

## Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia

### *Prevalence of geriatric syndromes detected by the specialist nurse in a Family Medicine Unit*

**Autores:** Efrén René Nieves Ruiz (1), Irma Ponce Trujillo (2), Damaris Medina Rosales (2), Oliva Rangel Pulido (2).

**Dirección de contacto:** drefrennieves@hotmail.com

**Fecha recepción:** 03/03/2016

**Aceptado para su publicación:** 24/05/2016

**Fecha de la versión definitiva:** 22/06/2016

#### Resumen

**Objetivo.** Determinar la prevalencia de los síndromes geriátricos en una Unidad de Medicina Familiar en León, Guanajuato México. **Material y Métodos.** Descriptivo, transversal y prospectivo, realizado en 186 pacientes mayores de 59 años, con un muestreo no probabilístico por conveniencia y previo consentimiento informado se aplicó la "cédula de valoración geriátrica integral breve y extensa" basada en síndromes y cuidados en el paciente geriátrico de Francisco Guillen Llera edición 2007 para determinar los síndromes geriátricos valorando aspectos de Psico-afectivo, funcional, biológico y social. Se realizó análisis con estadística descriptiva presentado los resultados en tablas de frecuencia y gráficos. **Resultados.** Se encontró un 42% con 110 síndromes geriátricos; El aspecto de Psico-afectivo fue el más frecuente con 38%, 19% con depresión, 15% con deterioro cognitivo y 13% con ansiedad. El síndrome en la valoración funcional fue el segundo lugar con 16%, 9% con riesgo de caída y 7% con dependencia. La comorbilidad general fue del 74%. **Conclusiones.** La prevalencia de síndromes geriátricos en nuestra población está determinada por la comorbilidad y la edad. El conocerlos permite implementar estrategias y programas dirigidos al diagnóstico oportuno por parte del equipo de salud involucrando a los propios pacientes y su familia.

#### Palabras clave

Síndrome Geriátrico; Enfermería; Valoración Geriátrica; Depresión; Deterioro cognitivo.

#### Abstract

**Objective.** To determine the prevalence of geriatric syndromes in a Family Medicine Unit in Leon, Guanajuato Mexico. **Material and methods.** Descriptive, transversal and prospective study performed in 186 patients over 59 years with a non-probabilistic for convenience and previous sampling informed consent the "identity card briefly comprehensive geriatric assessment and extensive" based on syndromes and care in the geriatric patient Francisco was applied Guillen Llera 2007 edition to determine geriatric syndromes evaluating aspects of psycho-affective, functional, biological and social. Descriptive statistics analysis results presented in frequency tables and graphics was made. **Results.** 42% with 110 geriatric syndromes was found; The Psycho-affective aspect was the most frequent with 38%, 19% depression, 15% and 13% with cognitive impairment with anxiety. Syndrome in the functional assessment was second with 16%, 9% risk of falling and 7% dependent. The overall morbidity was 74%. **Conclusions.** The prevalence of geriatric syndromes in our population is determined by comorbidity and age. Knowing this, it would be possible to implement strategies and programs aimed at early diagnosis by the health team involving the patients themselves and their family.

#### Key words

Geriatric Syndrome; Nursing; Geriatric Evaluation; Depression; Cognitive Impairment.

#### Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 56, León Guanajuato, México, Coordinación de Educación e Investigación en Salud, (2) Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 56, León Guanajuato, México Especialista en Medicina de Familia

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es hoy en día uno de los cambios inevitables en la estructura de la población mundial. Los países desarrollados han experimentado desde hace décadas las consecuencias del envejecimiento poblacional generándose programas y estrategias para su atención que a lo largo del tiempo han mostrado su eficacia no solamente en los aspectos relacionados con las perspectivas social y económica, sino en aquellos que competen a la protección de la salud.

El fenómeno del envejecimiento se empezó a presentar de forma gradual por casi 100 años en los países desarrollados, lo que favoreció que presentara un cambio paulatino en la cultura de las sociedades con respecto al manejo del adulto mayor, no obstante, en los países desarrollados como los de la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá, siguen representando, una prioridad determinante que crece sin cesar; mientras que los países en desarrollo como los de América Latina y el Caribe se han caracterizado por la pobreza extrema y sus desventajas para el desarrollo económico y social.<sup>1</sup>

México se encuentra inmerso en un proceso de transición demográfica condicionado por los cambios importantes en las tasas de natalidad y mortalidad que se observaron en el país durante el siglo XX, en especial en el periodo de tiempo comprendido entre los años de 1950 a 1975. En este periodo se registraron tasas de fecundidad superiores al 3.0% anual, las cuales disminuyeron rápidamente en los años siguientes. El resultado de este proceso de transición es que hay menos personas dependientes de cada adulto, lo que puede resultar en una oportunidad para el desarrollo nacional. Sin embargo, en el momento actual también se marca el inicio de un envejecimiento acelerado de la población, que alcanzará su máximo durante la primera mitad de este siglo.

Para 2050 se estima que los adultos mayores conformarán cerca de 28.0% de la población.<sup>2</sup> Si bien la esperanza de vida total de la población es de 75.4 años, la esperanza de vida saludable se ha estimado en promedio en 65.8; es decir, se tiene una expectativa de vida con enfermedad y discapacidad de casi diez años antes de morir. Tal situación tiene como consecuencia la expansión de la morbilidad, lo cual lleva aparejado un mayor riesgo de discapacidad y dependencia funcional.<sup>3</sup>

En México los adultos mayores de mañana ya nacieron. Lo anterior representa un desafío para el país y para el sector salud debido a que la población derechohabiente de los distintos sistemas de salud está envejeciendo. La demanda de atención de los

adultos mayores en medicina familiar se incrementará en promedio 3.64% anual de manera acelerada en los próximos 40 años a partir del 2010.<sup>4</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como un "estado de bienestar en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de enfermedad"; esta definición adquiere en Geriatría un relieve especial al incluir tanto las alteraciones físicas, y mentales como las circunstancias socioeconómicas y personales. Entonces en el adulto mayor la OMS, define que «la salud del anciano se mide en términos de función».<sup>5</sup>

El envejecimiento abarca modificaciones en la calidad estructural y funcional de la piel, la masa muscular, la reserva cardiorrespiratoria, los sistemas oculo-vestibular, nervioso central y periférico, la velocidad de la reacción y respuestas a nivel cognitivo y conductual, que paulatinamente llevan a la dependencia a partir de los 65 años. Los factores que favorecen esta dependencia son múltiples y se pueden dividir en intrínsecos (enfermedades, cambios fisiológicos y fisiopatológicos e ingestión de fármacos) y extrínsecos (uso inadecuado de auxiliares de marcha y barreras arquitectónicas dentro y fuera de la casa).<sup>6</sup>

Derivado de estos cambios durante el proceso del envejecimiento podemos encontrar múltiples síndromes geriátricos que son el conjunto de síntomas y signos que pueden ser manifestaciones de una o diversas patologías que frecuentemente se entrelazan, producen por su interrelación una gran cantidad de morbilidad, deterioro de la autonomía y llegan a producir la muerte.<sup>7</sup> Así mismo, son diferentes tipos de problemas que toda persona de edad avanzada puede padecer por el mero paso de los años o por el conjunto de enfermedades que sufren y por la cantidad de medicamento que toman. Son un medio clínico para determinar la morbilidad y el pronóstico de calidad de vida. Por lo tanto en el adulto mayor podemos encontrar diferentes síndromes geriátricos como lo son: caídas, depresión, fragilidad, delirium, inmovilidad, trastornos de la marcha, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria y fecal, pérdida de la autonomía, desnutrición, déficit visual y auditivo y polifarmacia.<sup>8</sup>

Una forma de identificar los síndromes geriátricos existentes en los adultos mayores es a través de la valoración geriátrica integral (VGI) ya que varios estudios han señalado las ventajas que esta conlleva, demostrando que mejora los indicadores de calidad de cuidado del adulto mayor, la funcionalidad, menor morbi-mortalidad, disminución de las hospitalizaciones, menor uso de medicamentos, y mejora en la calidad de vida relacionada con la salud.

La VGI es un instrumento de evaluación multidimensional: biopsicosocial y funcional, que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento.<sup>9</sup>

Este método de valoración ha sido utilizado ya durante algunos años, midiendo el estado de salud y dependencia del adulto mayor evaluado a través de diferentes escalas que miden la capacidad funcional que tienen las personas para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

La medición de este parámetro incluye las capacidades de autocuidado más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, caminar), que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Otra escala de evaluación se dirige hacia las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad; incluyen actividades como: usar el teléfono, hacer compras, cocinar, limpiar la casa, utilizar transportes, administrar adecuadamente los medicamentos. Así mismo, las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes y contribuyen significativamente a la morbilidad y mortalidad de los AM, comúnmente tienen repercusiones que trascienden la esfera social, psicológica y física, y en particular, contribuyen a limitar la independencia para las actividades de la vida diaria.

En un estudio transversal descriptivo realizado en una unidad de medicina Familiar en la Ciudad de México durante el año 2007, con el objetivo de determinar la prevalencia de problemas de salud en una población de adultos mayores. Arrojo como resultado, que el 55.2% de los pacientes valorados presentaron incontinencia urinaria, 57.3% depresión moderada o severa; 12.1% deterioro cognitivo leve; y 30% riesgo de caídas. Reconociendo un número significativo de casos positivos así como un importante deterioro en la calidad de vida de los pacientes.<sup>10</sup>

Otro estudio realizado durante el año 2010 en ancianos hospitalizados en el ABC Medical Center, en el cual se determinó la prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos de 80 años o mayores y compararla con los encontrados 5 años antes. La valoración permitió identificar 23 síndromes geriátricos, el más frecuente fue el de polifarmacia, con una prevalencia del 56.91%, y el menos frecuente fue abuso-maltrato, con 0%. Comparativamente con lo encontrado hace 5 años, se encontró que la mayoría de los síndromes disminuyeron; sin embargo, caídas, inmovilidad, trastornos de la marcha, deterioro cognitivo, desnutrición, obesidad, déficit

visual, auditivo, colapso del cuidador y abuso/maltrato tuvieron una prevalencia similar. La depresión y el déficit auditivo mantuvieron rangos similares a los reportados en la literatura médica.<sup>7</sup>

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se inició la valoración del adulto mayor a través del programa GERIATRIMSS, utilizando instrumentos validados que permiten la detección de los síndromes geriátricos en la población de adultos mayores practicando la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en su versión breve; si esta valoración detecta que cursa con dependencia o deterioro biológico, social o psicoafectivo se cita al adulto mayor al Médico familiar para realizar la VGI extensa, dicho instrumento es una recopilación de las diferentes escalas de valoración geriátrica las cuales fueron adaptadas en uno solo formato por Francisco Guillén Llera y utilizados desde el año 2007.

La escala de evaluación geriátrica integral versión breve y extensa son instrumentos clínicos de escrutinio que permite identificar la problemática de salud del paciente adulto mayor en el contexto biológico, funcional, psíquico y social. Igualmente, que servirá de pauta para establecer planes específicos de prevención, tratamiento y rehabilitación.<sup>11</sup>

Por tal motivo en el presente estudio se pretende conocer la prevalencia de los síndromes geriátricos en el primer nivel de atención lo que nos llevara a afrontar los retos de ver la salud no como relación directa con la enfermedad, sino como bienestar pleno de la persona. Para ello es indispensable la reorientación de los servicios de salud, romper paradigmas, pero sobre todo, contar con evidencias que den cuenta de nuevas formas de cómo operativizar estos conceptos y enfoques.<sup>12</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal y prospectivo, se calculó el tamaño de la muestra con la fórmula para una proporción, con una seguridad del 95%, con una Precisión o magnitud del error dispuestos aceptar (0.05) y una potencia de 80%; con un muestreo no probabilístico por cuota. El universo de estudio fueron pacientes mayores de 59 años, de ambos turnos, adscritos a la unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro social, de León Guanajuato; excluyendo a los que ya se le hayan aplicado las cédulas de evaluación geriátrica integral versión breve y extensa en los últimos 6 meses y los adultos mayores que no acepten participar.

A los adultos mayores de 59 años de edad adscritos a la UMF 56 que acudieron por cualquier motivo de con-

sulta, se les invito a participar en el estudio, explicándoles el objetivo del mismo, aquellos que aceptaron, se les pidió que firmen el consentimiento informado. Posterior a esto, el investigador aplico la cédula de valoración geriátrica integral versión breve (anexo 1) mediante preguntas directas donde el sujeto de estudio respondió a cada una de las preguntas, la existencia o no de comorbilidad, Estatus, red social, lugar que habita, escolaridad, así como las preguntas referentes al aspecto: nutricional, funcional, cognitivo, afectivo, polifarmacia, funcional afectivo, funcional nutricional. Subsecuentemente se procedió aplicar la cedula de valoración geriátrica integral versión extensa con el fin de identificar el o los síndromes geriátricos existentes.

### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio descriptivo pretende identificar los principales Síndromes Geriátricos utilizando encuestas, con consentimiento informado y garantías de privacidad, atendiendo los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, dado que se garantiza que durante todo el proceso de aplicación del estudios los pacientes serán participes voluntarios e informados, protegiendo en todo momento su salud, dignidad, integridad, y principalmente su confidencialidad<sup>13</sup> y se respeta la legislación vigente.<sup>14</sup>

Se garantiza con esta investigación la confidencialidad del participante y la libre toma de decisión de participar o de dejar el estudio en cuanto él lo

decida. Se le informaran los riesgos y los objetivos de la investigación y se pedirá que firme una hoja de consentimiento informado. La decisión de participar en este estudio será de forma voluntaria.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis fue realizado con estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, promedios y rangos) presentándolo en tablas y gráficas de distribución de frecuencia. Para la redacción del manuscrito se utilizó Word y Excel (Office 2017, Microsoft Corporation) y el programa estadístico SPSS Statistics versión 21.

### RESULTADOS

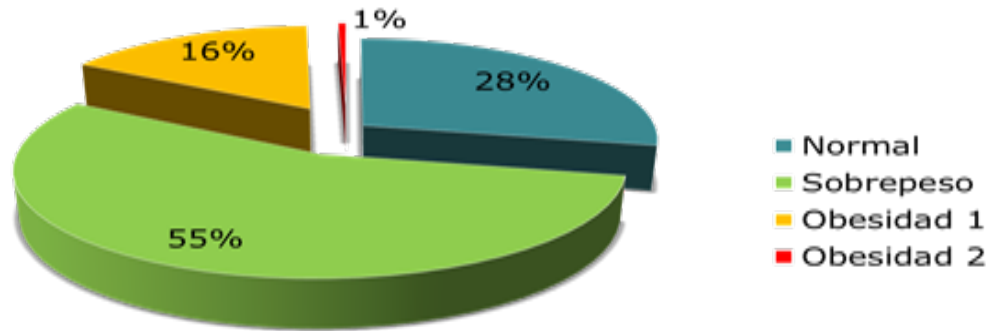
Se aplicaron 186 encuestas de valoración geriátrica integral, mujeres 106 (57%) y hombres 80 (43%). La media de edad fue de 66 años, con una edad mínima de 60 y máxima de 93 años.

El estado civil de mayor frecuencia fue el casado 125 (67.2%) seguido de viudo con 29 (15.6%). La escolaridad más frecuente fue primaria con 99 (53.2%) seguido de secundaria con 49 (26.3%) en lo referente a donde habita la mayor frecuencia fue en casa con 120 (64.5%) seguido de edificio con 58 (31.2%); la red social más frecuente fue la de familia 122 (65.6%) seguida de un amigo con 39 (21%). En lo referente a si labora o no actualmente 173 (93%) contesto que no y sólo 13 (7%) si trabajan.

Variable	Estado civil		Variable	Escolaridad		Variable	Lugar que habita		Variable	Red social	
	n	%		n	%		n	%		n	%
Casado	125	67.2	Sin escolaridad	25	13.4	Casa	120	64.5	Amigo	39	21
Soltero	20	10.8	Primaria	99	53.2	Edificio	58	31.2	Familia	122	65.6
Viudo	29	15.6	Secundaria	49	26.3	Asilo	8	4.3	Vecino	24	12.9
Divorciado	12	6.5	Preparatoria	10	5.4				Nula	1	.5

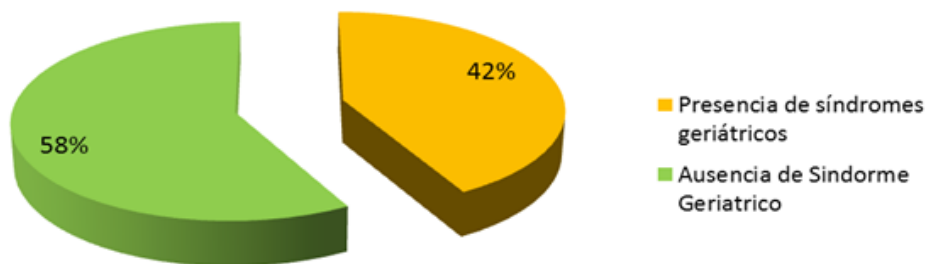
**Tabla 1.** Muestra las características generales de los pacientes de estudio

El IMC (Índice de masa corporal) promedio de los pacientes fue de  $27 \pm 3$ , con sobrepeso 103 (55%) seguido de peso normal 52 (28%).



**Gráfico 1.** Muestra la clasificación de peso normal, sobrepeso y obesidad en base al IMC de los pacientes Geriátricos.

Los pacientes sin comorbilidad fueron 96 (51.6%) y con comorbilidad 90 (48.8%). La comorbilidad más frecuente DM tipo 2 con Hipertensión arterial 49 (26.3%); Con el mismo número Hipertensión arterial 49 (26.3%), seguido de DM tipo 2 29 (15.5%).



**Gráfico 2.** Muestra la presencia o no de síndromes geriátricos

En el aspecto de síndromes geriátricos los pacientes que tuvieron ausencia de ellos fueron 108 (58%). Los pacientes que tuvieron de 1 a 2 síndromes geriátricos fueron 72 (38.7%).

El síndrome más frecuente fue depresión con un 32%, seguido de deterioro cognitivo 25.4%.

Tipo de valoración	Síndrome geriátrico	n	%
Psico-afectiva	Depresión	35	32
	Deterioro cognitivo	28	25.4
	Ansiedad	7	6.3
Funcional	Riesgo de caída	16	14.5
	Dependencia	13	11.8
Biológica	Polifarmacia	11	10

**Tabla 2.** Muestra los síndromes geriátricos encontrados en la muestra de estudio.

En los pacientes que tuvieron más de 1 síndrome geriátrico presentaron Depresión asociado a otro síndrome en un 9.1% entre los cuales se encuentra depresión más deterioro cognitivo 8 (4.30%), depresión más ansiedad 3 (1.6%) y depresión más polifarmacia 2 (1.07%).

Se encontraron 49 (26.3%) pacientes sin comorbilidad y 137 (73.3%) con comorbilidad; de los cuales el 42 % presento algún síndrome geriátrico.

Tipo de valoración	Sin síndrome Geriátrico		Con síndrome geriátrico	
	n	%	n	%
Sin comorbilidad	37	75.5	12	24
Con comorbilidad	71	51.8	66	48.5

**Tabla 3.** Muestra los síndromes geriátricos más frecuentes.

## DISCUSIÓN

En Estados Unidos y Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20%,<sup>15</sup> aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%.<sup>16</sup> Sin embargo, a pesar de la variabilidad en la metodología utilizada, se coincide en la existencia de un subdiagnóstico y subtratamiento.<sup>7</sup> En nuestro estudio la depresión se presentó en un 35% muy similar a los resultados en Italia.

Se realizó un estudio similar en el hospital ABC México, DF. (Carlos Hyver, 2010) en donde obtuvieron un 22% en deterioro cognitivo, muy similar a nuestro resultado (25%), no así en Síndrome de depresión en donde encontraron un 21% y nosotros 35%; podría ser que esta variabilidad se deba a la utilización de diferentes instrumentos aunado a que ellos realizaron el estudio en pacientes de 80 años y más y en un hospital de concentración. En lo referente a riesgo de caídas obtuvieron un 20.9% y en nuestro estudio fue del 14.5%; esta diferencia es debida a que existe mayor riesgo en su estudio, ya que fue realizado en un hospital y el nuestro se realizó en consulta externa.<sup>18</sup>

En un estudio realizado en el municipio de Villanueva de los Castillejos; Madrid España, en 362 sujetos de 65 años o más, se encontró un 9.2% de polifarmacia, muy similar a nuestros resultados con 6.9%.<sup>19</sup>

La dependencia funcional que reporta un estudio realizado en el departamento de geriatría de instituto nacional de ciencias médicas y nutrición Salvador Zubirán, en México, DF; en 4,872 personas mayores de 65 años encontraron un 24% de dependencia, muy superior a nuestros resultados que fueron del 11.8%, pu-

diendo explicarse por la cantidad de pacientes estudiados, así como el haber utilizado un índice de valoración diferente (medición funcional con índice de Barthel). En algunos grupos mexicanoamericanos se reportan una alteración funcional entre 9.7% y 18.8%.<sup>20</sup>

En lo referente al Síndrome de ansiedad encontramos similitud con un estudio de prevalencia realizado en Estados Unidos en mayores de 65 años con un 9%, y en el nuestro de 6.3%.<sup>21</sup>

## CONCLUSIÓN

La prevalencia de síndromes geriátricos en nuestra población está determinada principalmente por la edad y la comorbilidad.

El conocer los principales síndromes geriátricos permite implementar estrategias específicas con programas dirigidos a diagnosticar oportunamente y disminuir los síndromes geriátricos por parte del equipo de salud en el primer nivel de atención, con involucramiento de los propios pacientes y su familia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Lozano Dávila ME, Agustín LE, Raúl ML, Calleja Olvera JA., Osio FY, Miguel Ángel LF, Perspectiva presente y futura del envejecimiento poblacional en México, la óptica del comité nacional de atención al envejecimiento (CONAEN), a 10 años de sus funciones, problemas y soluciones, Diabet Hoy Med Sal 2009;10(4): 2273-2285. (citado 5 dic 2014). Disponible en: <http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php>.

2. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. (citado 05 Dic 2014). Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
3. Gutiérrez RL, Lezama FM (coords.) (2013). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriátria. Primera edición 2013. (Citado 4 Dic 2014). Disponible en: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/foro/Prop\\_Plan\\_Accion\\_Envejecimiento\\_Salud.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/foro/Prop_Plan_Accion_Envejecimiento_Salud.pdf)
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.imss.gob.mx/dom/7dis/Indice.aspxSrv=MOO-1&OPC=opc04>.
5. Avellán Van Kan, Gabor y cols. Tratado de geriatría para residentes, Sociedad Española de Geriátria y Gerontología, Madrid, 2006.
6. Cuervo EG, López RV, Escobar RA, Embarcadero CM, León TG, Carmona GB. Programa para la rehabilitación funcional del adulto mayor Mejorar la marcha, el equilibrio y la independencia, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(5):562-73.
7. D'Hyver de las Deses C, León T, Martínez L Gallardo Prieto. Prevalencia de síndromes geriátricos En el 2010 en ancianos hospitalizados en el ABC Medical Center IAPes Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2011; 54 (5):4-11.
8. Martínez GL, Prevalencia de síndromes geriátricos en una residencia de mujeres de edad avanzada, Med Int Méx 2011; 27 (1):23-28.
9. Guía de práctica clínica, para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Familiar. México: Secretaria de Salud, 2010.
10. González PA, Moreno CY. Evaluación geriátrica integral en pacientes de una unidad de medicina familiar de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar. 2010. (citado 04 dic 2014); 12(1): 5-15. Disponible en: <http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=50719083002>
11. Dirección de prestaciones médicas, dirección de medicina familiar; Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS. 2007.
12. Silva JE, Rodríguez RJ, Zas TV. Promoción de salud y envejecimiento activo, Geroinfo (internet). 2013 (citado 10 de noviembre 2014); 8(1):2-3. Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2013/08/promocion-de-salud-y-envjecimiento-activo.pdf>
13. Asociación Médica Mundial. Apéndice F. Declaración de Helsinki; 203-206. (citado 05 Oct 2014); Disponible en: <http://www.relacionesinternacionales.info/ojs/article/view/179/165.html>
14. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 5:39-41. (citado 05 Oct 2014); Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco\\_juridico/reglamentos/regla\\_05.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/reglamentos/regla_05.pdf).
15. Valadez RT, Comparación entre 3 instrumentos para la clasificación y diagnóstico de la depresión en una población geriátrica mexicana (tesis). Ciudad de México: Universidad Autónoma de México 2000.
16. Unutzer j, Patrik DL, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C, et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. JAMA 1997; 277:1618-1623.
17. Bland RC, Newman SC, Orn H. Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. Acta Psychiatr Scand Suppl 1988; 338:57-63.  
  
Carlos H D, Teresa L, Lorenza M G. Prevalencia de síndromes geriátricos en el 2010 en ancianos hospitalizados en ABC Medical Center IAPes. Revista de la facultad de medicina de la UNAM. 2010.
18. Emiliana V G, Fernando R A, Antonia P D, Pilar G O, Jesús P M. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. Rev. Esp. Salud Publica vol. 72 no. 3 Madrid may. 1998.
19. Markides KS, Black SA, Ostir GV, Angel RJ, Guralnik JM, Lishtenstein M. Lower body function and mortality in Mexican American elderly people. J Gerontol A Biol Sci 2001; 56: M243-M247.
20. Reiger D A, Body J H, Burke J D, Raes D S, Myers J K, Kramer M, et al, One-month prevalence of mental disorders in the United States: base don five epidemiologic catchment área sites. Arch Gen Psychiatry, 1988; 45: 977-986.

## ANEXO 1

### Cedula de Evaluación Geriátrica Integral breve

Delegación: \_\_\_\_\_ Basada en: \_\_\_\_\_  
UMF No. \_\_\_\_\_ Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico  
Consultorio \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ Francisco Guillén Llera. 2a edición 2007  
Fecha de Valoración \_\_\_\_\_

#### CEDULA DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN MEDICINA FAMILIAR VERSION BREVE

Nombre \_\_\_\_\_ No. de Afiliación \_\_\_\_\_  
Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) Nombre EEMF \_\_\_\_\_  
Nombre MF \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_  
Circunferencia Braquial: \_\_\_\_\_ Riesgo de desnutrición menor a 21 cms  
Circunferencia Pantorrilla: \_\_\_\_\_ Riesgo de desnutrición menor a 31 cms  
¿ Ha perdido el apetito o ha dejado de comer con pérdida de peso > a 3 Kgs en < de 3 meses } Aplicar Mini Nutritional Assesment

#### COMORBILIDAD ASOCIADA

- |                           |                           |                               |                                 |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1 Diabetes Mellitus ( )   | 4 Hipertensión arter ( )  | 7 Cáncer ( )                  | 10 Insuficiencia hepática ( )   |
| 2 Enf pul obst crónic ( ) | 5 Cardiopatía isquér ( )  | 8 Secuelas enf vasc ceret ( ) | 11 Enf. articular degenerat ( ) |
| 3 Insuf renal crónica ( ) | 6 Insuficiencia cardi ( ) | 9 Depresión ( )               | 12 Otra _____ ( )               |

#### VALORACIÓN FUNCIONAL

- 1.- ¿ Puede realizar todas sus actividades dentro de su casa ? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor que NO, se aplica la escala de Barthel ABVD  
**ABVD: Actividades Básicas de la vida diaria:** Bañarse, vestirse, ir al baño, movilizarse, continencia de orina y heces, alimentarse.
- 2.- ¿ Puede realizar todas las actividades fuera de su casa ? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor o su cuidador NO, se aplica la escala de Lawton Brody AIVD  
**AIVD: Actividades Instrumentales de la vida diaria:** Usar teléfono, transporte, ir al banco, hacer compras, tomar bien medicamentos.
- 3.- ¿ Teme usted caerse o se ha caído en los últimos 3 meses ? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor o su cuidador SI, se aplica la escala de Tinetti

#### VALORACIÓN PSICO AFECTIVA

- 1.- ¿ Se le dificulta recordar cosas recientes ? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor o su cuidador SI, se aplica la escala de Folstein
- 2.- ¿ Se siente triste o sin ánimo de hacer sus cosas ? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor o su cuidador que SI, se aplica la escala de Yesavage
- 3.- ¿ Ha observado un cambio agudo en el estado mental habitual del paciente? ( Si ) ( No )  
Si contesta el cuidador SI, se aplica la escala de CAM (Confussion Assesment Method)
- 4.- ¿ Siente con mucha frecuencia ansiedad y síntomas de alguna enfermedad? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor o su cuidador SI, se aplica la escala de Hamilton

#### VALORACION MEDICO BIOLÓGICA

- 1.- ¿ Escucha usted bien ? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor o su cuidador NO, considerese envío a ORL por el M.F
- 2.- ¿ Ve usted bien ? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor o su cuidador NO, considerese envío a Oftalmología por el M.F
- 3.- ¿ Pierde usted orina o excremento cuando no lo desea ? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor o su cuidador SI, Valorar causa; Esfuerzo, Urgencia, Funcional, Obstructiva
- 4.- ¿ Toma más de 5 medicamentos distintos al día ? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor o su cuidador SI, se aplican criterios Start - Stop

#### VALORACION MEDICO - SOCIAL

- 1.- ¿ Vive solo o permanece solo la mayor parte de día ? ( Si ) ( No )  
Si contesta el adulto mayor o su cuidador SI, se aplica la escala de Díaz - Veiga
- 2.- ¿ El cuidador se manifiesta, cansado, saturado, agobiado, rebasado con el cuidado del paciente? ( Si ) ( No )  
Si el cuidador manifiesta que SI, se aplica la escala de Zarit

Nueva valoración en: 3 meses ( ) 6 meses ( ) 1 Año ( )  
Nombre de quién efectuó la valoración: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_



## ANEXO 2

### Cedula de Evaluación Geriátrica Integral Extensa

Delegación: _____	<b>CEDULA DE EVALUACION GERIATRICA INTEGRAL</b>				
UMF No. _____	<b>VERSION EXTENSA</b>				
Consultorio _____ Turno _____	<b>MEDICINA FAMILIAR</b>				
Fecha de Valoración _____					
Integración de escalas e índices de valoración geriátrica. Estructura y contenido de acuerdo a citas originales.					
Nombre _____	No. de Afiliación _____				
Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )	Edad: _____	Peso: _____ Talla: _____			
FC _____ FR _____ TA _____	CB _____	CP _____			
<b>COMORBILIDAD ASOCIADA</b>					
1 Diabetes Mellitus ( )	4 Hipertensión arter ( )	7 Cáncer ( )			
2 Enf pul obst crónic ( )	5 Cardiopatía isqué ( )	8 Secuelas enf vasc cereb ( )			
3 Insuf renal crónica ( )	6 Insuficiencia cardi ( )	9 Depresión ( )			
		10 Insuficiencia hepática ( )			
		11 Enf. articular degenerat ( )			
		12 Otra _____ ( )			
<b>VALORACION SOCIO FAMILIAR</b>					
Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Separado Vivienda: Propia ( ) Rentada ( ) Prestada ( )					
Tipo de familia Integrada: ( ) Desintegrada ( ) Disfuncional ( ) Número de Hijos: _____					
Aislamiento social: Si ( ) No ( ) Institucionalizado Si ( ) No ( ) Red de apoyo Si ( ) No ( ) Buena ( ) Mala ( )					
Cuidador principal: Hombre ( ) Mujer ( ) Parentesco: Hijo ( ) Hermano ( ) Nuera/Yerno ( ) No Relacionado ( ) Remunerado					
Red Social: Familia ( ) Amigo ( ) Vecino ( ) Nu Colapso del cuidador (Zaritt) Cansancio, saturación, agobio, rebasado.... Si ( ) No ( )					
Laboral: Labora actualmente Si ( ) No ( ) Estatus: Jubilado ( ) Pensionado ( ) Sin ren Jubilación reciente Si ( ) No ( )					
Ocupación actual: _____ A que se dedicó: _____					
Referir a todos los adultos mayores a Prestaciones Sociales					
<b>VALORACION MENTAL PSICO - AFECTIVA</b>					
<b>DEPRESIÓN (Escala de Yesavage Geriatric Depression Scale reducida)</b>					
¿SE SIENTE TRISTE O DEPRIMIDO? Si ( ) No ( ) Si la respuesta es positiva continúe con toda la escala.					
1.- ¿Esta satisfecho con su vida?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?			
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	10.- ¿Cree tener más problemas de memoria que l			
3.- ¿Siente que su vida esta vacía?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?			
4.- ¿Se encuentra menudo aburrida (o)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	12.- Le cuesta iniciar nuevos proyectos?			
5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	13.- ¿Se siente llena (o) de energía?			
6.- ¿Teme que algo malo le pase?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14.- ¿Siente que su situación es desespera			
7.- ¿Se siente feliz muchas veces?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que			
8.- ¿Se siente a menudo abandonada (o)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Total suma de puntos: _____					
CALIFICACION: Normal 0 a 5 ( ) 6 a 9 Depresión Leve ( ) > 10 Depresión establecida ( )					
¿El paciente refiere pensamientos de muerte, autoextinción o suicidio? (Ideación suicidia) Si ( ) No ( )					
¿El paciente recibe actualmente tratamiento farmacológico antidepresivo?: Si ( ) No ( )					
¿Cuáles Medicamentos _____					
¿El paciente recibe psicoterapia? Si ( ) No ( )					
<b>ANSIEDAD (Escala de Hamilton)</b>					
Ponderación: 0 Ausente, 1 Leve, 2 Moderado, 3 Grave, 4 Muy grave / Incapacitante					
1.- Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipaciones a lo peor, aprensión, temor e irritabilidad	0	1	2	3	4
2.- Tensión. Imposibilidad de relajarse, reacciones de sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud					
3.- Temores. A la obscuridad, lo desconocido, miedo a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes					
4.- Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio, cansancio al despertar					
5.- Intelectual cognitivo. Dificultad para concentrarse, mala memoria					
6.- Ánimo deprimido. Perdida de interés, insatisfacción diversiones, despertar prematuro, cambios de humor en el día					
7.- Síntomas somáticos musculares: Dolores, rigidez, contracturas, sacudidas clónicas, Bruxismo, temblor de voz					
8.- Síntomas somáticos sensoriales. Zumbidos de oídos, visión borrosa, calosfríos, debilidad, hormigueo					
9.- Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, síncope, latidos cardiovasculares					
10.- Síntomas respiratorios. Opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea					
11.- Síntomas gastrointestinales: Disfagia, dispepsia, distensión, vómitos, borborigmos, diarrea, estreñimiento					
12.- Síntomas genitourinarios: poliaquiuria, urgencia, disuria, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, impotencia					
13.- Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, sudoración, vertigos, cefala, piloerección					
14.- Comportamiento en la entrevista. Tenso, relajado, temblor de manos, sudoración, tics, ceño fruncido, tragar saliva					
Ponderación: A mayor puntaje, mayor trastorno de ansiedad. No existen puntos de corte. Los items 1,2,3,4,5,6,y 14 exploran ansiedad					
Los items 7,8,9,10,11,12 y 13, exploran ansiedad somática.					
Total de Puntos: _____					
¿El paciente presenta trastornos somatomorfo?: Si ( ) No ( )			¿El paciente Presenta Fobias? Si ( ) No ( )		
¿El paciente cursa con ansiedad generalizada? Si ( ) No ( )			¿Cuáles? _____		

Continua Valoración Mental Psicoafectiva.....

2

**EXAMEN MINI MENTAL DE FOLSTEIN**

Es una escala para valorar la función cognitiva. Puntuación máxima de 30. El paciente debe estar vigil y lúcido Calif

- 1.- Orientación. (tiempo) Preguntar día de la semana, fecha: día mes, año, estación del año. Calificación 1 a 5 ( 1 punto ( ) )
- 2.- Orientación. (Lugar) Preguntar lugar de la entrevista: hospital, estado, ciudad, municipio, país. Calificación 1 a 5 ( 1 punto ( ) )
- 3.- Registro de tres palabras. Pida al paciente que repita y se aprenda tres palabras: casa, coche, árbol. Calificación 1 a 3 ( 1 punto por cada palabra ( ) )
- 4.- Atención y cálculo. Pida al paciente que reste sucesivamente 7 a partir de 100: 93, 86, 79, 72, 65. Calificación 1 a 5 ( 1 punto por cada resta ( ) )
- 5.- Memoria. Pida al paciente que repita las tres palabras anteriores. Calificación 1 a 3, 1 punto por cada palabra repitida ( )
- 6.- Nominación. Muestre dos objetos al paciente, debe nombrarlos correctamente. Calificación 1 a 2. 1 punto por cada objeto ( )
- 7.- Repetición. Pida al paciente que repita una frase breve: "cuatro aves en un corral". Calificación 1 punto, si repite correctamente ( )
- 8.- Comprensión. Indique una orden simple: Tomé este papel, dóblelo u guardelo en su cartera. Calificación 1 a 3 1 punto por cada orden ( )
- 9.- Lectura. Pida al paciente que lea una orden previamente escrita y la obedezca. "Abra la boca" Calificación 1 punto ( )
- 10.- Escritura. Pida al paciente que escriba una oración simple con sujeto y predicado. "El perro se salió de casa" Calificación 1 punto ( )
- 11.- Dibujo. Pida al paciente que copie un dibujo. El trazo debe ser similar al original mostrado. Ejemplo dos cubos. Calificación 1 punto ( )

Total \_\_\_\_\_

Grado de deterioro cognitivo: Leve 19 a 23 ( ) Moderado 14 a 18 ( ) Grave < de 14 ( )

**DELIRIUM (Confusion Assesment Method CAM)**

Aplicar al familiar o responsable del paciente

1. Comienzo agudo y curso fluctuante. Preguntar al familiar. ¿ha observado un cambio agudo en el estado mental habitual del paciente? ¿Esta conducta anómala fluctúa durante el día, es decir, tiende a iniciarse y progresar, o aumenta o disminuye de (Si) (No)
- 2.- Alteración de la atención. ¿El paciente tiene dificultad para fijar la atención?, por ejemplo, ¿se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación? (Si) (No)
- 3.- Pensamiento desorganizado. ¿Tuvo alteraciones del pensamiento, como divagaciones o conversaciones incoherentes, ideas ilógicas o difusas o confundió a personas? (Si) (No)
- 4.- Nivel de conciencia alterada. Pregunta al familiar o cuidador. ¿En general, como describiría el nivel de conciencia del paciente? Alerta (normal), Vigilante (hiperalerta), Letárgico (somniaiento), Estupor (difícil despertarlo), Coma (Incapacidad de despertarlo)

Ponderación: Para el diagnóstico de síndrome confusional agudo es necesario se cumplan los dos primeros más 3 ó 4

¿Recibe tratamiento farmacológico? (Si) (No) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Trastornos del sueño: No ( ) Si ( ) ➔ Insomnic ( ) SAHOS ( ) Somnolencia Diurna ( )

Adicciones No ( ) Si ( ) ➔ Alcohol ( ) Tabaquismo ( ) Otras adicciones ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Toma Benzodiacepinas > a 3 meses No ( ) Si ( ) ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_ Mala higiene del sueño: No ( ) Si ( )

**VALORACIÓN FUNCIONAL ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (índice de Barthel modificado Shah et al)**

	Incapaz de hacerlo	Intenta pero Inseguro	Cierta ayuda Necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente Independiente	
1. Aseo personal	0	1	3	4	5	
2. Bañarse	0	1	3	4	5	
3. Comer	0	2	5	8	10	
4. Usar el W.C	0	2	5	8	10	
5. Subir escaleras	0	2	5	8	10	
6. Vestirse	0	2	5	8	10	
7. Control de heces	0	2	5	8	10	
8. Control de orina	0	2	5	8	10	
9. Desplazarse	0	3	8	12	15	
Silla de ruedas	0	1	3	4	5	
10. Traslado silla/cama	0	3	8	12	15	
Suma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Total
Ponderación:	Dependencia Total 0 a 20 ( )		Dependencia severa 21 - 60 ( )		Dependencia moderada 61 - 90 ( )	
Índice de Barthel	Dependencia leve 91 - 99 ( )		Dependencia > 100 ( )			

Escala de Lawton y Brody (Modificada) Independencia de las actividades instrumentales de la vida diaria			
<b>Capacidad para usar el teléfono</b>			
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	Hacer compras	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	Realiza todas sus compras en forma independiente	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1	Realiza independientemente pequeñas compras	0
No utiliza el teléfono	0	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
<b>Uso Medios de Transporte</b>			
Viaja solo en transporte público o usa su propio coche	1	Totallymente incapaz de comprar	0
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>	
Viaja en transporte público, pero acompañado de otra persona	1	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Utiliza el taxi o el automóvil con la ayuda de otros o no viaja	0	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
		No es capaz de administrarse su medicación	0
		<b>Ponderación:</b>	Dependencia Total 0 ( )
			Dependencia Grave 1 ( )
			Dependencia Moderada: 2-3 ( )
			Dependencia Leve 4 ( )
			Autónomo 5 ( )
<b>Manejo de sus asuntos económicos</b>			
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1		
Realiza compras del día, necesita ayuda en grandes compras.	1		
Incapaz de manejar dinero	0		
Continuar Valoración Funcional..... Escala de Brody <span style="float: right;">3</span>			
<b>Motivo por el cual no realiza algunas de las actividades instrumentales de la vida diaria:</b>			
Apoyo para la marcha: Ninguno ( ) Bastón ( ) Andador ( ) Silla de ruedas ( ) Inmóvil ( )			
Actividad Física: Nula ( ) Ligera ( ) Moderada ( ) Intensa ( )			
** Pacientes con dependencia leve a dependencia moderada enviar a prestaciones sociales			
Trastornos de la marcha: No ( ) Sí ( ) Cuál: _____ Problemas de los pies: No ( ) Sí ( ) Cuál: _____			
Escala de Tinetti (Valoración de la Marcha y Equilibrio)			
Evaluación de la Marcha (12 puntos)		Evaluación del equilibrio (24 puntos)	
<b>Iniciación de la marcha</b>		<b>Equilibrio Sentado</b>	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para iniciar	0	Se inclina o se desliza en la silla	0
No vacila	1	Se mantiene seguro	1
<b>Longitud y altura del paso</b>		<b>Levantarse</b>	
No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	0	Incapaz sin ayuda	0
Sobrepasa el pie izquierdo	1	Capaz pero usa los brazos para ayudarse	1
El pie der. no se separa del piso completamente con el paso	0	Capaz sin usar los brazos	2
El pie derecho se separa completamente del piso	1	<b>Intentos para levantarse</b>	
No sobrepasa el pie derecho con el paso	0	Incapaz sin ayuda	0
Sobrepasa el pie derecho	1	Capaz, pero necesita más de un intento	1
El pie izq. no se separa del piso completamente con el paso	0	Capaz de levantarse en un intento	2
El pie izquierdo se separa completamente del piso	1	<b>Equilibrio en bipedestación</b>	
<b>Simetría del paso</b>		Inestable	
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo	0	Estable con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm.)	1
La longitud parece igual	1	Estable sin andador u otros apoyos	2
<b>Fluidez del paso</b>		<b>Empujar. El paciente erecto con pies juntos se le empuja esternón 3"</b>	
Paradas entre los pasos	0	Empieza a caerse	0
Los pasos parecen continuos	1	Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
<b>Trajectoria, observar el trazado de uno de los pies</b>		Estable	
Desviación grande de la trajectoria	0	<b>Ojos Cerrados</b>	
Leve/moderada desviación o usa ayuda p/mantener la trajectoria	1	Inestable	0
Sin desviación o uso de ayudas	1	Estable	1
<b>Tronco</b>		<b>Vuelta de 90 grados</b>	
Balancedo marcado o uso de ayudas	0	Pasos discontinuos	0
No balancea, pero flexiona las rodillas o espalda, separa los pies	1	Pasos continuos	1
No balancea, no flexiona, ni usa otras ayudas al caminar	2	Inestable, se tambalea o se agarra	0
<b>Rotura la caminar</b>		Estable	
Talones separados	0	<b>Señalar</b>	
Talones casi juntos al caminar	1	Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
		Use los brazos o el movimiento es brusco	1
		Seguro, movimiento suave	2
<b>Ponderación (marcha + equilibrio)</b>		<b>Total Equilibrio:</b>	
Riesgo de caída < de 19 ( )	Riesgo moderado de caída 19 - 21 ( )	Riesgo de caída 22 - 24 ( )	
		Riesgo de caída 25 - 28 ( )	
<b>Fragilidad del Adulto Mayor Criterios de Fried</b>			
1.- Pérdida >5% ( ) 2.- Lentitud de marcha ( ) 3.- Cansancio ( ) 4.- Nivel de actividad física ( ) 5.- Debilidad Muscular ( )			
Ponderación: Fragilidad es igual a tres o más criterios.			
Fragilidad: No ( ) Sí ( ) Sarcopenia ( ) Dependencia ( ) Comorbilidad ( ) Mayor a 89 años ( )			
POLIFARMACIA (> 5 MEDICAMENTOS) Fármacos con riesgo potencial para reacciones o efectos adversos críticos de Stop & Start			
Fármacos con criterios Stop		Posible interacción farmacológica	
1	_____	1	_____
2	_____	2	_____
3	_____	3	_____
4	_____	4	_____
5	_____	5	_____
6	_____	6	_____
7	_____	7	_____
8	_____	8	_____
9	_____	9	_____
10	_____	10	_____
11	_____	11	_____
12	_____	12	_____

VALORACION MEDICO - BIOLÓGICA		SÍNDROMES GERIÁTRICOS	
Síndrome de caídas	No ( ) Si ( ) Causas identificad	No ( ) Si ( ) ¿Cuál? _____	¿Cuántas ultimos 3 meses? _____
Inmovilidad	No ( ) Si ( ) Causas identificad	No ( ) Si ( ) ¿Cuál? _____	
Mareo y síncope	No ( ) Si ( ) Causas identificad	No ( ) Si ( ) ¿Cuál? _____	
Fractura de cadera	No ( ) Si ( ) Causas identificad	No ( ) Si ( ) ¿Cuál? _____	Reciente ( ) Antigua ( )
Constipación	No ( ) Si ( ) Causas identificad	No ( ) Si ( ) ¿Cuál? _____	Uso crónico de laxantes _____
Incontinencia	Urinaria ( ) No ( ) Si ( )	Causas identificad	No ( ) Si ( ) ¿Cuál? _____
	Fecal ( ) No ( ) Si ( )	Causas identificad	No ( ) Si ( ) ¿Cuál? _____
Anorexia patológica	No ( ) Si ( ) Causas identificad	No ( ) Si ( ) ¿Cuál? _____	

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL (Mini Nutritional Assesment)	
a) ¿A perdido el apetito?	Ha comido mucho menos ( 0 ) Ha comido menos ( 1 ) Ha comido igual ( 2 )
b) Pérdida reciente de peso < de 3 meses:	Pérdida de peso > 3 Kg ( 0 ) No lo sabe ( 1 ) Pérdida de peso de 1 - 3 Kg ( 2 ) No perdida ( 0 )
c) Movilidad:	De la cama al sillón ( 0 ) Autonomía en el interior ( 1 ) Sale del domicilio ( 2 )
d) Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés en los últimos tres meses	Si ( 0 ) No ( 2 )
e) Problemas Neuropsicológicos:	Demencia o Depresión grave ( 0 ) Demencia moderada ( 1 ) Sin problemas psicológicos ( 2 )
f) Índice de masa corporal:	IMC < de 19 ( 0 ) IMC 19 a 21 ( 1 ) IMC 21 a 23 ( 2 ) IMC > 23 ( 3 )
Ponderación:	12 a 14 puntos, Estado nutricional nor ( ) 8 a 11 puntos, Riesgo de malnutr ( ) 0 a 7 puntos, Malnutrici ( )
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas g - r.	
g) ¿El paciente vive independiente en su domicilio?	Si ( 1 ) No ( 0 )
h) ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	Si ( 0 ) No ( 1 )
i) ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	Si ( 0 ) No ( 1 )
j) ¿Cuántas comidas toma completas al día?	1 comida, ( 0 ) 2 comidas ( 1 ) 3 comidas ( 2 )
k) ¿Consume el paciente?	Productos lácteos una vez al día, (si) (No) Huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana, (Si) (no) Carne, pescado o aves diariamente (si) (No) 0 ó 1 si ( 0 ) 2 Sí ( .5 ) 3 Sí ( 1 )
l) ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	Si ( 1 ) No ( 0 )
m) ¿Cuántos vasos de agua u otros toma al día?	(Agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza: < de 3 vasos ( 0 ) de 3 a 5 vasos ( .5 ) > 5 va
n) Forma de alimentarse	Necesita ayuda ( 0 ) Se alimenta solo con dificultad ( 1 ) Se alimenta solo sin dificultad ( 2 )
o) ¿Se considera un paciente bien nutrido?	Malnutrición grave ( 0 ) No lo sabe o malnutrición moderada ( 1 ) Sin problemas de nut
p) ¿En comparación con personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?	Peor ( 0 ) No lo sabe (.5) Igual, ( 1 ) Mejor ( .
q) Circunferencia braquial CB	CB < de 21, ( 0 ) CB 21 a 22, (. 5 ) CB > a 22 ( 1 )
r) Circunferencia de la pantorrilla CP	CP < de 31, ( 0 ) CP > de 31 ( 1 )
Ponderación:	24 a 30 puntos, Estado nutricional nor ( ) 17 a 23.5 puntos, Riesgo de malnutric ( ) < 17 puntos, malnutrici ( )
Problemas de la boca:	Edentulii: ( ) Xerostomia ( ) Disgeusi ( ) Prótesis dental mal ajustad: ( ) Dolor al masticar ( ) Trastornos de la deglución ( ) Candidiosis ( )

BIOÉTICA			
Abuso / maltrato: (Interrogatorio al paciente y familiar)	No ( ) Si ( )	Tipo:	Psicológico ( ) Físico ( ) Sexual ( )
Disposiciones Anticipadas (Paciente en pleno uso de sus facultades)			
( ) No RCP	( ) No intubación	( ) No Diálisis	Cuidados paliativc No ( ) Si ( ) Otras instrucciones: _____
Autopercepción de la salud ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala			

CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS		INTERVENCIONES	
1 _____		1 ( ) Envío a Trabajo Social	
2 _____		2 ( ) Envío a Nutrición	
3 _____		3 ( ) Envío a Medicina Preventiva (API)	
4 _____		4 ( ) Envío a Odontología	
5 _____		5 ( ) Envío a Enfermera Especialista en Medicina de Familia	
6 _____		6 ( ) Envío a Médico Familiar	

VALORACIONES PREVIAS ESPECIALIDADES 2o. NIVEL		REFERENCIAS A SEGUNDO NIVEL	
1 ( ) _____		1 ( ) Geriatria	
2 ( ) _____		2 ( ) Medicina Interna	
3 ( ) _____		3 ( ) Otras ¿Cuál? _____	
4 ( ) _____		4 ( ) Otras ¿Cuál? _____	
5 ( ) _____		5 ( ) Otras ¿Cuál? _____	

Nombre del Médico Familiar \_\_\_\_\_ Nombre de la Enfermera Especialista en Medicina de Familia \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Jefe de Medicina de Familia que autoriza el envío \_\_\_\_\_