



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
CAMPUS COMITAN DE DOMINGUEZ**

**Nombre del Alumno:**

Ugarte Venegas C.de Jesus.

**Catedratico:**

Dr. Agenor Abarca Espinosa.

**Asignatura:**

Geriatria.

**Evidencia/ Actividad:**

Escalas Geriatricas.

**Semestre:**

Sexto Semestre, Unidad No.1

# **CONTENIDO**

## **Valoracion funcional:**

Indice de Katz

Indice de Brathel

Escala de Lawton y Brody

## **Valoracion Cognitiva:**

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Test del Reloj

Pfeiffer

Montreal Cognitive Assessment

## **Valoracion Emocional:**

Escala de Yesavage

Escala de Goldberg

## **Valoracion de movilidad y riesgo de caidas:**

Test de Tinetti

Time Up and Go (TUG)

Escala de Downton

## **Valoracion Nutricional:**

Mini Nutritional Assessment

Escala de Norton

## **Valoracion Social:**

Escala de Gijon

OARS (Older Americans Resources and Services

---

# VALORACION FUNCIONAL

## Indice de Katz

### Descripción:

Constituido por 6 ítems, correspondientes a actividades básicas de la vida diaria.

### Objetivo:

Identificar el grado de independencia de la persona mayor para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

**Clasificación:** Cualquier puntaje menor de 6 indica dependencia

- Puntaje máximo; 6/6
- Puntaje mínimo: 0/6
- 6 puntos: independencia total
- 4-5 puntos: dependencia moderada (necesita ayuda parcial)
- 0-3 puntos: dependencia severa (requiere ayuda completa)

**Pauta de Evaluación  
INDICE DE KATZ**

Evaluá las actividades de la vida diaria básicas de los usuarios.  
Este índice se basa en la evaluación de independencia o dependencia funcional del usuario para: bañarse, vestirse, ir al baño, transferirse, continencia y alimentación.

**1. QUE EVALUA?**

- Se trata de una escala que permite evaluar el grado de dependencia o independencia de un usuario en seis grandes habilidades básicas: lavarse, vestirse, usar el retrete, moverse/desplazarse, continencia de esfínteres y alimentación.

**2. USUARIOS OBJETIVO**

- Para usuarios con diversos tipos de condiciones que se ve afectado su desempeño.
- Es una de las más empleadas en la valoración funcional de pacientes geriátricos o en cuidados paliativos

**SU UTILIZACIÓN PERMITE TANTO VALORAR LA SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO COMO EVALUAR EL PROGRESO REALIZADO EN PROCESOS DE REHABILITACIÓN.**

**3. PATOLOGIAS EN LA CUAL SE UTILIZA**

- ACV
- PARKINSON
- DEMENCIAS
- TRASTORNOS MOTORES
- AMPUTADOS
- GRAN QUEMADO
- TEC

**4. APLICACION**

Es posible rellenarla en base a la observación del paciente por parte de los profesionales, o bien a través de la información proporcionada por el propio sujeto o por los cuidadores.

**3/4 GRADOS A-B 0 0 - 1 PUNTOS =  
AUSENCIA DE INCAPACIDAD O  
INCAPACIDAD LEVE.**

**3/4 GRADOS C-D 0 2 - 3 PUNTOS =  
INCAPACIDAD MODERADA.**

**3/4 GRADOS E-G 0 4 - 6 PUNTOS =  
INCAPACIDAD SEVERA.**

**5. PUNTUACION**

El índice de Katz se puede puntuar de 2 formas.

1. considerando los ítems individualmente de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza
2. considerando los ítems agrupados para cada grado: A-B, C-D, etc., de acuerdo a la independencia. Atendiendo al orden jerárquico del índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

# Índice de Barthel

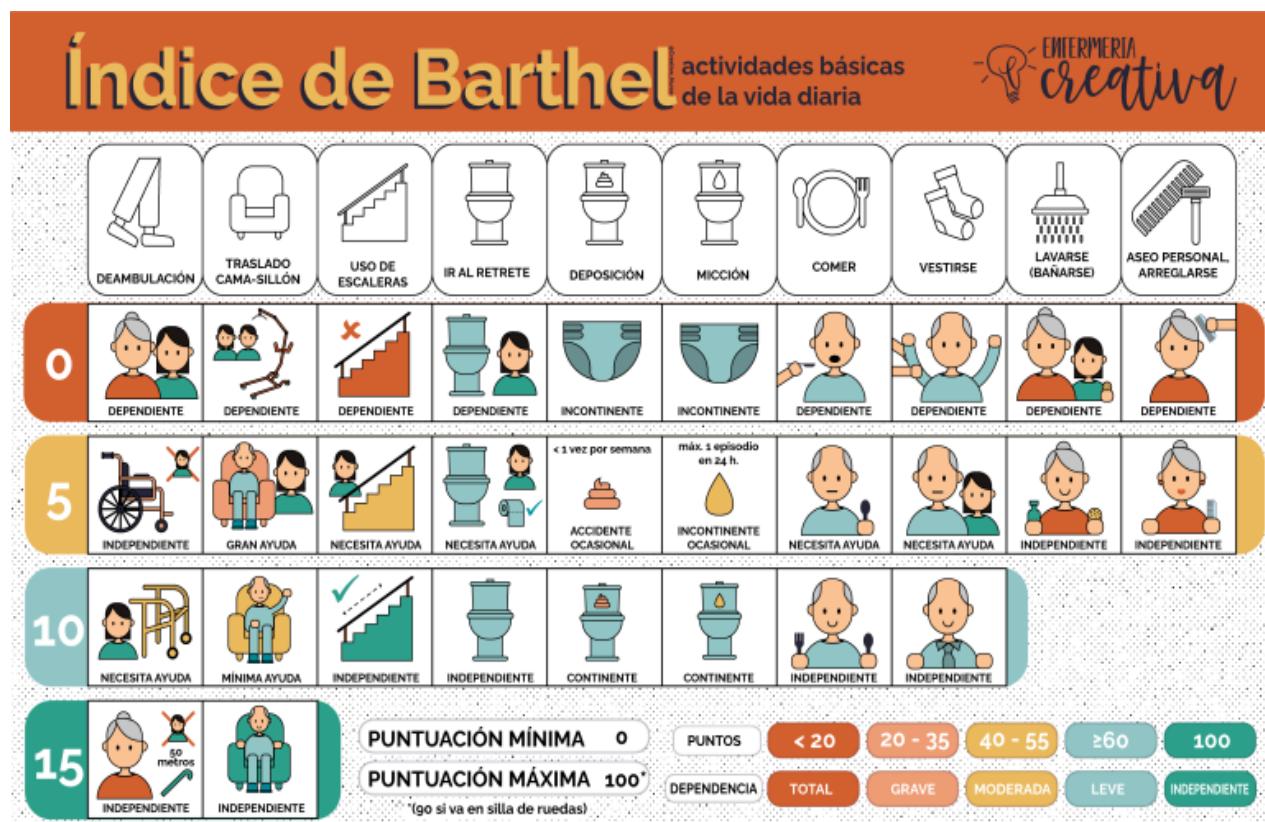
## Descripción:

Escala de valoración funcional que mide la capacidad de una persona para realizar de manera independiente las actividades básicas de la vida diaria. De utilidad amplia en geriatría, rehabilitación y en la evaluación de pacientes con enfermedades crónicas o discapacidades.

**Objetivo:** Cuantificar el grado de autonomía o dependencia funcional de un paciente, orienta a la toma de decisiones de rehabilitación, cuidados y apoyos necesarios.  
Valora la evolución clínica tras una enfermedad o tratamiento.

## Clasificación:

- 0 puntos: dependencia total
- 1-20 puntos: dependencia total
- 21-60 puntos: dependencia severa
- 61-90 puntos: dependencia moderada
- 91-99 puntos: dependencia leve
- 100 puntos: dependencia total.



# Escala de Lawton y Brody

**Descripción:** Apoya a la detección de los primeros indicios del deterioro funcional en la persona mayor que vive en su domicilio o en instituciones de cuidados a largo plazo, permitiendo monitorear con regularidad a la persona mayor en riesgo de dependencia de cuidados.

**Objetivo:** Identificar el grado de independencia de la persona mayor para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.

## Clasificación:

- El puntaje máximo es 8/8
- El puntaje mínimo es de 0/8
- El puntaje máximo puede ser menor cuando se omiten actividades que nunca ha realizado la persona mayor

## ESCALA DE LAWTON Y BRODY

ESCALA DE ACTIVIDADES DIARIAS INSTRUMENTALES		H	M
Capacidad para usar el teléfono	. Utiliza el teléfono por iniciativa propia. . Es capaz de marcar bien algunos números familiares. . Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar. . No utiliza el teléfono.	1	1
		1	1
		1	1
		0	0
Hacer compras	. Realiza todas las compras necesarias independientemente. . Realiza independientemente pequeñas compras. . Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra. . Totalmente incapaz de comprar.	1	1
		0	0
		0	0
		0	0
Preparación de la comida	. Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente. . Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes. . Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada. . Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1	
		0	
		0	
		0	
Cuidado de la casa	. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados). . Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas. . Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza. . Necesita ayuda en todas las labores de la casa. . No participa en ninguna labor de la casa	1	
		1	
		1	
		1	
		0	
Lavado de la ropa	. Lava por si solo toda su ropa. . Lava por si solo pequeñas prendas. . Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	1	
		1	
		0	
Uso de medios de transporte	. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche. . Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte. . Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona. . Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros. . No viaja en absoluto	1	1
		1	1
		1	1
		0	0
		0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta. . Toma su medicación si la dosis es preparada previamente. . No es capaz de administrarse su medicación	1	1
		0	0
		0	0
Manejo de sus asuntos económicos	. Se encarga de sus asuntos económicos por si solo . Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos. . Incapaz de manejar dinero	1	1
		1	1
		0	0
TOTAL			

## Interpretación:

Dependencia	TOTAL	GRAVE	MODERADA	LEVE	AUTONOMA (O)
Mujeres:	0-1	2-3	4-5	6-7	8
Hombres:	0	1	2-3	4	5

## VALORACION COGNITIVA

### Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE)

**Descripción:** Desarrollado por Folstein y colaboradores en 1975.

Es un test breve (10-15 minutos) que valora funciones cognitivas superiores,

**Objetivo:** Detectar deterioro cognitivo en etapas tempranas, contribuye al diagnóstico de demencias, evalúa la gravedad del deterioro cognitivo y monitorea cambios en la función cognitiva a lo largo del tiempo o tras un tratamiento.

**Clasificación:** Puntaje máximo de 30 puntos.

- 27-30 puntos: Normal (función cognitiva intacta)
- 24-26 puntos: deterioro cognitivo leve ( posible compromiso)
- 20-23 puntos: deterioro cognitivo leve-moderado.
- 10-19 puntos: deterioro cognitivo moderado
- Menor a 9 puntos: deterioro cognitivo grave.

### MINI MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (MMSE)

ORIENTACIÓN	
¿Qué año (1) / estación (1) / fecha (1) / día (1) / mes (1) es?	Máximo 5 puntos
¿Dónde estamos? (país (1) / ciudad (1) / lugar (1) / centro (1) / piso (1))	Máximo 5 puntos
MEMORIA INMEDIATA	
Decir 3 nombres ("mesa" "llave" "libro") y hacer que el paciente los repita otorgando 1 punto por cada acierto	Máximo 3 puntos
ATENCIÓN Y CÁLCULO	
Restar de 7 en 7 a partir de 100 5 veces consecutivas, o deletrear "mundo" al revés"	Máximo 5 puntos
RECUERDO DIFERIDO	
Repetir los 3 nombres aprendidos anteriormente	Máximo 3 puntos
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Nombrar dos imágenes mostradas "lápiz" (1) y "reloj" (1)	Máximo 2 puntos
Repetir la frase "Ni si es, ni no es, ni peros"	Máximo 1 punto
Realizar correctamente las siguientes 3 órdenes: "Tome este papel con la mano derecha (1), doblelo por la mitad (1) y póngalo en el suelo (1)"	Máximo 3 puntos
Leer y ejecutar la frase: "Cierre los ojos"	Máximo 1 punto
Escribir una frase con sujeto y predicado	Máximo 1 punto
Copiar este dibujo	Máximo 1 punto



# Test del Reloj

**Descripción:** Prueba cognitiva breve que evalúa funciones ejecutivas, visuoespaciales y praxias constrictivas, además de memoria y comprensión. Consiste en pedir al paciente que dibuje un reloj completo, con números y manecillas. Se aplica en 5 minutos o menos.

**Objetivo:** Detección rápida de deterioro cognitivo y demencia, evalúa funciones ejecutivas, explorar habilidades visuoespaciales y motoras y monitorea la evolución en el tiempo y respuesta al tratamiento.

## Clasificación:

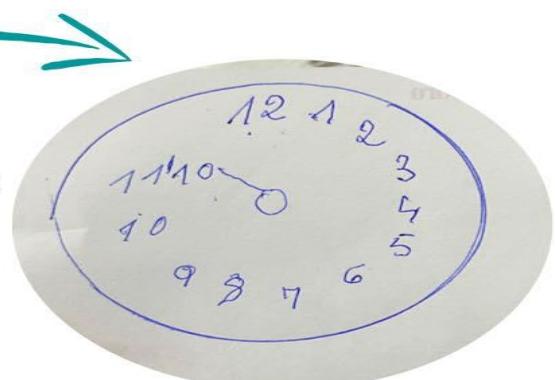
- 10 puntos: reloj perfecto, todos los números en orden y manecillas correctas.
- 8-9 puntos: leves errores (mínima desorganización, ligera posición incorrecta de una manecilla)
- 6-7 puntos: errores moderados (números mal ubicados, manecillas confusas)
- 4-5 puntos: deterioro evidente (perdida de la forma circular, ausencia de algunos números)
- 0-3 puntos: grave deterioro cognitivo (incapacidad para realizar la tarea)

## TEST DEL RELOJ



- ⌚ Es una prueba actualmente muy utilizada para detectar un posible deterioro cognitivo. Se utiliza para el diagnóstico de la **enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia**.
- ⌚ Consiste en pintar un reloj con sus doce números, que marquen "las once y diez"
- ⌚ Permite evaluar funciones visoperceptivas, visomotoras, memoria corto plazo, atención y praxia visoconstructiva.

Aquí tenemos un ejemplo, reloj dibujado por una paciente, sus familiares estaban notando algo raro en ella, con ideas de robo constantes, dificultad en hacer de comer y pérdida de la orientación temporal. Utilizamos el test del reloj entre otras pruebas cognitivas.



## Escala de Pfeiffer

**Descripción:** Test breve de cribado cognitivo, que se utiliza sobre todo en geriatría y medicina interna para detectar deterioro cognitivo de manera sencilla.

Consta de 10 preguntas sencillas de orientación, memoria y cálculo.

**Objetivo:** Detectar de manera rápida el deterioro cognitivo en adultos mayores. Permite un cribado inicial en consultas médicas, hospitales o residencias y con ello orienta la necesidad de realizar pruebas más completas.

### Clasificación:

- 0-2 errores: función cognitiva normal
- 3-4 errores: deterioro cognitivo leve
- 5-7 errores: deterioro cognitivo
- 8-10 errores: deterioro cognitivo grave

## ESCALA DE PFEIFFER

Cribado de deterioro cognitivo

### 10 PREGUNTAS (cada error suma 1 punto)

¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año)	¿Qué día de la semana es hoy?
¿En qué lugar estamos?	¿Cuál es su nº de teléfono? (Si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección completa?)
¿Cuántos años tiene?	¿En qué fecha nació? (día, mes, año)
¿Quién es el presidente actual de su país?	¿Quién fue el presidente anterior de su país?
¿Cuál es el apellido de su madre?	Resta 3 de 20 y siga de 3 en 3 hasta el final

### EVALUACIÓN DE RESULTADOS

NO DETERIORO	DETERIORO LEVE	DETERIORO MODERADO	DETERIORO GRAVE
0-2 puntos	3 -4 puntos	5-7 puntos	8-10 puntos

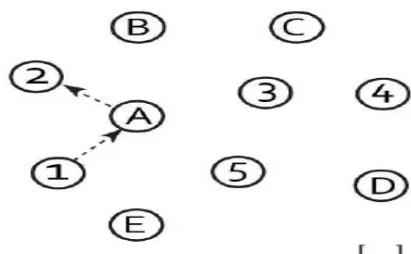
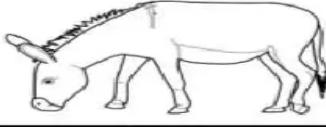
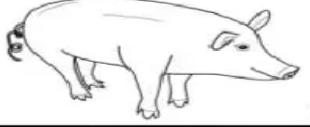
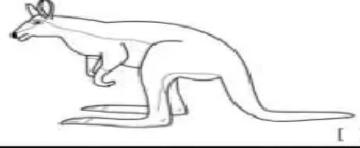
# Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

**Descripción:** Prueba de cribado cognitivo, considerada más sensible que el Mini-Mental, para detectar deterioro cognitivo leve. Consta de 30 puntos totales, su aplicación toma entre 10 y 15 minutos.

**Objetivo:** Detección del deterioro cognitivo leve, especialmente en fases iniciales; complementar la valoración clínica en sospecha de Alzheimer temprano y otras demencias.

## Clasificación:

- 26-30 puntos: normal
- 18-25 puntos: deterioro cognitivo leve
- 10-17 puntos: deterioro cognitivo moderado
- Menos de 10 puntos: deterioro cognitivo grave

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA							Puntos
							
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
IDENTIFICACIÓN							
							
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe recordarlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.					
		1er intento					
		2º intento					
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.)					El paciente debe repetirla. El paciente debe repetirla a la inversa.
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si $\geq$ 2 errores.					
		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.					
LENGUAJE							
ABSTRACCIÓN							
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS					Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Optativo		<b>Pista de categoría</b>					
		<b>Pista elección múltiple</b>					
ORIENTACIÓN		( )					
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 <a href="http://www.mocatest.org">www.mocatest.org</a>							Normal $\geq$ 26 / 30
							TOTAL Añadir 1 punto si tiene $\leq$ 12 años de estudios

# VALORACION EMOCIONAL

## Escala de Yesavage

**Descripción:** También llamada escala de depresión Geriátrica de Yesavage, diseñada específicamente para detectar síntomas depresivos en adultos mayores. Se centra en el estado afectivo y motivacional, más que en síntomas somáticos (ya que el paciente puede confundirse con enfermedades físicas)

**Objetivo:** detectar síntomas depresivos en adultos mayores, ayuda a diferenciar entre el envejecimiento normal y la depresión del adulto mayor, es una prueba de cribado. De igual manera monitorea la respuesta al tratamiento antidepresivo.

### Clasificación:

- Versión corta (15 items, cada respuesta=1 punto)
- 0-5 puntos: Normal, sin depresión
- 6-9 puntos: Sospecha de depresión leve
- Mayor o igual 10 puntos: sospecha de depresión establecida o grave.

		SÍ	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?)	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESPERADAMENTE?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			
INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL. 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE. ≥ 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

# Escala de Goldberg

**Descripción:** Cuestionario diseñado para el cribado de síntomas ansiosos y depresivos en población general y en atención primaria. Consta de 18 ítems, divididos en dos subescalas (9 para ansiedad y 9 para depresión).

**Objetivo:** Detectar posibles casos de ansiedad y depresión en fases tempranas. Diferenciar entre sintomatología ansiosa y depresiva, identificar pacientes que requieren evaluación psicológica o psiquiátrica más profunda y facilitar el cribado.

## Clasificación:

Subescala de Ansiedad (máxima 9 puntos)

- 0-4 puntos: normal
- Igual o mayor a 5 puntos: probable ansiedad clínica

Subescala de Depresión (máxima 9 puntos)

- 0-1 puntos: Normal
- Mayor o igual 2 puntos: probable depresión clínica.

## ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

### Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998, versión española GZEMPP, 1993)

#### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

#### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

## VALORACION DE MOVILIDAD Y RIESGO DE CAIDA

### Escala de Tinetti

**Descripción:** Prueba diseñada para evaluar el equilibrio y la marcha en adultos mayores, utilizada para predecir riesgo de caídas. Consta de dos secciones; Equilibrio (9-16 items), Marcha (7-10 items).

**Objetivo:** Determinar el nivel de equilibrio y estabilidad en la marcha del adulto mayor, identificar riesgo de caídas para prevenir lesiones graves, planificar intervenciones de fisioterapia o ajustes ambientales, monitorear cambios tras rehabilitación o tratamiento.

**Clasificación:** Máximo 28 puntos (16+12)

- Igual o mayor a 24 puntos: bajo riesgo de caídas
- 19-23 puntos: riesgo moderado de caídas
- Menor de 19 puntos: alto riesgo de caídas.

#### **Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio**

**Indicada:** Detectar precozmente el Riesgo de caídas en ancianos a un año vista.

**Administración:** Realizar una aproximación realizando la pregunta al paciente ¿Teme usted caerse?. Se ha visto que el Valor Predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

Tiempo de cumplimentación 8-10 min. Caminando el evaluador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha).

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

**Interpretación:**

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12, para la del equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación>>>menor riesgo

<19 Alto riesgo de caídas

**19-24 Riesgo de caídas**

Propiedades psicométricas: no está validada en Español y en nuestro contexto.

#### **ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO**

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos

**EQUILIBRIO SENTADO**

Se inclina o desliza en la silla.....	0
Firme y seguro.....	1

**LEVANTARSE**

Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda.....	1
Capaz sin utilizar los brazos.....	2

**INTENTOS DE LEVANTARSE**

Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz, pero necesita más de un intento.....	1
Capaz de levantarse con un intento.....	2

**EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE**

Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)....	0
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos.....	1
Estable sin usar bastón u otros soportes.....	2

**EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION**

Inestable.....	0
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte.....	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.....	2

# Prueba Levántate y anda cronometrada o Timed Up and Go (TUG)

**Descripción:** Es una prueba auxiliar en el diagnóstico de trastornos de la marcha y el balance y su asociación con un riesgo de caídas determinado.

**Objetivo:** Evaluar la movilidad básica en personas mayores y sus probables trastornos de la marcha y el balance.

**Clasificación:** Dependiente del tiempo en segundos;

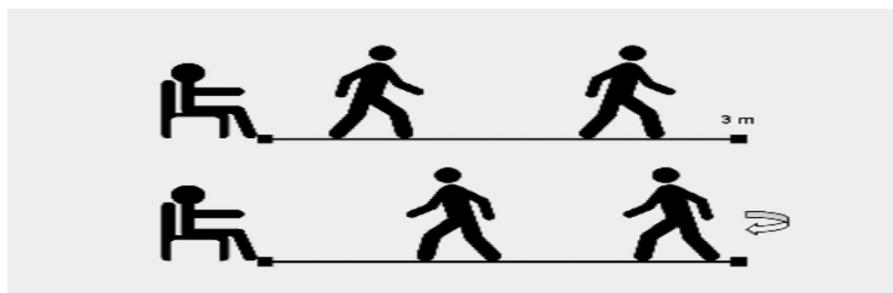
- Normal <10 segundos
- Discapacidad leve de la movilidad 11-13 segundos
- Riesgo elevado de caídas >13 segundos

## Prueba levántate y anda cronometrada o Timed Up and Go (TUG)

El Timed UP and Go se relaciona con el deterioro de la salud global, la discapacidad en las actividades de la vida diaria y las caídas. Se plantea como alternativa a la SPPB y a la velocidad de la marcha sobre 4 metros para la **detección precoz de la fragilidad**. ¿Por qué como alternativa? La razón es que, después de detectar la fragilidad, hay que prescribir programas de ejercicio físico multicomponente como **Vivifraíl**. Pero Vivifraíl no incluye la prescripción de ejercicio a partir de los resultados del TUG, y sí lo hace a partir del SPPB y la velocidad de la marcha sobre 4 metros.

El TUG consiste en medir el tiempo que la persona tarda en levantarse de una silla, caminar 3 metros a su ritmo habitual, darse la vuelta, regresar a la silla y sentarse. Se realizan 2 intentos y se elige el mejor tiempo. El participante llevará puesto su calzado habitual y podrá usar su producto de apoyo para caminar si es necesario. Como vemos, el TUG pone el foco en:

- (1) Pasar de sentado a de pie (fuerza de miembros inferiores)
- (2) El inicio de la marcha
- (3) La velocidad de la marcha
- (4) El equilibrio y coordinación para darse la vuelta
- (5) La velocidad de la marcha
- (6) Desacelerar, parar, darse la vuelta y sentarse



## Prueba Timed Up and Go

Si revisamos la literatura científica, existe variabilidad en algunas cuestiones clave del procedimiento de la prueba. A saber:

- **Reposabrazos:** algunos estudios y guías no especifican si se pueden usar, otros dicen que sí y otros que no. Parece lógico pensar que la fuerza de las piernas se analiza con más exactitud si no se permite usar los reposabrazos ni apoyar las manos en los muslos.
- **Señal de 3 metros:** o bien usan una línea pintada o bien un cono. Puede parecer un detalle menor pero no es lo mismo girar 180° sobre uno mismo que rodear un objeto. En mi experiencia, algunas personas mayores describen trayectorias demasiado amplias para

# Escala de Downton

## Descripción:

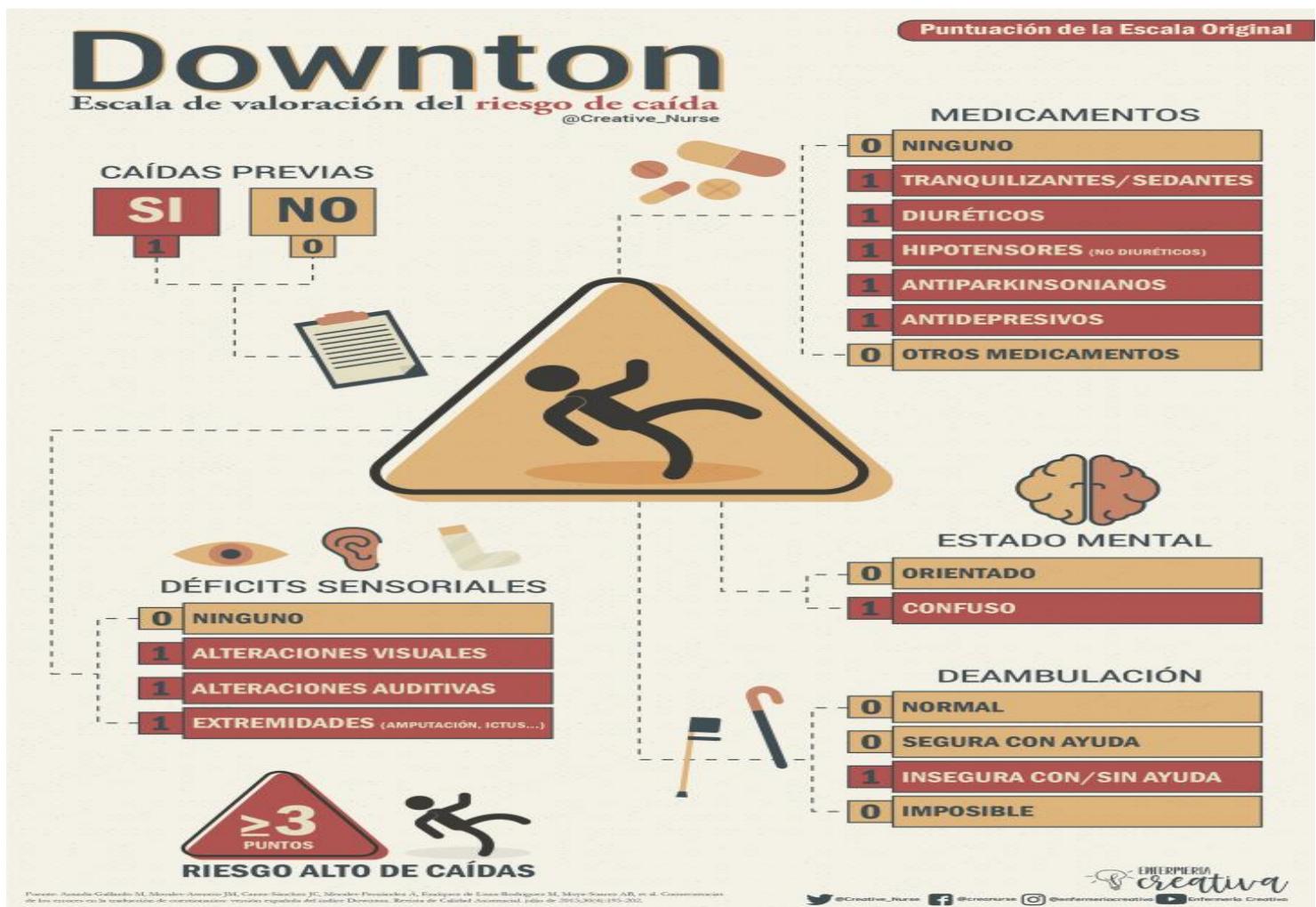
Es una herramienta clínica utilizada para valorar el riesgo de caídas en adultos mayores, especialmente en hospitalizaciones o atención domiciliaria.

## Objetivo:

Detectar pacientes con alto riesgo de caídas antes de que ocurra un accidente.  
Facilitar la prevención mediante intervenciones específicas.

## Clasificación:

- 0-2 puntos: bajo riesgo de caídas
- 3-5 puntos: riesgo moderado
- Igual o mayor a 6 puntos: alto riesgo de caídas.



# VALORACION NUTRICIONAL

## Mini Nutritional Assessment

### Descripción:

Es una herramienta clínica estandarizada diseñada para evaluar el estado nutricional e personas mayores de 65 años.

**Objetivo:** evaluar el estado nutricional de la persona mayor.

### Clasificación:

Una puntuación total igual o mayor a 12, indica que la persona tiene un estado nutricional normal, y no requiere una intervención adicional.

Una puntuación total entre 8 y 11 indica que la persona está en riesgo de desnutrición



### Self-MNA®

#### Mini Nutritional Assessment Para adultos a partir de 65 años

Apellidos:

Nombre:

Fecha:

Edad:

Responda al cuestionario de cribado llenando las casillas con los números correspondientes. Sume los números para obtener la puntuación final.

#### Cribado

##### A ¿Ha disminuido su ingesta de alimentos en los últimos 3 meses?

Introduzca el número más adecuado (0, 1 o 2) en la casilla de la derecha.

0 = Disminución importante de la ingesta de alimentos

1 = Disminución moderada de la ingesta de alimentos

2 = Sin disminución de la ingesta de alimentos

##### B ¿Cuánto peso ha perdido en los últimos 3 meses?

Introduzca el número más adecuado (0, 1, 2 o 3) en la casilla de la derecha.

0 = He perdido más de 3 kg

1 = No sé cuánto peso he perdido

2 = He perdido entre 1 y 3 kg

3 = No he perdido peso o he perdido menos de 1 kg

##### C ¿Cómo describiría su movilidad actual?

Introduzca el número más adecuado (0, 1 o 2) en la casilla de la derecha.

0 = No puedo levantarme de la cama, de una silla o de la silla de ruedas sin la ayuda de otra persona

1 = Puedo levantarme de la cama o de una silla, pero no puedo salir de casa

2 = Puedo salir de casa

##### D ¿Ha estado estresado/a o gravemente enfermo/a en los últimos 3 meses?

Introduzca el número más adecuado (0 o 2) en la casilla de la derecha.

0 = Sí

2 = No

##### E ¿Padece actualmente demencia o una tristeza intensa prolongada?

Introduzca el número más adecuado (0, 1 o 2) en la casilla de la derecha.

0 = Sí, demencia grave y/o tristeza intensa prolongada

1 = Sí, demencia leve, pero sin tristeza intensa prolongada

2 = Ni demencia ni tristeza intensa prolongada

Sume todos los números que ha introducido en las casillas de las preguntas A a la E y anote el resultado aquí:

# Escala de Norton

**Descripción:** Instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo para desarrollar ulceras por presión en una persona, en función de una serie de parámetros considerados.

**Objetivo:** Valorar el riesgo de ulceras por presión.

## Clasificación:

- Máximo es de 20 y un mínimo de 5 puntos.
- Riesgo alto, mayor o igual a 12
- Riesgo moderado, mayor o igual a 16



# VALORACION SOCIAL

## Escala de Gijón

### Descripción:

Es una herramienta de valoración utilizada para evaluar el riesgo social en adultos mayores. Desarrollada en España, evalúa factores sociales que pueden afectar la salud y el bienestar del anciano.

### Objetivo:

Identificar situaciones de riesgo social que puedan afectar la salud o seguridad del anciano, permitiendo intervenciones preventivas y complementar la valoración integral geriátrica.

### Clasificación:

- 5-9 puntos: riesgo social bajo
- 10-15 puntos: riesgo social moderado
- 16-25 puntos: riesgo social alto



**Escala Gijón**  
ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia física / psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1,5 veces el salario mínimo	1
Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivo	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
L.I.S.M.I - FAS - Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
VIVIENDA	
Adequate a needs	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin agua caliente...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruinas...)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente de ingreso en residencia geriátrica	4

# Escala de Recursos Sociales Older American and Resource Socials (OARS)

**Descripción:** Cuestionario compuesto por 13 preguntas que exploran; la composición de los recursos sociales con los que cuenta la persona mayor, tales como: familia, amistades, visitas y percepción de apoyo.

**Objetivo:** Identificar el tipo de recursos sociales con los que cuenta la persona mayor, identificar necesidades de atención y cuidados, orientar intervenciones medicas, sociales y de rehabilitación. Valorar la evolución funcional y social del paciente a lo largo del tiempo.

## Clasificación:

- 0-6 puntos: independencia total
- 7-12 puntos: dependencia leve
- 13-18 puntos: dependencia moderada
- 19-24 puntos: dependencia severa

## ESCALA DE RECURSOS SOCIALES OLDER AMERICAN AND RESOURCE SOCIALS (OARS)

- El entrevistador deberá llenar previamente los datos de información general que ya se conozcan.  
- Llene los datos que se le solicitan **sin dejar ninguna pregunta sin contestar**.  
- En las preguntas donde encuentre un cuadrado, **marque con una X** la opción elegida.  
- En las preguntas donde encuentre una línea continua, conteste con **letra legible** lo que se le pide.

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### 1. ¿Su estado civil es?

- ( ) Soltero (a).  
( ) Casado (a) o Unión Libre.  
( ) Viudo (a).  
( ) Divorciado (a).  
( ) Separado (a).

### 2. Instrucción: Si la respuesta es casado(a), pregunte: ¿Vive su esposa(a)?

- ( ) No.  
( ) Sí.

### 3. ¿Con quién vive usted? (Anote más de un número cuando sea necesario)

- ( ) Nadie.  
( ) Esposo (a).  
( ) Hijos (as).  
( ) Nietos (as).  
( ) Padres.  
( ) Hermanos (as).  
( ) Otros familiares políticos no incluidos en las categorías anteriores.  
( ) Amigos (as).  
( ) Cuidadores pagados  
( ) Otros (especifique)

### 4. ¿Con cuántas personas vive?