



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

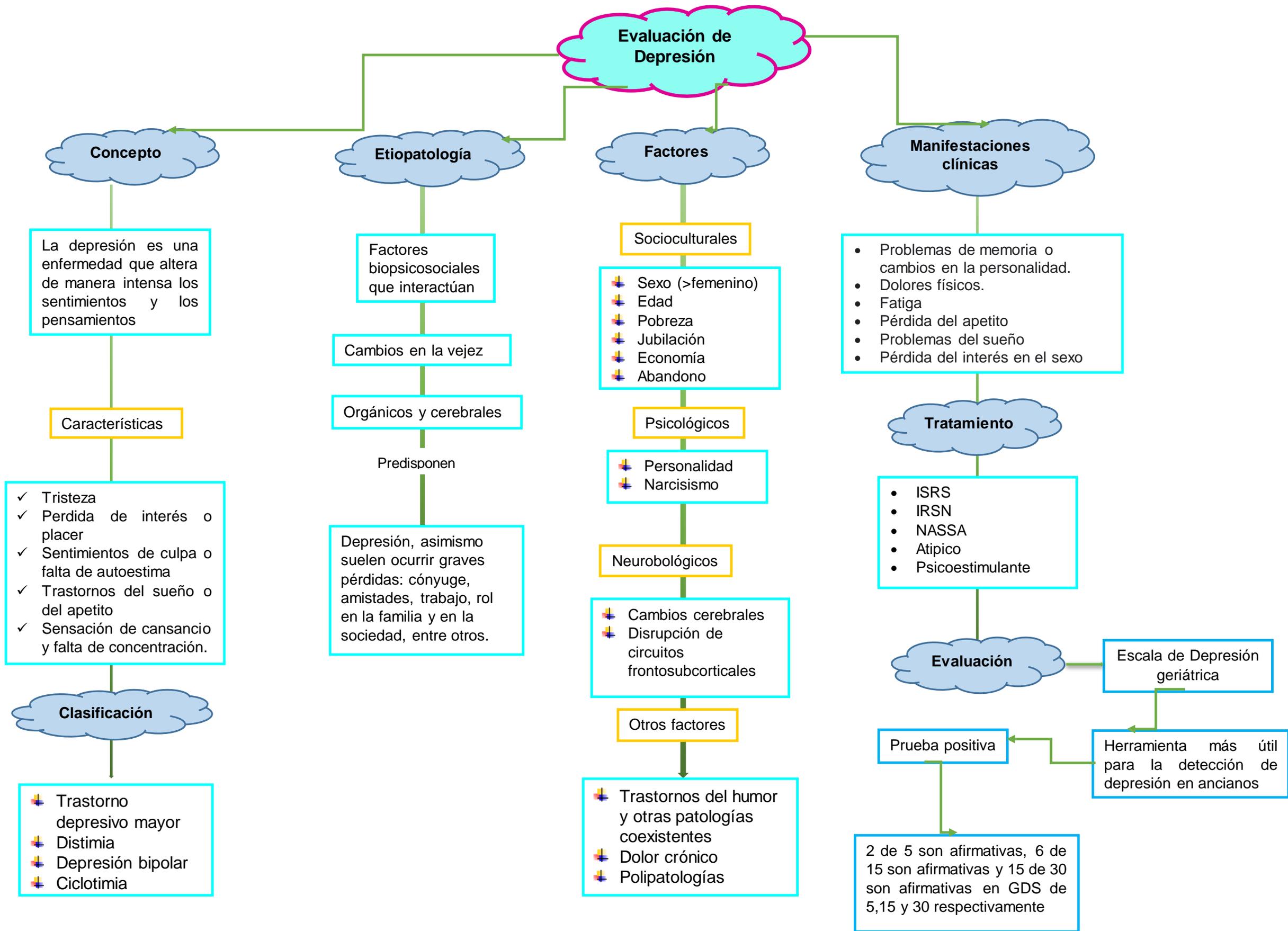
Registro del sueño

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



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

En relación 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

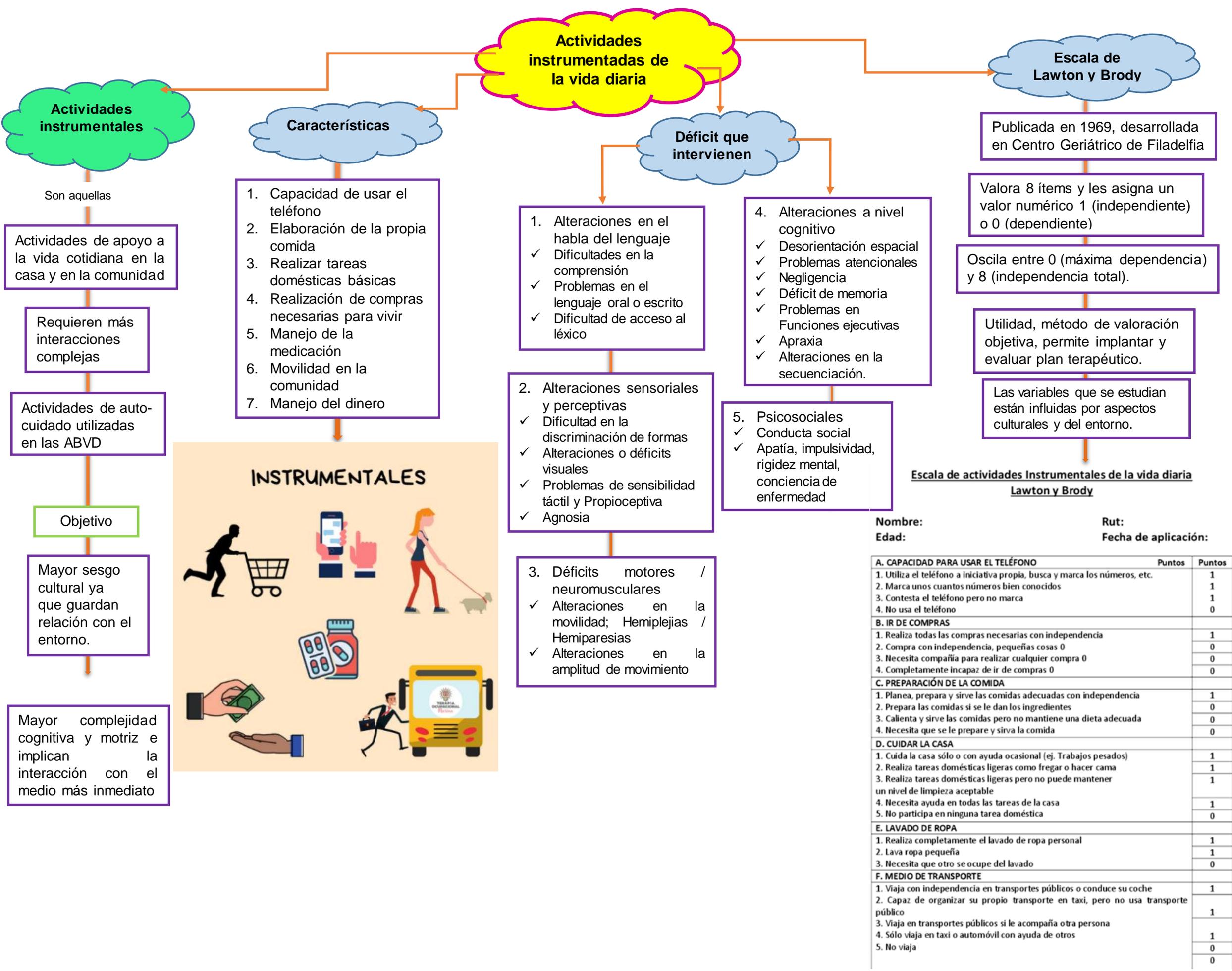
Instrumento para evaluar la funcionalidad en el adulto mayor

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 |



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

Una persona que está en estado de alerta y sin alteración para caminar originando un tropezón o resbalón con resultado de caída

Se produce una situación de pérdida súbita de conciencia en un individuo activo

Enfermedades asociadas

- Déficit sensorial**
- Visual
 - Auditivo

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

Ulceración

Fuerzas

- **Presión:** perpendicular

- **Fricción:** tangencial

- **Tracción o cizallamiento:** combinación



Factores predisponentes

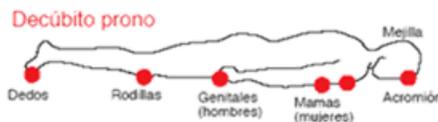
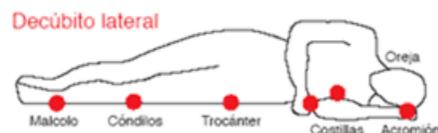
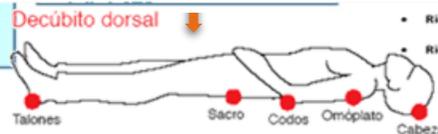
La limitación de la movilidad es el factor de riesgo principal

- ✓ 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



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). Geriátría, 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>