

Evaluación médica breve del adulto mayor frágil en APS chilena

Brief medical evaluation of the frail elderly in Chilean Primary Health Care

Autores: Glasinovic A.^{1,3,4}; Ulloa R.²; Manzanares S.²; Vasquez, N.⁵; Canessa, J.^{1,3,4}
Oyarzún F.^{1,3,4}; Pachay, V.^{1,4}; Cáceres F.^{1,4}; Carmona P.^{1,4}

Resumen

Los adultos mayores frágiles (AMF) con frecuencia presentan una gran carga de enfermedad y un alto riesgo de eventos clínicos adversos en salud. En este grupo etario, es habitual que presenten condiciones subclínicas no evidentes en una valoración médica tradicional, las cuales son importantes de detectar de manera oportuna. En el presente artículo se propone una evaluación médica breve del adulto mayor frágil en atención primaria de salud (EBAM-FAPS), con el fin de contar con una guía sencilla, rápida y aplicable en la atención primaria chilena, que permita mejorar resultados en salud en este contexto. El EBAM-FAPS, además de la evaluación biomédica tradicional, evalúa otras 4 dimensiones fundamentales de la salud de los AMF: síndromes geriátricos, funcional, mental y socioeconómica, utilizando preguntas y test rápidos que no agregan más de 5 minutos en promedio a la evaluación médica tradicional y que permiten mantener el foco en la persona y su motivo de consulta, permitiendo detectar algunas condiciones de salud relevantes posibles de manejar en este nivel de atención..

Palabras Clave

Adulto mayor, fragilidad, evaluación geriátrica, atención primaria.

Abstract

Frequently, fragile older adults have a high burden of disease and a high risk of negative clinical outcomes. In this group, it is common that they present subclinical conditions that are not evident in a traditional medical evaluation, which are important to detect them opportunely. In this article, we propose a brief medical evaluation of the frail elderly in primary care (EBAM-FAPS), with the objective to have a simple, fast and applicable guide in Chilean primary care that favors accomplishing better health outcomes. EBAM-FAPS, besides the traditional biomedical evaluation, it evaluates 4 more fundamental dimensions of the health of the frail elderly: Geriatric syndromes, functional, mental and socioeconomic, using brief questions and tests, which do not add more than 5 minutes on average to the traditional biomedical evaluation, that allows to maintain the focus on the reason for consultation, allowing the detection of relevant health conditions that can be managed at this level.

Keywords

Aged, Frail Elderly, Geriatric Assessment, Primary Health Care.

¹ Médico Familiar.

² Alumno/a de la Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes, Chile.

³ Profesor del Departamento de Medicina Familiar y APS, Universidad de Los Andes, Chile.

⁴ Comité Persona Mayor, Sociedad Chilena de Medicina Familiar.

⁵ Alumno de la Escuela de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción

El envejecimiento poblacional es en la actualidad, uno de los fenómenos demográficos de mayor trascendencia a nivel mundial; en Chile el 17% de la población tiene 60 o más años de edad y se proyecta que en el año 2050 esta cifra alcanzará el 33% (1). Las personas mayores (PM) conforman un grupo poblacional heterogéneo, que usualmente presenta una gran carga de enfermedad y en muchas ocasiones, condiciones subclínicas, no evidentes en una valoración biomédica tradicional, cuya omisión podría comprometer su salud y calidad de vida. La fragilidad en el adulto mayor, corresponde a un estado de vulnerabilidad caracterizado por un deterioro funcional acumulado, dejando una menor reserva funcional para mantener la homeostasis, lo que provoca mayores dificultades de responder ante un evento estresante (3). Existen variadas descripciones fenotípicas de esta entidad clínica, entre ellas está la Escala Visual de Fragilidad (EVF) (4, 5), la cual tiene una alta aplicabilidad en un contexto de atención primaria de salud (APS). En los últimos años el concepto de fragilidad ha ganado relevancia, y tanto su pesquisa precoz como el manejo oportuno son fundamentales para alcanzar un envejecimiento exitoso, además de prevenir las complicaciones derivadas de la fragilidad, tales como mayor tasa de enfermedades crónicas, caídas, hospitalización, discapacidad y muerte (6). Existe evidencia que recomienda hacer un tamizaje de fragilidad en los pacientes de 70 años o más que viven en la comunidad, utilizar herramientas de evaluación validadas para detectar fragilidad y realizar una valoración geriátrica integral (VGI) en pacientes diagnosticados con fragilidad (3), ya que se ha demostrado que intervenir en tal etapa puede mejorar la calidad de vida y reducir costos sanitarios, así como prevenir hospitalización y muerte. La VGI es una herramienta de evaluación multidisciplinaria que detecta y cuantifica los problemas en la esfera médica, funcional, mental y social de la PM para

proponer un plan de cuidados racional y coordinado con los recursos asistenciales (2). La VGI cuenta con múltiples beneficios para aplicarse en un contexto de adulto mayor hospitalizado, sin embargo, en un contexto ambulatorio, los beneficios aún no están del todo claros, tampoco sabemos si es costo efectivo (7). Sumado a lo anterior, el tiempo y recursos para lograr su aplicación son bastante considerables, tomando en cuenta los tiempos de atención habituales de una consulta ambulatoria y su equipo de salud, lo que hace muy difícil su implementación en la práctica en la consulta médica de APS (2).

El objetivo de este artículo, es proponer una guía para realizar una evaluación médica breve del Adulto Mayor frágil (AMF) en APS en Chile. Nuestra propuesta se basa en una revisión de la literatura científica y la experiencia del equipo investigador, además cumple con los requisitos de ser aplicable con los recursos, herramientas, intervenciones y tiempos disponibles en un contexto de APS en Chile.

Desarrollo

Justificación de la aplicación del EBAM-FAPS

A partir de una evaluación biomédica tradicional en APS, que incluye una anamnesis, examen físico, antecedentes generales enfocados en la persona (8) y su motivo de consulta, el EBAM-FAPS agrega una evaluación breve de algunos síndromes geriátricos, sumados a las dimensiones funcional, mental y socioeconómica, lo que permite realizar un diagnóstico multidimensional e integral de la persona mayor frágil, con el objetivo de tomar conductas clínicas aplicables en APS para mejorar sus resultados en salud, basándose en la evidencia.

1. Síndromes Geriátricos: Como equipo investigador, consideramos fundamental agregar a la evaluación tradicional del AMF en APS, unas preguntas de tamizaje de síndromes geriátricos. Entre ellos

hemos seleccionado para este contexto, la fragilidad, incontinencia urinaria y el sedentarismo por las siguientes razones:

a) Fragilidad: Durante la evaluación de la PM en APS, sugerimos aplicar la escala EVF (9). Esta es una herramienta muy sencilla y de aplicación casi inmediata mientras sea conocida, que considera el nivel general de actividad física, la presencia de enfermedades crónicas, lentitud de marcha, el nivel de dependencia en actividades de la vida diaria de la persona mayor, y en base a lo anterior, clasifica al paciente en una de las 7 categorías (9). Para efectos prácticos, sugerimos aplicarla en toda valoración médica de una PM en APS y un puntaje mayor o igual a 4 de la EVF (vulnerable o superior), nos orientaría a un fenotipo clínico de fragilidad. No se consideraron otros instrumentos como la escala de FRAIL (10) o el fenotipo de Fragilidad de Linda Fried, ya que son poco aplicables como tamizaje en APS. La EVF (23) se usa con mayor frecuencia en entornos hospitalarios, particularmente en unidades de Medicina Geriátrica y Cardiología, pero también es aplicable en pacientes ambulatorios. La asociación de la puntuación de la EVF con los resultados clínicos destaca su utilidad en el cuidado de la población de PM (24).



Figura N° 1. Escala visual de fragilidad (23).

b) Incontinencia urinaria (IU): Es una patología altamente prevalente en la población mayor y frecuentemente subdiagnosticada. Según un estudio chileno (11), la prevalencia de IU es de un 12,1%, sin embargo, es probable que este porcentaje sea aún mayor, considerando que la prevalencia fue obtenida a partir de un autoreporte y la mayoría de los pacientes siente vergüenza de sufrir escapes involuntarios de orina. La incontinencia urinaria es una condición que ha demostrado una altísima afectación en la calidad de vida (12), además, su tratamiento de primera línea se encuentra disponible en APS (educación, farmacológico, ejercicios de Kegel por matrón/a) y el tratamiento de 2da línea ante casos severos, son posibles de resolver por el equipo de especialistas, considerando la opción quirúrgica en un nivel secundario.

c) Sedentarismo: La actividad física habitual trae consigo múltiples beneficios en diversas esferas de la vida, razón por la cual es recomendable su tamizaje para intervenir de manera oportuna (13,14,15,20,22). En la esfera física, el ejercicio físico cumple un rol preventivo en las caídas de la PM, contando con un nivel de evidencia B según la USPTF en su rol de prevención de caídas (16, 17, 18). Otro de los beneficios importantes a considerar es el aumento de musculatura, por lo cual tiene un rol de prevención y tratamiento en una condición prevalente en esta población, como lo es la sarcopenia (19). Una revisión sistemática señala la existencia de una relación directa entre el tiempo de sedentarismo en que se encuentra el adulto mayor con el aumento de mortalidad por todo tipo de causas (20). Cabe destacar que el sedentarismo es uno de los criterios de fragilidad y en un contexto de APS se cuenta con múltiples alternativas para su manejo.

2. Valoración funcional: Para evaluar la pérdida de funcionalidad de la persona mayor, tradicionalmente se utilizan herramientas basadas en escalas

estandarizadas, como la escala de Lawton y Brody, Pfeffer, Barthel, y Katz, las cuales evalúan actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, estos instrumentos requieren un tiempo que muchas veces sobrepasa el destinado para una atención médica en el contexto APS.

Para valorar la funcionalidad de forma rápida, sugerimos iniciar con la pregunta “¿Requiere usted ayuda en alguna actividad de la vida diaria como caminar, comer, vestirse, bañarse, uso de WC?”. Si la respuesta es “sí”, se procede a preguntar “¿En cuáles requiere asistencia total y en cuáles requiere sólo una supervisión?”. Luego, en la etapa de examen físico, se prosigue con la evaluación de marcha y equilibrio, mediante la observación de la marcha, además de los test Timed up and Go (TUG) y Estación Unipodal (EUP) (25,26).

El test TUG sirve para evaluar marcha y equilibrio dinámico y la valoración de equilibrio estático se obtiene mediante la prueba de EUP. Si a estas 2 pruebas, se les agrega otras variables rápidas y sencillas de aplicar en APS, es posible clasificar al paciente en una de 3 categorías de perfiles de riesgo de caídas (bajo, moderado o alto) con el objetivo de planificar necesidades de asistencia y cuidados (27).

Perfil de riesgo	Antecedentes de caídas en los últimos 6 meses	Sensación subjetiva de desequilibrio o temor a caer	Juicio clínico de estabilidad	Necesidad de ayudas técnicas	Necesidad de apoyo en brazos para levantarse	Test Timed Up and Go	Estación unipodal
Bajo	No	No	Marcha estable o estabilidad conservada con leve dificultad en giros	No	No	<12 segundos	>4 segundos
Moderado	Si	Si/No	Inestabilidad con dificultad moderada para realizar giros	Si: sólo 1 (tipo bastón)	Si	12-20 segundos	1-4 segundos
Alto	Si	Si/No	Inestabilidad o dificultad en giros que provoca algún grado de discapacidad o hace riesgoso el trasladarse en forma autónoma	Si: andador en trayectos cortos o silla de ruedas para mantener estabilidad	Si	>20 segundos	No logra

Tabla N° 1. Perfil de riesgo de caídas. Glasinovic A.

Bajo	Moderado	Alto
Participar en relaciones sociales y mantener un envejecimiento activo	Evaluación de necesidad de ayudas técnicas: bastón y/o barras de sujeción.	Uso de ayudas técnicas apropiadas: andador fijo o con ruedas o silla de ruedas.
Sugerir la participación en el programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” u otros disponibles que promuevan el movimiento activo.	Sugerir kinesioterapia grupal o individual, según necesidad o preferencias del paciente en riesgo moderado/apoderado.	Sugerir kinesioterapia individual.
	Evaluación de necesidad de supervisión en ducha, vestimenta o traslados. Evaluar si requiere desprescripción de fármacos potencialmente riesgosos, manejo de comorbilidades que aumentan el riesgo de caídas.	Asistencia en: traslados, uso de sanitario, baño y/o vestimenta
		Evaluar necesidad de catre clínico con barandas en personas con dependencia severa
		Uso de Silla de baño con apoya brazos y tronco o inodoro portátil.
		Evaluar necesidad de suplementación con vitamina D de al menos 800UI si hay criterios de riesgo
Para todos, prima el criterio clínico adaptado al caso		
Medidas generales en todos los adultos mayores		
Elementos de prevención en la habitación: timbre o campana cercano, cama en posición baja.		
Luz nocturna tenue, velador cercano a la cama, uso de calzado adecuado /calcetines antideslizantes.		
Evitar reposos en cama innecesarios		
Uso de lentes y audífonos en pacientes que lo requieren.		
Educar al paciente y familiares en medidas de prevención de caídas.		

Figura N° 2. Plan de Manejo según perfil de riesgo de caídas. Glasinovic A.

3. Valoración mental:

La valoración mental de la persona mayor se compone del área cognitiva y afectiva.

a) Valoración cognitiva: Para evaluar el área cognitiva de manera breve en menos de 3 minutos, existe el test Minicog (Mini-Cognitive Assessment Instrument), el cual tiene un buen rendimiento diagnóstico, con una sensibilidad de 91% y especificidad de 86% para detectar demencia. Evalúa aspectos como atención, memoria de trabajo y semántica, planificación y función ejecutiva (28). Recomendamos aplicar esta herramienta sólo en caso de sospecha clínica de deterioro cognitivo en la anamnesis inicial del paciente frágil o la familia, y no de forma rutinaria como screening en todos, ya que no existe evidencia de su utilidad según la USPTF (29). En este apartado, sugerimos también evaluar la presencia de delirium mediante los criterios de CAM (Confusion Assesment Method), ante una PM frágil que consulta por una patología aguda y tiene factores de riesgo de delirium, como una sospecha de infección, deshidratación, nuevos

fármacos, deterioro cognitivo, etc (25). Los criterios de CAM son una de las herramientas más usadas para su detección, con una sensibilidad de 94% y especificidad de 89% (25). Cuando es realizada por personal previamente adiestrado; es precisa, fiable, segura, rápida y económica, y por lo tanto, sugerimos ampliamente su utilización en este grupo de riesgo (30).

b) Valoración Afectiva: El trastorno depresivo tiene una alta prevalencia en adultos mayores, alcanzando al 6.2% de la población (31). Dada la asociación de esta patología con el desarrollo de deterioro cognitivo y su gran impacto como carga de enfermedad y alteración de la calidad de vida, se vuelve imperioso realizar un screening de depresión en todo adulto mayor en APS (32). Para esto se propone realizar tamizaje a través de las preguntas de Whooley (33), la cual es una herramienta con alta sensibilidad (95%) y moderada especificidad (65%) para detectar depresión (34), sumado a que es más breve que el test de Yesavage usado habitualmente en este grupo etario. En caso de resultar positivo el tamizaje con alguna de estas preguntas, se recomienda ofrecer evaluación de salud mental integral.

4. Valoración socio económica en salud: Es bien sabido que el apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores (34). De acuerdo con la evidencia disponible, tanto la cantidad como la calidad de apoyo social parecen tener efectos significativos en el bienestar y la salud (35,36). Ante este escenario, se plantea una herramienta para evaluar el ámbito socioeconómico de las personas mayores frágiles, de fácil y rápida aplicación en la consulta médica habitual (37). Esta busca clasificar a la persona mayor en tres grandes perfiles de apoyo socioeconómico (alto, moderado y bajo), en base a 3 preguntas simples considerando el juicio clínico del profesional tratante (Tabla N°1) y permite establecer un plan de acción inmediato y aplicable al contexto (Tabla N° 2).

Preguntas	Perfil Alto	Perfil Moderado	Perfil Bajo
	Criterio	Criterio	Criterio
En una escala del 1 al 7, ¿Qué nota le pondría usted a su grado de satisfacción con su red de apoyo ante algún problema de salud?	6,0 a 7,0	4,0 a 5,9	1,0 a 3,9
¿Cuántas personas podrían apoyarlo frente a algún problema de salud relevante?	Alto grado	Moderado grado	Bajo grado
Entre una calificación alta, moderada o baja ¿Cómo califica su satisfacción de sus necesidades económicas básicas?	3 o más personas	1 a 2 personas	Ninguna persona
	Alta satisfacción	Moderada satisfacción	Baja satisfacción

Tabla N°2. Perfil de apoyo socioeconómico de la persona mayor: Glasinovic A.

Perfil Alto	Perfil Moderado	Perfil Bajo
<ol style="list-style-type: none"> Fomentar relaciones sociales y actividades comunitarias. Invitar al programa MAS de personas mayores autovalentes si califica. Invitar a realizarse EMPAM (si no está al día) 	<p>A las del perfil alto se suman:</p> <ol style="list-style-type: none"> Considerar un genograma y ecomapa para identificar mejor la estructura y relaciones familiares, además de las redes de apoyo. Preguntar de manera más específica por los medios económicos con que cuenta para vivir. Invitar a participar en actividades locales que contribuyen a generar lazos, como por ejemplo, los talleres de bienestar emocional, participación en centros diurnos municipales, grupos de personas mayores, etc. Considerar interconsulta a enfermería si no se dispone de tiempo para esta valoración o no se conocen las actividades disponibles a nivel local. 	<p>Además de las intervenciones del perfil alto y moderado, se suman:</p> <ol style="list-style-type: none"> Interconsulta a trabajador/a social para valoración socioeconómica más profunda. Considerar presentar el caso en reunión de equipo de sector del centro de salud. Considerar contactar al SENAMA y postular al ELEM si el paciente y familia lo ven como alternativa. Búsqueda activa de historia o signos de maltrato o negligencia en el cuidado de la PM. Evaluar derivar a programa de cuidadores en pacientes con dependencia moderada o severa. Considerar postular a viviendas tuteladas para PM.

Tabla N°3. Intervenciones según perfil de apoyo socioeconómico. Glasinovic A.

Ejemplo de aplicación de una EBAM-FAPS
PM de sexo femenino de 80 años que vive sola, consulta en su CESFAM por síntomas gripales. En la entrevista médica habitual con foco en el motivo de consulta, además de los antecedentes generales, se observa que la paciente entra a la consulta caminando de manera lenta y con desequilibrio usando un bastón inglés, por lo que se clasifica con una escala EVF 4/7, por lo que se aplica una EBAM-FAPS dado la sospecha de fenotipo de fragilidad. En esta evaluación que incluyó el EBAM-FAPS y que

sólo tomó 5 minutos extras a una evaluación médica tradicional, se evaluó:

1. Síndromes Geriátricos: se pregunta dirigidamente por pérdida involuntaria de orina en el último tiempo y si realiza alguna actividad física habitualmente en la semana.
2. Dimensión funcional: Se observa la marcha cuando ingresa, además se aplican las pruebas de TUG y EUP. Se pregunta por necesidades de ayuda en alguna actividad de la vida diaria.
3. Dimensión mental: dado que en la anamnesis del paciente hay sospecha de deterioro cognitivo (no recuerda bien sus fármacos) y de delirium (patología infecciosa aguda), se aplican las pruebas Minicog y CAM respectivamente. Para tamizaje de depresión, se aplican las 2 preguntas de Whooley.
4. Dimensión socioeconómica: se hacen las 3 preguntas de la herramienta “Perfil de apoyo socioeconómico en salud de la persona mayor”.

En este ejemplo obtenemos los siguientes resultados en base a la sospecha de una persona mayor frágil:

1. Síndromes geriátricos: pérdida de orina involuntaria, sólo presente con la tos, no realiza actividad física.
2. Valoración funcional: TUG 22 segundos, EUP 1 segundo bilateral, no requiere ayuda en actividades de la vida diaria.
3. Valoración cognitiva: CAM (-), Minicog alterado, Test de Whooley tiene 2 preguntas alteradas.
4. Valoración socioeconómica: Cuenta con sólo una persona como red de apoyo (hermana), se encuentra insatisfecha en necesidades básicas y red de apoyo

Hipótesis diagnósticas detectadas en este ejemplo, además del diagnóstico biomédico de síndrome gripal agudo: a) Sospecha de Fragilidad, b) Incontinencia urinaria de esfuerzo, c) Sedentarismo, d) Autovalente,

e) Marcha inestable, alto riesgo de caídas, f) Sospecha de deterioro cognitivo g) Sospecha de depresión, h) Perfil de bajo apoyo socioeconómico

Intervenciones factibles de aplicar en esta paciente en APS chilena gracias al EBAM - FAPS:

1. Derivar a matrn/a para educar en ejercicios de Kegel por incontinencia urinaria de esfuerzo. Si no hay resultados positivos, derivar a nivel secundario.
2. Debido al alto riesgo de caídas, marcha inestable y sedentarismo, sugerir medidas de prevención de caídas, sugerir bastn canadiense como ayuda técnica GES (brinda más estabilidad que bastn inglés) y kinesioterapia motora para rehabilitar la marcha.
3. Valoración completa de medicación, evitando el uso de medicamentos que estén relacionados con las caídas en las personas mayores como efecto secundario.
4. Derivar en otro momento, a evaluación cognitiva y de salud mental con médico/a del CESFAM, debido a sospecha de deterioro cognitivo y/o depresión.
5. Derivar a trabajador/a social del CESFAM debido a perfil de apoyo socioeconómico bajo y a programa MAS adultos mayores autovalentes para favorecer socialización, prevención de caídas y estimulación cognitiva.
6. Considerar en el plan de manejo de este motivo de consulta, estos nuevos elementos detectados en el EBAM-FAPS y anticipar acciones ante una potencial mala evolución del cuadro gripal.
7. Considerar realizar en otro momento, una valoración geriátrica integral en este paciente frágil y presentar el caso en reunión de equipo de sector.

Conclusiones

La guía para una evaluación breve del adulto mayor frágil en APS (EBAM-FAPS) desarrollada por este equipo investigador, tiene el potencial de ser sencilla,

rápida y aplicable en APS chilena y mantiene la agenda centrada en el motivo de consulta de la persona mayor. Ésta constituye un complemento a la evaluación médica tradicional, agregando el tamizaje de elementos que son relevantes de detectar de manera oportuna en el AMF. Para el médico, la aplicación de esta guía, no requiere recursos ni el apoyo de otros profesionales adicionales. El equipo investigador estima que un profesional médico bien entrenado en esta guía, debería tardar sólo 5 minutos adicionales aproximados al tiempo habitual de consulta para aplicarla. Además, sus hallazgos orientan a acciones concretas, efectivas y factibles en un contexto de la APS chilena. El EBAM-FAPS aún requiere de mayor consenso técnico y ser validado para ser aplicado de manera estandarizada en nuestro medio y en un futuro sería buena idea evaluar si su aplicación estandarizada en comparación a la atención médica habitual en APS, mejora resultados de salud y la calidad de vida en el AMF.

Bibliografía

- (1) SENAMA. Quinta Encuesta Nacional De Inclusión Y Exclusión Social De Las Personas Mayores En Chile (2018) http://www.senama.gob.cl/storage/docs/SENAMA_libro_5ta_encuesta_BAJA_libro_final_JULIO.pdf
- (2) Rodríguez J, Zas V, Silva E, Sanchoyerto R, Cervantes M. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud* [Internet]. 2014;9(1):35-41. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477347195007>
- (3) You H-S, Kwon Y-J, Kim S, Kim Y-H, Kim Y-S, Kim Y, et al. Clinical practice guidelines for managing frailty in community-dwelling Korean elderly adults in primary care settings. *Korean J Fam Med* [Internet]. 2021 [citado el 28 de febrero de 2022];42(6):413–24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8648485/>
- (4) Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* [Internet]. 2005 [citado el 28 de febrero de 2022];173(5):489–95. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/173/5/489.short>
- (5) Díez-Villanueva P, Arizá-Solé A, Vidán MT, Bonanad C, Formiga F, Sanchis J, et al. Recomendaciones de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología para la valoración de la fragilidad en el anciano con cardiopatía. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2019 [citado el 28 de febrero de 2022];72(1):63–71. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-recomendaciones-seccion-cardiologia-geriatrica-sociedad-articulo-S0300893218303579>
- (6) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2001 [citado el 28 de febrero de 2022];56(3):M146-56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/>
- (7) D’Hyver de las Deses Carlos. Valoración geriátrica integral. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2017 Jun; 60(3): 38-54. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000300038&lng=es.
- (8) Cuba Fuentes María Sofía, Romero Albino Zoila Olga de los Milagros. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2016 Oct; 33(4): 780-784. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es.
- (9) Ruiz de Gopegui Miguelena P, Martínez Lamazares M, Claraco Vega L, Gurpegui Puente M, González Almárcegui I, Gutiérrez Ibañes P et al. La evaluación de la fragilidad puede mejorar la predicción del APACHE II en pacientes ancianos ingresados en UCI tras cirugía digestiva. *Medicina Intensiva* [Internet].

- 2021 [cited 4 December 2021];. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.11.002>
- (10) Darryl B Rolfson, Sumit R Majumdar, Ross T Tsuyuki, Adeel Tahir, Kenneth Rockwood, Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale, *Age and Ageing*, Volume 35, Issue 5, September 2006, Pages 526–529, <https://doi.org/10.1093/ageing/af041>
- (11) C.K. Fagerström-Sade, Prevalencia de Incontinencia urinaria en personas mayores chilenas y su impacto en la calidad de vida: Encuesta Nacional, *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.85 no.2 Santiago abr. 2020
- (12) Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, et al. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2021;33(1):25-35. doi:10.1007/s40520-020-01712-y
- (13) Awick EA, Ehlers DK, Aguiñaga S, Daugherty AM, Kramer AF, McAuley E. Effects of a randomized exercise trial on physical activity, psychological distress and quality of life in older adults. *Gen Hosp Psychiatry.* 2017 Nov;49:44-50. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2017.06.005. Epub 2017 Jun 15. PMID: 28662897; PMCID: PMC5681423.
- (14) Crespo-Salgado J et al. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad en atención primaria: Atención primaria, Marzo 2015, Volume 47, Issue 3, Pages 175-183
- (15) de Oliveira LDSSCB, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends Psychiatry Psychother.* 2019 Jan-Mar;41(1):36-42. doi: 10.1590/2237-6089-2017-0129. Epub 2019 Feb 4. PMID: 30994779.
- (16) US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2018;319(16):1696–1704. doi:10.1001/jama.2018.3097
- (17) Thomas E, Battaglia G, Patti A, Brusa J, Leonardi V, Palma A, Bellafiore M. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2019 Jul;98(27):e16218. doi: 10.1097/MD.00000000000016218. PMID: 31277132; PMCID: PMC6635278.
- (18) Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, Clemson L, Hopewell S, Lamb SE. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Jan 31;1(1):CD012424. doi: 10.1002/14651858.CD012424.pub2. PMID: 30703272; PMCID: PMC6360922.
- (19) Beudart, C., Dawson, A., Shaw, S.C. et al. Nutrition and physical activity in the prevention and treatment of sarcopenia: systematic review. *Osteoporos Int* 28, 1817–1833 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00198-017-3980-9>
- (20) de Rezende LF, Rey-López JP, Matsudo VK, do Carmo Luiz O. Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC Public Health.* 2014 Apr 9;14:333. doi: 10.1186/1471-2458-14-333. PMID: 24712381; PMCID: PMC4021060.
- (21) Katzmarzyk PT, Powell KE, Jakicic JM, Troiano RP, Piercy K, Tennant B; 2018 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE*. Sedentary Behavior and Health: Update from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *Med Sci Sports Exerc.* 2019 Jun;51(6):1227-1241. doi: 10.1249/MSS.0000000000001935. PMID: 31095080; PMCID: PMC6527341.
- (22) McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology.* 2016 Jun;17(3):567-80. doi: 10.1007/s10522-016-9641-0. Epub 2016 Mar 2. PMID: 26936444; PMCID: PMC4889622.
- (23) López A., Carrasco T., Romero C., Acuña D., Sánchez J., Yumha J., et al, (2022). Recomendaciones para el manejo de personas mayores en Unidades de Paciente Crítico durante Pandemia COVID-19: Consenso entre SOCHIMI y SGGCH. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 36(2). Recuperado de <https://>

- www.medicina-intensiva.cl/revista/articulo.php?id=26
- (24) Church S, Rogers E, Rockwood K, Theou O. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2020;20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01801-7>
- (25) MINSAL. Actualización del Manual de Geriatria para Médicos (2019) https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
- (26) Lorena Cerda A. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes* . 2014;25(2):265-275. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700379>
- (27) Glasinovic Peña A. Prevención de caídas y ayudas técnicas en el adulto mayor, enfoque para la atención primaria chilena. *rmef* [Internet]. 25 de noviembre de 2020[citado 4 de diciembre de 2021];14(1):8. Disponible en: <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/363>
- (28) Rodríguez Soto V, Mora I. Deterioro cognitivo leve y demencia: screening y prevención [Internet]. Escuela de Medicina UC. [cited 4 December 2021]. Available from: <https://medicina.uc.cl/publicacion/deterioro-cognitivo-leve-y-demencia-screening-y-prevencion/>
- (29) US Preventive Services Task Force, Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kubik M, Landefeld CS, Mangione CM, Pbert L, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW, Wong JB. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2020 Feb 25;323(8):757-763. doi: 10.1001/jama.2020.0435. PMID: 32096858.
- (30) Carrera Castro Carmen, Romero Moreno Francisco Javier, González Pérez Andalucía. Revisión de la utilidad y fiabilidad de la Confusion Assessment Method en atención especializada y primaria, 2013. *av.enferm.* [Internet]. 2015 May [cited 2021 Dec 04] ; 33(2): 261-270. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200008&lng=enhttps://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.40385.
- (31) MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Segunda Entrega de Resultados. Santiago (2018) Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf
- (32) Claudia Dechent. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2008;(19):339-46.
- (33) Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S, et al Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis *BMJ Open* 2015;5:e008913. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008913
- (34) Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*. 2012;30(2):23-29. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- (35) Barra, Enrique. Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, Vol. 14, Núm. 2: 237-243, julio-diciembre de 2004. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/848/1562>.
- (36) Leiva Ana María, Troncoso-Pantoja Claudia, Martínez-Sanguinetti María Adela, Nazar Gabriela, Concha-Cisternas Yeny, Martorell Miquel et al . Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2020 Jun [citado 2021 Dic 04] ; 148(6): 799-809. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000600799&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799>.
- (37) Ulloa R, Glasinovic A. Perfil de apoyo socioeconómico: Herramienta rápida para el médico de APS. Presentado en XXII Congreso Chileno de Medicina Familiar, 30 de septiembre de 2021.