



**Licenciatura en medicina humana**

**Citlali Monserrath Campos Aguilar**

**Dr. Abarca Espinosa Agenor**

**Geriatría**

**6° “A”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de septiembre del 2025.

# ESCALA DE BARTHEL

**ESCALA BARTHEL**

Escala de Barthel es un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems para la valoración del grado de dependencia

- Comer
- Lavarse
- Vestirse
- Arreglarse
- Deposición
- Micción
- Ir al baño

**ESCALA BARTHEL**

**Valores del Test Barthel**

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

NOMBRE: ESCALA DE INDEPENDENCIA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

QUÉ EVALÚA:

COMER

HIGIENE PERSONAL

BAÑO

VESTIRSE

CONTROL DE ESFÍNTERES

DEAMBULACIÓN

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES:

0-20: DEPENDENCIA TOTAL

21-60: DEPENDENCIA SEVERA

61-90: DEPENDENCIA MODERADA

91-99: DEPENDENCIA LEVE

100: INDEPENDENCIA TOTAL

CARACTERÍSTICAS:

AMPLIAMENTE USADA EN REHABILITACIÓN Y DESPUÉS DE EVENTOS AGUDOS COMO ACV

PERMITE ESTABLECER PRONÓSTICO FUNCIONAL

# ESCALA DE KATZ

## Actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz)

		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN ABVD	<b>1) Baño (Esponja, regadera o tina)</b> Sí: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). Sí: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>2) Vestido</b> Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>3) Uso del sanitario</b> Sí: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). Sí: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por sí mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>4) Transferencias</b> Sí: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). Sí: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>5) Continencia</b> Sí: Control total de esfínteres. Sí: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>6) Alimentación</b> Sí: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna. Sí: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Calificación de Katz</b> [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] 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] Dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria. [H] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.		<b>Resultado</b> /6[    ]	

## DESCRIPCIÓN:

NOMBRE: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

QUÉ EVALÚA:

CAPACIDAD DE LA PERSONA PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS COMO:

ALIMENTACIÓN

HIGIENE PERSONAL

VESTIRSE

MOVILIDAD

CONTROL DE ESFÍNTERES

USO DEL BAÑO

INTERPRETACIÓN:

PERMITE DETERMINAR EL GRADO DE INDEPENDENCIA O DEPENDENCIA EN LAS ABVD, IDENTIFICANDO NECESIDADES DE APOYO O CUIDADOS.

CARACTERÍSTICAS:

MUY ÚTIL EN HOSPITALIZADOS Y ADULTOS MAYORES EN COMUNIDAD

PERMITE SEGUIMIENTO FUNCIONAL Y PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

## Actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz)

		Si (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN ABVD	<b>1) Baño (Esponja, regadera o tina)</b> Si: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). Si: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>2) Vestido</b> Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>3) Uso del sanitario</b> Si: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). Si: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por si mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por si mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>4) Transferencias</b> Si: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). Si: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>5) Continencia</b> Si: Control total de esfínteres. Si: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>6) Alimentación</b> Si: Que se alimente por si solo sin asistencia alguna. Si: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Calificación de Katz**

[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] 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] Dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria.  
 [H] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.

**Resultado** /6[    ]

## DESCRIPCIÓN:

NOMBRE: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

QUÉ EVALÚA:

CAPACIDAD DE LA PERSONA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA, COMO ALIMENTACIÓN, HIGIENE, VESTIRSE, MOVILIDAD, CONTROL DE ESFÍNTERES Y USO DEL BAÑO.

INTERPRETACIÓN:

EVALÚA GRADO DE INDEPENDENCIA O DEPENDENCIA EN LAS ABVD, PERMITIENDO IDENTIFICAR NECESIDADES DE APOYO O CUIDADOS.

CARACTERÍSTICAS:

MUY ÚTIL EN HOSPITALIZADOS Y ADULTOS MAYORES EN COMUNIDAD  
PERMITE SEGUIMIENTO FUNCIONAL Y PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS



# ESCALA DE LAWTON Y BRODY

## 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

## DESCRIPCIÓN:

NOMBRE: ESCALA 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

MEDICACIÓN

MANEJO DE FINANZAS

INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES:

MUJERES: 0-8 PUNTOS

HOMBRES: 0-5 PUNTOS

CARACTERÍSTICAS:

FUNDAMENTAL EN VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

COMPLEMENTA LAS ABVD, DIFERENCIANDO ENTRE AUTONOMÍA BÁSICA Y COMPLEJA

# ESCALA DE YESAVAGE

## *Escala de depresión geriátrica de Yesavage*

Item	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI

## DESCRIPCIÓN:

NOMBRE: INSTRUMENTO DE CRIBADO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES

QUÉ EVALÚA:

ÁNIMO

INTERÉS

ENERGÍA

MOTIVACIÓN

INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES:

0-5: NORMAL

6-9: DEPRESIÓN LEVE

10-15: DEPRESIÓN MODERADA A SEVERA

CARACTERÍSTICAS:

RÁPIDA Y SENCILLA

NO ES DIAGNÓSTICA, PERO ÚTIL PARA DERIVAR A PSIQUIATRÍA

# MINI MENTAL STATE EXAMINATION

## MINI TEST MENTAL

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)



¿En qué año estamos?	0-1	<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b> (Máx. 5)	
¿En qué estación?	0-1		
¿En qué día (fecha)?	0-1		
¿En qué mes?	0-1		
¿En qué día de la semana?	0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL</b> (Máx. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?			
¿En qué pueblo (ciudad)?			
¿En qué provincia estamos?			
¿En qué país (o nación, autonomía)?			
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.	Peseta	0-1	<b>FIJACIÓN-RECUERDO INMEDIATO</b> (Máx. 3)  Nº de repeticiones necesarias 6
	Caballo	0-1	
	Manzana	0-1	
	Balón	0-1	
	Bandera	0-1	
	Árbol	0-1	

### DESCRIPCIÓN:

NOMBRE: PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA BREVE DE FUNCIÓN COGNITIVA GLOBAL

QUÉ EVALÚA:

ORIENTACIÓN

MEMORIA

ATENCIÓN

CÁLCULO

LENGUAJE

HABILIDADES VISUOESPACIALES

INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES:

MÁX. 30 PUNTOS

24-30: NORMAL

<23: SOSPECHA DE DETERIORO COGNITIVO

CARACTERÍSTICAS:

CLÁSICA EN CRIBADO DE DEMENCIA

ÚTIL PARA SEGUIMIENTO Y COMPARACIÓN LONGITUDINAL

# MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)**  
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)  
Versión 8.1 Spanish(Spain)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nivel de estudios: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**VISUOESPACIAL / EJECUTIVA**

Copiar el cubo (3 puntos)

Dibujar un RELOJ (Once y diez) (3 puntos)

**IDENTIFICACIÓN**

**MEMORIA** Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdaselas 5 minutos más tarde.

**ATENCIÓN** Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlas en el mismo orden. [ ] 2 1 8 5 4  
El paciente debe repetirlas en orden inverso. [ ] 7 4 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

Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65  
8 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos

**LENGUAJE** Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. [ ]  
El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación. [ ]

Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "T" en 1 minuto. [ ] \_\_\_\_\_ (N ≥ 11 palabras)

**ABSTRACCIÓN** Similitud entre p. ej. plátano-naranja = fruta [ ] tren-bicicleta [ ] reloj-regla

**RECUERDO DIFERIDO** (MIS) Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS

Puntuación de la escala de memoria (MIS)

**ORIENTACIÓN** [ ] Fecha [ ] Mes [ ] Año [ ] Día de la semana [ ] Lugar [ ] Localidad

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org MIS: /15  
Administrado por: (Normal ≥ 26/30)  
Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud. Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios

TOTAL /30

MOCA - Spain/Spanish - Version of 19 Feb 2018 - Mapi.  
ID091021 / MOCA-8.1-Test\_A/1.0\_Spanish.doc

## DESCRIPCIÓN:

### NOMBRE: PRUEBA BREVE DE FUNCIÓN COGNITIVA

#### QUÉ EVALÚA:

MEMORIA

ATENCIÓN

LENGUAJE

FUNCIONES EJECUTIVAS

ABSTRACCIÓN

VISUOCONSTRUCCIÓN

INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES:

MÁX. 30 PUNTOS

>26: NORMAL

<26: DETERIORO COGNITIVO

CARACTERÍSTICAS:

MÁS SENSIBLE QUE EL MMSE EN ETAPAS INICIALES DE DETERIORO COGNITIVO



# ESCALA DE NORTON

Escala de Norton  
(valoración del riesgo de úlceras por presión)

Criterio	Evaluado	Puntos
Estado físico	4= Bueno. 3= Débil. 2= Malo. 1= Muy mala.	
Estado mental	4= Alerta. 3= Apático. 2= Confuso. 1= Estuporoso.	
Actividad	4= Camina. 3= Camina con ayuda. 2= En silla de ruedas. 1= En cama.	
Movilidad	4= Completa. 3= Limitada ligeramente. 2= Muy limitada. ●	
Incontinencia	4= No hay. 3= Ocasional. 2= Usualmente urinaria. 1= Doble incontinencia.	
Resultado		

**Calificación:**  
- El puntaje máximo es de 20 y un mínimo de 5 puntos.  
Marque con una ✓ de acuerdo al resultado obtenido

**Interpretación**  
☐ Riesgo alto: Puntuación ≤ 12  
☐ Riesgo moderado: Puntuación ≤ 16

## DESCRIPCIÓN:

**NOMBRE: HERRAMIENTA PARA VALORAR RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

**QUÉ EVALÚA:**

**ESTADO FÍSICO**

**MOVILIDAD**

**ACTIVIDAD**

**INCONTINENCIA**

**ESTADO MENTAL**

**INTERPRETACIÓN:**

**CLASIFICA RIESGO EN BAJO, MODERADO O ALTO**

**CARACTERÍSTICAS:**

**RECOMENDADA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS E INMOVILIZADOS**

# ESCALA DE BRADEN

Escala de Braden						
	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

o Índice < 12 → Riesgo alto  
o Índice 13-15 → Riesgo medio  
o Índice 16-18 → Riesgo bajo  
o Índice > 19 → Sin riesgo

## DESCRIPCIÓN:

**NOMBRE: HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

**QUÉ EVALÚA:**

**SENSIBILIDAD**

**HUMEDAD**

**ACTIVIDAD**

**MOVILIDAD**

**NUTRICIÓN**

**FRICCIÓN/CIZALLA**

**INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES:**

**<16: RIESGO ALTO**

**17-18: RIESGO MODERADO**

**>18: RIESGO BAJO**

**CARACTERÍSTICAS:**

**LA HERRAMIENTA MÁS UTILIZADA EN HOSPITALES Y CUIDADOS PROLONGADOS**

# ESCALA DE TINETTI

<b>ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO</b>	
Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos	
<b>EQUILIBRIO SENTADO</b>	
Se inclina o desliza en la silla.....	0
Firme y seguro.....	1
<b>LEVANTARSE</b>	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda.....	1
Capaz sin utilizar los brazos.....	2
<b>INTENTOS DE LEVANTARSE</b>	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz, pero necesita más de un intento.....	1
Capaz de levantarse con un intento.....	2
<b>EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE</b>	
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
<b>EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION</b>	
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
<b>EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).</b>	
Tiende a caerse.....	0
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo.....	1
Firme.....	2
<b>OJOS CERRADOS (en la posición anterior)</b>	
Inestable.....	0
Estable.....	1
<b>GIRO DE 360°</b>	
Pasos discontinuos.....	0
Pasos continuos.....	1
Inestable (se agarra o tambalea).....	0
Estable.....	1
<b>SENTARSE</b>	
Inseguro.....	0
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.....	1
Seguro, movimiento suave.....	2
<b>TOTAL EQUILIBRIO / 16</b>	

## DESCRIPCIÓN:

**NOMBRE: ESCALA DE EQUILIBRIO Y MARCHA EN ADULTOS MAYORES**

**QUÉ EVALÚA:**

**EQUILIBRIO ESTÁTICO Y DINÁMICO**

**ESTABILIDAD DURANTE LA MARCHA**

**INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES:**

**25-28: BAJO RIESGO DE CAÍDAS**

**19-24: RIESGO MODERADO DE CAÍDAS**

**<19: ALTO RIESGO DE CAÍDAS**

**CARACTERÍSTICAS:**

**INDICADA EN REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA**

**ÚTIL EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

# TIMED UP AND GO



Timed Up and Go  
Prueba Cronometrada Levántate y Anda



## Interpretación

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

## DESCRIPCIÓN:

**NOMBRE: PRUEBA FUNCIONAL QUE MIDE MOVILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS  
QUÉ EVALÚA:**

**TIEMPO EN LEVANTARSE DE UNA SILLA  
CAMINAR 3 METROS  
GIRAR**

**REGRESAR Y SENTARSE**

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:**

**<10 SEGUNDOS: NORMAL**

**≥14 SEGUNDOS: RIESGO DE CAÍDAS**

**CARACTERÍSTICAS:**

**PRÁCTICA Y RÁPIDA**

**ALTA VALIDEZ CLÍNICA**

**ÚTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNIDAD**



# MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Mini Nutritional Assessment

**MNA<sup>®</sup>**

Nestlé  
Nutrition Institute

Apellidos:						Nombre:					
Sexo:		Edad:		Peso, kg:		Talla, cm:		Fecha:			

Responda al cuestionario eligiendo la opción adecuada para cada pregunta. Sume los puntos para el resultado final.

Cribaje	
<b>A</b> 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	<input type="checkbox"/>
<b>B</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	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí      2 = no	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
<b>F1</b> Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>
0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>

SI EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO ESTÁ DISPONIBLE, POR FAVOR SUSTITUYA LA PREGUNTA F1 CON LA F2.  
NO CONTESTE LA PREGUNTA F2 SI HA PODIDO CONTESTAR A LA F1.

<b>F2</b> Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 3 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
<b>Evaluación del cribaje</b> (max. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: <input type="checkbox"/> 8-11 puntos: <input type="checkbox"/> 0-7 puntos: <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal riesgo de malnutrición malnutrición

## DESCRIPCIÓN:

**NOMBRE: ESCALA VALIDADA PARA EVALUAR ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES**

**QUÉ EVALÚA:**

**IMC (ÍNDICE DE MASA CORPORAL)**

**PÉRDIDA DE PESO RECIENTE**

**APETITO**

**MOVILIDAD**

**PRESENCIA DE ENFERMEDADES**

**CONSUMO ALIMENTARIO**

**INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES:**

**24-30: ESTADO NUTRICIONAL NORMAL**

**17-23.5: RIESGO DE DESNUTRICIÓN**

**<17: DESNUTRICIÓN ESTABLECIDA**

**CARACTERÍSTICAS:**

**ES LA HERRAMIENTA MÁS UTILIZADA EN GERIATRÍA PARA DETECTAR PRECOZMENTE LA DESNUTRICIÓN.**

# ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

Peso	Índice de comorbilidad de Charlson	Proxy al índice de comorbilidad de Charlson	Peso
1	Infarto de miocardio	Enfermedad del corazón	1
	Insuficiencia cardiaca 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		
	Enfermedad hepática		
2	Hemiplejía	ACVA + discapacidad	2
	Insuficiencia renal moderada o severa		
	Diabetes con alguna afectación orgánica		
	Cualquier tumor	Cáncer	
	Leucemia		
	Linfoma		
3	Enfermedad hepática moderada o severa		
6	VIH		
	Tumor metastásico		

## DESCRIPCIÓN:

Qué es	Escala estandarizada que evalúa carga de enfermedades crónicas y predice mortalidad.
Qué evalúa	Incluye edad, cardiopatía, enfermedad pulmonar, renal, hepática, cáncer, diabetes, demencia, VIH.
Interpretación	Mayor puntaje = mayor riesgo de mortalidad a largo plazo.
Características	Ampliamente utilizada en investigación clínica y decisiones terapéuticas.