

LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Equipo Directivo Secretaría Distrital de Salud

Luis Alexander Moscoso Osorio
**Subsecretario de servicios de salud
y aseguramiento**

Fernando Aníbal Peña Díaz
Director de provisión de salud

Equipo Directivo IETS

Adriana Robayo García
Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González
**Subdirectora General y de
Operaciones**

Participantes

Referentes técnicos Secretaría Distrital de Salud

Liliana Yaneth Rojas C
**Profesional especializada
Dirección de Provisión de
Servicios de Salud**

Leidy Johanna Castañeda Campos
**Profesional especializada
Dirección de Provisión de
Servicios de Salud**

Alejandra Caro Bonell
**Profesional especializada
Dirección de Provisión de
Servicios de Salud**

Luis Gerardo Cano Villate
**Profesional especializado
Dirección de Provisión de
Servicios de Salud**

Beatriz Helena Guerrero Africani
**Profesional especializada
Dirección de Provisión de
Servicios de Salud**

Ricardo Durán Arango
**Profesional especializado
Dirección de Provisión de
Servicios de Salud**

Agradecimiento en la construcción del documento a:

María Fernanda Barreto
Carlos Andrés Bermúdez Sarmiento
Ingrid Paola Lozano Torres
Nathaly Puerto Bonilla
Yaneth Cecilia Girón Bolívar

Derechos morales de autor

Juan Carlos Alzate Ángel
Epidemiólogo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Eliana Margarita Barón Velasco
Epidemiólogo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Luis Ernesto Fandiño Rojas
Epidemiólogo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Eliana Isabel Rodríguez Grande
Epidemiólogo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Sergio Bastos
Químico Farmacéutico
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Catalina Torres Espinosa
Experta Clínica
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Fabio Alexander Sierra Matamoros
Epidemiólogo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Copia No Controlada

Fuerza Ampliada

Juan Carlos Alzate Ángel
Experto Metodólogo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Roselina Herrera Morales
Asistente Administrativo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Jeyson Javier Salamanca Rincón
Coordinador de Calidad y Gestión
del Riesgo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Anamaria Ayala Acuña
Corrector de Estilo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Andres Mantilla Meluk
Corrector de Estilo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

William Alfonso Bolívar Romero
Diseñador Gráfico
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS
Adriana María García Pinzón
Diseñador Gráfico
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Andrea Lara Sánchez
Especialista de participación y
deliberación
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Lorena Del Pilar Mesa Melgarejo
Experto Cualitativo
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Sandra Bernal Piratoba
Asistente de participación
Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud - IETS

Declaración de Conflicto de Intereses

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este lineamiento.

Derechos de autor

Los derechos patrimoniales de autor de este documento pertenecen única y exclusivamente a la Secretaría Distrital de Salud.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN))				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS.....	1
1.1. Objetivo general	1
1.2. Objetivos específicos.....	1
2. ALCANCE.....	1
2.1 Preguntas de investigación orientadoras.....	4
3. MARCO LEGAL.....	5
4. GLOSARIO	9
4.1. Abreviaciones	10
5. GENERALIDADES	11
5.1. Marco conceptual	11
5.2. Metodología.....	16
5.3. Lineamiento.....	18
6. ANEXOS.....	30
7. BIBLIOGRAFIA.....	150
8. CONTROL DE CAMBIOS.....	164

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Establecer las actividades para la valoración integral de las personas en el momento de curso de vida vejez, ajustadas al distrito, y que permitan la detección temprana y manejo inicial integral de las condiciones detectadas en las personas en este momento de curso de vida, basados en la evidencia y en la relación costo efectiva.

1.2. Objetivos específicos

1. Describir herramientas ajustadas al distrito, para la detección del riesgo en el momento de curso de vida vejez, basadas en un enfoque que combine la valoración del estado funcional, vulnerabilidad, atención humanizada y equidad en la misma, con base en la mejor evidencia disponible, incluyendo un balance de costo efectividad.
2. Establecer las actividades e instrumentos de valoración del momento de curso de vida vejez en los diferentes componentes: comunicativo, nutricional, salud mental cognitiva, salud mental afectiva, cardiovascular y metabólico, funcional, familiar y social, con un enfoque diferencial del riesgo y basadas en la mejor evidencia disponible y en un enfoque de costo efectividad
3. Describir los contenidos a desarrollar en las actividades de fortalecimiento del talento humano para la aplicación de instrumentos, herramientas, escalas, acciones, intervenciones y procedimientos desarrollados para la valoración del riesgo en el momento de curso de vida vejez.

2. ALCANCE

Actualmente existen lineamientos técnicos y operativos, y las directrices para la ejecución de la “Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud” (RPMS) llevadas a cabo por profesionales en medicina general y/o especialistas en medicina familiar en la atención del momento de curso de vida vejez. Los procedimientos e intervenciones sugeridos en esta ruta orientan la valoración integral en salud de las personas mayores de 60 años identificando: los cambios primordiales a nivel morfológico y fisiológico de la vejez, incluyendo cambios en la esfera sexual, mental, familiar y social, así como en los estilos de vida saludables; la exposición temprana a riesgos para su prevención y manejo temprano; la detección

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

oportuna de cambios que alteren la salud a fin de guiar su manejo. Además, mediante la información en salud, fomentar las capacidades y acciones de cuidado, la vejez activa, el bienestar y la construcción del plan de cuidado primario(1) concertada con el paciente.

La RPMS abarca las siguientes intervenciones en el cuidado en la vejez:

Valoración de:

- La capacidad funcional (incluyendo fragilidad, así como actividades básicas e instrumentales).
- El estado nutricional y monitoreo de parámetros antropométricos.
- Las prácticas alimentarias.
- Las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- La salud auditiva y comunicativa.
- La salud visual.
- La salud sexual (función sexual, desempeño de derechos sexuales y reproductivos).
- La función mental, emocional y social.
- Los sucesos vitales y su influencia en la salud.
- El estado de salud en relación con el trabajo.
- La dinámica familiar.
- El contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- El esquema de vacunación.

Aplicación, verificación u ordenamiento de pruebas de tamizaje para detección temprana de alteraciones en la salud del adulto.

Información en salud

Para cada una de las intervenciones descritas arriba existen procedimientos e intervenciones ya establecidos en la resolución 3280. Sin embargo, a pesar de que los procedimientos establecidos en la normatividad colombiana tienen por finalidad brindar una atención integral a la población en el momento de curso de vida vejez, existen diferencias al interior de esta población, dadas por su heterogeneidad funcional y diferentes vulnerabilidades de tipo físico, psicológico, social, familiar, entre

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

otras. Si bien existen intervenciones descritas para la valoración de esta población desde diferentes dimensiones, existen algunos vacíos en la interpretación o aplicación de estas, ya que en algunos casos se recomiendan escalas o instrumentos para su valoración, pero algunas dimensiones no quedan suficientemente cubiertas o en otros casos se describe su uso sin tener en cuenta la heterogeneidad de la población y una aplicación basada en una adecuada clasificación del riesgo y relación de costo efectividad de su uso. Ejemplos de estos vacíos son los siguientes:

- La valoración y clasificación del estado nutricional se realiza según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016, la cual es para las personas hasta los 64 años. La resolución menciona que parte de la valoración es medir la circunferencia muscular del brazo y la circunferencia de pantorrilla, pero no expone unos criterios concretos de ese parámetro: punto de comparación o cómo se debe medir para hacer una clasificación del estado nutricional.
- Las intervenciones establecidas no incluyen preguntas acerca de percepción para el componente comunicativo, las cuales orientan para establecer si una persona tiene un problema auditivo identificado y está en tratamiento, control o tiene alguna herramienta que potencie su audición.
- Algunas de las intervenciones se basan en el uso de escalas. Sin embargo, no es claro cómo se deben utilizar de acuerdo con el contexto funcional y de vulnerabilidad de cada persona, por lo cual se hace necesario ajustar las escalas para que ayuden a definir de manera adecuada el riesgo de las personas en cada componente y así establecer una ruta de atención personalizada.

Adicionalmente, no están totalmente establecidas intervenciones educativas que permitan no solo la valoración integral de la población en esta etapa de vida, sino que generen un enfoque de promoción y prevención.

Finalmente, las intervenciones existentes para la valoración de la población en este momento de curso de vida, aunque reconocen que esta tiene diferentes vulnerabilidades, no sólo relacionadas con su aspecto funcional o de la edad cronológica, sino relacionadas con su entorno social y cultural, incluyendo aspectos relacionados con el sitio de residencia, vinculación laboral, estrato socio económico y acceso a la pensión de vejez, así como la pertenencia a grupos étnicos, diferencias de género, entre otros factores, están direccionadas para ser realizadas en un espacio

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

de consulta por profesionales, lo que limita su aplicación por personas que no se encuentren entrenadas para tal fin y requieren un tiempo considerable para su aplicación

De acuerdo a lo anterior, el alcance del presente lineamiento es brindar orientaciones a profesionales de la salud, funcionarios del primer nivel de atención y en general a cualquier profesional que atienda a personas en el momento de curso de vida vejez. Una orientación basada en una clasificación del riesgo que permita ejecutar los procedimientos para su valoración integral inicial desde una perspectiva de equidad, maximizando el beneficio de acuerdo con la condición de cada persona e identificando rápidamente el riesgo, que pueda realizar cualquier profesional en el primer nivel de atención, y que permita brindar educación al paciente y/o a su cuidador sobre estos riesgos. Así como posibilitar una remisión oportuna del paciente a las valoraciones adecuadas de cada dimensión que luego se traduzcan en diagnósticos e intervenciones preventivas y terapéuticas.

Este lineamiento no tratará los siguientes aspectos:

- Tratamiento de patologías agudas o crónicas desarrollado en RIAS, por grupo de riesgo o evento específico.
- No reemplaza la normativa vigente ni las intervenciones planteadas en ésta.
- No pretende constituirse ni da las pautas para una valoración clínica completa de cada individuo.

2.1. Preguntas de investigación orientadoras

Las preguntas que orientaron la búsqueda de la evidencia fueron las siguientes, las cuales se construyeron de acuerdo con el alcance del lineamiento y en conjunto con expertos clínicos, actores interesados y referentes de la Secretaría Distrital de Salud en el primer proceso de socialización del lineamiento:

- ¿Cuáles son las estrategias y/o instrumentos adecuados de clasificación de las personas en condición etapa de vida vejez, que permiten evaluar sus riesgos en respuesta a los diferentes componentes: comunicativo, nutricional, salud mental cognitiva, salud mental afectiva, cardiovascular, metabólico, funcional, familiar y social?

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- ¿Cuáles son los instrumentos, herramientas, escalas, acciones, intervenciones y procedimientos para la detección temprana y manejo inicial integral, de las personas en condición etapa de vida vejez, que deben usarse de acuerdo con un enfoque diferencial del riesgo y basados en la mejor evidencia disponible y en un enfoque de costo efectividad?

3. MARCO LEGAL

Marco político internacional

En el año 2002, se desarrolló la “Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento” y se acogió el “Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento” en el cual se establecen medidas, en el ámbito nacional e internacional, que dan prioridad al adulto mayor, a la promoción de su salud y bienestar, y a la búsqueda de ambientes emancipadores y adecuados que den respuesta a los retos propios del envejecimiento poblacional en el presente siglo (2).

Luego, en Santiago de Chile, los países de América Latina y el Caribe, en 2003, realizaron la “Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento” con el propósito de delimitar acciones prioritarias y formular recomendaciones para el amparo de los derechos humanos de la población en edad avanzada, creando condiciones de seguridad económica, educación e involucramiento social que les permitan el pleno goce de sus necesidades básicas y el derecho a la inclusión (2).

Para la quinta conmemoración del Plan de Acción de Madrid, se buscó identificar el progreso de parte de América Latina y el Caribe, lo que condujo a la firma de la “Declaración de Brasilia”. En 2012, en Costa Rica, mediante convocatoria de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se discutió el tema relacionado con los derechos del adulto mayor y se expusieron todos los adelantos en la “Carta de San José de Costa Rica”, haciéndose necesaria una mejora de los sistemas de protección social. Tanto en la “Declaración de Brasilia” como en la “Carta de San José de Costa Rica”, los países nuevamente se comprometieron a ser garantes del cuidado y protección de los derechos humanos de las personas en edad avanzada (2).

Normas legales nacionales

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Los derechos humanos del adulto mayor están protegidos por la “Declaración Universal de Derechos Humanos” de 1948, el “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” (asumido con la Ley 74 de 1968), el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (admitido con la Ley 74 de 1968), la “Convención Americana de Derechos Humanos” (sancionado con la Ley 16 de 1972), el “Protocolo de San Salvador” (ratificado con la Ley 319 de 1996) y la “Convención de los Derechos de las personas con discapacidad” (admitido con la Ley 1346 de 2009) (1).

De otra parte, mediante la Ley 1171 de 2007 se establecen ciertos beneficios al adulto mayor y la Ley 1151 de 2007 se dictamina que el Ministerio de la Protección Social define y desarrolla la “Política Nacional de Envejecimiento y Vejez”, lo cual fue ratificado por la Ley 1251 de 2008 con el fin de normar la promoción, protección y defensa de la población objetivo. También, la Ley 1276 de 2009 modifica la Ley 687 de 2001 estableciendo criterios adicionales de atención integral para los adultos en edad avanzada dentro de los Centros Día; mientras que la Ley 1315 de 2009 instaura las condiciones mínimas de dignidad para el alojamiento del adulto mayor dentro de los Centros de Protección o cualquier otra institución de atención (1).

Por su parte, la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto es “adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución”; establece la obligatoriedad de acatarla por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, y demás entidades que desarrollan acciones en salud (promoción, prevención, mantenimiento, rehabilitación; entre otros), según sus competencias, responsabilidades y funciones dentro del contexto establecido por el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (1).

Además, cada año, a finales del mes de agosto, se celebra el “Día Nacional de las Personas Adultas Mayores y de las Personas Pensionadas” gracias a la Ley 271 de 1996 que reconoce al “colombiano y colombiana de oro”.

Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015 – 2024

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Esta política, que corresponde a una actualización de la formulada en 2007, resalta las transformaciones demográficas que vive el país, como es el incremento en el número de individuos de 60 o más años, por lo que se espera que en el año 2037 se duplique la proporción correspondiente a 2017. También resalta el reto en el aspecto sanitario que acompaña estos cambios (2).

En ese sentido, destaca el desarrollo de guías de práctica clínica, guías para pacientes, cuidadores y familiares dirigidas a prevenir y controlar las causas de morbilidad para las condiciones de: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial primaria, cáncer de próstata, depresión en adultos, VIH/SIDA, artritis reumatoide y síndrome coronario agudo. También, señala los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010, en la cual el 50% de los adultos mayores percibe su salud como buena y sin ninguna limitación. No obstante, también resalta que la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la artritis o artrosis conforman las principales causas de morbilidad en el adulto mayor. A su vez, cita cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para 2011, indicando que las causas más importantes de defunción en las personas con edad avanzada abarcan las enfermedades cerebrovasculares, isquémicas del corazón, hipertensivas, crónicas de vías respiratorias y la diabetes mellitus (2).

Dentro de esta política se desarrolla un marco conceptual en el que se reconoce que el ciclo de vejez es una transformación multidimensional en el ser humano, caracterizado por su heterogeneidad, la cual se refleja en diferentes dimensiones e incluye cambios tanto de desarrollo como de deterioro biológicos, psicológicos, sociales, así como económicos, culturales y espirituales. Desarrolla el juicio de envejecimiento activo, el cual se atribuye a nivel singular y grupal, aclarando que éste consiste en que las personas desarrollen su potencial de bienestar en diversas dimensiones que sobrepasan la dimensión física; y por ello se requiere propiciar la participación social activa y el ejercicio de derechos. En este marco conceptual también se resalta la existencia de una transición en la atención sanitaria producto de los patrones de salud enfermedad, los cuales emergen, se disuelven o resurgen como consecuencia de los esquemas de desarrollo políticos, socioeconómicos y culturales, que, por ser diferenciales entre las regiones, requieren distintas respuestas sociales (2).

Dentro del marco ético se mencionan, como imperativos de la política, los valores de autonomía, dignidad, humanización, solidaridad. Así como los principios de universalidad, igualdad, justicia social distributiva, diversidad y descentralización (2).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Aunque la política está dirigida a todos los habitantes del territorio nacional, se enfoca en los mayores de 60 o más años, de manera puntual en aquellos en situaciones de desventaja y desnivel económico, cultural, social o de género, orientando sus objetivos a que las personas adultas mayores logren un envejecimiento autónomo, integral y digno.

Con el fin de lograr lo anterior, la política desarrolla cuatro ejes. El primero, está relacionado con la promoción y garantía de los derechos de las personas mayores y de los derechos humanos, con el que se busca vencer las inequidades sociales en la etapa de vejez. El segundo, de protección social integral, pretende la organización de servicios de cuidado, la promoción y asistencia social al adulto mayor, la seguridad de ingresos, vivienda, Seguridad Social en Salud, educación y seguridad alimentaria. El tercer eje es el de envejecimiento activo, cuyo propósito es establecer las condiciones que permitan tener una vida larga, digna, saludable y autónoma para toda la población del territorio nacional. El último eje se enfoca en la formación de talento humano e investigación, orientado a tener una mejor respuesta social hacia la vejez y el envejecimiento (2).

El presente documento está sometido en todas sus partes a la normatividad aplicable a derechos de autor, de propiedad intelectual y derechos morales, conforme lo siguiente:

- Ley 23 del 28 de enero de 1982 - Ley sobre Derechos de Autor.
- Ley 1915 del 12 de julio de 2018 "por la cual se modifica la Ley 23 de 1982 y se establecen otras disposiciones en materia de derecho de autor y derechos conexos".
- Ley 44 de 1993 "por la cual se modifica y adiciona la Ley 23 de 1982 y se modifica la Ley 29 de 1944".
- Ley 599 de 2000 "por la cual se expide el código penal (artículos 257, 270, 271 y 272)".

Lo anterior, sin perjuicio de otras disposiciones concordantes o complementarias.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

4. GLOSARIO

Calidad de la evidencia: "se refiere a qué tanta confianza se puede tener en que el estimativo del efecto es adecuado para soportar una recomendación"(3).

Certeza de la evidencia: "es una evaluación de la probabilidad que el efecto será sustancialmente diferente de aquel encontrado por la investigación"(3).

Cribado: aplicación de pruebas diagnósticas a personas sanas, para diferenciar aquellas que están probablemente enfermas de las que no lo están (4).

Curso de vida vejez: representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas (5).

Guías de Práctica Clínica: son estrategias que reflejan y sintetizan los avances tecnológicos y descubrimientos científicos, a fin de disminuir la variabilidad en la atención, mejorar su calidad, buscando que las prestaciones de los servicios en salud sean más racionales (4).

Herramienta Agree Plus: es una plataforma utilizada para realizar evaluaciones grupales del proceso de desarrollo de las guías de práctica, así como la calidad de los informes. Consta de 23 ítems organizados en 6 dominios de calidad (6).

Herramienta GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, empleada para calificar la certeza de la evidencia (3).

Herramienta 7: utilizada para la selección de Guías de Práctica Clínica candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de la revisión sistemática de GPC (4).

Lineamiento: "es una herramienta para la difusión y consulta de los acuerdos, normas, reglamentos y demás disposiciones de aplicación general que deben respetarse dentro de una organización. A partir del análisis de los principales problemas de salud y del sector, el Ministerio de Salud y los Entes Departamentales proponen lineamientos generales que orienten las políticas de salud" (7).

Prisma: presentación de revisiones sistemáticas y metaanálisis; su finalidad es ayudar a los autores en la presentación de estos informes (8).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Risk of Bias of Systematic Reviews: (RoBIS) herramienta empleada para la evaluación de riesgo de sesgos en las revisiones sistemáticas de literatura (9).

Tamizaje: prueba realizada a los pacientes para advertir si pueden desarrollar o no una enfermedad (4).

4.1. Abreviaciones

APS	Atención Primaria en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GPC	Guías de Práctica Clínica
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RPMS	Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud
RSL	Revisiones Sistemáticas de Literatura
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

5. GENERALIDADES

5.1. Marco conceptual

El envejecimiento es la suma de cambios en diferentes aspectos de la vida como lo son el biológico, cognitivo y sociocultural, caracterizados por su heterogeneidad y continuidad desde el momento del nacimiento. Se consideran como adultos mayores a aquellos que tengan edades de 60 o más años, pero también se incluye a los de 50 años o más que tengan discapacidad o que pertenezcan a pueblos indígenas (10).

Existen diferentes aproximaciones a los conceptos tanto de envejecimiento como de vejez, dentro de los que destacan la aproximación biológica o fisiológica, la cronológica, la antropológica y la sociocultural. En el envejecimiento biológico se reconoce la existencia de cambios a nivel molecular y celular que afectan tanto las estructuras como las funciones de los organismos. Esto se ve reflejado en aspectos como la sarcopenia y/o la osteopenia, con su consecuente pérdida de fuerza y vitalidad. Está caracterizado por tener una relación cronológica directa que ocurre prácticamente desde el nacimiento, aunque normalmente se establece como punto crítico de partida los 60 a 65 años. Por su parte, el enfoque antropológico y sociocultural reconoce que el envejecimiento se deriva de un proceso sociocultural que es diferente para cada época, sociedad y/o cultura sobre la cual se enmarca (11).

Es importante traer a colación el concepto de transición demográfica, puesto que se acompaña de una transformación de la estructura en las edades poblacionales, identificable por un angostamiento en las bases de las pirámides poblacionales y, de manera simultánea, en un ensanchamiento de sus puntas, lo cual sugiere un envejecimiento poblacional. Lo anterior tiene tres expresiones que, aunque están interrelacionadas, son diferentes entre sí. Por un lado, se encuentra el envejecimiento demográfico, el cual es resultado de la interacción simultánea entre los indicadores de fecundidad, mortalidad y migración, que se reflejan en el incremento constante de la proporción de adultos mayores con respecto a la población total. Por otro lado, está el envejecimiento doméstico que corresponde puntualmente a la ampliación en la proporción de personas de 60 años o más en los hogares, fruto de un mecanismo de solidaridad intergeneracional en el que existen cambios en las estructuras familiares. Finalmente, está el envejecimiento individual, asociado a una mayor esperanza de vida cuya consecuencia es el aumento de la edad cronológica en los individuos (11).

El proceso de envejecer es una transformación multidimensional del ser humano que se presenta de manera irreversible, intrínseca y heterogénea. Empieza su proceso

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

desde que se concibe al individuo, desarrollándose a lo largo de la vida y finaliza al morir. Está conformado por cambios psicológicos y biológicos de las personas en sus interacciones sociales, culturales, económicas y ecológicas, a través del tiempo (2).

Desde lo social, los adultos mayores son activos, sujetos de derecho, tienen responsabilidades y garantías hacia ellos mismos, sus familias y la sociedad en general. Desde una perspectiva cronológica, se les considera adultos mayores al tener 60 o más años (Organización de Naciones Unidas - ONU, en relación a personas de edad avanzada). En Colombia, a las personas mayores de 50 años que pertenecen a agrupaciones indígenas o a las personas discapacitadas, se les vincula en este grupo (Ley 100 de 1993, artículo 257, parágrafo 2) (2).

De acuerdo con estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2100, la población geriátrica va a aumentar de 1.7 a 8.4%. En 2010, en América Latina y el Caribe hay cerca de 59 millones de adultos mayores que se incrementarán a aproximadamente 200 millones para 2050. A los 60 años, la esperanza de vida presentará un incremento significativo debido a que el 81% de los individuos nacidos en la región logrará superar los 60 años de edad y el 42% superarán los 80. Para el año 2050 en América Latina, el número de personas mayores de 80 años será igual a la cantidad de niños de la región. Debido a lo anterior, los países se ven obligados a adecuarse rápidamente a nuevos contextos y al impacto que el mismo tiene sobre la seguridad social y la salud pública (12).

En las próximas dos décadas, de acuerdo a estudios que plantean la velocidad de la senescencia, en el año 2037, el 15% de los pobladores del país tendrán edades de 65 años o más (2).

Las personas en el momento curso de vida vejez suelen presentar síndromes geriátricos en los que la mayoría de las veces se puede prevenir su aparición. Por esto, si se diagnostican a tiempo, se pueden identificar los riesgos y definir de manera oportuna los planes de tratamiento que coadyuvan en la reducción de la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad en estos individuos. Entre los riesgos se destaca la fragilidad, entendida como un aumento de la vulnerabilidad a estresores con intensidad baja, ocasionado por alteraciones multisistémicas interrelacionadas que generan una disminución en la reserva homeostática y la capacidad del organismo para adaptarse (13).

El concepto de fragilidad, como síndrome clínico, aparece desde los años 90 y en la actualidad ha sido ampliamente reconocido por la medicina geriátrica (14). El Grupo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

de Consenso “Un llamado para la acción” definió fragilidad como “un síndrome médico con múltiples causas y contribuciones que es caracterizado por una disminución de la fuerza, resistencia y reducción de la función fisiológica que incrementa la vulnerabilidad de un individuo a desarrollar mayor dependencia y/o muerte” (15). Existen algunos criterios a valorar como la pérdida de peso, discapacidades, pérdida de la fuerza de presión, pérdida de la velocidad de la marcha, anormalidades radiográficas, ausencia de energía, reducida actividad física, presencia de enfermedades y anormalidades de laboratorio (1,13).

Existen estudios en Colombia que evalúan el uso de escalas en la población de adultos mayores. Se destaca el estudio de Gómez y colaboradores en el que se busca analizar la relación entre discapacidad, fragilidad y comorbilidad, y determinar cuál es la prevalencia de la fragilidad y las variables en este grupo poblacional. Se encontró en la población anciana, alta prevalencia de fragilidad y de manera considerable, ancianos pre-frágiles. De igual manera, una fuerte asociación a la discapacidad, comorbilidad, depresión y deterioro cognitivo. Se concluyó, que los indicadores de más prevalencia para la fragilidad son la lentitud en la marcha y actividad física; pese a lo anterior, recomiendan la realización de más estudios que incluyan muestras mayores que contribuyan a la obtención de resultados más significativos (16).

La prevalencia de fragilidad en la comunidad presenta grandes variaciones, que pueden ir desde el 4 hasta el 59%. No obstante, de forma global, se ha estimado en un 10% (IC 95% = 10.5-10.9), mientras que la prefragilidad en un 41.6%. Existe un incremento significativo de la prevalencia de la fragilidad asociada al aumento de edad, además que es significativamente mayor en mujeres que en hombres (17). Aunque el envejecimiento y la fragilidad no son sinónimos, este fenómeno se concentra en la población de 65 años y más, aumentando su probabilidad de ocurrencia después de los 85 años (14).

En la actualidad, un amplio número de autores coinciden en que el paciente adulto mayor que presenta más riesgo de tener eventos adversos y de muerte, debido a la reducción de sus reservas funcionales, es el que se clasifica como anciano frágil o anciano de riesgo (18). La fragilidad aumenta la vulnerabilidad de dependencia. Las personas frágiles se caracterizan por demandar importantes recursos comunitarios, sanitarios y cuidados en el hogar (15). Es justo por este motivo que los individuos frágiles requieren mayor nivel de asistencia y de servicios de cuidado. De hecho, diversos estudios han encontrado que el riesgo de morir o presentar complicaciones

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

o eventos adversos aumenta con la severidad de la fragilidad, es decir, aquellos individuos que presentaron mayores puntajes de clasificación (14).

Sin embargo, aunque esta condición puede empeorar a lo largo del tiempo, también es posible frenar o incluso mejorar su progresión. Un consenso de expertos estuvo de acuerdo, en más del 80%, en que esta condición es reversible o atenuable mediante intervenciones específicas, por lo que es mandatorio detectarlo tan pronto como sea posible por parte de los profesionales sanitarios, lo que resulta útil en el cuidado primario y el cuidado comunitario. En efecto, el Grupo de Consenso, que integró delegados de sociedades internacionales, como Estados Unidos y Europa, concuerda con que existe la posibilidad de prevenir o tratar la fragilidad física, lo que puede incidir de manera positiva en la calidad de vida, al tiempo que se reducen costos en el sector salud. Para esto, reconoce que el uso de pruebas de tamizaje simples y rápidas permite al personal sanitario reconocer objetivamente a las personas frágiles (15). De esta manera, se considera que la fragilidad puede ser un marcador de riesgo que sirva para mejorar la planificación sanitaria, pues permite evaluar la trayectoria crónica de salud y sus determinantes a nivel cognitivo, físico y social en el individuo. La evaluación de la fragilidad tiene la ventaja con respecto a la medición de comorbilidades, que da cuenta de la función global, sin que se desconozca la interrelación entre estas condiciones (14).

El consenso estuvo de acuerdo en la necesidad de enfatizar la búsqueda de fragilidad, no tanto en los individuos dependientes, sino en aquellos que podrían perder independencia, justamente para evitarlo, pues reconoce la existencia actual de modelos válidos que permiten predecir una mayor vulnerabilidad a desenlaces adversos en salud y mortalidad. Además, el grupo ha resaltado al menos cuatro sencillas intervenciones que podrían tener efectividad en el manejo de la fragilidad. Estas son: ejercicio para aumentar la resistencia y la capacidad aeróbica, reducción de la polifarmacia, Vitamina D y soporte calórico y proteico (15).

Asimismo, las dos aproximaciones más reconocidas en la identificación de la fragilidad consisten, por un lado, en la suma de un inventario de condiciones para la creación de un índice de fragilidad y, por otro lado, la especificación de un fenotipo que demarca un estado fisiológico de cambios multisistémicos. Ambas aproximaciones han sido útiles para clasificar a la población como frágil, pre frágil y no frágil. Las pruebas simples de tamizaje disponibles permiten reconocer a las personas con fragilidad física al igual que las personas con riesgo de fragilidad. Quizás por ello, una de las recomendaciones del Grupo de Consenso es que las personas con más de 70 años

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

se deben tamizar para fragilidad, teniendo como antecedente que intervenciones como estas han mostrado ser exitosas en Japón (15).

Las principales escalas en el diagnóstico de la fragilidad son el índice de fragilidad Rockwood y Mitnitsky y el fenotipo de fragilidad de Linda Fried, quien en 2001 describió un fenotipo de fragilidad, con algunos criterios como: baja actividad física, pérdida de peso intencional (por lo menos el 5% en el último año), debilidad muscular, lenta velocidad de la marcha y cansancio. La escala clasifica como frágil al paciente que reúne tres o más criterios; si presenta uno o dos, es prefrágil; y no es frágil cuando hay ausencia de criterios. De acuerdo a este estudio, se llegó a la conclusión de que existen adultos mayores que pueden ser frágiles, pero no necesariamente tener una discapacidad o comorbilidad (13). Aquí coincide “Un llamado para la acción”, el cual reconoce además que, aunque la fragilidad física es un síndrome médico en el que un individuo frágil puede tener discapacidad, no necesariamente a todas las personas con discapacidad se les debe considerar como frágiles. Adicionalmente, considera que es necesario diferenciar entre fragilidad física y multimorbilidad. Esto es importante ya que la primera requiere un abordaje general integral, mientras que la segunda se enfoca en la administración de cada condición de manera separada. La mayoría de estudios que han medido la fragilidad mediante el fenotipo físico, emplearon el índice de fragilidad de Fried (15). Rockwood y Mitnitsky diseñaron un constructo de la fragilidad que contiene 70 puntos correspondientes a varias condiciones en salud, enfermedades, discapacidad o síndromes geriátricos, y es valorado teniendo en cuenta la sumatoria de déficits en niveles distintos (13).

Debido a lo anterior, se pueden clasificar los pacientes de acuerdo a su condición de salud en general:

1. En forma: pacientes robustos, con energía, motivación y que se presentan activos. Este grupo de individuos son capaces de hacer ejercicios que incluyan fuerza y son físicamente los más aptos para su edad.
2. Bien de salud: individuos sin enfermedad aguda ni síntomas crónicos, pero tienen menor actividad física. Se ejercitan físicamente, de manera ocasional.
3. Adecuado manejo: individuos que presentan alguna dificultad médica, pero se encuentran controlados. No realizan ninguna actividad física, solamente paseos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

4. Vulnerable: individuos que no requieren ayuda de otros para realizar tareas cotidianas o básicas, pero sus enfermedades les limitan otras actividades. Se encuentran durante los días muy cansados o lentos.

5. Levemente frágil: individuos en los que frecuentemente la marcha es lenta y por ello necesitan colaboración para su desplazamiento (transporte, administración de fármacos, entre otros). Cada vez se les dificulta más realizar actividades como ir de compras, preparar alimentos y realizar otras actividades del hogar.

6. Moderadamente frágil: individuos que necesitan apoyo de otros para poder hacer sus actividades por fuera de la casa, además requieren ayuda para las actividades en el hogar. Frecuentemente necesitan ayuda al subir escaleras o para ducharse, y necesitan una mínima ayuda para vestirse.

7. Frágil: dependen por completo de alguien que los cuide, bien sea por tener una limitación cognitiva o física. Son estables y no presentan un riesgo alto de morir a los 6 meses.

8. Muy gravemente frágil: pacientes dependientes de manera grave y se encuentran cerca de morir. Es muy difícil que pueda recuperarse al presentar una pequeña enfermedad.

9. Enfermedad terminal: la expectativa de vida en estos pacientes es menor a 6 meses. Se encuentran en el final de sus días (16).

5.2 Metodología

La descripción completa de la metodología se encuentra disponible en el anexo 1. El desarrollo del presente lineamiento incluyó las siguientes fases:

5.2.1 Construcción de preguntas de investigación orientadoras del lineamiento: a lo largo de encuentros entre los referentes de la Ruta Integral de Atención en Salud correspondiente y el grupo desarrollador, se plantearon las preguntas y el alcance inicial, los cuales fueron validados en una reunión que contó con la participación de expertos clínicos de las Subredes Integradas de Servicios de Salud: Sur, Norte, Sur Occidente y Centro Oriente, y representantes de las sociedades de los pacientes,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

entre otros. En la reunión, se discutieron, ajustaron y consensuaron las preguntas de investigación orientadoras definitivas. Anexo 2.

5.2.2 Búsqueda y selección de la evidencia: para identificar estudios y documentos relevantes que respondieran a las preguntas de investigación orientadoras planteadas, se realizó una búsqueda sistemática de literatura, de acuerdo con lo propuesto por el Manual para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud del IETS. Se consultaron las bases de datos electrónicas MEDLINE, EMBASE, Cochrane, LILACS. Adicionalmente, se realizó la búsqueda de literatura gris a través de Google Académico. Se realizó una búsqueda general para identificar Guías de Práctica Clínica publicadas durante los últimos 5 años y otra búsqueda para identificar revisiones sistemáticas de la literatura. Cuando fue necesario, se realizaron búsquedas independientes de revisiones sistemáticas para cada pregunta. En el anexo 3 se presentan los algoritmos de búsqueda utilizados por cada base de datos. En el anexo 4, el diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia y en el anexo 5 se presenta el listado de documentos incluidos y excluidos.

5.2.3 Evaluación de la calidad metodológica de los documentos incluidos y perfiles de evidencia tablas GRADE: las Guías de práctica clínica seleccionadas se calificaron en su calidad metodológica en la plataforma del instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Agree) plus*. Este instrumento califica las guías teniendo en cuenta seis dominios. Se incluyeron aquellas guías de práctica clínica que alcanzaron mínimo el 60% en el dominio tres, de rigor de desarrollo y alcanzaron independencia editorial en el dominio seis.

Las revisiones sistemáticas se calificaron con el instrumento *Risk of Bias of Systematic Reviews (RoBIS)* que clasifica estos estudios de acuerdo con el riesgo de sesgo como bajo, poco claro y alto. Se incluyeron las revisiones sistemáticas con riesgo de sesgo bajo. Los detalles de esta valoración se presentan en el anexo 6. Además, a las revisiones sistemáticas, se les calificó la certeza de la evidencia para cada uno de los hallazgos reportados mediante la plataforma de la herramienta *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)* siendo clasificada la evidencia como alta, moderada, baja y muy baja. Esta información se puede consultar en el anexo 7.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

5.2.4 Síntesis de la evidencia: a partir de las referencias seleccionadas, se resumió la evidencia que daba respuesta a cada una de las preguntas de investigación orientadoras. El detalle de esta síntesis se presenta en el anexo 8.

5.2.5 Definición de lineamiento: inicialmente el grupo desarrollador, con base en la mejor evidencia disponible y la experiencia del experto clínico del grupo, organizó la información que se consideró relevante y se formuló el lineamiento preliminar para cada pregunta. Estos lineamientos preliminares se llevaron a una reunión de consenso formal en la cual participaron expertos clínicos, representantes de las sociedades de pacientes y demás actores que serán impactados por el lineamiento. Esta información se presenta detallada en el anexo 9. Luego de discusiones clínicas entre los asistentes sobre los lineamientos/protocolo y luego de incluir todos los ajustes que se consideraron pertinentes por los asistentes, el lineamiento para cada pregunta se votó en una escala de acuerdo de 1 a 9. Se consideró consenso para lineamiento de cada pregunta cuando la mediana de la votación estuvo entre 7 y 9. Esta información se presenta en el anexo 10.

5.3 Lineamiento

El lineamiento para cada componente, presentado a continuación, se construyó a partir de la evidencia presentada en el apartado anterior y un consenso de expertos en el que se hicieron ajustes de acuerdo con el contexto del distrito y se manifestó el grado de acuerdo (ver anexos 4 – 8).

Componente funcional

1. La tamización inicial integral de las personas en momento curso de vida vejez, debe comenzar por una clasificación de su estado funcional. Se recomienda que esta clasificación permita como mínimo definir el grado de dependencia de la persona para sus actividades de la vida diaria y la identificación de personas en etapas finales de la vida.

- Se recomienda utilizar un instrumento para clasificar funcionalmente a la persona, que sea de fácil y rápida aplicación. El índice de Barthel cumple con estas condiciones y debe ser considerado como primera aproximación, dada su obligatoriedad por la Resolución 3280. Una alternativa es el índice de Katz.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- Brindar una explicación a la persona y/o su cuidador de la importancia de detección de cambios en el estado funcional y cuáles síntomas pueden indicar que esto está ocurriendo e informar y/o orientar sobre las rutas de atención en caso de ser necesario.

Justificación

- Clasificar a las personas de acuerdo con su capacidad funcional permite desarrollar un enfoque del riesgo dirigido a las necesidades específicas de cada persona. Además, al evaluar el riesgo de alteraciones en su salud, en diferentes dominios de ésta, se puede definir la relevancia de cada evaluación según esta capacidad funcional con base en el beneficio esperado para la persona.
- Existe un gran número de instrumentos para medir un mismo constructo, lo que dificulta a los investigadores y clínicos la elección del más adecuado. La elección del instrumento debe guiarse por las cuestiones relacionadas con la traducción y la validación para su ubicación y la idoneidad para su contexto. Existen instrumentos como la escala medida independencia funcional para escenarios intrahospitalarios.
- Esta valoración es importante para evaluar el concepto de clasificación funcional que no es igual al concepto de fragilidad.
- El índice de Barthel se considera de fácil aplicación en cualquier escenario y existe familiaridad con el mismo por parte de los equipos de salud en el país.

2. La valoración y tamizaje integral inicial debe incluir la valoración de signos que pueden sugerir que la persona está entrando en la etapa final de vida.

- Los cambios en el adulto mayor incluyen los siguientes:
 - Signos como agitación, respiración de Cheyne-Stokes, deterioro del nivel de conciencia, piel moteada, secreciones respiratorias ruidosas y pérdida de peso progresiva.
 - Síntomas como el aumento de la fatiga y la pérdida de apetito.
 - Observaciones funcionales como cambios en la comunicación, retraimiento social, deterioro de la movilidad o del rendimiento.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- Utilizar la información adquirida en las evaluaciones y otros datos obtenidos del equipo multiprofesional, de la persona y de sus allegados, para ayudar a determinar si la persona está cerca de la muerte.
- Si se piensa que una persona puede estar entrando en los últimos días de vida, reunir y documentar información sobre: las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona; los signos y síntomas clínicos actuales; el historial médico y el contexto clínico, incluidos los diagnósticos subyacentes; los objetivos y deseos de la persona; las opiniones de las personas importantes para la persona sobre los cuidados futuros.
- Solicitar asesoría o concepto de otros profesionales con más experiencia en la prestación de cuidados al final de la vida cuando haya un alto nivel de incertidumbre (por ejemplo: signos o síntomas clínicos ambiguos o contradictorios) sobre si una persona está entrando en los últimos días de vida, está estabilizándose o si existe la posibilidad de una recuperación, incluso temporal, y así poder direccionar la atención e intervenciones con fin curativo o paliativo.
- Establecer las necesidades y expectativas de comunicación de las personas que pueden estar entrando en sus últimos días de vida, teniendo en cuenta: si desean que una persona importante para ellos esté presente en la toma de decisiones sobre sus cuidados; su nivel actual de comprensión de que puede estar cerca de la muerte; su estado cognitivo y si tiene necesidades específicas de habla, lenguaje u otras necesidades de comunicación; cuánta información le gustaría tener sobre su pronóstico; sus necesidades o preferencias culturales, religiosas, sociales o espirituales.
- Como parte de cualquier proceso de toma de decisiones compartida, tener en cuenta: si la persona moribunda tiene una declaración anticipada o una decisión anticipada de rechazar el tratamiento o ha proporcionado detalles de cualquier poder legal duradero para salud y bienestar; los objetivos y deseos actuales de la persona; si la persona moribunda tiene alguna preferencia cultural, religiosa, social o espiritual.
- Referir al paciente para que en su atención médica se elabore un plan de atención individualizado con el equipo interdisciplinario pertinente.

Justificación

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- La detección de este momento evita realizar investigaciones que probablemente no aportan a los cuidados en los últimos días de vida, a menos que haya una necesidad clínica de hacerlo. Por ejemplo, cuando un recuento sanguíneo que pueda orientar el uso de una transfusión de plaquetas para evitar una hemorragia catastrófica y así respetar la integridad y calidad de vida de la persona.

Componente familiar y social

3. La tamización inicial debe contener una valoración del soporte familiar y social de la persona en este momento curso de vida.

- Evaluar si las condiciones económicas del paciente le permiten asistir o seguir un plan de cuidados de acuerdo con su capacidad funcional y a sus condiciones de salud actuales.
- Evaluar el apoyo que tiene la persona, incluyendo cuidadores, familiares y encargados de su acompañamiento.
- Los profesionales sanitarios y sociales deberían considerar remitir al adulto mayor, con múltiples condiciones crónicas, a su aseguradora y prestador de servicios de salud, para evaluación de necesidades tan pronto como es identificado que puede requerir soporte y cuidados sociales.
- Identificar barreras de acceso a los servicios de salud (administrativas, culturales, económicas, geográficas y otras) que pongan en riesgo la salud e integridad de la persona para orientar la atención a la eliminación de las mismas.
- Reconocer que muchos adultos mayores con necesidades sociales y múltiples condiciones crónicas también son cuidadores, pero puede ser que ellos no se vean a sí mismos como tal. Preguntar a la persona si asume responsabilidades de cuidador y de ser así, asegurar que se le ofrezca una evaluación de cuidador y sus necesidades.
- Asegurarse que las necesidades de los cuidadores son tomadas en cuenta.
- Evaluar si, por la identidad de género de la persona, pueden existir riesgos de estigmatización, discriminación y afectación de sus derechos.
- Evaluar si la persona se encuentra en condiciones de detención o reclusión que puedan afectar otros componentes de su salud.

Justificación

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- Al planificar y realizar evaluaciones para adultos mayores con necesidades de atención social y múltiples condiciones crónicas, los profesionales sanitarios y sociales deberían siempre incluir al adulto mayor y, si es apropiado, a su cuidador, para tener en cuenta sus fortalezas, necesidades y preferencias. Una detección oportuna permite incluir profesionales relevantes para direccionar todas las necesidades de la persona, incluyendo las dimensiones médicas, psicológicas, emocionales, sociales, personales, sexuales, espirituales y culturales. Además de sus necesidades sensoriales (visión, audición y comunicación), de alojamiento y cuidado en el ambiente. Hay que asegurar que, si una persona y su cuidador no pueden asistir a una cita de evaluación, se busquen otros mecanismos de atención y la persona conozca sobre la disponibilidad de servicios, sus costos y cómo estos pueden ser pagados.
- Todos los profesionales deberían reconocer que el aislamiento social puede ser un problema particular para los adultos mayores con necesidades de apoyo social y múltiples condiciones crónicas.

Componente cardiovascular y crónico – comorbilidades:

4. La tamización del riesgo en esta población debe incluir una identificación de posibles factores de riesgo cardiovascular.

- Preguntar a la persona y/o a su cuidador, acerca de sus hábitos relacionados con dieta o actividad física que pueden convertirse en factores de riesgo cardiovascular, uso de medicamentos para tratamiento y/o prevención de este tipo de eventos (recetados o no).
- Indagar y, si es posible, revisar en los registros clínicos la presencia de alteraciones metabólicas a partir del resultado del perfil lipídico, glucemia, uroanálisis y creatinina, y registros de presión arterial.
- Identificar sobrepeso u obesidad con la inspección de la persona y una evaluación del índice de masa corporal y circunferencia de la cintura.
- Identificar si la persona tiene el seguimiento propuesto de salud cardiovascular para esta población, de acuerdo con su edad, incluyendo evaluación clínica y exámenes de laboratorio. Brindar educación al individuo y su cuidador acerca de los beneficios de este seguimiento, el derecho que tiene al mismo en el sistema de salud y cómo puede acceder a él.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Justificación

- Los individuos con alguno(s) de los siguientes factores de riesgo deben ser considerados de alto riesgo de eventos cardiovasculares: enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal crónica en estadio 3, superior, micro o macroalbuminuria, hipercolesterolemia familiar, con al menos 20 años de duración de la enfermedad, daños en los órganos diana (por ejemplo: proteinuria, micro o macroalbuminuria, retinopatía proliferativa o neuropatía autonómica) y factores de riesgo cardiovascular significativamente elevados. Si bien la tamización en este lineamiento no contempla la realización de procedimientos o exámenes de laboratorio, es importante identificar si se han realizado y si tienen resultados anormales, ya que esto permite conocer si una persona tiene un riesgo cardiovascular elevado.
- La evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y riesgos de añadir evaluaciones, como el índice tobillo-brazo, el nivel de proteína C reactiva de alta sensibilidad o la puntuación de calcio arterial coronario, a la evaluación tradicional del riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en adultos asintomáticos para prevenir eventos de ECV, por lo cual no se recomiendan en esta valoración inicial.
- En esta población existe el fenómeno conocido como paradoja de la obesidad, en la cual la obesidad se puede constituir, a diferencia de lo que ocurre con los demás cursos de vida, en un factor asociado con una mayor tasa de supervivencia. Por lo que es conveniente su detección, pero la valoración de su efecto debe realizarse en la evaluación clínica del individuo. La circunferencia de la cintura es una medida importante utilizada en la práctica clínica para medir la grasa visceral y así poder determinar el riesgo cardiovascular, además de ser un procedimiento fácil, sencillo y rápido de ejecutar.

5. La tamización de los riesgos debe contener una evaluación de la presencia de comorbilidades o riesgos por estas (por ejemplo, dolor crónico, alteraciones de la salud mental, mayor riesgo de caídas, incontinencia) y/o sus tratamientos (por ejemplo, por polifarmacia – más de 4 fármacos concomitantes).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- Utilizar la revisión de la historia clínica o los registros clínicos para evaluar si la persona presenta comorbilidades o tiene riesgos por su tratamiento, como polifarmacia.
- Los registros de formulación de fármacos y la frecuencia de ésta puede ayudar a detectar personas en riesgo por comorbilidad.
- Excepto en el caso de personas que se encuentran en etapas finales de la vida, puede existir fragilidad en personas con una aparente independencia funcional. Tener presente siempre valorarla.
- Cuando se evalúe la fragilidad en escenarios de detección primaria y comunitaria, considerar una de las siguientes recomendaciones: una evaluación informal de la velocidad de la marcha (por ejemplo, tiempo tomado para atender a la puerta, tiempo tomado para caminar desde la sala de espera) y estatus de auto reporte de salud (es decir, ¿cuánto le pondría usted a su estado de salud en una escala de 0 a 10?). Una evaluación informal de la velocidad de la marcha que tome más de 5 segundos para recorrer 4 m, indica posible fragilidad. Una alternativa adicional es utilizar el instrumento *downton* para evaluar el riesgo de caídas.
- Preguntar a la persona y/o su cuidador cómo sus condiciones de salud y/o tratamientos alteran su vida en sus actividades diarias y brindar educación sobre los riesgos de la comorbilidad y/o sus tratamientos, así como la identificación temprana de signos y síntomas de alarma para acudir a servicios de salud de manera oportuna.
- Brindar educación a la persona y/o su cuidador acerca de la importancia de la adherencia a sus tratamientos y realizar seguimiento al mismo.

Justificación

- Considerar una aproximación en el cuidado que tenga en cuenta la multimorbilidad puede detectar personas con dificultad para manejar su tratamiento o sus actividades del día a día.
- Las personas con comorbilidades o riesgo de complicaciones por su tratamiento (por ejemplo, polifarmacia) pueden tener mayor riesgo de fragilidad o caídas y buscan con frecuencia atención no planificada o de emergencia.
- Estas personas están en un mayor riesgo de alteraciones en su salud mental, pueden padecer de depresión, ansiedad, entre otras.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

6. El tamizaje inicial debe valorar si la persona está siendo evaluada para el riesgo de neoplasias prevalentes en esta etapa de vida.

- Indagar, con la persona y/o su cuidador y a través de registros clínicos, si la persona está recibiendo los procedimientos establecidos para la tamización periódica de neoplasias prevalentes en esta etapa, como cáncer de próstata, colon, cuello uterino, mama y pulmón.
- Estos procedimientos deben indagarse en general hasta los 75 años de edad.
- Brindar educación a la persona y/o a su cuidador acerca de la pertinencia de realizar estos procedimientos regularmente.

Justificación

- Existen guías de práctica clínica que brindan las recomendaciones sobre tamización de estas neoplasias en esta etapa condición de vida y están dirigidas a personas hasta los 75 años de edad.
- Debe reconocerse que la presencia de neoplasias puede convertirse en un factor de riesgo para fragilidad y deterioro de la capacidad funcional en esta población.

Componente nutricional

7. La tamización de la malnutrición en esta población se puede realizar a partir de preguntas orientadoras, impresión visual del estado nutricional y el uso de instrumentos de tamizaje como el Mini Nutritional Assessment short-form.

- Se recomienda complementar el tamizaje con preguntas relacionadas con los siguientes temas: consumo de líquidos y alimentos proteicos, pérdida de peso involuntaria reciente y pérdida del apetito.
- El tamizaje de la malnutrición debe realizarse independiente de la condición funcional del paciente.
- Brindar una explicación al paciente y/o su cuidador acerca de la relevancia de detectar malnutrición y cómo puede identificarla en el hogar.
- Identificar posibles factores que pueden estar interfiriendo en la seguridad alimentaria y nutricional de la persona, para orientar la atención a acciones

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

interdisciplinarias o intersectoriales que garanticen el acceso y consumo oportuno de alimentos según las necesidades encontradas.

Justificación

- No existe un estándar de referencia para definir el riesgo de malnutrición en adultos mayores a pesar de que, para el caso particular de estos, se han identificado alrededor de 34 herramientas de tamizaje nutricional aplicadas en diferentes escenarios.
- Existen otros instrumentos de tamización del estado nutricional en esta población que requieren la participación de un profesional en nutrición y de un tiempo considerable para su aplicación.
- La malnutrición puede existir independiente de la condición funcional de la persona, y esto incluye a personas en etapas finales de la vida que pueden beneficiarse de intervenciones nutricionales durante este proceso.

Componente salud mental y cognitiva

8. El proceso de tamización de riesgos en las personas en momento curso de vida vejez, debe incluir una valoración de posibles alteraciones en su salud mental como delirium, demencia y depresión.

- Evaluar al adulto mayor por factores de riesgo de delirium (persona con comorbilidades crónicas y descompensación de estas u otros trastornos orgánicos agudos) al iniciar contacto e investigar si hay algún cambio en la condición de la persona, incluyendo preguntar a su cuidador.
- Investigar y preguntar sobre posibles cambios observados y/o reportados en la función cognitiva, percepción, función física o comportamiento social de la persona.
- Preguntar al paciente y/o su cuidador acerca de cambios en el estado de ánimo o conductas que lo sugieran, como apatía por actividades que previamente realizaba y disfrutaba, y cambios en los hábitos del sueño o alimentarios.
- Indagar por deterioro cognitivo con diferentes estrategias. Por ejemplo, decirle tres palabras sencillas, luego preguntarle por la orientación en tiempo y espacio (¿cuál es la fecha de hoy?, ¿dónde se encuentra en este momento?) y luego preguntarle si recuerda las tres palabras.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- Evaluar el riesgo de suicidio cuando se sospeche depresión o la misma esté presente. Preguntar si en las últimas semanas ha tenido sentimientos de tristeza, melancolía o desesperanza.
- Brindar educación a la persona y/o su cuidador acerca de la importancia de la detección temprana de alteraciones de la salud mental y signos que sugieran que esto está ocurriendo.
- Ante cualquier sospecha de alteración en la salud mental, referir al paciente y su cuidador para una valoración completa con instrumentos validados para tal fin y que permitan, según su resultado, una atención especializada oportuna.
- El tamizaje de estas condiciones debe realizarse independiente del estado funcional de la persona, incluyendo a personas en etapas finales de la vida.

Justificación

- La evidencia no recomienda en personas en condición etapa de vida vejez realizar tamizaje rutinario de la depresión, debido a que existen preocupaciones por el tratamiento innecesario de los diagnósticos que sean realmente falsos positivos.
- Una tamización de la salud mental permite una remisión a una valoración adecuada de ésta que permita la detección de verdaderos positivos y la implementación de estrategias oportunas de tratamiento y acompañamiento.
- La depresión, la ansiedad y el aislamiento social o la falta de apoyo social de calidad son factores de riesgo para el desarrollo y el pronóstico de las enfermedades cardiovasculares y deben tenerse en cuenta al evaluar el riesgo individual.
- El diseño de dinámicas, programas educativos basados en la evidencia sobre delirium, demencia y depresión que apoyen la transferencia de conocimiento y habilidades en el escenario práctico, puede apoyar la tamización de estas condiciones y su reconocimiento oportuno.

Componente comunicativo y visual

9. El tamizaje de la salud visual puede realizarse basado en preguntas orientadas a obtener información acerca de la percepción de alteraciones en la visión de la persona.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- Usar preguntas como: ¿es capaz de leer el título del periódico?, ¿es capaz de leer o identificar las letras en el texto normal del periódico o de cualquier texto?, ¿le cuesta ver de lejos?, ¿siente que ha disminuido su visión o tiene dificultades para realizar actividades que hacía antes con facilidad debido a una menor visión?, ¿tiene alguna enfermedad ocular?
- Cuando se tenga disponible, completar el tamizaje inicial con instrumentos como la carta de Snell – cartillas ETRS.
- El tamizaje debe realizarse independiente del estado funcional de la persona, excepto en personas en etapas finales de la vida donde no tiene utilidad.
- Es importante que la valoración inicial permita referir a la persona a evaluar la relación entre la salud visual y la calidad de vida a partir de preguntas orientadoras o instrumentos como el BFQ, en caso de que se tenga disponible, el cual debe ser conocido por la persona que hace el tamizaje en las evaluaciones complementarias.
- Definir con qué frecuencia deberían hacerse preguntas de tamizaje.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Justificación

- Aunque se reconoce que una visión deteriorada es un factor de riesgo para la independencia funcional, el riesgo de caídas y la calidad de vida, la evidencia indica que la detección de deficiencias visuales (basadas en cuestionarios o pruebas de visión) en curso de vida vejez, no parece mejorar ni la calidad de vida ni las limitaciones funcionales relacionadas con la visión.
- No hay evidencia suficiente para evaluar el balance de beneficios y daños de la detección de problemas de agudeza visual en adultos mayores. No obstante, las pruebas de agudeza visual (como la tabla optométrica de Snell) son el método habitual.
- Este lineamiento complementa la recomendación de la resolución 3280 de 2018, en la cual se menciona que se debe realizar un examen oftalmoscópico a través de técnicas como la oftalmoscopia a distancia, directa e indirecta, y la biomicroscopia con lentes accesorios. Adicionalmente, valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares.

10. El tamizaje de la salud auditiva en estas personas se realizará a partir de preguntas orientadas a obtener información proveniente del paciente y/o sus acudientes acerca de la percepción que tengan de alteraciones de la audición en la persona.

- El tamizaje puede ser apoyado en pruebas rápidas como la prueba de la voz susurrada, frotamiento de los dedos y prueba del tic tac del reloj.
- El tamizaje debe realizarse independiente del estado funcional de la persona, excepto en personas en etapas finales de la vida donde no tiene utilidad.

Justificación

- La evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños del tamizaje de pérdida de audición. No obstante, entre las pruebas para evaluar la posible pérdida de audición se incluyen la voz susurrada, el frotamiento de los dedos y las pruebas de tictac del reloj; sin embargo, aunque no constituyen una evaluación definitiva de la salud auditiva, pueden ser útiles para una detección del riesgo de alteración en la salud auditiva.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- No existen recomendaciones acerca de una valoración diferencial del riesgo de déficit auditivo según la clasificación funcional del paciente o el costo efectividad de los instrumentos posibles.

11. El tamizaje inicial debe incluir una valoración de la salud bucal.

- Indagar, con la persona y/o su cuidador y a través de registros clínicos, si la persona asiste regularmente al cuidado de rutina de la salud bucal.
- Evaluar, a través de la inspección y el interrogatorio, si la persona tiene pérdidas dentales, problemas de masticación, deglución y/o fonación.
- Brindar educación sobre los procedimientos preventivos para la salud bucal a los que tiene derecho y dónde puede ser orientado para recibirlos.

Justificación

- La presencia de alteraciones en la salud bucal puede alterar la capacidad de alimentarse, aumentar el riesgo de infecciones y puede afectar la capacidad comunicativa de la persona.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

6. ANEXOS

Anexo 1. Metodología

La búsqueda de evidencia se realizó a partir de dos procesos. Un proceso de búsqueda manual de Guías de Práctica Clínica (GPC), publicadas durante los últimos cinco años por diferentes agencias nacionales e internacionales productoras y/o recopiladoras de GPC, orientadas en el adulto mayor, etapa de vejez y síndromes geriátricos. En los anexos se presentan las fuentes de búsqueda y los resultados de la búsqueda.

Con las GPC seleccionadas, se realizó un proceso de tamizaje, por medio de la herramienta 7 del manual para la elaboración de guías de práctica clínica (4) (selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de la revisión sistemática de GPC), en el cual se seleccionaron 23 GPC que respondieron a las siguientes preguntas:

- ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?
- ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
- ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?
- ¿Establece recomendaciones?
- ¿Año de publicación mayor a 2016?

Posteriormente, los documentos seleccionados se evaluaron en texto completo con la herramienta Agree Plus(6) con el fin de valorar su calidad metodológica, teniendo presente como principales criterios para su inclusión un puntaje mayor al 60% en los dominios 3 (rigor metodológico) y 6 (independencia editorial). Este proceso permitió incluir finalmente 22 GPC. El proceso de tamizaje y selección de los estudios se establece a partir del flujograma PRISMA.

El segundo proceso de búsqueda consistió en la búsqueda sistemática de RSL que evaluarán instrumentos o procesos de valoración del riesgo para cada uno de los dominios relacionados en nuestras preguntas. La búsqueda se realizó en las bases de datos Mediline, Cochrane, Embase, Lilacs; Google Scholar; y fuentes oficiales: sistemas de salud latinoamericanos (Guías de Práctica Clínica, RS).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Las búsquedas se restringieron a humanos, revisiones sistemáticas de literatura (RSL) publicadas durante los últimos cinco años, en inglés o español. Los detalles de los términos de búsqueda se presentan en los anexos.

A los títulos obtenidos se les realizó un proceso de tamización en el software Rayyan®, iniciando con la eliminación de duplicados y valoración de los criterios de elegibilidad para su selección final. Este proceso permitió recuperar 14 RSL.

A las 14 RSL seleccionadas se les aplicó la evaluación de riesgo de sesgos por medio de la herramienta *Risk of Bias of Systematic Reviews* (RoBIS)(9) que clasifica estos estudios de acuerdo con el riesgo de sesgo como bajo, poco claro y alto. Los detalles de esta valoración se presentan en los anexos.

Cinco RSL calificadas por la herramienta RoBIS con riesgo bajo, fueron evaluadas con la herramienta GRADE(3) para calificar la certeza de la evidencia en los hallazgos reportados en estos estudios.

Debido a la falta de resultados encontrados para el componente auditivo, se realizó una búsqueda adicional sistemática bajo el mismo proceso anterior. El proceso de tamizaje y selección de los estudios se establece a partir del flujograma PRISMA.

Todo el proceso de tamizaje, selección, calificación del riesgo de sesgos y síntesis de la evidencia fue realizado por dos revisores y de manera independiente (EB y LF), por medio de formularios diseñados en Excel, los cuales fueron ajustados en una extracción piloto realizada o en uno de los artículos. Los desacuerdos que se plantearon en el proceso fueron resueltos mediante discusión entre ellos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Anexo 2. Informe participación panel de socialización de preguntas

Introducción

“La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen” (1). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (1).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (2). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos. En términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (3).

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad y quien no hace parte del grupo desarrollador (4).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo incluyendo la convocatoria realizada de los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en la sesión realizada.

Objetivo

Desarrollar un espacio de socialización del alcance y preguntas orientadoras de los lineamientos para la atención integral de la vejez de pacientes de la población de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Bogotá con actores involucrados en el proceso de atención, con el fin de recoger comentarios que favorezcan el refinamiento del alcance.

Metodología

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, por su sigla en inglés). Estos actores corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan y que serán afectados por la decisión, o como aquellos grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política de ETES (5). El mapeo inicia con la identificación de los actores clave conforme al objetivo del espacio y la temática. Para el caso particular, este proceso de identificación se desarrolló en conjunto con el referente temático y con la supervisión del contrato.

A continuación, se describen las actividades adelantadas.

Identificación de los actores

La convocatoria de participación se inició a partir de la definición de profesionales, clínicos y usuarios de las entidades u organizaciones requeridas para el proceso:

- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
- Delegados de otras subsecretarías y dependencias de la Secretaría Distrital de Salud.

Convocatoria

Con esta identificación, se procedió con la convocatoria para obtener los nombres y los datos de contacto de los delegados de cada organización y de los expertos clínicos. Luego de tener la respuesta de los delegados, se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso. Para asegurar mayor representatividad, también se contactaron expertos individuales con conocimiento en el tema.

Desarrollo de los espacios de participación

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Conforme a lo requerido por el grupo desarrollador, se llevó a cabo la socialización virtual el día 01/12/2021, a las 6:00 p.m., por la plataforma Zoom. La agenda fue la siguiente:

- Presentación del contexto de la condición.
- Presentación de alcance y preguntas propuestas.
- Apertura a comentarios y retroalimentación de los asistentes.

A continuación, se presenta la lista de participantes asistentes al espacio de socialización (Tabla 1).

Tabla 1. Actores invitados y asistentes

No.	Organización / Asociación	Delegado	Perfil
1	Secretaría Distrital de Salud	Constanza Hernández	Psicóloga
2		Myrna Mariño Maldonado	Odontóloga, Especialista en servicios de salud
3		Alejandra Caro Bonell	Optómetra/ esp. Gerencia de calidad de Prestación de Servicios de Salud
4		Carol Andrea Bernal Castro	Fonoaudióloga, Magister en discapacidad e inclusión social
5		Marisol Flores Torres	Enfermera especialista en gestión de salud pública
6		Luís Gerardo Cano	Médico
7		Liliana Yaneth Rojas	Enfermera
8		Astrid Montel Guaraco	Psicóloga con especialización en Promoción de la Salud y Desarrollo Humano.
9		Paola Andrea Amaya	Odontóloga, profesional especializada referente de salud bucal
10		María Fernanda Barreto	Médico Auditor
11		Elsa María Gaitán	Psicóloga, Profesional especializado

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

12		Carlos Bermúdez	Nutricionista, Referente RIAS
13		Ricardo Duran Arango	Odontólogo, Profesional especializado
14		Ana Milena Castro Roa	Epidemióloga, Implementación RIAS
15		Ana Sofía Alonso	Enfermera salubrista, Epidemióloga
16		Beatriz Helena Guerrero	Médico, - Dirección provisión de servicios
17		Nilson Mauricio Mayorga	Fisioterapeuta, Análisis y políticas
18	Subred Integrada de Servicios de salud Sur	Eliana Aguilar Duran	Enfermera
19		Ana Bolívar	Líder Ruta promoción y mantenimiento de la salud
20		Mónica Jannethe Caballero	Fisioterapeuta, Especialista en Salud Publica
21		Karime Alejandra Bautista	Gestor de Política
22	Subred Integrada de Servicios de salud Sur Occidente	Ana Bolívar	Líder Ruta promoción y mantenimiento

Fuente: IETS, 2021

Tabla 2. Equipo técnico IETS

No.	Nombre	Perfil
1	Juan Carlos Álzate	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
2	Juan Vargas González	Director de Epidemiología de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
3	Eliana Rodríguez	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
4	Eliana Margarita Barón	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
5	Lorena Mesa	Líder de la Unidad de Métodos Cualitativos e Investigación Social

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

6	Adriana Robayo	Directora Ejecutiva
7	Luis Ernesto Fandiño	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
8	Lina Herrera Morales	Auxiliar Administrativo

Fuente: IETS, 2021

Una vez realizada la socialización se reciben los comentarios por parte de los asistentes, quienes piden el envío de la presentación para retroalimentar sobre la misma.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Anexo 3. Términos y bitácoras de búsqueda

Alcance del informe técnico, según la pregunta de investigación en estructura PICOT

Población	Población en el momento de curso de vida vejez.
Intervención (Tratamientos)	Estrategias y/o instrumentos de clasificación del riesgo físico, funcional, familiar y social.
Comparador(es)	Comparación entre las mismas estrategias y no clasificar.
Desenlaces	Fragilidad Discapacidad Supervivencia Riesgo de caídas Hospitalización Deterioro cognitivo Debilidad muscular Mortalidad Dependencia

Reporte de búsqueda en Medline

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	Medline
Plataforma	PubMed
Fecha de búsqueda	17/12/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	
	# Search Results

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

1	Aged (Mesh)	3.345.696
2	Aged.ti,ab	646.306
3	Geriatric population.ti,ab	2.739
4	Old Age.ti,ab	31.739
5	Elderly.ti,ab	270.768
6	1OR2OR3OR4OR5	3.841.610
7	Geriatric Assessment MeSH	30.476
8	Geriatric Assessment ti,ab	4.873
9	Risk Assessment MeSH	297.151
10	Risk Assessment ti,ab	77.319
11	Classification MeSH	235.054
12	Classification ti,ab	367.381
13	Classification system ti,ab	22.204
14	7OR8OR9OR10OR11OR12OR13	948.133
15	6AND14	218.449
16	15 Filters: Systematic Review, from 2016 - 2022	1.623

Fuente: elaboración propia

Reporte de búsqueda en Cochrane

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	Cochrane
Plataforma	Cochrane Library
Fecha de búsqueda	17/12/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	
Estrategia de búsqueda	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

#	Search	Results
1	MeSH descriptor: [Aged] in all MeSH products	217.432
2	("aged"):ti,ab,kw	535.802
3	(Geriatric population):ti,ab,kw	1.432
4	("old age"):ti,ab,kw	1.97
5	("elderly"):ti,ab,kw	52.636
6	1OR2OR3OR4OR5	558.898
7	MeSH descriptor: [Geriatric Assessment] explode all trees	1.558
8	(Geriatric assessment):ti,ab,kw	4.179
9	MeSH descriptor: [Risk Assessment] explode all trees	9.324
10	("risk assessment"):ti,ab,kw	28.125
11	MeSH descriptor: [Classification] explode all trees	131
12	("classification"):ti,ab,kw	47.824
13	(classification system):ti,ab,kw	17.628
14	7OR8OR9OR10OR11OR12OR13	78.91
15	6AND14	39.952
16	15 Filters: Cochrane reviews, from 1Jan2016 – 17Dec2021	94

Fuente: elaboración propia

Reporte de búsqueda en Embase

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	Embase
Plataforma	Ovid
Fecha de búsqueda	20/12/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 5 años

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Restricciones de lenguaje	Ninguna		
Otros límites			
Estrategia de búsqueda			
	#	Search	Results
	1	exp Aged/	2.786.903
	2	aged(ti,ab)	776.466
	3	Geriatric population(ti,ab)	3.978
	4	old age(ti,ab)	28.71
	5	Elderly(ti,ab)	314.083
	6	1OR2OR3OR4OR5	3.393.943
	7	exp Geriatric Assessment/	17.818
	8	Geriatric assessment(ti,ab)	7.191
	9	exp Risk Assessment/	621.576
	10	risk assessment(ti,ab)	88.496
	11	exp Classification/	2.079.995
	12	Classification(ti,ab)	437.6
	13	classification system(ti,ab)	28.163
	14	7OR8OR9OR10OR11OR12OR13	2.879.945
	15	6AND14	555.285
	16	15 and 2016:2021	224.639
	17	16 and EMBASE and "systematic Review" and "reviews (maximizes specificity)" and elderly - focussed	350

Fuente: elaboración propia

Reporte de búsqueda en Lilacs

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Nueva

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Bases de datos	Lilacs											
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud											
Fecha de búsqueda	20/12/2021											
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 5 años											
Restricciones de lenguaje	Ninguna											
Otros límites	Título, resumen o asunto											
Estrategia de búsqueda	<table><thead><tr><th>#</th><th>Search</th><th>Results</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>("Aged") OR ("Geriatric Population") OR ("Old Age") OR ("Elderly") AND ("Geriatric Assessment") OR ("Risk Assessment") OR ("Classification") OR ("Classification System") AND ((db:("LILACS" OR "IBECS" OR "WHOLIS" OR "SES-SP" OR "BINACIS" OR "LIS" OR "PAHOIRIS" OR "coleccionaSUS" OR "BDENF" OR "CUMED" OR "SMS-SP" OR "INDEXPSI" OR "LIPECS" OR "BRISA"))))</td><td>90</td></tr><tr><td>2</td><td>1 AND Filter: Revisión sistemática</td><td>2</td></tr></tbody></table>			#	Search	Results	1	("Aged") OR ("Geriatric Population") OR ("Old Age") OR ("Elderly") AND ("Geriatric Assessment") OR ("Risk Assessment") OR ("Classification") OR ("Classification System") AND ((db:("LILACS" OR "IBECS" OR "WHOLIS" OR "SES-SP" OR "BINACIS" OR "LIS" OR "PAHOIRIS" OR "coleccionaSUS" OR "BDENF" OR "CUMED" OR "SMS-SP" OR "INDEXPSI" OR "LIPECS" OR "BRISA"))))	90	2	1 AND Filter: Revisión sistemática	2
#	Search	Results										
1	("Aged") OR ("Geriatric Population") OR ("Old Age") OR ("Elderly") AND ("Geriatric Assessment") OR ("Risk Assessment") OR ("Classification") OR ("Classification System") AND ((db:("LILACS" OR "IBECS" OR "WHOLIS" OR "SES-SP" OR "BINACIS" OR "LIS" OR "PAHOIRIS" OR "coleccionaSUS" OR "BDENF" OR "CUMED" OR "SMS-SP" OR "INDEXPSI" OR "LIPECS" OR "BRISA"))))	90										
2	1 AND Filter: Revisión sistemática	2										

Fuente: elaboración propia

Reporte de búsqueda en Google Scholar

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Nueva

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Bases de datos	Google Scholar						
Plataforma	Google Scholar						
Fecha de búsqueda	20/12/2021						
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 5 años						
Restricciones de lenguaje	Ninguna						
Otros límites	Se revisan 10 primeras páginas						
Estrategia de búsqueda	<table><tr><th>#</th><th>Search</th><th>Results</th></tr><tr><td>1</td><td>(((("Aged") OR ("Geriatric Population") OR ("Old Age") OR ("Elderly")) AND (("Geriatric Assessment") OR ("Risk Assessment") OR ("Classification") OR ("Classification System")) AND ("Systematic Review"))))</td><td>48.9</td></tr></table>	#	Search	Results	1	(((("Aged") OR ("Geriatric Population") OR ("Old Age") OR ("Elderly")) AND (("Geriatric Assessment") OR ("Risk Assessment") OR ("Classification") OR ("Classification System")) AND ("Systematic Review"))))	48.9
#	Search	Results					
1	(((("Aged") OR ("Geriatric Population") OR ("Old Age") OR ("Elderly")) AND (("Geriatric Assessment") OR ("Risk Assessment") OR ("Classification") OR ("Classification System")) AND ("Systematic Review"))))	48.9					

Fuente: elaboración propia

Alcance del informe técnico, según la pregunta de investigación en estructura PICOT

Población	Población en el momento curso de vida de vejez.
Intervención (Tratamientos)	Instrumentos, herramientas, escalas, acciones, intervenciones y procedimientos para la detección temprana y manejo inicial integral de las personas en condición etapa de vida vejez.
Comparador(es)	Entre ellos.
Desenlaces	Velocidad de la marcha y deterioro cognitivo, precisión en la detección del riesgo de malnutrición.

Fuente: elaboración propia

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Búsqueda de Guías de Práctica clínica

Fuentes de Guías de Práctica Clínica

Tipo de fuente	Fuente	Dirección electrónica	Resultados
Organismos recopiladores de GPC	NGC (National Guideline Clearinghouse)	http://www.guideline.gov/	1
	GIN (Guideline International Network)	http://www.g-i-n.net/	18
	Database of GRADE EtD's and Guidelines	http://dbep.gradeapro.org/	0
	TRIP Database	https://www.tripdatabase.com/	0
Organismos que producen GPC	NZGG (New Zealand Guidelines Group)	https://www.health.govt.nz/	0
	NICE (National Institute for Clinical Excellence)	www.nice.org.uk/Guidance/Topic	3
	SIGN (Scottish Intercollegiate Network)	http://www.sign.ac.uk/	1
GPC nacionales o iberoamericanas	Guia Salud	https://portal.guiasalud.es/	1
	Redsalud	https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/guias-clinicas/	1
	Cenetec	https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/	1
	Ministerio Salud y Seguridad Social	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=guias%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica&scope=Todos#ee37da6-2e67-4038-9ee7-4aef0fde343b=%7B%22k%22%3A%22guias%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%22%2C%22r%22%3A%5B%7B%22n%22%3A%22dtype%22%2C%22t%22%3A%5B%22%5C%22%2C%7%82%2C%7%824775c3ad6173%5C%22%22%5D%2C%22o%22%3A%22OR%22%2C%22k%22%3Afalse%2C%22m%22%3A%7B%22%5C%22%2C%7%82%2C%7%824775c3ad6173%5C%22%22%3A%22Gu%C3%ADas%22%7D%7D%5D%7D	1

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Otras bases de datos	Google Académico	https://scholar.google.com.co/	0
Base de datos específicas	Sociedad Brasileña de Gerontología y Geriatria	https://sbgg.org.br/	0
	Sociedad de Geriatria Gerontología de Chile	https://www.socgeriatria.cl/web/	0
	International Association of Gerontology and Geriatrics	https://www.iagg-er.net/	0
	Sociedad de Gerontología y Geriatria del Perú	https://sggperu.org/	0
	Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria	https://www.sugg.org.uy/	0
	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología	https://www.segg.es/	1
	Sociedad Española de Medicina Geriátrica	https://www.semeg.es/	0
	British Geriatrics Society	https://www.bgs.org.uk/	0
	The American Geriatrics Society	https://www.americangeriatrics.org/	1
	Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor	https://almageriatria.org/author/alma/	0
	US Preventive Services Task Force	https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/	16
Duplicados			5
Total			40

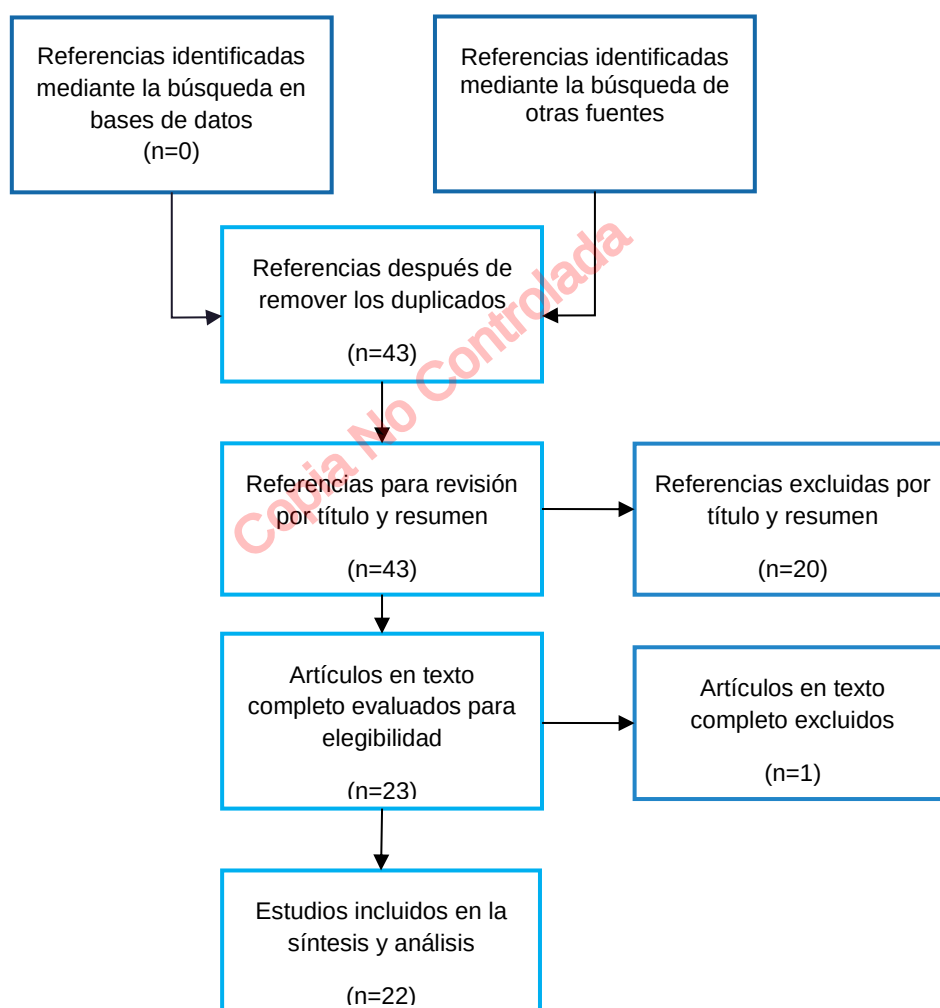
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Anexo 4. Diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de la evidencia.

Guías de Práctica Clínica (PRISMA)



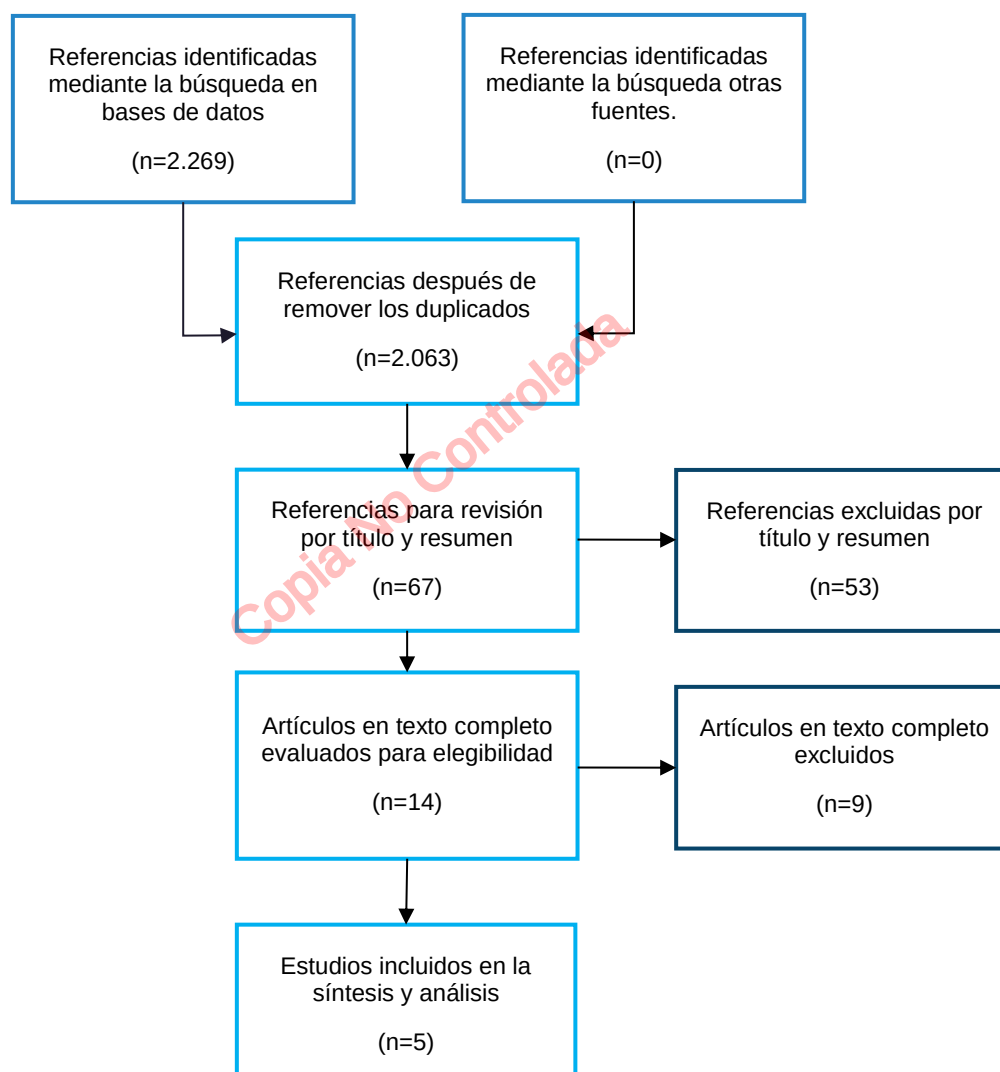
Fuente: elaboración propia

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Revisiones Sistemáticas de Literatura (PRISMA)



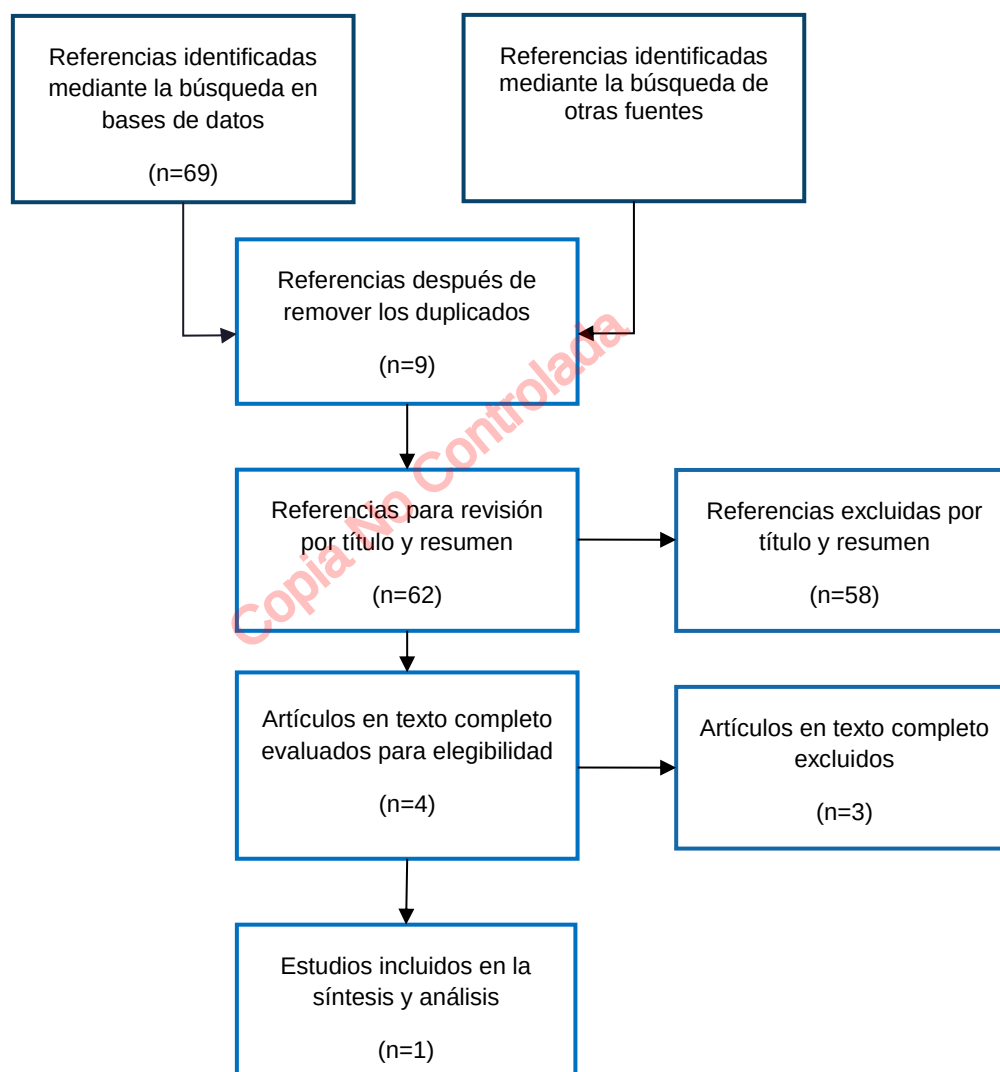
Fuente: elaboración propia

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Guías de Práctica Clínica (PRISMA-Componente auditivo)



Fuente: elaboración propia

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Anexo 5. Listado de documentos incluidos y excluidos

Revisiones sistemáticas de literatura incluidas

#	Título	Año	Autores	Consenso
1	Diagnostic test accuracy of self-reported screening instruments in identifying frailty in community-dwelling older people: A systematic review(26)	2020	Ambagtsheer RC; Thompson MQ; Archibald MM; Casey MG; Schultz TJ	Sí
2	Linking Frailty Instruments to the International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Systematic Review(27)	2016	Azzopardi RV; Vermeiren S; Gorus E; Habbig AK; Petrovic M; Van Den Noortgate N; De Vriendt P; Bautmans I; Beyer I	Sí
3	Assessing the social dimension of frailty in old age: A systematic review.(28)	2018	Bessa B; Ribeiro O; Coelho T	Sí
4	Physical frailty and gait speed in community elderly: a systematic review(29)	2018	Binotto MA; Lenardt MH; Rodríguez-Martínez MDC	Sí
5	Objective measures of the frailty syndrome (hand grip strength and gait speed) and cardiovascular mortality: A systematic review(30)	2016	Chainani, Vinod; Shaharyar, Sameer; Dave, Kairavee; Choksi, Vivek; Jamal, Omar; Ravindranathan, Sharmila; Hanno, Ram; Rafeh, Nidal Abi; Abdo, Abir	Sí
6	Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review(31)	2019	Jossiana Wilke Faller, David do Nascimento Pereira, Suzana de Souza, Fernando Kenji Nampo, Fabiana de Souza Orlandi, Silvia Matumotol	Sí
7	Physical Frailty and cognitive status over-60 age populations: a systematic	2018	Guilherme Eustaquio Furtado, Adriana Caldo, Ta'ís Rieping, Edith Filaire, Eef Hogervorst, Ana Maria	Sí

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

	review with meta-analysis(32)		Teixeira Botelho, Jose Pedro Ferreira	
8	Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments(33)	2019	Marijke Hopman-Rock1 · Helmi van Hirtum1,4 · Paul de Vreede2,5 · Ellen Freiburger3	Sí
9	Validity of Nutritional Screening Tools for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis(34)	2019	Jennifer M.J. Isautier MSc a , Marija Bosni c MSc b , Suey S.Y. Yeung MSc b,c , Marijke C. Trappenburg MD, PhD d , Carel G.M. Meskers MD, PhD e , Anna C. Whittaker PhD f , Andrea B. Maier MD, PhD	Sí
10	Quick and Simple FRAIL Scale Predicts Incident Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental ADL (IADL) Disabilities: A Systematic Review and Meta-analysis(35)	2018	Gotaro Kojima MD *	Sí
11	Frailty Defined by FRAIL Scale as a Predictor of Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis(36)	2018	Gotaro Kojima MD *	Sí
12	Identifying frailty in primary care: A systematic review(37)	2017	Linda Lee,1,2,3† Tejal Patel,1,2,4 Loretta M. Hillier,5,6 Niraj Maulkhan,1 Karen Slonim1 and Andrew Costa7	Sí
13	A Systematic Review of Thirty-One Assessment Tests to Evaluate Mobility in Older Adults(38)	2019	Racha Soubra , 1 Aly Chkeir,1 and Jean-Luc Novella2	Sí
14	Gait change in dual-task as a behavioral marker	2020	Qing Yang, MSN, Chong Tian, Ph.D, Benjamin Tseng,	Sí

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

	to detect mild cognitive impairment in the elderly—A systematic review and meta-analysis(39)		Ph.D, Beibei Zhang, MSN, Sha Huang, MSN, Si Jin, Ph.D, Jing Mao, Ph.D	
--	--	--	---	--

Fuente: elaboración propia

Revisiones sistemáticas de literatura excluidas

#	Título	Año	Autor	Consenso	Motivo de exclusión	Observaciones
1	Systematic Review: Components of a Comprehensive Geriatric Assessment in Inflammatory Bowel Disease-A Potentially Promising but Often Neglected Risk Stratification(40)	2019	Asscher VER; Lee-Kong FVY; Kort ED; van Deudekom FJ; Mooijaart SP; Maljaars PWJ	No	Tipo de población	Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (es una afección crónica)
2	Metabolic syndrome and cognitive decline in the elderly: A systematic review(41)	2018	Assuncao, Naima; Sudo, Felipe Kenji; Drummond, Claudia; De Felice, Fernanda Guarino; Mattos, Paulo	No	Tipo de intervención	Síndrome metabólico y deterioro cognitivo (instrumentos de medición)
3	Assessment of the elderly's functional ability to manage their medication: a systematic literature review(42)	2017	Advinha AM; Lopes MJ; de Oliveira-Martins S	No	Tipo de intervención	Evaluación de la capacidad funcional de los ancianos para gestionar su medicación (instrumentos de medición)
4	A Systematic Review and Meta-Analysis of Preoperative Frailty Instruments Derived From Electronic Health Data(43)	2021	Alkadri J; Hage D; Nickerson LH; Scott LR; Shaw JF; Aucoin SD; McIsaac DI	No	Tipo de población	Instrumentos de fragilidad preoperatoria (pacientes quirúrgicos adultos)
5	Computer-based cognitive interventions for mild cognitive impairment and dementia in	2019	Al Mahmud, Abdullah; Slikboer, Reneta; Stargatt, Jennifer; Bhar, Sunil AO - Al Mahmud, Abdullah	No	Tipo de publicación	Es un protocolo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

	older adults: Protocol for a systematic review of published studies and meta-analysis(44)					
6	Interventions for preventing abuse in the elderly(45)	2016	Baker, PRA; Francis, DP; Hairi, NN; Othman, S; Choo, WY	No	Tipo de intervención	No herramientas, ni instrumentos de medición
7	Outcome measures in older persons with acquired joint contractures: a systematic review and content analysis using the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) as a reference(46)	2016	Bartoszek G; Fischer U; Müller M; Strobl R; Grill E; Nadolny S; Meyer G	No	Tipo de población	Medidas de resultado en personas mayores con contracturas articulares adquiridas (instrumentos de medición)
8	A Systematic Review of the Measurement of Function in Late-Life Depression(47)	2018	Bingham KS; Kumar S; Dawson DR; Mulsant BH; Flint AJ	No	Tipo de intervención	Una revisión sistemática de la depresión en la medición de la función en la vejez (instrumentos de medición)
9	Distance Assessment for Detecting Cognitive Impairment in Older Adults: A Systematic Review of Psychometric Evidence(48)	2020	Binng D; Splonskowski M; Jacova C	No	Tipo de intervención	Evaluación a distancia para detectar el deterioro cognitivo de los adultos mayores
10	Test-Retest Reliability of Measurements of Hand-Grip Strength Obtained by Dynamometry from Older Adults: A Systematic Review of Research in the PubMed Database(49)	2017	Bohannon RW	No	Tipo de intervención	Evaluación a distancia para detectar el deterioro cognitivo de los adultos mayores
11	How gait influences frailty models and health-related outcomes in clinical-based and population-based studies: a	2021	Bortone I; Sardone R; Lampignano L; Castellana F; Zupo R; Lozupone M; Moretti B; Giannelli G; Panza F	No	Tipo de intervención	No herramientas, ni instrumentos de medición

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

	systematic review. (50)					
12	Accuracy of the Geriatric Depression Scale (GDS)-4 and GDS-5 for the screening of depression among older adults: A systematic review and meta-analysis(51)	2021	Brañez-Condorena A; Soriano-Moreno DR; Navarro-Flores A; Solis-Chimoy B; Diaz-Barrera ME; Taype-Rondan A	No	Tipo de intervención	Precisión de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)-4 y GDS-5 para el cribado de la depresión en adultos mayores (instrumentos de medición)
13	Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the detection of dementia within a secondary care setting(52)	2021	Burton, JK; Fearon, P; Noel-Storr, AH; McShane, R; Stott, DJ; Quinn, TJ	No	Tipo de población	Entorno de atención secundaria
14	Evaluating the effectiveness of five screening tools used to identify malnutrition risk in hospitalized elderly: A systematic review.(53)	2018	Cascio BL; Logomarsino JV	No	Tipo de población	Herramientas de cribado utilizadas para identificar riesgo de desnutrición en ancianos hospitalizados
15	Screening instruments for cognitive impairment in older patients in the Emergency Department: a systematic review and meta-analysis.(54)	2021	Calf AH; Pouw MA; van Munster BC; Burgerhof JGM; de Rooij SE; Smidt N	No	Tipo de población	Servicio de urgencias
16	Prognostic value of geriatric nutritional risk index in elderly patients with heart failure: a meta-analysis(55)	2021	Cen, Kaidong; Sun, Weifeng; Li, Hengdong; Feng, Beili AO - Feng, Beili	No	Tipo de población	Valor pronóstico del índice de riesgo nutricional geriátrico en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca
17	Role of comprehensive geriatric assessment in healthcare of older people in UK	2019	Chadborn NH; Goodman C; Zubair M; Sousa L; Gladman JRF; Denning T; Gordon AL	No	Tipo de estudio	Revisión realista

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

	care homes: realist review (56)					
18	A Systematic Review of the Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Inventory(57)	2021	Champagne A; Landreville P; Gosselin P	No	Tipo de intervención	Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad Geriátrica. No herramientas, ni instrumentos de medición
19	Frail Phenotype and Disability Prediction in Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies(58)	2019	Chang SF; Cheng CL; Lin HC	No	Tipo de intervención	Fenotipo frágil y predicción de la discapacidad en personas mayores que viven en la comunidad. No herramientas, ni instrumentos de medición
20	The Relationship of Frailty and Hospitalization Among Older People: Evidence From a Meta-Analysis(59)	2018	Chang SF; Lin HC; Cheng CL	No	Tipo de población	La relación entre la fragilidad y la hospitalización entre las personas mayores ancianos. No herramientas, ni instrumentos de medición
21	Effectiveness of comprehensive geriatric assessment intervention on quality of life, caregiver burden and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.(60)	2021	Chen Z; Ding Z; Chen C; Sun Y; Jiang Y; Liu F; Wang S	No	Tipo de población	Estancia hospitalaria. No herramientas, ni instrumentos de medición
22	Community screening for visual impairment in older people(61)	2018	Clarke, Emily L.; Evans, Jennifer R.; Smeeth, Liam	No	Tipo de intervención	Cribado comunitario de la discapacidad visual en personas mayores (instrumentos de medición)
23	Spatial orientation tasks show moderate to high accuracy for the diagnosis of mild cognitive impairment: a systematic literature review(62)	2020	Costa RQMD; Pompeu JE; Viveiro LAP; Brucki SMD	No	Tipo de intervención	Tareas de orientación espacial con precisión de moderada a alta para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

						(instrumentos de medición)
24	Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations(63)	2016	Creavin, ST; Wisniewski, S; Noel-Storr, AH; Trevelyan, CM; Hampton, T; Rayment, D; Thom, VM; Nash, KJE; Elhamoui, H; Milligan, R; et al.	No	Tipo de intervención	Mini-Mental State Examination (MMSE) para la detección de demencia (instrumentos de medición)
25	The assessment of anxiety in aged care residents: a systematic review of the psychometric properties of commonly used measures(64)	2018	Creighton AS; Davison TE; Kissane DW	No	Tipo de intervención	Evaluación de la ansiedad en los residentes de la tercera edad (instrumentos de medición)
26	Timing and methods of frailty assessments in geriatric trauma patients: A systematic review(65)	2019	Cubitt, Mya; Downie, Emma; Shakerian, Rose; Lange, Peter W.; Cole, Elaine AO - Cubitt, Mya	No	Tipo de intervención	Herramientas, instrumentos de medición
27	Performance of the Framingham risk models and pooled cohort equations for predicting 10-year risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis(66)	2019	Damen JA; Pajouheshnia R; Heus P; Moons KGM; Reitsma JB; Scholten RJPM; Hooft L; Debray TPA	No	tipo de estudio	Rendimiento de los modelos de riesgo de Framingham y de las ecuaciones de cohortes agrupadas para predecir el riesgo de enfermedad cardiovascular a 10 años.
28	Montreal Cognitive Assessment for the detection of dementia(67)	2021	Davis, DHJ; Creavin, ST; Yip, JLY; Noel-Storr, AH; Brayne, C; Cullum, S	No	Tipo de intervención	Evaluación cognitiva de Montreal para la detección de la demencia (instrumentos de medición)
29	Global variation in grip strength: a systematic review and meta-analysis of normative data(68)	2016	Dodds RM; Syddall HE; Cooper R; Kuh D; Cooper C; Sayer AA	No	Tipo de publicación	Variación global de la fuerza de agarre. No herramientas. Son memorias
30	Cognitive, functional, physical, and nutritional status of the oldest old	2020	Emile Escourrou, Florence Durrieu, Bruno Chicoulaa, Julie Dupouy, Stéphane Oustric,	No	Tipo de intervención	Estado cognitivo, funcional, físico y estado nutricional de los ancianos en la atención primaria

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

	encountered in primary care: a systematic review(69)		Sandrine Andrieu and Virginie Gardette			(instrumentos de medición)
31	Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service (Review)(70)	2018	Eamer G, Taheri A, Chen SS, Daviduck Q, Chambers T, Shi X, Khadaroo RG	No	Tipo de población	Ensayos aleatorios de personas sometidas a cirugía de 65 años o más que comparen la Atención Geriátrica Integral (AGI) con la atención quirúrgica habitual y que informen de alguno de nuestros resultados primarios (mortalidad y alta a un mayor nivel de atención) o secundarios (duración de la estancia, reingreso, coste total y complicaciones postoperatorias).
32	Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review)(71)	2017	Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, Conroy SP, Kircher T, Somme D, Saltvedt I, Wald H, O'Neill D, Robinson D, Shepperd S	No	Tipo de población	Se incluyeron ensayos aleatorios que compararon la Atención Geriátrica Integral (AGI) para pacientes hospitalizados (prestada en salas geriátricas o por equipos móviles) frente a la atención habitual en una sala de medicina general o en una sala para personas mayores ingresadas habitualmente para cuidados agudos o para rehabilitación de pacientes hospitalizados.
33	Screening for Hearing Loss in Older Adults: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force(72)	2021	Cynthia Feltner, MD, MPH Ina F. Wallace, PhD Christine E. Kistler, MD, MASc Manny Coker-Schwimmer, MPH Daniel E. Jonas, MD,	No	Tipo de intervención	Detección de la pérdida de audición en adultos mayores (instrumentos de medición)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

			MPH Jennifer Cook Middleton, PhD			
34	Equipment-Free Fall-Risk Assessments for the Functionally Independent Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis(73)	2021	Chen-Ju Fu, Wen-Chien Chen, Meng-Ling Lu, Chi-Chien Niu, Yi-Hsuan Lee, Chih-Hsiu Cheng	No	Tipo de intervención	Evaluaciones de riesgo de caída sin equipo para los ancianos funcionalmente independientes (instrumentos de medición)
35	Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review(74)	2021	James W. Garrard, Natalie J. Cox, Richard M. Dodds, Helen C. Roberts, Avan A. Sayer	No	Tipo de intervención	No herramientas, ni instrumentos de medición
36	Assessment instruments of functioning in Brazilian elderly and the ICF: a systematic review(75)	2017	Cíntia Sulino Gomes[a], Mariana Colombini Buranello[a], Shamyr Sulyvan Castro[b]*	No	Tipo de población	No se evalúa de manera específica la población de interés
37	The operationalization of fatigue in frailty scales: a systematic review(76)	2019	V. Knoopa,b, A. Costenoblea,b, R. Vella Azzopardia,b,c, S. Vermeirena,b, A. Debaina,b,c,B. Jansene,f, A. Scafoglierb,d, I. Bautmansa,b,c, on behalf of the Gerontopole Brussels Study group (Ivan Bautmansg,*, Dominique Vertéh, Ingo Beyer, Mirko Petrovicj, Liesbeth De Donderk, Tinie Kardoll, Gina Rossim, Peter Clarysn, Aldo Scafogliero, Erik Cattryssep, Paul de Hertq, Bart Jansenr	No	Tipo de intervención	Identificación de los diferentes ítems de fatiga en las escalas de fragilidad existentes
38	Diagnostic Accuracy of Various forms of Geriatric Depression Scale for Screening of Depression among Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis(77)	2020	Yuvaraj K (Conceptualization) (Formal analysis) (Methodology) (Project administration) (Supervision) (Validation) (Visualization) (Writing - original draft) (Writing - review and editing), Sathish Rajaa (Formal analysis) (Methodology) (Project administration) (Validation) (Visualization)	No	Tipo de intervención	Exactitud diagnóstica de varias formas de la Escala de Depresión Geriátrica para cribado de la depresión entre los adultos mayores (instrumentos de medición)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

			(Writing - review and editing), Tanveer Rehman (Methodology) (Project administration) (Validation) (Visualization) (Writing - review and editing)			
39	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and mortality risk: a systematic review and meta-analysis(78)	2018	Sören Kuitunen-Paul,1 Michael Roerecke2,3	No	Tipo de intervención	Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) y riesgo de mortalidad (instrumentos de medición)
40	Measurement of hand grip strength in the elderly: A scoping review with recommendations(79)	2019	Hanife Mehmet, Angela W.H. Yang, Stephen R. Robinson*	No	Tipo de publicación	Proponemos un protocolo detallado y estandarizado que es adecuado para la evaluación de la fuerza de agarre de la mano en adultos mayores frágiles.
41	Development of frailty measurement tools using administrative health data: A systematic review(80)	2020	Son Nghiema, *, Disna Sajeewania, Katrina Hendersonb, Clifford Afoakwaha, Joshua Byrnesa , Wendy Moylec,d , Paul Scuffhama,c	No	Tipo de intervención	Desarrollo de herramientas de medición de la fragilidad utilizando datos sanitarios administrativos
42	Performance of the Geriatric Depression Scale-15 with Older Adults Aged over 65 Years: An Updated Review 2000-2019(81)	2020	Seong-Hi Park PhDa and Mi-Jeong Kwak MPH, MSNB	No	Tipo de intervención	Rendimiento de la Escala de Depresión Geriátrica-15 con adultos mayores de 65 años años (instrumentos de medición)
43	The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis(82)	2016	Claire Pocklington1, Simon Gilbody2, Laura Manea2 and Dean McMillan2	No	Año de publicación	Debe estar entre 2017 - 2021
44	Prognostic value of handgrip strength in people aged 60 years and older: A systematic review	2015	Joke M Rijk,1 Paul RKM Roos,1 Laura Deckx,2 Marjan van den Akker1,2 and Frank Buntinx1,2	No	Año de publicación	Debe estar entre 2017 - 2021

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

	and meta-analysis(83)					
45	CSF tau and the CSF tau/ABeta ratio for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI) (Review) (84)	2017	Ritchie C, Smailagic N, Noel-Storr AH, Ukoumunne O, Ladds EC, Martin	No	Tipo de intervención	Proteína tau en LCR (marcadores de degeneración neuronal)
46	Systematic review of nutritional screening methods for elderly Brazilians living at home(85)	2019	Manuela de Almeida Roediger (https://orcid.org/0000-0001-7516-7719) 1 Maria de Fátima Nunes Marucci (https://orcid.org/0000-0002-8871-9727) 1 Bruna Zillesg Borges dos Santos (https://orcid.org/0000-0003-0835-392X) 1 Daiana Aparecida Quintiliano Scarpelli Dourado (https://orcid.org/0000-0003-4317-4601) 1 Maria de Lourdes Nascimento da Silva (https://orcid.org/0000-0001-6914-4924) 1 Elza Cristina Silva Queiroz (https://orcid.org/0000-0003-3838-2641) 1	No	Idioma	Publicación en portugués
47	A systematic review and comparison of functional assessments of community-dwelling elderly patients(86)	2015	Katie J. Roedl, MS, FNP-C (Family Nurse Practitioner)1, Lindsay S. Wilson, MS, FNP-C (Family Nurse Practitioner)2, & Julie Fine, PhD, FNP-C (Associate Professor)3	No	Año de publicación	Debe estar entre 2017 - 2021
48	Association between functional social support and cognitive function in middle-aged and older adults: a protocol	2020	Emily C Rutter,1 Suzanne L Tyas,1 Colleen J Maxwell ,1,2 Jane Law,1,3 Megan E O'Connell,4 Candace A Konnert,5 Mark Oremus 1	No	Tipo de publicación	Es un protocolo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

	for a systematic review(87)					
49	Systematic review of the Kihon Checklist: Is it a reliable assessment of frailty? (88)	2016	Priscila Yukari Sewo Sampaio,1 Ricardo Aurélio Carvalho Sampaio,1 Minoru Yamada2 and Hidenori Arai3	No	Año de publicación	Debe estar entre 2017 - 2021
50	Multicomponent Frailty Assessment Tools for Older People with Psychiatric Disorders: A Systematic Review(89)	2018	Jennifer L. Sutton, MSc,* Rebecca L. Gould, PhD, DClinPsy,*† Mark C. Coulson, PhD,‡ Emma V. Ward, PhD,‡ Aine M. Butler, PhD,§ Megan Smith, MSc,¶ Grace Lavelle, PhD,* Amy Rosa, BSc,† Margaret Langridge, BSc,k and Robert J. Howard, MD*†	No	Tipo de población	Evalúa una población que no es extrapolable
51	Psychometric properties of multicomponent tools designed to assess frailty in older adults: A systematic review(90)	2016	Jennifer L. Sutton1*, Rebecca L. Gould1 , Stephanie Daley2 , Mark C. Coulson3 , Emma V. Ward3 , Aine M. Butler1, Stephen P. Nunn3 and Robert J. Howard1,4	No	Año de publicación	Debe estar entre 2017 - 2021
52	Increasing use of cognitive measures in the operational definition of frailty—A systematic review(91)	2018	R. Vella Azzopardia,b,c,*, I. Beyera,b,c, S. Vermeirena,b, M. Petrovicd, N. Van Den Noortgated, I. Bautmansa,b,c, E. Gorusa,b,c, on behalf of the Gerontopole Brussels Study group1	No	Tipo de intervención	No corresponde a la intervención
53	Validity, reliability and feasibility of tools to identify frail older patients in inpatient hospital care: A Systematic Review(92)	2015	R.M.J. Warnier, E. Van Rossum, E. Van Velthuisen, W.J. Mulder, J.M.G.A. Schols, G.I.J.N. Kempen	No	Año de publicación	Debe estar entre 2017 - 2021

Fuente: elaboración propia

Guías de práctica clínica incluidas

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Nombre de la guía	Criterios de una GPC						Decisión
	1	2a	2b	3	4	5 (> 2016)	
1. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement(93)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
2. Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease(94)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3. Care of dying adults in the last days of life(95)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
4. Cervical Cancer Screening for Individuals at Average Risk:2020 Guideline Update from the American Cancer Society(96)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
5. Colorectal Cancer Screening for Average-Risk Adults(97)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6. Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer(98)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
7. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease(99)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
8. Risk Assessment for Cardiovascular Disease With Nontraditional Risk Factors(100)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
9. Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care(101)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
10. Screening for impaired vision in community dwelling adults aged 65 years and older in primary care settings(102)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
11. Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures(103)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

12. Screening for Ovarian Cancer(104)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
13. Screening for Prostate Cancer(105)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
14. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care(106)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
15. Recommendations on screening for depression in adults(107)	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si
16. Recommendations on screening for lung cancer(108)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
17. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer(109)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
18. Recommendations on screening for cognitive impairment in older adults(110)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
19. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement(111)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
20. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días(112)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
21. Older people with social care needs and multiple long-term conditions(113)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
22. Multimorbidity clinical assessment and management(114)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Fuente: elaboración propia

Guías de práctica clínica excluidas

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Nombre de la guía	Criterios de una GPC						Decisión	Comentarios
	1	2a	2b	3	4	5 (> 2016)		
1. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults(115)	No	No	No	No	No	Si	No	
2. A Proactive Approach to Bladder and Bowel Management in Adults(116)	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	El alcance está por fuera del alcance de nuestro lineamiento
3. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update from the American Cancer Society(117)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Existen otras guías con el mismo alcance, más actualizadas
4. End of life care for adults: service delivery(118)	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	El alcance está por fuera del alcance de nuestro lineamiento
5. Falls in older people: assessing risk and prevention(119)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Existen guías más recientes
6. Interventions to Prevent Falls in Older Adults(120)	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	El alcance está por fuera del alcance de nuestro lineamiento
7. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults(121)	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	El alcance está por fuera del alcance de nuestro lineamiento
8. Food and Nutrition for Older Adults(122)	No	Si	Si	Si	Si	No	No	
9. Screening for Glaucoma: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement(123)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	
10. The Guide to Preventive Clinical Services(124)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Existen guías más recientes

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

11. Older people: independence and mental wellbeing(125)	Si	No	No	No	Si	No	No	
12. Screening for Oral Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement(126)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	
13. Screening for Thyroid Dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement(127)	No	Si	Si	Si	Si	No	No	El alcance es hacia población adulta en general
14. Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement(128)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Existen guías más actualizadas con el mismo alcance
15. Screening for Testicular Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement(129)	No	Si	Si	Si	Si	No	No	El alcance es hacia población adulta en general
16. Actualización Manual de Geriatría para Médicos(130)	No	No	No	No	No	Si	No	
17. Guía para implementación de políticas departamentales y distritales de envejecimiento humano y vejez, con énfasis en salud(131)	No	No	No	No	No	Si	No	Si bien no cumple con los requisitos, tiene importancia vital para nuestro lineamiento
18. Social care for older people with multiple long-term conditions(113)	No	No	No	No	No	Si	No	
19. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría. Fragilidad y nutrición en el anciano(132)	No	No	No	No	No	No	No	
20. Multimorbidity and polypharmacy(133)	No	No	No	No	No	Si	No	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

21. American Geriatrics Society Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults Position Statement(134)	No	No	No	No	No	No	No	
--	----	----	----	----	----	----	----	--

Fuente: elaboración propia

Anexo 6. Evaluación de calidad de los estudios incluidos

Evaluación de riesgo de sesgos de revisiones sistemáticas de literatura - RoBIS

En cada uno de los dominios el juicio puede ser: ● bajo riesgo de sesgo; ● riesgo de sesgo poco claro, ● alto riesgo de sesgo.

Desenlace	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Revisión
Binotto MA, 2018	●	●	●	● a b	●
Faller, 201	●	●	●	● a	●
Furtado, 2018	●	●	●	●	●
Isautier, 2019	●	●	●	● a c	●
Yang, 2020	●	●	●	●	●

Fuente: elaboración propia

Notas:

^a No se muestran resultados mediante gráficos de embudo o análisis de sensibilidad.

^b No se brinda información sobre evaluación de riesgo de sesgo.

^c A menudo no estaba claro si las herramientas de cribado nutricional se interpretaron sin conocer los resultados del estándar de referencia y viceversa. La falta de cegamiento puede haber inflado la precisión diagnóstica de la herramienta de cribado nutricional.

Evaluación de riesgo de sesgos de las guías de práctica clínica - Agree Plus

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Nombre de la guía	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	OA 1
1. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement	78%	44%	77%	97%	65%	100%	83%
2. Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease	100%	100%	94%	97%	85%	100%	92%
3. Care of dying adults in the last days of life	97%	97%	92%	100%	96%	79%	92%
4. Cervical Cancer Screening for Individuals at Average Risk:2020 Guideline Update from the American Cancer Society	61%	75%	68%	94%	75%	96%	58%
5. Colorectal Cancer Screening for Average-Risk Adults	89%	100%	75%	97%	63%	100%	83%
6. Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer	100%	94%	74%	89%	67%	79%	67%
7. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease	92%	81%	69%	97%	75%	100%	83%
8. Risk Assessment for Cardiovascular Disease With Nontraditional Risk Factors	92%	67%	63%	81%	50%	100%	75%
9. Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care	92%	83%	72%	94%	69%	100%	75%
10. Screening for impaired vision in communitydwelling adults aged 65 years and older in primary care settings	89%	94%	85%	94%	69%	100%	92%
11. Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures	97%	67%	66%	94%	58%	100%	75%

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

12. Screening for Ovarian Cancer	94%	83%	65%	97%	25%	100%	67%
13. Screening for Prostate Cancer	92%	78%	65%	94%	23%	100%	75%
14. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care	97%	92%	84%	94%	85%	100%	92%
15. Recommendations on screening for depression in adults	94%	78%	82%	97%	63%	96%	83%
16. Recommendations on screening for lung cancer	94%	83%	93%	94%	83%	100%	92%
17. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer	94%	75%	69%	94%	73%	100%	92%
18. Recommendations on screening for cognitive impairment in older adults	97%	83%	70%	94%	29%	100%	83%
19. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement	97%	69%	65%	81%	17%	100%	67%
20. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días	100%	94%	94%	97%	92%	75%	100%
21. Older people with social care needs and multiple long-term conditions	97%	100%	84%	97%	94%	100%	100%
22. Multimorbidity clinical assessment and management	97%	100%	97%	97%	98%	79%	100%

Fuente: elaboración propia

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Adicionalmente, se incluyen como documentos adjuntos el Excel de la evaluación de riesgo de sesgos de las RSL (RoBIS) y de la evaluación de riesgo de sesgos de las GPC (Agree plus).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Fragilidad física, Binotto, 2018 (Srinivas-Shankar, Roberts, Connolly et al., 2010-Cameron, Fairhall, Langron et al., 2013)									
2	Ensayos aleatorios	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Un ECA que evaluó la fragilidad y su asociación con la reducción de la velocidad de la marcha en adultos mayores de la comunidad. El estudio de Srinivas-Shankar, Roberts, Connolly et al., 2010, no reporta tamaño de muestra, empleó para la medición la Prueba de Tinetti con un seguimiento a 6 meses. Los resultados para la clasificación de la fragilidad fueron: placebo: pre-frágil 85% frágil 15% intervención: pre- frágil 86% frágil 14%, y para la reducción de la velocidad de la marcha: placebo: 8% intervención 7%. Hubo mejora de la velocidad de la marcha a lo largo de los 6 meses de intervención. Narrativamente no mostró diferencia estadísticamente significativa entre la Prueba de Tinetti y el placebo. El segundo ECA de Cameron, Fairhall, Langron et al., 2013, con una muestra de 216 sujetos, no reporta instrumento de medición. Los resultados para la clasificación de la fragilidad fueron: grupo control n=120 frágiles y grupo de intervención n=121 frágiles; la media de la velocidad de la marcha: control grupo=0,48 m/s y grupo de intervención 0,50 m/s. Narrativamente no mostró diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de control y el de intervención.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO
Fragilidad física, Binotto 2018 (24 ESTUDIOS: Pendiente autores)									
24	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	24 estudios observacionales evaluaron la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con la fragilidad en adultos mayores que están en la comunidad. Los estudios realizan una clasificación de fragilidad: frágil, pre-frágil y no frágil; indicando en sus resultados que hay una estrecha relación entre la fragilidad y los patrones de marcha. Narrativamente, los estudios reportan que la velocidad de la marcha estuvo fuertemente asociada con el riesgo de fragilidad.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO
Discapacidad, Binotto 2018 (Kim, Yabushita, Kim et al., 2010)									
1	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Un estudio observacional que evaluó la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con la discapacidad en adultos mayores que están en la comunidad. No reporta tamaño de muestra, empleó para la medición velocidad de la marcha ajustada por peso y talla. Los resultados para la clasificación de la fragilidad fueron: fragilidad 0%, pre-fragilidad 68.2%, no	⊕	CRÍTICO

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

							fragilidad 31.8%, y para la reducción de la velocidad de la marcha: 2.70 %. La velocidad de la marcha estuvo fuertemente asociada con la ocurrencia de discapacidad.	☐ ☐ ☐ ☐	Muy baja	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--

Estilo de vida sedentario, Binotto 2018 (Costa, Neri, 2011- Alexandre, Corona, Nunes et al., 2014 - Subra, Gillette-Guyonnet, Cesari et al., 2012)

3	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Tres estudios observacionales que evaluaron la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con el estilo de vida sedentario en adultos mayores que están en la comunidad. El estudio de Costa, Neri, 2011, con un tamaño de muestra de 689, empujó para la medición el tiempo medio en recorrer 4.6m. Valores por encima del percentil 20 se consideraron como frágiles. Se ajustó por talla y edad. Los resultados para la clasificación de la fragilidad no se encuentran reportados, y para la reducción de la velocidad de la marcha: 15.87 %. Se asoció la marcha lenta con estilo de vida sedentario. La media de tiempo de marcha en las mujeres fue mayor que en hombres. El estudio de Alexandre, Corona, Nunes et al., 2014, tuvo un tamaño de muestra de 1413, para la medición se determinó por la prueba Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Functional. El percentil 20 más bajo se empleó para clasificar una velocidad reducida ajustado por talla. Los resultados para la clasificación de la fragilidad no fueron reportados, y para la reducción de la velocidad de la marcha: 34.4 %. La media de tiempo de marcha para hombres fue de 4.03 +/- 0.1. Para mujeres 4.5 +/- 0.1. La baja velocidad de la marcha se asoció con el estilo de vida sedentario. En la revisión se incluyeron otros tres estudios sobre los que no se reportó su diseño metodológico. Un tercer estudio, (Subra, Gillette-Guyonnet, Cesari et al., 2012), contó con 160 participantes. La velocidad de la marcha lenta se midió durante una caminata de 4 m. Los adultos mayores que tardaron más de 4s para completar la tarea se consideraron lentos. Obtuvo como resultados de clasificación de fragilidad: Frágil 52.9% Pre-frágil 41.4% No frágil 5.7%. La prevalencia de reducción de la marcha fue del 83.9%. La velocidad de la marcha lenta fue identificada en el 83,9% de los participantes, el 53,8% tenía estilo de vida sedentario, y el 57,7% tenía baja fuerza muscular.	☐ ☐ ☐ ☐	Muy baja	CRÍTICO
---	--------------------------	-------------	-------------	--------------------	------------------------	---------	---	--	----------	---------

Calidad de vida, Binotto 2018 (Chang, Chen, Lin et al., 2012-Pinto, Neri, 2013-Moreno- Aguilar, Garcia-Lara, Aguilar- Navarro et al., 2013)

3	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Tres estudios observacionales que evaluaron la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con la calidad de vida en adultos mayores que están en la comunidad. El estudio de Chang, Chen, Lin et al., 2012, con un tamaño de muestra de 374, empleó para la medición la marcha lenta, la cual	☐ ☐ ☐ ☐	CRÍTICO
---	--------------------------	-------------	-------------	--------------------	------------------------	---------	---	--	---------

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

							se determinó por el tiempo de finalización de la prueba Get up and Go. Los resultados para la clasificación de la fragilidad fueron: fragilidad 5.9 %, pre-fragilidad 62.8 %, no fragilidad 31.3 %, y para la reducción de la velocidad de la marcha: 17.2 %. La baja velocidad de la marcha contribuyó a una pobre calidad de vida. El estudio de Pinto, Neri, 2013 tuvo un tamaño de muestra de 2472, para la medición se evaluó por el tiempo gastado en caminar una distancia de 4.6m. La reducción en la marcha se definió por el quintil más bajo y se ajustó por sexo y talla. Los resultados para la clasificación de la fragilidad no fueron reportados, y para la reducción de la velocidad de la marcha: 16.9 %. La velocidad de la marcha fue significativamente menor en mujeres (0.87m/s) y en adultos de ≥80 años (0.81m/s). La reducción de la marcha se asoció significativamente con baja satisfacción de vida. Y el tercer estudio, Moreno- Aguilar, García-Lara, Aguilar- Navarro et al., 2013, con un tamaño de muestra de 496, para la medición se evaluó por la respuesta a dos preguntas para estimar la lentitud de la velocidad de la marcha. Los resultados para la clasificación de la fragilidad fueron: fragilidad 12.7 %, pre-fragilidad 38.9 %, no fragilidad 48.4 %, y para la reducción de la velocidad de la marcha: no reporta información La velocidad de la marcha (p<0.001) estuvo independiente e inversamente asociada con las dimensiones físicas como un componente de la calidad de vida.	☐ ☐ ☐	Muy baja	
--	--	--	--	--	--	--	---	---	----------	--

Supervivencia, Binotto 2018 (Castell, Sánchez, Julián et al., 2013)

1	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Un estudio observacional que evaluó la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con la supervivencia en adultos mayores que están en la comunidad. El estudio de Castell, Sánchez, Julián et al., 2013, tuvo un tamaño de muestra de 1327, para la medición fue calculada después de caminar 3m. Se ajustó por sexo y talla. Los resultados para la clasificación de la fragilidad fueron: fragilidad 11.2 %, no fragilidad 88.8 %, y para la reducción de la velocidad de la marcha: 42.6 %. Hubo reducción en la velocidad de la marcha en el 99.3% de los mayores frágiles y en el 35.5% de los no frágiles se había reducido. Se consideró la velocidad de la marcha como un buen indicador de supervivencia en adultos mayores.	☒ ☐ ☐ ☐	Muy baja	CRÍTICO
---	--------------------------	-------------	-------------	--------------------	------------------------	---------	--	---	----------	---------

Nivel de actividad física, Binotto 2018 (Ruggero, Bilton, Teixeira et al., 2013)

1	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Un estudio observacional que evaluó la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con el bajo nivel de actividad física en adultos mayores que están en la comunidad. El estudio de Ruggero, Bilton, Teixeira et al., 2013 con un tamaño de muestra de 385, para la medición se evaluó por el tiempo gastado en caminar una distancia de 4.6m, usando el valor promedio de tres recorridos. Los resultados para la clasificación de la fragilidad no fueron informados, y para la reducción de la velocidad de la marcha: 28.1 %. La media de velocidad de la marcha fue de 1.11m/s. El	☒ ☐ ☐ ☐		CRÍTICO
---	--------------------------	-------------	-------------	--------------------	------------------------	---------	---	---	--	---------

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

							28.1% presentó reducción en la velocidad de la marcha. Los adultos mayores de ≥75 años con bajo nivel de actividad física tienen más probabilidad de presentar velocidad de la marcha reducida.	☐ Muy baja	
--	--	--	--	--	--	--	---	-----------------------------------	--

Anexo 7. Perfiles de evidencia tablas GRADE

Autor(es): Eliana Barón / Luis Fandiño

Pregunta: Estrategias y/o instrumentos de clasificación del riesgo físico, funcional, familiar y social comparado con entre ellas mismas o no clasificar para clasificar a la población en estado de vejez

Explicaciones

- No se observa evidencia de comparación directa entre los instrumentos a evaluar.
- La RSL no reporta el tamaño de la muestra de los estudios primarios.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor(es): Eliana Barón / Luis Fandiño

Pregunta: Estrategias y/o instrumentos de clasificación del riesgo físico, funcional, familiar y social comparado con entre ellas mismas o no clasificar para clasificar a la población en estado de vejez.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Miedo de caídas, Binotto 2018 (Ruggero, Bilton, Teixeira et al., 2013 - Sheehan, O'Connell, Cunningham et al., 2013)									
2	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Dos estudios observacionales que evaluaron la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con el miedo de caídas en adultos mayores que están en la comunidad. El estudio de Ruggero, Bilton, Teixeira et al., 2013) contó con una muestra de 385, para la medición se evaluó por el tiempo gastado en caminar una distancia de 4.6m, usando el valor promedio de tres recorridos. Los resultados para la clasificación de la fragilidad no fueron informados, y para la reducción de la velocidad de la marcha: 28.1 %. La media de velocidad de la marcha fue de 1.11m/s. El 28.1% presentó reducción en la velocidad de la marcha. Los adultos mayores de ≥75 años con miedo de caídas tienen más probabilidad de presentar velocidad de la marcha reducida. El segundo estudio contó con 606 participantes (Sheehan, O'Connell, Cunningham et al, 2013), midió la velocidad mediante el sistema GAITRite y definió la reducción como usando el 20 más bajo, estratificando por sexo. Obtuvo como resultados de clasificación de fragilidad; Frágil: 8.1%; Pre-frágil; 43.2% Robusto 47.5%. Adicionalmente halló una reducción general de la velocidad de la marcha del 10.20%. Narrativamente encontró que las caídas fueron significativamente asociadas con la reducción de la velocidad de la marcha (p=0.02).	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO

Hospitalización, Binotto 2018 (Perez, Lourenço, 2013)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
1	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serío ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Un estudio observacional evaluó la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con la hospitalización en adultos mayores que están en la comunidad. Perez, Lourenço, 2013, empleó una muestra de 764, para la medición se evaluó por el tiempo gastado en caminar una distancia de 4.6m, usando el valor promedio de tres recorridos. No fueron reportados los resultados para la clasificación de la fragilidad ni los resultados para la reducción de la velocidad de la marcha. La velocidad de la marcha no se asoció estadísticamente con riesgo de hospitalización.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO

Deterioro cognitivo, Binotto 2018 (Alexandre, Corona, Nunes et al., 2014 - AT, Bryce, Prina et al., 2015)

2	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serío ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Dos estudios observacionales que evaluaron la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con deterioro cognitivo en adultos mayores que están en la comunidad. El estudio de Alexandre, Corona, Nunes et al., 2014, contó con un tamaño de muestra de 1413, para la medición se determinó por la prueba Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Functional. El percentil 20 más bajo se empleó para clasificar una velocidad reducida ajustado por talla. Los resultados para la clasificación de la fragilidad no fueron reportados, y para la reducción de la velocidad de la marcha: 34.4 %. La media de tiempo de marcha para hombres fue de 4.03 +/- 0.1. Para mujeres 4.5 +/- 0.1. La baja velocidad de la marcha se asoció con deterioro cognitivo. En el estudio de AT, Bryce, Prina et al., 2015, no se reportó el número de participantes, la velocidad de la marcha fue evaluada por el tiempo empleado en caminar 5 m. Los que tardaron 16s o más para completar la tarea se clasificaron con velocidad lenta. Obtuvo como resultados de clasificación de fragilidad: Prevalencia de fragilidad 17.5%. El estudio halló una asociación entre una velocidad reducida y deterioro cognitivo con incidencia sobre la dependencia.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO
---	--------------------------	-------------	-------------	--------------------	------------------------	---------	---	------------------------------	---------

Debilidad muscular, Binotto 2018 (Alexandre, Corona, Nunes et al., 2014 - Subra, Gillette-Guyonnet, Cesari et al., 2012)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
2	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Dos estudios observacionales que evaluaron la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con deterioro cognitivo en adultos mayores que están en la comunidad. El estudio de Alexandre, Corona, Nunes et al., 2014, contó con un tamaño de muestra de 1413, para la medición se determinó por la prueba Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Functional. El percentil 20 más bajo se empleó para clasificar una velocidad reducida ajustado por talla. Los resultados para la clasificación de la fragilidad no fueron reportados, y para la reducción de la velocidad de la marcha: 34.4 %. La media de tiempo de marcha para hombres fue de 4.03 +/- 0.1. Para mujeres 4.5 +/- 0.1. La baja velocidad de la marcha se asoció con debilidad muscular. Un estudio con 160 participantes (Subra, Gillette-Guyonnet, Cesari et al., 2012), midió la velocidad de la marcha lenta durante una caminata de 4 m. Los adultos mayores que tardaron más de 4s para completar la tarea se consideraron lentos. Obtuvo como resultados de clasificación de fragilidad: Frágil 52.9% Pre-frágil 41.4% No frágil 5.7%. La prevalencia de reducción de la marcha fue del 83.9%. La velocidad de la marcha lenta fue identificada en el 83,9% de los participantes, el 53,8% tenía estilo de vida sedentario, y el 57,7% tenía baja fuerza muscular.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO

Mortalidad, Binotto 2018 (AT, Bryce, Prina et al., 2015)

2	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Dos estudios observacionales que evaluaron la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con mortalidad en adultos mayores que están en la comunidad. En el estudio, AT, Bryce, Prina et al., 2015, no se cuenta con reporte del número de participantes, la velocidad de la marcha fue evaluada por el tiempo empleado en caminar 5 m. Los que tardaron 16s o más para completar la tarea se clasificaron con velocidad lenta. Obtuvo como resultados de clasificación de fragilidad: Prevalencia de fragilidad 17.5%. La reducción en la velocidad de la marcha se asoció con mortalidad. En la revisión se incluyeron otros tres estudios sobre los que no se reportó su diseño metodológico.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO
---	--------------------------	-------------	-------------	--------------------	------------------------	---------	--	------------------------------	---------

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Dependencia, Binotto 2018 (AT, Bryce, Prina et al., 2015)									
1	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Un estudio observacional que evaluó la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con dependencia en adultos mayores que están en la comunidad. En el estudio, AT, Bryce, Prina et al., 2015, no se cuenta con reporte del número de participantes, la velocidad de la marcha fue evaluada por el tiempo empleado en caminar 5 m. Los que tardaron 16s o más para completar la tarea se clasificaron con velocidad lenta. Obtuvo como resultados de clasificación de fragilidad: Prevalencia de fragilidad 17.5%. La reducción en la velocidad de la marcha se asoció con dependencia.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO
Fragilidad física, Binotto 2018 (Tavassoli, Guyonnet, Abellan Van Kan et al., 2014 - Jones, Neubauer, O'Connor et al., 2016)									
2	Estudios observacionales	No es serio	No es serio	Serio ^a	Muy serio ^b	Ninguno	Dos estudios sin reporte de diseño, evaluaron la reducción de la velocidad de la marcha y su asociación con fragilidad en adultos mayores que están en la comunidad. El primero, involucró a 1108 sujetos (Tavassoli, Guyonnet, Abellan Van Kan et al., 2014). La velocidad reducida de la marcha se definió por el tiempo > 4 s para recorrer 4 m. Obtuvo como resultados de clasificación de fragilidad: Frágil 54.5%; Pre-frágil 39.1%; No frágil 6.4%. La prevalencia de reducción de la velocidad de la marcha fue de 51.4%. La velocidad media de la marcha fue de 0,78 ± 0,27 m/s. ; y en el segundo estudio (Jones, Neubauer, O'Connor et al., 2016), no se proporcionó información sobre el número de sujetos incluidos. La velocidad de la marcha se calculó mediante el tiempo empleado para caminar una distancia de 4,6 m. Los participantes con una velocidad de marcha <1 m/s fueron identificados como frágiles. Los puntos de corte de 1,5 a 1,0 m/s y superior a 1,5 m/s definieron a los pre-frágiles y no-frágiles, respectivamente. Obtuvo como resultados de clasificación de fragilidad: Frágil 9.2%; Pre-frágil 26.3%; No frágil 64.5%. La prevalencia de reducción de la velocidad de la marcha fue en Frágiles 9.2% y Pre-frágiles 23.7%. Los participantes pre-frágiles tenían una marcha más rápida que los participantes frágiles (p=0.001).	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

- a. No se observa evidencia de comparación directa entre los instrumentos a evaluar.
 b. La RSL no reporta el tamaño de la muestra de los estudios primarios.

Autor(es): Eliana Barón / Luis Fandiño

Pregunta: Estrategias y/o instrumentos de clasificación del riesgo físico, funcional, familiar y social comparado con entre ellas mismas o no clasificar para clasificar a la población en estado de vejez.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Fragilidad física, Furtado 2018 (Ávila-Funes et al. 2009, Samper-Ternent et al. 2008, Ottenbacher et al. 2009, Tay et al. 2016, Alencar et al. 2013, Abizanza et al. 2013, Jacobs et al. 2011, Yassuda et al. 2012, Furtado Adriana Caldo, et al. 2017, Macuco et al. 2012, Robertson et al. 2014, Han et al. 2014, Al-Kuwaiti et al. 2015, Kiely et al. 2009)									
14	Estudios observacionales	Muy serio ^a	Serio ^b	No es serio	No es serio	Ninguno	14 estudios observacionales con 26.798 participantes, clasificados como: no frágiles (n=12.729, 47.4%) pre-frágiles (n=11.559, 43.2%) frágiles (n=2.452, 9.4%); evaluaron la fragilidad física con el modelo de Fried (comprende la fragilidad física) comprende cinco criterios: disminución en la velocidad de la marcha, pobre actividad física, autorreporte de cansancio físico, pérdida de peso no intencional y debilidad muscular (estimada por fuerza de prehensión). Al comparar las puntuaciones del estado cognitivo de los participantes no frágiles (n = 12729, 47,4%) frente a los pre-frágiles (n = 11559, 43,2%) y los subgrupos no frágiles frente a los frágiles (n = 2452, 9,4%), se encontraron diferencias estadísticas significativas para ambas comparaciones (DMS = 0,60, IC 95%: 0,50-0,62, p<0,001 y DMS = 3,43, IC 95%: 2,26-4,60, p<0,001, respectivamente). Una función cognitiva pobre está fuertemente asociada a los subgrupos de pre-fragilidad y fragilidad en las poblaciones mayores de todo el mundo.	Muy baja	CRÍTICO

Deterioro cognitivo, Furtado 2018 (Ávila-Funes et al. 2009, Samper-Ternent et al. 2008, Ottenbacher et al. 2009, Tay et al. 2016, Alencar et al. 2013, Jacobs et al. 2011, Yassuda et al. 2012, Furtado, Adriana Caldo, et al. 2017, Macuco et al. 2012, Robertson et al. 2014, Han et al. 2014, Kiely et al. 2009)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
12	Estudios observacionales	Muy serio ^a	Serio ^b	No es serio	No es serio	Ninguno	12 estudios observacionales evaluaron la fragilidad física empleando el Mini-Mental State (MMSE), instrumento compuesto por 30 preguntas, diseñado para evaluar el perfil cognitivo basado en la evaluación de seis áreas de la cognición: orientación, recuerdo inmediato, atención cálculo, recuerdo diferido y lenguaje (Mungas 1991; Han et al. 2014). La puntuación es continua y oscila entre 0 y 30 puntos (pts) y según los criterios establecidos en varios estudios, se han establecido los siguientes valores de corte que clasifican a los individuos (puntuaciones categóricas) en perfiles cognitivos son: a) deterioro cognitivo severo (de 1 a 9 pts); b) deterioro cognitivo moderado (10 a 18 pts) deterioro cognitivo leve deterioro cognitivo (19 a 24 pts), d) estado cognitivo normal (25 pts y más) (M Folstein et al. 1975). Al comparar las puntuaciones del estado cognitivo de los participantes no frágiles (n = 12729, 47,4%) frente a los pre-frágiles (n = 11559, 43,2%) y los subgrupos no frágiles frente a los frágiles (n = 2452, 9,4%), se encontraron diferencias estadísticas significativas para ambas comparaciones (DMS = 0,60, IC 95%: 0,50-0,62, p<0,001 y DMS = 3,43, IC 95%: 2,26-4,60, p<0,001, respectivamente). Una función cognitiva pobre está fuertemente asociada a los subgrupos de pre-fragilidad y fragilidad en las poblaciones mayores de todo el mundo.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO
Mortalidad, Furtado 2018 (Ávila-Funes et al. 2009 - Alencar et al. 2013)									
2	Estudios observacionales	Muy serio ^a	Serio ^b	No es serio	No es serio	Ninguno	Dos estudios observacionales tuvieron como desenlace la mortalidad. El estudio de Ávila-Funes et al. 2009, contó con 6.030 participantes, de los cuales 2.738 (45,4%) pertenecieron al grupo de intervención (no frágiles) y 2.871 (47,6%) pre-frágilidad y 421 (7%) frágil; hicieron parte del grupo de comparación. Puntuaciones mini-mentales por subgrupos de fragilidad: no frágil: 27.51, pre-frágil: 27.42 y frágil: 26.91. El estudio de Alencar et al. 2013, contó con 160 participantes, de los cuales 47 (23,7%) pertenecieron al grupo de intervención (no frágiles) y 112 (54,1%) pre-frágilidad y 48 (23,2%) frágil; hicieron parte del grupo de comparación. Puntuaciones mini-mentales por subgrupos de fragilidad: no frágil: 24.02, pre-frágil: 21.11 y frágil: 17.02	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO

Discapacidad, Furtado 2018 (Ávila-Funes et al. 2009 - Abianza et al. 2013)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
2	Estudios observacionales	Muy serio ^a	Serio ^b	No es serio	No es serio	Ninguno	Dos estudios observacionales tuvieron como desenlace la discapacidad. El estudio de Ávila-Funes et al. 2009, contó con 6.030 participantes, de los cuales 2.738 (45.4%) pertenecieron al grupo de intervención (no frágiles) y 2.871 (47.6%) pre-frágilidad y 421 (7%) frágil; hicieron parte del grupo de comparación. Puntuaciones mini-mentales por subgrupos de fragilidad: no frágil: 27.51, pre-frágil: 27.42 y frágil: 26.91 El estudio de Abizanza et al. 2013, contó con 993 participantes, de los cuales 168 (16.9%) pertenecieron al grupo de intervención (no frágiles) y 482 (48.5%) pre-frágilidad y 286 (22.8%) frágil; hicieron parte del grupo de comparación. Puntuaciones mini-mentales por subgrupos de fragilidad: no frágil: 26.61, pre-frágil: 24.92 y frágil: 22.31	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO
Hospitalización, Furtado 2018 (Alencar et al. 2013)									
1	Estudios observacionales	Muy serio ^a	Serio ^b	No es serio	No es serio	Ninguno	El estudio de Alencar et al. 2013, tuvo como desenlace la hospitalización y contó con 160 participantes, de los cuales 47 (23.7%) pertenecieron al grupo de intervención (no frágiles) y 112 (54.1%) pre-frágilidad y 48 (23.2%) frágil; hicieron parte del grupo de comparación. Puntuaciones mini-mentales por subgrupos de fragilidad: no frágil: 24.02, pre-frágil: 21.11 y frágil: 17.02	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO
Moral, Furtado 2018 (Abizanza et al. 2013)									
1	Estudios observacionales	Muy serio ^a	Serio ^b	No es serio	No es serio	Ninguno	El estudio de Abizanza et al. 2013, tuvo como desenlace el factor moral y contó con 993 participantes, de los cuales 168 (16.9%) pertenecieron al grupo de intervención (no frágiles) y 482 (48.5%) pre-frágilidad y 286 (22.8%) frágil; hicieron parte del grupo de comparación. Puntuaciones mini-mentales por subgrupos de fragilidad: no frágil: 26.61, pre-frágil: 24.92 y frágil: 22.31	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Pre-fragilidad, Faller 2019									
23	Estudios observacionales	Muy serio ^a	Serio ^c	No es serio	Muy serio ^d	Ninguno	Los 23 instrumentos (Continuous Frailty Scale—CFSn; Clinical Frailty Scale—CSHA; CSHA CFS TV— Chinese Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale Telephone Version; Electronic Frailty Index—eFI; Edmonton Frail Scale —EFS; FRAIL Scale; Frailty Index (FI/ CGA); Frailty Phenotype; Frailty Phenotype Modified; Frailty Screening Questionnaire (FSQ); Frailty Trait Scale— FTS; Geriatric Functional Evaluation (GFE); Instrumento Multidimensional de rastreio da Síndrome da Fragilidade— IMSIFI; Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional IVCF-20; Korean Frailty Index; Modelo Fried adaptado; Reported Edmonton Frail Scale—REFS; Self-Report Frailty Instrument; SHARE Frailty Instrument; SHARE Frailty Instrument 75+; SOF Frailty Criteria; UEF Frailty) presentaron de tres a seis niveles de fragilidad que permiten clasificar al adulto mayor como robusto o no frágil, pre- frágil o aparentemente vulnerable, fragilidad media, fragilidad moderada y fragilidad.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

- Se identifican limitaciones metodológicas en el diseño de los estudios incluidos.
- Un total de 10 estudios contaban con muestras de ambos géneros, pero solo el estudio realizado por Sook-Han y sus colegas presentó un análisis separado realizado por género (Han et al. 2014). Tres estudios incluyeron participantes femeninos y un estudio incluyó solo a hombres mayores (Jacobs et al. 2011).
- Se evidencia gran variedad en las características psicométricas entre los instrumentos.
- No se reportó los tamaños de muestra de los estudios primarios.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor(es): Eliana Barón / Luis Fandiño

Pregunta: Estrategias y/o instrumentos de clasificación del riesgo físico, funcional, familiar y social comparado con entre ellas mismas o no clasificar para clasificar a la población en estado de vejez

de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia Evaluación	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Mortalidad, Faller 2019									
51	Estudios observacionales	Muy serio ^a	Serio ^b	No es serio	Muy serio ^c	Ninguno	En 51 instrumentos se encontró que tenían la capacidad de predecir mortalidad., los cuales fueron: 11-point FI; 5-item mFI; 68-item FI; Brief Frailty Index; British frailty index; Continuous Frailty Scale-CFSn; CP-FI-CGA-Care Partners Frailty Index Comprehensive Geriatric Assessment; Clinical Frailty Scale- CSHA; CSHA CFS TV- Chinese Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale Telephone Version; EASY-Care Two-step Older persons Screening-Easycare TOS; Electronic Frailty Index-eFI; Edmonton Frail Scale -EFS; Emergency General Surgeries Frailty Index-EGS-FI; Frailty Index for Elders-FIFE; FiND-Frail Non-Disabled; FRAGIRE -Frailty GIR Evaluation; FRAIL-Frailty and Autonomy Scoring Instrument of Leuven; FRAIL Scale; Frailty Index (FI/ CSHA); Frailty Index (FI/ CGA); Frailty Phenotype; Frailty Phenotype Modified; Frailty Screening Questionnaire (FSQ); Frailty Trait Scale- FTS; Geriatric Functional Evaluation (GFE); Gronigen Frailty Indicator-GFI; Klossa Frailty Index- KFI; Prognostic Frailty Score; Self-Report Frailty Instrument;SHARE Frailty Instrument; SHARE Frailty Instrument 75+; SOF Frailty Criteria; Trauma-Specific Frailty Index (TSFI); UEF Frailty y Tilburg Frailty Indicator-TFI	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO
Propiedades clinicométricas, Faller 2019									
51	Estudios observacionales	Muy serio ^a	Serio ^b	No es serio	Muy serio ^c	Ninguno	El 49% de los instrumentos pusieron a prueba como propiedad clinicométrica al menos alguna característica de confiabilidad, medido como consistencia interna, equivalencia o estabilidad. El 92.2% de los instrumentos evaluaron características al menos alguna característica de validez, los cuales incluyeron la validez de contexto, validez de constructo, validez de criterio y validez transcultural. El 47.1% de los instrumentos evaluaron al menos alguna característica de exactitud diagnóstica, las cuales incluyeron sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos y negativos. Sólo el 19.6% de los instrumentos pusieron en prueba simultáneamente alguna de las propiedades clinicométricas de confiabilidad, validez y exactitud diagnóstica.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Explicaciones

- a. Se identifican limitaciones metodológicas en el diseño de los estudios incluidos.
- b. Se evidencia gran variedad en las características psicométricas entre los instrumentos.
- c. No se reportó los tamaños de muestra de los estudios primarios.

Autor(es): Eliana Barón / Luis Fandiño

Pregunta: Instrumentos, herramientas, escalas, acciones, intervenciones y procedimientos comparado con entre ellos para la detección temprana y manejo inicial integral, de las personas en condición etapa de vida vejez.

Evaluación de certeza							Impacto	Certeza	Importancia
No de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Velocidad de la marcha y deterioro cognitivo, Yang 2020 (Naidu et al.2018, Ansai et al.2017, Tarnanas et al.2015, Bichong et al.2015, Montero-0dasso et al.2014, Tseng et al.2014, Montero-0dasso et al.2012, Muir et al.2012, Pettersson et al.2007, Gillain et al.2009, Hunter et al.2018, Pieruccini-Faria et al.2018, Nascimbeni et al.2015, Pieruccini-Faria et al.2018)									
22	Estudios observacionales	Serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	22 estudios observacionales con 1.928 participantes adultos mayores. Síntesis cuantitativa metaanálisis de 15 estudios; evaluaron la velocidad de la marcha y su asociación con el deterioro cognitivo. En el grupo de intervención, participaron pacientes con deterioro cognitivo a los cuales se les asignó realizar marcha en tareas singulares; mientras que el grupo de comparación, estuvo integrado por pacientes con deterioro cognitivo leve, a quienes se les asignaron cambios de la marcha en tareas duales. Se realizó un análisis de metarregresión para investigar la relación entre la puntuación de la evaluación neuropsicológica y la disminución de la velocidad de la marcha causada por la Interferencia Cognitiva Motora (CMI). El Miniexamen del Estado Mental (MMSE) y la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) son herramientas de evaluación neuropsicológica comúnmente utilizadas para la detección de demencia y Deterioro Cognitivo Leve (DCL), respectivamente. El parámetro medido con más frecuencia, la velocidad de la marcha, se utilizó para comparar la sensibilidad de la prueba de la marcha de una y dos tareas en la detección del Deterioro Cognitivo Leve (DCL). El metanálisis mostró una disminución significativa de la velocidad de la marcha en las personas con Deterioro Cognitivo Leve, tanto en las pruebas de marcha de una sola tarea (ES=-0,74, IC del 95%, [-0,89, -0,60], P<0,01) como en las de doble tarea (ES=-0,89, IC del 95%, [-1,05, -0,72], P<0,01) en comparación con las personas sin Deterioro Cognitivo Leve, pero la disminución de la velocidad de la marcha fue más evidente en la prueba de marcha de doble tarea que en la de una sola tarea.	⊕ ○ ○ ○ Muy baja	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Explicaciones

a. Se identifican limitaciones metodológicas en el diseño de los estudios incluidos.

Autor(es): Eliana Barón / Luis Fandiño

Pregunta: ¿Debería usarse Mini-Nutritional Assessment Short-Form para diagnosticar riesgo de malnutrición en adultos mayores viviendo en comunidad?

Sensibilidad		0.95 (95% CI: 0.75 a 0.99)		Prevalencias32%					
Especificidad		0.95 (95% CI: 0.85 a 0.99)							
Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 10.000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 32%	
Verdaderos positivos (pacientes con riesgo de malnutrición)	4 estudios 6977 pacientes	Corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	3040 (2400 a 3168)	⊕⊕○○ Baja
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener riesgo de malnutrición)								160 (32 a 800)	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <u>SECRETARÍA DE SALUD</u>	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 10.000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 32%	
Verdaderos negativos (pacientes sin riesgo de malnutrición)	4 estudios 16355 pacientes	Corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	6460 (5780 a 6732)	 Baja
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como riesgo de malnutrición)								340 (68 a 1020)	

Explicaciones

a. El riesgo de sesgo para la interpretación del índice de prueba y el estándar de referencia fue "no claro" en la mayoría de los casos (70% y 67% respectivamente).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor(es): Eliana Barón / Luis Fandiño

Pregunta: ¿Debería usarse Mini-Nutritional Assessment Short-Form-V1 para diagnosticar riesgo de malnutrición en adultos mayores viviendo en comunidad?

Sensibilidad	0.85 (95% CI: 0.80 a 0.89)		Prevalencias		32%		
Especificidad	0.87 (95% CI: 0.85 a 0.89)						

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 32%	
Verdaderos positivos (pacientes con riesgo de malnutrición)	6 estudios 1608 pacientes	Corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	272 (256 a 285)	⊕⊕○○ Baja
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener riesgo de malnutrición)								48 (35 a 64)	
Verdaderos negativos (pacientes sin riesgo de malnutrición)	6 estudios 2430 pacientes	Corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	592 (578 a 605)	⊕⊕○○ Baja
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como riesgo de malnutrición)								88 (75 a 102)	

Explicaciones

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

a. El riesgo de sesgo para la interpretación del índice de prueba y el estándar de referencia fue "no claro" en la mayoría de los casos (70% y 67% respectivamente).

Autor(es): Eliana Barón / Luis Fandiño

Pregunta: ¿Debería usarse Mini-Nutritional Assessment Short-Form -V2 para diagnosticar riesgo de malnutrición en adultos mayores viviendo en comunidad?

Sensibilidad	0.85 (95% CI: 0.77 a 0.89)		Prevalencias				32%		
Especificidad	0.84 (95% CI: 0.79 a 0.87)								
Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 32%	
Verdaderos positivos (pacientes con riesgo de malnutrición)	4 estudios 1039 pacientes	Corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	272 (246 a 285)	⊕⊕○○ Baja
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener riesgo de malnutrición)								48 (35 a 74)	
Verdaderos negativos (pacientes sin riesgo de malnutrición)	4 estudios 2005 pacientes	Corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	Muy serio ^a	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	571 (537 a 592)	⊕⊕○○ Baja
Falsos positivos (pacientes clasificados								109 (88 a 143)	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 32%	
incorrectamente como riesgo de malnutrición)									

Explicaciones

- a. El riesgo de sesgo para la interpretación del índice de prueba y el estándar de referencia fue "no claro" en la mayoría de los casos (70% y 67% respectivamente).

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Anexo 8. Síntesis de la evidencia

A continuación, se presenta la síntesis de evidencia recuperada de las GPC y RSL. La información se organizó teniendo en cuenta que, si bien existen dos preguntas, éstas están dirigidas a evaluar componentes de la salud de las personas en esta etapa de vida, y a la vez describiendo si existen recomendaciones frente a una valoración diferencial del riesgo según el estado funcional de las personas.

Sistema GRADE: Alta: hay una confianza alta en que el verdadero efecto está cercano del estimativo del efecto; Moderada: hay una confianza moderada en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que esté cercano al estimativo del efecto, pero hay una posibilidad que sea sustancialmente diferente; Baja: la confianza en el estimativo del efecto es limitada: el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente del estimativo del efecto. Muy baja: se tiene muy baja confianza en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que sea sustancialmente diferente al estimativo del efecto (135).

Sistema SIGN: 1++: metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo; 1+: Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo; 1-: Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo; 2++: Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal; 2+: Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal; 2-: Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal; 3: Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos; 4: Opinión de expertos (136).

RNAO: la evidencia obtenida de metaanálisis o revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o síntesis de múltiples estudios de investigación cuantitativa. Ib: Evidencia obtenida de al menos un ensayo aleatorizado controlado. IIa: Evidencia obtenida desde al menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización. IIb: Evidencia obtenida desde al menos un estudio quasi experimental bien diseñado sin aleatorización. III: Síntesis de múltiples estudios primarios de investigación cualitativa. IV: Evidencia obtenida desde estudios observacionales no experimentales

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

bien diseñados, tales como estudios analíticos o estudios descriptivos o estudios cualitativos. V: evidencia obtenida de opinión de expertos o comités de reporte y/o experiencias clínicas de autoridades respetadas (137).

El comité de la guía hace recomendaciones basadas sobre la evaluación de la evidencia, tomando en cuenta la calidad de la evidencia y el balance de costo efectividad. Las palabras usadas en las recomendaciones de esta guía denotan la certeza con la cual las recomendaciones son hechas. En general, las recomendaciones de que una acción “debe” o “no debe” seguirse, se emplea sólo si existe una obligación legal o si las consecuencias de no seguirlas podrían ser extremadamente serias o poner en riesgo la integridad de una persona. Recomendaciones de que una acción “debería” o “no debería” seguirse, serán tomadas como un lenguaje directivo como “reconocer”, “aceptar”, “ofrecer”, “evaluar”, “registrar” y “garantizar”. En las recomendaciones para las cuales la calidad de la evidencia es más pobre o en las que el balance entre beneficios y riesgos es muy cerrado, se usa “considere”(138).

Componente comunicativo

Riesgo de salud visual

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Wilson, Brenda J., 2018 GPC Canadá(102)	Detección de problemas de visión en adultos residentes en la comunidad de 65 años o más en centros de atención primaria.	Para los adultos de 65 años o más que viven en la comunidad, no se recomienda el cribado de la discapacidad visual en los centros de atención primaria.	Calificación GRADE: Recomendación débil; Evidencia: baja Nota: esta recomendación se hace debido a que, aunque se reconoce que una visión deteriorada es un factor de riesgo para la independencia funcional, las caídas y la calidad de vida, la evidencia indica que la detección de deficiencias visuales (basadas en cuestionarios o pruebas de visión) en adultos mayores no parece mejorar ni la calidad de vida ni las limitaciones funcionales relacionadas con la visión.	The Public Health Agency of Canada.
Siu, Albert L., 2016 GPC E.E.U.U.(111)	Cribado de la alteración de la agudeza visual en adultos mayores.	En adultos de 65 años o mayores que no presenten problemas de visión no se recomienda.	Recomendación basada en la evidencia – Declaración I: Evidencia insuficiente Nota: esta recomendación se hace debido a que no hay evidencia	The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
			suficiente para evaluar el balance de beneficios y daños de la detección de problemas de agudeza visual en adultos mayores. Prueba de tamizaje: las pruebas de agudeza visual (como la tabla optométrica de Snellen) son el método habitual. Las preguntas de detección no son tan precisas como las pruebas de agudeza visual. Falta evidencia en otras pruebas.	

Riesgo de salud auditiva

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Krist, Alex H., 2021 GPC E.E.U.U.(139)	Cribado de la pérdida de audición en adultos mayores.	La USPSTF concluye que la actual evidencia es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños del tamizaje de pérdida de audición en adultos mayores. Declaración I.	Recomendación basada en la evidencia – Declaración I: Evidencia insuficiente Nota: esta recomendación se hace debido a que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños del tamizaje de pérdida de audición. Las pruebas para evaluar la posible pérdida de audición incluyen la voz susurrada, el frotamiento de los dedos y las pruebas de tictac del reloj; sin embargo, tienen una precisión cuestionable y se ha demostrado que dependen del operador.	The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Componente nutricional

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Isautier, 2019 RSL Países Bajos(34)	Validez de las herramientas de cribado nutricional para	No existe un estándar de referencia para definir el riesgo de malnutrición en adultos mayores, los más	Clasificación GRADE: evidencia baja Nota(140): para el caso particular de adultos mayores, se han identificado	La revisión fue financiada por el Programa de Investigación e

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
	adultos mayores que viven en la comunidad: Una revisión sistemática y un meta-análisis.	ampliamente aceptados son el Mini Nutritional Assessment Long Form (MNA-LF), el Subjective Global Assessment (SGA) y la evaluación clínica integral desarrollada por un profesional entrenado en nutrición, aunque se consideran como semi estándares de referencia. Entre los instrumentos de tamizaje se destaca el Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF versión 1) que fue originalmente diseñado para adulto mayor y que toma seis preguntas directamente del MNA-LF. El Mini Nutritional Assessment-short form version 2 (MNA-SF versión 2) que incluye el perímetro de la pantorrilla en lugar del IMC en los casos en que se dificulta medir el peso y la talla. Para ambos casos, el estándar de referencia utilizado ha sido el MNA-LF.	alrededor de 34 herramientas de tamizaje nutricional aplicados en diferentes escenarios, 23 de los cuales han sido diseñados específicamente para adulto mayor y los otros 11 los han validado dentro de esta población y tres tienen un ajuste para adulto mayor (ej: un IMC con punto de corte de 20 kg/m ² en lugar de 18 si se tiene más de 70 años). Estas herramientas se han contrastado con diferentes estándares de referencia, dentro los cuales se han documentado al menos 17 diferentes.	Innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea dentro del marco del acuerdo de subvención Marie Skłodowska-Curie #675003

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Componente salud mental y cognitiva

Riesgo de depresión

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Joffres, Michel, 2013 GPC Canadá(107)	Recomendaciones sobre el cribado de la depresión en adultos.	Para los adultos con un riesgo medio de depresión, se recomienda no realizar un cribado de rutina para detectar la depresión.	Calificación GRADE: Recomendación débil; evidencia de muy baja calidad Nota: esta recomendación se hace debido a que hay preocupación por el tratamiento innecesario de los diagnósticos que sean realmente falsos positivos, pese a que la revisión sistemática sobre la que se basó la recomendación no identificó daños en el proceso de detección.	The Public Health Agency of Canada and the Canadian Institutes of Health Research
Joffres, Michel, 2013 GPC Canadá(107)	Recomendaciones sobre el cribado de la depresión en adultos.	Para los adultos de subgrupos de población que pueden tener un mayor riesgo de depresión, se recomienda no realizar un cribado rutinario de la depresión.	Calificación GRADE: Recomendación débil; evidencia de muy baja calidad Nota: esta recomendación se hace debido a que hay preocupación por el tratamiento innecesario de los diagnósticos que sean realmente falsos positivos, pese a que la revisión sistemática sobre la que se basó la recomendación no identificó daños en el proceso de detección.	The Public Health Agency of Canada and the Canadian Institutes of Health Research

Riesgo de delirio, demencia, depresión

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Establezca una relación terapéutica y provea una atención culturalmente sensible y centrada en la persona y a la familia cuando cuide y brinde educación a personas con delirio, demencia y depresión y a sus familias y cuidadores.	Evidencia: (Ia & V)	The Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Identifique y diferencie entre signos y síntomas de delirio, demencia y depresión durante la evaluación, observaciones e interacciones con adultos mayores, colocando más atención a lo concerniente a cambios expresados por la persona, su familia, cuidadores y al equipo interprofesional.	Evidencia: (V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Remita al adulto mayor sospechoso de delirio, demencia o depresión al médico apropiado, equipo o servicios para una futura evaluación, diagnóstico o seguimiento y la atención.	Evidencia: (Ia)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Evalúe la capacidad de la persona de entender y apreciar información relevante para la toma de decisiones y, si surgen preocupaciones con respecto a la capacidad intelectual de la persona, apóyese en otros miembros del equipo de salud cuando sea necesario.	Evidencia: (V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Apoye las capacidades del adulto mayor en la toma total o parcial de decisiones. Si el adulto mayor no está en capacidad de tomar ciertas decisiones, involucre a un adecuado sustituto en la toma de decisiones, el consentimiento y la planificación en la atención.	Evidencia: (V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC(101) Canadá	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Evalúe al adulto mayor por factores de riesgo de delirio al iniciar contacto y si hay algún cambio en la condición de la persona.	Evidencia: (Ia & V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Use herramientas de evaluación clínicas y validadas para evaluar al adulto mayor en riesgo para delirio al menos una vez al día (cuando sea apropiado) y siempre que haya cambios en la función cognitiva, percepción, función física o comportamiento social en la persona que son observados o reportados.	Evidencia: (Ia & V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC	Adultos mayores:	Eduque a las personas que están en riesgo o que están experimentando delirio y a sus	Evidencia: (V)	The Ontario Ministry of

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Canadá(101)	evaluación y cuidados.	familias y cuidadores acerca de la prevención del delirio y su cuidado.		Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Monitoree al adulto mayor que está experimentando delirio por cambios en síntomas una vez al día usando evaluaciones clínicas y herramientas validadas y documente la efectividad de las intervenciones.	Evidencia: (V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Evalúe al adulto mayor por posible demencia cuando sean observados o reportados cambios en su cognición, comportamiento, ánimo o función. Use herramientas de evaluación o tamizaje validados para el contexto específico, y colabore con la persona, su familia, cuidadores y el equipo interprofesional para una evaluación integral.	Evidencia: (Ia & V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Adultos mayores: evaluación y cuidados	Evalúe el estatus físico funcional y psicológico del adulto mayor con demencia o con sospecha de demencia y determine su impacto sobre la persona, su familia y/o cuidadores usando evaluaciones integrales y/o herramientas estandarizadas.	Evidencia: (V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Evalúe al adulto mayor con demencia por dolor usando una herramienta de evaluación para dolor específica para esta población.	Evidencia: (Ia)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Evalúe por depresión durante la evaluación y observaciones de seguimiento cuando estén presentes factores de riesgo signos o síntomas depresión. Use herramientas de evaluación o de tamizaje validadas para el contexto específico y colabore con el adulto mayor, su familia o cuidador y el equipo interprofesional.	Evidencia: (Ia & V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Adultos mayores: evaluación y cuidados	Evalúe por riesgo de suicidio cuando se sospeche depresión o la misma esté presente.	Evidencia: (V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC	Delirio, demencia y depresión en	Las organizaciones brindan oportunidades para que las enfermeras y otros proveedores de	Evidencia: (Ia & V)	The Ontario Ministry of

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Canadá(101)	adultos mayores adultos mayores: evaluación y cuidados.	atención médica mejoren su competencia en el cuidado de adultos mayores con depresión, delirio y demencia. Contenido educacional pertinente debería ser provisto continuamente durante la orientación del nuevo personal y estudiantes a través de cursos de actualización y oportunidades de desarrollo profesional.		Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Diseño de dinámicas, programas educacionales basados en la evidencia sobre delirio, demencia y depresión que apoyen la transferencia de conocimiento y habilidades en el escenario práctico. Tales programas deben ser multimodales e interactivos.	Evidencia: (Ia)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Adultos mayores: evaluación y cuidados	Diseño de dinámicas, programas educacionales basados en la evidencia sobre delirio, demencia y depresión que apoyen la transferencia de conocimiento y habilidades en el escenario práctico. Tales programas deben ser interprofesionales	Evidencia: (Ia)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Diseño de dinámicas, programas educacionales basados en la evidencia sobre delirio, demencia y depresión que apoyen la transferencia de conocimiento y habilidades en el escenario práctico. Tales programas deben ser ajustados para direccionar las necesidades de aprendizaje.	Evidencia: (V)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Adultos mayores: evaluación y cuidados	Diseño de dinámicas, programas educacionales basados en la evidencia sobre delirio, demencia y depresión que apoyen la transferencia de conocimiento y habilidades en el escenario práctico. Tales programas deben ser reforzados en el punto de atención por estrategias y herramientas.	Evidencia: (Ia)	The Ontario Ministry of Health and Long
McNeill, Susan, 2016	Delirio, demencia y	Diseño de dinámicas, programas educacionales basados en la	Evidencia: (Ia)	The Ontario Ministry of

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
GPC Canadá(101)	depresión en adultos mayores.	evidencia sobre delirio, demencia y depresión que apoyen la transferencia de conocimiento y habilidades en el escenario práctico. Tales programas deben ser apoyados por expertos clínicos.		Health and Long
McNeill, Susan, 2016 GPC Canadá(101)	Delirio, demencia y depresión en adultos mayores.	Evalúe programas educacionales en delirio, demencia y depresión para determinar si ellos reúnen los desenlaces deseados, tales como cambios en la práctica y el mejoramiento de desenlaces en la salud. Refine los programas cuando se requiera.	Evidencia: (V)	The Ontario Ministry of Health and Long

Riesgo de deterioro cognitivo

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Pottie, Kevin, 2016 GPC Canadá(110)	Detección del deterioro cognitivo en los adultos mayores.	Se recomienda no tamizar a adultos de 65 años o más para deterioro cognitivo.	Calificación GRADE: Recomendación fuerte; baja calidad de la evidencia Nota: esta recomendación se hace debido a que estudios sugieren que un 10% de las personas sin deterioro cognitivo pueden quedar clasificados como positivos usando el Mini-Mental State Examination y un 25% con el Montreal Cognitive Assessment tool. Dado que los tratamientos para deterioro cognitivo no han mostrado beneficios clínicamente significativos, pero existe una alta proporción de falsos positivos, no es muy claro el balance de riesgos y beneficios del tamizaje.	The Public Health Agency of Canada and the Canadian Institutes of Health Research.
Yang, 2020 RSL China(39)	El cambio de la marcha en la tarea dual como marcador conductual para detectar el deterioro cognitivo leve en ancianos.	En comparación con la prueba de marcha de una sola tarea, el cambio de la marcha bajo carga cognitiva es más pronunciado en los adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve (DCL). La	Clasificación GRADE: evidencia muy baja Nota: a revisión reveló que las tareas cognitivas adicionales en las pruebas de marcha aumentaron la sensibilidad en la detección del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y la propia sensibilidad aumentó con la complejidad de las tareas cognitivas. Entre los índices evaluados, el DTC mostró la mayor sensibilidad y	Este trabajo fue apoyado por el Proyecto de Cooperación Internacional de Ciencia y Tecnología de Provincia de Hubei (2017AHB051).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
	revisión sistemática y metaanálisis.	Interferencia Cognitiva Motora (CMI) de la velocidad de la marcha puede ser una herramienta potencial de cribado del DCL en los ancianos.	especificidad en la detección del DCL, y el efecto de la Interferencia Cognitiva Motora (CMI) sobre la velocidad de la marcha se asoció con la puntuación de la Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA). Estas evidencias sugieren que el CMI sobre la velocidad de la marcha podría ser una herramienta potencial de cribado para el DCL. Sin embargo, todavía se necesitan más pruebas de estudios poblacionales amplios para confirmar el resultado, y la estandarización del protocolo metodológico y la determinación de puntos de corte adecuados.	

Componente cardiovascular y metabólico - comorbilidades

Riesgo cardiovascular

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
SIGN, 2017 GPC Reino Unido(94)	Estimación del riesgo y prevención de las enfermedades cardiovasculares.	Los individuos con los siguientes factores de riesgo deben ser considerados de alto riesgo de eventos cardiovasculares: enfermedad cardiovascular establecida, o/y enfermedad renal crónica en estadio 3 o superior o micro o macroalbuminuria, o/y hipercolesterolemia familiar, o/y que sean mayores de 40 años y tengan diabetes, o/y que sean menores de 40 años y tengan diabetes, y al menos 20 años de duración de la enfermedad, o daños en los órganos diana (por	Clasificación SIGN: 2++ 4 Algunos individuos tendrán valores extremos de factores de riesgo individuales. Aunque el riesgo absoluto tiene en cuenta varios factores de riesgo, la posesión de este riesgo "faro" puede obligar a intervenir. Los factores de riesgo únicos en este rango incluyen el colesterol total ≥ 8 mmol/l o la presión arterial elevada (presión sistólica ≥ 160 mm Hg o presión diastólica ≥ 100 mm Hg, o grados menores de hipertensión con daño de órganos diana asociado. En estos casos, aunque el tratamiento se dirige al único factor de riesgo elevado, la reducción del riesgo global es el objetivo final. El tratamiento de otros factores de riesgo también es importante, especialmente cuando el	The British Heart Foundation (BHF)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		ejemplo, proteinuria, micro o macroalbuminuria, retinopatía proliferativa o neuropatía autonómica), o factores de riesgo cardiovascular significativamente elevados.	factor de riesgo clave resulta refractario.	
SIGN, 2017 GPC Reino Unido(94)	Estimación del riesgo y prevención de las enfermedades cardiovasculares.	Los individuos asintomáticos deben ser considerados de alto riesgo si se evalúa que tienen un riesgo $\geq 20\%$ de sufrir un primer evento cardiovascular en diez años.	Clasificación SIGN: 2++ 4 Algunos individuos tendrán valores extremos de factores de riesgo individuales. Aunque el riesgo absoluto tiene en cuenta varios factores de riesgo, la posesión de este riesgo "faro" puede obligar a intervenir. Los factores de riesgo únicos en este rango incluyen el colesterol total ≥ 8 mmol/l o la presión arterial elevada (presión sistólica ≥ 160 mm Hg o presión diastólica ≥ 100 mm Hg, o grados menores de hipertensión con daño de órganos diana asociado. En estos casos, aunque el tratamiento se dirige al único factor de riesgo elevado, la reducción del riesgo global es el objetivo final. El tratamiento de otros factores de riesgo también es importante, especialmente cuando el factor de riesgo clave resulta refractario.	The British Heart Foundation (BHF)
SIGN, 2017 GPC Reino Unido(94)	Estimación del riesgo y prevención de las enfermedades cardiovasculares.	La evaluación del riesgo cardiovascular debe ofrecerse al menos una vez cada cinco años en adultos mayores de mayores de 40 años sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, hipercolesterolemia familiar, enfermedad renal crónica o diabetes y que no estén recibiendo tratamiento para reducir la presión arterial o los lípidos.	Clasificación SIGN: 2++ 4 Algunos individuos tendrán valores extremos de factores de riesgo individuales. Aunque el riesgo absoluto tiene en cuenta varios factores de riesgo, la posesión de este riesgo "faro" puede obligar a intervenir. Los factores de riesgo únicos en este rango incluyen el colesterol total ≥ 8 mmol/l o la presión arterial elevada (presión sistólica ≥ 160 mm Hg o presión diastólica ≥ 100 mm Hg, o grados menores de hipertensión con daño de órganos diana asociado. En estos casos, aunque el tratamiento se dirige al único factor de riesgo elevado, la reducción del riesgo global es el objetivo final. El tratamiento de otros	The British Heart Foundation (BHF)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
SIGN, 2017 GPC Reino Unido(94)	Estimación del riesgo y prevención de las enfermedades cardiovasculares.	La aspirina no se recomienda de forma rutinaria en personas con diabetes que no tienen un diagnóstico de enfermedad cardiovascular.	factores de riesgo también es importante, especialmente cuando el factor de riesgo clave resulta refractario. Clasificación SIGN: 1++ Una evaluación de tecnologías sanitarias identificó siete meta-análisis que proporcionaron datos sobre los beneficios y los daños de la aspirina cuando la toman personas con diabetes que no padecen enfermedades cardiovasculares. El uso de la aspirina no se asoció con una reducción significativa de la mortalidad total, las muertes cardíacas o los accidentes cerebrovasculares isquémicos en ninguno de los metanálisis incluidos. Las estimaciones puntuales agrupadas para la reducción de la ECM se situaron todas en torno al 10%; sin embargo, todos los límites de confianza superiores incluían la posibilidad de que no se produjera ninguna mejora y, en algunos casos, implicaban la posibilidad de un mayor riesgo por parte de la aspirina. Los riesgos de hemorragia se definieron de forma diversa en los diferentes metanálisis, pero en cada caso, las estimaciones puntuales agrupadas para estos resultados fueron fuertemente favorables al comparador (RR aproximadamente 2 a 3), pero se asociaron con una incertidumbre considerable, de modo que los tamaños del efecto fueron estadísticamente insignificantes y el intervalo de confianza inferior del 95% abarcó la protección por parte de la aspirina. Se espera una mejora en la precisión y la confianza del tratamiento en personas con diabetes con los resultados de los grandes ECA en curso. Hasta que se publiquen estos ensayos, es vital considerar tanto los beneficios como los riesgos absolutos de la aspirina de forma individual, como en el caso de los pacientes no diabéticos.	The British Heart Foundation (BHF)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
SIGN, 2017 GPC Reino Unido(94)	Estimación del riesgo y prevención de las enfermedades cardiovasculares.	La depresión, la ansiedad y el aislamiento social o la falta de apoyo social de calidad son factores de riesgo para el desarrollo y el pronóstico de las enfermedades cardiovasculares y deben tenerse en cuenta al evaluar el riesgo individual.	Clasificación SIGN: 2 ++ 2+ Una revisión de las revisiones sistemáticas llevada a cabo por un Grupo de Trabajo de Expertos de la Fundación Nacional del Corazón de Australia identificó 15 revisiones que mostraban pruebas sólidas y consistentes de que la depresión y el aislamiento social o la falta de apoyo social de calidad son factores de riesgo independientes para el desarrollo de la cardiopatía isquémica y su posterior pronóstico. La mayor de estas revisiones proporciona pruebas sólidas y consistentes para estos dos factores, pero también pruebas de que los aspectos del estrés relacionado con el trabajo pueden estar asociados con un mayor riesgo. La revisión concluyó que la depresión, el aislamiento social y la falta de apoyo social son factores de riesgo significativos para la cardiopatía isquémica y son independientes de los factores de riesgo convencionales, como el tabaquismo, el hipercolesterolemia y la hipertensión, con una fuerza de asociación similar (el riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica se multiplica por uno o dos con la depresión leve y por tres o cinco con la depresión grave). El aislamiento social/la falta de apoyo social de calidad también tiene una magnitud clínicamente significativa (un riesgo de dos a tres veces mayor de desarrollar una cardiopatía coronaria y un riesgo de tres a cinco veces mayor de morir en pacientes con cardiopatía coronaria).	The British Heart Foundation (BHF)
Curry, Susan J., 2018 GPC E.E.U.U. (100)	Evaluación del riesgo de enfermedades cardiovasculares con factores de riesgo no tradicionales.	El USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños de añadir el índice tobillo-brazo (ABI), el nivel de proteína C reactiva de alta sensibilidad (hsCRP)	Recomendación basada en la evidencia – Declaración I: evidencia: insuficiente El USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños del servicio. La evidencia es escasa, de baja calidad o conflictiva,	The Agency for Healthcare Research and Quality

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		o la puntuación de calcio arterial coronario (CAC) a la evaluación tradicional del riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en adultos asintomáticos para prevenir eventos de ECV.	y el balance de beneficios y daños no se puede determinar.	

Riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Siu, Albert L., 2016 GPC E.E.U.U. (99)	Detección de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	El USPSTF no recomienda el cribado de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en adultos asintomáticos, ya que no tiene ningún beneficio neto.	Recomendación basada en la evidencia – grado D: evidencia moderada El USPSTF no recomienda el servicio. Hay una certeza moderada de que el servicio no tiene un beneficio neto o que los daños superan los beneficios. Nota: esta recomendación aplica para personas asintomáticas en quienes, ante la falta de evidencia del beneficio neto de la detección, podría asociarse un costo de oportunidad muy grande. La falta de evidencia aplica para cuestionarios o espirometría.	The Agency for Healthcare Research and Quality

Riesgo de osteoporosis

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Curry, Susan J., 2018 GPC E.E.U.U. (103)	Detección de la osteoporosis para prevenir las fracturas.	El USPSTF recomienda el cribado de la osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir las fracturas osteoporóticas en mujeres de 65 años o más.	Recomendación basada en la evidencia – Grade B: evidencia moderada	The Agency for Healthcare Research and Quality
Curry, Susan J., 2018 GPC E.E.U.U. (103)	Detección de la osteoporosis para prevenir las fracturas.	El USPSTF recomienda el cribado de la osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir las fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65	Recomendación basada en la evidencia – Grade B: evidencia moderada	The Agency for Healthcare Research and Quality

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		años con mayor riesgo de osteoporosis, según lo determinado por una herramienta formal de evaluación del riesgo clínico.		
Curry, Susan J., 2018 GPC E.E.U.U. (103)	Detección de la osteoporosis para prevenir las fracturas.	El USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños del cribado de la osteoporosis para prevenir las fracturas osteopóricas en los hombres.	Recomendación basada en la evidencia – Declaración I: evidencia insuficiente Nota: esta recomendación se hace debido a que la evidencia es insuficiente respecto a los daños asociados en las pruebas de detección en hombres, así como sobre los daños de las terapias farmacológicas.	The Agency for Healthcare Research and Quality

Componente funcional

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Faller, 2019 RSL Brasil(31)	Instrumentos para la detección del síndrome de fragilidad en adultos mayores: una revisión sistemática.	(I) Existe un gran número de instrumentos para medir un mismo constructo, lo que dificulta a los investigadores y clínicos la elección del más adecuado; (II) el FRAGIRE y el CFAI destacan por sus aspectos multidimensionales, incluyendo una evaluación ambiental; sin embargo, (III) se identificó la necesidad de estandarizar las escalas, ya que el uso de diferentes instrumentos en los ensayos clínicos puede impedir la comparabilidad de los resultados en las revisiones sistemáticas y; (IV) teniendo en cuenta los diferentes instrumentos identificados en esta revisión, la elección de los investigadores/clínicos debe guiarse por las cuestiones	Clasificación GRADE: evidencia muy baja	JWF recibió apoyo y financiación de ITAIPU Binacional y de la Fundación Arauca'ria (FA), además de la beca PROEX: Ayuda N. 0524/2018, Caso N. 23038.003643 / 2018-11.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		relacionadas con la traducción y la validación para su ubicación y la idoneidad para su contexto.		

Componente familiar y social

Cuidados paliativos

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Si se piensa que una persona puede estar entrando en los últimos días de vida, reunir y documentar información sobre: las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona; los signos y síntomas clínicos actuales; el historial médico y el contexto clínico, incluidos los diagnósticos subyacentes; los objetivos y deseos de la persona; las opiniones de las personas importantes para la persona sobre los cuidados futuros.	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada en los resultados pronósticos y diagnósticos (revisión cuantitativa). Evidencia moderada a alta en todos los temas (revisión cualitativa).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Evaluar los cambios en los signos y síntomas de la persona y revisar cualquier resultado de las investigaciones que ya se han comunicado y que pueden sugerir que la persona está entrando en los últimos días de vida. Estos cambios incluyen los siguientes: signos como agitación, respiración de Cheyne-Stokes, deterioro del nivel de conciencia, piel moteada, secreciones respiratorias ruidosas y pérdida de peso progresiva; síntomas como el aumento de la fatiga y la pérdida de apetito; observaciones funcionales como cambios en la comunicación, deterioro de la movilidad o deterioro de la movilidad o del rendimiento, o retraimiento social.	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada en los resultados pronósticos y diagnósticos (revisión cuantitativa). Evidencia moderada a alta en todos los temas (revisión cualitativa).	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Sea consciente de que la mejora de los signos y síntomas o las observaciones funcionales pueden indicar que la persona puede estar estabilizándose o recuperándose.	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada en los resultados pronósticos y diagnósticos (revisión cuantitativa). Evidencia moderada a alta en todos los temas (revisión cualitativa).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Evitar realizar investigaciones que probablemente no afecten a los cuidados en los últimos días de vida, a menos que haya una necesidad clínica de hacerlo, por ejemplo, cuando un recuento sanguíneo pueda orientar el uso de una transfusión de plaquetas para evitar una hemorragia catastrófica.	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada en los resultados pronósticos y diagnósticos (revisión cuantitativa). Evidencia moderada a alta en todos los temas (revisión cualitativa).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Utilizar los conocimientos adquiridos en las evaluaciones y otra información obtenida del equipo multiprofesional, de la persona y de sus allegados, para ayudar a determinar si la persona está cerca de la muerte, se deteriora estable o mejorando.	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada en los resultados pronósticos y diagnósticos (revisión cuantitativa). Evidencia moderada a alta en todos los temas (revisión cualitativa).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Pedir consejo a colegas con más experiencia en la prestación de cuidados al final de la vida cuando haya un alto nivel de incertidumbre (por ejemplo, signos o síntomas clínicos ambiguos o signos o síntomas clínicos	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada en los resultados pronósticos y	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		contradictorios) sobre si una persona está entrando en los últimos días de vida, puede estar estabilizándose o si existe la posibilidad de una recuperación incluso temporal.	diagnósticos (revisión cuantitativa). Evidencia moderada a alta en todos los temas (revisión cualitativa).	
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Establecer las necesidades y expectativas de comunicación de las personas que pueden estar entrar en sus últimos días de vida, teniendo en cuenta: si desean que una persona importante para ellos esté presente en la toma de decisiones sobre sus cuidados; su nivel actual de comprensión de que puede estar cerca de la muerte; su estado cognitivo y si tiene necesidades específicas de habla, lenguaje u otras necesidades de comunicación; cuánta información le gustaría tener sobre su pronóstico; sus necesidades o preferencias culturales, religiosas, sociales o espirituales.	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Identificar al miembro del equipo multiprofesional más apropiado para explicar el pronóstico del moribundo. Basar esta decisión en: la competencia, la confianza y la relación con la persona.	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Hablar del pronóstico de la persona moribunda con ella (a menos que no desee que se le informe) tan pronto como se reconozca que puede estar entrando en los últimos días de la vida e incluya en la conversación a las personas importantes para él, si el moribundo lo desea.	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Proporcionar a la persona moribunda, y a las personas importantes para ella: información precisa sobre su pronóstico (a menos que no deseen ser informados), explicar cualquier incertidumbre y cómo se gestionará, pero evitando el falso optimismo; la oportunidad de hablar sobre sus temores y ansiedades, y de hacer preguntas sobre los cuidados en los últimos días de vida; información sobre cómo ponerse en contacto con los miembros del equipo asistencial; oportunidades para seguir	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada.	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		hablando con un miembro de su equipo de cuidados.		
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Explorar con la persona moribunda y las personas importantes para ella: si el moribundo tiene una declaración anticipada o ha manifestado sus preferencias sobre sus cuidados en los últimos días de vida (incluyendo cualquier decisión de prescripción anticipada o una decisión anticipada de rechazar el tratamiento o los detalles de cualquier poder legal duradero para la salud y el bienestar); si el moribundo ha comprendido y puede retener la información que se le ha dado sobre su pronóstico.	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Discutir el pronóstico del moribundo con otros miembros del equipo de atención multiprofesional, y asegurarse de que esto se documente en el registro clínico de la persona moribunda.	Clasificación GRADE: evidencia baja a moderada.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Establecer el nivel de participación que la persona moribunda desea y puede tener en la toma de decisiones compartida. Garantizar que se utiliza la honestidad y la transparencia al discutir el desarrollo y la implementación de su plan de cuidados.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Como parte de cualquier proceso de toma de decisiones compartida, tener en cuenta: si la persona moribunda tiene una declaración anticipada o una decisión anticipada de rechazar el tratamiento, o ha proporcionado detalles de cualquier poder legal duradero para salud y bienestar; los objetivos y deseos actuales de la persona; si la persona moribunda tiene alguna preferencia cultural, religiosa, social o espiritual.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Identificar a un profesional sanitario principal, responsable de fomentar la toma de decisiones compartida en los últimos días de vida de la persona. El profesional sanitario designado debe: dar información sobre cómo se puede contactar con él y los datos de contacto de los servicios fuera del horario de atención al moribundo y a las personas	Clasificación GRADE: evidencia moderada a baja.	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		importantes para él; garantizar que cualquier cambio acordado en el plan de cuidados sea comprendido por la persona moribunda, las personas importantes para él, y los que participan en el cuidado de la persona moribunda.		
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Proporcionar una atención individualizada: establecer lo antes posible los recursos necesarios para la persona moribunda (por ejemplo, la entrega de comidas, equipos, cuidados nocturnos, apoyo de voluntarios o ayuda de una organización) y su disponibilidad.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	En conversación con la persona moribunda, las personas importantes para ella y el equipo multiprofesional, crear un plan de cuidados individualizado. El plan debería incluir los objetivos y deseos personales de la persona moribunda: los objetivos y deseos personales; el entorno de cuidados preferido; las necesidades de cuidados actuales y previstas, incluyendo: preferencias para el tratamiento de los síntomas; necesidades de cuidados después de la muerte, si se especifican; necesidades de recursos.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Registrar las discusiones y decisiones del plan de cuidados individualizado en el de cuidados de la persona moribunda y compartir el plan de cuidados con la persona moribunda, con las personas importantes para ella y con todos los miembros del equipo de cuidados multiprofesionales.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Continuar explorando la comprensión y los deseos de la persona moribunda y de la persona moribunda y de sus allegados, y actualizar el plan de cuidados cuando sea necesario. Reconocer que la capacidad y el deseo de la persona moribunda de participar en la toma de decisiones sobre sus cuidados pueden cambiar a medida que su estado se deteriora o que acepta su pronóstico.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC	Atención a los adultos moribundos en	Aunque normalmente es posible y deseable cumplir los deseos de una persona moribunda cuando no sea	Clasificación GRADE: evidencia	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Reino Unido(95)	los últimos días de vida.	posible, explique el motivo a la persona moribunda y a sus allegados importantes para él.	moderada a baja.	
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Garantizar que la toma de decisiones compartida pueda ser apoyada por personal experimentado en todo momento. Buscar asesoramiento especializado si se necesita apoyo adicional.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Ayudar a la persona moribunda a beber si lo desea y puede hacerlo. Comprobar si hay dificultades, como problemas de deglución o riesgo de aspiración. Discutir los riesgos y beneficios de seguir bebiendo, con la persona moribunda y con las personas que de los cuidados del moribundo.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a muy baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Ofrecer a la persona moribunda cuidados frecuentes de la boca y los labios, e incluir el tratamiento de la sequedad bucal en su plan de cuidados, si es necesario. Ofrezca a la persona lo siguiente, según sea necesario: ayuda para la limpieza de los dientes o de la dentadura postiza, si lo desea; sorbos frecuentes de líquido.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a muy baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Animar a las personas importantes para el moribundo a que le ayuden con el cuidado de la boca y los labios o a dar de beber, si lo desean. Proporcione cualquier ayuda necesaria y aconséjeles sobre cómo dar bebidas de forma segura.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a muy baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Evaluar, preferiblemente a diario, el estado de hidratación del moribundo y revisar la posible necesidad de iniciar la hidratación clínicamente asistida, respetando los deseos y preferencias de la persona.	Clasificación GRADE: evidencia moderada a muy baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Tenga en cuenta que no todas las personas en los últimos días de vida experimentan dolor. Si se identifica el dolor, hay que tratarlo de forma rápida y eficaz, y tratar cualquier causa reversible de dolor, como la retención urinaria.	Clasificación GRADE: evidencia muy baja.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Evaluar el nivel de dolor de la persona moribunda y valorar todas las posibles causas cuando tomar decisiones de prescripción para el manejo del dolor.	Clasificación GRADE: evidencia muy baja.	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
	los últimos días de vida.			
NICE, 2015 GPC Reino Unido(95)	Atención a los adultos moribundos en los últimos días de vida.	Para una persona que no es capaz de explicar eficazmente que tiene dolor, por ejemplo, una persona con demencia o problemas de aprendizaje, utilice una evaluación validada del dolor conductual para informar sobre su dolor.	Clasificación GRADE: evidencia muy baja.	National Institute for Health and Care Excellence
Fachado, Alfonso Alonso, 2021 GPC España (112)	Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días.	En la atención de personas con condiciones progresivas en esta avanzado, se recomienda evaluar siempre el pronóstico e identificar si posiblemente esté en una situación terminal.	Buena Práctica Clínica.	Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS
Fachado, Alfonso Alonso, 2021 GPC España (112)	Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días.	Se recomienda apoyar el juicio clínico y la valoración interdisciplinaria mediante: valoración de las posibles causas reversibles del deterioro cuando, particularmente cuando no haya coherencia entre la evolución esperada y la aparición de síntomas; monitorización de cambios en las necesidades físicas, psicosociales y espirituales; evaluación de la situación funcional y velocidad del deterioro. Se sugiere como escalas la PPS (Palliative Performance Scale) o la ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group).	Buena Práctica Clínica.	Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS
Fachado, Alfonso Alonso, 2021 GPC España (112)	Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días.	Se sugiere evaluar los siguientes signos y síntomas: cambios cardiovasculares (Hipotensión, oliguria, Lividesces), respiratorios (Respiración ruidosa – estertores, Cambios en el patrón respiratorio - respiración de Cheyne-Stokes, apneas, disnea; respiración con movimiento mandibular), del estado físico (debilidad profunda y progresiva, pérdida de habilidad para cerrar los ojos, inapetencia, dificultad de deglución, incontinencia o retención urinaria), cognitivos y neurológicos (disminución del nivel de alerta, delirium hipoactivo o hiperactivo), psicosociales y emocionales (aislamiento, cambios en el estado de ánimo), y en la experiencia espiritual.	Calificación GRADE: débil a favor.	Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Fachado, Alfonso Alonso, 2021 GPC España (112)	Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días.	Se recomienda identificar las necesidades de comunicación y expectativas de las personas al final de la vida, teniendo en cuenta: si el paciente desea o no que alguien lo acompañe para la toma de decisiones; el grado de conocimiento actual acerca de la etapa terminal de vida; cuánta información le gustaría tener acerca de su proceso; sus preferencias y necesidades sociales, culturales, religiosas y espirituales; y sus miedos y preocupaciones.	Punto de Práctica Clínica.	Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS
Fachado, Alfonso Alonso, 2021 GPC España (112)	Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días.	Se recomienda iniciar el proceso de toma de decisiones compartida lo antes posible durante el proceso de enfermedad.	Punto de Práctica Clínica.	Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS
Fachado, Alfonso Alonso, 2021 GPC España (112)	Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días.	Al principio del proceso de toma de decisiones compartida se recomienda explorar el nivel de participación que la persona desea y puede tener, y que las discusiones sobre el desarrollo e implementación del plan de cuidados se realicen de forma honesta y transparente.	Punto de Práctica Clínica.	Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS
Fachado, Alfonso Alonso, 2021 GPC España (112)	Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días.	Durante el proceso de toma de decisiones se recomienda explorar las expectativas, deseos y preferencias del paciente respecto a la atención y los cuidados que desea recibir, según sus valores. En caso de que el paciente se encuentre en una situación que no le permita tomar decisiones, revisar: la existencia de un documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas; as anotaciones en la historia clínica referidas a un proceso de planificación anticipada y compartida de la asistencia; las preferencias manifestadas a sus familiares y/o allegados acerca de los cuidados que desearía recibir; si existe un representante designado por el paciente. En caso de no existir	Punto de Práctica Clínica.	Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		representante designado ni familiares y/o allegados, la toma de decisiones corresponderá al equipo terapéutico, buscando el mayor consenso y actuando siempre buscando el mejor beneficio o interés para el paciente.		
Fachado, Alfonso Alonso, 2021 GPC España (112)	Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días.	Se recomienda registrar los temas tratados y el plan de cuidados en la historia clínica, accesible para todos los profesionales que intervienen en la atención, y compartir esta información con los allegados de la persona enferma implicados en su cuidado y/o acompañamiento.	Punto de Práctica Clínica.	Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS
Fachado, Alfonso Alonso, 2021 GPC España (112)	Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días.	Para el manejo de síntomas se recomienda realizar una valoración sistemática de los síntomas principales, para disminuir el riesgo de subestimación de alguno de ellos, y cuantificar su intensidad mediante escalas que permitan evaluar el resultado de las medidas aplicadas.	Punto de Práctica Clínica.	Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS

Atención social y multimorbilidad

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Los profesionales sanitarios y sociales <u>deberían</u> considerar remitir al adulto mayor con múltiples condiciones crónicas a la autoridad local para evaluación de necesidades tan pronto como es identificado que pueden requerir soporte y cuidados sociales.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Considere</u> remitir a geriatría para una evaluación clínica especializada o un psiquiatra para adultos mayores para guiar la planificación de la atención social de adultos mayores con necesidades sociales y múltiples condiciones crónicas	Recomendación basada en la evidencia: Considere.	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Al planificar y realizar evaluaciones para adultos mayores con necesidades de atención social y múltiples condiciones crónicas, los profesionales sanitarios y sociales <u>deberían</u> : siempre incluir al adulto mayor y, si es apropiado, a su cuidador; tener en cuenta las fortalezas, necesidades y preferencias del adulto mayor; incluir profesionales relevantes para direccionar todas las necesidades de la persona, incluyendo las dimensiones médicas, psicológicas, emocionales, sociales, personales, sexuales, espirituales y culturales; necesidades sensoriales (visión, audición y comunicación); y necesidades de alojamiento y necesidades de cuidado en el ambiente; asegurar que, si una persona y su cuidador no pueden asistir a una cita de evaluación, entonces se busquen otros mecanismos de atención; brindar información a la persona sobre la disponibilidad de servicios para ellos, sus costos y cómo ellos pueden ser pagados.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Reconocer que muchos adultos mayores con necesidades sociales y múltiples condiciones crónicas también son cuidadores, pero puede ser que ellos no se vean a sí mismos como tal. Pregunte a la persona si asumen responsabilidades de cuidador y de ser así, <u>asegure</u> que se les ofrezca una evaluación de cuidador.	Recomendación basada en la evidencia: Asegure (Garantizar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Los profesionales sanitarios y sociales que dirija la evaluación, <u>deberían</u> discutir con la persona cualquier opción de telecuidado que pueda apoyarlos de manera que ellos puedan hacer elecciones informadas sobre sus utilidades para ayudarlos a manejar sus condiciones, así como otros potenciales beneficios, riesgos y costos.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples	El profesional líder <u>debería</u> considerar, en discusión con la persona, si una demostración del equipo de	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
	enfermedades de larga duración.	telecuidado le podría ayudar a tomar una decisión informada.		Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Asegurarse que los adultos mayores con necesidades de apoyo social y múltiples condiciones crónicas tengan un solo coordinador de su cuidado, quien actúe como su primer contacto. Este coordinador <u>debe</u> : Jugar el rol de guía dentro del proceso de evaluación; Servir de enlace para trabajar con todos los profesionales sanitarios y sociales, incluidos los servicios de voluntariado y del sector comunitario.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Asegurar</u> a la persona la posibilidad de: ser incluido en la planeación de su cuidado y apoyo; tener un resumen de su historia de vida incluido su plan de cuidado; priorizar el apoyo que ellos necesitan, reconociendo qué personas quieren hacer cosas diferentes con sus vidas en diferentes momentos y de qué manera las condiciones crónicas pueden afectarlos y cambiar a lo largo del tiempo.	Recomendación basada en la evidencia: Asegurar (Garantizar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Asegurarse</u> que la persona, sus cuidadores y acudientes, así como a los profesionales sanitarios se apropie del plan de atención, reciba una copia y de su consentimiento.	Recomendación basada en la evidencia: Asegurarse (Garantizar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Revisar y actualizar regularmente los planes de cuidado y al menos anualmente, reconocer las necesidades de cambio asociadas con las condiciones crónicas. <u>Registrar</u> los resultados de la revisión del plan de cuidado a lo largo de cualquier cambio.	Recomendación basada en la evidencia: Registrar.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Ofrecer</u> a las personas la oportunidad para: canalizar el rango de necesidades de cuidado, incluyendo las médicas, psicológicas, emocionales, sociales, personales, sexuales, espirituales, culturales, de comunicación y ambientales; canalizar las necesidades paliativas y del final de vida; identificar problemas de salud, incluyendo incontinencia, dolor crónico, integridad de la piel, y en caso	Recomendación basada en la evidencia: Ofrecer.	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		necesario, apoyar la minimización de su impacto; identificar la ayuda que ellos necesitan buscar más allá de su propio cuidado y apoyo, manejo de sus condiciones, participar en actividades de su preferencia, hobbies e intereses y hacer contacto con servicios de apoyo relevantes; incluir actividades sociales y de ocio dentro y fuera de casa, necesidades de movilidad y transporte, adaptaciones en el hogar y cualquier necesidad de apoyo para el uso de ellos.		
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Discutir la administración de medicamentos con cada persona y sus cuidadores.	Recomendación basada en la evidencia: Discutir (Evaluar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Brindar</u> información a la persona y su cuidador sobre mecanismos de financiamiento que ellos podrían usar para la administración de su presupuesto disponible y cualquier impacto que pueda tener sobre sus cuidados.	Recomendación basada en la evidencia: Brindar (Ofrecer).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Ofrecer</u> información, dispositivos y apoyo a las personas que pagan por o acuerdan sus propios cuidados, también como aquellos que son financiados públicamente.	Recomendación basada en la evidencia: Ofrecer.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Brindar</u> información sobre derecho a beneficios.	Recomendación basada en la evidencia: Brindar (Ofrecer).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Asegurarse</u> que las necesidades de los cuidadores son tomadas en cuenta.	Recomendación basada en la evidencia: Asegurarse (Garantizar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples	Las autoridades locales <u>deben</u> brindar al cuidador una evaluación individual de sus necesidades.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
	enfermedades de larga duración.			
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Apoye al cuidador explorando posibles beneficios del presupuesto personal y pagos directos y cómo ellos podrían ser usados por ellos mismos y para las personas que ellos cuidan. <u>Ofrezca</u> ayuda al cuidador para administrar su presupuesto.	Recomendación basada en la evidencia: Ofrecer.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Asegúrese</u> que haya apoyo multidisciplinario basado en la comunidad para el adulto mayor, reconociendo la naturaleza progresiva de muchas condiciones. Así, los profesionales podrían incluir a personas que sirvan de enlace como los <u>farmaceutas</u> .	Recomendación basada en la evidencia: Asegúrese (Garantizar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Los profesionales sociales y de la salud <u>deberían</u> informar a la persona encargada del cuidado aquellas necesidades de la persona que ellos no puedan resolver.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	El coordinador <u>debería</u> registrar cualquier necesidad que no hayan podido resolver los profesionales sociales y de salud, para acordar con la persona y su cuidador un plan de acción con respecto a estas necesidades.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Los profesionales sanitarios y sociales <u>deberían</u> asegurar que el cuidado esté centrado en la persona y que la persona esté siendo apoyada de una manera respetuosa y promueva dignidad y confianza.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	El coordinador <u>debería</u> revisar las necesidades de información de la persona con regularidad, teniendo presente que la persona con una condición existente podría no querer información cuando recibe un nuevo diagnóstico.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Considere continuar <u>ofreciendo</u> información y apoyo a las personas y sus cuidadores si ellos la han rechazado previamente, reconociendo que las condiciones crónicas pueden ser cambiantes o progresivas y que las	Recomendación basada en la evidencia: Ofrecer.	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		necesidades de información de las personas pueden cambiar.		
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Los profesionales sanitarios y sociales <u>deberían</u> ofrecerle al adulto mayor con necesidades de apoyo social y múltiples condiciones crónicas oportunidades para interactuar con otras personas con condiciones similares y ayuda para acceder a actividades como grupos de caminata, grupos de apoyo social, grupos de ejercicio o danza etc.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Los profesionales sociales <u>deberían</u> revisar información registrada sobre medicamentos y terapias regularmente y hacer seguimiento a cualquier asunto relacionado con la administración de medicamentos, lo cual incluye verificar información sobre cambios en las medicinas disponibles.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Los profesionales sociales <u>deberían</u> llamar al coordinador si cualquier medicamento prescrito está afectando el bienestar de la persona.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Los profesionales sanitarios y sociales <u>deberían</u> reconocer la incontinencia como un síntoma y asegurar que la persona tenga acceso a diagnóstico y tratamiento. También, deberían incluir una reunión con una enfermera especialista en incontinencia.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Garantizar</u> la continuidad de la atención y los vínculos con los servicios especializados.	Recomendación basada en la evidencia: Garantizar.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	El coordinador <u>debería</u> ser responsable de: dar a la persona y sus cuidadores información sobre qué hacer y a quién contactar en momentos de crisis a cualquier hora del día o de la noche; asegurar una respuesta efectiva en momentos de crisis; asegurarse que haya continuidad en el cuidado; involucrar servicios sociales y de salud locales, incluyendo los del sector de voluntariado; asegurarse que la	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		persona y sus cuidadores tengan información sobre sus condiciones particulares y cómo manejarlas; e incluir cuidadores y acudientes.		
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Identifique</u> la forma para canalizar los requerimientos particulares de nutrición e hidratación.	Recomendación basada en la evidencia: Identificar (Reconocer).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Facilitar</u> la comunicación e interacción del adulto mayor con otras personas, por ejemplo, reduciendo el ruido ambiental y promoviendo el contacto cara a cara con otras personas.	Recomendación basada en la evidencia: Facilitar (Garantizar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Todos los profesionales <u>deberían</u> reconocer que aislamiento social puede ser un problema particular para los adultos mayores con necesidades de apoyo social y múltiples condiciones crónicas.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Los profesionales sanitarios y sociales <u>deberían</u> apoyar al adulto mayor y a sus cuidadores para mantener el vínculo con sus amigos, familia y comunidad e identificar al adulto solitario o aislado.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Los profesionales sanitarios y sociales <u>deberían</u> darle consejo e información a las personas sobre actividades sociales y oportunidades que pueden ayudarles a mantener sus contactos sociales y construir nuevos contactos si así ellos lo desean.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	Se <u>debería</u> asegurar que los profesionales sanitarios y sociales sean capaces de reconocer: las condiciones comunes tales como la demencia y la pérdida de la visión y la audición; las necesidades comunes tales como la nutrición, hidratación, dolor crónico, caídas e integridad de la piel; las necesidades de apoyo tales como los duelos y la etapa final de la vida; y el deterioro de la salud o de las circunstancias de una persona.	Recomendación basada en la evidencia: Debería.	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
NICE, 2015 GPC Reino Unido(113)	Personas mayores con necesidades de atención social y múltiples enfermedades de larga duración.	<u>Procurar</u> más apoyo especializado cuando esté disponible para las personas que lo necesiten.	Recomendación basada en la evidencia: Procurar (Garantizar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	Piense en ser cuidadoso sobre los riesgos y los beneficios para las personas con multimorbilidad en las recomendaciones de tratamiento individual para condiciones de salud singulares. <u>Discuta</u> con el paciente sobre sus preferencias para el cuidado y el tratamiento.	Recomendación basada en la evidencia: Discuta (Evaluar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Considere</u> una aproximación en el cuidado que tenga en cuenta la multimorbilidad si la persona lo solicita o si aplica lo siguiente, ellos: se encuentran dificultad para manejar su tratamiento o sus actividades del día a día; reciben atención y apoyo de múltiples servicios y necesitan servicios adicionales; tienen ambas condiciones, físicas y mentales, de largo plazo; tienen fragilidad o caídas; buscan con frecuencia atención no planificada o de emergencia; son prescritos con múltiples medicamentos de manera regular.	Recomendación basada en la evidencia: Considere.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Identifique</u> adultos que pueden beneficiarse desde una aproximación de atención que tiene en cuenta la multimorbilidad de manera oportuna durante la atención rutinaria y haciendo uso proactivo de registros de salud electrónicos.	Recomendación basada en la evidencia: Identifique (Reconocer).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Considere</u> usar una herramienta válida tal como eFI, PEONY o QAdmissions, si se dispone de registros de salud electrónicos en la atención primaria, para identificar adultos con multimorbilidad que estén en riesgo de eventos adversos tales como admisión hospitalaria no planificada o admisión a servicios domiciliarios de salud.	Recomendación basada en la evidencia: Considere.	National Institute for Health and Care Excellence National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Considere</u> usar registros electrónicos de atención primaria de salud para identificar marcadores con una mayor carga de tratamiento, tales como el número regular de medicamentos prescritos a una persona.	Recomendación basada en la evidencia: Considere.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Considere</u> evaluar fragilidad en personas con multimorbilidad.	Recomendación basada en la evidencia: Considere.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	Sea cauto sobre la <u>evaluación</u> de fragilidad en personas quienes están agudamente enfermas.	Recomendación basada en la evidencia: Evaluación (Evaluar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	No use una herramienta de desempeño físico para <u>evaluar</u> fragilidad en personas quienes estén agudamente enfermas.	Recomendación basada en la evidencia: Evaluar.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	Cuando evalúe fragilidad en escenarios detención primaria y comunitaria, <u>considere</u> usar una de las siguientes recomendaciones: una evaluación informal de la velocidad de la marcha (por ejemplo, tiempo tomado para atender a la puerta, tiempo tomado para caminar desde la sala de espera); estatus de auto reporte de salud (es decir, ¿cuánto le pondría usted a su estado de salud en una escala de 0 a 10? Puntajes de 6 o menos indican usted fragilidad); una evaluación informal de la velocidad de la marcha, que tome más de 5 segundos para recorrer 4 m, indica fragilidad; Con el cuestionario PRISMA-7, puntajes de 3 y más indican fragilidad.	Recomendación basada en la evidencia: Considere.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	Cuando evalúe fragilidad en escenarios hospitalarios ambulatorios, <u>considere</u> usar una de las siguientes recomendaciones: estatus de auto reporte de salud (esto es, ¿cuánto le pondría usted a su estado de salud en una escala de 0 a 10? Puntajes de 6 o menos indican fragilidad); prueba 'Timed Up and Go', con tiempos de más de 12 segundos indican fragilidad;	Recomendación basada en la evidencia: Considere.	National Institute for Health and Care Excellence

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		una evaluación formal de la marcha, que tome más de 5 segundos para recorrer 4 m caminando, indican fragilidad; con el cuestionario PRISMA-7, puntajes de 3 y más indican fragilidad; en actividad física auto reportada, puntajes de 56 o menos para hombres y 59 o menos para mujeres indican fragilidad, usando la Physical Activity Scale para adultos mayores.		
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Discuta</u> el propósito de una aproximación de atención que tome en cuenta la multimorbilidad.	Recomendación basada en la evidencia: Discuta (Evaluar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Discuta</u> con la persona el propósito en la aproximación de la atención para mejorar la calidad de vida. Esto podría incluir la reducción en la carga de tratamiento y la optimización de la atención y el apoyo para identificar: la forma de maximizar los beneficios desde los tratamientos existentes; los tratamientos que podrían ser suspendidos a causa de los beneficios limitados; los tratamientos y acuerdos de seguimiento con una alta carga; las medicinas con un alto riesgo de eventos adversos (por ejemplo, caídas, sangrado gastrointestinal, lesiones agudas del riñón); los tratamientos no farmacológicos como posibles alternativas para algunas medicinas; y los acuerdos alternativos para el seguimiento coordinado u optimización del número equipos.	Recomendación basada en la evidencia: Discuta (Evaluar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	Establecer la carga de la enfermedad, hablando con las personas sobre cómo sus problemas de salud afectan su vida en su día a día. Incluye una <u>discusión</u> sobre la salud mental, cómo la carga de la enfermedad afecta su bienestar, cómo sus problemas de salud interactúan y cómo afecta su calidad de vida.	Recomendación basada en la evidencia: Discusión (Evaluar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	Establecer la carga de tratamiento, hablando con unas personas sobre cómo el tratamiento para sus problemas de salud afecta su vida en	Recomendación basada en la evidencia: Discusión (Evaluar).	National Institute for Health and

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		su día a día, incluye una <u>discusión</u> sobre: el número y tipo de citas médicas que tiene una persona y en donde se realizan; el número y tipo de medicamentos que una persona están tomando y con qué frecuencia; cualquier daño por los medicamentos; tratamientos no farmacológicos como dietas, programas de ejercicio y tratamientos psicológicos; y cualquier efecto del tratamiento sobre su salud mental o bienestar.		Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	Esté alerta sobre la posibilidad de depresión y ansiedad, dolor crónico y la necesidad de <u>evaluar</u> éste y el adecuado manejo del dolor.	Recomendación basada en la evidencia: Evaluar.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Aclare</u> con el paciente si y cómo ellos quieren que sus compañeros, miembros de la familia y/o cuidadores se involucren en las decisiones claves acerca del manejo de sus condiciones, revise esto regularmente. Si el paciente está de acuerdo, comparte información con su compañero, miembros de la familia y/o cuidadores.	Recomendación basada en la evidencia: Aclare (Evaluar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Explorar</u> las actitudes de la persona a sus tratamientos y los potenciales beneficios y daños de estos tratamientos. Siga las recomendaciones sobre el paciente incluyendo en las decisiones sobre medicamentos y comprensión de los conocimientos del paciente, creencias y preocupaciones sobre los medicamentos.	Recomendación basada en la evidencia: Explorar (Evaluar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Considere</u> usar una herramienta de tamizaje, como por ejemplo la herramienta STOPP/START en adultos mayores, para identificar los problemas de seguridad relacionados con los medicamentos y los medicamentos de los que la persona podría beneficiarse pero que no está tomando actualmente.	Recomendación basada en la evidencia: Considere.	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	Preguntarle a la persona si los tratamientos que están destinados a aliviar síntomas están generando	Recomendación basada en la evidencia:	National Institute for Health and

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Reino Unido(114)		beneficios o causando daños. Si la persona no está segura de los beneficios o está experimentando daños desde un tratamiento, <u>discuta</u> reducir o suspender el tratamiento, planeé una <u>revisión</u> para monitorear el efecto de cualquier cambio y decida así cualquier futuro cambio al tratamiento de ser necesario (incluyendo el restablecimiento del tratamiento).	Discuta/Revisión (Evaluar).	Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	<u>Discuta</u> con la persona que tiene multimorbilidad y una expectativa de vida limitada o que tiene fragilidad si desea continuar con tratamientos recomendados en guías para una sola condición, las cuales pueden ofrecer un beneficio global limitado.	Recomendación basada en la evidencia: Discuta (Evaluar).	National Institute for Health and Care Excellence
NICE, 2016 GPC Reino Unido(114)	Evaluación y gestión clínica de la multimorbilidad.	Empiece una <u>evaluación</u> integral del adulto mayor con necesidades complejas en torno al momento de admisión y preferiblemente en una unidad especializada para adulto mayor.	Recomendación basada en la evidencia: Evaluación (Evaluar).	National Institute for Health and Care Excellence

Componente oncológico

Riesgo de cáncer de mama

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Siu Albert L., 2016 GPC E.E.U.U. (93)	Cribado del cáncer de mama: Declaración de recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU.	Cribado primario del cáncer de mama con mamografía convencional: se recomienda en mujeres de 50 a 74 años cada dos años.	Recomendación basada en la evidencia – Grade B: evidencia moderada.	The Agency for Healthcare Research and Quality
Siu Albert L., 2016 GPC E.E.U.U. (93)	Cribado del cáncer de mama: Declaración de recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios	Cribado primario del cáncer de mama con mamografía convencional: no se recomienda el cribado con mamografía en mujeres de ≥75 años, la evidencia es insuficiente y no se puede determinar el balance de beneficios y daños.	Recomendación basada en la evidencia – Declaración I: evidencia insuficiente	The Agency for Healthcare Research and Quality

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
	Preventivos de EE.UU.		No se puede determinar el balance de beneficios y daños.	
Siu Albert L., 2016 GPC E.E.U.U. (93)	Cribado del cáncer de mama: Declaración de recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU.	Cribado del cáncer de mama con métodos distintos a la mamografía convencional (cribado primario con DBT): no se recomienda.	Recomendación basada en la evidencia – Declaración I: evidencia insuficiente. No se puede determinar el balance de beneficios y daños.	The Agency for Healthcare Research and Quality
Siu Albert L., 2016 GPC E.E.U.U. (93)	Cribado del cáncer de mama: Declaración de recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU.	Cribado del cáncer de mama con métodos distintos a la mamografía convencional (cribado complementario con ultrasonografía mamaria, RMN, DBT u otros métodos en mujeres con mamas densas): no se recomienda.	Recomendación basada en la evidencia – Declaración I: evidencia insuficiente. No se puede determinar el balance de beneficios y daños.	The Agency for Healthcare Research and Quality
Klarenbach, Scott, 2018 GPC Canadá (109)	Recomendaciones sobre el cribado del cáncer de mama en mujeres de 40 a 74 años que no presentan un riesgo elevado de cáncer de mama.	Tamizar con mamografía cada dos a tres años. La decisión de someterse a un tamizaje está condicionada al valor relativo que una mujer le dé a los posibles beneficios y perjuicios del tamizaje.	Calificación GRADE: Recomendación condicional; muy baja certeza de evidencia.	The Public Health Agency of Canada
Klarenbach, Scott, 2018 GPC Canadá (109)	Recomendaciones sobre el cribado del cáncer de mama en mujeres de 40 a 74 años que no presentan un riesgo elevado de cáncer de mama.	Tamizar con mamografía cada dos a tres años. La decisión de someterse a un tamizaje está condicionada al valor relativo que una mujer le dé a los posibles beneficios y perjuicios del tamizaje.	Calificación GRADE: Recomendación condicional; evidencia de muy baja certeza.	The Public Health Agency of Canada
Klarenbach, Scott, 2018 GPC Canadá (109)	Recomendaciones sobre el cribado del cáncer de mama en mujeres de 40 a 74 años que no presentan un riesgo elevado de cáncer de mama.	No se recomienda usar imágenes de resonancia magnética, tomosíntesis o ultrasonido para tamizar para cáncer de seno en mujeres que no tengan un riesgo aumentado.	Calificación GRADE: Recomendación fuerte; sin evidencia.	The Public Health Agency of Canada
Klarenbach, Scott, 2018 GPC Canadá (109)	Recomendaciones sobre el cribado del cáncer de mama en mujeres de 40 a 74 años que no	No se recomienda practicar exámenes clínicos para tamizar cáncer de seno.	Calificación GRADE: Recomendación condicional; sin evidencia.	The Public Health Agency of Canada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
	presentan un riesgo elevado de cáncer de mama.		Nota: esta recomendación se hace debido a que no se identificó evidencia sobre la efectividad de la detección de cáncer de mama mediante examen clínico.	
Klarenbach, Scott, 2018 GPC Canadá (109)	Recomendaciones sobre el cribado del cáncer de mama en mujeres de 40 a 74 años que no presentan un riesgo elevado de cáncer de mama.	No se recomienda aconsejar a las mujeres que se practiquen el autoexamen de seno para tamizar cáncer de seno.	Calificación GRADE: Recomendación condicional; evidencia de baja certeza. Nota: esta recomendación se hace debido a que ensayos aleatorizados por conglomerados encontraron que el autoexamen comparado a la atención usual no redujo de manera importante ni la mortalidad por todas las causas (1.8 muertes por cada 1000 mujeres examinadas) ni la mortalidad específica por cáncer de seno (0.03 muertes por cada 1000 mujeres examinadas).	The Public Health Agency of Canada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Riesgo de cáncer de útero

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Fontham, Elizabeth T. H., 2020 GPC E.E.U.U. (96)	Cribado de cáncer de cuello de útero para personas con riesgo medio.	Las personas con cuello uterino quienes sean mayores de 65 años y que no tengan historia de neoplasia intraepitelial cervical grado 2 o un diagnóstico más grave en los pasados 25 años y que además, tienen antecedente de exámenes adecuados negativos durante el periodo de 10 años previo a los 65 años de edad, interrumpir la detección de cáncer de cuello uterino en cualquier modalidad.	Recomendación calificada (calidad de evidencia limitada).	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (ACS)

Riesgo de cáncer de ovario

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Grossman, David C., 2018 GPC E.E.U.U. (104)	Detección de cáncer de ovario.	El USPSTF desaconseja el cribado del cáncer de ovario en mujeres asintomáticas.	Recomendación basada en la evidencia – grado D: evidencia moderada de que el servicio no tiene ningún beneficio neto o de que los daños superan a los beneficios. Nota: esta recomendación se hace debido a que la evidencia indica que el tamizaje del cáncer de ovario no reduce la mortalidad por cáncer de ovario; sin embargo, sí existe el riesgo de usuarios clasificados como falsos positivos que se podrían exponer a daños moderados como intervenciones quirúrgicas innecesarias, por lo que se consideró que el balance neto de daños y beneficios es negativo.	The Agency for Healthcare Research and Quality

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Riesgo de cáncer de próstata

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Grossman, David C., 2018 GPC E.E.U.U. (104)	Detección de cáncer de próstata.	Para los hombres de 55 a 69 años, la decisión de someterse a un cribado periódico basado en el PSA para el cáncer de próstata debe ser individual y debe incluir la discusión de los beneficios y daños potenciales del cribado con su médico. Los médicos no deben realizar el cribado a los hombres que no expresen su preferencia por el mismo.	Recomendación basada en la evidencia - grado C: evidencia moderada de que el beneficio neto del cribado basado en el PSA para el cáncer de próstata en hombres de 55 a 69 años es pequeño para algunos hombres. La forma en que cada hombre sopesa los beneficios y daños específicos determinará si el beneficio neto general es pequeño.	The Agency for Healthcare Research and Quality
Grossman, David C., 2018 GPC E.E.U.U. (104)	Detección de cáncer de próstata.	El USPSTF desaconseja el cribado del cáncer de próstata mediante el PSA en los hombres de 70 años o más.	Recomendación basada en la evidencia - grado D: evidencia moderada de que los beneficios potenciales del cribado del cáncer de próstata basado en el PSA en hombres de 70 años o más no superan los daños esperados.	The Agency for Healthcare Research and Quality

Riesgo de cáncer de colon y recto

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Wolf, Andrew M.D., 2018 GPC E.E.U.U. (97)	Cribado de cáncer colorrectal para adultos de riesgo medio.	Recomendación para un tamizaje regular en adultos de 50 años y más.	Fuertemente recomendado (alta calidad de evidencia).	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (ACS)
Wolf, Andrew M.D., 2018 GPC E.E.U.U. (97)	Cribado de cáncer colorrectal para adultos de riesgo medio.	Recomienda que los adultos con un riesgo promedio con buena salud y con una expectativa de vida mayor de 10 años continúen el tamizaje para cáncer colorrectal hasta la edad 75 años.	Recomendación calificada (calidad de evidencia limitada).	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (ACS)
Wolf, Andrew M.D., 2018 GPC E.E.U.U. (97)	Cribado de cáncer colorrectal para adultos de riesgo medio.	Se recomienda que los clínicos individualicen la decisión del screening para cáncer colorrectal para personas de 76 años hasta los 85, basados sobre las preferencias del paciente, su	Recomendación calificada (calidad de evidencia limitada).	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (ACS)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		expectativa de vida, estatus de salud e historial previo de tamizaje.		
Wolf , Andrew M.D., 2018 GPC E.E.U.U. (97)	Cribado de cáncer colorrectal para adultos de riesgo medio.	Se recomienda que los médicos desaconsejen a las personas mayores de 85 años la continuación del screening para cáncer colorrectal.	Recomendación calificada (calidad de evidencia limitada).	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (ACS)
Price, Timothy, 2018 GPC Australia(98)	Guías de práctica clínica para la prevención, la detección precoz y tratamiento del cáncer colorrectal.	Para población con riesgo promedio de cáncer colorrectal y sin síntomas relevantes, se recomienda la prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces cada 2 años, comenzando a los 50 años y continuando hasta los 74 años.	Recomendación basada en la evidencia – Grade C: el conjunto de la evidencia proporciona cierto apoyo a la(s) recomendación(es), pero debe tenerse cuidado en su aplicación.	El Departamento de Salud del Gobierno de Australia encargó y financió Cáncer Council Australia para desarrollar esta guía.
Price, Timothy, 2018 GPC Australia(98)	Guías de práctica clínica para la prevención, la detección precoz y tratamiento del cáncer colorrectal.	Se recomienda una prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces como modalidad de tamizaje para la detección de cáncer colorrectal en la población de riesgo promedio.	Recomendación basada en la evidencia – Grade C: el conjunto de la evidencia proporciona cierto apoyo a la(s) recomendación(es), pero debe tenerse cuidado en su aplicación.	El Departamento de Salud del Gobierno de Australia encargó y financió Cáncer Council Australia para desarrollar esta guía.
Price, Timothy, 2018 GPC Australia(98)	Guías de práctica clínica para la prevención, la detección precoz y tratamiento del cáncer colorrectal.	Las nuevas pruebas fecales, de sangre o de suero para biomarcadores específicos de cáncer, como el ADN, no se recomiendan como modalidades de detección poblacional para el cáncer colorrectal.	Recomendación basada en la evidencia – Grade C: el conjunto de la evidencia proporciona cierto apoyo a la(s) recomendación(es), pero debe tenerse cuidado en su aplicación.	El Departamento de Salud del Gobierno de Australia encargó y financió Cáncer Council Australia para desarrollar esta guía.
Price, Timothy, 2018 GPC Australia(98)	Guías de práctica clínica para la prevención, la detección precoz y tratamiento del cáncer colorrectal.	No se recomienda el uso de la sigmoidoscopia flexible como prueba de detección primaria para tamizaje poblacional en la población de riesgo promedio.	Recomendación basada en la evidencia – Grade C: el conjunto de la evidencia proporciona cierto apoyo a la(s) recomendación(es), pero debe tenerse cuidado en su aplicación.	El Departamento de Salud del Gobierno de Australia encargó y financió Cáncer Council

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
				Australia para desarrollar esta guía.
Price, Timothy, 2018 GPC Australia(98)	Guías de práctica clínica para la prevención, la detección precoz y tratamiento del cáncer colorrectal.	Se recomienda que el rango de edad para el tamizaje poblacional organizado siga siendo de 50 a 74 años.	Recomendación basada en la evidencia – Grade N/A: se recomienda que el rango de edad para el cribado organizado de la población siga siendo de 50 a 74 años.	El Departamento de Salud del Gobierno de Australia encargó y financió Cancer Council Australia para desarrollar esta guía.
Price, Timothy, 2018 GPC Australia(98)	Guías de práctica clínica para la prevención, la detección precoz y tratamiento del cáncer colorrectal.	No se recomienda extender el rango de edad a 79 u 84 años para el cribado de la población, ya que es poco probable que sea costo-efectivo.	Recomendación basada en la evidencia – Grade N/A: se recomienda que el rango de edad para el cribado organizado de la población siga siendo de 50 a 74 años.	El Departamento de Salud del Gobierno de Australia encargó y financió Cancer Council Australia para desarrollar esta guía.
Price, Timothy, 2018 GPC Australia(98)	Guías de práctica clínica para la prevención, la detección precoz y tratamiento del cáncer colorrectal.	Las personas a las que se les haya realizado una colonoscopia de alta calidad en los dos años anteriores deben esperar a que transcurran otros dos años (es decir, omitir una ronda) antes de participar en su próxima ronda de detección iFOBT. El cáncer colorrectal rara vez estará presente dentro de ese intervalo.	Punto de práctica.	El Departamento de Salud del Gobierno de Australia encargó y financió Cancer Council Australia para desarrollar esta guía.
Price, Timothy, 2018 GPC Australia(98)	Guías de práctica clínica para la prevención, la detección precoz y tratamiento del cáncer colorrectal.	La colonoscopia debe realizarse lo antes posible después de un iFOBT positivo para minimizar el riesgo de daño psicológico, aunque no hay evidencia de que el pronóstico empeore dentro de los 120 días en los casos en que el esté cáncer presente.	Punto de práctica.	El Departamento de Salud del Gobierno de Australia encargó y financió Cancer Council Australia para desarrollar esta guía.
Bacchus, C. Maria, 2016 GPC	Recomendación sobre el cribado del	Se recomienda el cribado de cáncer colorrectal en adultos de 60 a 74 años con FOBT (gFOBT o FIT) cada dos	Calificación GRADE: Recomendación fuerte;	The Public Health Agency of Canada and

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Canadá (106)	cáncer colorrectal en atención primaria.	años o sigmoidoscopia flexible cada 10 años.	evidencia de calidad moderada.	the Canadian Institutes of Health Research
Bacchus, C. Maria, 2016 GPC Canadá (106)	Recomendaciones sobre el cribado del cáncer colorrectal en atención primaria.	Se recomienda el cribado del cáncer colorrectal en adultos de 50 a 59 años con FOBT (ya sea gFOBT o FIT) cada dos años o sigmoidoscopia flexible cada 10 años.	Calificación GRADE: Recomendación débil; evidencia de calidad moderada.	The Public Health Agency of Canada and the Canadian Institutes of Health Research
Bacchus, C. Maria, 2016 GPC Canadá (106)	Recomendaciones sobre el cribado del cáncer colorrectal en atención primaria.	Se recomienda no realizar el cribado de cáncer colorrectal en adultos de 75 años o más. colorrectal.	Calificación GRADE: Recomendación débil; evidencia de baja calidad.	The Public Health Agency of Canada and the Canadian Institutes of Health Research
Bacchus, C. Maria, 2016 GPC Canadá (106)	Recomendaciones sobre el cribado del cáncer colorrectal en atención primaria.	Se recomienda no utilizar la colonoscopia como prueba de cribado del cáncer colorrectal.	Calificación GRADE: Recomendación débil; evidencia de baja calidad.	The Public Health Agency of Canada and the Canadian Institutes of Health Research

Riesgo de cáncer de pulmón

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
Lewin, Gabriela, 2016 GPC Canadá (108)	Recomendaciones sobre el cribado del cáncer de pulmón.	Recomendamos que la radiografía de tórax, con o sin citología de esputo no se utilice para el cribado del cáncer de pulmón.	Calificación GRADE: Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad.	The Public Health Agency of Canada. El Modelo de Gestión del Riesgo de Cáncer ha sido posible gracias a una contribución financiera de Health Canada, a través de The Canadian Partnership Against Cancer.
Lewin, Gabriela, 2016 GPC Canadá (108)	Recomendaciones sobre el cribado del cáncer de pulmón.	Recomendamos el cribado del cáncer de pulmón entre los adultos de 55 a 74 años con un historial de tabaquismo de al menos 30 paquetes, que fuman o han dejado	Calificación GRADE: Recomendación débil, evidencia de baja calidad.	The Public Health Agency of Canada. El Modelo de Gestión del Riesgo de Cáncer ha sido posible gracias a

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Autor, año Tipo de estudio o publicación Origen	Título	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia ¹	Financiación
		de fumar hace menos de 15 años, con una tomografía computarizada (TC) de baja dosis cada año hasta tres años consecutivos. El cribado sólo debe realizarse en entornos sanitarios de salud con acceso a la experiencia en el diagnóstico precoz y el tratamiento del cáncer de pulmón.		una contribución financiera de Health Canada, a través de The Canadian Partnership Against Cancer.
Lewin, Gabriela, 2016 GPC Canadá (108)	Recomendación sobre el cribado del cáncer de pulmón.	Se recomienda no realizar el cribado de cáncer de pulmón a todos los demás adultos, independientemente de su edad, historial de tabaquismo u otros factores de riesgo, para el cáncer de pulmón con TAC de baja dosis.	Calificación GRADE: Recomendación fuerte, evidencia de muy baja calidad.	The Public Health Agency of Canada. El Modelo de Gestión del Riesgo de Cáncer ha sido posible gracias a una contribución financiera de Health Canada, a través de The Canadian Partnership Against Cancer.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Anexo 9. Informe de participación panel de definición de lineamientos

Introducción

“La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen” (1). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (1).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (2). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos; en términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (3).

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad y quien no hace parte del grupo desarrollador (4).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo incluyendo la convocatoria realizada de los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en la sesión realizada.

Objetivo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Desarrollar un panel de expertos en el que se definan los contenidos y las recomendaciones a incluir en los lineamientos para la atención integral de la vejez de pacientes de la población de Bogotá.

Metodología

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, por su sigla en inglés). Estos actores corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan, y que serán afectados por la decisión, o como aquellos grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política de ETES (5). El mapeo inicia con la identificación de los actores clave conforme el objetivo del espacio y la temática. Para el caso particular, este proceso de identificación se desarrolló en conjunto con el referente temático y con la supervisión del contrato.

A continuación, se describen las actividades adelantadas.

Identificación de los actores

La convocatoria de participación se inició a partir de la definición de profesionales, clínicos y usuarios de las entidades u organizaciones requeridas para el proceso:

- Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria -ACGG
- Asociación Colombiana de Nutrición Clínica -ACNC
- Asociación Colombiana de Audiología -ASOAUDIO
- Asociación Colombiana de Fonoaudiología -ASOFONO
- Federación Colombiana de Optómetras -FEDOPTO
- Asociación Nacional de Internos y Residentes -ANIR
- Sociedad Colombiana de Médicos Generales -SOCOMEG
- Organización Colegial de Enfermería -OCE
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia -ANEC
- Asociación Colombiana de Fisioterapia -ASCOFI
- Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional -TOCOLOMBIA
- Consejo Nacional de Trabajo Social

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Convocatoria

Con esta identificación, se procedió con la convocatoria para obtener los nombres y los datos de contacto de los delegados de cada organización y de los expertos clínicos. Luego de tener la respuesta de los delegados, se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso.

Desarrollo de los espacios de participación

Conforme a lo requerido por el grupo desarrollador, se llevó a cabo la sesión de panel virtual el día 02/03/2022, a las 6:00 p.m., por la plataforma Zoom. La agenda fue la siguiente:

- Presentación del alcance y dimensiones propuestas.
- Presentación de la evidencia (Lineamientos).
- Apertura a comentarios y retroalimentación de los asistentes.

Dada la amplitud de la información, el panel decidió hacer la retroalimentación y la votación de los lineamientos de forma asincrónica (por correo electrónico posterior al panel).

A continuación, se presenta la lista de participantes asistentes al espacio de socialización (Tabla 1).

Tabla 1. Actores invitados y asistentes

No.	Organización / Asociación	Delegado	Perfil
1	Secretaría Distrital de Salud	Liliana Rojas Cárdenas	Enfermera
2		María Fernanda Barreto	Médico auditor
3		Alejandra Caro Bonell	Optómetra y auditora.
4		Nathaly Puerto	Referente
5		Carlos Andrés Bermúdez	Referente
6		Leidy Castañeda	Enfermera

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

7	Experto independiente	Catalina Torres Espinosa	Médica y cirujana. Especialista en geriatría.
8	Asociación Colombiana de Nutrición Clínica - ACNC	Angélica María Pérez Cano	Nutricionista Dietista. Magister en nutrición clínica.
9		Claudia Patricia Contreras Luque	Nutricionista Dietista. Especialista en Nutrición clínica.
10	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional - TOCOLOMBIA	Laura Vannesa Rodríguez Mendoza	Terapeuta ocupacional. Candidata a Magíster en Neurociencias.
11		Marisol Murillo Murillo	Terapeuta ocupacional. Candidata a Magíster en fisiología.
12	Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría -ACGG	Javier Cabrera Guerra	Médico y cirujano. Especialista en geriatría y gerencia hospitalaria. Presidente de la Sociedad.
13	Organización Colegial de Enfermería -OCE	Sandra Milena Vallejo Saldaña	Enfermera.
14	Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios - CCTR	Guiomar Haydee Rubiano Díaz	Terapeuta respiratoria. Especialista en gerencia de instituciones de salud. Magíster oficial clínico en prevención y tratamiento del tabaquismo.
15	Asociación Colombiana de Fisioterapia - ASCOFI	Yisel Carolina Estrada	Fisioterapeuta. Especialista en fisioterapia del cuidado del adulto crítico. Magíster en fisiología. PhD en fisioterapia.
16		Claudia Liliana Guarín Espinosa	Fisioterapeuta. Magíster en dirección universitaria.
17	Asociación Colombiana de Audiología - ASOAUDIO	Saul Triviño Torres	Fonoaudiólogo. Especialista en audiología. Presidente de la Sociedad.
18		Irma Carvajalino Monte	Fonoaudiólogo. Especialista en audiología y docencia universitaria.
19	Federación Colombiana de Optómetras - FEDOPTO	Jenny Maritza Sánchez Espinosa	Optómetra. Especialista en docencia universitaria. Magíster en ciencias de la visión, con énfasis en entrenamiento y rehabilitación

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

			visual. Candidata a Doctora en biomedicina y ciencias de la salud.
20		Leonardo Orjuela Mariño	Optómetra.
21		Analhi Palomino Cancino	Médica y cirujana. Especialista en auditoría en salud. MBA en administración de empresas del sector salud.
22		Arlet Patricia Cañón Esquivel	Médico y cirujano. Especialista en geriatría. Candidata a Magíster en economía de la salud.
23		Alexander Gómez Rivadeneria	Médico y cirujano. Magister en salud pública.

Fuente: IETS, 2022.

Tabla 2. Equipo técnico IETS

No.	Nombre	Perfil
1	Adriana Robayo	Directora Ejecutiva
2	Lorena Mesa	Jefe de Métodos Cualitativos e Investigación Social
3	Juan Vargas González	Coordinador de Epidemiología de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
4	Juan Carlos Álzate	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
5	Eliana Rodríguez	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
6	Eliana Margarita Barón	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
7	Luis Ernesto Fandiño	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
8	Lina Herrera Morales	Auxiliar administrativo
9	Andrea Lara	Especialista de participación de la Jefatura de Métodos Cualitativos e Investigación Social
10	Sandra Bernal Piratoba	Asistente de participación de la Jefatura de Métodos Cualitativos e Investigación Social

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Fuente: IETS, 2022.

A continuación, se detalla este proceso para cada pregunta. Se resalta en cursiva los comentarios y/o sugerencias de los expertos.

1. La tamización inicial integral de las personas en momento curso de vida vejez, debe comenzar por una clasificación de su estado funcional. Se recomienda que esta clasificación permita como mínimo definir el grado de dependencia de la persona para sus actividades de la vida diaria y la identificación de personas en etapas finales de la vida.

- Se recomienda utilizar un instrumento para clasificar funcionalmente a la persona, que sea de fácil y rápida aplicación. El índice de Barthel cumple con estas condiciones y puede ser usado para esta primera aproximación. Una alternativa es el índice de Katz.
- Brindar una explicación a la persona y/o su cuidador de la importancia de detección de cambios en el estado funcional y cuáles síntomas pueden indicar que esto está ocurriendo *e informar y/o orientar las rutas de atención en caso de ser necesario.*

Comentario: cualquier herramienta es válida para la valoración funcional, lo importante es definir el grado de dependencia o independencia de las personas mayores, efectivamente el índice de Barthel es la herramienta más utilizada internacionalmente y está validada en Colombia, por lo cual me encuentro de acuerdo en la utilización.

2. La valoración y tamizaje integral inicial debe incluir la valoración de signos que pueden sugerir que la persona está entrando en la etapa final de vida.

- Estos cambios incluyen los siguientes: signos como agitación, respiración de Cheyne-Stokes, deterioro del nivel de conciencia, piel moteada, secreciones respiratorias ruidosas y pérdida de peso progresiva; síntomas como el aumento de la fatiga y la pérdida de apetito; observaciones funcionales como cambios en la comunicación, deterioro de la movilidad o deterioro del rendimiento, o retraimiento social.
- Utilizar los conocimientos *(cambiar la palabra conocimiento por: información, ya que sería el resultado de la valoración)* adquiridos en las evaluaciones y otra información *(cambiar por: otros datos)* obtenida del equipo multiprofesional, de la

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

persona y de sus allegados, para ayudar a determinar si la persona está cerca de la muerte.

- Si se piensa que una persona puede estar entrando en los últimos días de vida, reunir y documentar información sobre: las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona; los signos y síntomas clínicos actuales; el historial médico y el contexto clínico, incluidos los diagnósticos subyacentes; los objetivos y deseos de la persona; las opiniones de las personas importantes para la persona sobre los cuidados futuros.
- *Pedir consejo a colegas (cambiar por: solicitar asesoría o concepto de otros profesionales)* con más experiencia en la prestación de cuidados al final de la vida cuando haya un alto nivel de incertidumbre (por ejemplo, signos o síntomas clínicos ambiguos o signos o síntomas clínicos contradictorios) sobre si una persona está entrando en los últimos días de vida, puede estar estabilizándose o si existe la posibilidad de una recuperación incluso temporal *y así poder direccionar la atención e intervenciones con fin curativo o paliativo.*

Comentario: Es importante definir el último año de vida de paciente a través de escalas pronósticas dado que, en este año, las personas mayores tienden a tener mayores complicaciones, riesgo de hospitalización y aumento en la demanda de servicios.

Se podría plantear profound y paliar.

3. La tamización inicial debe contener una valoración del soporte familiar y social de la persona en este momento curso de vida. Esta tamización inicial debe tener en cuenta lo siguiente:

- Evaluar si las condiciones económicas del paciente le permiten asistir o seguir un plan de cuidados de acuerdo a su capacidad funcional y a sus condiciones de salud actuales.
- Evaluar el apoyo que tiene la persona, incluyendo cuidador, familiares, encargados de su acompañamiento.
- Los profesionales sanitarios y sociales deberían considerar remitir al adulto mayor con múltiples condiciones crónicas a su aseguradora y prestador de servicios de salud, para evaluación de necesidades tan pronto como es identificado que pueden requerir soporte y cuidados sociales.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- *Identificar barreras de acceso a los servicios de salud (administrativas, culturales, económicas, geográficas y otras) que pongan en riesgo la salud e integridad de la persona para orientar la atención a la eliminación de las mismas.*
- Reconocer que muchos adultos mayores con necesidades sociales y múltiples condiciones crónicas también son cuidadores, pero puede ser que ellos no se vean a sí mismos como tal. Pregunte a la persona si asumen responsabilidades de cuidador y de ser así, asegure que se les ofrezca una evaluación de cuidador y sus necesidades.
- Asegurarse que las necesidades de los cuidadores son tomadas en cuenta.
- Evaluar si por la identidad de género de la persona pueden existir riesgos de estigmatización, discriminación y afectación de sus derechos.
- Evaluar si la persona se encuentra en condiciones de detención o reclusión que puedan afectar otros componentes de su salud.

Comentario: Debe aclararse que cualquier herramienta validada en Colombia podría utilizarse, dado que este punto no se está haciendo ninguna recomendación de escala en específica.

Ejemplo: Gijon

4. La tamización de los riesgos debe contener una evaluación de la presencia de comorbilidades o riesgos por estas (por ejemplo, dolor crónico, alteraciones de la salud mental, mayor riesgo de caídas, incontinencia) y/o sus tratamientos (por ejemplo, por polifarmacia – más de 4 fármacos concomitantes).

- Utilice la revisión de historia clínica o registros clínicos para evaluar si la persona presenta comorbilidades o tiene riesgos por su tratamiento como polifarmacia.
- Los registros de formulación de fármacos y la frecuencia de esta puede ayudar a detectar personas en riesgo por comorbilidad.
- Excepto en el caso de personas que se encuentran en etapas finales de la vida, puede existir fragilidad en personas con una aparente independencia funcional. Tenga presente siempre valorarla.
- Cuando evalúe fragilidad en escenarios detección primaria y comunitaria, considere usar una de las siguientes recomendaciones: Una evaluación informal

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

de la velocidad de la marcha (por ejemplo, tiempo tomado para atender a la puerta, tiempo tomado para caminar desde la sala de espera); Estatus de auto reporte de salud (esto es, ¿cuánto le pondría usted a su estado de salud en una escala de 0 a 10? Una evaluación informal de la velocidad de la marcha, que tome más de 5 segundos para recorrer 4 m, indica posible fragilidad. Una alternativa adicional es utilizar el instrumento downtown para evaluar el riesgo de caídas.

- Pregunte a la persona y/o su cuidador cómo sus condiciones de salud y/o tratamientos alteran su vida en sus actividades diarias y brinde educación a ellos acerca de los riesgos de la comorbilidad y/o sus tratamientos, *así como la identificación temprana de signos y síntomas de alarma para acudir a servicios de salud de manera oportuna.*
- Brinde educación a la persona y/o su cuidador acerca de la importancia de la adherencia a sus tratamientos *y realice seguimiento al mismo.*

Comentario: Podríamos agrupar este punto como identificación de síndromes geriátricos dentro de los cuales resaltan: síndrome de caídas, polifarmacia, fragilidad, incontinencia) etc.

5. La tamización de la malnutrición en esta población se puede realizar a través de preguntas orientadoras, impresión visual del estado nutricional y el uso de instrumentos de tamizaje como el Mini Nutritional Assessment short-form y el EAT-10 (disfagia)

- Se recomienda complementar el tamizaje con las siguientes preguntas: consumo de líquidos y consumo de alimentos proteicos
- El tamizaje de la malnutrición debe realizarse independiente de la condición funcional del paciente.
- Brinde una explicación al paciente y/o su cuidador acerca de la relevancia de detectar malnutrición y cómo puede identificarlo en el hogar.
- *Identifique posibles factores pueden estar interfiriendo en la seguridad alimentaria y nutricional de la persona, para orientar la atención a acciones interdisciplinarias o intersectoriales que garanticen el acceso y consumo oportuno de alimentos según las necesidades encontradas.*

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Comentario: en un tamizaje inicial mi comentario se encuentra de acuerdo con la tamización con MNA-SF, el resto de valoraciones podrían realizarse de forma complementaria en otras atenciones.

6. El proceso de tamización de riesgos en las personas en momento curso de vida vejez, debe incluir una valoración de posibles alteraciones en su salud mental como delirium, demencia y depresión.

Comentario: Se debe aclarar que puede apoyarse con herramientas de tamización validadas en el país para el grupo de vida vejez.

Ejemplo_ CAM para delirium, Minicog o minimental para demencias y yesavage para depresión

7. La tamización del riesgo en esta población debe incluir una identificación de posibles factores de riesgo cardiovascular.

- Preguntar a la persona y/o su cuidador, acerca de sus hábitos relacionados con dieta o actividad física que pueden convertirse en factores de riesgo cardiovascular.
- Investigar a través del interrogatorio y si es posible la revisión de registros clínicos, la presencia de alteraciones metabólicas a través del resultado del perfil lipídico, glucemia y registros de presión arterial.
- La inspección de la persona puede ser útil para identificar sobrepeso u obesidad, complementada con una evaluación del índice de masa corporal y *circunferencia de la cintura. (justificación: medida importante utilizada en la práctica clínica, para medir la grasa visceral y así poder determinar el riesgo cardiovascular, además de ser un procedimiento fácil, sencillo y rápido de ejecutar)*
- Identifique si la persona tiene el seguimiento propuesto de salud cardiovascular para esta población, de acuerdo a su edad, incluyendo evaluación clínica y exámenes de laboratorio y brinde educación al individuo y su cuidador acerca de los beneficios de este seguimiento, el derecho que tiene al mismo en el sistema de salud y cómo puede acceder a este.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Comentario: adicionara a la pregunta: La tamización del riesgo en esta población debe incluir una valoración y manejo de los factores de riesgo cardiovascular.

La valoración del riesgo incluye la identificación, análisis y evaluación según la norma técnica ISO 31000.

Preguntar y asesorar a la persona y/o su cuidador, acerca de factores de riesgo cardiovascular relacionados con la nutrición, la actividad física, consumo de alcohol y tabaco, auto-reporte de cifras tensionales por parte del paciente, uso de medicamentos recetados o no y disposición para realizar cambios de comportamientos.

8. El tamizaje de la salud visual puede realizarse basado en preguntas orientadas a obtener información acerca de la percepción de alteraciones en la visión de la persona.

Comentario: Las preguntas también pueden ser orientadas con herramientas estandarizadas como la estrategia ICOPE de la OMS.

Como puerta de entrada.

9. El tamizaje de la salud auditiva en estas personas se realizará abordando a través de preguntas orientadas a obtener información proveniente del paciente y/o sus acudientes acerca de la percepción que tengan de alteraciones de la audición en la persona.

Comentario: También se puede apoyar con preguntas y pruebas de la herramienta ICOPE de la OMS.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Anexo 10. Resultados de la votación de los lineamientos

En este anexo, se describe brevemente el proceso llevado a cabo para la definición de lineamientos. Éste consistió, en primer lugar, en la presentación de cada lineamiento propuesto, basado en la evidencia consultada y presentada en el numeral 4.2. Para cada lineamiento, los miembros del panel opinaban sobre la pertinencia de la propuesta o sugerían algún tipo de modificación. De manera simultánea, se realizaban los cambios sobre el lineamiento y se sometían a debate dentro del panel. Debido a la extensión de la discusión, se solicitó al panel enviar por correo electrónico sus comentarios y observaciones sobre los lineamientos avanzados. Con base en estos comentarios, se procedió a realizar las modificaciones correspondientes. Los lineamientos finales fueron compartidos con cada uno de los miembros del panel por correo electrónico. También se compartió un formulario web para que cada miembro del panel votara su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada lineamiento. Con las votaciones obtenidas se calculó el valor mediano de cada puntaje y se tomó la decisión de dejar, modificar o eliminar cada lineamiento. A continuación, se muestran los resultados de la votación.

Componente	Puntuación por experto													Final
	LVR	LO	AP	AC	CLG	CT	AG	SV	AP	JC	JS	MM	YE	
Funcional (Lineamientos 1 y 2)	9	9	9	6	9	9	8	8	8	2	8	8	8	8
Familiar y Social (Lineamiento 3)	9	9	9	7	9	9	8	8	9	7	8	8	8	8
Cardiovascular y crónico – comorbilidades (Lineamientos 4, 5 y 6)	9	9	9	8	8	8	9	9	8	5	8		9	8,5
Nutricional (Lineamiento 7)	9	9	9	9	9	8	8	9	9	8	8		9	9
Salud Mental y Cognitiva (Lineamiento 8)	9	9	9		9	7	8	9	7	4	8		9	9

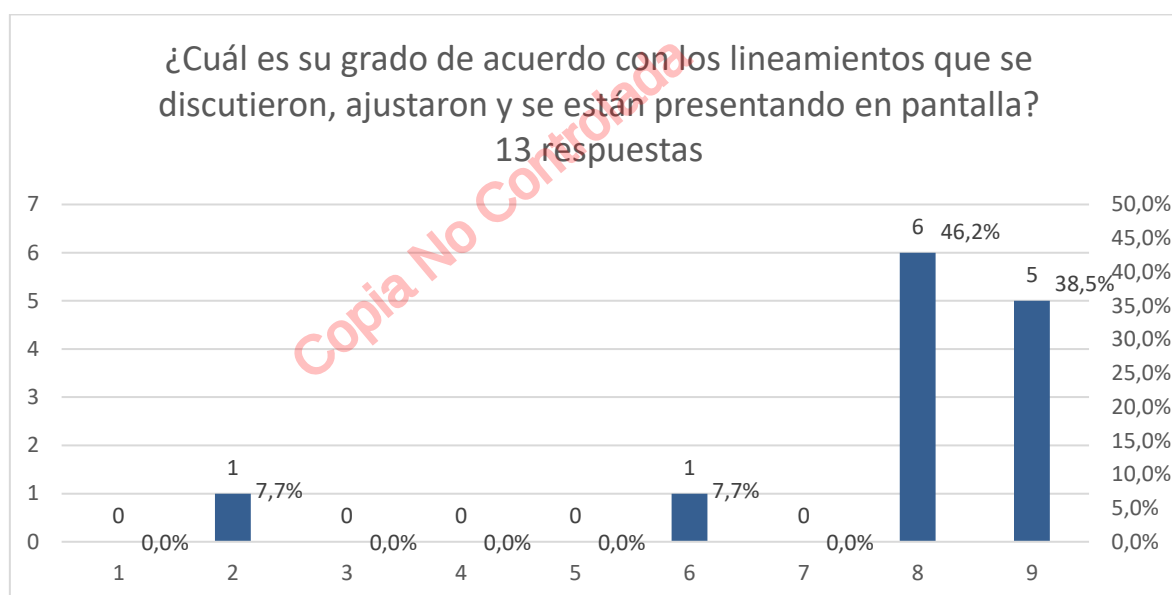
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Comunicativa (Lineamiento 9, 10 y 11)	9	9		8	9	9	8	8	9	5	8		9	9
--	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---

El resultado final se calcula con base en la mediana de los puntajes por cada votación. 7 -9: Acuerdo fuerte. 1 – 3: Desacuerdo fuerte. 4 – 6: No hay acuerdo. Los espacios en blanco corresponden a ausencia de votación del experto clínico. Para cada experto clínico habilitado para votar se muestran las iniciales de su nombre y apellido.

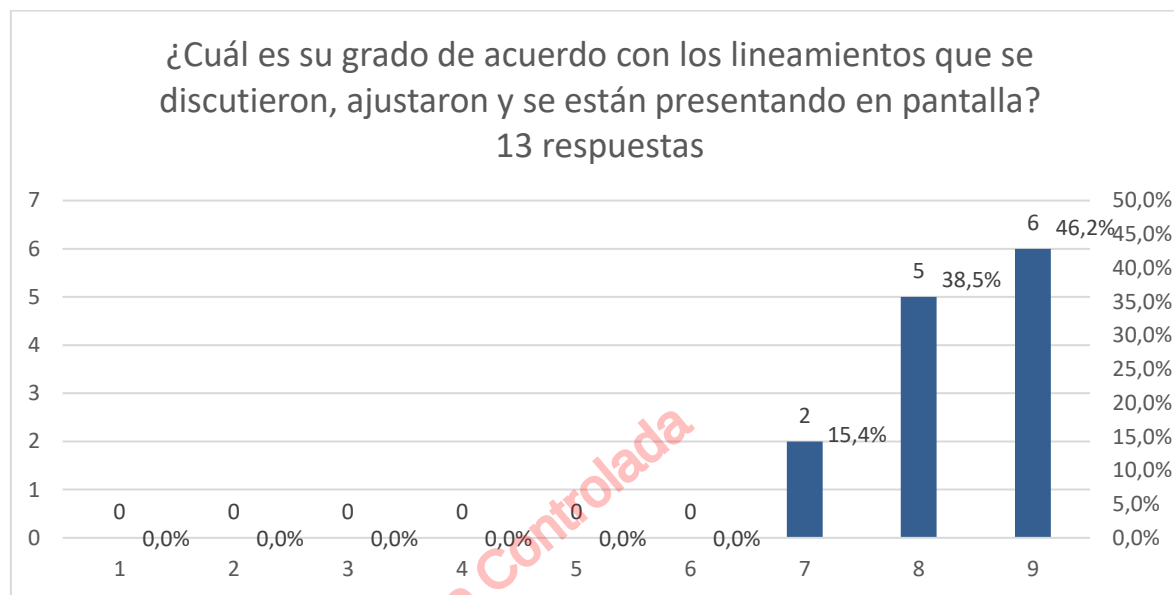


Resultados: se obtuvo 13 respuestas para el componente Funcional, con votaciones que estuvieron entre 2 a 9 puntos, para una mediana de 8, por lo que se aprobó los lineamientos 1 y 2.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

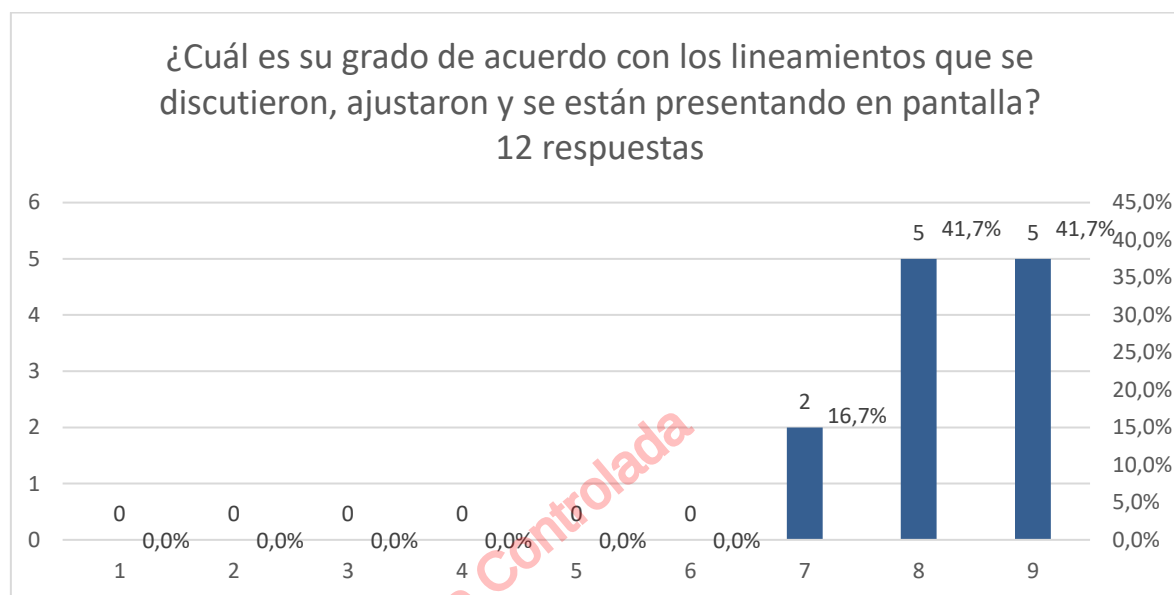


Resultados: se obtuvo 13 respuestas para el componente Familiar y Social, con votaciones que estuvieron entre 7 a 9 puntos, para una mediana de 8, por lo que se aprobó el lineamiento 3.

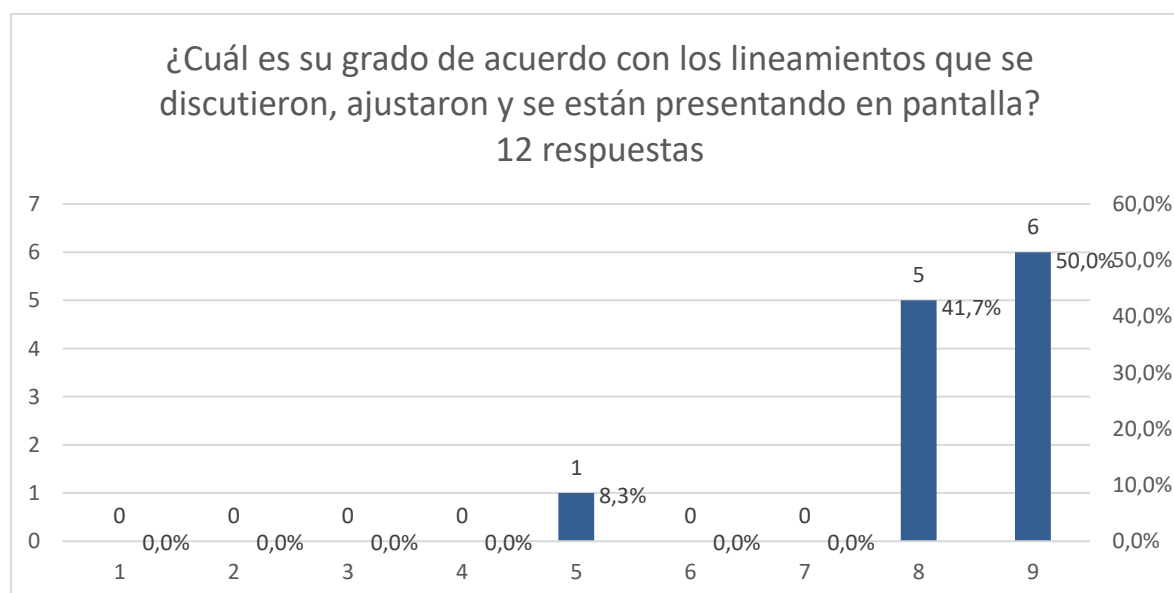
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio



Resultados: se obtuvo 12 respuestas para el componente Cardiovascular y Crónico - Comorbilidades, con votaciones que estuvieron entre 7 a 9 puntos, para una mediana de 8.5, por lo que se aprobó los lineamientos 4, 5 y 6.

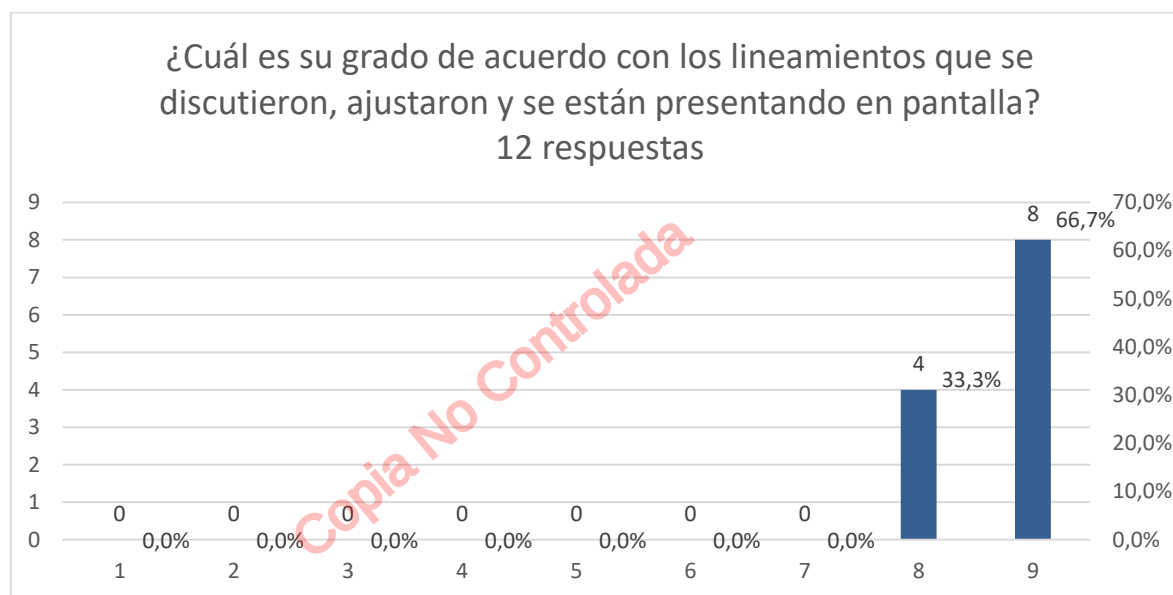


La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Resultados: se obtuvo 12 respuestas para el componente Nutricional, con votaciones que estuvieron entre 5 a 9 puntos, para una mediana de 9, por lo que se aprobó el lineamiento 7.

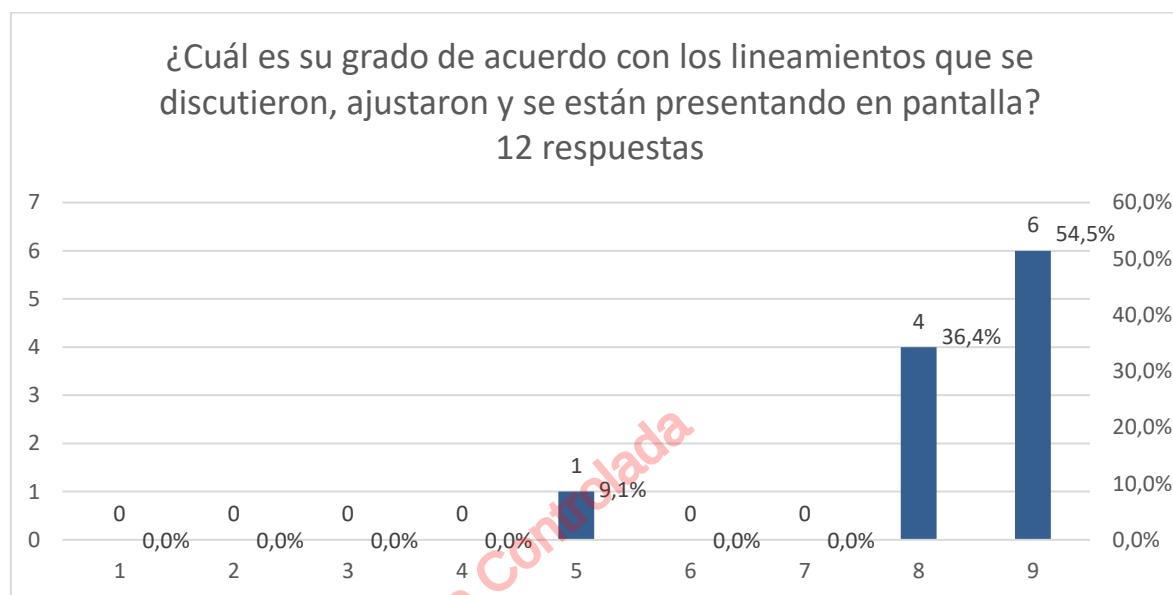


Resultados: se obtuvo 12 respuestas para el componente de Salud Mental y Cognitiva, con votaciones que estuvieron entre 8 a 9 puntos, para una mediana de 9, por lo que se aprobó el lineamiento 8.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio



Resultados: se obtuvo 11 respuestas para el componente Comunicativo, con votaciones que estuvieron entre 5 a 9 puntos, para una mediana de 9, por lo que se aprobó los lineamientos 9, 10 y 11.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

Anexo 11. Listado de instrumentos citados en los lineamientos

Instrumentos de medición			
Componente	Descripción	Aplicación	Interpretación
Índice de Barthel	Es un instrumento que estima la independencia funcional de las personas, a través de su capacidad de realizar algunas actividades básicas de la vida diaria. Se considera un instrumento de fácil aplicación e interpretación, válido, sensible y seguro, que se aplica utilizando solamente preguntas sencillas (19).	Este índice incluye 10 actividades básicas de la vida diaria AVD (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces, control de heces y control de orina), que se pueden puntuar asignando valores de 0, 5, 10 o 15 puntos, según la AVD a evaluar.	Los puntajes pueden ser tanto parciales (indicando el grado de dependencia para cada AVD específica) como globales. El puntaje global indica el grado de dependencia y puede ir de 0 a 100. A menor puntaje, mayor grado de dependencia y viceversa. La interpretación sugerida sobre la puntuación del IB es: 0-20: Dependencia total 21-60: Dependencia severa 61-90: Dependencia moderada 91-99: Dependencia escasa 100: Independencia
Índice de Katz	Permite estimar el grado de independencia funcional de los adultos mayores, mediante la indagación de 6 actividades básicas de la vida diaria, para lo cual sólo se requiere la hoja de registro, un espacio adecuado y al menos 10 minutos aproximadamente para su aplicación (20).	El índice de Katz evalúa las seis AVD de ducha, vestido, uso del sanitario, transferencias, continencia y alimentación, cada una opción, con una respuesta dicotómica, Sí (1 punto) o No (0 puntos).	El puntaje global tiene un rango de 0 a 6, en que un valor de 6 indica independencia completa, mientras que cualquier puntuación menor a 6 sugiere deterioro funcional; por lo cual, un valor de 0 indica completa dependencia. El puntaje numérico se complementa con un puntaje alfabético, a fin de obtener una interpretación descriptiva, el cuál es el siguiente: [A] Independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria. [B] Independencia en todas las actividades menos en una. [C] Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional. [D] Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra actividad adicional. [E]

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

			Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional. [F] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad [G] Dependencia en las seis actividades básicas de la vida diaria. [H] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E y F.
Escala Medida Independencia Funcional	La FIM (Functional Independence Measure) es una herramienta mundialmente aceptada como medida de discapacidad, que se ha convertido en el instrumento más ampliamente utilizado para la evaluación del estado funcional de pacientes afectados por trastornos neurológicos. La puntuación del FIM evalúa lo que el paciente hace y no lo que podría hacer o consigue hacer ocasionalmente (21).	Se puntúa 1 si el paciente es incapaz de realizar la actividad, si necesita dos personas para realizarla o si hay riesgo de lesión si se evalúa una tarea. Si no tenemos información sobre un ítem puntúa 1. Valora 18 actividades que se agrupan en 2 dimensiones, 13 ítems motores y 5 ítems cognitivos. Estos 18 ítems se agrupan en 6 bloques que evalúan: cuidados personales, control de esfínteres, transferencias, locomoción, comunicación y conciencia del mundo exterior. Incluye 7 niveles que van desde la dependencia completa hasta la independencia. Las áreas en las cuales se basa la FIM, permiten valorar el aspecto motor, visto desde: la parte motora como la alimentación, el cuidado personal, el baño, vitales para el desarrollo funcional en las actividades diarias.	La puntuación final puede oscilar entre 18 puntos (dependencia total) a 126 puntos (independencia completa).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Mini Nutritional Assessment short-form	Es un método simple y rápido para identificar personas ancianas que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutridas. Identifica el riesgo de desnutrición antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas (22).	Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional. El instrumento está conformado por 6 preguntas, que indagan por la reducción en el consumo de alimentos, pérdida de peso reciente, la movilidad, la presentación de enfermedades agudas o estrés psicológico, la presencia de problemas neuropsicológicos y el IMC (este último se puede remplazar con el perímetro de la pantorrilla, en caso de no disponer del IMC).	Cada pregunta tiene opciones de respuesta que pueden ir desde 0 (identificación de una situación de alerta) hasta 3 (normalidad frente a dicha pregunta). El puntaje global tiene un rango que va desde 0 hasta 14 puntos. De 0 a 7 puntos, indica desnutrición. De 8 a 11 puntos, indica riesgo de desnutrición. De 12 a 14 puntos, indica estado nutricional normal.
Tabla Optométrica de Snell	El test de Snellen es una prueba diseñada para evaluar la agudeza visual. Recibe el nombre en honor del oftalmólogo neerlandés Herman Snellen, quien diseñó la prueba en 1862 (23).	La prueba consiste en identificar correctamente las letras en una gráfica conocida como gráfica de Snellen o tabla de Snellen. Solo se utilizan diez letras: C, D, E, F, L, O, P, T, Z. Las letras tienen un tamaño decreciente dependiendo del nivel en que se encuentran.	Un nivel 20/20 corresponde a la visión normal.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

Instrumento Downton	La escala de Downton, que se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída con el fin de, en caso necesario, poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas (24).	Consiste en una serie de preguntas sobre su salud general, si se ha caído antes o si ha tenido problemas con el equilibrio, para estar de pie o para caminar. La escala de Downton valora el motivo de riesgo mediante un sistema de puntos sobre cinco dimensiones: caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y medicamentos.	Un paciente con una puntuación inferior o igual a 2 puntos, no presenta ningún problema de cuidados relacionados con el riesgo de caídas. Por el contrario, la puntuación superior a 2 puntos se considera que existe un algo riesgo de caídas.
Instrumento BFQ	El instrumento consta de 30 ítems de respuesta múltiple tipo Likert distribuidos entre 5 grandes factores: energía, tesón, estabilidad emocional, afabilidad y apertura mental (25).	Su aplicación demora aproximadamente 30 minutos, para lo cual se requiere el manual, cuadernillo, hoja de respuesta y hoja de perfil.	Para la interpretación del cuestionario se debe hacer la tipificación de los puntajes obtenidos para cada dimensión.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

7. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 3280 de 2018. "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal." Resolución 3280 [Internet]. 2018;1–348. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No_3280_de_20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf)
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. 2020;1–2.
3. McMaster University, Evidence Prime. GRADEpro GDT: GRADEpro Guideline Development Tool [Software] [Internet]. 2021. Available from: <https://www.gradepr.org/>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, D.C.; 2014. p. 80–2.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y Vejez [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
6. A critical group appraisal of: <Atención integral de las personas en el momento curso de vida vejez> using the AGREE II Instrument (2021) [Electronic version]. [Internet]. 2021. Available from: <https://www.agreetrust.org/>
7. Políticas y Lineamientos sectoriales e institucionales [Internet]. [cited 2022 Mar 8]. Available from: <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/60091/politicas-y-lineamientos-sectoriales-e-institucionales/>
8. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Española Cardiol [Internet]. 2021 Sep;74(9):790–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893221002748>
9. Whiting P, Savović J, Higgins JPT, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol [Internet]. 2016 Jan;69:225–34. Available from: [https://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/social-community-medicine/robis/ROBIS 1.2 Clean.pdf](https://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/social-community-medicine/robis/ROBIS%201.2%20Clean.pdf)
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales. 2013;48. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

11. Fedesarrollo, Fundación Saldarriaga Concha. Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Bogotá, D.C.: Editorial Fundación Saldarriaga Concha; 2015. 706 p.
12. Luna L. Los síndromes geriátricos comprometen la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores [Internet]. Vol. 2, Ministerio de inclusión económica y social Ecuador. 2013. 319 p. Available from: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
13. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Frailty in older adults: Detection, community-based intervention, and decision-making in the management of chronic illnesses. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):328–34.
14. Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2017;43(8):1105–22.
15. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2013 [cited 2021 Nov 19];14(6):392–7. Available from: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/frailty-consensus-a-call-to-action-4>
16. Carriazo JFP, López ART. Uso De La Escala Cfs (Clinical Frailty Scale), Como Factor Pronóstico De Mortalidad En Adultos Mayores Admitidos a La Unidad De Cuidados Intensivos. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
17. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2021 Nov 19];60(8):1487–92. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>
18. Jürschik Giménez P, Escobar Bravo MÁ, Nuin Orrio C, Botigué Satorra T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Aten Primaria. 2011;43(4):190–6.
19. MAHONEY FI, BARTHEL DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. Md State Med J [Internet]. 1965 Feb;14:61–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14258950>
20. Katz S. Studies of Illness in the Aged. JAMA [Internet]. 1963 Sep 21;185(12):914. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1963.03060120024016>
21. Fiedler RC, Granger C V. The Functional Independence Measure: A Measurement of Disability and Medical Rehabilitation. In: Functional Evaluation of Stroke Patients [Internet]. Tokyo: Springer Japan; 1996. p. 75–92. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-4-431-68461-9_7
22. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Heal Aging [Internet]. 2009 Nov 30;13(9):782–8. Available from:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

<http://link.springer.com/10.1007/s12603-009-0214-7>

23. Gregori NZ, Feuer W, Rosenfeld PJ. NOVEL METHOD FOR ANALYZING SNELLEN VISUAL ACUITY MEASUREMENTS. *Retina* [Internet]. 2010 Jul;30(7):1046–50. Available from: <https://journals.lww.com/00006982-201007000-00008>
24. Rosendahl E, Lundin-Olsson L, Kallin K, Jensen J, Gustafson Y, Nyberg L. Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2003 Apr 25;15(2):142–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF03324492>
25. Caprara G, Barbaranelli C, Borgogni L, Moreno J. BFQ: Cuestionario "Big Five" [Internet]. Tea; 2001. Available from: www.e-teaediciones.com
26. Ambagtsheer RC, Thompson MQ, Archibald MM, Casey MG, Schultz TJ. Diagnostic test accuracy of self-reported screening instruments in identifying frailty in community-dwelling older people: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2020 Jan 14;20(1):14–24. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.13810>
27. Azzopardi RV, Vermeiren S, Gorus E, Habbig A-K, Petrovic M, Van Den Noortgate N, et al. Linking Frailty Instruments to the International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2016 Nov;17(11):1066.e1-1066.e11. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861016303012>
28. Bessa B, Ribeiro O, Coelho T. Assessing the social dimension of frailty in old age: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2018 Sep;78:101–13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494318301195>
29. Binotto MA, Lenardt MH, Rodríguez-Martínez M del C. Fragilidade física e velocidade da marcha em idosos da comunidade: uma revisão sistemática. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2018 Dec 13;52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100810&lng=pt&tlng=pt
30. Chainani V, Shaharyar S, Dave K, Choksi V, Ravindranathan S, Hanno R, et al. Objective measures of the frailty syndrome (hand grip strength and gait speed) and cardiovascular mortality: A systematic review. *Int J Cardiol* [Internet]. 2016 Jul;215:487–93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167527316307756>
31. Faller JW, Pereira D do N, de Souza S, Nampo FK, Orlandi F de S, Matumoto S. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *Bayer A, editor. PLoS One* [Internet]. 2019 Apr 29;14(4):e0216166. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0216166>
32. Furtado GE, Caldo A, Rieping T, Filaire E, Hogervorst E, Teixeira AMB, et al. Physical frailty and cognitive status over-60 age populations: A systematic review with meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2018 Sep;78:240–8. Available from:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494318301377>

33. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiburger E. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2019 Jul 6;31(7):917–25. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40520-018-1034-6>
34. Isautier MJM, Bosnić M, Yeung SSY, Trappenburg MC, Meskers CGM, Whittaker AC, et al. Validity of Nutritional Screening Tools for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2019 Oct;20(10):1351.e13-1351.e25. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861019305195>
35. Kojima G. Quick and Simple FRAIL Scale Predicts Incident Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental ADL (IADL) Disabilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2018 Dec;19(12):1063–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861018304134>
36. Kojima G. Frailty Defined by FRAIL Scale as a Predictor of Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2018 Jun;19(6):480–3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861018301907>
37. Lee L, Patel T, Hillier LM, Maulkhan N, Slonim K, Costa A. Identifying frailty in primary care: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2017; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.12955>
38. Soubra R, Chkeir A, Novella J-L. A Systematic Review of Thirty-One Assessment Tests to Evaluate Mobility in Older Adults. *Biomed Res Int* [Internet]. 2019 Jun 20;2019:1–17. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/1354362/>
39. Yang Q, Tian C, Tseng B, Zhang B, Huang S, Jin S, et al. Gait Change in Dual Task as a Behavioral Marker to Detect Mild Cognitive Impairment in Elderly Persons: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2020 Oct;101(10):1813–21. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999320303737>
40. Asscher VER, Lee-Kong FVY, Kort ED, Van Deudekom FJ, Mooijaart SP, Maljaars PWJ. Systematic review: Components of a comprehensive geriatric assessment in inflammatory bowel disease - A potentially promising but often neglected risk stratification. *J Crohn's Colitis*. 2019;13(11):1418–32.
41. Assuncao N, Sudo FK, Drummond C, De Felice FG, Mattos P. Metabolic syndrome and cognitive decline in the elderly: A systematic review. *PLoS One*. 2018;13(3):1–16.
42. Advinha AM, Lopes MJ, de Oliveira-Martins S. Assessment of the elderly's functional ability to manage their medication: a systematic literature review. *Int J Clin Pharm*. 2017;39(1):1–15.
43. Alkadri J, Hage D, Nickerson LH, Scott LR, Shaw JF, Aucoin SD, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Preoperative Frailty Instruments Derived From Electronic Health Data. *Anesth Analg*. 2021;133(5):1094–106.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

44. Al Mahmud A, Slikboer R, Stargatt J, Bhar S. Computer-based cognitive interventions for mild cognitive impairment and dementia in older adults: Protocol for a systematic review of published studies and meta-analysis. *Syst Rev.* 2019;8(1):1–4.
45. Pra B, Dp F, Nn H, Othman S, Wy C. Interventions for preventing abuse in the elderly (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. 2016;(8):2–5.
46. Bartoszek G, Fischer U, Müller M, Strobl R, Grill E, Nadolny S, et al. Outcome measures in older persons with acquired joint contractures: A systematic review and content analysis using the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) as a reference. *BMC Geriatr.* 2016;16(1):1–7.
47. Bingham KS, Kumar S, Dawson DR, Mulsant BH, Flint AJ. A Systematic Review of the Measurement of Function in Late-Life Depression. Vol. 26, *American Journal of Geriatric Psychiatry.* Elsevier Inc.; 2018. 54–72 p.
48. Binng D, Splonskowski M, Jacova C. Distance Assessment for Detecting Cognitive Impairment in Older Adults: A Systematic Review of Psychometric Evidence. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2021;49(5):456–70.
49. Bohannon RW. Test-Retest Reliability of Measurements of Hand-Grip Strength Obtained by Dynamometry from Older Adults: A Systematic Review of Research in the PubMed Database. *J frailty aging* [Internet]. 2017;6(2):83–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28555708>
50. Bortone I, Sardone R, Lampignano L, Castellana F, Zupo R, Lozupone M, et al. How gait influences frailty models and health-related outcomes in clinical-based and population-based studies: a systematic review. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2021;12(2):274–97.
51. Brañez-Condorena A, Soriano-Moreno DR, Navarro-Flores A, Solis-Chimoy B, Diaz-Barrera ME, Taype-Rondan A. Accuracy of the Geriatric Depression Scale (GDS)-4 and GDS-5 for the screening of depression among older adults: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2021;16(7 July):1–16.
52. Burton JK, Fearon P, Noel-Storr AH, McShane R, Stott DJ, Quinn TJ. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the detection of dementia within a secondary care setting. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2021(7).
53. Cascio BL, Logomarsino J V. Evaluating the effectiveness of five screening tools used to identify malnutrition risk in hospitalized elderly: A systematic review. *Geriatr Nurs (Minneap).* 2018;39(1):95–102.
54. Calf AH, Pouw MA, van Munster BC, Burgerhof JGM, de Rooij SE, Smidt N. Screening instruments for cognitive impairment in older patients in the Emergency Department: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2021;50(1):105–12.
55. Li H, Cen K, Sun W, Feng B. Prognostic value of geriatric nutritional risk index in elderly patients with heart failure: a meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2021;33(6):1477–86.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

56. Chadborn NH, Goodman C, Zubair M, Sousa L, Gladman JRF, Denning T, et al. Role of comprehensive geriatric assessment in healthcare of older people in UK care homes: Realist review. *BMJ Open*. 2019;9(4):1–9.
57. Champagne A, Landreville P, Gosselin P. A Systematic Review of the Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Inventory. *Can J Aging*. 2021;40(3):376–95.
58. Chang SF, Cheng CL, Lin HC. Frail Phenotype and Disability Prediction in Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *J Nurs Res*. 2019;27(3):1–10.
59. Chang SF, Lin HC, Cheng CL. The Relationship of Frailty and Hospitalization Among Older People: Evidence From a Meta-Analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(4):383–91.
60. Chen Z, Ding Z, Chen C, Sun Y, Jiang Y, Liu F, et al. Effectiveness of comprehensive geriatric assessment intervention on quality of life, caregiver burden and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):1–14.
61. Clarke EL, Evans JR, Smeeth L. Community screening for visual impairment in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(2).
62. Quimas Molina da Costa R, Pompeu JE, Pereira de Viveiro LA, Brucki SMD. Spatial orientation tasks show moderate to high accuracy for the diagnosis of mild cognitive impairment: A systematic literature review. *Arq Neuropsiquiatr*. 2020;78(11):713–23.
63. Creavin ST, Noel-Storr AH, Smailagic N, Giannakou A, Ewins E, Wisniewski S, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's dementia and other dementias in asymptomatic and previously clinically unevaluated people aged over 65 years in community and primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(6).
64. Creighton AS, Davison TE, Kissane DW. The assessment of anxiety in aged care residents: A systematic review of the psychometric properties of commonly used measures. *Int Psychogeriatrics*. 2018;30(7):967–79.
65. Cubitt M, Downie E, Shakerian R, Lange PW, Cole E. Timing and methods of frailty assessments in geriatric trauma patients: A systematic review. *Injury*. 2019;50(11):1795–808.
66. Damen JA, Pajouheshnia R, Heus P, Moons KGM, Reitsma JB, Scholten RJPM, et al. Performance of the Framingham risk models and pooled cohort equations for predicting 10-year risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2019;17(1):1–16.
67. Davis DHJ, Creavin ST, Yip JLY, Noel-Storr AH, Brayne C, Cullum S. Montreal Cognitive Assessment for the detection of dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2021(7).
68. Dodds RM, Syddall HE, Cooper R, Kuh D, Cooper C, Avan Aihie Sayer. Global variation in grip strength: A systematic review and meta-analysis of normative data. *Age Ageing*.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

2016;45(2):209–16.

69. Escourrou E, Durrieu F, Chicoulaa B, Dupouy J, Oustric S, Andrieu S, et al. Cognitive, functional, physical, and nutritional status of the oldest old encountered in primary care: A systematic review. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):1–10.
70. Eamer G, Taheri A, Chen SS, Daviduck Q, Chambers T, Shi X, et al. Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Jan 31;2018(3). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012485.pub2>
71. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(9).
72. Feltner C, Kistler CE. Number 200 Screening for Hearing Loss in Older Adults : An Evidence Review for the U . S . Preventive Services Task Force Acknowledgments. 2015;(200).
73. Fu CJ, Chen WC, Lu ML, Niu CC, Lee YH, Cheng CH. Equipment-free fall-risk assessments for the functionally independent elderly: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gerontol.* 2021;15(4):301–8.
74. Garrard JW, Cox NJ, Dodds RM, Roberts HC, Sayer AA. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(2):197–205.
75. Gomes CS, Buranello MC, Castro SS. Assessment instruments of functioning in Brazilian elderly and the ICF: a systematic review. *Fisioter em Mov.* 2017;30(3):625–37.
76. Knoop V, Costenoble A, Vella Azzopardi R, Vermeiren S, Debain A, Jansen B, et al. The operationalization of fatigue in frailty scales: a systematic review. *Ageing Res Rev.* 2019;53(December 2018):100911.
77. Krishnamoorthy Y, Rajaa S, Rehman T. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. Vol. 87, *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Elsevier Ireland Ltd; 2020. 104002 p.
78. Kuitunen-Paul S, Roerecke M. Alcohol use disorders identification test (AUDIT) and mortality risk: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2018;72(9):856–63.
79. Mehmet H, Yang AWH, Robinson SR. Measurement of hand grip strength in the elderly: A scoping review with recommendations. *J Bodyw Mov Ther.* 2020;24(1):235–43.
80. Nghiem S, Sajeewani D, Henderson K, Afoakwah C, Byrnes J, Moyle W, et al. Development of frailty measurement tools using administrative health data: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020;89(May).
81. Park SH, Kwak MJ. Performance of the Geriatric Depression Scale-15 with Older Adults Aged

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

over 65 Years: An Updated Review 2000-2019. Clin Gerontol. 2021;44(2):83–96.

82. Pocklington C, Gilbody S, Manea L, McMillan D. The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;31(8):837–57.
83. Rijk JM, Roos PRKM, Deckx L, Van den Akker M, Buntinx F. Prognostic value of handgrip strength in people aged 60 years and older: A systematic review and meta-analysis. Geriatr Gerontol Int. 2016;16(1):5–20.
84. Ritchie C, Smailagic N, Noel-Storr AH, Ukoumunne O, Ladds EC, Martin S. CSF tau and the CSF tau/ABeta ratio for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). Cochrane Database Syst Rev. 2017;2017(3).
85. De Almeida Roediger MDAR, De Fátima Nunes Marucci MDFNM, Dos Santos BZBDS, Dourado DAQSD, De Lourdes Nascimento Da Silva MDLND, Queiroz ECSQ. Systematic review of nutritional screening methods for elderly brazilians living at home. Cienc e Saude Coletiva. 2019;24(6):2307–16.
86. Roedl KJ, Wilson LS, Fine J. A systematic review and comparison of functional assessments of community-dwelling elderly patients. J Am Assoc Nurse Pract. 2016;28(3):160–9.
87. Rutter EC, Tyas SL, Maxwell CJ, Law J, O'Connell ME, Konnert CA, et al. Association between functional social support and cognitive function in middle-aged and older adults: A protocol for a systematic review. BMJ Open. 2020;10(4).
88. Sewo Sampaio PY, Sampaio RAC, Yamada M, Arai H. Systematic review of the Kihon Checklist: Is it a reliable assessment of frailty? Geriatr Gerontol Int. 2016;16(8):893–902.
89. Sutton JL, Gould RL, Coulson MC, Ward E V., Butler AM, Smith M, et al. Multicomponent Frailty Assessment Tools for Older People with Psychiatric Disorders: A Systematic Review. J Am Geriatr Soc. 2019;67(5):1085–95.
90. Sutton JL, Gould RL, Daley S, Coulson MC, Ward E V., Butler AM, et al. Psychometric properties of multicomponent tools designed to assess frailty in older adults: A systematic review. BMC Geriatr. 2016;16(1).
91. Vella Azzopardi R, Beyer I, Vermeiren S, Petrovic M, Van Den Noortgate N, Bautmans I, et al. Increasing use of cognitive measures in the operational definition of frailty—A systematic review. Ageing Res Rev. 2018;43(May 2017):10–6.
92. Warnier RMJ, van Rossum E, van Velthuisen E, Mulder WJ, Schols JMGA, Kempen GIJM. Validity, reliability and feasibility of tools to identify frail older patients in inpatient hospital care: A systematic review. J Nutr Heal Aging. 2016;20(2):218–30.
93. Siu AL. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med [Internet]. 2016 Feb 16;164(4):279. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M15-2886>

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

94. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. [Internet]. Edinburgh: SIGN; 2017. p. 118. Available from: <http://www.sign.ac.uk>
95. National Institute for Health and Care Excellence NICE. Care of dying adults in the last days of life (NG31) [Internet]. National Clinical Guideline Centre; 2015. p. 272. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/evidence/full-guideline-pdf-2240610301>
96. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin [Internet]. 2020 Sep 30;70(5):321–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21628>
97. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin [Internet]. 2018 Jul;68(4):250–81. Available from: <http://doi.wiley.com/10.3322/caac.21457>
98. Cancer Council Australia Colorectal Cancer Guidelines Working Party. Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer [Internet]. Sydney; 2017. p. 56. Available from: https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Colorectal_cancer
99. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Davidson KW, Epling JW, García FAR, et al. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. JAMA [Internet]. 2016 Apr 5;315(13):1372. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.2638>
100. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Risk Assessment for Cardiovascular Disease With Nontraditional Risk Factors. JAMA [Internet]. 2018 Jul 17;320(3):272. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2018.8359>
101. Registered Nurses' Association of Ontario. Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care (2nd ed.) [Internet]. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2016. p. 164. Available from: www.RNAO.ca/bpg
102. Wilson BJ, Courage S, Bacchus M, Dickinson JA, Klarenbach S, Garcia AJ, et al. Screening for impaired vision in community-dwelling adults aged 65 years and older in primary care settings. Can Med Assoc J [Internet]. 2018 May 14;190(19):E588–94. Available from: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.171430>
103. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures. JAMA [Internet]. 2018 Jun 26;319(24):2521. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2018.7498>
104. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, et al. Screening for

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

- Ovarian Cancer. JAMA [Internet]. 2018 Feb 13;319(6):588. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.21926>
105. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Prostate Cancer. JAMA [Internet]. 2018 May 8;319(18):1901. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2018.3710>
 106. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. Can Med Assoc J [Internet]. 2016 Mar 15;188(5):340–8. Available from: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.151125>
 107. Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, Shaw E, et al. Recommendations on screening for depression in adults. Can Med Assoc J [Internet]. 2013 Jun 11;185(9):775–82. Available from: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.130403>
 108. Recommendations on screening for lung cancer. Can Med Assoc J [Internet]. 2016 Apr 5;188(6):425–32. Available from: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.151421>
 109. Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M, et al. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer. Can Med Assoc J [Internet]. 2018 Dec 10;190(49):E1441–51. Available from: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.180463>
 110. Pottie K, Rahal R, Jaramillo A, Birtwhistle R, Thombs BD, Singh H, et al. Recommendations on screening for cognitive impairment in older adults. Can Med Assoc J [Internet]. 2016 Jan 5;188(1):37–46. Available from: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.141165>
 111. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults. JAMA [Internet]. 2016 Mar 1;315(9):908. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.0763>
 112. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Madrid: Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Unidad de Asesoramiento Científico-técnico; 2021. p. 238.
 113. National Institute for Health and Care Excellence NICE. Older people with social care needs and multiple long-term conditions [Internet]. National Clinical Guideline Centre; 2015. p. 166. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng22/evidence/full-guideline-pdf-552742669>
 114. National Institute for Health and Care Excellence NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56) [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. p. 446. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/evidence/full-guideline-pdf-2615543103>
 115. Jin J. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults. JAMA [Internet]. 2020 Feb 25;323(8):800. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761646>
 116. Registered Nurses' Association of Ontario. A Proactive Approach to Bladder and Bowel

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

- Management in Adults [Internet]. Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario; 2020. p. 1–160. Available from: www.RNAO.ca/bpg
117. Oeffinger KC, Fontham ETH, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih Y-CT, et al. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk. JAMA [Internet]. 2015 Oct 20;314(15):1599. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2015.12783>
 118. National Institute for Health and Care Excellence. End of life care for adults: service delivery (NG142) [Internet]. 2019. p. 1–38. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng142>
 119. National Institute for Health and Care Excellence. Falls in older people: assessing risk and prevention [Internet]. 2013. p. 1–31. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161>
 120. Guirguis-Blake JM, Michael YL, Perdue LA, Coppola EL, Beil TL. Interventions to Prevent Falls in Older Adults. JAMA [Internet]. 2018 Apr 24;319(16):1705. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.21962>
 121. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults. JAMA [Internet]. 2018 Apr 24;319(16):1696. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2018.3097>
 122. Bernstein M, Munoz N. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Food and Nutrition for Older Adults: Promoting Health and Wellness. J Acad Nutr Diet [Internet]. 2012 Aug;112(8):1255–77. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212267212007496>
 123. Screening for Glaucoma: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med [Internet]. 2013 Jul 9; Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-159-6-201309170-00686>
 124. U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. p. 1–144. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/cpsguide.pdf>
 125. National Institute for Health and Care Excellence. Older people: independence and mental wellbeing [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. p. 1–41. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng32>
 126. Moyer VA. Screening for Oral Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med [Internet]. 2014 Jan 7;160(1):55–60. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M13-2568>
 127. LeFevre ML. Screening for Thyroid Dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med [Internet]. 2015 May 5;162(9):641–50. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M15-0483>

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

128. LeFevre ML. Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med [Internet]. 2014 May 20;160(10):719. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M14-0589>
129. Screening for Testicular Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. Ann Intern Med [Internet]. 2011 Apr 5;154(7):483. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-154-7-201104050-00006>
130. Ministerio de Salud. Actualización del Manual de Geriátria para Médicos [Internet]. División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Ciclo Vital; 2019. p. 1–444. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
131. Pérez Castillo JE. Guía para implementación de políticas departamentales y distritales de envejecimiento humano y vejez, con énfasis en salud [Internet]. Bogotá, D.C.: Ministro de Salud y Protección Social / Grupo Gestión Integral en Promoción Social; 2020. p. 1–25. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/guia-implementacion-politicas-departamentales-veh-3.pdf>
132. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátria. Fragilidad y nutrición en el anciano [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología; p. 1–97. Available from: https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Fragilidad_y_nutricion_en_el_anciano.pdf
133. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity and polypharmacy [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/advice/ktt18>
134. American Geriatrics Society Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults Position Statement. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2015 Mar;63(3):423–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13297>
135. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. Cirugía Española [Internet]. 2014 Feb;92(2):82–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009739X13003394>
136. Sackett DL. Rules of Evidence and Clinical Recommendations on the Use of Antithrombotic Agents. Chest [Internet]. 1989 Feb;95(2):2S-4S. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369216619219>
137. Registered Nurses' Association of Ontario. Levels of Evidence | Nursing Best Practice Guidelines [Internet]. [cited 2022 Mar 8]. Available from: <https://bpgmobile.rnao.ca/node/819>
138. Making decisions using NICE guidelines | NICE guidelines | NICE guidance | Our programmes | What we do | About | NICE [Internet]. [cited 2022 Mar 8]. Available from:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/making-decisions-using-nice-guidelines>

139. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Hearing Loss in Older Adults. JAMA [Internet]. 2021 Mar 23;325(12):1196. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777723>
140. Power L, Mullally D, Gibney ER, Clarke M, Visser M, Volkert D, et al. A review of the validity of malnutrition screening tools used in older adults in community and healthcare settings – A MaNuEL study. Clin Nutr ESPEN [Internet]. 2018 Apr;24:1–13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405457718300895>

BIBLIOGRAFIA ANEXOS

Anexo 2

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud.
2. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Manual de Participación y Deliberación [Internet]. 2014. 85 p. Available from: <http://www.iets.org.co/Archivos/65/ManualParticipacion.pdf>
3. Hunger T., Schnell-Inderst P., Sahakyan N., Siebert U. Using expert opinion in health technology assessment: A guideline review. Int J Technol Assess Health Care. 2016; 32(3):131–9.
4. Mesa L., Estrada K. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud. Bogotá, Colombia: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud 2020. p. 26.
5. EUnetHTA. Stakeholder Involvement Policy EUnetHTA Joint Action 2010-2012. 2012;(October 2010):1-7.

Anexo 9

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud.
2. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Manual de Participación y Deliberación [Internet]. 2014. 85 p. Available from: <http://www.iets.org.co/Archivos/65/ManualParticipacion.pdf>

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)				
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	1	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio					

3. Hunger T., Schnell-Inderst P., Sahakyan N., Siebert U. Using expert opinion in health technology assessment: A guideline review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2016; 32(3):131–9.
4. Mesa L., Estrada K. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud. Bogotá, Colombia: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud 2020. p. 26.
5. EUnetHTA. Stakeholder Involvement Policy EUnetHTA Joint Action 2010-2012. 2012;(October 2010):1-7.

Copia No Controlada

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LINEAMIENTO PARA LA VALORACIÓN INTEGRAL EN VEJEZ (SOCIAL, CARDIOVASCULAR, CRÓNICAS, NUTRICIÓN)			
	Código:	SDS-GTS-LN-026	Versión:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS / Revisado por Fernando Aníbal Peña Díaz, Sandra Patricia Charry Rojas, Tamara Vanin Nieto, Claudia Serrano-/ Aprobado por: Luis Alexander Moscoso Osorio

8. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	18/11/2024	Por actualización de mapa de procesos de secretaría Distrital de Salud

Copia No Controlada

Febrero 23 de 2023

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.