Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Listado de verificación (*checklist*) de la VIMA

1. ¿Está el paciente institucionalizado?

2. ¿Se ha evaluado la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria?

Autónomo ……. Dependencia leve …… moderada …… grave …….. Total ……

3. ¿Se ha evaluado la función cognitiva?

Función cognitiva conservada o deterioro leve ……
Deterioro moderado …….
Deterioro grave ……

4. ¿Se ha descartado la existencia de delirium?

5. ¿Se ha evaluado la situación afectiva?

6. ¿Se ha evaluado la situación sociofamiliar?..... ¿Hay riesgo social? ……

7. ¿Necesita un cuidador? ¿Tiene cuidador? ¿Se ha identificado al cuidador principal? ¿Hay indicios de sobrecarga del cuidador?

8. ¿Es un anciano frágil? ..... ¿Está desnutrido? ..... ¿Hay riesgo alto de caídas? ..... ¿Hay riesgo alto de úlceras por presión? .....

9. Pronóstico. ¿Cuál es la probabilidad de muerte al año? …… ¿Es un paciente terminal? .....

10. ¿Se ha revisado y actualizado la medicación? ..... ¿Se ha valorado la adherencia al tratamiento? ..... ¿Se han valorado las oportunidades de desprescripción? .....

11. ¿Se ha realizado, se ha propuesto o se ha actualizado, si existía previamente, un plan de cuidados individual y personalizado?

12. ¿Se ha incluido el resultado de la valoración integral y multidimensional en el informe de alta?

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Índice de Barthel

Funciones	Descripciones	Valoración	SITUACIÓN BASAL
ALIMENTACIÓN	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.	Independiente	10
	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.	Necesita ayuda	5
	Necesita ser alimentado.	Dependiente	0
BAÑO	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.	Independiente	5
	Necesita alguna ayuda.	Dependiente	0
VESTIRSE	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.	Independiente	10
	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.	Necesita ayuda	5
		Dependiente	0
ARREGLARSE	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.	Independiente	5
	Necesita alguna ayuda.	Dependiente	0
DEPOSICIONES	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse supositorio o enema.	Independiente	10
	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.	Necesita ayuda	5
		Dependiente	0
MICCIÓN	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar sonda y cambiar bolsa de orina	Continente	10
	Tiene incontinencia ocasional o no da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.	Incontinencia ocasional	5
		Incontinente	0
USAR EL RETRETE	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.	Independiente	10
	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.	Necesita ayuda	5
		Dependiente	0
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla–, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, y de volver de la cama al sillón.	Independiente	15
	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos.	Mínima ayuda	10
	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.	Gran ayuda	5
		Dependiente	0
DEAMBULAR	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.	Independiente	15
	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.	Necesita ayuda	10
	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.).	En silla de ruedas	5
	Camina menos de 50 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.	Dependiente	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.	Independiente	10
	Necesita ayuda física o verbal.	Necesita ayuda	5
		Dependiente	0
PUNTUACIÓN TOTAL (sumando las de cada función; máximo posible: 100)			

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Short Portable Mental Questionnaire o cuestionario de Pfeiffer

PREGUNTAS	ACIERTOS	ERRORES
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o ¿cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.		
Puntuación total (número de errores)		

Resultados del cuestionario: 0-2 normal, 3-4 deterioro cognitivo leve, 5-7 deterioro cognitivo moderado y 8-10 deterioro cognitivo severo.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Confusion Assessment Method

1. Inicio agudo y fluctuantes
   ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental del paciente?
   ¿Tiende la conducta anormal a fluctuar durante el día?
   Si la respuesta es NO, no seguir el cuestionario,
2. Alteración de la atención
   ¿El paciente se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?
   Si la respuesta es NO, no seguir el cuestionario,
3. Pensamiento desorganizado
   ¿Tiene el paciente pensamiento desorganizado o incoherente, tal como conversación vaga e irrelevante, flujo de ideas ilógicas o poco claras, cambios impredecibles desde uno a otro tema o confunde a las personas?
4. Alteración del nivel de conciencia
   ¿Cómo evaluaría el nivel de conciencia del paciente? Alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (somnoliento, pero fácilmente despertable), estupor (dificultad para despertarlo) o en coma (no despierta),

Son necesarios los criterios 1 y 2 + el 3 o 4.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Test de Yesavage

	Puntuación	
Preguntas	Sí	No
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	1	0
Total		

Un resultado de dos o más puntos indica que el cuestionario de cribado es positivo y es preciso realizar un diagnóstico de depresión.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Escala sociofamiliar de Gijón

DIMENSIONES	Descripciones	PUNTUACIÓN
A- SITUACIÓN FAMILIAR	Vive con familia sin dependencia físico-psíquica	1
	Vive con cónyuge de similar edad	2
	Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
	Vive solo y tiene hijos próximos	4
	Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B- SITUACIÓN ECONÓMICA	Más de 1'5 veces el salario mínimo	1
	Desde 1'5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo inclusive	2
	Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
	LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
	Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
C- VIVIENDA	Adecuada a las necesidades	1
	Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
	Ausencia de ascensor, teléfono	4
	Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
D- RELACIONES SOCIALES	Relaciones sociales	1
	Relación social sólo con familia y vecinos	2
	Relación social sólo con familia o vecinos	3
	No sale del domicilio, recibe visitas	4
	No sale y no recibe visitas	5
E- APOYO DE LA RED SOCIAL	Con apoyo familiar y vecinal	1
	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
	No tiene apoyo	3
	Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
	Tiene cuidados permanentes	5
TOTAL (sumando puntuaciones de cada dimensión; máximo posible: 25)		

Se considera que existe riesgo social cuando la puntuación es > 10.

Document downloaded from http://www.e

Escala FRAIL (fragilidad= 3 o más de los siguientes 5 puntos)

1: **F**atigue (Fatiga):
¿Se siente cansado la mayor parte del tiempo? Sí No

2: **R**esistance (Resistencia)
¿Puede subir un piso de escaleras sin hacer pausas sin ayuda? Sí No

3: **A**mbulance (Deambulación)
¿Es capaz de caminar 100 metros sin hacer pausas sin ayuda? Sí No

4: **I**lness (Enfermedad) (más de 5 de los siguientes:) Sí No
¿Padece más de 5 de las siguientes enfermedades?
Artritis, diabetes, angina/infarto, hipertensión, ictus, asma, bronquitis crónica, enfisema, osteoporosis, cáncer colorrectal, cáncer cutáneo, depresión/ansiedad, demencia, úlceras en piernas.

5: **L**oss of weight (pérdida de peso)
¿Ha tenido una pérdida de peso >5% en últimos 6 meses? Sí No

Cada respuesta afirmativa se considera un punto.
Un paciente es frágil cuando la puntuación es ≥ 3.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Mini Nutritional Assessment – Short Form

A ¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar?
Puntuación 0 = ha comido mucho menos, 1 = ha comido menos, 2 = ha comido igual.

B ¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses?
Puntuación 0 = pérdida de peso superior a 3 kg, 1 = no lo sabe, 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg, 3 = sin pérdida de peso.

C ¿Movilidad?
Puntuación 0 = en cama o silla de ruedas, 1 = es capaz de levantarse de la cama/silla, pero no sale a la calle, 2 = sale a la calle.

D ¿Ha sufrido el paciente estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos tres meses?
Puntuación 0 = si, 2 = no.

E ¿Problemas neuropsicológicos?
Puntuación 0 = demencia o depresión graves, 1 = demencia leve, 2 = sin problemas psicológicos.

F ¿Índice de masa corporal (IMC)?(peso en kg /estatura en m2)
Puntuación 0 = IMC < 19, 1 = IMC entre 19 y 21, 2 = IMC entre 21 y 23, 3 = IMC ≥ 23
Si no se puede calcular el IMC mida el perímetro de la pantorrilla.
Puntuación 0 = <31 cm, 1 = ≥ cm

12-14 puntos: estado nutricional normal
8-11 puntos: riesgo de desnutrición
0-7 puntos: desnutrición

Document downloaded from http://www.e

Escala de Downton para la evaluación de riesgo de caídas

Caídas previas	No (0)
	Sí (1)
Medicación	Ninguna (0)
	Tranquilizantes-Sedantes (1)
	Diuréticos (1)
	Hipotensores (No diuréticos) (1)
	Antiparkinsonianos (1)
	Antidepresivos (1)
	Otros medicamentos (1)
Déficit sensorial	Ninguno (0)
	Alteraciones visuales (1)
	Alteraciones auditivas (1)
	Alteraciones motoras en extremidades (1)
Estado mental	Orientado (0)
	Confuso (1)
Deambulación	Normal (0)
	Segura con ayuda (1)
	Insegura con/sin ayuda (1)
	Imposible (1)
Total de puntos	

Más de dos puntos en esta escala deben tener la consideración de riesgo.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Escala de Norton para evaluar el riesgo de úlceras por presión

Puntos	Condición física	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Buena	Orientado	Deambula	Total	Control de esfínteres
3	Regular	Apático	Deambula con ayuda	Disminuida	Ocasional
2	Mala	Confuso	Cama/sillón	Muy limitada	Urinaria o fecal
1	Muy mala	Inconsciente	Encamado	Inmovilidad	Urinaria y fecal

Riesgo bajo: > 18 puntos
Riesgo moderado: 15-18 puntos
Riesgo alto: 10-14 puntos
Riesgo muy alto: < 10 puntos

Document downloaded from http://www.e

Índice PROFUND

Característica	**Puntuación**
Edad ≥ 85 años	3
Rasgos clínicos	
Neoplasia activa	6
Demencia	3
Disnea clase III-IV NYHA o 3-4 mMRC	3
Delirium en el último ingreso en hospital	3
Hemoglobina < 10 g/dL	3
Rasgos sociofamiliares	
Índice de Barthel < 60	4
Ausencia de cuidador u otro diferente al cónyuge	2
≥ 4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	3
Puntuación total (0-30 puntos)	

Riesgo de muerte al año.

Bajo: 0-2 puntos; Moderado: 3-6 puntos; Alto: 7-10 puntos; Muy alto: ≥ 11 puntos

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Índice de Paliar

Característica	**Puntuación**
Edad ≥ 85 años	3
Anorexia	3,5
Disnea clase IV NYHA o 4 mMRC	3,5
Úlceras por presión	3
Albúmina < 2,5 g/dL	4
ECOG-PS ≥ 3 (más del 50% del tiempo vigil en la cama)	4
Total de puntos:	

Riesgo de muerte a los 6 meses.
Bajo: 0 puntos; Moderado 3-3,5; Alto: 4-7; Muy alto 7,5-21 puntos