



Licenciatura en medicina humana

Luis Josue Mendez Velasco

Agenor Abarca Espinosa

Escalas de valoración del adulto mayor

Geriatría

PASIÓN POR EDUCAR

6° A

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de septiembre del 2025.

1. Índice de Barthel

Definición: Escala de actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

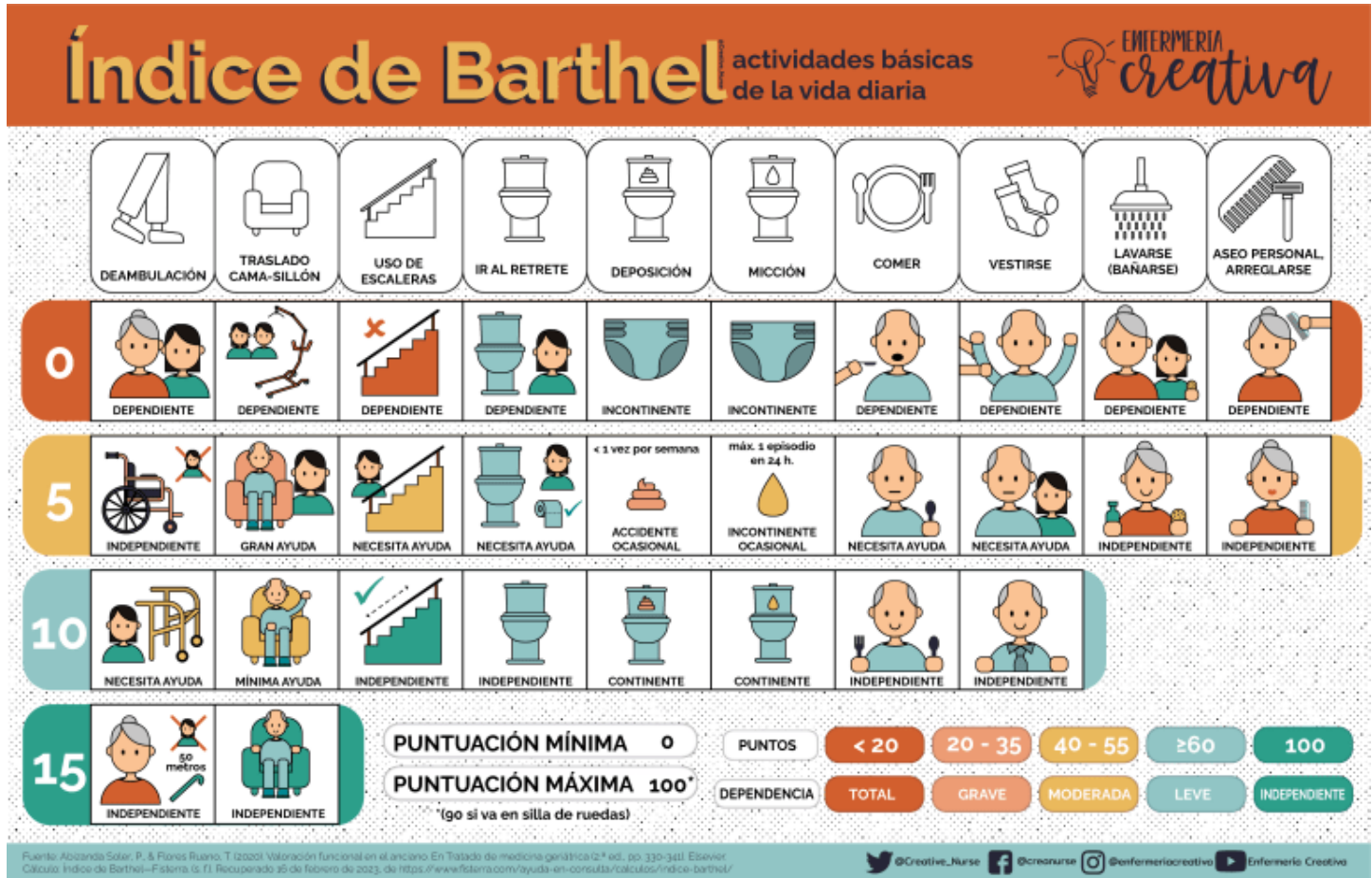
Creador: Mahoney y Barthel (1965).

Propósito: Medir el grado de independencia en tareas básicas.

Evalúa: Alimentación, baño, vestido, movilidad, continencia, etc.

Interpretación:

- 0–20 = Dependencia total
- 21–60 = Dependencia severa
- 61–90 = Dependencia moderada
- 91–99 = Dependencia ligera
- 100 = Independencia



2. Índice de Lawton y Brody

Definición: Escala de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Creador: Lawton & Brody (1969).

Propósito: Evaluar independencia en actividades más complejas.









Evalúa: Uso de teléfono, compras, manejo de medicamentos, finanzas, transporte, cocina, etc.

Interpretación:

- Puntajes altos = independiente
- Puntajes bajos = mayor dependencia en AIVD



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
Sólo utiliza el taxi o el automocil 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 ASUTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por si sólo/a		1
Necesita ayuda en grandes compras, bancos...		1
Incapaz de manejar dinero		0

3. Escala de Pfeiffer (SPMSQ)

Definición: Short Portable Mental Status Questionnaire.

Creador: Pfeiffer (1975).

Propósito: Detección rápida de deterioro cognitivo.

Evalúa: Orientación, memoria, cálculo, información personal.

Interpretación:

- 0–2 = Normal
- 3–4 = Deterioro leve
- 5–7 = Deterioro moderado
- ≥ 8 = Deterioro 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 n°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?	Reste 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

@eirypenfermera

4. Mini-Mental State Examination (MMSE)

Definición: Examen cognitivo breve.

Creador: Folstein et al. (1975).

Propósito: Detección y seguimiento de demencia.

Evalúa: Orientación, atención, memoria, lenguaje, praxias.

Interpretación:

- 24–30 = Normal
- 18–23 = Deterioro leve
- 0–17 = Deterioro moderado a 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 sí es, ni no es, ni peros"

Máximo 1 punto

Realizar correctamente las siguientes 3 órdenes: "Tome este
papel con la mano derecha (1), dóblelo por la mitad (1) y
póngalo en el suelo (1)"

Máximo 3 puntos

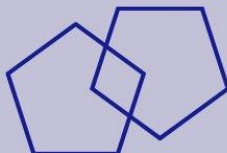
Leer y ejecutar la frase: "Cierre los ojos"

Máximo 1 punto

Escribir una frase con sujeto y predicado

Máximo 1 punto

Copiar este dibujo



Máximo 1 punto

5. Escala de Yesavage (GDS)

Definición: Geriatric Depression Scale.

Creador: Yesavage et al. (1983).

Propósito: Cribado de depresión en mayores.

Evalúa: 15 preguntas de tipo sí/no (versión corta).

Interpretación:

- 0–5 = Normal
- 6–9 = Sospecha de depresión
- ≥ 10 = Depresión establecida



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Vea directamente a la persona y explíquela 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

6. Escala de Norton

Definición: Herramienta de riesgo de úlceras por presión.

Creador: Doreen Norton (1962).

Propósito: Prevenir úlceras de decúbito.

Evalúa: Estado físico, mental, movilidad, incontinencia, actividad.

Interpretación:

- ≤ 14 = Riesgo de úlceras

Escala de Norton					
	ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4	Bueno	Alerta	Caminando	Total	Ninguna
3	Débil	Apático	Con ayuda	Disminuida	Ocasional
2	Malo	Confuso	Sentado	Muy limitada	Urinaria
1	Muy Malo	Estuporoso	En cama	Inmóvil	Doble Incontinencia

La puntuación máxima es de 20, quedando establecido el riesgo de padecer una úlcera cuando la puntuación total es de 14 o inferior.

- Puntuación de 5 a 9 - **Riesgo Muy Alto.**
- Puntuación de 10 a 12 - **Riesgo Alto.**
- Puntuación de 13 a 14 - **Riesgo Medio.**
- Puntuación mayor de 14 - **Riesgo mínimo.**

7. Escala de Braden

Definición: Escala de riesgo de úlceras por presión.

Creador: Braden & Bergstrom (1987).

Propósito: Similar a Norton, pero más detallada.

Evalúa: Percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción.

Interpretación:

- 19–23 = Sin riesgo
- 15–18 = Riesgo leve
- 13–14 = Riesgo moderado
- 10–12 = Riesgo alto
- ≤9 = Riesgo muy alto

ESCALA DE BRADEN

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

 <p>PERCEPCIÓN SENSORIAL</p>	<p>1</p>  <p>COMPLETAMENTE LIMITADA</p>	<p>2</p>  <p>MUY LIMITADA</p>	<p>3</p>  <p>LIGERAMENTE LIMITADA</p>	<p>4</p>  <p>SIN LIMITACIÓN</p>
 <p>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</p>	<p>1</p>  <p>CONSTANTEMENTE HUMEDA</p>	<p>2</p>  <p>MUY HUMEDA</p>	<p>3</p>  <p>OCASIONALMENTE HUMEDA</p>	<p>4</p>  <p>RARAMENTE HUMEDA</p>
 <p>ACTIVIDAD</p>	<p>1</p>  <p>EN CAMA</p>	<p>2</p>  <p>EN SILLA</p>	<p>3</p>  <p>DEAMBULACIÓN OCASIONAL</p>	<p>4</p>  <p>DEAMBULACIÓN FRECUENTE</p>
 <p>MOVILIDAD</p>	<p>1</p>  <p>INMOVIL</p>	<p>2</p>  <p>MUY LIMITADA</p>	<p>3</p>  <p>LIGERAMENTE LIMITADO</p>	<p>4</p>  <p>SIN LIMITACIÓN</p>
 <p>NUTRICIÓN</p>	<p>1</p>  <p>DESNUTRICIÓN</p>	<p>2</p>  <p>MUY POBRE</p>	<p>3</p>  <p>ADECUADA</p>	<p>4</p>  <p>MUY BUENA</p>
 <p>FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO</p>	<p>1</p>  <p>ES UN PROBLEMA AL MOVERLO</p>	<p>2</p>  <p>PARA MOVERSE REQUIERE AYUDA</p>	<p>3</p>  <p>NO EXISTE PROBLEMA APARENTE</p>	
<p>RIESGO ALTO: < 12 PUNTOS</p>		<p>RIESGO MODERADO: 13 A 14 PUNTOS</p>		<p>RIESGO BAJO: > 15 PUNTOS</p>

8. Test de Tinetti (POMA)

Definición: Performance-Oriented Mobility Assessment.

Creador: Mary Tinetti (1986).

Propósito: Valorar equilibrio y marcha para riesgo de caídas.

Evalúa: Equilibrio (máx. 16 pts) + Marcha (máx. 12 pts).

Interpretación:

- 25–28 = Bajo riesgo de caída
- 19–24 = Riesgo moderado
- ≤18 = Riesgo alto

ESCALA DE TINETTI

PARTE I: EQUILIBRIO	
INSTRUCCIONES: Sujeto sentado en una silla sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras.	
Baremo	EQUILIBRIO SENTADO
0	Se inclina o desliza en la silla.
1	Firme y seguro.
LEVANTARSE	
0	Incapaz sin ayuda.
1	Capaz utilizando los brazos como ayuda.
2	Capaz de levantarse con un intento.
INTENTOS PARA LEVANTARSE	
0	Incapaz sin ayuda
1	Capaz, pero necesita más de un intento.
2	Capaz de levantarse con sólo un intento.
EQUILIBRIO INMEDIATO (5 segundos) AL LEVANTARSE	
0	Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco).
1	Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte.
2	Estable sin usar bastón u otros soportes.
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN	
0	Inestable.
1	Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10cm) o usa bastón, andador u otro soporte.
2	Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.
EMPUJÓN (sujeto en posición firme; pies tan juntos como sea posible. El examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).	
0	Tiende a caerse.
1	Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene sólo.
2	Firme.
OJOS CERRADOS (en la posición anterior)	
0	Inestable.
1	Estable.
GIRO DE 360°	
0	Pasos discontinuos.
1	Pasos continuos
0	Inestable (se coge o tambalea).
1	Estable.
SENTARSE	
0	Inseguro (calcula mal distancia, cae en la silla).
1	Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.
2	Seguro, movimiento suave.
TOTAL EQUILIBRIO ... / 16	
PARTE II: MARCHA	

9. Escala Downton

Definición: Escala de riesgo de caídas.

Creador: John Downton (1993).

Propósito: Identificar adultos mayores con riesgo de caída.

Evalúa: Medicación, déficits sensoriales, estado mental, caídas previas, marcha.

Interpretación:

- ≥ 3 puntos = Riesgo de caídas



ESCALA DE DOWNTON

CRITERIOS		PUNTAJE
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICACIÓN	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICIT SENSORIAL	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/ sin ayuda	1
	Imposible	1
PUNTAJE TOTAL:		



@info.enfermeria--

10. Escala de Edmonton Frail Scale (EFS)

Definición: Escala multidimensional de fragilidad.

Creador: Rolfson et al. (2006, Canadá).

Propósito: Cribado de fragilidad geriátrica.

Evalúa: Cognición, estado de salud, independencia, apoyo social, uso de medicamentos, nutrición, estado funcional.

Interpretación:

- 0–5 = No frágil
- 6–7 = Frágil leve
- 8–9 = Frágil moderado
- ≥ 10 = Frágil severo

PROTOCOLO PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO Y ESCALA DE EDMONTON DE FRAGILIDAD

Nombre _____ Fecha _____
Expediente _____ Médico _____

ITEM	DESCRIPCION	PTS
PENTÁGONOS	5 lados iguales en cada pentágono que se intersecan creando figura de 4 lados.	0
	5 lados desiguales (2:1) en cada pentágono pero se intersecan creando figura 4 lados.	1
	Las figuras no tienen 5 lados, no hay intersección o se crean una figura sin 4 lados.	2
Deletree la palabra “MUNDO” al revés.	0 errores	0
	1 error	1
	2 errores	2
	3 errores	3
¿Cómo diría que ha estado su salud últimamente?	Bien, muy bien	0
	Regular	2
	Mala, muy mala	4
Escala de Lawton & Broddy	Dependiente en 0 a 1 actividad	0
	Dependiente en 2 a 4 actividades	1
	Dependiente en 5 o más actividades	2
“La gente usualmente tiene 1 o más personas que las ayudan y las cuidan. ¿Tiene usted a alguien así en su vida?”	Sí	0
	No sé	1
	No	2
Número de medicamentos que tiene prescritos	Menos de 5	0
	5 o más	1
¿Tiene problemas para manejar pequeñas cantidades de dinero?	Muy leve o ninguno	0
	Gran dificultad	1
“En los últimos 6 meses el peso ha...”	Aumentado o mantenido	0
	Disminuído	1
¿Se ha sentido desanimado o triste últimamente?	No	0
	Si	1
¿Se orina o se defeca en la ropa?	No, u Ocasionalmente	0
	Frecuentemente o incontinencia doble	1
“Levántese y Camine Minutado” Tiempo: ____ seg.	0-10 seg.	0
	11-20 seg	1
	>20 seg.	2
PUNTAJE TOTAL		/20

11. Escala de Katz

Definición: Índice de independencia en actividades básicas.

Creador: Sidney Katz (1963).

Propósito: Evaluar ABVD con enfoque en dependencia progresiva.

Evalúa: Baño, vestido, uso de WC, movilidad, continencia, alimentación.

Interpretación:

- A = Independiente en todas
- G = Dependiente en todas



INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA

Actividades básicas de la vida diaria (Índice de KATZ)

		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN ABVD	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 si mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por si 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 esfínteres, 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[]

12. Escala de Fragilidad de Fried

Definición: Frailty Phenotype (fenotipo de fragilidad).

Creador: Linda Fried et al. (2001, Cardiovascular Health Study).

Propósito: Identificar fragilidad física.

Evalúa: Pérdida de peso, agotamiento, fuerza de prensión, velocidad de la marcha, actividad física.

Interpretación:

- 0 = No frágil
- 1–2 = Pre-frágil
- 3–5 = Frágil

FENOTIPO DE FRIED		
Diminución no intencionada de peso	>4,5Kg o 5% del total en el último año	1 pto
Poca energía y resistencia	“¿Sentía que todo lo que hacía suponía un esfuerzo en la última semana? Positivo= cantidad de tiempo (3-4 días) o la mayor parte del tiempo”.	1 pto
Poca actividad física	Gasto Kcal/semana en el quintil inferior según Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire	1 pto
Velocidad de la marcha	Tiempo para 15 pasos según sexo. Positivo cuando el resultado está en el quintil inferior En general <0,8 m/s	1 pto
Fuerza prensora	Según sexo e IMC, en general <20%	1 pto
RESULTADO	0 ptos= Robusto 1 o 2 ptos= Prefragilidad 3 o más= Fragilidad	