

Josué Alejandro Roblero Díaz

Dr. Agenor Abarca Espinosa

Escalas de la vejez

Geriatría

6°

A

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Vea directamente a la persona y explíquelo lo siguiente:
"Le voy a hacer unas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Si o No".

1 de 8 mexicanos adultos mayores tiene síntomas de depresión mayor por lo que su detección y manejo es una alta prioridad.

La escala de depresión geriátrica tiene una **S: 97% y E: 85%**

Preguntas		Si	No
1	¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	1	0
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	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?	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	¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

Interpretación:

Normal: 0 a 5 Depresión leve: 6 a 9 Depresión establecida: >10

GPC-IMSS-194-10 @lp_enarm

Escala de Yesavage (GDS)

Qué es: Instrumento diseñado para detectar síntomas depresivos en adultos mayores.

Qué evalúa: Preguntas de cribado relacionadas con estado de ánimo, interés, energía y motivación.

Interpretación:

- 0–5: Normal
- 6–9: Depresión leve
- 10–15: Depresión moderada a severa

Características: Sencilla, rápida y validada en geriatría. Útil para cribado temprano, aunque no es diagnóstica. Permite derivación oportuna a psiquiatría.

ÍNDICE DE KATZ

1	BAÑO	Independiente: se baña enteramente solo, o requiere de ayuda en alguna zona concreta. Dependiente: necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha
2	VESTIDO	Independiente: toma la ropa y se la pone él sólo, puede aprovecharse(se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias). Dependiente: no se viste por sí mismo o permanece parcialmente vestido.
3	USO DEL WC	Independiente: va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo. Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.
4	MOVILIDAD	Independiente: se levanta y se acuesta en la cama él sólo, se levanta y se sienta de una silla él sólo, se desplaza sólo. Dependiente: necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.
5	CONTINENCIA	Independiente: control completo de la micción y defecación. Dependiente: incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
6	ALIMENTACIÓN	Independiente: come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca(se excluye cortar los alimentos). Dependiente: necesita ayuda para comer, no come sólo o requiere alimentación enterado.

Cada ítem tiene dos posibles respuestas. Independiente 1 punto y dependiente 0 puntos. Según la puntuación total, los pacientes quedan clasificados en siete grupos donde A corresponde a la máxima independencia y G a la máxima dependencia.

Índice de Katz

Qué es: Herramienta clínica que mide la capacidad de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Qué evalúa: Bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad, continencia, alimentación.

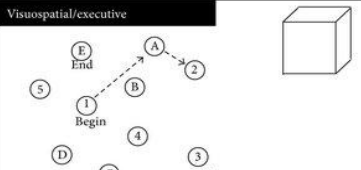

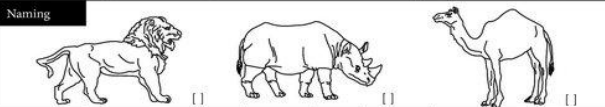
Interpretación:

- 6: Dependencia total
- 4–5: Dependencia leve
- 2–3: Dependencia moderada
- 0–1: Dependencia severa o total

Características: Muy útil en el seguimiento de hospitalizados y adultos mayores en comunidad. Permite monitorear la evolución y planificar cuidados a largo plazo.

Montreal cognitive assessment (MOCA)
Version 7.1 Original version

Name: _____ Education: _____ Date of birth: _____
Sex: _____ Date: _____

Visuospatial/executive 		Copy cube 	Draw CLOCK (ten past eleven) 3 points <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contour Numbers Hands	Points ____/5
Naming 		____/3		
Memory Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials, even if 1st trial is successful. Do a recall after 5 minutes 1st trail: Face Velvet Church Daisy Red 2nd trail:		No points		
Attention Read list of digits (1 digit/s) Subject has to repeat them in the forward order: 2 1 8 5 4 Subject has to repeat them in the backward order: 7 4 2		____/2		
Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if >2 errors F B 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		
Serial 7 subtraction starting at 100 4 or 5 correct subtractions: 3 pts, 2 or 3 correct: 2 pts, 1 correct: 1 pt, 0 correct: 0 pt		____/3		
Language Repeat: lonely know that John is the one to help today. The cat always hid under the couch when dogs were in the room.		____/2		
Fluency/name maximum number of words in one minute that begin with the letter F (N ≥ 11 words)		____/1		
Abstraction Similarity between e.g. banana-orange = fruit train-bicycle watch-ruler		____/2		
Delayed recall Has to recall words WITH NO CUE		Points for UNCUE recall only		
Optional Category cue Multiple choice cue		____/5		
Orientation Date Month Year Day Place City		____/6		

Normal ≥ 26/30 Total
Add 1 point if ≤12 year edu ____/30

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Qué es: Prueba breve y sencilla para evaluar la función cognitiva, incluyendo dominios superiores.

Qué evalúa: Memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, abstracción, visuopercepción.

Interpretación:

- Máx. 30 puntos
- ≥26: Normal
- <26: Deterioro cognitivo

Características: Más sensible que el MMSE en etapas iniciales de deterioro cognitivo. Recomendado en pacientes con quejas cognitivas leves.



Prueba cronometrada de levántate y anda (Get up and go)



Interpretación

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

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148.



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons International, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



Timed Up and Go (TUG)

Qué es: Prueba funcional sencilla para movilidad y riesgo de caídas.

Qué evalúa: Tiempo en levantarse de una silla, caminar tres metros, girar, regresar y sentarse.

- Interpretación <10 seg: Normal
- ≥14 seg: Riesgo de caídas

Características: Rápida, práctica y con alta validez clínica. Útil en consulta externa y programas

NORTON
@Creative_Nurse
RIESGO ÚLCERAS POR PRESIÓN

	4	3	2	1
Estado Físico General	BUENO	MEDIANO	REGULAR	MUY MALO
Estado Mental	ALERTA	APÁTICO	CONFUSO	ESTUPOROSO
Actividad	AMBULANTE	CAMINA CON AYUDA	SENTADO	ENCAMADO
Movilidad	COMPLETA	LIMITADA LIGERAMENTE	MUY LIMITADA	INMÓVIL
Incontinencia	NINGUNA	OCASIONAL	URINARIA O FECAL	URINARIA Y FECAL

20 puntos 14 puntos 5 puntos
PUNTO: ESCALA DE NORTON, MODIFICADA POR INSALUD DE MADRID

Escala de Norton

Qué es: Herramienta utilizada para valorar el riesgo de un paciente de desarrollar úlceras por presión.

Qué evalúa: Estado físico, movilidad, actividad, incontinencia, estado mental.

Interpretación: Clasifica riesgo bajo, moderado o alto según puntaje.

Características: Indicada en hospitalización prolongada y pacientes inmovilizados. Permite

Escala de Braden
para la predicción del riesgo de úlceras por presión
@Creative_Nurse

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada • Nivel de conciencia • Dolor • No reacciona ante dolor • Capacidad sensorial	Muy limitada Reacciona solo ante estímulos dolorosos No comunica molestias Déficit sensorial	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales No siempre comunica molestias Déficit sensorial	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales Sin déficit sensorial
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día	Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
ACTIVIDAD	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre • <2 • 15-18 años • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal	Probablemente inadecuada • 2 • 15-18 años • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal	Adecuada • 3 • 15-18 años • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal	Excelente • 4 • 15-18 años • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal • 0 a 200 kcal
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema Requiere de moderada a robusta asistencia para ser movido	Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia	No existe problema aparente	

RIESGO UP
ALTO = < 12 PUNTOS
MODERADO = 13 - 14 PUNTOS
BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años)
15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)

Escala de Braden

Qué es: Herramienta de cribado para valorar riesgo de úlceras por presión.

Qué evalúa: Sensibilidad, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción/cizalla.

Interpretación:

- ≤16 puntos: Riesgo alto
- 17-18: Riesgo moderado
- >18: Riesgo bajo

Características: Es la más utilizada en unidades hospitalarias y cuidados prolongados, validada en múltiples poblaciones.

@bel_enfermeria

Índice de Barthel

Valoración funcional de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

10 Ítems a valorar

- Comer
- Lavarse
- Vestirse
- Arreglarse
- Deposiciones
- Micción
- Usar el WC
- Trasladarse
- Deambular
- Escalones

Cada ítem se valora con 10 pts (independiente), 5pts y 0 pts (dependiente).

EXCEPCIONES:

- Lavarse y arreglarse solo puntúan con 5 y 0 pts.
- Trasladarse y deambular puntúan con 15, 10, 5 y 0 pts.

Valoración funcional:

- 100 Total independencia (90 es la puntuación máx. si el paciente está en silla de ruedas)
- 61-90 dependencia leve
- 21-60 dependencia grave
- <21 dependencia total

(No hay consenso)

Escala de Barthel

Qué es: Instrumento que evalúa la independencia de una persona en las ABVD y el grado de dependencia funcional.

Qué evalúa: Comer, higiene personal, baño, vestirse, control de esfínteres, deambulación, escaleras.

Interpretación:

- 0-20: Dependencia total
- 21-60: Dependencia severa
- 61-90: Dependencia moderada
- 91-99: Dependencia leve
- 100: Independencia total

Características: Se utiliza ampliamente en rehabilitación y después de eventos agudos como accidente cerebrovascular. Sirve para establecer pronóstico funcional.



ESCALA LAWTON Y BRODY

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO

Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0

HACER COMPRAS

Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado/a para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0

PREPARACIÓN DE LA COMIDA

Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	0

CUIDADO DE LA CASA

Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0

LAVADO DE LA ROPA

Lava por sí solo/a toda su ropa	1
Lava por sí solo/a pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado/a por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0

RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN

Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0

MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS

Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo/a	1
Necesita ayuda en grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Escala de Lawton y Brody

Qué es: Evalúa el grado de independencia en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Qué evalúa: Uso del teléfono, compras, preparación de comidas, tareas domésticas, lavado de ropa, transporte, manejo de medicación, manejo de finanzas.

Interpretación:

- Mujeres: 0-8 puntos
- Hombres: 0-5 puntos

Características: Es un complemento de las ABVD, diferenciando entre



MINI MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN

Es una prueba muy utilizada para medir el deterioro cognitivo

10
PUNTOS

ORIENTACIÓN TEMPORAL/ESPACIAL

Se evalúa la capacidad del paciente de poder orientarse temporalmente (fecha actual, año, mes, estación) y también de forma espacial (lugar de la evaluación, ciudad, país).

3
PUNTOS

FIJACIÓN-RECUERDO INMEDIATO

Se evalúa la capacidad del paciente de poder memorizar tres palabras y posteriormente intentar recordarlas.

5
PUNTOS

ATENCIÓN CÁLCULO

Se evalúa la capacidad del paciente de poder resolver de forma correcta una serie de cálculos matemáticos sencillos.

3
PUNTOS

RECUERDO

Se evalúa la capacidad del paciente al repetir las tres palabras mencionadas anteriormente.

9
PUNTOS

LENGUAJE

Se evalúa la capacidad del paciente para comprender y llevar a cabo de forma correcta las instrucciones dadas por el evaluador.

Puntuaciones de referencia: 27 ó más: Normal 24 ó menos: Sospecha patológica

12-14: Deterioro 9-12: Demencia

Ana Elisa Castillo Pérez - 1889720

Mini Mental State Examination (MMSE)

Qué es: Prueba neuropsicológica breve que evalúa la función cognitiva global.

Qué evalúa: Orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidades visuoespaciales.

Interpretación:

- Máx. 30 puntos
- 24–30: Normal
- ≤23: Sospecha de deterioro cognitivo

Características: Herramienta clásica en cribado de demencia, útil



ESCALA TINETTI

Escala de Movilidad de Tinetti



Componentes
Escala de Tinetti



Equilibrio: Evalúa estabilidad del paciente mientras está sentado, de pie, y durante el proceso de levantarse y sentarse en una silla.

Se observan las reacciones de equilibrio cuando el paciente es empujado ligeramente desde diferentes direcciones.

Marcha: Analiza aspectos relacionados con la calidad de la marcha, como la longitud y altura de los pasos, la simetría, la fluidez, y la continuidad del movimiento. Se valora si el paciente necesita o no ayuda para caminar.

Evaluación del equilibrio

- ✓ Equilibrio al estar sentado
- ✓ Levantarse de la silla
- ✓ Intento inmediato al levantarse
- ✓ Equilibrio en posición de pie (30 segundos)
- ✓ Equilibrio con ojos cerrados
- ✓ Equilibrio con una leve empujada desde el esternón
- ✓ Giro de 360 grados
- ✓ Sentarse

Evaluación de la marcha

- ✓ Iniciación de la marcha
- ✓ Longitud y altura del paso
- ✓ Simetría del paso
- ✓ Fluidez del paso
- ✓ Trayectoria de la marcha
- ✓ Tronco durante la marcha
- ✓ Distancia entre pies

Enfermería
BUENOS AIRES



Escala de Tinetti

Qué es: Evalúa equilibrio y marcha en adultos mayores para identificar el riesgo de caídas.

Qué evalúa: Equilibrio estático y dinámico, estabilidad en la marcha.

Interpretación:

- 25–28: Bajo riesgo
- 19–24: Riesgo moderado
- <19: Alto riesgo

Características: Herramienta de referencia en rehabilitación y fisioterapia. También permite evaluar la eficacia de programas preventivos.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Formulario para la evaluación nutricional en adultos mayores. Incluye secciones para datos personales, evaluación de ingestión, movilidad, estado cognitivo y estado funcional. Sección de puntuación final con interpretación de riesgo.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Qué es: Escala validada para evaluar el estado nutricional en adultos mayores.

Qué evalúa: IMC, pérdida de peso, apetito, movilidad, enfermedades, consumo alimentario.

Interpretación:

- 24–30: Normal
- 17–23.5: Riesgo de desnutrición
- <17: Desnutrición establecida

Características: Herramienta estandarizada más utilizada en geriatría. Permite detectar de forma precoz riesgo nutricional.

Peso	Índice de comorbilidad de Charlson	Proxy al índice de comorbilidad de Charlson	Peso
1	Infarto de miocardio	Enfermedad del corazón	1
	Insuficiencia cardíaca congestiva		
	Enfermedad vascular periférica	Problemas circulatorios	
	Demencia	Demencia	
	Enfermedad pulmonar crónica	Problemas respiratorios	
	Úlcera gastrointestinal	Problemas digestivos	
	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	
	Accidente cerebrovascular	Accidente cerebrovascular	
	Enfermedad del tejido conectivo		
2	Enfermedad hepática		2
	Hamiplejía	ACVA + discapacidad	
	Insuficiencia renal moderada o severa		
	Diabetes con alguna afectación orgánica		
	Cualquier tumor	Cáncer	
3	Leucemia		3
	Linfoma		
	Enfermedad hepática moderada o severa		
6	VIH		6
	Tumor metastásico		

ACVA: accidente cerebrovascular agudo

Índice de Comorbilidad de Charlson

Qué es: Escala estandarizada que evalúa la carga de enfermedades crónicas y predice la mortalidad a largo plazo.

Qué evalúa: Incluye edad, cardiopatía, enfermedad pulmonar, renal, hepática, cáncer, diabetes, demencia, VIH, entre otras.

Interpretación:

- Mayor puntaje = mayor riesgo de mortalidad a largo plazo.

Características: Utilizada en investigación clínica, pronóstico, estratificación de riesgo y toma de