

PARTE II:

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

TAMIZAJE RÁPIDO DE LAS CONDICIONES GERIÁTRICAS¹

Problema	Acción	Resultado Positivo
Visión	Dos acciones: 1. Pregunte: ¿tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. En caso afirmativo, evalúe una carta de Snellen con el uso de corrección óptica, si la tiene.	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer > 20 / 40 en carta de Snellen.
Audición	Susurre al oído ¿me escucha Ud.?, de ambos lados.	No responde.
Movilidad de piernas	Tome el tiempo luego de pedir al sujeto: “Levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse”.	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos.
Incontinencia urinaria	Dos partes: 1. Pregunte: “¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas.
Nutrición, pérdida de peso	Dos partes: 1. Pregunte: ¿ha perdido Ud., involuntariamente, 4.5 kg (10 lb) o más en los últimos 6 meses. 2. Pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso < de 45.5 kg ² .
Memoria	Mencione tres objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados.	Incapaz de recordar los tres objetos.
Depresión	Pregunte: ¿Se siente Ud. triste o deprimido?	Respuesta afirmativa.
Incapacidad física	Seis preguntas. ¿Es Ud. capaz de: 1. ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. salir de compras? 4. ir a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. bañarse solo, en tina, ducha o regadera? 6. vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas.

¹ Cuadro modificado a partir de Moore AA, Su AI, “Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument.” Am J Med 1996, 100:440-5, en “10-minute Screener for Geriatric Conditions”, página 137 de Reuben, D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.

² Un peso < 45.5 kg ha sido validado como indicador de problemas nutricionales para adultos mayores en EE.UU, pero no ha sido validado todavía en América Latina. (Ver Valoración Nutricional en las páginas 417 y 418.)

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)¹ ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

Información obtenida:		Actividad	Guía para evaluación I = 2 A = 1 D = 0
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera. D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Vestirse	I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; excluido el atarse los zapatos. A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Apariencia Personal	I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Usar el inodoro	I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo por la noche. A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente. D = Completamente incapaz de usar el inodoro.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Continencia	I = micción/defecación autocontrolados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Trasladarse	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Alimentarse	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse a sí mismo o necesita alimentación parenteral.
Puntuación:	Puntuación:		
Total:	Total:		

CÓDIGOS: I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE

¹ Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)¹ ESCALA DE LAWTON

Información obtenida de:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Capacidad para usar el teléfono	I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda en marcar los números. D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Uso de medios de transporte	I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A = Sólo viaja si lo acompaña alguien. D = No puede viajar en absoluto.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Ir de compras	I = Realiza todas las compras con independencia. A = Necesita compañía para realizar cualquier compra. D = Totalmente incapaz de ir de compras.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia. A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Control de sus medicamentos	I = Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D = No es capaz de administrarse su medicación.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Manejo de sus asuntos económicos	I = Maneja los asuntos económicos con independencia. A = Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera. D = Incapaz de manejar su dinero.
Puntuación:	Puntuación:		
Total:	Total:		

Códigos: I = independiente A = requiere asistencia D = dependiente

¹ Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.

ESCALA DE TINETTI MODIFICADA¹

EQUILIBRIO

Silla: Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al paciente para las siguientes maniobras.

1. Al sentarse:
 - 0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.
 - 1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.
 - 2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.
2. Equilibrio mientras está sentado:
 - 0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).
 - 1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
 - 2 = firme, seguro, erguido.
3. Al levantarse:
 - 0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.
 - 1 = capaz, pero requiere 3 intentos.
 - 2 = capaz en 2 intentos o menos.
4. Equilibrio inmediato al ponerse de pié (primeros 5 seg):
 - 0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
 - 1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
 - 2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pié: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

5. Equilibrio con pies lado a lado:
 - 0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene ≤ 3 segundos.
 - 1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.
 - 2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.Tiempo: ____ ____, ____ segundos.
6. Prueba del Tirón (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):
 - 0 = comienza a caerse.
 - 1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
 - 2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.
7. Se para con la pierna derecha sin apoyo:
 - 0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
 - 1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
 - 2 = capaz por 5 segundos.Tiempo: ____ ____, ____ segundos

¹ Adaptado por la American Geriatrics Society de Mary E. Tinetti, M.D., "Performance-Oriented Assessment of Mobility", páginas 131-133 en Reuben D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.

8. Se para con la pierna izquierda sin apoyo:
0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ____ , ____ segundos
9. Posición Semi-tándem:
0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene \leq 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: ____ , ____ segundos
10. Posición Tándem:
0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por \leq 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
2 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: ____ , ____ segundos
11. Se agacha (para recoger un objeto del piso):
0 = incapaz o se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
2 = capaz y firme.
12. Se para en puntillas:
0 = incapaz.
1 = capaz pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ____ , ____ segundos
13. Se para en los talones:
0 = incapaz.
1 = capaz pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ____ , ____ segundos



Pies lado a lado



Posición Semi-tándem



Posición Tándem

MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.

Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____

1. Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle “camine”):
 - 0 = cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.
 - 1 = sin vacilación.

2. Trayectoria (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.
 - 0 = marcada desviación.
 - 1 = moderada o leve desviación o utiliza ayudas.
 - 2 = recto, sin utilizar ayudas.

3. Pierde el paso (tropieza o pérdida del balance):
 - 0 = sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.
 - 1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
 - 2 = no.

4. Da la vuelta (mientras camina):
 - 0 = casi cae.
 - 1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
 - 2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

5. Caminar sobre obstáculos (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):
 - 0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.
 - 1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.
 - 2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO¹

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes _____
Día mes _____
Año _____
Día semana _____

Total: _____

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Número de repeticiones: _____

Árbol _____

Mesa _____

Avión _____

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Total: _____

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que **no** se mencione, o por cada número que se **añada**, o por cada **número que se mencione fuera del orden indicado**.

Respuesta Paciente

Respuesta correcta **9 7 5 3 1**

Total: _____

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel _____

Dobla _____

Coloca _____

Total: _____

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol _____

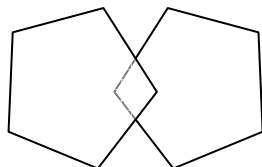
Mesa _____

Avión _____

Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción está correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.



Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.

Correcto: _____

SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6.

SUMA TOTAL:

Puntuación máxima: 19 puntos. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.

¹ Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. "Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." J Psychiatry Res 1975, 12: 189-198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. "Mini-mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile." OPS/OMS, 1999.

ESCALA DE PFEFFER¹

INSTRUCCIONES:

Muestre al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas.

Anote la puntuación como sigue:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?
 2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?
 3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
 4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?
 5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
 6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
 7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
 8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
 9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
 10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
 11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?
-

Sume las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote el total =

La puntuación máxima es de 33 puntos.

Si la suma es de **6 puntos o más** sugiere déficit cognitivo.

¹ Pfeffer, RI, Kurosaki, TT, Harrah, CH, Jr. Chance, JM, Filos, S. "Measurement of functional activities in older adults in the community, Journal of Gerontology 1982, 37 (3): 323-329.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA¹

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ULTIMA SEMANA

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Está Ud., 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 Ud., de buen ánimo la mayoría del tiempo? | si | NO |
| 6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI | no |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | si | NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI | no |
| 9. ¿Prefiere Ud., quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI | no |
| 10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI | no |
| 11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? | si | NO |
| 12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud., actualmente? | SI | no |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | si | NO |
| 14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI | no |
| 15. ¿Cree Ud., que las otras personas están en general, mejor que Usted? | SI | no |

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS
O SEA: SI = 1; SI = 0; NO = 1; NO = 0 **TOTAL : _____**

¹ Sheikh JL, Yesavage, JA. "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version," Clinical Gerontology 1986, 5: 165-172.

MINI-TAMIZAJE DE NUTRICIÓN EN LA COMUNIDAD¹

Mini-Tamizaje de nutrición en la comunidad	SI
Tiene enfermedad o condición que le hace cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come.	2
Come menos de dos comidas al día.	3
Come pocas frutas, vegetales o productos de leche.	2
Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días.	2
Tiene problemas con los dientes o la boca que le dificultan el comer.	2
No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita.	4
Come solo la mayor parte de las veces.	1
Toma al día tres o más medicinas diferentes, recetadas o sin recetas.	1
Ha perdido o ganado, sin querer, 5 Kg (10 lb.), en los seis últimos meses.	2
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse.	2
TOTAL	

Si la puntuación total es:

- 0 - 2 La persona *no está en riesgo nutricional*.
- 3 - 5 La persona está en *riesgo nutricional moderado*. Asesore a la persona de cómo puede mejorar su estado nutricional y vuelva a evaluarlo en 3 meses.
- 6 o más La persona está en *riesgo nutricional alto*. Requiere examen más exhaustivo de su estado nutricional.

¹ Reimpreso con permiso de la Iniciativa de Tamizaje Nutricional, un proyecto de la Academia Estadounidense de Medicina Familiar y la Asociación Dietética Estadounidense, financiado parcialmente mediante una subvención de Ross Products Division, Abbott Laboratories, Inc.

CUADRO 5.4. MINI-EXAMEN NUTRICIONAL¹ Mini Nutritional Assessment MNA™

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha: _____ Edad: _____ Peso en kg: _____ Talla en cm: _____ Altura talón-rodilla: _____

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

TAMIZAJE	
<p>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 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = sin anorexia</p>	<input type="checkbox"/>
<p>B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso</p>	<input type="checkbox"/>
<p>C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio</p>	<input type="checkbox"/>
<p>D ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no</p>	<input type="checkbox"/>
<p>E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos</p>	<input type="checkbox"/>
<p>F Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Evaluación (subtotal máx. 14 puntos)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>12 puntos o más normal, no es necesario continuar la evaluación</p>	
<p>11 puntos o menos posible malnutrición – continuar la evaluación</p>	
EVALUACION	
<p>G ¿El paciente vive independiente en su domicilio? 0 = no 1 = sí</p>	<input type="checkbox"/>
<p>H ¿Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no</p>	<input type="checkbox"/>
<p>I ¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ref: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. <i>Facts and Research in Gerontology</i>, Supplement 2:15-59. Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press. © 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners</p>	
<p>J ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas</p>	<input type="checkbox"/>
<p>K ¿Consumen el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0,0 = 0 o 1 sies 0,5 = 2 sies 1,0 = 3 sies</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>L ¿Consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí</p>	<input type="checkbox"/>
<p>M ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0,0 = menos de 3 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = más de 5 vasos</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad</p>	<input type="checkbox"/>
<p>O ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales) 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición</p>	<input type="checkbox"/>
<p>P En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0,0 = peor 0,5 = no lo sabe 1,0 = igual 2,0 = mejor</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Evaluación (máx. 16 puntos)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Tamizaje</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Evaluación global (máx. 30 puntos)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Evaluación del estado nutricional</p>	
<p>De 17 a 23,5 puntos riesgo de malnutrición</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Menos de 17 puntos malnutrición</p>	<input type="checkbox"/>

¹ Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini-Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients, *Facts and Research in Gerontology*, Supplement 2:15-59, 1994.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RECURSOS SOCIALES¹

- | | |
|---|--|
| 1. ¿Es usted soltero, casado, en unión libre, viudo, divorciado o separado? | 1. Soltero
2. Casado/en unión libre
3. Viudo
4. Divorciado/separado |
| 2. ¿Quién vive con usted? | 1. Nadie
2. Conyuge
3. Hijos
4. Nietos
5. Otros familiares
6. Otros no familiares |
| 3. ¿Cuántas personas lo visitan en su casa? | 1. Nadie
2. _____ |
| 4. ¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por teléfono en la última semana? | 1. Nadie
2. _____ |
| 5. ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? | 1. Ninguna
2. Una vez al día
3. Una vez a la semana
4. 2-6 veces por semana |
| 6. ¿Tiene usted alguien en quién pueda confiar? | 1. Si
2. No |
| 7. ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? | 1. Frecuentemente
2. Algunas veces
3. Casi nunca |
| 8. ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? | 1. Tan frecuente como deseo
2. Descontento por lo poco |
| 9. ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? Si responde sí, pregunte 9a y 9b. | 1. Si
2. No |
| 9a. ¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo o discapacitado de 1 a seis semanas? | 1a. Si
2a. No |
| 9b. ¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo o discapacitado más de seis semanas? | 1b. Si
2b. No |
| 10. ¿Considera que usted (y su pareja) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas del vivir diario? | 1. Si
2. No |
-

¹ Preguntas seleccionadas y adaptadas del Cuestionario OARS (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), elaborado por Gertrude Fillenbaum, Ph.D., Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. Ver página web: www.geri.duke.edu/service/oars.htm. Fillenbaum, Gerda G. 1988. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Mahway, NJ: Erlbaum Associates.

Inventario de Discapacidad Auditiva en los Adultos Mayores (Acortado) Hearing Handicap Inventory of the Elderly–Short (HHIE-S)¹

	Sí	Algunas veces	No
	4	2	0
¿Alguna vez se ha sentido avergonzado al conocer personas, debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le hacen sentir frustrado al hablar con miembros de su familia?			
¿Tiene dificultad para oír cuando alguien le habla en voz baja?			
¿Alguna vez ha tenido limitaciones debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le han causado dificultades al visitar amigos, parientes o vecinos?			
¿Los problemas para oír han hecho que vaya menos seguido de lo que le gustaría a actos sociales o servicios religiosos?			
¿Los problemas para oír han causado discusiones con miembros de su familia?			
¿Los problemas para oír le causan dificultad para entender los programas de televisión o radio?			
¿Cree que su problema para oír limita su vida personal o social?			
¿Un problema para oír le causa dificultad cuando va con amigos o parientes a un restaurante?			
TOTAL			

RANGO DE PUNTOS: 0 - 40

- 0 - 8 -- sin alteración autopercebida
- 10 - 22 -- con dificultad leve a moderada
- 24 - 40 -- dificultad significativa

¹ Ventry IM, Weinstein BE. "Identification of elderly people with hearing problems". ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) 1983, 25: 37-42.