



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina Humana**

**SEMESTRE:**

6° A

**MATERIA:**

GERIATRIA

**TRABAJO:**

EVALUACIONES DEL ADULTO MAYOR (MAPAS CONCEPTUALES)

**DOCENTE:**

DR. EZRI NATANAEL PRADO HERNANDEZ

**ALUMNO (A):**

YANETH ORTIZ ALFARO

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS, 19 DE NOVIEMBRE DEL 2021.

# Evaluación mental y psicoafectiva

## Evaluación del deterioro cognitivo

Déficit de las funciones mentales superiores

Es más común

La pérdida de la memoria.

Se cataloga como

Síndrome geriátrico

Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

Ajustado a la edad y escolaridad de los sujetos

Clasificación

- Leve: 19 a 23 puntos.
- Moderado 14 a 18 puntos
- Severo < 14 puntos

## Evaluación de depresión

El trastorno depresivo mayor en el anciano

- ✚ Pérdida de peso
- ✚ Insomnio
- ✚ Somatizaciones

Escala de Depresión geriátrica

30, 15 y 5 reactivos

Herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos

97% y 85% respectivamente.

Prueba positiva

2 de 5 son afirmativas, 6 de 15 son afirmativas y 15 de 30 son afirmativas en GDS de 5, 15 y 30 respectivamente

## Evaluación del delirium

El delirium es un trastorno que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, es particularmente frecuente en ancianos, sobre todo los que son frágiles o tienen demencia.

Causas

infecciones, hipoxia, desequilibrio

Método de evaluación de confusión o Confusion

Utilizada para una identificación rápida de delirium, tiene una sensibilidad de 94% al 100%, especificidad de 90% al 95%

Preguntar

Presentados cambios recientes en la conducta, o en la conciencia

## Evaluación de demencia

Trastorno que se acompaña de:

Apraxia, afasia, agnosia y deterioro de la función ejecutiva que condiciona un deterioro significativo en la función previa del paciente en aspectos laborales, sociales o ambos.

1. Evidencia de déficit cognitivo sustancial respecto al nivel previo

2. Déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia

3. Los déficits cognitivos no aparecen de manera exclusiva en el contexto de delirium

4. Déficits cognitivos no son al inicio atribuibles a otro trastorno

## Clasificación de las demencias.

CIE-10 y DSM-IV (SEN)

### 1 Demencias Degenerativas o Primarias:

Demencia tipo Alzheimer.  
Otras primarias

### 2 Demencias Secundarias:

Demencias Vasculares  
Otras secundarias

### 3 Demencias Combinadas:

**Enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada**  
**Otras demencias combinadas**

# Evaluación de trastorno del sueño

## Concepto

### Sueño

El acto de dormir como la actividad de la mente

### Trastorno del sueño

Alteraciones relacionadas con el proceso de dormir

Trastornos de la cognición, retardo psicomotor y un mayor riesgo de accidentes y lesiones.

La calidad de vida del individuo afectado, y generan una carga social y económica significativa, su entorno y el sistema de salud

### Etapas

1. Hipersomnia no orgánico

2. sueño-vigilia

3. Insomnio no orgánico

## Características del sueño en el adulto mayor

- Sueño polifásico
- Desestructuración de las fases del sueño
- Mayor número de despertares nocturnos
- Mayor dificultad para conciliar el sueño tras los despertares
- Disminución de la eficacia del sueño
- Menor latencia de la primera fase REM
- Disminución progresiva del umbral del despertar (auditivo) Cambios en los ritmos circadianos
- Mayor percepción de mala calidad del sueño

## Abordaje clínico

- Queja primaria (insomnio)
- Abordaje de comorbilidad
- Tipología de los trastornos del sueño
- Somnolencia excesiva
- Apnea del sueño
- Parasomnias
- Piernas inquietas
- Trastorno de fase

## Tratamiento

- Tratamiento no farmacológico del insomnio.
- Terapia cognitiva-conductua.
- Inductores del sueño de acción corta por cortos periodos

## Diagnostico

El autorreporte del paciente acerca de tener dificultad para conciliar el sueño

### Asociación

A la vida del paciente, ya sea a nivel social, laboral u ocupacional

### Clasificación

Primario y secundario

### Actigrafía

Registro de los movimientos de la mano del paciente durante el sueño mediante un sensor de movimiento (acelerómetro) colocado en la muñeca del paciente

Caracterizar patrones de sueño-vigilia

## Evaluación

### Entrevista

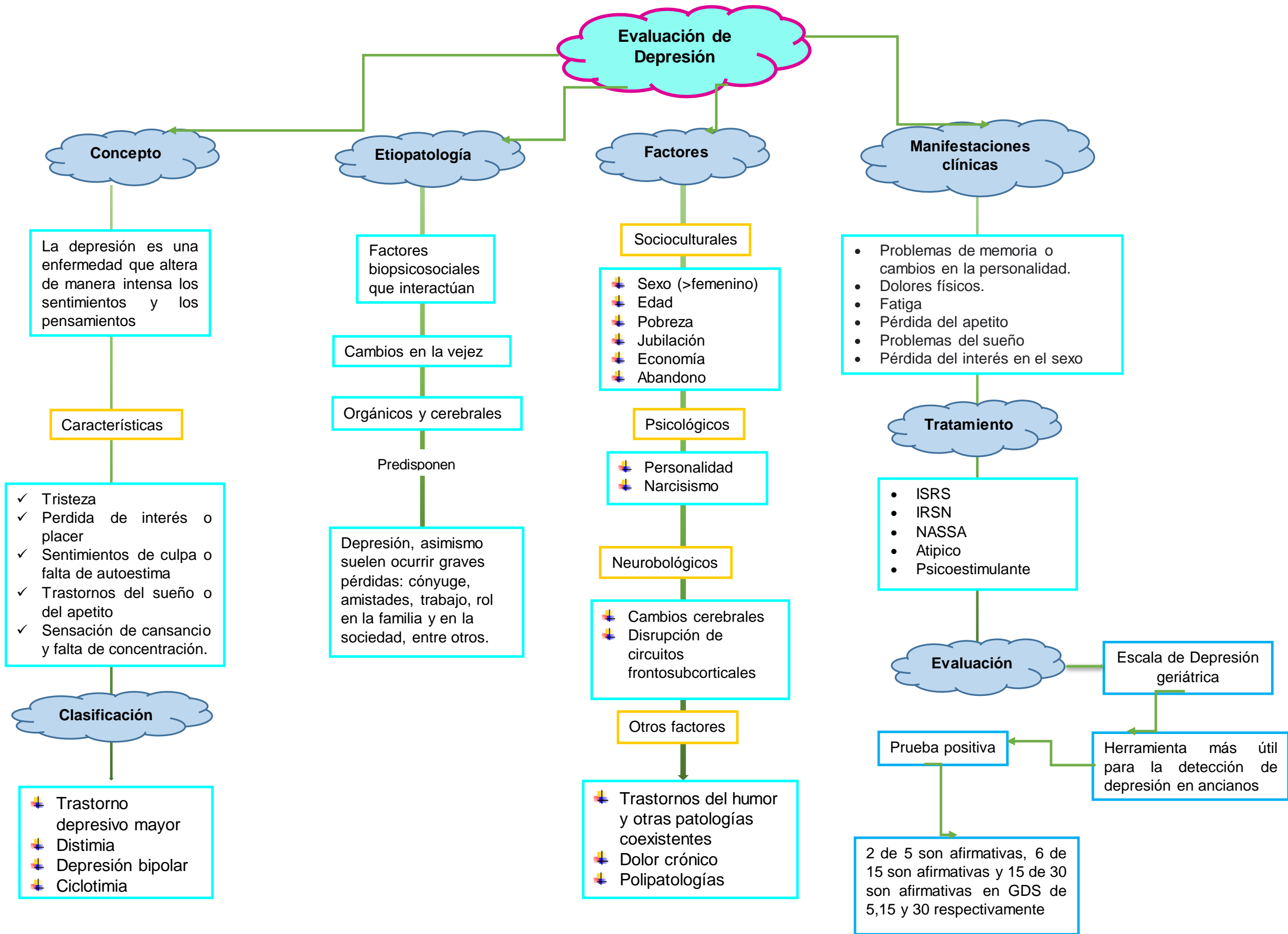
### Registro del sueño

Características del patrón de sueño (días/semanas)

- Examen físico focalizado
- Pruebas de laboratorio
- PSG

### La PGS

- Sospecha de trastornos respiratorios relacionados con el sueño, como apnea del sueño.
- Sospecha de trastorno de movimientos periódicos de los miembros (véase más adelante).
- Diagnóstico inicial poco claro.
- Fracaso del tratamiento conductual o farmacológico.
- Conductas violentas durante el sueño



# Evaluación de Depresión

## Concepto

La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos

## Características

- ✓ Tristeza
- ✓ Perdida de interés o placer
- ✓ Sentimientos de culpa o falta de autoestima
- ✓ Trastornos del sueño o del apetito
- ✓ Sensación de cansancio y falta de concentración.

## Clasificación

- ✚ Trastorno depresivo mayor
- ✚ Distimia
- ✚ Depresión bipolar
- ✚ Ciclotimia

## Etiopatología

Factores biopsicosociales que interactúan

Cambios en la vejez

Orgánicos y cerebrales

Predisponen

Depresión, asimismo suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, entre otros.

## Factores

### Socioculturales

- ✚ Sexo (>femenino)
- ✚ Edad
- ✚ Pobreza
- ✚ Jubilación
- ✚ Economía
- ✚ Abandono

### Psicológicos

- ✚ Personalidad
- ✚ Narcisismo

### Neurobiológicos

- ✚ Cambios cerebrales
- ✚ Disrupción de circuitos frontosubcorticales

### Otros factores

- ✚ Trastornos del humor y otras patologías coexistentes
- ✚ Dolor crónico
- ✚ Polipatologías

## Manifestaciones clínicas

- Problemas de memoria o cambios en la personalidad.
- Dolores físicos.
- Fatiga
- Pérdida del apetito
- Problemas del sueño
- Pérdida del interés en el sexo

## Tratamiento

- ISRS
- IRSN
- NASSA
- Atípico
- Psicoestimulante

## Evaluación

Escala de Depresión geriátrica

Herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos

Prueba positiva

2 de 5 son afirmativas, 6 de 15 son afirmativas y 15 de 30 son afirmativas en GDS de 5,15 y 30 respectivamente

# Actividades básicas de la vida diaria

**Definición**

Son actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana.

**Envejecimiento**

Es un avance, un éxito de sobrevivencia un gran desafío, supone una gran exigencia sanitaria, social y económica.

Es necesario valoración funcional y de necesidades de desempeño ocupacional cotidiano del adulto mayor

**Funcionalidad**

Capacidad de la persona de realizar en forma autónoma actividades de autocuidado que le prodigan bienestar

**Actividad física**

La disminución de la funcionalidad física es una consecuencia conocida del envejecimiento

Deterioro en las habilidades motoras

La reducción de la fuerza y volumen muscular.

Disminución de velocidad y destreza de la marcha.

Deterioro motor y discapacidad concomitante

Actividad física es un factor

Al grado de discapacidad física del AM.

Actividades

Sociales, físicas y cognitivas se asocian a una menor tasa de deterioro funcional.

**Valoración**

Útil para controlar los efectos de las intervenciones médicas

Desempeño funcional indica la necesidad de ajustar la dosis de un fármaco

Integración de servicios de salud

Satisfacer necesidades de los ancianos con problemas de salud crónicos y discapacidad funcional

Mejoría en el estado funcional, menor tasa de institucionalización y reducción de costos

Intervenciones y prevención del deterioro funcional.

- Actividad de 7 horas por semana
- Ejercicio aeróbico
- Combinación de ejercicio aeróbico y anaeróbico
- Educación, hogar seguro y entrenamiento físico

**Evaluación**

Instrumento para evaluar la funcionalidad en el adulto mayor

**Índice de Katz**

Es un instrumento se utiliza para valorar funcionalidad e independencia del paciente en forma jerárquica.

Consta de seis elementos ordenados en forma

ÍNDICE DE KATZ		
1. BAÑO	SE BAÑA ENTERAMENTE SOLO, O BIEN REQ INDEPENDIENTE UERE AYUDA ÚNICAMENTE EN ALGUNA ZONA CONCRETA (P. E.J., ESPALDA). NECESITA AYUDA PARA LAVARSE EN MÁS DE UNA ZONA DEL CUERPO, O BIEN PARA ENTRAR O SALIR DE LA BANERA O DUCHA.	A: INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES. B: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS UNA CUALQUIERA. C: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO Y OTRA CUALQUIERA. D: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA. E: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO WC Y OTRA CUALQUIERA. F: INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO WC, MOVILIDAD Y OTRA CUALQUIERA. G: DEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES.
2. VESTIDO	COGE LA ROPA Y SE LA PONE ÉL SOLO, P INDEPENDIENTE UEDE ABROCHARSE (SE EXCLUYE ATARSE LOS ZAPATOS O PONERSE LAS MEDIAS O CALCETINES). NO SE VISTE POR SÍ MISMO, O PERMANECE PARCIALMENTE VESTIDO.	
3. USO DEL W.C.	VA AL WC SOLO, SE ARREGLA LA ROPA, SE LIMPIA ÉL SOLO. INDEPENDIENTE: VA AL WC SOLO, SE ARREGLA LA ROPA, SE LIMPIA ÉL SOLO.	
4. MOVILIDAD	SE LEVANTA Y SE ACUESTA DE LA CAMA ÉL SOLO, SE LEVANTA Y SE SIENTA DE UNA SILLA ÉL SOLO, SE DESPLAZA SOLO. NECESITA AYUDA PARA LEVANTARSE Y/O ACOSTARSE, DE LA CAMA Y/O DE LA SILLA, NECESITA AYUDA PARA DESPLAZARSE O NO SE DESPLAZA.	
5. CONTINENCIA	CONTROL COMPLETO DE LA MICCIÓN Y DEFECCIÓN. INCONTINENCIA PARCIAL O TOTAL DE LA MICCIÓN O DEFECCIÓN.	
6. ALIMENTACIÓN	INCONTINENCIA PARCIAL O TOTAL DE LA MICCIÓN O DEFECCIÓN. NECESITA AYUDA PARA COMER, NO COME SOLO O REQUIERE ALIMENTACIÓN ENTERAL.	
		RESULTADO



# Actividades instrumentadas de la vida diaria

## Actividades instrumentales

## Características

## Déficit que intervienen

## Escala de Lawton y Brody

Son aquellas

Actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad

Requieren más interacciones complejas

Actividades de autocuidado utilizadas en las ABVD

Objetivo

Mayor sesgo cultural ya que guardan relación con el entorno.

Mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio más inmediato

1. Capacidad de usar el teléfono
2. Elaboración de la propia comida
3. Realizar tareas domésticas básicas
4. Realización de compras necesarias para vivir
5. Manejo de la medicación
6. Movilidad en la comunidad
7. Manejo del dinero

1. Alteraciones en el habla del lenguaje
  - ✓ Dificultades en la comprensión
  - ✓ Problemas en el lenguaje oral o escrito
  - ✓ Dificultad de acceso al léxico

2. Alteraciones sensoriales y perceptivas
  - ✓ Dificultad en la discriminación de formas
  - ✓ Alteraciones o déficits visuales
  - ✓ Problemas de sensibilidad táctil y Propioceptiva
  - ✓ Agnosia

3. Déficits motores / neuromusculares
  - ✓ Alteraciones en la movilidad; Hemiplejias / Hemiparesias
  - ✓ Alteraciones en la amplitud de movimiento

4. Alteraciones a nivel cognitivo
  - ✓ Desorientación espacial
  - ✓ Problemas atencionales
  - ✓ Negligencia
  - ✓ Déficit de memoria
  - ✓ Problemas en Funciones ejecutivas
  - ✓ Apraxia
  - ✓ Alteraciones en la secuenciación.

5. Psicosociales
  - ✓ Conducta social
  - ✓ Apatía, impulsividad, rigidez mental, conciencia de enfermedad



Publicada en 1969, desarrollada en Centro Geriátrico de Filadelfia

Valora 8 ítems y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente)

Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

Utilidad, método de valoración objetiva, permite implantar y evaluar plan terapéutico.

Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno.

### Escala de actividades Instrumentales de la vida diaria Lawton y Brody

Nombre: Rut:  
Edad: Fecha de aplicación:

	Puntos	Puntos
<b>A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>		
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1	1
4. No usa el teléfono	0	0
<b>B. IR DE COMPRAS</b>		
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1	1
2. Compra con independencia, pequeñas cosas	0	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0	0
<b>C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>		
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0	0
<b>D. CUIDAR LA CASA</b>		
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0	0
<b>E. LAVADO DE ROPA</b>		
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1	1
2. Lava ropa pequeña	1	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0	0
<b>F. MEDIO DE TRANSPORTE</b>		
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	1	1
5. No viaja	0	0

# Evaluación del riesgo de Caídas

**Caídas**

se define como

La precipitación a un plano inferior, de manera repentina, involuntaria e insospechada.

Con o sin

Lesiones secundarias confirmada por el paciente o un testigo.

**Causas de Caídas**

Es multifactorial

Existen condiciones propias del paciente, aunado a factores de su entorno.

**Clasificación**

Accidentales

No accidentales

**Evaluación**

Anamnesis

Valoración geriátrica integral

Valoración del equilibrio y de la marcha

Exploraciones complementarias

Valoración del entorno

Plan de tratamiento y seguimiento

## Escalas de evaluación

### Escala de J.H DOWNTON

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)		
Alto riesgo: Mayor a 2 puntos		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Anestesia	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
ESTADO MENTAL	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
EDAD	Imposible	1
	< 70 años	0
	> 70 años	1

### Escala de MORSE

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MORSE		
CAÍDAS RECIENTES (Últimos 3 meses)	No	0
	Si	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	No	0
	Si	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/Muletas/Andador	15
	Se apoya en los muebles	30
VÍA VENOSA	No	0
	Si	20
DEAMBULACIÓN	Normal/Inmovilizado/en reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere asistencia	20
CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL	Consciente de sus limitaciones	0
	No consciente de sus limitaciones	15

### Escala de HEINDRICH

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS HEINDRICH II	
Alto riesgo: Mayor a 5 puntos	
Confusión, Desorientación, Impulsividad	4
Depresión sintomática	2
Alteración en la evacuación/diuresis	1
Mareos, Vértigo	1
Género masculino	1
Administración de cualquier antiepiléptico	2
Administración de cualquier benzodiazepina	1

### Tratamiento

- Recomendaciones sobre actividad física
- Mejore su equilibrio en 10 minutos al día
- Practique Tai Chi
- Reduzca su riesgo de caídas
- Aprender a caer y a levantarse
- Calzado y caídas
- Bastones y andadores
- Selección y uso de un bastón
- Selección y uso de un andador

### Factores de riesgo

- Antecedente de caídas previas
- La marcha
- Balance
- Movilidad
- Fuerza muscular
- Evaluar osteoporosis
- Capacidad funcional y miedo del anciano a volver a caer

- Debilidad visual
- Capacidad cognitiva
- Examen neurológico
- Evaluar incontinencia urinaria
- Evaluar riesgo en casa
- Revisión cardiovascular
- Revisión de la medicación

### Complicaciones

- Lesión de tejidos blandos
- Síndrome de post caída
- Fracturas
- Traumatismo craneocefalico
- Hematomas
- Incapacidad
- Hospitalización
- Institucionalización
- Muerte

- Factores no modificables intrínsecos**
- Edad
  - Sociodemográfico
    - Sexo masculino
    - Raza blanca
  - Historia clínica previa
    - Enfermedades crónicas o crónicas agudizadas
    - Medicamentos
    - Mareo y vértigo
    - Síncope
    - Déficit visual y auditivo
  - Trastornos de la función neuromuscular, marcha y reflejos musculares
- Factores modificables extrínsecos**
- Factores ambientales**
    - Escaleras
    - Bañeras
    - Pisos resbalosos
    - Mala iluminación
    - Muebles
    - Altura de las camas inodori
    - Tapetes
    - Calzado inadecuado
    - Ropa inadecuada
  - Uso de bastón o andadera**

### Otras causas

- Alteración de función neuromuscular y la marcha
- Alteración de reflejos posturales
- Déficit sensorial
- Enfermedades preexistentes
- Fármacos
- Obstáculos ambientales

### Causas institucionalizado

Causa
Debilidad general
Peligros ambientales
Hipotensión ortostatica
Enfermedad aguda
Alteraciones en la marcha o balance
Medicamentos
Desconocidas

- Cardiacas**
- Arritmias
  - FA
  - Insuficiencia cardíaca
  - Insuficiencia coronaria

- Neurológicos**
- EVC
  - Parkinson
  - Demencia
  - Delirium

- Musuloesqueléticas**
- OAD
  - Artritis
  - Sarcopenia

- Vasculares**
- Estenosis aortica
  - Enfermedad carotidea

### Epidemiología

- En todos los países
- >frecuencia de caídas en mujeres >75 años.
  - 30% de la causa de muerte en los mayores de 65 años

- Los lugares: recamara 27%, el patio 21%, el baño 14%, la escalera 13%, la cocina 10%.
- Los mecanismos más frecuentes de caída son: resbalón 39%, tropiezo 27%, pérdida de equilibrio 23%



# Evaluación del riesgo de úlceras por presión

## Úlceras por presión

Son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo.

Se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas

### Nombres

- Escara por presión
- Escara de decúbito
- Úlcera de decúbito

Son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea

Se producen por presión prolongada o fricción entre dos planos duros

## Mecanismos

Deficiente irrigación sanguínea de la zona por una causa externa

Aplastamiento tisular

Presión

Directa

Fuerza es ejercida de forma perpendicular

Cizallamiento

Fuerzas tangenciales o paralelas

## 4. Etiopatogenia

**Aplastamiento tisular**  
2 planos: paciente y externo

Isquemia local

Aumento permeabilidad capilar

Vasodilatación, extravasación e infiltración celular

Isquemia local

Eritema cutáneo

Curación

Trombosis venosa

Necrosis

**Úlceración**

Fuerzas

- **Presión:** perpendicular

- **Fricción:** tangencial

- **Tracción o cizallamiento:** combinación



## Factores predisponentes

La limitación de la movilidad es el factor de riesgo principal

- ✓ Estado de la piel
- ✓ Indicadores nutricionales alterados
- ✓ Perfusión y oxigenación alterados
- ✓ Humedad de la piel
- ✓ Temperatura corporal
- ✓ Edad avanzada
- ✓ Percepción sensorial limitada
- ✓ Parámetros hematológicos
- ✓ Estado de salud general

## Localización

**DECÚBITO SUPINO**  
Occipital  
Escápula  
Codo  
Sacro  
Talón

**DECÚBITO PRONO**  
Mejilla  
Genitales  
Rodillas  
Punta de los dedos de los pies  
Nariz

**Decúbito dorsal**  
Talones, Sacro, Codos, Omóplato, Cabeza

**Decúbito lateral**  
Maloclo, Codos, Trocánter, Costillas, Acromión

**Decúbito prono**  
Dedos, Rodillas, Genitales (hombres), Mamas (mujeres), Acromión

## Clasificación

**Grado I**  
Enrojecimiento de la piel.

**Grado II**  
Dermis dañada parcialmente.

**Grado III**  
Dermis totalmente dañada. Grasa subcutánea puede ser visible.

**Grado IV**  
Dermis totalmente dañada. La herida llega al músculo, tendón o hueso.

## Evaluación

Una escala de valoración del riesgo de UPP es una herramienta de cribaje diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar una UPP.

Las escalas de valoración del riesgo de presentar upp, constituyen un instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones.

Escalas de valoración del riesgo, más importantes:

- ✓ Escala de Norton
- ✓ Escala de Braden
- ✓ Escala de Arnell
- ✓ Escala Nova 5
- ✓ Escala Emina
- ✓ Escala de Waterlow

## Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4).
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Ocasionalmente (3).	Frecuentemente (4).
MOBILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2).	Adecuada (3).	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.	No Existe Problema Aparente (3).	

### Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años. Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

## ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOBILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APÁTICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO	INMOVIL	ENCAMADO O COMATOSO	URINARIA Y FECAL	1

### CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

PUNTAJUE DE 5 A 9 ..... RIESGO MUY ALTO.  
 PUNTAJUE DE 10 A 12 ..... RIESGO ALTO.  
 PUNTAJUE 13 A 14 ..... RIESGO MEDIO.  
 PUNTAJUE MAYOR DE 14 ..... RIESGO MENOR NO RIESGO.



## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

(C; D'Hyver, 2014). Geriatría, Manual Moderno, 3ª edición, México.

F; Guillén Llera, M; Pérez, S; Petidier Torregrossa (2008). Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico, 2ª edición. ELSEVIER MASSON

Dr. Gregorio(2011). Manual del residente en geriatría. Sociedad Española de Gerontología. Madrid, España.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GRR.pdf>

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/105GER.pdf>