

# Informe sobre la capacidad funcional

## Objetivo:

Resumir la información de la evaluación de la capacidad funcional.

## Descripción:

De acuerdo con el EC00964\* del CONOCER, Evaluación de la capacidad funcional de personas mayores, el aplicar instrumentos para evaluar la capacidad funcional de personas mayores e integrar los respectivos informes son competencias críticas para el personal de salud que atiende a esa población. Con el fin de facilitar el resumen de la información en el proceso de evaluación de la capacidad intrínseca y entorno, se diseñó un formato semiestructurado que facilita la determinación de la capacidad funcional e integración de la información obtenida. El formato consta de los siguientes apartados:

- I. Ficha de identificación: aspectos sociodemográficos a fin de obtener una visión general de la persona mayor.
- II. Informe de la capacidad intrínseca: aspectos del estado de salud de la persona mayor, uso de medicamentos y evidencia de los registros de cuestionarios y pruebas utilizadas considerando sus capacidades físicas y mentales.
- III. Informe sobre el entorno. Registro de los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de la persona mayor.

## Requerimientos:

- Espacio privado, ventilado, iluminado y libre de distracciones para la realización del informe.
- Espacio acondicionado con mobiliario cómodo para la realización del informe.
- Hojas.
- Lápiz.
- Bolígrafo.
- Goma.
- Sacapuntas.
- Formato de informe de la capacidad funcional.
- Formatos de evaluación y registros utilizados anteriormente para la determinación de la capacidad intrínseca y entorno.
- Tabla sujetapapeles.

## Instrucciones:

Derivado de la información recabada, el evaluador de la capacidad funcional de la persona mayor deberá registrar los datos obtenidos del proceso utilizando el formato como guía para lo cual se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Todos los apartados deben ser llenados en su totalidad.
2. En caso de información no obtenida o innecesaria de registrar deberá colocar la leyenda n/a.
3. En caso de tener información extra, regístrela en el apartado de observaciones.
4. Anexe cualquier documento en copia u original (según sea el caso) adicional a este formato.
5. Registre nombre completo firma y apellidos.
6. Asegurarse de no omitir información referente a las evaluaciones.

## Documento elaborado con base en el EC0964:

- Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (2017), Evaluación de la capacidad funcional de personas mayores. Ciudad de México, México. DOF, disponible en: <http://bit.ly/2Pw6PXO>



# Informe sobre la capacidad funcional

Código de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de recopilación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre(s) y apellido(s): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Edad: \_\_\_\_\_ años      Sexo:  H  M

Domicilio completo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_      Ocupación principal: \_\_\_\_\_      Escolaridad (en años): \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_      Número telefónico (local o móvil): (    ) \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

## II. INFORME SOBRE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA

### 2.1 Informe del estado de salud

Habitus exterior:

Motivo de la visita/consulta y padecimiento actual:

Antecedentes heredofamiliares:

Antecedentes personales no patológicos:

Antecedentes personales patológicos



## Informe sobre la capacidad funcional

Información sobre directrices anticipadas (marque con una ✓):

<input type="checkbox"/> Contempla directrices anticipadas	Que ha contemplado:
<input type="checkbox"/> Aún no contempla directrices anticipadas	Personas a quienes ha informado de las mismas:
	<input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Testigos <input type="checkbox"/> Personas de confianza

Síntomas por aparatos y sistemas:

Enfermedades autorreportadas:

Enfermedades probables:

--	--

Factores de riesgo identificados :

FC: ___X'	FR: ___X'	Temp: ___ °C	<b>TA decúbito supino:</b>	Brazo izquierdo /	Brazo derecho /
Talla: _____ mts.	Peso: _____ Kg		<b>TA Bipedestación:</b>	Brazo izquierdo /	Brazo derecho /

## 2.2 Informe sobre la medicación

Medicamentos:

Nombre	Dosis	Frecuencia de uso	Vía de administración	Tiempo de uso	Indicado para	Reacciones adversas



## Informe sobre la capacidad funcional

Productos terapéuticos alternativos:

Nombre	Dosis	Frecuencia de uso	Vía de administración	Tiempo de uso	Indicado para	Reacciones adversas

Medicamentos potencialmente inapropiados (criterios de Beers/STOPP)

### 2.3 Informe de los cuestionarios y las pruebas realizadas

<b>Índice de Katz</b>	Resultado: ____/6 [ ]	Interpretación
<b>Índice de Lawton</b>	Resultado: ____/8	Interpretación
<b>Velocidad de la marcha</b>	Resultado Tiempo: ____seg.	Interpretación
<b>Prueba cronometrada levántate y anda</b>	Resultado Tiempo: ____seg.	Interpretación
<b>Prueba corta de desempeño físico</b>	Resultado Total de la actividad: ____/12.	Interpretación
<b>Hipotensión ortostática</b>	Marque con una <input checked="" type="checkbox"/>	[ ] Presencia [ ] Ausencia
<b>Caídas en el último año</b>	[ ] Sí [ ] No	Número de caídas en el último año



## Informe sobre la capacidad funcional

### Agudeza visual

Seleccione el instrumento que utilizó para medir la agudeza visual. (marque con una ✓)

Tarjeta de bolsillo

Carta de pared de Snellen

Peek Acuity

Resultado

Ojo izquierdo	Ojo derecho
/	/

Interpretación

--

### Audición (marque con una ✓)

Obstrucción de conductos  
auditivos externos

Presencia

Ausencia

Prueba del susurro

Resultado

Oído izquierdo		Oído derecho	
Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>

Interpretación

--

### Posibles Trastornos del dormir (marque con una ✓)

Probable Insomnio

Probable Somnolencia

Probable Síndrome de Apneas Obstructivas de Sueño

Probable Nocturia

### Estado cognitivo

Prueba Mini-Cog™

Resultado: \_\_\_\_/5

Interpretación

--

Mini examen del  
estado mental

Resultado: \_\_\_\_/30

Interpretación

Describe las áreas alteradas

--	--

Montreal Cognitive  
Assessment (MoCA®)

Resultado: \_\_\_\_/30

Interpretación

--

Prueba de fluencia  
semántica (Animales)

Resultado:

N° de palabras en un minuto

Interpretación

--	--

### Estado afectivo

Seleccione el instrumento que utilizó para evaluar a la persona mayor. (marque con una ✓)

Escala de Depresión del Centro de  
Estudios Epidemiológicos (CESD-7)

Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15)

Resultado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Interpretación

--



## Informe sobre la capacidad funcional

### Estado nutricional

Mini-evaluación nutricional  
- versión corta (MNA-SF)

Resultado: \_\_\_\_/14

Interpretación

### Úlceras por presión

Seleccione el instrumento que utilizó para evaluar a la persona mayor. (marque con una ✓)

Escala Braden

Escala Norton

Resultado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Interpretación

### Fragilidad

Instrumento FRAIL

Resultado: \_\_\_\_/5

Interpretación

### Autopercepción de salud (marque con una ✓)

Positiva

Negativa

Considera su salud:

Excelente

Regular

Muy buena

Mala

Buenas

Muy mala

Percepción del estado de salud comparada con otras personas de su edad: (marque con una ✓)

Mejor

Igual

Peor

Impedimento de desarrollar sus actividades habituales por estado de salud:

No

Sí

Síndromes geriátricos identificados (marque con una ✓)

<input type="checkbox"/> Polifarmacia	<input type="checkbox"/> Dependencia funcional	<input type="checkbox"/> Déficit sensorial	<input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Trastornos del dormir
<input type="checkbox"/> Probable deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Probable depresión		<input type="checkbox"/> Riesgo de desnutrición <input type="checkbox"/> Desnutrición
<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Úlceras por presión	<input type="checkbox"/> Fragilidad		<input type="checkbox"/> Patología de pies
<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Probable maltrato	<input type="checkbox"/> Patología bucodental		<input type="checkbox"/> Trastornos de marcha
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)				

Elaboró:

\_\_\_\_\_  
Nombres(s) y apellido(s) completos

\_\_\_\_\_  
Firma



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



## Informe sobre la capacidad funcional

### III. INFORME SOBRE EL ENTORNO

Afiliación a servicios de salud/seguridad social (marque con una ✓)

<input type="checkbox"/> Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS	<input type="checkbox"/> Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE
<input type="checkbox"/> Seguro Popular	<input type="checkbox"/> Petróleos Mexicanos PEMEX
<input type="checkbox"/> Instituto de Salud del Estado de México ISEM	<input type="checkbox"/> Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios ISSEMyM
<input type="checkbox"/> Secretaria de Marina SEMAR	<input type="checkbox"/> Secretaria de la Defensa Nacional SEDENA
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	

Disponibilidad de cuidador primario (especifique):

Suficiencia económica

Fuentes de ingreso económico

(especificar fuente de ingresos, marque con una ✓)

	<input type="checkbox"/> Aún trabaja	<input type="checkbox"/> Apoyo de cónyuge	<input type="checkbox"/> Pensión:	<input type="checkbox"/> Jubilación	<input type="checkbox"/> Apoyo familiar
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			<input type="checkbox"/> Invalidez	<input type="checkbox"/> Viudez

**Interpretación del Inventario  
de Recursos Sociales**

Interpretación

Presencia de probable maltrato incluyendo signos/hallazgos (marque con una ✓)

Temor a padecer daño físico, psicológico y sexual por alguien en casa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Situaciones en las que otros disponen de sus pertenencias/dinero/ tarjetas bancarias/otros sin su consentimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Respeto de autonomía en la toma de decisiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Signos/hallazgos

En caso de presentarse, describa los signos/hallazgos evidentes en la persona mayor

**Barreras de el entorno físico para la movilidad (marque con una ✓)**

<input type="checkbox"/> Barreras para la movilidad dentro de su domicilio	<input type="checkbox"/> Barreras para la movilidad en el transporte
<input type="checkbox"/> Barreras para la movilidad fuera de su domicilio	<input type="checkbox"/> Otras: _____



## Informe sobre la capacidad funcional

### Barreras para la accesibilidad a dispositivos auxiliares (marque con una ✓)

 Presencia de barreras Ausencia de barreras

### Barreras para la realización de actividades de participación social/recreación (marque con una ✓)

 Presencia de barreras Ausencia de barreras

Descripción de las actividades/participación con limitación/restricción con base a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Estado de la capacidad funcional de la persona mayor. (marque con una ✓)

 Alta y estable Disminuida Pérdida considerable

### Observaciones:

Elaboró:

\_\_\_\_\_  
Nombres(s) y apellido(s) completos

\_\_\_\_\_  
Firma

