

Universidad Nacional de Chimborazo
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

Asignatura

Medicina Interna I. Geriatría

Tema: Evaluación Geriátrica Integral

Docente: Dr. Urbano Solis Cartas

Sumario:

- ❑ Evaluación geriátrica integral

Objetivos

- ❖ Describir los elementos característicos de la evaluación geriátrica integral

Resultados de aprendizaje

- ✓ Describe los elementos característicos de la evaluación geriátrica



Valoración Geriátrica Integral (VGI)

Diagnóstico Cuádruple Dinámico.

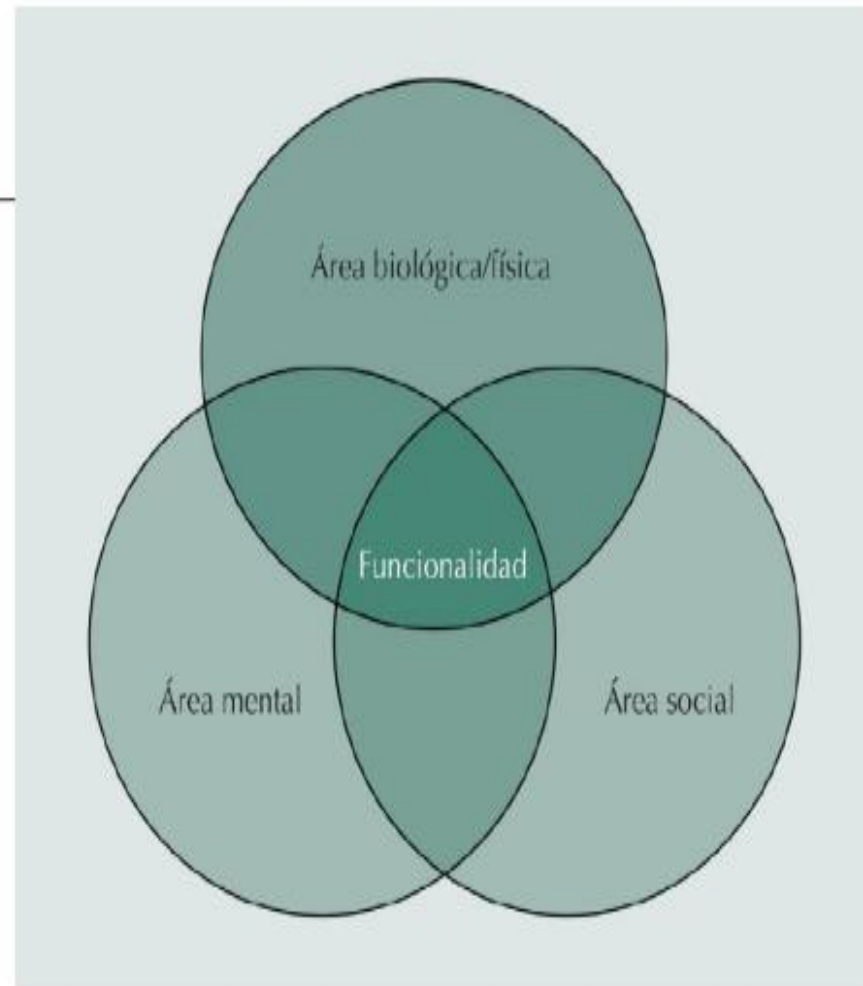
Valora 4 esferas o dominios.

Proceso Interdisciplinario,
multidimensional,

- Destinado a evaluar las capacidades y los problemas de los ancianos
- Realizar una aproximación diagnóstica, un plan de cuidados y un ajuste de tratamientos.

Herramienta principal de la Geriátría.

Esferas de Valoración Geriátrica



Nutricional

ADECUARSE:

Tipología del paciente

Recursos disponibles

Ámbito en el se encuentra

Figura 37.3 Componentes de la valoración geriátrica.

Herramientas de Valoración Geriátrica por niveles Asistenciales

TABLA 6-1

Herramientas de valoración geriátrica por niveles asistenciales

	Limitación funcional	Discapacidad	Mental	Social	Otras
Comunidad	Velocidad marcha, FAC	Lawton	MMSE Pfeiffer	Gijón	MNA-SF Yesavage
UGA	FAC	Katz, Barthel	CAM	Entrevista	Norton MNA-SF
URF/UME	Velocidad marcha, FAC	Barthel FIM	CAM	Entrevista OARS	Norton MNA-SF
HDG	Velocidad marcha SPPB, TUG, FAC	Barthel, Lawton FIM	MMSE	Entrevista OARS	Fragilidad MNA-SF
Consultas	Velocidad marcha SPPB, TUG, FAC	Barthel Lawton	MMSE, T@M 7 minutos, FAST, reloj, fluencia verbal	Entrevista	Fragilidad MNA-SF Yesavage Cornell, NPI
Residencias	Velocidad marcha, FAC	Inter RAI-NH Barthel	MMSE	Entrevista OARS	Fragilidad MNA-SF Yesavage Norton
Investigación	Velocidad marcha SPPB	SF-LLFDI	ADAS-cog CIBIC-plus CDR	OARS	Calidad de vida Fragilidad MNA ADCS-ADL

¿En qué momentos realizarlo?

Evaluación inicial para identificar el nivel del paciente

Se puede realizar en momentos de amenaza o detrimento en su situación de salud

Repetirse periódicamente como un importante criterio de la evolución del estado de salud a través del tiempo.

Beneficios de la VGI

Mejora de la exactitud diagnóstica.

Mejora del estado funcional.

Mejora afectiva o cognitiva del paciente.

Reducción del uso de los fármacos pese al mayor número de diagnósticos.

Retardo en la institucionalización de un individuo.

Disminución de la institucionalización de los adultos mayores, permitiendo que vivan más tiempo en sus hogares.

Aumento de los servicios de salud a domicilio, disminuyendo los costes para el paciente, la familia o la sociedad.

Reducción del uso de hospitales de agudos y de los servicios hospitalarios.

Reducción del costo de los cuidados médicos, en general.

Prolongación de la supervivencia con más años de vida saludable.

Mejora de la calidad de vida de los sujetos.

Valoración Funcional.

La salud del anciano se mide en términos de función. (OMS, 1959)

Estudio de las capacidades físicas del anciano, incluyendo el autocuidado e independencia.

Es fundamental para establecer un juicio clínico y pronóstico adecuados.

La Función marca:

- Calidad de vida
- Bienestar
- Ubicación
- Necesidad de apoyo social.



Actividades de la vida Diaria.

Actividades básicas (ABVD)

- LO HACE DIARIAMENTE PARA SU AUTOCUIDADO
- Alimentación, Vestido, Marcha, Uso del inodoro, Baño, Transferencias, Continencia, Arreglo personal, Comunicación

Índice de Barthel
Escala KATZ

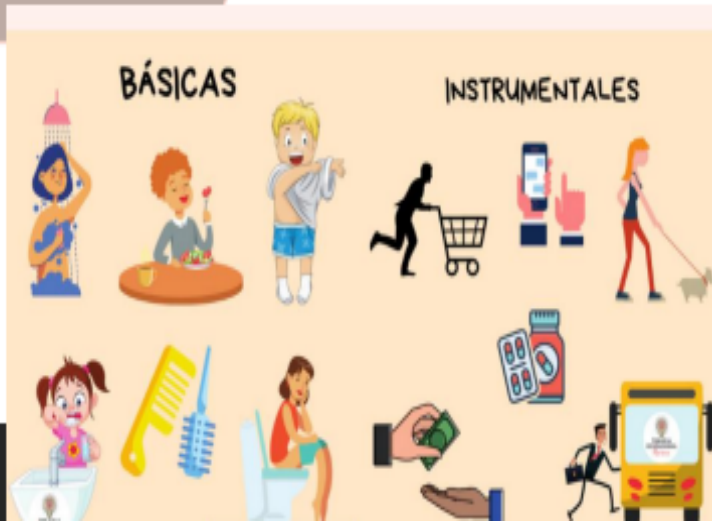
Actividades instrumentales (AIVD)

- INTERACCIONA CON EL MEDIO PARA MANTENER SU INDEPENDENCIA
- cocinar, comprar, uso del teléfono, escritura,
- lectura, lavado de ropa, administración de medicamentos,
- uso del dinero, capacidad para utilizar medios de transporte,
- capacidad para realizar tareas laborales

Índice de Lawton
y Brody

Actividades avanzadas (AAVD).

Test del estado funcional
de salud de Breslau.
Escala de Reuben.



Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

- **Baño o ducha (5 puntos)**
 - 0: Dependiente
 - 5: Independiente
- **Vestido (10 puntos)**
 - 0: Dependiente
 - 5: Necesita ayuda
 - 10: Independiente.
- **Aseo (5 puntos)**
 - 0: Dependiente (necesita alguna ayuda)
 - 5: Independiente
- **Uso del retrete (10 puntos)**
 - 0: Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
 - 5: Necesita ayuda (ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa, o limpiarse).
 - 10: Independiente.
- **Deposición (10 puntos)**
 - 0: Incontinente.
 - 5: Accidente excepcional (menos de una vez por semana)
 - 10: Continente
- **Control de orina (10 puntos)**
 - 0: Incontinente
 - 5: Accidente ocasional (menos de una vez por semana).
 - 10: Continente.
- **Escaleras (10 puntos)**
 - 0: Dependiente.
 - 5: Necesita ayuda (supervisión física o verbal).
 - 10: Independiente
- **Deambulación (15 puntos)**
 - 0: Dependiente.
 - 5: Independiente en silla de ruedas
 - 10: Necesita ayuda (supervisión física o verbal)
 - 15: Independiente (puede usar cualquier ayuda excepto andador).
- **Traslado sillón-cama (15 puntos)**
 - 0: Dependiente
 - 5: Gran ayuda (necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama).
 - 10: Mínima ayuda (supervisión verbal o una pequeña ayuda física).
 - 15: Independiente
- **Alimentación (10 puntos)**
 - 0: Dependiente.
 - 5: Necesita ayuda (necesita alguna ayuda).
 - 10: Independiente



INDEPENDENCIA
100 PUNTOS

DEPENDENCIA LEVE
99-91 PUNTOS

DEPENDENCIA MODERADA
90-61 PUNTOS

DEPENDENCIA SEVERA
60-21 PUNTOS

DEPENDENCIA TOTAL
≤20 PUNTOS



Índice de Lawton y Brody.

Valoración funcional. Actividades instrumentales de la vida diaria. Índice de Lawton.

INDEPENDENCIA EN AIVD

1) Capacidad para usar teléfono

Sí: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problemas.
 Sí: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos.
 Sí: Contesta el teléfono, pero no llama. No: No usa el teléfono.

Sí
(1 punto)

No
(0 puntos)

☐
☐

2) Transporte

Sí: Se transporta solo/a.
 Sí: Se transporta solo/a, únicamente en taxi, pero no puede usar otros recursos. Sí: Viaja en transporte colectivo acompañado.
 No: Viaja en taxi o auto acompañado.
 No: No sale.

☐
☐

3) Medicación

Sí: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas.
 No: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado.
 No: Es incapaz de hacerse cargo.

☐
☐

4) Finanzas

Sí: Maneja sus asuntos independientemente.
 No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras.
 No: Es incapaz de manejar dinero.

☐
☐

5) Compras

Sí: Vigila sus necesidades independientemente.
 No: Hace independientemente sólo pequeñas compras.
 No: Necesita compañía para cualquier compra.
 No: Incapaz de cualquier compra.

☐
☐

6) Cocina

Sí: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente.
 No: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario.
 No: Calienta, sirve y prepara, pero no lleva una dieta adecuada. No: Necesita que le preparen los alimentos.

☐
☐

7) Cuidado del hogar

Sí: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima.
 Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente.
 Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia.
 No: Necesita ayuda en todas las actividades.
 No: No participa.

☐
☐

8) Lavandería

Sí: Se ocupa de su ropa independientemente.
 Sí: Lava sólo pequeñas cosas.
 No: Todos se lo tienen que lavar.

☐
☐

Resultado

/8

Otras escalas de Funcionalidad.

Índice de Katz.

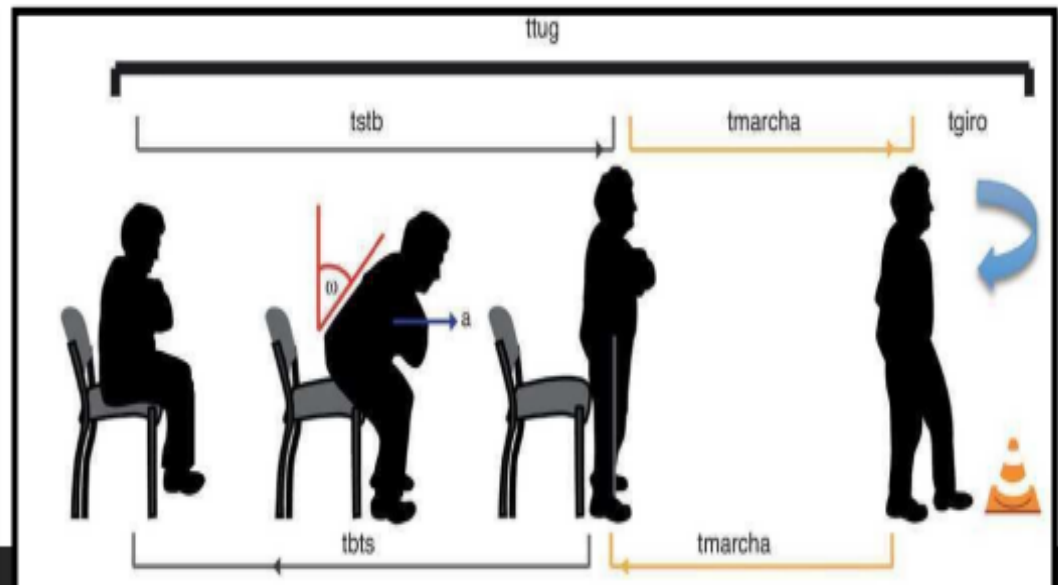
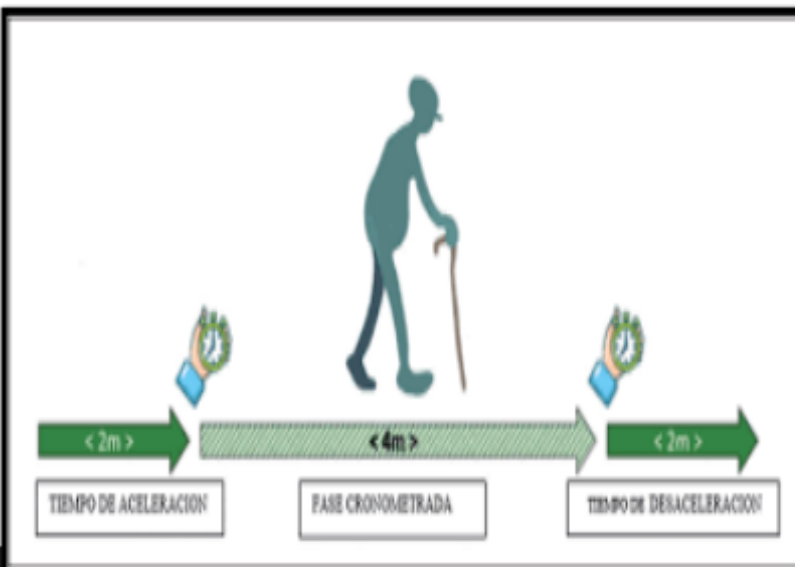
Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja

Escala de Tinetti

Velocidad de la marcha.

Timed up and go (TUG)

Functional Ambulation Classification de Holden (FAC)



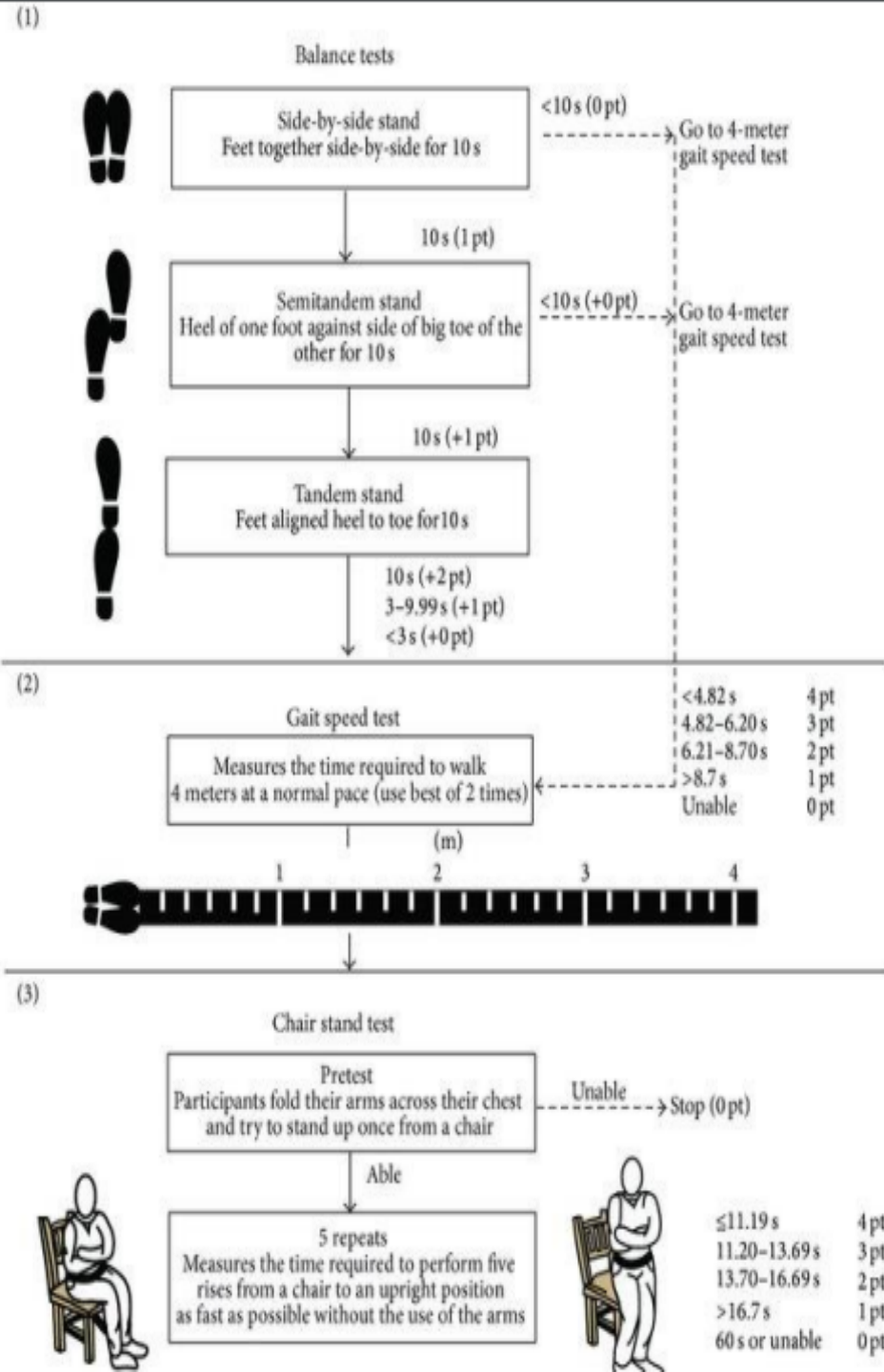
Short Physical Performance Battery

PUNTAJE:

12-10 puntos: Robusto

9-4 puntos: fragilidad/vulnerabilidad

1-3 puntos: dependiente.



Índices de comorbilidad

Índice de Charlson.

Modificado según la edad: por cada década >40 años se añade 1 punto.

Mortalidad anual:

- Puntuación 0: 12%.
- Puntuación 1-2: 26%.
- Puntuación 3-4: 52%.
- Puntuación ≥ 5 : 85%.

TABLA 40.2 Componentes del índice de Charlson

Comorbilidad	Peso
Enfermedad coronaria	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad del tejido conectivo	1
Enfermedad ulcerosa péptica	1
Enfermedad hepática leve	1
Diabetes	1
Diabetes con daño de órgano diana	2
Hemiplejia o paraplejia	2
Enfermedad renal moderada o grave	2
Cualquier neoplasia maligna	2
Linfomas	2
Leucemias	2
Enfermedad hepática moderada o grave	3
Metástasis de tumores sólidos	6
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)	6

Valoración Mental

Cognitiva

Emocional

Historia
Clínica

Exploración Física

Exploraciones
Complementarias

Comportamiento
del paciente

Aplicación de
Pruebas
Complementarias

Información
complementaria
del cuidador

ADULTOS MAYORES:

17 - 34% Deterioro
cognitivo leve.

7 - 10% Demencia.

5,1 - 19,5%
Depresión.



Cribado de demencia.

Cuestionario de Pfeiffer.

Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer.

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSG) de Pfeiffer

	Acierto	Error
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (mes, día y año)	()	()
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	()	()
3. ¿Cuál es el nombre de este lugar?	()	()
4. ¿Cuál es su número de teléfono? ¿Cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)	()	()
5. ¿Qué edad tiene usted?	()	()
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?	()	()
7. ¿Cómo se llama el rey de España?	()	()
8. ¿Quién mandaba en España antes del Rey?	()	()
9. ¿Diga el nombre y los apellidos de su madre?	()	()
10. ¿Restar de 3 en 3 a partir de 20?	()	()

0-2 errores: normal.

3-7 errores: deterioro mental leve-moderado.

8-10 errores: deterioro mental severo.

Con baja escolarización se permite un error más.

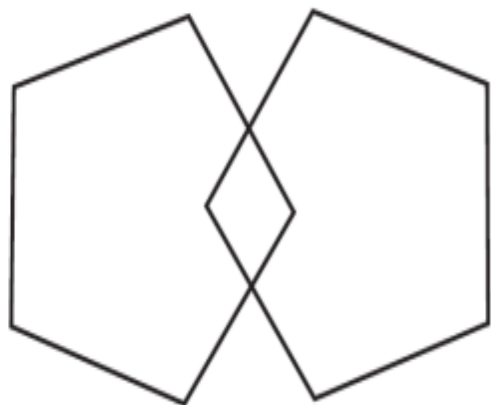
Con estudios superiores se contabiliza con un error menos.

Cribado de demencia

Minimetal State Examination de Folstein.

Mini-Mental State Examination (MMSE)
Mini-Examen del Estado Mental

CIERRE SUS OJOS



MEC de LOBO

Mini-Mental State Examination (MMSE) Mini-Examen del Estado Mental

Criterio de evaluación: Se dará un punto por cada respuesta correcta

Nombre del entrevistado/a: _____

Sabe leer: ☐ SI ☐ NO

Sabe escribir: ☐ SI ☐ NO

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Hasta qué año estudió: _____

I. Orientación

(Tiempo)

1. ¿Qué fecha es hoy?

Respuesta			Real		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

¿Qué día de la semana es?

Respuesta						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué día de la semana es?

Real						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué hora es aproximadamente?

Respuesta		Real	
Hr.	Mín.	Hr.	Mín.
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

II. Registro

3. Le voy a decir 3 objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted repita:

Papel	Bicicleta	Cuchara

Ahora dígalos usted:

	INC	CORR
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		

(máx. 3) 0 1 2 3

V. Memoria diferida

Dígame los tres objetos que le mencioné al principio:

	INC	CORR
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		

(máx. 3) 0 1 2 3

Copie, por favor, este dibujo tal como está. (mostrar atrás de esta hoja)

(máx. 1) 0 1

III. Atención y Cálculo

4. Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100.

	INC	CORR
93		
86		
79		
72		
65		

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

IV. Lenguaje

Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sigalas en el orden en que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez:

- TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA
- DOBLELO POR LA MITAD
- Y DEJELO EN EL SUELO

	INC	CORR

(máx. 3) 0 1 2 3

(Espacio)

¿En dónde estamos ahora?

	INC	CORR

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

(Espacio)

Por favor haga lo que dice aquí:

Cierre los ojos

(máx. 1) 0 1

Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje (atrás de esta hoja)

(máx. 1) 0 1

Puntaje total:

	0	1	2	3						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Interpretación:

Puntaje ≤ 24 = Probable deterioro cognitivo.
Puntaje > 24 = Sin deterioro cognitivo.

Sensibilidad: 97%
Especificidad: 88%
Área bajo la curva: 0.849

Cribado de demencia.

Montreal Cognitive Assessment. Test de MOCA

Distintos tipos de MOCA

Escolaridad no debe ser menor a 12 años.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Años de escolaridad: _____ Fecha: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Puntos	
		Copiar el cubo ☐	Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos) ☐
☐	☐	☐ Contorno	☐ Números ☐ Agujas
		☐ /5	
IDENTIFICACIÓN		Puntos	
			☐ /3
		☐	
MEMORIA		Puntos	
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuerde las 5 minutos más tarde.	ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO 1er intento 2º intento	Sin puntos	
ATENCIÓN		Puntos	
Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla: ☐ 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa: ☐ 7 4 2	☐ /2		☐
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 ≥ 2 errores. ☐ F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B		☐ /1	
Rostar de 7 en 7 empezando desde 100. ☐ 93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.		☐ /3	
LENGUAJE		Puntos	
Repite: El gato se escondió bajo el sofá cuando los perros entraron en la sala. ☐ Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. ☐		☐ /2	
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. ☐ (Al ≥ 11 palabras)		☐ /1	
ABSTRACCIÓN		Puntos	
Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta ☐ tren-bicicleta ☐ reloj-reglo		☐ /2	
RECUERDO DIFERIDO		Puntos	
Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
Optativo	Pista de categoría Pista elección múltiple	☐	
ORIENTACIÓN		Puntos	
☐ Día del mes (fecho) ☐ Mes ☐ Año ☐ Día de la semana ☐ Lugar ☐ Localidad		☐ /6	

© Z. Nasreddine MD Versión 07 Noviembre 2004 Normal ≥ 26 puntos. TOTAL: ☐ /30

Aplicación realizada por: _____

Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de escolaridad.

Detección de Depresión

Escala de depresión geriátrica de Yesevage.

0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
12-15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Instrucciones:

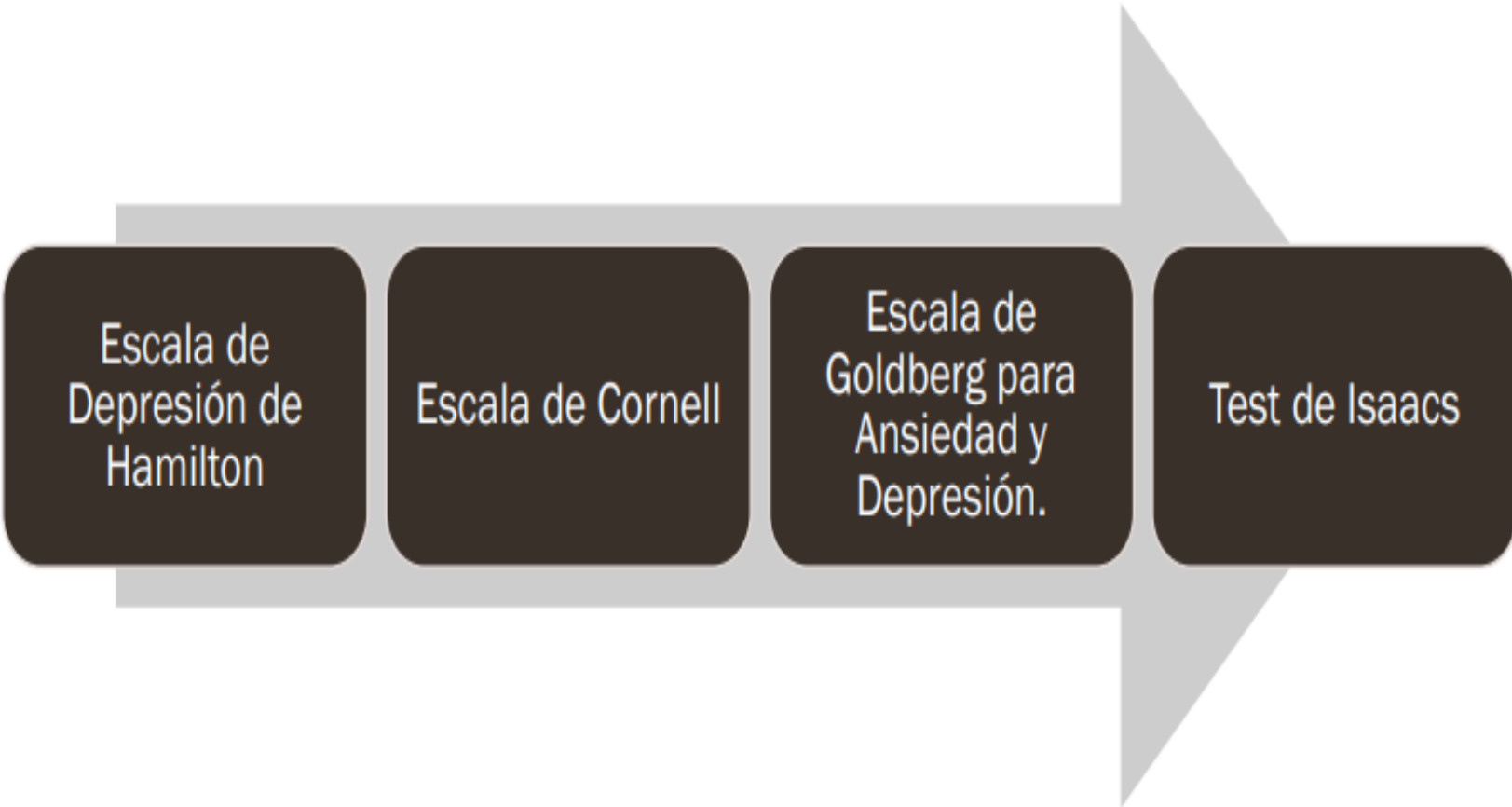
Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquelo:

*"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su **estado de ánimo**, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la **última semana**, por favor responda con **Sí o No**".*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)

Otras Escalas de Depresión, ansiedad y Cognición



Escala de
Depresión de
Hamilton

Escala de Cornell

Escala de
Goldberg para
Ansiedad y
Depresión.

Test de Isaacs

Valoración Social

Escala de Gijón

ESCALA "GIJÓN" DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

A- SITUACIÓN FAMILIAR	
1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos. 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	
B- SITUACIÓN ECONOMICA¹:	
1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive. 3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva. 4. L.I.S.M.I. – F.A.S. – Pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	
C- VIVIENDA:	
1. Adecuada a necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños...) 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción). 4. Ausencia ascensor, teléfono. 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	

D - RELACIONES SOCIALES:	
1. Relaciones sociales. 2. Relación social sólo con familia y vecinos 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale del domicilio, recibe visitas. 5. No sale y no recibe visitas.	
E- APOYOS DE LA RED SOCIAL:	
1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes.	
TOTAL	

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

- De 5 a 9 Buena/aceptable situación social
- De 10 a 14 Existe riesgo social
- Más de 15 Problema social

Escala de Zarit.

Puntuación máxima de 88 puntos.

Suele considerarse indicativa de no sobrecarga una puntuación inferior a 46.

Sobrecarga intensa una puntuación superior a 56.

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	

Valoración Nutricional.

Mini Nutritional Assessment MNA

Apellidos: _____ Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Peso, kg: _____ Altura, cm: _____ Fecha: _____

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Suma 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

Cribaje

A. Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual

☐

B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)

0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso

☐

C. Movilidad

0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio

☐

D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses

0 = sí 2 = no

☐

E. Problemas neuropsicológicos

0 = demencia o depresión grave
1 = demencia moderada
2 = sin problemas psicológicos

☐

F. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (altura en m)²

0 = IMC < 19
1 = 19 < IMC < 21
2 = 21 < IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

Evaluación del cribaje

(subtotal máx. 14 puntos)

12 - 14 puntos

estado nutricional normal

8 - 11 puntos

riesgo de malnutrición

0 - 7 puntos

malnutrición

☐

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación

G. El paciente vive independientemente en su domicilio?

1 = sí 0 = no

☐

H. Toma más de 3 medicamentos al día?

0 = sí 1 = no

☐

I. Úlceras o lesiones cutáneas?

0 = sí 1 = no

☐

J. Cuántas comidas completas toma al día?

0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas

☐

K. Consume el paciente

productos lácteos al menos una vez al día? sí ☐ no ☐
huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí ☐ no ☐
carne, pescado o aves, diariamente? sí ☐ no ☐

0.0 = 0 o 1 sds
0.5 = 2 sds
1.0 = 3 sds

☐

L. Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?

0 = no 1 = sí

☐

M. Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)

0.0 = menos de 3 vasos
0.5 = de 3 a 5 vasos
1.0 = más de 5 vasos

☐

N. Forma de alimentarse

0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad

☐

O. Se considera el paciente que está bien nutrido?

0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición

☐

P. En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?

0.0 = peor
0.5 = no lo sabe
1.0 = igual
2.0 = mejor

☐

Q. Circunferencia braquial (CB en cm)

0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22

☐

R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31

☐

Evaluación (máx. 18 puntos)

Cribaje

Evaluación global (máx. 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐ estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos ☐ riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos ☐ malnutrición

Ref. Velaz B, Velaz H, Apellan A, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-463.

Robertson LZ, Heller JO, Balva A, Golgoc Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M66-277.

Golgue Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - "What does it tell us?" J Nut Health Aging 2006; 10: 409-407.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Nestlé

Cheslet, 1994, Revision 2005, M57200-1789 104

Para más información: www.mna-elderly.com

CONCLUSIONES

- La Valoración geriátrica Integral se centra en el análisis del estado de salud del adulto mayor haciendo énfasis en el componente biopsicosocial, se adicionan elementos importantes como son el estado nutricional y la valoración del cuidador principal.

MUCHAS GRACIAS!!!

