



Licenciatura en medicina humana

Carlos Fernando Ruiz Ballinas

Dr. Agenor Abarca Espinosa

Escalas

Geriatría

6º “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 07 de septiembre del 2025.

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Que es: Es una herramienta clínica que mide la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria

Evalúa: La 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

Valoración funcional. 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.	
	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.	
	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.	
	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.	
	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.	
	6) Alimentación 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.	

Que es: Herramienta clínica que mide la capacidad de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria

Evalúa: Herramienta clínica que mide la capacidad de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria

Interpretación:

Mide la capacidad de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria

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 automovil 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

Que es: Mide el grado de independencia en actividades instrumentales de la vida diaria

Evalúa: Uso del teléfono, compras, preparación de comidas, tareas domésticas, lavado de ropa, transporte, medicación

Interpretación:

Hombres: 0–5 puntos

Mujeres: 0–8 puntos



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Vea directamente a la persona y explíquele 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

Que es: Instrumento diseñado para detectar síntomas depresivos en adultos mayores

Evalúa: Preguntas de cribado sobre ánimo, interés, energía y motivación

Interpretación:

0–5: Normal

6–9: Depresión leve

10–15: Depresión moderada a severa

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



Que es: Prueba neuropsicológica breve que evalúa la función cognitiva global

Evalúa: Orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje, habilidades visuoespaciales

Interpretación:

24–30: Normal

-23: Sospecha de deterioro cognitivo

Máximo: 30 puntos

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de
estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Copiar el cubo		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		___/5	
IDENTIFICACIÓN							
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				___/3	
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
	1er intento						
	2º intento						
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 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 A J 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. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.					___/3	
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>					___/2	
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)					___/1	
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla					___/2	
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Optativo	Pista de categoría						
	Pista elección múltiple						
ORIENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad					___/6	
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30	
				Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			

Que es: Prueba breve para evaluar función cognitiva incluyendo dominios superiores

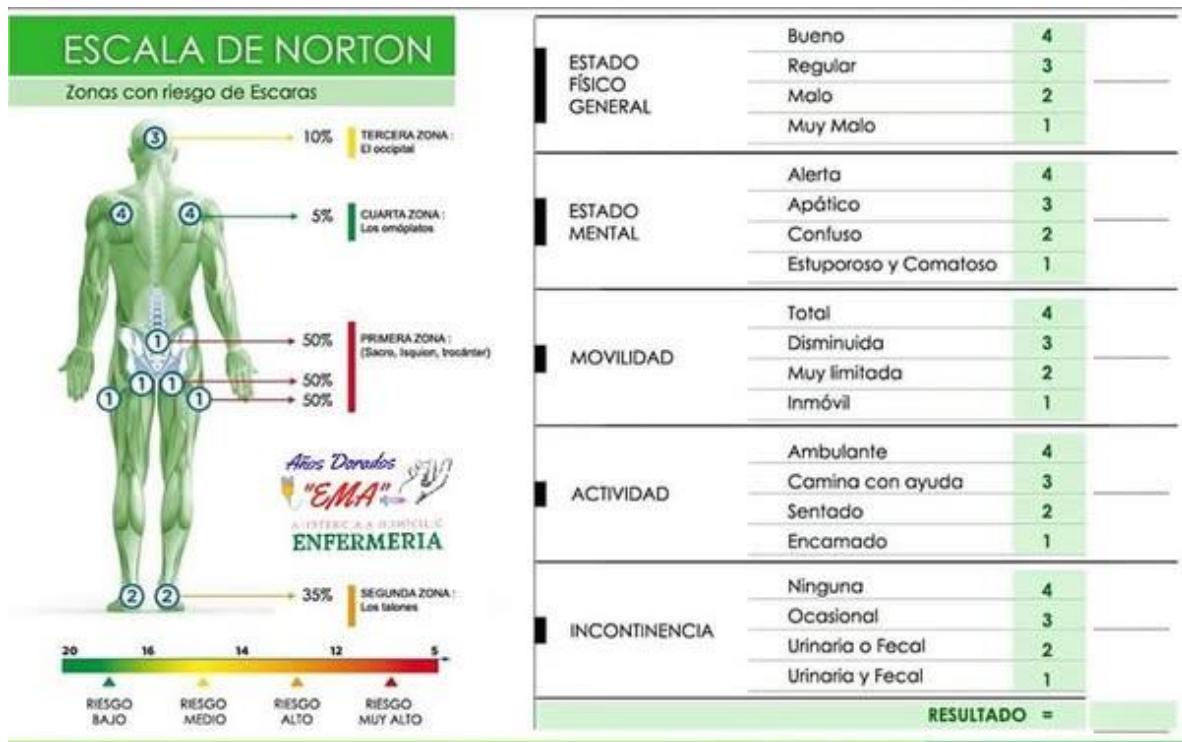
Evalúa: Memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, abstracción, vasoconstricción

Interpretación:

+ 26: Normal

-26: Deterioro cognitivo





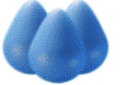
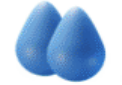
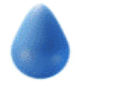
















Máx. 30 puntos



Que es: Herramienta utilizada para valorar riesgo de úlceras por presión

Evalúa: El estado físico, movilidad, actividad, incontinencia, estado mental

Interpretación: Clasificación riesgo bajo, moderado o alto

	1	2	3	4
Percepción sensorial Capacidad para responder a la incomodidad relacionada con la presión	 Completamente limitada (no responde a estímulos dolorosos)	 Muy limitada (responde solo a estímulos dolorosos)	 Ligeramente limitada (responde a órdenes verbales)	 Sin limitaciones
Humedad El grado de exposición de la piel a la humedad, ya sea por sudor, orina, heces o drenaje de heridas	 Constantemente húmeda	 Muy húmeda	 Ligeramente húmeda	 Raramente húmeda
Actividad El nivel de actividad física, incluyendo la capacidad para deambular y realizar actividades de la vida diaria	 Encamada	 En silla	 Camina con ayuda	 Camina libremente
Movilidad La capacidad para cambiar de posición de forma independiente	 Completamente inmóvil	 Muy limitada	 Ligeramente limitada	 Sin limitaciones
Nutrición El patrón habitual de ingesta de alimentos, incluyendo la cantidad y calidad de la dieta	 Muy pobre	 Probablemente inadecuada	 Adecuada.	 Excelente
Roce y Peligro Lesiones El grado en que la fricción y el cizallamiento afectan a la piel	1  Problema (requiere ayuda para moverse)	2  Problema potencial (movimientos débiles, mínima fricción)	3  Sin problema aparente (se mueve independientemente)	
Resultado	>14 pts: Riesgo Bajo	13-14 pts: Riesgo Moderado	≤12 pts: Riesgo Alto	<i>O si Existencia LPP</i>
Revaloración Escala Braden	Cada 6 meses o siempre que haya cambios en situación clínica	Cada 2 meses o siempre que haya cambios en situación clínica	Cada mes o siempre que haya cambios en situación clínica	

Que es: Herramienta de cribado para riesgo de úlceras por presión

Evalúa: La sensibilidad, humedad, actividad, movilidad, nutrición

Interpretación: -16: Riesgo alto

17–18: Riesgo moderado

+18: Riesgo bajo

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 sujeta, 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

AdminSalud App 

WORLD SOFT
Sistemas Gerenciales 



Que es: Evalúa equilibrio y marcha en adultos mayores para identificar riesgo de caídas

Evalúa: El equilibrio estático y dinámico, estabilidad en la marcha

Interpretación: 25–28: Bajo riesgo

19–24: Riesgo moderado

+19: Alto riesgo

Test LEVÁNTATE Y ANDA
(UP AND GO Riesgo de caídas)



INSTRUCCIONES:

El paciente se sienta en una silla con brazos
Se le indica que se levante (inicio prueba y de cronometraje)
camina 3 metros y vuelve a sentarse en la silla inicial
(fin de cronometraje)

PUNTOS DE CORTE:

- Menos de 10 segundos: bajo riesgo de caída.
- Entre 10 y 20 segundos: indica fragilidad (riesgo de caída).
- Más de 20 segundos: Elevado riesgo de caída.

Que es: Prueba funcional que mide movilidad y riesgo de caídas

Evalúa: El tiempo en levantarse de una silla, caminar 3 minutos, girar regresar y sentarse

Interpretación: -10 segundos: Normal

+14 segundos: Riesgo de caídas

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 2 = 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
3 = CP ≥ 31

☐

Evaluación del cribaje

(max. 14 puntos)

☐ ☐

12-14 puntos:

☐

estado nutricional normal

8-11 puntos:

☐

riesgo de malnutrición

0-7 puntos:

☐

malnutrición

Que es: Escala validada para evaluar estado nutricional en adultos mayores

Evalúa: El IMC, pérdida de peso, apetito, movilidad, enfermedades, consumo alimentario

Interpretación: 24 – 30: Normal

17 – 23.5: Riesgo de desnutrición

-17: Desnutrición establecida

DICE DE CHARLSON

Table 2

Modified Charlson Index

PATHOLOGY	SCORE
Coronary disease	1
Congestive heart failure	1
Peripheral vascular disease	1
Cerebrovascular disease	1
Dementia	1
Chronic pulmonary disease	1
Connective tissue disease	1
Peptic ulcer	1
Mild liver disease	1
Diabetes	1
Hemiplegia	2
Moderate-severe renal disease	2
Diabetes with damage to target organs	2
Any tumor, leukemia, lymphoma	2
Moderate-severe liver disease	3
Solid metastatic tumor	6
AIDS	6

Que es: Escala estandarizada que evalúa carga de enfermedades crónicas y predice mortalidad

Evalúa: La edad, cardiopatía, enfermedad pulmonar, renal, hepática, cáncer, diabetes, demencia, enf. Degenerativas

Interpretación:

A Mayor puntaje = mayor riesgo de mortalidad a largo plazo