



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia: Medicina física y de rehabilitación

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

**Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en
el mayor**

Alumna:

Guadalupe Elizabeth González González

Semestre y grupo

5 “B”

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 03/12/2021.

ESCALAS Y PRUEBAS DE VALORACION FUNCIONAL Y COGNITIVA EN EL MAYOR

La valoración funcional y cognitiva constituye un pilar importante en la evaluación de las personas mayores, fundamentalmente englobada en una valoración multidimensional, muchas veces como un componente más de la valoración geriátrica integral (VGI). Y se dispone de herramientas (escalas y pruebas) que ayudan a estructurar y realizar esta valoración de forma estandarizada.

• Escalas y pruebas en la valoración funcional
El estado funcional constituye el mejor indicador de salud global en la persona mayor, y su alteración puede tener su origen en variaciones de otras áreas (física, mental o social); tiene, además, pronóstico en cuanto a eventos adversos de salud, progresivo deterioro o mayor discapacidad o dependencia. La funcionalidad es la característica por la que una persona se maneja y desenvuelve de manera autónoma para diferentes actividades, desde las más elementales y en el entorno más inmediato (domicilio), a las más complejas en la comunidad. En su valoración estructurada se distinguen las ABVD, las AIVD y las pruebas de ejecución o desempeño.

• Escalas de valoración de las actividades básicas de la vida diaria. → Las ABVD valoran el autocuidado y las necesidades básicas para que el paciente pueda mantenerse

autónomo en su medio inmediato, es decir, su domicilio (comer, desplazarse, asearse, vestirse, contener esfínteres). • Índice de Barthel constituye la escala más extendida para valorar las ABVD, fundamentalmente en pacientes domiciliarios o con deterioros más notables, en rehabilitación, para la valoración del grado de minusvalía, discapacidad o dependencia, etc. Esto se debe a unas características adecuadas y prácticas: • Rango alto y discriminante, tanto de funciones (diferentes aspectos de movilidad, de autocuidado, de continencia, etc.) como en sus posibilidades de respuesta. • Puntuación de 0 a 100 pts, puntuando las actividades con 0, 5, 10 o 15 pts, con categorización del resultado en diferentes grados de dependencia. • Extenso uso y experiencia en diferentes situaciones, adecuado grado de validación y potencial predictivo y de control y monitorización de la situación de la persona. • Índice de Katz Es una escala que hasta hace años se empleó bastante en el medio rehabilitador y en atención domiciliaria, pero que hoy en día ha quedado relegada. Su característica más destacable es la ordenación jerárquica de sus ítems reflejando la progresión natural en la pérdida y la repercusión y recuperación de la función. Sus mayores inconvenientes son la complejidad de la categorización final y limitación en el rango de actividades valoradas y escalas escasas para detectar pequeños cambios.

• Escalas de valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria, las AIVD, que requieren más destreza y habilidad, valoran actividades necesarias para mantener la independencia en el hogar y poder permanecer autónomamente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida, o hacer labores de casa, desplazarse y utilizar transportes, usar el teléfono, llevar la contabilidad doméstica, etc). Son las que primero se deterioran. • Índice de Lawton y Brody.

Es la escala de valoración de las AIVD más empleada en nuestro medio, a pesar de un probable sesgo de género y cultural, como consecuencia de su escasa adaptación transcultural y análisis de validación. Valora tres funciones con probable peor puntuación en hombres mayores, tradicionalmente asignadas hace años a mujeres: preparar la comida, cuidar de la casa y lavar la ropa; por ello suele emplearse una variante de la escala donde no se valoran estas tres funciones en hombres. Por otro lado, es poco comprensible valorar los ítems de forma dicotómica, donde muy diversos grados de alteración de la función explorada en cada ítem, puntúan de manera homogénea con un 0. Como ventajas, cuenta con que es sencilla de complementar y no requiere mucho entrenamiento. En la actualidad, está bastante avanzado el proceso de validación de un nuevo

Cuestionario, el cuestionario VIDA, creado en nuestro entorno para valorar las AIV. Tras un proceso de selección de ítems por el método Delphi, ha mostrado tener buena validez aparente, de constructo y fiabilidad. Aunque aún no están definitivamente establecidos sus puntos de corte, una puntuación de corte ≤ 26 pts se relaciona bien con el «test de levantate y anda». Utilidades añadidas serán la monitorización de los pacientes y sus cambios, y la detección de fragilidad.

• **Pruebas de ejecución y desempeño.** En ellas se les pide a las personas que realicen una serie de actividades físicas, relacionadas con la movilidad, la marcha o el equilibrio. Sus resultados se relacionan con los de las escalas que valoran las AIV. Las 2 más empleadas son la «prueba de velocidad de la marcha» y el «test de levantarse y andar». En la prueba de velocidad de la marcha se le pide a la persona que camine con un paso normal, en línea recta, una distancia variable, aunque en general se consideran 6 m. Existen una variante donde se le pide que camine rápido («prueba de la velocidad rápida de la marcha»). En personas mayores de 60 años se considera patológica si la velocidad es menor de 1 m/s; si es menor de 0.8 m/s se relaciona con deterioro de la movilidad y riesgo de caídas y por debajo de 0.6 m/s predice no solo caídas, sino también la aparición de eventos

adversos de salud. Presenta buenas índices de fiabilidad y buena relación con otras pruebas de balance y movilidad. En la prueba de cronometrada de levántese y ande» se le pide a la persona que se le quite de la silla, camine 3 m y vuelva a sentarse. En general, se considera alterado si tarda más de 20 s, aunque no hay consenso y algunos autores ponen el corte en menos tiempo (15 s), y también depende de la finalidad con la que se emplee la prueba.

• Escalas y pruebas de valoración cognitiva

Al evaluar la esfera cognitiva, es adecuado estar familiarizado con el cuestionario de Pfeiffer, sencillo y útil como primer acercamiento rápido o de cribado, y con otro de mayor sensibilidad como el MEC de Lobo, con mayor capacidad diagnóstica. Otros más específicos, orientados al cribado de la demencia, son el test de evocación de Isaac o el autocomplimentado test del informador (Tin). • Consejos generales al utilizar y seleccionar escalas. Para seleccionar una escala o cuestionario para su uso en una consulta de AP como complemento a la evaluación clínica o como herramienta de cribado, se debería elegir aquella con la que el médico este familiarizado, que sea breve y compatible con la práctica habitual, que haya sido correctamente construida o adaptada y que haya demostrado suficiente validez, fiabilidad, sensibilidad, especificidad y valor predictivo para el pronóstico y propósito y el medio.

Bibliografía

IÑAKI MARTÍN LESENDE. (s. f.). *Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor*. AMF (ACTUALIZACION EN MEDICINA DE FAMILIA).

Recuperado 12-02, de <https://amf-semfyc.com/web/article/1187>