

# REVISIÓN DE TEMA

## Semiología en el Anciano

*Carlos A. Cano Gutiérrez\**  
*Leonilde I. Morelo Negrete\*\**  
*Victoria E. Arango Lopera\*\**

Realizar la historia clínica de un anciano puede presentar algunas dificultades, como el ser muy extensa o el no tener un informante adecuado. El objetivo de esta revisión es dar las herramientas básicas para elaborar en forma adecuada este proceso diagnóstico, haciendo énfasis en los aspectos semiológicos relevantes del paciente geriátrico.

### VALORACIÓN GERIÁTRICA (VG)

Se define como el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, que en forma estructurada procede a cuantificar las incapacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del individuo anciano, con la intención de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento a corto, mediano y largo plazo.

La valoración geriátrica se fundamenta en los principios básicos de la geriatría:

- Complejidad de los problemas: muchos de los ancianos requieren una aproximación diagnóstica y terapéutica especial.
- Comorbilidad.
- Manejo interdisciplinario del paciente.

Existen múltiples aplicaciones para la valoración geriátrica. Podrían resumirse de la siguiente manera:

- Comunicación entre los componentes del equipo geriátrico.
- Conocimiento de la situación previa a la enfermedad actual.
- Diagnóstico de enfermedades desconocidas previamente.
- Aproximación en el pronóstico y evolución de una, o unas, enfermedades específicas.
- Ubicación idónea del paciente según su situación y la ayuda que necesite.
- Educación y soporte a los familiares y cuidadores.
- Investigación.

Son muchas las divisiones y clasificaciones que se presentan para explicar en forma esquemática la VG. Una de las más utilizadas es aquella que se refiere a la *función del anciano* en torno a los demás componentes, como son los aspectos clínico, mental, físico y socioeconómico (tabla 1).

**Tabla 1**  
**Representación esquemática de la valoración geriátrica**

Funcionalidad del anciano	Situación clínica
	Situación física
	Situación mental
	Situación sociofamiliar

La valoración clínica es una característica fundamental de la medicina. Sumado a ella se tiene un diagnóstico físico, mental y socioeconómico que orienta, de una manera más objetiva, el diseño de un plan terapéutico esclareciendo así el seguimiento y el pronóstico.

Para poder realizar los objetivos planteados, se cuenta con una serie de instrumentos en cada área, los cuales pueden ser estructurados o semiestructurados. Los primeros son cuantitativos permitiendo, por ende, obtener un puntaje y una mayor posibilidad de comparación o seguimiento. Los instrumentos de tipo semiestructurado dan una impresión global sobre un tema específico, pero no un resultado final en forma numérica.

## VALORACIÓN CLÍNICA

Uno de los aspectos de mayor importancia de la medicina en general y de la geriatría en particular, es el poder realizar un adecuado análisis clínico del paciente. En el anciano se pueden presentar algunas dificultades, tales como la pluripatología, la polimedicación e incluso el desconocimiento de los procesos normales de envejecimiento.

La *historia clínica* sigue siendo el instrumento por excelencia en la valoración clínica y aunque en algunas oportunidades puede ser dispendiosa y compleja, siempre debe desarrollarse a profundidad. Los datos para realizarla, no siempre son fáciles de obtener y es ahí cuando el cuidador o persona responsable tiene un papel protagónico. El conocimiento de la situación basal y el grado de deterioro que puede presentarse debido a la presencia de diversas enfermedades, son fundamentales a la hora de tomar decisiones.

Las situaciones anteriormente descritas, se presentan con mayor prevalencia en los llamados “viejos viejos” (mayores de 80 años), por tanto, cada día hay mayor interés en conocer a este grupo de personas que, definitivamente, se comporta muy diferente a las otras edades. Para facilitar el recordar aspectos de notoria relevancia en este grupo de los muy ancianos, se propone tener en cuenta los llamados síndromes geriátricos que se resumen en la tabla 2.

**Tabla 2**  
**Clasificación de los problemas geriátricos**

<b>Problema</b>	<b>Consecuencias</b>
Inmovilismo	Úlceras por presión, pérdida de masa muscular, neumonías, desnutrición, impactación fecal, etc.
Inestabilidad	Caídas, fracturas, hematoma subdural.
Incontinencia	Úlceras por presión, infecciones, aislamiento, etc.
Infecciones	Especialmente respiratorias y urinarias. Se asocian con mayor morbimortalidad.
Pérdida de la visión	Aislamiento, deterioro de la calidad de vida, delirium, etc.
Pérdida de la audición	Aislamiento, deterioro de la calidad de vida, delirium, etc.
Estreñimiento	Impactación fecal, delirium, incontinencia, etc.
Malnutrición	Obesidad, desnutrición, infecciones, etc.
Demencia	Deterioro global, dependencia, problemática familiar y social, etc.
Delirium	Deterioro global, hospitalización, caídas, fracturas, hematoma subdural, etc.
Trastornos del sueño	Deterioro de la calidad de vida, depresión, etc.
Depresión	Deterioro global.
Pobreza	Principal factor de riesgo para deterioro global.

## VALORACIÓN FÍSICA

La importancia de la valoración física, ha sido demostrada ampliamente en la literatura geriátrica, no sólo en relación con procesos patológicos específicos, sino en la determinación del pronóstico y la asociación con factores de riesgo modificables. Los instrumentos utilizados, a pesar de ser muy variados, comparten la *facilidad de aplicación*, y la posibilidad de cuantificar sus variables en forma objetiva.

La función o capacidad de realizar las actividades de la vida diaria (AVD) se divide en tres categorías, que aumentan en su grado de complejidad, de la siguiente forma:

### **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**

Como su nombre lo dice, son aquellas que se deben realizar en su totalidad para definir a una persona como independiente desde el punto de vista físico o funcional. Denotan por lo general tareas de autocuidado como las vistas en la tabla 3. Se puede tener incapacidad en una o varias de ellas, aumentando así la necesidad de asistencia por parte de los cuidadores.

**Tabla 3**  
**Actividades básicas de la vida diaria**

Bañarse  
Vestirse  
Movilizarse o desplazarse  
Controlar esfínteres o continencia  
Asearse y usar el sanitario  
Alimentarse

Dentro de las múltiples escalas usadas para este fin, cabe destacar el *Índice de Barthel* (Anexo 1), ya que no sólo es muy sencilla, sino que puede ser aplicada indistintamente para estudios, seguimiento de pacientes y como método de comunicación entre los diferentes profesionales que se relacionan con el paciente.

### **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

Indican la capacidad que se tiene para llevar una vida independiente en la comunidad. Asimismo se suelen relacionar con la capacidad mental o cognoscitiva (tabla 4).

**Tabla 4**  
**Actividades instrumentales de la vida diaria**

Uso del teléfono  
Cuidado y arreglo de la casa  
Preparación de las comidas  
Lavado de la ropa  
Utilización del transporte  
Realización de compras  
Toma de la medicación  
Manejo del dinero  
Cortarse las uñas

Al igual que el grupo anterior, los instrumentos para valoración de AIVD son muy variados y con diferentes aplicaciones. Una de las más conocidas es la escala de Lawton, siendo modificada, adaptada y validada para nuestro medio (anexo 2).

**Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)**

Son el componente más reciente de la valoración física y el que mejor correlación tiene con la detección precoz de problemas geriátricos. Son igualmente llamadas actividades físicas basadas en la ejecución. Los aspectos más estudiados en estas actividades, se resumen en la tabla 5.

**Tabla 5**  
**Actividades avanzadas de la vida diaria**

Velocidad de la marcha  
Pruebas de balance estático  
Tiempo en levantarse de una silla  
Alcance funcional

## **VALORACIÓN MENTAL**

La valoración mental mide dos aspectos básicos: *el cognoscitivo* y *el afectivo*.

### **Valoración cognoscitiva**

Una de las mayores preocupaciones y dificultades que se le presentan al médico en la actualidad, es poder definir si un paciente presenta un deterioro cognoscitivo, y en forma muy especial, si se está ante la presencia de una demencia en sus estadios iniciales, o si por

el contrario es una manifestación secundaria de otra enfermedad orgánica o psiquiátrica. Muchas veces surge incluso la duda de pensar que es parte del proceso normal de envejecimiento, con los llamados “cambios de la memoria relacionados con la edad”, que pueden aún confundir más el amplio panorama de la valoración cognoscitiva del anciano.

Para poder aclarar lo antes referido, debemos recordar que sólo las manifestaciones clínicas de la enfermedad y las ayudas diagnósticas dirigidas a cada caso, son las que pueden esclarecer su etiología y por ende instaurar el tratamiento apropiado. La valoración cognoscitiva, sólo es parte de esas herramientas y en ningún caso puede dar un diagnóstico.

Son muchas las escalas que se presentan, llegando incluso a ser confusa la información. Una de las posibles explicaciones es que ninguna de ellas parece cumplir con las expectativas para las que fueron creadas y a esto se le suma la dificultad de ser aplicadas en un medio diferente al original, no sólo por las diferencias en el idioma, sino incluso en las costumbres, nivel cultural, edad del grupo estudiado, etc.

En Colombia se están unificando criterios para utilizar un instrumento que sea adecuado al medio. Tal es el caso del examen mental mínimo o minimal, (anexo 3), que aunque tiene algunas dificultades en su interpretación, es útil en el tamizaje, búsqueda de casos, de los pacientes con demencia.

### **Valoración del afecto**

El objetivo es la evaluación y ayuda diagnóstica en la *depresión*, la *ansiedad* y las *alteraciones del comportamiento*. La depresión y la ansiedad tienen criterios diagnósticos muy claros planteados en el DSM IV. El instrumento más utilizado es la Escala de Depresión Geriátrica o de Yesavage. Existen dos versiones, la primera de 30 variables y la segunda de 15 (anexo 4), la cual ha mostrado una sensibilidad y especificidad similar a la original.

## **VALORACIÓN SOCIOECONÓMICA**

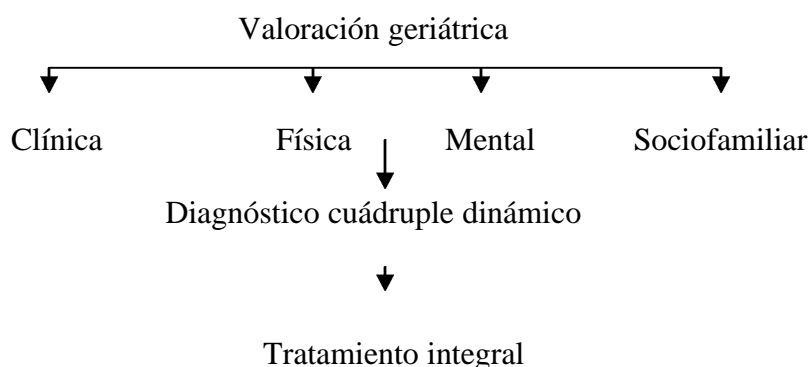
Aunque es un profesional en trabajo social quien verdaderamente realiza un exhaustivo y completo análisis de la situación socioeconómica, los integrantes del equipo geriátrico en general, y los médicos en particular, deben conocer el estado social del individuo con el fin de poder plantear conductas razonables dentro de las posibilidades de cada paciente. La información obtenida en este tipo de valoración es semiestructurada, por tanto aunque no se obtiene un puntaje, se detectan problemas que pueden influir en la toma de decisiones.

Toda valoración, debe incluir los aspectos referidos en la tabla 6.

**Tabla 6**  
**Aspectos incluidos en la valoración social**

- Familiograma
- Actividades sociales
- Relaciones sociales
- Soporte social
- Cuidadores
- Recursos sociales
  - Ingresos y gastos
  - Vivienda
  - Servicios públicos

En resumen, se puede decir que la *valoración geriátrica* es una herramienta de trabajo, que en forma estructurada ayuda en el proceso diagnóstico, dinámico del anciano y en la búsqueda de un tratamiento integral.



## **PARTICULARIDADES EN LA SEMIOLOGÍA DEL ANCIANO**

Es fácil diferenciar entre el proceso normal de envejecimiento *vs.* el patológico, cuando sus manifestaciones clínicas están en los extremos, pero encontrar el punto medio es tarea difícil, en especial cuando no hay estudios claros al respecto. Un ejemplo claro son los cambios de la marcha relacionados con la edad, ya que ellos se asocian con un mayor riesgo de caídas y por ende de fracturas, se interpretan como patológicos. En esta revisión, se hará énfasis en los hallazgos semiológicos relevantes que acompañan al proceso normal de envejecimiento, sin incluir los que aún son controvertidos. Asimismo se describirán los signos clínicos característicos del anciano enfermo y que lo diferencian del joven.

Aunque es muy escasa la bibliografía sobre este tema, hemos tomado como referencia básica la reciente publicación del Dr. Jaime Márquez Arango, sobre la geriatría en la consulta diaria, en donde hace una detallada descripción del tema.

## Aspecto general e inspección

El contacto inicial con el paciente da información muy valiosa, pues muchos diagnósticos parten de ésta. En la tabla 7 se destacan los aspectos más importantes, siendo algunos de ellos muy evidentes pero altamente significativos.

**Tabla 7**

<b>Hallazgo</b>	<b>Comentario</b>
Mal aspecto personal	Se encuentra en pacientes con demencia, abandono o depresión.
Marcha lenta	Se relaciona con enfermedad de Parkinson (primario o secundario a fármacos), pérdida de visión o depresión.
Fascies inexpresivas	Enfermedad de Parkinson, demencias subcorticales, depresión o iatrogenia farmacológica (neurolépticos).
Postura en flexión	Podría ser normal por el aumento de la cifosis dorsal, relacionarse con osteoporosis o en pacientes deprimidos.
Temblor	Diferenciar entre temblor esencial y enfermedad de Parkinson
No respuesta al interrogatorio	Podría ser por hipoacusia, demencia o depresión.
Dificultad	Se relaciona con enfermedad de Parkinson o en ancianos para levantarse muy viejos. Indica alto riesgo de caídas y fracturas.
Mirada indiferente	Pacientes amauróticos, con demencia o delirium.
Desorientación	Se relaciona con demencias, depresión o hipoacusia.
Paciente evaluado	Mirar si existen úlceras por presión, anquilosis de las articulaciones, retracciones musculares y pérdida de masa en cama muscular. Estas últimas se relacionan con inmovilismo mayor de 3 meses.

## ***Cabeza y cuello***

La evaluación es similar a la de los demás pacientes, pero se destacan algunos aspectos inherentes al anciano (tabla 8):

**Tabla 8**  
**Semiología de la cabeza y cuello del anciano**

Órgano	Hallazgos
Ojos	Arco senil. Pupilas mióticas. Cataratas, degeneración macular y glaucoma. Ectropión.
Nariz	Relajación de cartílagos. Atrofia de la mucosa. Epistaxis.
Oídos	Relajación de cartílagos. Presbiacusia. Fenómeno de reclutamiento.
Boca y faringe	Pérdida de la dentadura. Xerostomía. Atrofia de amígdalas.
Cuello	Ingurgitación yugular. Estenosis carotídea. Buscar adenopatías.

### ***Ojos***

Es frecuente encontrar a la inspección el llamado “arco senil”, el cual no tiene generalmente ninguna implicación patológica. Las pupilas suelen ser mióticas, dificultando la realización del fondo de ojo y el dilatarlas rutinariamente puede llevar a múltiples complicaciones, por lo cual se recomienda que sólo lo realice personal especializado.

Debemos siempre recordar las principales causas de ceguera: la degeneración macular, las cataratas y el glaucoma de ángulo abierto, siendo las últimas dos tratables. Hasta el

momento no existe un tratamiento preventivo o curativo para la degeneración macular, situación ésta que deteriora inexorablemente la calidad de vida.

El ectropión es la lesión más prevalente de los párpados, siendo la cirugía la forma más adecuada de tratamiento.

### ***Nariz***

Se presenta aumento de tamaño debido a modificaciones cartilaginosas. Aunque suele encontrarse una mucosa atrófica no se relaciona normalmente con enfermedad. La patología más frecuente es la epistaxis, la cual debe ser cuidadosamente evaluada pues el atribuirle a hipertensión arterial no es lo más acertado debiendo estudiarse algunas otras causas locales o sistémicas.

### ***Oídos***

Al igual que en la nariz, se puede presentar aumento de tamaño debido a modificaciones cartilaginosas. Se debe buscar la presencia de ulceraciones, ya sean traumáticas o por carcinomas de piel.

El hallazgo más frecuente relacionado con la edad es la presbiacusia. Se perciben con mayor dificultad los tonos de frecuencias altas (consonantes) y mejor los de frecuencia baja (vocales). Asimismo se presenta el fenómeno de reclutamiento (se oye peor con la presencia de varias voces al mismo tiempo). Se recomienda que al hablarles se les mire directamente a la cara y se utilice un tono medio estable.

### ***Boca y faringe***

La pérdida de la dentadura es la enfermedad más prevalente de este grupo poblacional y trae múltiples consecuencias, en especial de tipo nutricional. Se recomienda para una adecuada evaluación remover las prótesis dentales en caso de tenerlas, buscando ulceraciones dependientes de ellas o secundarias a otras patologías. Las amígdalas suelen estar atróficas y en caso contrario, en especial si es unilateral se debe descartar la presencia de una neoplasia.

La queja más frecuente es la xerostomía o sequedad de la boca, la cual puede acompañar al proceso normal de envejecimiento o ser secundaria a fármacos.

### ***Cuello***

La presencia de bocio es un hallazgo frecuente en los ancianos y su estudio dependerá de la situación clínica del paciente. Las yugulares pueden estar ingurgitadas, en especial al lado

izquierdo, sin implicar un hallazgo patológico. Desaparece con la inspiración profunda y ayuda al diagnóstico diferencial con la insuficiencia cardíaca. Las carótidas pueden estar estenóticas, ayudando en estos casos la palpación y la auscultación. El movimiento rápido del cuello puede ocasionar síncope.

La presencia de adenopatías nos debe hacer sospechar en la mayoría de los casos de enfermedad maligna o tumoral.

## **TÓRAX Y SISTEMA CARDIOPULMONAR**

Se evidencia un ligero aumento del diámetro anteroposterior, dando una falsa apariencia de “tórax en tonel”. Este hallazgo puede modificar la interpretación de la radiografía de tórax.

Debe realizarse un detallado examen de las mamas en las mujeres, dada la alta presencia de neoplasias. No siempre es fácil diferenciar a la palpación entre calcificaciones normales o patológicas y ante la duda debemos utilizar métodos diagnósticos dirigidos o remitirlas al especialista.

La toma de la presión arterial puede presentar algunas dificultades en el anciano, en especial por las consecuencias que conlleva la rigidez de las arterias exploradas, llevándonos a falsos diagnósticos de hipertensión sistólica. La maniobra de Osler, que puede ser positiva hasta en el 10%, es de gran ayuda. Si al inflar el manguito del tensiómetro por encima de la presión sistólica auscultatoria se continúa palpando el pulso, se considera positiva y no corresponde a la verdadera presión. En estos casos se recomienda evaluar el compromiso de órganos blanco antes de pautar un tratamiento farmacológico.

La auscultación cardíaca no siempre es fácil. Las maniobras respiratorias no siempre se pueden realizar y los focos auscultatorios suelen estar desplazados por los cambios del tórax.

Las arterias deben ser exploradas en su totalidad, buscando correlación clínica con cada una de ellas. Un ejemplo es la presencia de úlceras vasculares en miembros inferiores, donde se debe diferenciar aquellas de origen venoso de las producidas por daño arterial, pues su tratamiento y pronóstico son diferentes.

## **ABDOMEN Y TRACTO GASTROINTESTINAL**

Generalmente hay un aumento en depósito de grasa abdominal. La relación anatómica de los órganos puede modificarse especialmente en personas muy ancianas o con osteoporosis. Como consecuencia el hígado puede ser palpable, ser patológico. El bazo involuciona con la edad y el hecho de palparlo siempre es patológico y por tanto requiere ser estudiado.

El tacto rectal es mandatorio en los ancianos, buscando no sólo la presencia de neoplasias, sino la impactación fecal, problema geriátrico de alta prevalencia y que suele ser responsable de múltiples patologías como el delirium y la incontinencia urinaria, entre

otras. Asimismo su utilidad en el diagnóstico de patologías prostáticas sigue siendo de gran importancia.

La presencia de adenopatías inguinales es frecuente en ellos y a diferencia de las del cuello no siempre se relacionan con enfermedad tumoral, siendo muchas veces, hallazgos sin importancia.

## **SISTEMA OSTEOARTICULAR**

Es uno de los que presenta mayores cambios en la población anciana. La presencia de osteoartrosis es altamente prevalente y su diagnóstico es clínico en la mayoría de los casos, pues no suele presentar hallazgos de importancia en las pruebas complementarias, excepto en casos muy severos que produce cambios radiográficos compatibles con daño articular.

Una entidad clínica característica de los ancianos es la polimialgia reumática, la cual se puede acompañar hasta en un 30% de arteritis temporal. Las manifestaciones clínicas son:

- Dolor en las cinturas pélvica y escapular.
- Imposibilidad de movilizar los miembros superiores (refieren que no se pueden peinar).
- Cefalea.
- Fiebre.
- Marcada astenia y adinamia.
- Amaurosis fugaz.
- Tiempo de evolución mayor a 6 semanas.

Siempre que se sospeche debe solicitarse una Velocidad de Sedimentación Globular, pues en la mayoría de los casos está muy aumentada.

## **NEUROLÓGICO**

Previamente se hizo referencia a las alteraciones que presenta un paciente con enfermedad de Parkinson respecto a su aspecto general. Simplemente debe recordarse que ellos presentan mayor asociación con demencia y depresión.

Existen algunos hallazgos al examen físico que podrían ser normales:

- El polígono de sustentación suele estar aumentado; la marcha se hace más lenta y disminuye el balanceo de los brazos al caminar, especialmente en los muy ancianos.
- La sensibilidad vibratoria de los miembros inferiores (MMII) suele estar disminuida hasta en el 50% de los pacientes, en especial en los muy ancianos.
- Alteraciones de la sensibilidad térmico-dolorosa.

- Los reflejos cutáneo abdominal y aquiliano pueden estar abolidos. En los centenarios es frecuente encontrar ausencia de reflejos y en todos los casos se debe hacer una correlación con otros hallazgos o síntomas.
- El reflejo patológico de Babinski puede no tener significancia clínica, en especial cuando es bilateral o cuando aparece y desaparece.

En la tabla 9 hay un resumen de los aspectos semiológicos de mayor importancia en los sistemas cardiopulmonar, gastrointestinal, osteoarticular y neurológico.

**Tabla 9**  
**Resumen de la semiología del sistema cardiopulmonar, gastrointestinal, osteoarticular y neurológico**

---

Cardiopulmonar	Aumento del diámetro anteroposterior Maniobra de Osler (positiva en el 10%) Auscultación cardíaca
Abdomen	Aumento de la grasa abdominal Pérdida de la relación anatómica de los órganos Involución del bazo Tacto rectal Evaluación de la próstata
Osteoarticular	Evaluación clínica de la osteoartrosis Polimialgia reumática Arteritis temporal
Neurológico sustentación	Modificaciones en la marcha, balanceo y sustentación Disminución de la sensibilidad vibratoria de MMII Alteraciones de la sensibilidad térmico-dolorosa Disminución de los reflejos tendinosos Reflejo de Babinski bilateral en algunos casos

---

## **PIEL Y FANERAS**

Las alteraciones de la piel son las más evidentes y notorias, en especial en las personas de piel blanca. En su gran mayoría se relacionan con el sol (dermatoheliosis), y se manifiestan principalmente como arrugas y queratosis actínicas. Estas últimas se deben explorar cuidadosamente ya que son lesiones premalignas.

La xerosis, sequedad de la piel, es un motivo frecuente de consulta. Cuando ésta se acompaña de engrosamiento de la piel, se debe pensar en hipotiroidismo.

La llamada Púrpura senil, en realidad no es una verdadera púrpura, ya que no cursa con alteraciones de las pruebas de coagulación o de las plaquetas. Su etiología está asociada a pérdida del soporte elástico de los vasos.

Se debe tener presente el diagnóstico de neoplasias de la piel, pues son dependientes de la edad. Entre ellas se destacan el carcinoma basocelular, el escamoso y el melanoma.

El color amarillo de la piel puede ser debido al aumento de carotenos que se asocia al envejecimiento, más aún si se acompaña de una dieta rica en éstos, como podría ser el consumo habitual de papaya. Para el diagnóstico de las anemias se requiere la exploración de conjuntivas y mucosas junto a los demás signos clínicos.

La alopecia, frecuente en hombres desde edades más tempranas o en mujeres muy ancianas.

Finalmente es necesario recordar que los cambios de la piel en MMII se pueden asociar a insuficiencia venosa crónica o arterial. En la tabla 10 se presenta un resumen de las diferencias semiológicas en cada una de ellas:

**Tabla 10**  
**Diferencias clínicas de las úlceras de MMII**

<b>Característica</b>	<b>Úlceras venosas</b>	<b>Úlceras arteriales</b>
Edema	Muy frecuente	Poco frecuente
Temperatura	Normal	Disminuida
Color	Pigmentación ocre	Palidez
Dolor	Leve	Severo
Pulsos arteriales	Presentes	Disminuidos
Pérdida de faneras	Ausente	Presente

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bennahum D.A., Forman W.B., Vellas B. and Albarede J.L. *Life expectancy, comorbidity, and quality of life: A framework of reference for medical decisions*. Clin Geriatr Med, 1997; 13: 33-53.
2. Fleming K.C., Evans J.M., Weber D.C., et. al. *Practical functional assessment of elderly persons: A primary-care approach*. Mayo Clin Proc, 1995; 70: 890-910.
3. Fletcher A.E., Dickinson E.J. and Philp I. *Review: audit measures: quality of life instruments for everyday use with elderly patients*. Age and Ageing, 1992; 21:142-150.
4. Gómez J.F., Curcio C.L., Gómez D.E. *Capacidad funcional*. En: "Evaluación de la salud de los ancianos". Manizales, Colombia, 1996; 117-40.
5. Hazzard W.R., Blass J.P., Ettinger Jr. W.H., et. al. *Disease of the organ systems*. In: "Principles of Geriatric Medicine and Gerontology". Fourth edition. McGraw-Hill. New York, USA, 1999.
6. Keith R.A. *Functional status and health status*. Arch Phys Med Rehabil, 1994; 75: 478-83.
7. Márquez Arango, J. *Principios básicos de semiología*. En: "La geriatría en la consulta diaria" Tercer Mundo Editores. Bogotá, Colombia, 1999; 10-22.
8. Pathy J. *Medicine in old age*. In: "Principles an practice of Geriatric Medicine". Third edition. John Wiley & Sons. Chichester, U.K., 1998.
9. Salzman C. *Clinical Geriatric Psychopharmacology*. Third edition. In: Diagnosis of late-life depression. Williams & Wilkins, 1998, 153-83.
10. Yesavage J.A. *Development and validation of a geriatrics depression scale*. J. Psychiatr. Res. 1983; 17: 31-49.

\* Geriatra clínico. Director Instituto de Envejecimiento, Pontificia Universidad Javeriana.

\*\* Geriatra clínica. Pontificia Universidad Javeriana.

## ANEXO 1

### ÍNDICE DE BARTHEL

#### Alimentación

<i>Independiente</i> capaz de utilizar cualquier instrumento; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo. La comida puede situarse al alcance.	10
<i>Necesita ayuda</i> ej: para cortar, extender la mantequilla.	5
<i>Dependiente</i> necesita ser alimentado.	0

#### Lavado (baño)

<i>Independiente</i> capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.	5
<i>Dependiente</i> necesita alguna ayuda.	0

#### Vestirse

<i>Independiente</i> capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.	10
<i>Necesita ayuda</i> . Pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.	5
<i>Dependiente</i>	0

#### Arreglarse

<i>Independiente</i> realiza todas las actividades personales (ej.: lavarse manos y cara, peinarse). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si es con máquina eléctrica.	5
<i>Dependiente</i> necesita alguna ayuda.	0

#### Deposición

<i>Continente</i> . Ningún accidente si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.	10
<i>Accidente ocasional</i> raro (menos de una vez por semana) o necesita ayuda para el enema o supositorio.	5
<i>Incontinente</i>	0

#### Micción

<i>Continente</i> . Ningún accidente seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (ej.: catéter) si es necesario o es capaz de cambiar la bolsa.	10
<i>Accidente ocasional</i> menos de una vez por semana; necesita ayuda con instrumentos.	5
<i>Incontinente</i>	0

## Sanitario

<i>Independiente</i> entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, limpiar y vaciar completamente la bacinilla o sanitario sin ayuda. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras para soportarse.	10
<i>Necesita ayuda</i> capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa o usar el papel del baño.	5
Sin embargo, aún es capaz de utilizar el inodoro.	0
<i>Dependiente</i> incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	0

## Traslado sillón cama

<i>Independiente</i> sin ayuda en todas las fases, se aproxima a la cama, frena y cierra la silla de ruedas si es necesaria, desplaza el apoyapie, se mete y se acuesta en la cama, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, vuelve a la silla de ruedas.	15
<i>Mínima ayuda</i> incluye supervisión verbal y pequeña ayuda física tal como la ofrecida por un cónyuge no muy fuerte.	10
<i>Gran ayuda</i> capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para salir de la cama o desplazarse.	5
<i>Dependiente</i> necesita ayuda o desplazamiento por dos personas. Incapaz de estar sentado.	0

## Deambulaci3n

<i>Independiente</i> puede usar cualquier ayuda: prótesis, caminador, muletas, etc. Excepto caminador; la velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n.	15
Necesita ayuda supervisi3n física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie; deambula 50 metros.	10
Independiente en silla de ruedas en 50 metros. Debe ser capaz de girar esquinas solo.	5
<i>Inm3vil</i> incluye ser rodado por otro.	0

## Escalones

<i>Independiente</i> capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.).	10
<i>Necesita ayuda</i> supervisi3n física o verbal.	5
<i>Incapaz</i> necesita alzamiento (ascensor), o no puede subir escalones.	0

Puntaje total

## ANEXO 2

### ESCALA DE LAWTON MODIFICADA

¿Realiza esta actividad?	Sí		No
	Sin dificultad	Con dificultad pero sin ayuda	Solamente con ayuda
1 Salir de la casa			
2 Caminar por las habitaciones			
3 Usar teléfono			
4 Ir de compras			
5 Tomar su propio medicamento			
6 Abrir y cerrar ventanas			
7 Manejar su propio dinero			
8 Encender y apagar radio y TV.			
9 Manipular interruptores			
10 Hacer su propia comida			
11 Manipular llaves			
12 Cortarse las uñas			
13 Hacer trabajo liviano en la casa, lavar platos etc.			
14 Hacer trabajo pesado en la casa, lavar ventanas, pisos, etc.			

---

Total

---

Modificado por Gómez, J.F. y Curcio, C.L.

### ANEXO 3

#### MINIMENTAL

Puntaje	Orientación		
/ 5	Diga en qué:	1. Año _____ nos encontramos 2. Mes _____ 3. Día _____ 4. Día / sem. _____ 5. Hora _____	(1) (1) (1) (1) (1)
/ 5	En qué	1. País _____ nos encontramos 2. Ciudad _____ 3. Departamento _____ 4. Hospital (lugar) _____ 5. Piso _____	(1) (1) (1) (1) (1)
/ 3	Memoria Diga tres nombres: <i>casa, mesa, árbol</i> . Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que los repita. Un punto por cada uno. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anote el número de ensayos requeridos _____		(3)
/ 5	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) Decir los meses del año al revés (diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto, realizar uno u otro: (números o meses).		(5)
/ 3	Evocación De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.		(3)
/ 2	Lenguaje Denominar dos objetos ( <i>reloj, lápiz</i> )		(2)
/ 1	Repetir: <i>en un trigal había cinco perros</i>		(1)
/ 3	Comprensión: obedecer una orden en tres etapas:  "Tome la <i>hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en el suelo</i> " Lea y obedezca las siguientes órdenes:		(3)
/ 1	"Cierre los ojos"		(1)
/ 1	"Escriba una frase"		(1)
/ 1	"Copie el diseño"		(1)

## ANEXO 4

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA O YESAVAGE

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

Puntaje total

Interpretación: sume todas las respuestas con mayúsculas y **negrilla** (por Ej. **SÍ** o **NO**)

0 a 5 Normal

6 a 10 Moderada

11 a 15 Severa