disponibilidad de otras personas para reunirse, divertirse o pasarlo bien, formado por 4 ítems: 7, 11, 14 y 18.
4. Apoyo efectivo con demostraciones reales de amor, cariño o empatía, formado por 3 ítems: 6, 10 y 20.

Tabla 18.
Cuestionario de Apoyo Social (MOS); Sherbourne y Stewart, 1991)

Instrucciones A continuación, encontrarás algunas preguntas sobre el apoyo o ayuda del que dispones de otras personas.		
1.	Aproximadamente, ¿Cuantos amigos y familiares cercanos tengo? (personas con las que me siento a gusto y con quienes puedo hablar sobre lo que pienso). Escribo en la casilla el número de amigos y familiares cercanos:	____
Algunas veces, las personas buscan a otras por compañía, ayuda u otro tipo de apoyo. ¿Con qué frecuencia están disponibles para mí cada uno de los siguientes tipos de apoyo si los necesito? Opciones de respuesta:		

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre

2.	Alguien que me ayude cuando tenga que guardar reposo en cama.	1 2 3 4 5
3.	Alguien con quien pueda contar para que me escuche cuando necesite hablar.	1 2 3 4 5
4.	Alguien que me aconseje cuando esté en crisis.	1 2 3 4 5
5.	Alguien que me lleve al doctor si necesitara ir.	1 2 3 4 5
6.	Alguien que me demuestre amor y afecto.	1 2 3 4 5
7.	Alguien con quien paso buenos ratos.	1 2 3 4 5
8.	Alguien que me dé información para ayudarme a entender una situación.	1 2 3 4 5
9.	Alguien en quien puedo confiar o hablar sobre mí mismo y mis preocupaciones.	1 2 3 4 5
10.	Alguien que me abrace.	1 2 3 4 5
11.	Alguien con quien pueda relajarme.	1 2 3 4 5
12.	Alguien que me prepare las comidas si no pudiera hacerlo yo misma/o.	1 2 3 4 5
13.	Alguien de quien realmente desearía recibir un consejo.	1 2 3 4 5
14.	Alguien con quien pueda hacer algo que me ayude a despejar mi mente.	1 2 3 4 5
15.	Alguien que me ayude con mis quehaceres domésticos si estuviera enferma/o.	1 2 3 4 5
16.	Alguien con quien compartir mis mayores preocupaciones y miedos.	1 2 3 4 5
17.	Alguien a quien acudir para que me sugiera cómo manejar un problema personal.	1 2 3 4 5
18.	Alguien con quien divertirme.	1 2 3 4 5
19.	Alguien que entienda mis problemas.	1 2 3 4 5
20.	Alguien a quien amar y que me haga sentir amado.	1 2 3 4 5

Adaptado y validado para Colombia por Londoño, NH, Rogers, H, Castilla, JF, Posada, S, Ochoa, N, Jaramillo, MA, Oliveros, M, Palacio, J, Aguirre, D. (2012). *International Journal of Psychological Research, 5* (1), 142-150.

Interpretación

A mayor puntuación más alto es el nivel de apoyo social percibido.

Bibliografía recomendada:

Sherbourne, CD y Stewart, AL (1991). The MOS Social Support Survey. Social Science and Medicine, 32 (6),705-14.

Rodríguez, S y Enrique, HC (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. Psicodebate 7, 155-168.

Costa, SM y Gil, F (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. Medicina Clínica (Barcelona), 128,687-691.

Londoño, NE, Rogers, H, Castilla, J F, Posada, S, Ochoa, N, Jaramillo, MA, Oliveros, M, Palacio, J, Aguirre, D, (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological Research, 5(1), 142-150.



Glosario

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 destacar[1].

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Son 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.

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)

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

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 d e 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 Geriatría, 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 informado[2] Define una serie de derechos de los pacientes y obligaciones reciprocas 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.

2 Traducción del idioma inglés

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 explicita 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 paso del tiempo.

Geriatría Rama de la medicina que trata 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, 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[3] En Colombia, la definición aceptada por el Instituto de Medicina Legal acoge dentro del concepto de violencia familiar "cualquier forma de maltrato, ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar entre los miembros de una familia". Esta se cita dentro del capítulo de "Comportamiento de las lesiones por violencia intrafamiliar"; sin embargo, se retoma el término maltrato, ya que posiciona al anciano no solamente dentro de la dinámica familiar, sino también como parte de la comunidad. Una consideración relevante en cuanto la historia de vida del colombiano es la influencia de la "violencia a gran escala" como un cotidiano que ocupa los titulares de los medios de comunicación lo que al parecer ha aumentado el umbral de respuesta a las manifestaciones de "violencia menor", como la violencia intrafamiliar y el maltrato hacia la persona mayor.

3 Forero Borda LM, Hoyos Porto S, Buitrago Martínez V, Heredia Ramírez RA. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. Univ. Med. 2019;60(4). https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-4.malt

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 optimo, 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.