

Cama: 8  
Dr. Δ20VE

### CLÍNICA DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA EVALUACIÓN GLOBAL DE PRIMERA VEZ

Registro:

NOMBRE: Alvaro Navarajo Chavez  
EDAD: 65 SEXO: M FECHA DE NACIMIENTO: 19-02-1955  
FECHA DE INGRESO: 11-05-20 FECHA DE EVALUACIÓN: 11-05-20  
DX DE INGRESO: Alzheimer

<b>A.H.P.</b>	Diabetes Mellitus	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	_____
	Hipertensión arterial	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	_____
	Cardiopatía Isquémica	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	_____
	Demencia	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	_____
	Cáncer	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	_____
	Fracturas Patológicas	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	_____
<b>ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS</b>	TABAQUISMO	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	_____
	ETILISMO	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	_____
	HUMO DE LEÑA	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	_____
	TOXICOMANÍAS	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	_____
	ESCOLARIDAD: _____ años.	SABE LEER Y ESCRIBIR: <b>SI</b> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	ORIGINARIO/A: _____	RESIDENTE: <input type="checkbox"/>		
	ESTADO CIVIL: <b>1. Casado</b> <input checked="" type="checkbox"/>	2. Divorciado o Separado <input type="checkbox"/>	3. Soltero <input type="checkbox"/>	
	4. Viudo <input type="checkbox"/> _____ años.	5. Unión Libre <input type="checkbox"/>		
	LUGAR DE RESIDENCIA:	1. Vivienda Particular <input type="checkbox"/>	2. Vivienda Asistida <input type="checkbox"/>	
	3. Asilo <input checked="" type="checkbox"/>	4. Hospital <input type="checkbox"/>		
	TELÉFONO: <u>9613337775</u>	CIUDAD Y ESTADO: <u>Mexico</u>		
	¿ASISTE A UNA ESTANCIA DE DÍA? SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Tiempo: _____	
	¿CON QUIÉN VIVE?	1. Cónyuge <input type="checkbox"/>	4. Asilo <input checked="" type="checkbox"/>	
	2. Otro Familiar o Amigo <input type="checkbox"/>	5. Solo <input type="checkbox"/>		
	3. Vida Comunitaria <input type="checkbox"/>			
¿Cómo describiría su SITUACIÓN ECONÓMICA?	1. Excelente <input checked="" type="checkbox"/>	2. Muy Buena <input type="checkbox"/>	3. Buena <input type="checkbox"/>	
4. Mala <input type="checkbox"/>	5. Muy Mala <input type="checkbox"/>			
Ocupación habitual: _____				
Forma de Manutención: <u>Dinero</u>	SEGURO: _____			
Proveedor Primario: <u>Hijas</u>				

SUEÑO

1. Sufre de insomnio: SI NO Conciliación: Mantenimiento:  
2. Cuantas hrs duerme: 8 horas

APOYO

En caso de ser necesario ¿Cuenta con alguien que se pudiera responsabilizar de su atención?  
1. Actividades Básicas de la Vida Diaria SI No  
2. Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria SI No

RED SOCIAL

NÚMERO DE HIJOS:

Total 3 Hombres 1 Mujeres 2

CUIDADOR PRIMARIO:

NOMBRE: Beatriz Chavez Balmes EDAD: 30 años.

ESTADO CIVIL: 1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado/Separado.  
4. Viudo años. 5. Unión Libre.

PARENTESCO: 1. Hijo 2. Cuidador Formal. 3. Cónyuge.  
4. Amigo 5. Otro Especificar:

ESCOLARIDAD: años. OCUPACIÓN: Ama de casa

RESPONSABLE LEGAL:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ENFERMEDADES CRÓNICAS

DIAGNÓSTICOS	AÑO DE DX

ALÉRGICOS: SI No Especificar:

QUIRÚRGICOS: SI No Especificar: Vasectomía

TRANSFUSIONALES: SI No Especificar:

FRACTURAS: SI No Especificar: clavícula.



MEDICINA PREVENTIVA

INFLUENZA  
NEUMOCOCO

Sí  No   
Sí  No

Fecha de Aplicación: 13 - mayo - 2019  
Fecha de Aplicación: 20 - Dicie - 2019  
Edad de Aplicación: 64 años.

Pacientes Institucionalizados o de Alto Riesgo Inmunológico:

TOXOIDE TETANICO  
PPD (PRUEBA DE MANTOUX)  
Resultado: \_\_\_\_\_

Sí  No  Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_  
Sí  No  Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Mujeres  
CITOLOGIA CERVICAL  
Resultado: \_\_\_\_\_

Sí  No  Fecha de Realización: \_\_\_\_\_

MAMOGRAFIA / EXP. MAMARIA  
Resultado: \_\_\_\_\_

Sí  No  Fecha de Realización: \_\_\_\_\_

Varones  
TACTO RECTAL / P.S.A.  
Resultado: \_\_\_\_\_  
DENSITOMETRIA OSEA:

Sí  No  Fecha de Realización: \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene antecedente de haber cursado con **DELIRIUM** en internamientos previos o en circunstancias anteriores? Sí  No

METODO DE EVALUACIÓN DE CONFUSION (CAM)

DELIRIUM

CRITERIO		DESCRIPCIÓN	PRESENCIA	
A	Cambio agudo en el estado mental	Reportado por familiar, cuidador, personal medico o de enfermería	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
B	Fluctuación de síntomas en minutos u horas	Reportado por familiar, cuidador o personal de enfermería	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C	Alteraciones en la atención	Incapacidad para realizar números en regresión (20 al 1) o meses en regresión (Diciembre a Enero)	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
D	Alteración del Estado de Conciencia	Agitación <input type="checkbox"/> Somnolencia <input checked="" type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
E	Pensamiento Desorganizado	Lenguaje Incoherente o divagante	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

(A+B+C) + D o E: Confirmación de Diagnóstico de **Delirium** Sí  NO   
¿Cumple con criterios del DSM IV para **Delirium**? Sí  NO

PREDOMINIO: Hiperactivo  Hipoactivo  Mixto

¿Amerita uso de antipsicótico? Sí  NO   
MOTIVO: \_\_\_\_\_



**AUXILIAR DE LA MARCHA**

1. ¿Utiliza auxiliar de la marcha? **SI**  No

2. ¿Qué auxiliar utiliza?

**Bastón 1 pata**

**Andadera**

Bastón 4 patas

Delta con ruedas

Andadera con ruedas

Otro: \_\_\_\_\_

3. ¿Utiliza Silla de Ruedas? **SI**  No

**ACTIVIDAD FÍSICA**

Horas de ejercicio / actividad física en los últimos 3 días antes del inicio de la enfermedad precipitante del ingreso. En pacientes ambulatorios aplicarse en lo realizado dentro de su rutina habitual.

Mas de 2 horas

1-2 horas

**Menos de 1 hora**

Ninguna

**EXTENUACIÓN FÍSICA**

1. ¿Siente que todo lo que hace requiere un gran esfuerzo?

**SI**

**No**

Frecuencia \_\_\_\_\_

2. ¿Siente que ya no puede seguir adelante?

**SI**

**No**

Frecuencia \_\_\_\_\_

0= Muy raramente (<1 día). 1= Algunas veces o un poco (1-2 días). 2= Una cantidad moderada (3-4 días). 3= La mayor parte del tiempo (3-4 días).

**ESCALA DE ROSOW-BRESLAU (MOVILIDAD)**

1. Sube y baja escaleras para llegar al siguiente piso.

Premorbido

Actual

2. Es capaz de caminar 500 metros.

3. Realiza trabajo pesado en casa (ej. lavar paredes).

TOTAL

2 / 3

1 / 3

**ÍNDICE DE NAGI (DISCAPACIDAD)**

¿Es el paciente capaz de . . . . . ?

1. Inclinarsé, agacharse, arrodillarse (ej. recoger objetos)

2. Levantar los brazos por arriba de los hombros

3. Escribir o manipular pequeños objetos (ej. monedas)

4. Empujar o jalar objetos (ej. silla)

5. Levantar y cargar objetos de 5kg o más

TOTAL

1 / 5

4 / 5

## DEGLUCIÓN

- |                                            |    |                          |    |      |
|--------------------------------------------|----|--------------------------|----|------|
| 1. ¿Usa prótesis dentales?                 | Sí | <input type="checkbox"/> | No | 1111 |
| 2. ¿Siente la boca seca?                   | Sí | <input type="checkbox"/> | No |      |
| 3. ¿Se ahoga al ingerir los alimentos?     | Sí | <input type="checkbox"/> | No |      |
| 4. ¿Presenta tos al ingerir los alimentos? | Sí | <input type="checkbox"/> | No |      |
| 5. ¿Con cuáles es más frecuente? _____     |    | <input type="checkbox"/> |    |      |

6. ¿Padece estreñimiento? NO Patrón de evacuaciones:

PESO: 87 kg

TALLA: 1.80 cm

ÍNDICE DE MASA CORPORAL: 26.85 kg/m<sup>2</sup>

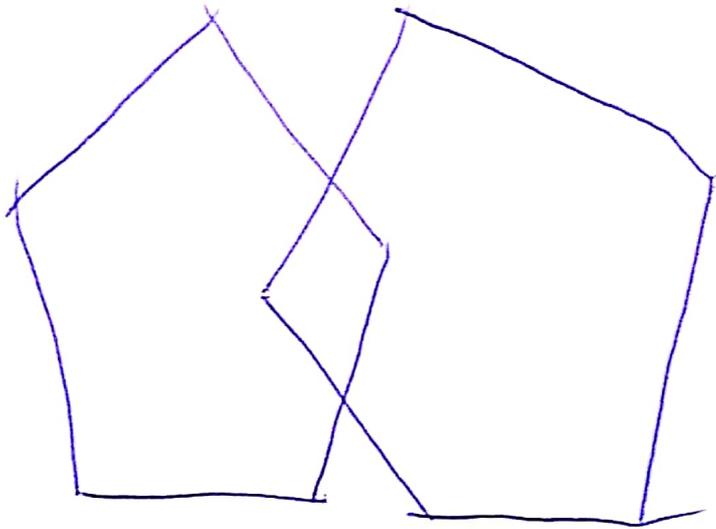
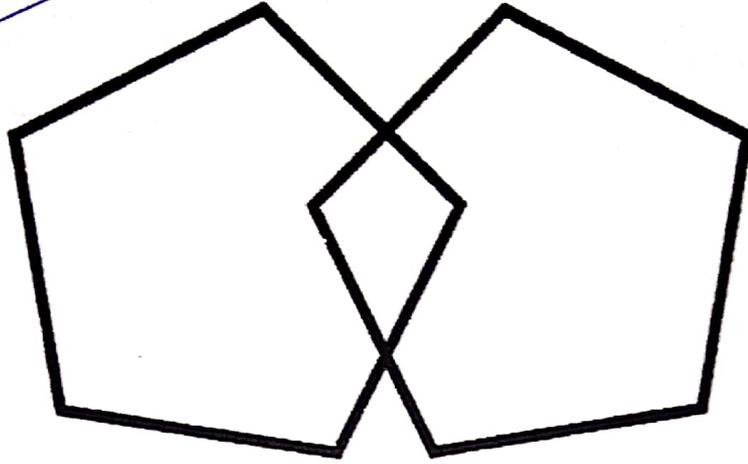
### DETECCIÓN DE DESNUTRICIÓN EN PERSONAS ADULTAS MAYORES (DNA®)

LA PERSONA		
Es muy delgada (percepción del encuestador)	Sí	2
	No	0
¿Ha perdido peso en el curso del último año? ¿Cuánto?	Sí	1
	No	0
¿Sufre de artritis con repercusión en su funcionalidad global?	Sí	1
	No	0
Incluso con anteojos, ¿su visión es...?	BUENA	0
	MEDIOCRE	1
	MALA	2
¿Tiene buen apetito?	CON FRECUENCIA	0
	A VECES	1
	NUNCA	2
¿Ha vivido recientemente acontecimientos que le han afectado profundamente (enfermedad personal, pérdida de un familiar)?	Sí	1
	No	0
LA PERSONA COME HABITUALMENTE		
Frutas o jugo de frutas	Sí	0
	No	1
Huevos, queso, frijoles o carne	Sí	0
	No	1
Tortilla, pan o cereal	Sí	0
	No	1
Leche (más de ¼ de taza)	Sí	0
	No	1
<b>TOTAL</b>		

- 6-13: RIESGO NUTRICIONAL ELEVADO: Auxilio en la preparación de las comidas y colaciones, consulta con profesional de la nutrición. Aplique MNA.
- 3-5: RIESGO NUTRICIONAL MODERADO: Supervisión constante de la alimentación (seguimiento para informarse regularmente, aconsejar y animar). Aplique MNA.
- 0-2: RIESGO NUTRICIONAL BAJO: Vigilancia en cuanto a la aparición de un factor de riesgo (cambio de situación, baja ponderal).



EJERCICIO  
PACIENTE. CADUEZ  
ALVARO.



## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

	Sí	No
1. En general, ¿está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3. ¿Siente que su vida esta 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. ¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo/a?	0	1
12. ¿Actualmente se siente Inútil?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente esta en mejor situación que usted?	1	0

TOTAL

12 / 15

1. ¿Tiene úlceras por presión?  SÍ  NO

Localización: \_\_\_\_\_

ESCALA DE NORTON

PARÁMETRO	ESCALA	PUNTOS
Condición Física	4= Buena. 3= Adecuada. 2= Pobre. 1= Muy mala.	2
Condición Mental	4= Alerta. 3= Apático. 2= Confuso. 1= Estuporoso.	2
Actividad	4= Deambula solo. 3= Deambula con asistencia. 2= Confinado a silla. 1= Confinado a cama.	4
Movilidad	4= Completa. 3= Levemente afectada. 2= Muy limitada. 1= Inmóvil.	3
Incontinencia	4= Ausente. 3= Ocasional. 2= Frecuente / Urinaria. 1= Urinaria + Fecal.	3
<b>TOTAL</b>		19

< 14 puntos: Alto riesgo de desarrollar Úlceras por Presión  SÍ  NO

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

- |                                                         |                                                        |                                                                  |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Afasia                         | <input checked="" type="checkbox"/> Fragilidad         | <input type="checkbox"/> Regresión Psicomotriz                   |
| <input type="checkbox"/> Caídas                         | <input type="checkbox"/> Hipotensión Ortostática       | <input checked="" type="checkbox"/> Sx de Inmovilidad            |
| <input type="checkbox"/> Colapso del Cuidador           | <input type="checkbox"/> Incontinencia Fecal           | <input type="checkbox"/> Sx de Piernas Inquietas                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Déficit Auditivo    | <input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria        | <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno del Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Déficit Visual                 | <input type="checkbox"/> Abuso                         | <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno del Sueño          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Depresión           | <input checked="" type="checkbox"/> Obesidad           | <input type="checkbox"/> Trastorno de la Marcha                  |
| <input type="checkbox"/> Desnutrición                   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                  | <input type="checkbox"/> Trastorno Electrolítico                 |
| <input type="checkbox"/> Del. Funcional Inexplicado     | <input type="checkbox"/> Patología de los Pies         | <input type="checkbox"/> Pérdida de Autonomía                    |
| <input type="checkbox"/> Encamizamiento Terapéutico     | <input type="checkbox"/> Patología Dental              | <input type="checkbox"/> Dependencia                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Úlceras por Presión | <input type="checkbox"/> Patología Social              |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Estado Terminal                | <input type="checkbox"/> Perdida de Vitalidad          | <b>NÚMERO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS</b>                         |
| <input type="checkbox"/> Impactación Fecal              | <input type="checkbox"/> Polifarmacia                  |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Delirium                       | <input type="checkbox"/> Problemas Éticos              |                                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Demencia            | <input checked="" type="checkbox"/> Problemas Sexuales |                                                                  |

# NUEVOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN EVALUACIÓN GLOBAL

## MÉDICOS:

1. Cefalea.
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## PSICOLÓGICOS:

1. Depresión
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## SOCIALES:

1. Aislado
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

CONCLUSIONES

## RECOMENDACIONES

### 1. APOYO DIAGNÓSTICO:

- a. CONSULTANTE (S) (Especificar): Medico Acue.
- b. ESTUDIO (S) (Especificar): encefalograma

### 2. CUIDADOS A LARGO PLAZO.

- a. PLANEACIÓN DE ALTA (Especificar): dar seguimiento  
diarético, medicamentos, a su hora.
- b. PROVEER SERVICIOS (Especificar):  
dieta en 1 mes.

### 3. PROGRAMA DE REHABILITACIONES: \_\_\_\_\_ psiquiátrico

### 4. NUTRICIÓN:

- a. ESTADO DENTAL: Negado
- b. APOYO NUTRICIO: Negado

### 5. DELIRIUM / DEMENCIA / DEPRESIÓN (Especificar): \_\_\_\_\_ Depresión

### 6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: \_\_\_\_\_ lorazepam, aspirina

### 7. RECOMENDACIONES MÉDICAS GENERALES: \_\_\_\_\_ Bañarlos, alejarlos de humos, tratamiento a su hora, alimentación