



***LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA***

***MAURICIO ANTONIO PÉREZ HERNÁNDEZ.***

***DR. ABARCA ESPINOSA AGENOR***

***ESCALAS***

***GERIATRÍA***

***6º "A"***

# ESCALA DE BARTHEL

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. Andar 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

## DESCRIPCIÓN:

Qué es	Instrumento que evalúa la independencia 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	Ampliamente usada en rehabilitación y después de eventos agudos como ACV. Establece 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 / 6 [ 6/ ]

## DESCRIPCIÓN:

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

Qué es	Mide 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, medicación, finanzas.
Interpretación	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 (GDS)

**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

## DESCRIPCIÓN:

Qué es	Instrumento diseñado para detectar síntomas depresivos en adultos mayores.
Qué evalúa	Preguntas de cribado sobre ánimo, interés, energía y motivación.
Interpretación	0–5: Normal 6–9: Depresión leve 10–15: Depresión moderada a severa
Características	Rápida y sencilla. No diagnóstica, pero útil para derivar a psiquiatría.



# MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (MMSE)	
<b>ORIENTACIÓN</b>	
¿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
<b>MEMORIA INMEDIATA</b>	
Decir 3 nombres ("mesa" "llave" "libro") y hacer que el paciente los repita otorgando 1 punto por cada acierto	Máximo 3 puntos
<b>ATENCIÓN Y CÁLCULO</b>	
Restar de 7 en 7 a partir de 100 5 veces consecutivas, o deletrear "mundo" al revés*	Máximo 5 puntos
<b>RECUERDO DIFERIDO</b>	
Repetir los 3 nombres aprendidos anteriormente	Máximo 3 puntos
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>	
Nombrar dos imágenes mostradas "lápiz" (1) y "reloj" (1)	Máximo 2 puntos
Repetir la frase "Ni si 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
	
	
Puntuación total	Máximo 30 puntos

## DESCRIPCIÓN:

Qué es	Prueba neuropsicológica breve que evalúa la función cognitiva global.
Qué evalúa	Orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje, habilidades visuoespaciales.
Interpretación	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 (MOCA)

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

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

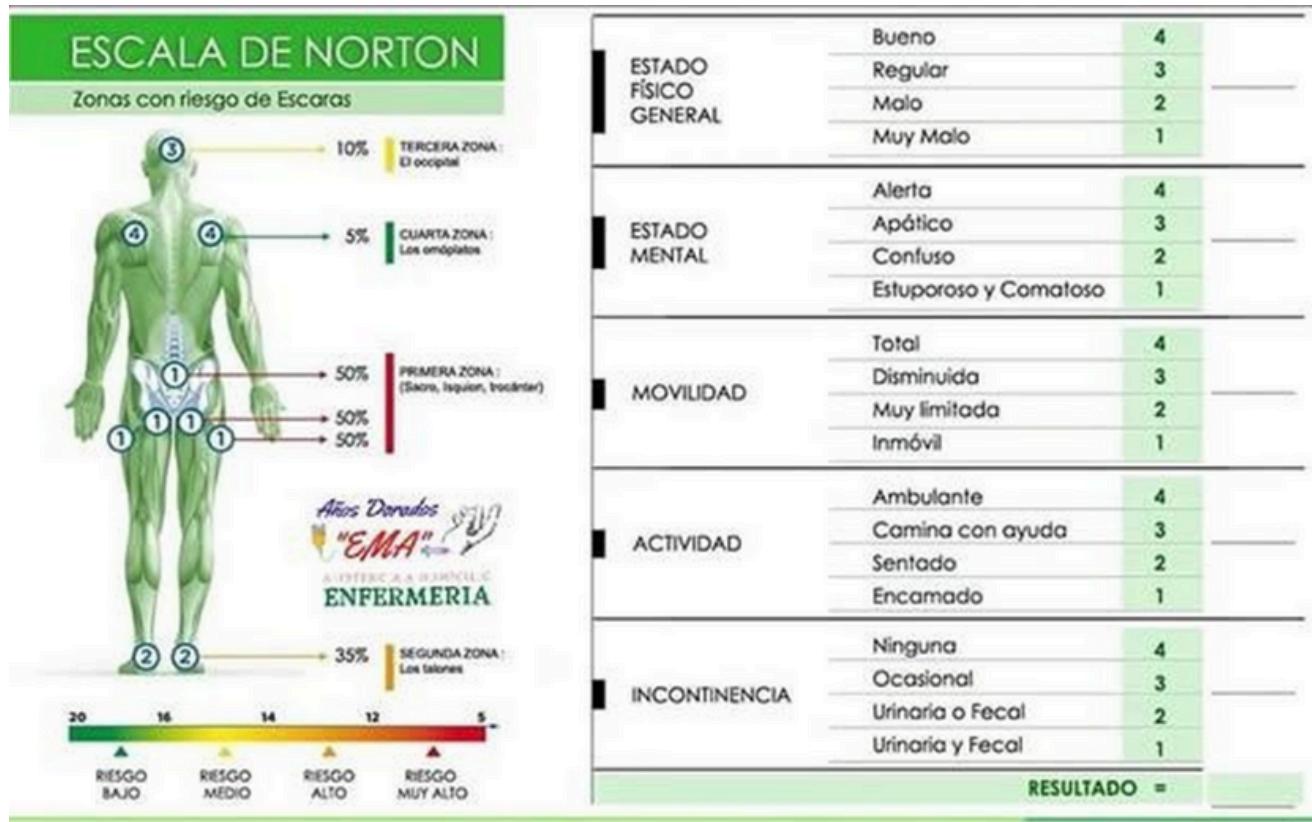
<b>VISUOSPAZIAL / EJECUTIVA</b> 		<b>Dibujar un reloj (Once y diez)</b> (3 puntos)	Puntos	
<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	___/5	
<b>IDENTIFICACIÓN</b> 				___/3
<b>MEMORIA</b> Lea la lista de palabras. El paciente debe repetirlas. Repita dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.		ROSTRO    SEDA    IGLESIA    CLAVEL    ROJO	Sin puntos	
<b>ATENCIÓN</b> 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		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 $\geq 2$ errores. <input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAJAMOFAB	___/2 ___/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.		<b>LENGUAJE</b> Repetir: El gato se escondió bajo el sofá cuando los perros entraron en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>	___/2 ___/1	
<b>ABSTRACCIÓN</b> Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla		<b>RECUERDO DIFERIDO</b> Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	___/2 ___/5	
<b>ORIENTACIÓN</b> <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		<b>TOTAL</b> Adulto 1 punto si tiene $\leq 12$ años de estudios	___/6 ___/30	

© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004  
www.mocatest.org

## DESCRIPCIÓN:

Qué es	Prueba breve para evaluar 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.

# ESCALA DE NORTON



## DESCRIPCIÓN:

Qué es	Herramienta utilizada para valorar riesgo de úlceras por presión.
Qué evalúa	Estado físico, movilidad, actividad, incontinencia, estado mental.
Interpretación	Clasifica riesgo bajo, moderado o alto.
Características	Recomendada en pacientes hospitalizados e inmovilizados.



# ESCALA DE BRADEN

HERIDAS  
en red

ESCALA BRADEN  
Versión Resumida

Valoración del  
Riesgo de  
desarrollar LPP

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

**Rozos 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

O si Existe LPP

**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

## DESCRIPCIÓN:

Qué es	Herramienta de cribado para riesgo de úlceras por presión.
Qué evalúa	Sensibilidad, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción/cizalla.
Interpretación	<16: Riesgo alto 17-18: Riesgo moderado >18: Riesgo bajo
Características	La más usada 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:

Qué es	Evalúa equilibrio y marcha en adultos mayores para identificar 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	Indicada en rehabilitación, fisioterapia y programas de prevención de caídas.

# TIMED UP AND GO (TUG)

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

Resultado: \_\_\_\_\_ seg.

**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.

## DESCRIPCIÓN:

Qué es	Prueba funcional que mide movilidad y riesgo de caídas.
Qué evalúa	Tiempo en levantarse de una silla, caminar 3 m, girar, regresar y sentarse.
Interpretación	<10 seg: Normal ≥14 seg: Riesgo de caídas
Características	Práctica, rápida y de alta validez clínica. Útil en atención primaria y comunidad.

# MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

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. Suma los puntos para el resultado final.

<b>Cribaje</b>	
<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"/>	estado nutricional normal
8-11 puntos: <input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición
0-7 puntos: <input type="checkbox"/>	malnutrición

## DESCRIPCIÓN:

Qué es	Escala validada para evaluar 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 más utilizada en geriatría para detectar precozmente desnutrición.

# ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

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 metastasic tumor	6
AIDS	6

## 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.