



Licenciatura en medicina humana

Citlali Monserrath Campos Aguilar

Dr. Abarca Espinosa Agenor

Geriatría

PASIÓN POR EDUCAR

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



Anexo 7 • 97

Actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz)

	Sí (1 punto)	No (0 puntos)
1) Baño (Esponja, regadera o tina) 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"/>
2) Vestido 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"/>
3) Uso del sanitario 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"/>
4) Transferencias 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"/>
5) Continencia Sí: Control total de esfínteres. Sí: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de enfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Alimentación Sí: Que se alimente por si 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"/>

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 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

ESCALA DE KATZ



Anexo 7 • 97

Actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz)

INDEPENDENCIA EN ABVD		
	Sí (1 punto)	No (0 puntos)
1) Baño (Esponja, regadera o tina)	<p>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.</p>	
2) Vestido	<p>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.</p>	
3) Uso del sanitario	<p>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 misma/a el pañal o cómodo vaciéndolo. No: Que no vaya al baño por sí misma/a.</p>	
4) Transferencias	<p>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.</p>	
5) Continencia	<p>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.</p>	
6) Alimentación	<p>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.</p>	
Calificación de Katz	Resultado /6 []	
[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.		

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 si 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 si solo/a toda su ropa		1
Lava por si 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 otra medio de transporte		1
Viaja en transporte público cuando va a acompañado/a por otra persona		1
Solo 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
MANEJOS DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por si 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	ORIENTACIÓN TEMPORAL (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?		ORIENTACIÓN ESPACIAL	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿En qué provincia estamos?	0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1		
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 Caballo Manzana Balón Bandera Árbol	0-1 0-1 0-1 0-1 0-1 0-1	FIJACIÓN-RECUERDO INMEDIATO (Máx. 3) Nº de repeticiones necesarias 6

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)		Nombre:		Fecha de nacimiento:											
Versión 8.1 Spanish(Spain)		Nivel de estudios:		Sexo: FECHA:											
VISUOESPACIAL / EJECUTIVA 		<input type="checkbox"/> Copiar el cubo 		Dibujar un RELOJ (Once y diez) (3 puntos)											
				PUNTOS											
				/5											
IDENTIFICACIÓN 		<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas		/3											
MEMORIA Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdaselas 5 minutos más tarde.		<input type="checkbox"/> ROSTRO <input type="checkbox"/> SEDA <input type="checkbox"/> TEMPLO <input type="checkbox"/> CLAVEL <input type="checkbox"/> ROJO		NINGUN PUNTO											
ATENCIÓN Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos en el mismo orden. El paciente debe repetirlos en orden inverso.		<input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 <input type="checkbox"/> 1 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.		<input type="checkbox"/> F B A C M N A J X K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B		/1											
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 93</td> <td><input type="checkbox"/> 86</td> <td><input type="checkbox"/> 79</td> <td><input type="checkbox"/> 72</td> <td><input type="checkbox"/> 65</td> </tr> <tr> <td colspan="5">8 o 5 respuestas correctas: 3 puntos, 2 o 3 respuestas correctas: 2 puntos, 1 respuesta correcta: 1 punto, 0 respuestas correctas: 0 puntos</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 86	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 65	8 o 5 respuestas correctas: 3 puntos, 2 o 3 respuestas correctas: 2 puntos, 1 respuesta correcta: 1 punto, 0 respuestas correctas: 0 puntos							/3	
<input type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 86	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 65											
8 o 5 respuestas correctas: 3 puntos, 2 o 3 respuestas correctas: 2 puntos, 1 respuesta correcta: 1 punto, 0 respuestas correctas: 0 puntos															
LENGUAJE Repetir: Solo se que le toca a Juan ayudar hoy. <input type="checkbox"/> El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación. <input type="checkbox"/>				/2											
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto. <input type="checkbox"/> (N ≥ 11 palabras)				/1											
ABSTRACCIÓN Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta		<input type="checkbox"/> tren-bicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla		/2											
RECUERDO DIFERIDO Puntuación de la escala de memoria (MIS)		MIS X3 Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS X2 Pista de categoría X1 Pista de elección múltiple		Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente MIS = _____ / 15											
ORIENTACIÓN © Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Administrado por: _____		<input type="checkbox"/> Fecha <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Dia de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad		MIS: /15 (Normal $\geq 26/30$) Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios TOTAL /30											

MOCA - Spain/Spanish - Version of 19 Feb 2018 - Magi.
ID#1021 / MOCA8.1-Tstt_AU1_0_ipa-ES.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. 1= Imposible.	
Incontinencia	4= No hay. 3= Ocasional. 2= Usualmente urinaria. 1= Doble incontinencia.	
Resultado		<input type="text"/>

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

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completa mente limitada	Constanteme nte húmeda	Encamado	Completa mente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablement e inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmen te húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

○ Índice < 12 → Riesgo alto
 ○ Índice 13-15 → Riesgo medio
 ○ Índice 16-18 → Riesgo bajo
 ○ 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

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	
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).		
Tiende a caerse.....	0	
Se tambalea, se sujetta, pero se mantiene solo.....	1	
Firme.....	2	
OJOS CERRADOS (en la posición anterior)		
Inestable.....	0	
Estable.....	1	
GIRO DE 360°		
Pasos discontinuos.....	0	
Pasos continuos.....	1	
Inestable (se agarra o tambalea).....	0	
Estable.....	1	
SENTARSE		
Inseguro.....	0	
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.....	1	
Seguro, movimiento suave.....	2	
TOTAL EQUILIBRIO / 16		

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[®]

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

A 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
1 = no

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

F1 Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²:
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

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.

F2 Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = 31 ≤ CP < 33
2 = CP ≥ 33

Evaluación del cribaje
(max. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal
8-11 puntos: riesgo de malnutrición
0-7 puntos: 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		
2	Enfermedad hepática		2
	Hemiplejia	ACVA + discapacidad	
	Insuficiencia renal moderada o severa		
	Diabetes con alguna afectación orgánica		
	Cualquier tumor	Cáncer	
3	Leucemia		
	Linfoma		
6	Enfermedad hepática moderada o severa		
	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.