

La Evaluación Geriátrica en el Consultorio de Clínica Médica

Alberto Marty .

Introducción

- a- El rol del clínico en practicar y enseñar Geriatría.
- b- Heterogeneidad de la población geriátrica.

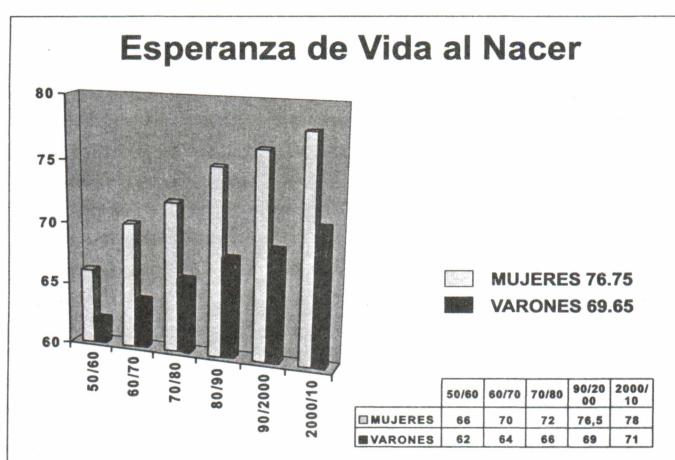
La población de mayores está creciendo en todo el mundo desarrollado, debido a una extensión de la esperanza de vida al nacer y a un descenso de la tasa de natalidad. En la ciudad de Buenos Aires el 16,3% de la población es mayor de 65 años. Este grupo consulta un promedio de 11 veces en el año comparado con las 5 consultas promedio en la población más joven. Esto determina que alrededor del 40% de los pacientes que vemos en nuestros consultorios sean mayores. Estos pacientes son atendidos en su mayor parte por clínicos, internistas, médicos generales y de familia.

ficaciones del estilo de vida, vacunación, chequeo de enfermedades, etc. Por el contrario, en aquellos de más de 85 años o con múltiples y complejos problemas sociales o de salud se debe implementar una EGM para evitar la falta de detección de problemas que llevan a incapacidades funcionales o dependencia para las actividades de la vida diaria.

Evaluación Geriátrica Multidimensional (EGM)

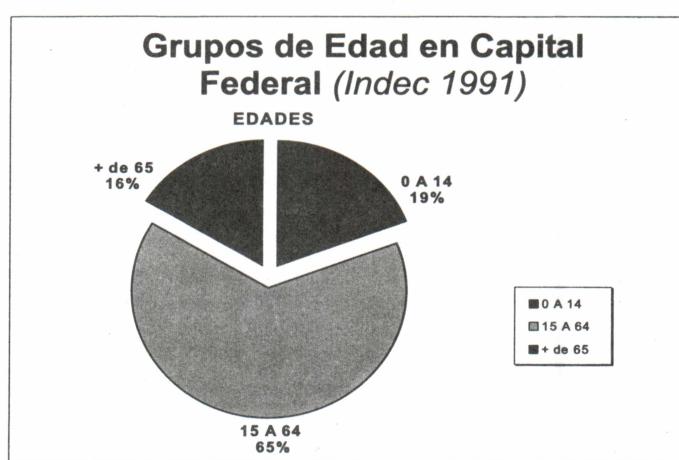
- a- Evaluación clínica versus EGM.

La EGM nos permite detectar problemas y desarrollar estrategias de prevención, tratamiento o rehabilitación que permitan mejorar o mantener la capacidad funcional y el estado de salud.



Debido a la falta de geriatras en muchos ámbitos asistenciales, la educación y formación continua en geriatría es provista por generalistas. Por eso, nosotros debemos conocer los principios básicos de la EG para asistir adecuadamente a nuestros pacientes, así como servir de modelo para otros generalistas que se están formando.

Desde el primer momento debemos reconocer que la población de nuestros pacientes mayores es heterogénea y focalizar la evaluación y el plan de atención de acuerdo a ello. Para aquellos pacientes que son más jóvenes, que están en buena salud y que presentan pocos problemas crónicos debemos centrarnos en la geriatría preventiva por Ej. Modifi-



Va más allá de la evaluación médica tradicional incluyendo aspectos como la evaluación mental, funcional, social, etc. pudiendo ser realizada por un médico individualmente o por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

Afortunadamente la mayor parte de las personas no necesitan de esta evaluación tan extensa siendo suficiente con tener en cuenta sólo algunos aspectos específicos de la entrevista geriátrica. Las evaluaciones más extensas y exhaustivas, como la EGM deben quedar reservadas para aquellos que son frágiles o se encuentran en una situación de alto riesgo de declinar funcionalmente o próximos a requerir atención institucional.

(1) Director del programa de Medicina Interna General . Sanatorio Otamendi-Medicus , UBA

b- Haciendo más eficiente la consulta.

La EGM puede transformarse en un proceso lento e ineficiente. Si va a ser realizada en el consultorio debe ser hecha de una manera eficiente. Cuando la EGM está organizada apropiadamente podemos conducir una evaluación multidimensional breve que permite alcanzar una visión abarcativa del paciente sin perder una cantidad extensa de tiempo. Adquirir esto desde el principio es muy importante ya que si uno percibe que la atención de los pacientes frágiles consume una cantidad excepcional de tiempo lo más probable es que trate de evitarlos. Estos pacientes ven entonces, fragmentada su atención entre múltiples especialistas generando una atención descoordinada y que probablemente llevará al fracaso.

Si bien cada lugar de atención es diferente algunos conceptos básicos pueden ser de utilidad. En primer lugar, debemos descartar el concepto de que todos los datos de la historia clínica deben ser obtenidos por el médico. Esto proviene de una época ya pasada en la que se enseñaba al médico a trabajar más como un artesano individual que como un integrante de un equipo de salud. Hoy en día, la mayor parte de la información relevante de la historia clínica puede ser obtenida a través de otros profesionales de la salud, los mismos pacientes o sus familiares a través de cuestionarios auto-administrados. Es más, se ha demostrado que el tiempo transcurrido en obtener la HC es inversamente proporcional a la satisfacción del paciente. En contraste el tiempo consumido en el examen físico, en explicar el tratamiento o en educar al paciente correlaciona positivamente con la satisfacción del paciente.

Un cuestionario estructurado previo a la visita que aporte información sobre los antecedentes médicos, medicación, medidas preventivas y status funcional (incluyendo quién ayuda al paciente cuando éste es dependiente) puede reducir en forma significativa la duración de la consulta. Puede ser completado por el paciente o su familiar previo a la entrevista.

Segundo, cuando sea necesario utilizar instrumentos de chequeo para muchos de los aspectos importantes de la evaluación geriátrica (minimental, IADL, Etc.) estos pueden ser administrados por otro personal del equipo de salud, por ejemplo enfermeras o trabajadoras sociales. Entonces el médico utilizará el tiempo para revisar el resultado de los mismos y decidir cuáles aspectos requieren una evaluación más profunda.

Tercero, el uso de la tecnología y las computadoras para mejorar las historias clínicas permitirá contar, en un futuro no lejano, con información legible, actualizada y el manejo de datos de poblaciones lo que permitirá que la atención diaria se parezca al desarrollo de un protocolo de investigación.

Cuarto, muchos elementos del plan de tratamiento podrán ser delegados a otros profesionales del equipo de salud. El seguimiento telefónico o de controles periódicos y programas de educación para reforzar la adherencia a los tratamientos.

Aspectos prácticos de la evaluación geriátrica

a- ¿A quién evaluar y con qué profundidad?

Es poco práctico aplicar una evaluación multidimensional a todos los pacientes. Una estrategia más efectiva consiste en suplir el examen tradicional chequeando brevemente los problemas más frecuentes en la población geriátrica; dejando una evaluación más profunda para aquellos pacientes en los que se identificó potenciales problemas durante el chequeo.

El chequeo cuidadoso de problemas geriátricos comunes debe ser realizado ya que, de otra manera, frecuentemente no son detectados durante el interrogatorio y el examen físico habitual. También durante la búsqueda de problemas, el médico debe evaluar problemas no médicos de particular relevancia en la salud del anciano, su opinión sobre los cuidados cerca del final de la vida, el soporte social y económico y los riesgos ambientales. Cada dimensión debe ser evaluada aunque sea brevemente, si se detecta algún problema se realiza una evaluación más profunda si es necesario.

b- El uso de instrumentos de evaluación.

El uso de instrumentos de evaluación puede facilitar nuestra tarea aunque estos no deben suplir al juicio clínico. Deben ser utilizados para facilitar la detección de un potencial problema luego de lo cual pasamos a una evaluación más profunda. Por otra parte, si los instrumentos son de alta sensibilidad aunque no tengan alta especificidad podemos dejar de evaluar algunas dimensiones que son negativas en los instrumentos de screening.

Lo ideal es que los instrumentos de screening sean utilizados por personal auxiliar al médico y que cuando estos den resultados anormales sean profundizados por el médico; por ejemplo se realiza antes de entrar al consultorio un breve chequeo para detectar trastornos cognitivos, si éste es anormal el médico profundiza la evaluación con un minimental test.

c- ¿Qué evaluar y como hacerlo?

La evaluación geriátrica debe incluir una serie de instrumentos o preguntas dirigidas a evaluar diferentes áreas que son importantes en las personas mayores. Estos instrumentos y sus áreas de evaluación serán descriptos brevemente a continuación.

Evaluación médica complementaria

Algunos aspectos particulares deben ser chequeados en la población geriátrica debido a su alta prevalencia y a que pueden influir notablemente sobre la capacidad funcional de nuestros pacientes. Entre estos aspectos se incluyen: la disminución de la agudeza visual y/o auditiva, la movilidad, la incontinencia urinaria, la nutrición inadecuada y la polifarmacia. En la evaluación tradicional, como ya mencionamos, son frecuentemente subdiagnosticados porque el paciente suele no referirlos espontáneamente. Por ejemplo, puede considerar que las caídas son un problema propio de la edad no reconociendo que es un problema médico que requiere diagnóstico y

tratamiento. Por pudor usualmente no se mencionan problemas relacionados con incontinencia o la sexualidad.

Pérdida de la visión

La incidencia de glaucoma, cataratas, degeneración macular y retinopatía diabética aumenta con la edad, entre los mayores de 85 años el 20% tiene dificultades en la visión aún usando lentes. La presbicia es casi universal, siendo prácticamente una regla el uso de anteojos.

Los problemas visuales aumentan el riesgo de lesiones por caídas y accidentes en la vía pública puede también deteriorar la capacidad funcional física y psicosocial. Es importante evaluar la capacidad para conducir un vehículo del paciente, limitándolo si es necesario.

El método recomendado para evaluar la visión es utilizar la carta de Jaeger que el paciente sostiene en su mano alejándola a 36 cm., el test falla si el paciente es incapaz de leer utilizando sus lentes las letras en la línea 20/20. De todas maneras, se recomienda la evaluación anual oftalmológica a partir de los 65 años ya que ha fallado el screening de glaucoma en atención primaria.

Pérdida de la audición

La pérdida de la audición también es muy frecuente, 36% de los americanos mayores de 75 años tienen problemas en la audición. Existe un trabajo randomizado que demuestra la utilidad de realizar screening de problemas auditivos basado en que una vez detectado el problema y corregido, mejora la comunicación así como el funcionamiento social, cognitivo y funcional.

En el consultorio se puede realizar con un audioscopio y fallan los que no escuchan 40 decibeles en la gama entre los 1000 y 2000 hz. de frecuencia.

Más sencillo es el test del susurro que consiste en repetir desde atrás del paciente susurrando algunas palabras que el paciente debe repetir a diferentes distancias, 15, 20, 30 y 60 cm. Se evalúa cada oído por separado y se considera que falló si hay más de un 50% de errores.

Nutrición inadecuada

Los trastornos nutricionales también son frecuentes en los ancianos, y frecuentemente no reconocidos. Son básicamente dos tipos: desnutrición u obesidad.

La desnutrición y la obesidad son frecuentes en todos los ámbitos donde veamos pacientes y está asociada a un incremento de la morbilidad y mortalidad, prolongación de las internaciones y un incremento en el riesgo de las úlceras de decúbito en el caso de la desnutrición.

El instrumento más sencillo es el índice de masa corporal que se obtiene dividiendo el peso (Kg.) sobre la talla (en metros) al cuadrado.

La pregunta: "sin haberlo intentado usted ha subido o bajado más de 5 Kg. de peso en los últimos 6 meses?" es muy

útil para hacer screening.

Niveles bajos de albúmina y colesterol han sido asociados con un incremento de la morbilidad.

Se han desarrollado varios cuestionarios para ser contestados por los pacientes entre ellos las 10 preguntas del Nutritional Screening Initiative, que son utilizados con frecuencia en los EEUU.

Cuestionario de chequeo nutricional	Sí
Yo tengo una enfermedad o problema que me ha hecho cambiar la cantidad y calidad de la comida que como	2
Yo como menos de dos comidas al día	3
Yo como poca fruta y vegetales o derivados lácteos	2
Yo bebo tres o más vasos de cerveza, vino o licor casi todos los días	2
Yo tengo problemas en la boca o en los dientes que me hacen difícil comer	2
No tengo siempre el dinero necesario para comprar la comida que yo necesito	4
Yo como solo la mayor parte de las veces	1
Yo tomo 3 o más drogas recetadas todos los días	1
Sin querer, perdí o gané 5 Kg. en los últimos 6 meses	2
Yo no estoy siempre en condiciones de comprar la comida, cocinar o alimentarme a mí mismo	2

Puntaje total: 0-2 sin problemas
3-5 riesgo moderado
6+ alto riesgo

Una vez detectados los problemas nutricionales debe investigarse la causa que puede estar relacionada con diversos aspectos del paciente, problemas de movilidad, trastornos cognitivos, depresión, etc.

Incontinencia urinaria

También la incontinencia urinaria es un problema común en geriatría y frecuentemente no reconocida. Entre un 5 al 10% de los mayores en la comunidad tienen episodios de incontinencia al menos 1 vez por semana. Aumenta la prevalencia con las limitaciones funcionales y, en el ámbito donde los ancianos están institucionalizados, la prevalencia llega al 40-60%. La incontinencia lleva a lesiones en la piel, úlceras, caídas y lleva a la fatiga del cuidador y a un deterioro de la capacidad funcional del paciente. La incontinencia puede ser evaluada con dos preguntas realizadas antes que el paciente ingrese en la consulta:

1- "¿En el último año ha tenido pérdidas de orina al toser, al reírse o al realizar un esfuerzo y se mojó?" o ¿tuvo

fuertes ganas de orinar y no llegó al baño? Si responde que sí a la primera pregunta:

2- "Le ha pasado de tener pérdidas en al menos seis oportunidades?". Si es un hombre se le debe preguntar ¿cuántas veces se levanta a la noche para orinar?.

La respuesta positiva a estas dos preguntas exige la evaluación más profunda del clínico.

Movilidad, equilibrio y marcha.

Los trastornos de la marcha afectan al 15 a 20% de los mayores y están directamente relacionados con la habilidad de desarrollar actividades de la vida diaria (ADLs). Los problemas en estas áreas se relacionan con un incremento en el riesgo de caerse, que es una de las mayores causas de morbilidad en este grupo etáreo. Alrededor de un tercio de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen cada año. Un 2 o 3% de estas personas terminan internados. Sólo la mitad de los internados siguen vivos al año siguiente. Los accidentes son una de las causas de muerte más importantes en este grupo, siendo las caídas dos tercios de todos estos accidentes. Luego de una caída es frecuente que se desarrolle miedo a volver a caer lo que produce una auto-restricción de actividad en un 24% de los que caen. Se han detectado múltiples factores de riesgo de caídas en varios estudios de cohortes prospectivas en la comunidad los que han aparecido en dos o más de ellos son: edad, sexo femenino, historia de caídas previa, problemas cognitivos, debilidad en las extremidades inferiores, problemas de equilibrio, uso de drogas psicotrópicos, artritis.

Evaluación de las caídas e intervenciones para evitarlas

La historia de caídas puede ser investigada con las siguientes preguntas estandarizadas: "¿Durante los últimos doce meses Ud. se ha caído al suelo o se ha tropezado y

golpeado contra una silla o la escalera?". La especificidad de esta pregunta es baja para detectar problemas tratables que permitan prevenir caídas.

El "Up & Go" es un instrumento que evalúa la movilidad para los ancianos frágiles. Durante el mismo se observa y se toma el tiempo para ver como el paciente se levanta de la silla, camina tres metros da la vuelta, vuelve a la silla y se sienta nuevamente. El paciente sin problemas en la motricidad debe realizarlo en 15 segundos.

Un TEST más extenso de la marcha y el equilibrio es el "Performance-oriented assessment of mobility instrument" de Tinetti.

En la práctica clínica es útil observar a los pacientes cuando vienen de la sala de espera como se sientan y como se desvisten, hacerlos dar una vuelta de 360° puede proveernos una idea del equilibrio.

Los pacientes en los que se detectan problemas en estas evaluaciones deben ser más profundamente valorados.

Polifarmacia

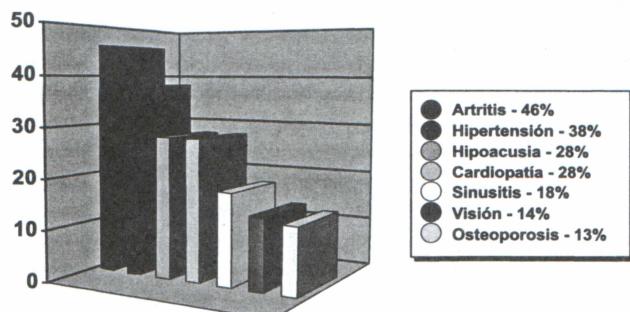
En los EEUU los pacientes mayores de 65 años toman un promedio de 4 a 5 medicamentos en un momento dado. Esto se produce porque los mayores suelen tener distintos problemas y en ocasiones ven varios médicos a la vez lo que genera múltiples indicaciones no coordinadas.

En general, es útil listar todos los medicamentos que toma el paciente y tratar de ir suprimiendo todos aquellos que no sean estrictamente necesarios o que no estén avalados por la evidencia. Deben estudiarse las interacciones. Un quinto de las internaciones es provocadas por efectos adversos de los medicamentos.

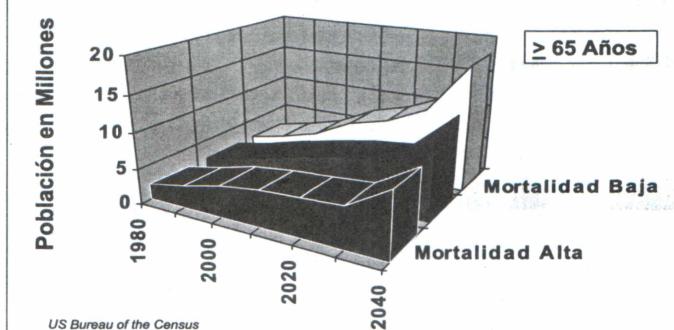
Debe evaluarse la función renal adaptando el clearance a la edad del paciente (140- edad) x peso en Kg. dividido la creatinina en Mg. % x72

Factores de riesgo	Intervenciones
Hipotensión ortostática	Uso de medias elásticas; elevar cabecera de la cama, fluocortisona, educación para manejar cambios de posición.
Uso de benzodiacepinas u otros sedantes	Suspensión, alternativas, educación del paciente
Más de 4 medicamentos	Rever su necesidad con el paciente
Uso de bañadera o baños poco seguros	Elevar asiento de inodoro, retirar alfombras, usar ducha, barras
Elemento poco seguros en la casa	Mejorar iluminación, muebles seguros, Barras de apoyo, evitar escaleras
Limitación en la marcha o el equilibrio	Entrenamiento y ejercicios de movilidad en la casa, adaptar muebles. Evitar pisos resbalosos, ampliar base de sustentación con bastones, trípodes u andadores. Corregir la vista y la audición
Debilidad en los músculos de las extremidades	Ejercicios
Enfermedades neurológicas o cardiovasculares	Tratamientos específicos

Condiciones Crónicas en Mayores de 65 años



Crecimiento Proyectado de la Población



Evaluación Cognitiva

La incidencia de demencia aumenta con la edad, tiene una prevalencia del 5% en mayores de 65 años y del 20% en mayores de 80 años.

Debido al carácter progresivo de esta enfermedad y a la baja probabilidad de encontrar un desorden total o parcialmente reversible (aproximadamente un 13%) no se aconseja realizar un screening sistemático de demencia. Algunos argumentan a favor del screening por la importancia de proveer información pronostica al paciente y a su familia, por los casos potencialmente reversibles y por la aparición de nuevas drogas que podrían influir en el curso de la enfermedad.

Una evaluación formal del estado cognitivo incluye varios aspectos: el nivel de conciencia, la atención, el lenguaje, la memoria reciente y remota, orientación, pensamiento abstracto y tareas que exigen coordinación visuo-espacial. Hay varios instrumentos que ayudan a identificar trastornos cognitivos. El "short portable mental status questionnaire" consiste en 10 preguntas para evaluar orientación, memoria y cálculo. Hasta dos errores es considerado

anormal. La especificidad es alta aunque la sensibilidad no es muy alta. Otro más conocido, es el Mini Mental State de Folstein que tiene mejor sensibilidad. Se debe tener en cuenta que otros problemas diferentes de la demencia pueden afectar el resultado de estos tests como el síndrome confusional y la depresión.

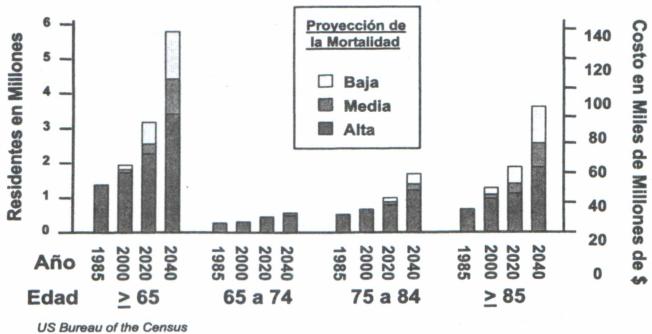
En forma práctica también se pueden usar otros tests más rápidos como recordar tres palabras en 1 minuto o restar 7 menos cien en cinco oportunidades o el test de dibujar un reloj con la hora constituyen maneras expeditas de evaluar la función cognitiva.

Evaluación afectiva

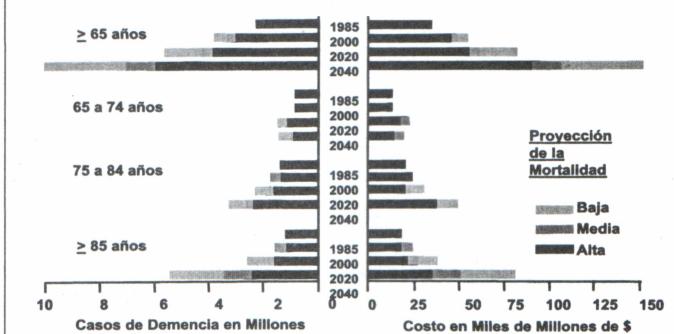
La prevalencia de depresión mayor en los ancianos atendidos en un consultorio de atención primaria es de aproximadamente un 5% aunque los síntomas de depresión alcanzan el 17%. La depresión no suele ser reconocida por lo que se aconseja utilizar una o dos preguntas de screening como:

- ¿Durante el último mes, ha estado muy molesto/a por sentir poco interés o placer en hacer cosas?
- ¿Durante el último mes, ha estado muy molesto/a por estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a?

Cantidad actual y proyectada de residentes en geriátricos y los costos en dólares por edad



Cantidad de Individuos actuales y proyectados con demencia moderada y severa y los costos en dólares por edad



Los pacientes que responden que sí a alguna de estas dos preguntas deben ser evaluados más profundamente para detectar si tienen depresión mayor ya que el tratamiento farmacológico mejora la funcionalidad y la calidad de vida. Una manera de realizarlo es seguir una serie de preguntas del PRIME MD, que evalúan diferentes criterios para el diagnóstico de depresión mayor según el DSM 4 u otros cuestionarios estructurados como la Geriatric Depresión Scale.

Evaluación funcional

Al medir la capacidad funcional de un individuo, su capacidad para realizar cosas, lo que hacemos es medir el impacto de las enfermedades o problemas de salud sobre un individuo. Nos es de utilidad por tres razones:

1. el detectar un cambio funcional nos debe llevar una profundización en la evaluación diagnóstica para encontrar la causa;
2. detectado un problema funcional se puede planificar un tratamiento tendiente a mejorarlo o resolverlo;
3. nos puede servir para indicar un pronóstico y planificar los cuidados a corto, mediano y largo plazo.

Tres son los niveles de funcionamiento que se evalúan en los mayores: las llamadas actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales o intermedias de la vida diaria y las actividades avanzadas de la vida diaria.

Se han desarrollado varios instrumentos para medir estos parámetros como; el índice de Katz sobre la independencia en las actividades básicas de la vida diaria y el instrumento de Fillenbaum para actividades instrumentales.

Evaluación del soporte social

En la medida que las personas envejecen, se van volviendo más frágiles requiriendo de mayor soporte social. La disponibilidad de contención de familia y amigos es importantísima como recurso para mejorar o paliar las incapacidades y muchas veces es determinante para definir si una persona puede permanecer en su casa o debe ser internada en un geriátrico. Aún en los casos de gente mayor saludable es conveniente recabar sobre posibilidades de soporte en caso de enfermedad. En muchas ocasiones deberemos actuar movilizando recursos que no están disponibles espontáneamente, al convocar a un hijo o al solicitar por escrito el soporte de algún organismo oficial.

Evaluación económica

Es también útil la evaluación de la situación económica y en muchos casos el asesoramiento a través de la familia o una trabajadora social. Cada vez vivimos más, y con peor soporte para los últimos años de la vida. La planificación de estos aspectos por parte de los individuos, sus familias y la

Actividades básicas sin ayuda	Actividades instrumentales sin ayuda	Actividades avanzadas
Bañarse	Preparar sus propias comidas	Roles sociales
Vestirse	Manejar su propio dinero	Roles comunitarios
Comer	Hacer las compras	Roles familiares
Movilizarse	Usar transporte público o manejar	Trabajar
Higienizarse	Usar el teléfono	Actividades recreativas: ir al cine
Continencia	Hacer las compras	Deportes
	Tomar la medicación	Viajar

Encuestas realizadas en los EEUU indican que entre el 2 y el 8 % de los ancianos en la comunidad tienen limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria.

El 25% tienen al menos una incapacidad en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Las actividades avanzadas de la vida diaria incluyen actividades físicas y sociales que tienden a ser voluntarias, su declinación puede indicar un problema incipiente. Debido a su carácter voluntario son muy específicas de cada individuo y de sus intereses particulares.

El interrogar sobre estas actividades es una manera magnífica de conocer la capacidad funcional de un individuo, entre un 10 y un 70 % de las personas tienen dificultades en participar en algunas de estas actividades avanzadas ya sean sociales o físicas.

comunidad es fundamental para mantener una adecuada calidad de vida.

Evaluación del ambiente

Al volverse más frágiles, el ambiente condiciona cada vez más la calidad de vida, los riesgos y la independencia de las personas mayores. En estos casos es imprescindible visitar sus hogares recomendado aspectos de seguridad en baños, cocinas, escaleras, higiene, provisión de alimentos etc.

Definición de deseos del paciente con respecto a su atención futura

Conversar con el paciente con respecto a algunas definiciones sobre su tratamiento futuro y sus expectativas futuras en relación con la enfermedad y la muerte es de una riqueza invaluable. En el momento de tomar decisiones el

paciente en muchas ocasiones no estará en condiciones de hacerlo. Una manera práctica consiste en escribir en el recetario algunos aspectos sobre los que conversar en la próxima consulta; que piensa sobre su vida, que opinión tiene sobre ser conectado a un respirador de ser necesario, etc.

Especialmente en los pacientes con demencia temprana es útil discutir aspectos sobre su tratamiento cuando todavía su capacidad cognitiva le permite tomar decisiones.

Los aspectos específicos que pueden ser definidos con el paciente si desea que llegado el caso se aplique reanimación cardiopulmonar, si desea o no llegado el caso que se le realice asistencia respiratoria mecánica, o si desea llegado el caso ser hospitalizado.

Conclusión

Como hemos visto la atención de pacientes mayores demanda conocimientos particulares y en ocasiones más tiempo y paciencia. Pero por otro lado, el diagnóstico en geriatría constituye un desafío diario para el clínico, la relación médico paciente se vuelve muy estrecha y aleccionadora generando múltiples satisfacciones.

Bibliografía

Evaluación Geriátrica general

- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Geriatric assessment methods for clinical decision-making. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:42

Evaluación de la audición

- Mulrrow C, Aguilar C, Endicott J, et al. Quality of life changes and hearing impairments: a randomized trial. *Ann Intern Med* 1990; 113:188-194. Lichtenstein MJ et al. Validation of screening tools for identifying hearing-impaired elderly in primary care. *JAMA* 1988; 259:2875-2878

Evaluación de la vista

- Tucker JB. Screening for open-angle glaucoma. *Am Fam Physician* 1993; 48:75-80

Trastornos nutricionales

- Reuben DB. Nutrition screening in older persons. *Am Geriatr Soc* 1995; 43:415-425
- Corti MC. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. *JAMA* 1994; 272:1036-1042.
- Lipschitz, DA, Ham, RJ, White, JV. An approach to nutrition screening for older American. *Am Fam Physician* 1992; 45:601.

Incontinencia Urinaria

- Fantl, JA, Newman, DK, Colling, J, et al. Urinary Incontinence in Adults: Acute and chronic Management. Clinical Practice Guideline 2,1996 Update, AHCPR 96-0682
- Herzog AR. Prevalence and Incidence of urinary incontinence in community dwelling populations. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:273-281.
- Agency for Health Care Policy Research. Urinary incontinence in Adults. Clinical Practice Guideline 2 (AHCPR 92-0038). Rockville, MD: US Department of Health and Human Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1992.

Movilidad, equilibrio y marcha

- Buchner, DM, Cress, ME, de Lauter, BJ, et al. The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults. *J Gerontol* 1997.
- Cummings, SR, Nevitt, MC, Browner, WS, et al. risk factors for hip fractures in white women. *N Engl J Med* 1995; 332:767.
- Tinetti, ME, Williams, CF. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med* 1997; 337:1279.
- Rubinstein LZ, Robins AS, et al. Falls and instability in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:266-278.
- Podsialo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": a Test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 38:142-148.
- Tinetti ME. Performance-oriented Assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34:119-126.
- Katz Setal. Progress in development of the index of ADLs. *Gerontologist* 1970;10:20-30.

Evaluación Cognitiva

- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psych Res* 1975;12:189-198.
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of the organic brain deficit in elderly patients. *J. Am Geriatr Soc* 1975; 23:433-441.

Evaluación afectiva

- U. S. Dept of Health and Human Services. *Depression in Primary Care: Vol 1 Detection and Diagnosis*. Public Health Service Agency for Health Care Policy and Research, Washington.1993
- U S Dept of Health and Human Services. Depression in primary care, vol2. Treatment of major depression. Clinical practice guideline number 5. Rockville, MD. AHCPR Publication 93-0551.1993
- Schneider Ion S, Reynolds CF, Lebowitz Barry D, Friedhoff Arnold J. Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. Results of the NIH Consensus Development Conference. American Psychiatric Press, Washington 1994.

- Wells KB et al: The Functioning and Well-being of Depressed Patients: Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989;262:914-919.11
- Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Janosky JE, Arena VC. Medical comorbidity of major depressive disorder in a primary medical practice. *Arch Intern Med* 1990; 150:2363-7.
- Eisenberg L. Treating Depression and Anxiety in Primary Care. *N Engl J Med* 1992;326:1080-1083.
- Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS et al. Depression in Late Life: The Use of Clinical Characteristics To Focus Screening Efforts. *J Gerontology* 1994;49:M9-M14.
- Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA et al. Longitudinal Study of Depression and Health Services Use Among Elderly Primary Care Patients. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:833-838.
- Callahan CM, Nienaber NA, Hendrie HC, Tierney WM. Depression of Elderly Outpatients: Primary Care Physicians' Attitudes and practice Patterns. *J Gen Intern Med* 1992;7:26-31.
- Koenig HG, Blazer. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med* 1992;8:235-251.
- Neal RM, Baldwin RC. Screening for anxiety and depression in elderly medical outpatients. *Age and Ageing* 1994;23:461-464.
- McCrea D, Arnold E, Marchevsky B, Kaufman BM. The prevalence of depression in geriatric medical outpatients. *Age and Ageing* 1994; 23:465-467.
- Butler RN, Lewis MI, Sherman FT, Sunderland T. Aging and mental health: diagnosis of dementia and depression. *Geriatrics* 1992;47:49-57.
- Callahan CM, Hendrie HC, Dittus R, Brater DC et al. Improving treatment of late depression in primary care. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:839-846
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
- Spitzer R, Williams JD, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care. *JAMA* 1994; 272:1749-1756.
- Yesavage JA. Development and validation of a geriatric depression screening scale. *J Psychiatr Res* 1983;17:41

Evaluación funcional

- De Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10:20-30.
- Fillenbaum GG. A brief instrumental activities of daily living measure. *J Am Geriatric Soc* 1985; 33:698-706

Evaluación del soporte social.

Evaluación económica.

Evaluación del ambiente.

Definición de deseos del paciente con respecto a su atención futura.

- Volicer, L, Rheaume, Y, Brown, J et al. Hospice approach to the treatment of patients with advance dementia of the Alzheimer type. *JAMA* 1986, 256:2210

- Evidencias sobre la efectividad de la evaluación geriátrica
- Reuben, DB, Borok, GM et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med* 1995; 332:1345.
- Fries, BE, Hawes, C et al. Effect of the National Resident Assessment Instrument in selected health conditions and problems. *J Am Geriatr Soc* 1997, 45:994.
- Gross, PA, Hermogenes, AW, Sacks, HS, et al. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. *Ann Intern Med* 1995; 123:518