

Valoración del adulto mayor

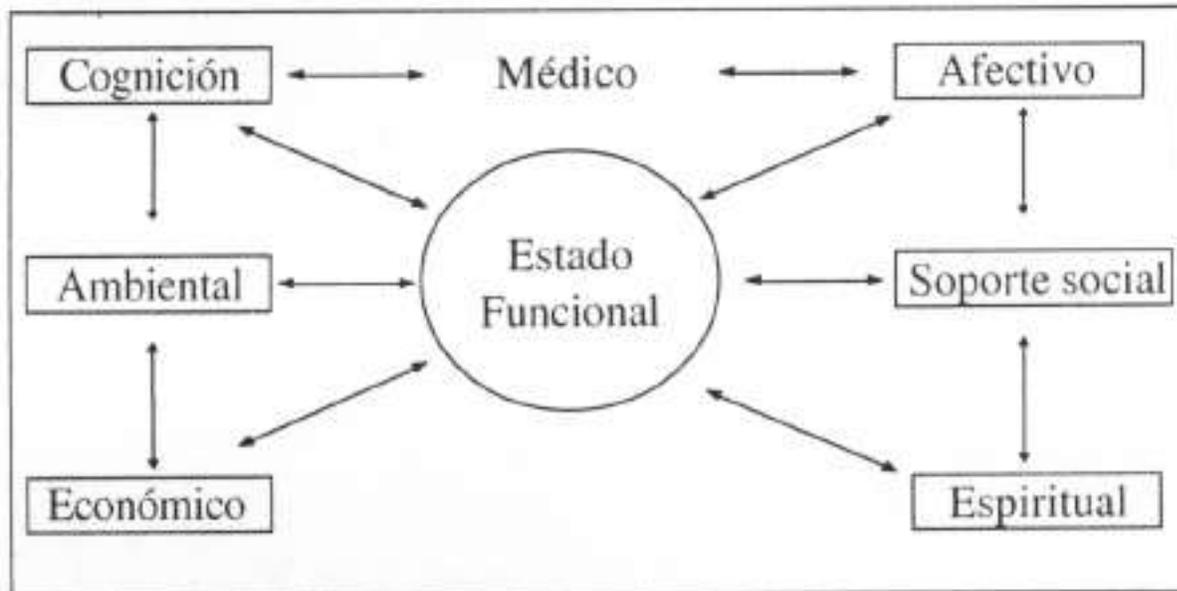


Ms. Paola Machado H. PhD.

Definición

Proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario para identificar, describir y cuantificar problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales que puede presentar el paciente, con el fin de alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos.

COMPONENTES DE VALORACIÓN GERIÁTRICA



Hazzard W. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 1999



OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

- Mejorar la exactitud diagnóstica y la identificación de problemas.
- Planificar cuidados racionales.
- Evolución y cambios en el tiempo.
- Utilización apropiada de recursos.
- Disminuir institucionalización.

BENEFICIOS DERIVADOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

- Mejora exactitud diagnóstica.
- Mejora estado funcional, afectivo, cognitivo y de movilidad.
- Reduce prescripción de fármacos.
- Disminuye hospitalización.
- Disminuir institucionalización.
- Favorece manejo domiciliario y reduce costos.
- Disminuye mortalidad.

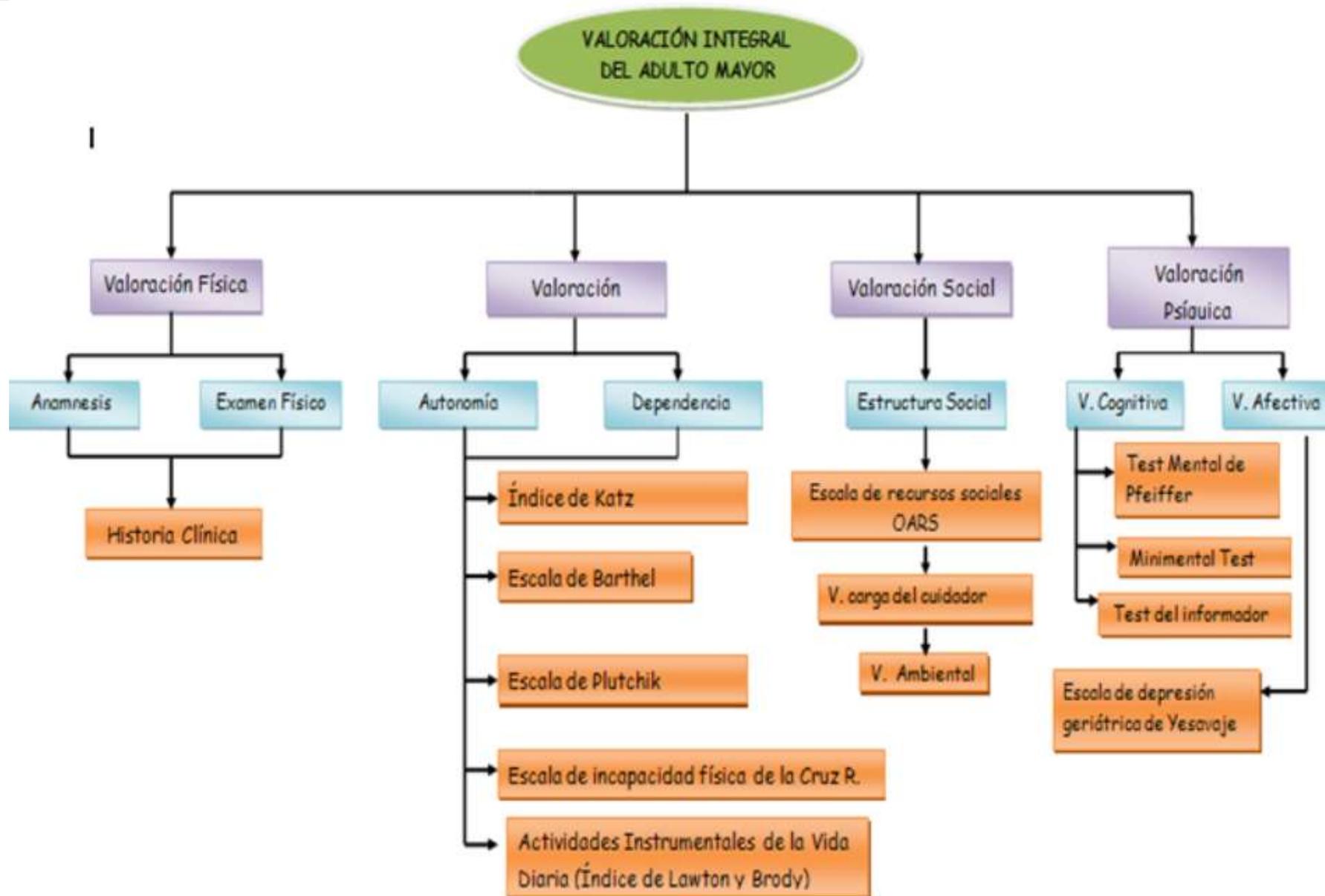
SÍNDROMES GERIÁTRICOS A EVALUAR

- Malnutrición.
- Inestabilidad y caídas.
- Inmovilismo.
- Deterioro cognitivo.
- Estreñimiento.
- Incontinencia.
- Depresión - Ansiedad.
- Transtornos de sueño.
- Aislamiento.
- Úlceras por presión.
- Yatrogenia - Polifarmacia.
- Déficit sensorial.
- Confusión aguda.
- Disfunción sexual.
- Fragilidad.

Cuadro 5. INSTRUMENTOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

- Índice de KATZ : Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD).
- Índice de Barthel: Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD).
- Escala de Depresión de YESAVAGE (versión reducida).
- Prueba de PFEIFFER: Cuestionario Abreviado sobre el Estado Mental.
- Mini Mental de Folstein: Cuestionario Abreviado sobre el Estado Mental.
- Mini Cog: Cuestionario Abreviado sobre el Estado Mental.
- Escala de Valoración Socio-familiar.
- Escala de Norton: Predicción de Riesgo de Úlceras por Presión.







1. Valoración funcional

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

ESCALAS DE VALORACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

f Enfermera a tu cuidado.

ÍNDICE DE KATZ



(ABVD)
ACTIVIDADES BÁSICAS
DE LA VIDA DIARIA

ESCALA LAWTON Y BRODY



(AIVD)
ACTIVIDADES
INSTRUMENTALES
DE LA VIDA DIARIA

TEST DEL RELOJ



DETERIORO
COGNITIVO

EXAMEN MINI MENTAL FOLSTEIN



DÉFICIT COGNITIVO

ÍNDICE DE BARTHEL O ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND

(ABVD)
ACTIVIDADES BÁSICAS
DE LA VIDA DIARIA



ESCALA HAMILTON

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

TEST DE YESAVAGE



DEPRESIÓN

ESCALA TINETTI

MARCHA Y
EQUILIBRIO



MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT



ESTADO
NUTRICIONAL

ESCALA ZARIT

SOBRECARGA
DEL CUIDADOR



ESCALA DOWTOWN



RIESGO DE
CAIDAS

TEST PFEIFFER



DETERIORO
COGNITIVO

ESCALA NORTON Y BRADEN



ÚLCERAS POR
PRESIÓN

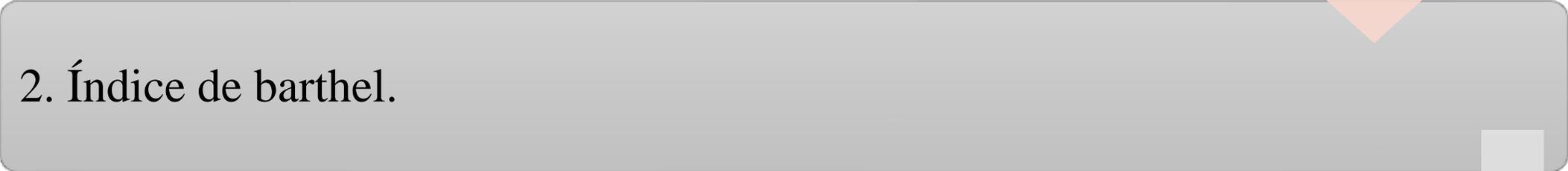


Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) son:

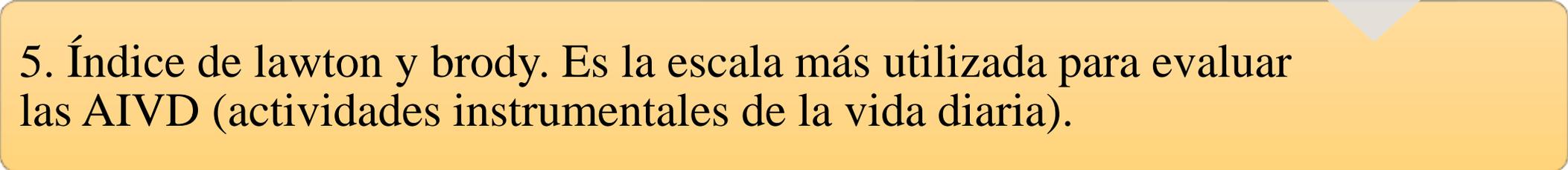
1. Índice de actividades de la vida diaria (KATZ).



2. Índice de barthel.



5. Índice de lawton y brody. Es la escala más utilizada para evaluar las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria).





ÍNDICE DE BARTHEL

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



EL GOBIERNO
DE TODOS

Subsecretaría de atención intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ÍNDICE DE BARTHEL (IB)
(Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria)¹

FICHA N° 3a

Nombre del Usuario		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:	
Nombre de la Unidad de Atención:					
Edad	Años	Meses:	Aplicado por:		
A continuación encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.				Fecha aplicación primer semestre	Fecha aplicación segundo semestre
1. COMER					
0	Incapaz				
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.				
10	Independiente: (puede comer solo)			X	
2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA					
0	Incapaz, no se mantiene sentado.				
5	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado				
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)			X	
15	Independiente				
3. ASEO PERSONAL					
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal				
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.			X	

¹ Bazán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabetta I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993.



ÍNDICE DE BARTHEL

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

4. USO DEL RETRETE (ESCUSADO, INODORO)

0	Dependiente.		
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.		
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	X	

5. BAÑARSE/DUCHARSE

0	Dependiente.		
5	Independiente para bañarse o ducharse	X	

6. DESPLAZARSE

0	Inmóvil		
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros		
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	X	
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador		

7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

0	Incapaz		
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.	X	
10	Independiente para subir y bajar.		

8. VESTIRSE O DESVERTIRSE

0	Dependiente.		
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda		



ÍNDICE DE BARTHEL

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones	* X	
9. CONTROL DE HECES			
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)		
5	Accidente excepcional (uno por semana)		
10	Continente	X	
10. CONTROL DE URINA			
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa		
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)		
10	Continente, durante al menos 7 días.	X	
PUNTUACION TOTAL :		85	

Dependencia Moderada

Puntuación máxima total: 100 puntos /90 puntos si utiliza silla de ruedas

Puntos de corte:

0 - 20	Dependencia Total
21 - 60	Dependencia Severa
61 - 90	Dependencia Moderada
91 - 99	Dependencia Escasa
100	Independencia
90	Independencia *Uso de silla de ruedas

ÍNDICE DE KATZ,
(VALORACIÓN
ACTIVIDADES DE LA
VIDA DIARIA?



Índice de Katz

BAÑARSE	VALOR
No requiere a ayuda	0
Requiere ayuda para lavarse alguna parte del cuerpo	0.5
Requiere ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo	0.5
No se baña	1
VESTIRSE	
Se viste solo, toma la ropa solo	0
Requiere ayuda solo para abrocharse los zapatos	0.5
Requiere ayuda para el vestido	0.5
No se viste solo	1
USO DEL BANO (SANITARIO)	
Va solo, se arregla solo, usa el urinal o el cómodo solo	0
Requiere ayuda para ir al baño y para asearse o vestirse después	0.5
No va al retrete	1
LEVANTARSE	
Se levanta y acuesta solo, puede usar bastón	0
Se levanta y acuesta con ayuda	0.5
Es incapaz de levantarse solo	1
COMIDA	
Come solo, sin ayuda, usa los cubiertos correctamente	0
Requiere ayuda para cortar la carne o los alimentos	0.5
Requiere ayuda total para comer	1

Se alimenta por medio de una sonda	1
CONTINENCIAS	
Continencia día y noche	0
Incontinencia ocasional nocturna	0.5
Incontinencia total	1

TOTAL:

0 - Autónomo

**ESCALA DE LAWTON Y
BRODY (ACTIVIDADES
ISTRUMENTALES DE LA
VIDA DIARIA)**



ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA) ¹				
FICHA N° 3b				
Nombre del Usuario:	Rosalvo Velastegui Méndez		Zona: 3	Distrito: 0001
Nombre de la Unidad de Atención:	Modalidad de Atención: <i>Intrahospitalaria</i>			
Edad:	Años: 90	Meses: 8	Fecha de aplicación: 19/12/2023	Aplicado por: <i>Eni/EnF UNACH Tamara Chiriqua</i>
<p>A continuación encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>				
1. 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 utiliza el teléfono	0			
2. HACER COMPRAS:				
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1			
- Realiza independientemente pequeñas compras	0			
- Necesita ir acompañado para cualquier compra	0			
- Totalmente incapaz de comprar	0			
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA				
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo 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 sirvan las comidas	0			
4. CUIDADO DE LA CASA				
- Mantiene la casa solo 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 casa	1			
- No participa en ninguna labor de la casa	0			
5. LAVADO DE LA ROPA				
- Lava por sí solo toda la ropa	1			
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1			
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0			

¹ Tomado de: Trigués-Ferrín M, Ferreira-González I, Mejide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1):11-16 Recibido: 15/10/2011; Aceptado:03/01/2011

6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
- Viaja solo 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 por otra persona	1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
- No viaja	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
- Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL:	6

Puntuación total: 8 puntos.

En mujeres (8 funciones):	En hombres (5 funciones):
Dependencia total 0-1	Dependencia total 0
Dependencia grave 2-3	Dependencia grave 1
Dependencia moderada 4-5	Dependencia moderada 2-3
Dependencia ligera 6-7	Dependencia ligera 4
Autónoma 8.	Autónoma 5.

*La diferencia de puntaje se da porque en las tareas domésticas es donde más se nota la tradición, las mujeres que son ahora adultas mayores, han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y arreglar la casa o hacer el aseo de la misma. Es por ello que, en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems, son las mujeres las que poseen mayor porcentaje y tiene un mayor nivel de organización para su realización. En cambio, algunos hombres necesitarían ayuda de otra persona o supervisión, para realizar estas actividades y esto no está relacionado con su nivel de dependencia o independencia sino más bien con su tradición cultural.²

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:

2. HACER COMPRAS:

6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:

8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO

Tamara Chiriqua
FIRMA DEL EVALUADOR

² Tomado de: Acosta G. María C. (2013). Capacidad funcional en las personas mayores según el género. (Trabajo de fin de grado). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4794/4/tfg-h8.pdf>



2. Valoración nutricional

- Se evalúa de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), considerando desnutrición ($IMC < 18.9$), eutrófico ($IMC 18.5$ a 24.9), sobrepeso ($IMC 25$ a 29.9) y obesidad ($IMC > 30$).

- La valoración antropométrica, asociada a los datos de laboratorio, pretende objetivar las modificaciones físicas y metabólicas asociadas a la desnutrición.
- Mini Nutritional Assessment (MNA) es un método de valoración nutricional estructurado validado para población mayor de 65 años a nivel hospitalario, residencial o en la comunidad.
- Los pacientes son definidos como malnutridos con valores de MNA \leq 17 puntos, en RMN, con puntuaciones entre 17,5 y 23,5, y bien nutridos con valores de MNA \geq 24 puntos

Tabla 2.
Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA- SF)

a. ¿Ha perdido el apetito? ¿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	1
b. Pérdida de peso reciente (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kilos 1 = No lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kilos 3 = No ha habido pérdida de peso	2
c. Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el sillón 2 = salida del domicilio	2
d. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = Si 2 = No	0
e. Problemas neuropsicológicos 0 = Demencia o depresión grave 1 = Demencia moderada 2 = Sin problemas psicológicos	2
f. Índice de masa Corporal (IMC) = peso en kilos / (talla en m ²) 0 = IMC < 19 1 = IMC > 19 - <21 2 = IMC > 21 - <23 3 = IMC > 23 Si no se puede IMC, medir la circunferencia de la pantorrilla y si es < 31 cm = 0	0



Valoración psíquica o mental

En esta área se deben contemplar dos aspectos fundamentales: las funciones cognitivas y el estado emocional. Para realizar esta evaluación se dispone de métodos directos e indirectos de valoración.

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

PUNTUACIONES DE REFERENCIA:

27- 30	Normal
24 - 26	Sospecha Patológica
12-23	Deterioro
9-11	Demencia

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO ATENDIENDO A LA EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS

En el caso de que la aplicación del presente test se realice a personas adultas mayores en condición de analfabetismo o con bajo nivel de escolaridad, se debe adaptar la puntuación utilizando la siguiente tabla

Escolaridad	Edad (años)		
	Menos de 50	51-75	Más de 75
Menos de 8 años de estudio	0	+1	+2
De 9 a 17 años de estudio	-1	0	+1
Más de 17 años de estudio	-2	-1	0

* En estos casos lo que se debe hacer es tomar la puntuación total y sumar o restar los valores indicados en la tabla tomando en cuenta la edad y el nivel de estudios o escolaridad de la persona adulta mayor. Y se procede a comparar este resultado con las puntuaciones de referencia. Por ejemplo:

Si el usuario tiene 78 años de edad, un nivel de 4 años de estudios y obtuvo una puntuación final de 22 puntos, tomando en cuenta lo indicado en la tabla se le debe sumar 2 puntos a su puntuación final que le daría un total de 24 puntos que dentro de las puntuaciones de referencia corresponde a un estado de sospecha patológica.

Puntaje Parcial 13
Adicionamos 2
por escolaridad y
edad.
Puntaje total 15



MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL¹
(Folstein et al. 1975)
FICHA N° 3c

Nombre del Usuario:	Rosario Velastegui Mendez	Zona:	1	Distrito:	3	Modalidad de Atención:	Duna
Nombre de la Unidad de Atención:	Hospital Geriátrico Doctor Bolívar Arguello R.						
Edad	Años: 90	Meses:	Fecha de aplicación:		Aplicado por:		
			15/12/2023				

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO		0	1
En qué Día estamos (fecha):		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En qué mes:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En qué año:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En qué día de la semana:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué hora es aproximadamente?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNTUACIÓN: (máx. 5)			

ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO		0	1
¿En qué lugar estamos ahora?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿En qué piso o departamento estamos ahora?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿Qué barrio o parroquia es este?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿En qué ciudad estamos?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿En qué país estamos?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
PUNTUACIÓN: (máx. 5)			

MEMORIA		0	1
CONSIGNA: "Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita".			
*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda [máx. 6 ensayos] pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.			
Papel		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Bicicleta		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cuchara		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
PUNTUACIÓN: (máx. 3)			

¹ Tomado de: Reyes, S., Beaman, P., García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdoba, A., y Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini Mental State Examination (MMSI) in Spanish. *Ageing Neuropsychology and Cognition*, 11, 1-11.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ATENCIÓN Y CÁLCULO:

CONSIGNA: "Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".	0	1
93	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
86	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		

MEMORIA DIFERIDA		0	1
CONSIGNA: "Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".			
Papel		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bicicleta		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuchara		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNTUACIÓN: (máx. 3)			

DENOMINACIÓN		0	1
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
PUNTUACIÓN: (máx. 2)			

REPETICIÓN DE UNA FRASE		0	1
CONSIGNA: "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".			
"ni sí, ni no, ni pero"			
PUNTUACIÓN: (máx. 1)			

COMPRESIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN		0	1
CONSIGNA: "Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez".			
"TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"			
Tome este papel con la mano derecha		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dóblelo por la mitad		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Déjelo en suelo		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
PUNTUACIÓN: (máx. 3)			

LECTURA		0	1
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNTUACIÓN: (máx. 1)			

ESCRITURA		0	1
CONSIGNA: "Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"			
		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNTUACIÓN: (máx. 1)			

COPIA DE UN DIBUJO		0	1
CONSIGNA: "Copie por favor este dibujo tal como está"			
		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNTUACIÓN: (máx. 1)			

PUNTUACIÓN TOTAL: (máx. 30 puntos)



5. Valoración Afectiva

La frecuencia de la depresión en el adulto mayor es variable según el contexto, si embargo en todos constituye un problema importante de salud.

Se ha demostrado que la depresión se asocia a una mayor morbi mortalidad, actúa negativamente sobre la situación funcional, nutricional y social del adulto mayor, así como en los resultados de intervenciones rehabilitadoras.

Escala de depresión Yesavage

Test depresión – ansiedad Goldberg



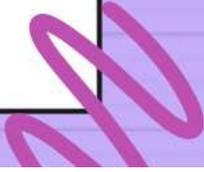


El objetivo

Es identificar y cuantificar posibles trastornos en esta área que puedan afectar la capacidad de autosuficiencia del anciano, permitiendo establecer un adecuado plan terapéutico.



ESCALA DE YESAVAGE



ESCALA DE DEPRESIÓN YESAVAGE ABREVIADA		
Pregunta a realizar	SI	NO
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	0	1
6. ¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	1	0
11. ¿Cree que es agradable estar vivo?	0	1
12. ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es angustiada, desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	1	0
PUNTUACIÓN TOTAL		
0-5 puntos: normal 6-9: depresión leve. >10: depresión establecida.		
FECHA		
RESPONSABLE		

Escala de depression Yesavage



Subsecretaría de atención intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE¹
FICHA N° 3d

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:	Rosario Velazquez Mandoza		Zona:	1
			Distrito:	3
			Modalidad de Atención:	Distrito
Nombre de la Unidad de Atención:	Hospital Geriátrico Doctor Badiar Argello R.			
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
	90		15/12/2023	

INSTRUCCIONES:

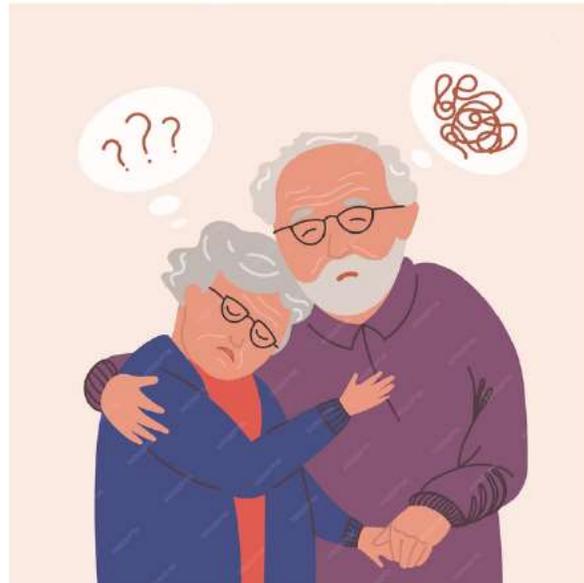
Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	NO
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	NO
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	NO
13.	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	NO
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS. Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO.			Total: 7 depresión leve

FIRMA DEL EVALUADOR

¹ Shain, J. Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986; 5:165-172.

ESCALA DE GOLDBERG



ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- | | Si | No |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Se ha sentido muy irritable? _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Subtotal

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- | | Si | No |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos) _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

TOTAL ANSIEDAD

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- | | Si | No |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido con poca energía? _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas? _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas? _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Subtotal

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- | | Si | No |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. ¿Se ha sentido Ud. entorpecido? _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TOTAL DEPRESIÓN

6.-Valoración social

Permite identificar las situaciones familiares, socioeconómicas y ambientales que condicionan el estado de salud y bienestar de la persona mayor, con la finalidad de establecer un plan de soporte social adecuado a cada situación. Son dos las dimensiones que se estudian: los recursos humanos y materiales necesarios para ayudar o suplir los déficits físicos y psíquicos del paciente, así como la integración a su entorno, y la calidad de vida del cuidador informal.

Escala: de valoración sociofamiliar de Jijón.

Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit



ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR. ZARIT	
Pregunta a realizar	Puntaje
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2 ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3 ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4 ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6 ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7 ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8 ¿Siente que su familiar depende de usted?	
9 ¿Se siente tenso cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10 ¿Siente que su salud ha empeorado por cuidar a su familiar?	
11 ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12 ¿Cree que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
13 ¿Se siente que se ha distanciado de sus amigos, a causa de que tiene que cuidar de su familiar?	
14 ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15 ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16 ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17 ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18 ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19 ¿Se siente indeciso acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20 ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21 ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22 En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	
PUNTAJE	
Nunca: 0 casi nunca: 1 a veces: 2 muchas veces: 3 casi siempre: 4	
FECHA:	
RESPONSABLE:	

Escala de carga del cuidador Zarit

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR. JIJÓN (ABREVIADA)	
ITEMS	PUNTAJE
1. Situación familiar	
Vive con pareja y/o familia sin conflicto.	1
Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.	2
Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.	3
Vive solo, familia lejana, desatendido sin familia.	4
Relaciones y contactos sociales	
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	1
Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa	2
Sólo se relaciona con familia, sale de casa.	3
No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).	4
No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana)	5
Apoyos red social	
No necesita ningún apoyo.	1
Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.	2
Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)	3
Tiene soporte social pero es insuficiente.	4
No tiene ningún soporte social y lo necesita.	5
PUNTAJE	
< 7 puntos: situación social buena (bajo riesgo institucionalización).	
8-9 puntos: situación intermedia. ✓	
> 10 puntos: deterioro social severo (alto riesgo institucionalización).	
FECHA:	15/12/2023
RESPONSABLE:	Alon Espinel

Escala de valoración sociofamiliar de Jijón

7.-Valoración Ambiental:

Es una lista de chequeo de las condiciones que pudieran provocar accidentes al interior de la residencia de un Adulto Mayor.



ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA DE MORSE

NOMBRES PACIENTE: _____
CÉDULA: _____ FECHA: _____

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA DE MORSE

VERSIÓN:	1
CÓDIGO:	DNCSS-MSP-668
FECHA:	01 / 08 / 2016

DE 13 AÑOS A 18 AÑOS Y ADULTOS

VARIABLES		PUNTAJE
1. CAIDA PREVIA	NO	0
	SÍ	25
2. COMORBILIDADES	NO	0
	SÍ	15
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0
	Bastón / Muleta / Caminador	15
	Se apoya en los muebles	30
4. VENOCLISIS	NO	0
	SÍ	20
5. MARCHA	Normal / Reposo en cama / Asistencia	0
	Débil	10
	Limitada	20
6. ESTADO MENTAL	Reconoce Limitaciones	0
	Sobreestima u olvida sus limitaciones	15
7. PUNTUACIÓN FINAL Y NIVEL DEL RIESGO		→ <input type="text"/>

RIESGO	PUNTAJE	ACCIÓN
↓ BAJO	0 a 25	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>
← MEDIO	25 a 50	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>
↑ ALTO	Mayor a 50	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>

Marque con una X que círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

Escala de riesgo de caída de Morse

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS. DOWTON		
CRITERIOS EVALUACIÓN	VARIABLES	PUNTAJE
Caídas previas	SI	1
	NO	0 ✓
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos, hipotensores, no diuréticos	1 ✓
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, otros	1
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1 ✓
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1 ✓
	Agitación psicomotora	1
Deambulación	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1 ✓
	Reposo absoluto, postrado	1
Riesgo bajo: 0-2 puntos Riesgo medio: 3-4 puntos } → R=40. Riesgo alto: 5-9 puntos		
FECHA		
RESPONSABLE Estudiante / enf / Km		

Escala de Dowton

INSTRUMENTO VALORACIÓN Y PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN

Fecha _____ Servicio _____ N° Ficha _____

Nombre _____

Escala de Norton

ESTADO FISICO		ESTADO MENTAL		ACTIVIDAD	
bueno	(4)	alerta	(4)	ambulante	(4)
aceptable	(3)	apático	(3)	camina ayuda	(3)
pobre	(2)	confuso	(2)	silla ruedas	(2)
muy malo	(1)	estupor	(1)	encamado	(1)
MOVILIDAD			INCONTINENCIA		
buena	(4)	ninguna	(4)		
poco limitada	(3)	ocasional	(3)		
muy limitada	(2)	orina	(2)		
inmóvil	(1)	doble	(1)		

Puntuación

- De 5 a 11, muy alto riesgo.
- De 12 a 14, riesgo evidente.
- ≥ 15 , riesgo mínimo/no riesgo.

Puntaje al ingreso: _____

Puntaje al 7° día: _____

Puntaje al 14° día: _____

Puntaje al 21° día: _____

Puntaje al 28° día: _____

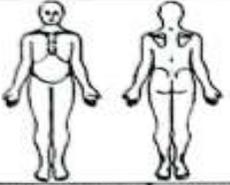
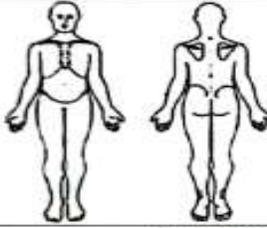
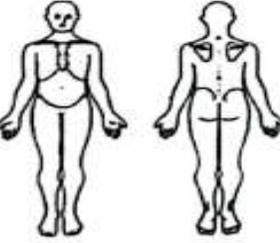
OBSERVACIONES:

Escala de Norton

Escala de Braden

ESCALA BRADEN					
PUNTOS		1	2	3	4
ESCALA BRADEN	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12		
		RIESGO MODERADO	≤14		
	RIESGO BAJO	≤16			



NOMBRE Y APELLIDO:			
EDAD:	SEXO:	N°HCL	N° CAMA
SERVICIO:		FECHA DE INGRESO:	
DIAGNÓSTICO:			
PRESENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN AL INGRESO AL PACIENTE			
UBIQUE EL SITIO EN EL GRÁFICO		GRADO I: Edema, eritema, piel íntegra	
		GRADO II: Erosión epidérmica, flicterna, abrasión parcial	
		GRADO III: Abrasión total de la dermis, tejido celular subcutáneo musculo, tendón y hueso	
		TAMAÑO DE LA ÚLCERA	
		Nombre y Apellido de la enfermera/o que recibe al paciente	
PRESENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN			
UBIQUE EL SITIO EN EL GRÁFICO		MARQUE CON UNA X EL GRADO DE LA LESIÓN	
		GRADO I	
		GRADO II	
		GRADO III	
		GRADO IV	
		TAMAÑO DE LA ÚLCERA	
		Nombre y Apellido de la enfermera/o que recibe al paciente	
CONDICIÓN DE LA PIEL AL EGRESO DEL PACIENTE			
Paciente egresa con piel íntegra a domicilio		Si	No
Paciente referido a otra institución		Si	No
Indique la condición de la piel cuando el paciente es referido a otro servicio de la institución		Si	No
UBIQUE EL SITIO EN EL GRÁFICO		Se educa a la paciente y familiar sobre los cuidados en el hogar	
		Si	No
		Nombre y Apellido de la enfermera/o que recibe al paciente	

ACCIONES DE ENFERMERÍA

Incidencia de úlceras por presión

ESCALA DE PADUA PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS DE ETV EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

C.I.: _____ EDAD: _____

FACTOR DE RIESGO	PUNTAJE
Cancer activo	3
ETV previa (excluyendo trombosis venosa superficial)	3
Movilidad reducida	3
Condición trombofílica conocida	3
Trauma o cirugía reciente (< 1 mes)	2
Edad avanzada (≥ 70 años)	1
Fallo cardiaco o respiratorio	1
IAM o ACVI	1
Infección aguda y/o desorden reumatológico	1
Obesidad (BMI ≥ 30)	1
Tratamiento hormonal	1
Alto riesgo ≥ 4 puntos (60,3 %) sin profilaxis ETV 11%	
Bajo riesgo < 4 puntos (39,7 %) sin profilaxis ETV 0.3 %	

FIRMA DE RESPONSABILIDAD _____

Escala para evaluar riesgo de ETV

Escala: Índice de comorbilidad Charlson

Es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto.

ÍNDICE DE COMORBILIDAD CHARLSON	
VARIABLES	PRESENTACIÓN
Infarto de Miocardio	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad del tejido conectivo	1
Úlcera péptica	1
Afección hepática benigna	1
Diabetes	1
Hemiplejía	1
Insuficiencia renal moderada o severa	2
Diabetes con afección orgánica	2
Cáncer	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Enfermedad hepática moderada o severa	2
Metástasis	2
SIDA	2
	2
	PUNTAJE

Ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos ✓
Comorbilidad baja: 2 puntos
Comorbilidad alta: mayor 3 puntos
Predicción de mortalidad en seguimientos cortos:
Índice de 0: 12% mortalidad/año
Índice 1-2: 26% ✓



Identificación del adulto mayor frágil

Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al adulto mayor mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos casos, los procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales.

En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad).

NANDA

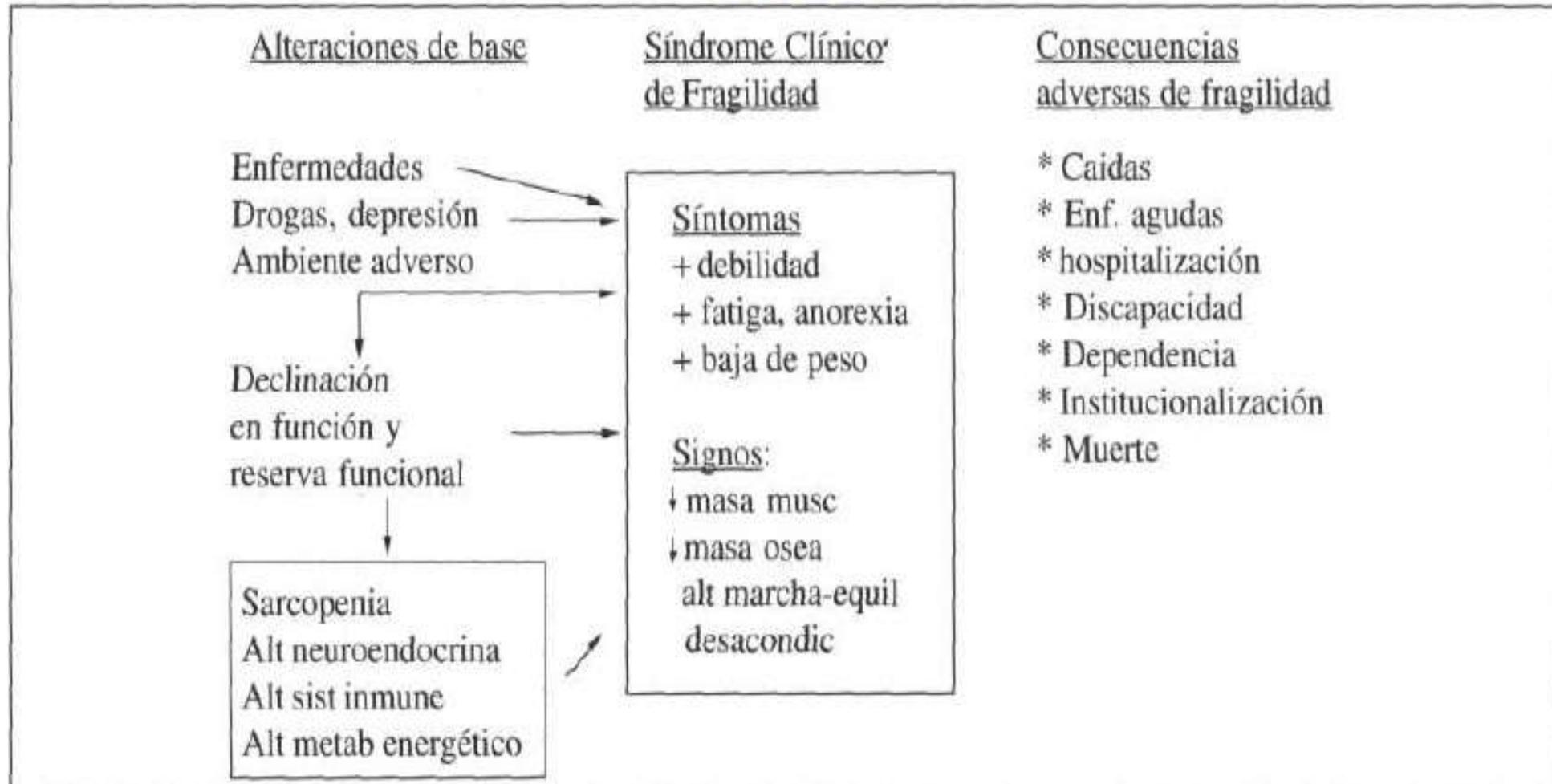
Susceptible a un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al individuo mayor que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (físico, funcional, psicológico o social) y conduce a una mayor susceptibilidad a los efectos adversos para la salud, en particular la discapacidad.



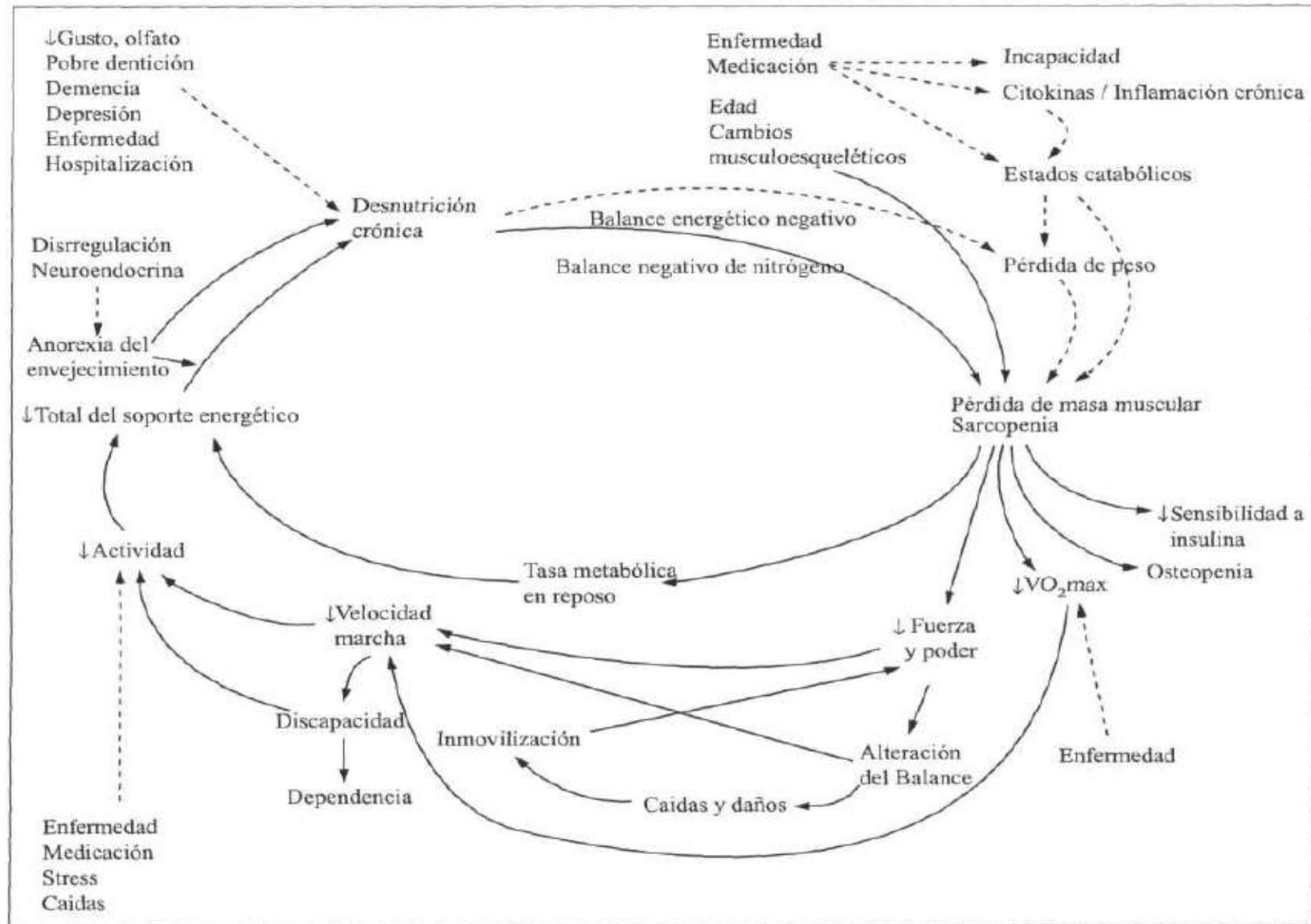
Síndrome clínico



FRAGILIDAD



EL CICLO DE LA FRAGILIDAD



Fenotipo de fragilidad de Fried

Criterio		Si	No
Pérdida de peso: pérdida de peso involuntaria en el último año mayor de 4,5 kg o mayor del 5% del peso previo en el último año.		✗	
Baja energía y resistencia: respuesta afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas del Depression Scale del Center for Epidemiologic Studies (CES-D). Se considera como respuesta afirmativa si a una de ellas se responde: "moderada cantidad de tiempo" (3-4 días) o "la mayor parte del tiempo"			
1. ¿Sentía que todo lo que hacía suponía un esfuerzo en la última semana?		✗	
2. ¿Sentía que no podía ponerse en marcha la última semana?			
Fuerza prensora*: medido con un dinamómetro (en kg de fuerza o el equivalente en libras) y estratificado por sexo e índice de masa corporal (IMC). Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:			
Hombres		Mujeres	
IMC <= 24	<=29 kg fuerza	IMC <=23	<= 17 kg fuerza
IMC 24,1-26	<=30 kg fuerza	IMC 23,1-26	<= 17,3 kg fuerza
IMC 26,1-28	<=30 kg fuerza	IMC 26,1-29	<=18 kg fuerza
IMC >28	<=32 kg fuerza	IMC >29	<=21 kg fuerza
		✗	
Velocidad de la marcha*: tiempo que se tarda en andar 15 pasos (4,6 metros), estratificado por altura y sexo. Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:			
Hombres		Mujeres	
Atura ≤173 cm	> 7 segundos	Atura ≤159 cm	≥ 7 segundos
Altura >173 cm	> 6 segundos	Altura >173 cm	≥ 6 segundos
		✗	
Bajo nivel de actividad física†: kilocalorías gastadas por semana usando el Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire (MLTAQ), estratificando por sexo. Se considera fragilidad cuando se encuentra en el quintil inferior:			
Hombres: < 383 Kcal/semana		Mujeres: < 270 Kcal/semanas	
			✗
Total:			

A young woman with blonde hair tied back, wearing light blue scrubs, is sitting and holding the hand of an elderly woman with white hair. The elderly woman is seated in a wheelchair and wearing a pink cardigan over a white blouse. Both women are smiling and looking at each other. The background shows a blurred outdoor setting with a building and trees.

Conclusión



La valoración integral a partir de la historia clínica y la aplicación de escalas, permite a los profesionales que desde diferentes disciplinas aportan sus conocimientos para el cuidado de la salud del adulto mayor obtener una visión global de su situación a partir de la cual logran planificar intervenciones pertinentes y oportunas.



Si tú ❤️
cambias
Todo
Cambia

@reminderspositivos

Teorías y Modelos de Enfermería Aplicables al Adulto Mayor

- Las teorías y modelos de enfermería proporcionan un marco conceptual para la práctica clínica, guiando a los profesionales en la toma de decisiones y la planificación de cuidados. En el caso del adulto mayor, estas herramientas resultan especialmente útiles para comprender las necesidades únicas de esta población y brindar una atención integral y de calidad.

MARRINER	Humanista	Enfermería: arte y ciencia	NIGHTINGALE, HENDERSON, OREM, ABDELLAH, HALL, LEININGER, WATSON
	Relaciones interpersonales	Enfermería: relación interpersonal	PEPLAU, ROY, TRAVELBEE
	Sistemas	Enfermería: sistema	NEUMAN, JOHNSON
	Campos energéticos	Enfermería: intercambio y conservación de la energía	ROGERS

CLASIFICACIÓN POR CATEGORÍAS (Marriner y Alligood)

Filosofía	Combinación de arte y ciencia, análisis y argumentos para identificar los conceptos teóricos.	NIGHTINGALE, HENDERSON, WIEDENBACH, ABDELLAH, HALL, WATSON, BENNER
Modelos conceptuales	Definen los conceptos y la relación entre ellos, dejando abierta una vía para el desarrollo de teorías.	OREM, LEVINE, ROGERS, HOHSON, ROY, NEUMAN, KING
Teorías de enfermería	Muestran la relación entre los conceptos desarrollando enunciados teóricos que responden a preguntas.	PEPLAU, ORLANDO, TRAVELBEE, LEININGER,
Teorías de nivel medio	Tienen capacidad de medir o calificar objetivamente los conceptos de los que se pueden derivar y probarse empíricamente y adaptar fácilmente para guiar la práctica enfermera.	MELEIS, NEWMAN, ERICKSON, RIZZO, MERCER

- **Teoría de Henderson:** Esta teoría define la enfermería como la asistencia a los individuos enfermos o sanos en la realización de actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación, o a una muerte pacífica. La enfermera/o puede ayudar al adulto mayor a mantener su independencia y autonomía en la medida de lo posible.



- **Teoría de Peplau:**

- **Orientación:**

- **Identificación de la necesidad:** El adulto mayor puede expresar preocupaciones sobre su salud, soledad, cambios en su estilo de vida o la muerte.

- **Establecimiento de un contrato:** Se define el papel de cada uno y se establecen los objetivos de la relación.

- **Identificación:**

- **Desarrollo de confianza:** El adulto mayor comienza a confiar en la enfermera y a ver a la relación como una fuente de apoyo.

- **Exploración de sentimientos:** Se fomenta la expresión de sentimientos y emociones relacionadas con el envejecimiento, la enfermedad y la pérdida.

- **Explotación:**

- **Utilización de los servicios de salud:** El adulto mayor utiliza los recursos disponibles para satisfacer sus necesidades.

- **Aprendizaje de nuevas habilidades:** Se fomenta el aprendizaje de nuevas habilidades para mejorar el autocuidado y la calidad de vida.

- **Resolución:**

- **Terminación de la relación:** La relación enfermera-paciente llega a su fin de manera gradual y respetuosa.

- **Evaluación de los resultados:** Se evalúan los logros alcanzados y se identifican las áreas en las que se necesita continuar trabajando.

Teoría de Leininger

- **Las experiencias culturales moldean la salud:** Las creencias culturales sobre la salud, la enfermedad, la muerte y el envejecimiento influyen en cómo los adultos mayores perciben y experimentan su salud.
- **Los cuidados deben ser culturalmente congruentes:** Los cuidados de enfermería deben adaptarse a las creencias, valores y prácticas culturales del paciente para ser efectivos.
- **La comunicación intercultural es esencial:** Es fundamental que las enfermeras se comuniquen de manera efectiva con los pacientes de diferentes culturas, utilizando un lenguaje claro y evitando estereotipos.

- **Modelo de Orem:** Este modelo se centra en el autocuidado y la capacidad del individuo para satisfacer sus propias necesidades. La enfermera/o debe determinar el déficit de autocuidado del paciente y proporcionar los cuidados necesarios para compensar esta deficiencia.

- **Modelo de Roy:** Este modelo considera al individuo como una adaptación a los estímulos del entorno. La enfermera debe ayudar al paciente a adaptarse a los cambios físicos, emocionales y sociales asociados al envejecimiento.

- **Modelo de Neuman:** Este modelo conceptualiza al individuo como un sistema abierto que interactúa con el entorno. La enfermera debe identificar los factores de estrés que afectan al paciente y desarrollar intervenciones para fortalecer las líneas de defensa.

Elementos clave en la valoración al AM

- **Valoración biopsicosocial:** Evaluar no solo los aspectos físicos, sino también los psicológicos y sociales del paciente.
- **Funcionalidad:** Evaluar la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria.
- **Riesgo de caídas:** Identificar los factores de riesgo para caídas y desarrollar estrategias para prevenirlas.
- **Apoyo social:** Evaluar la red de apoyo del paciente y determinar si necesita ayuda adicional.
- **Estado cognitivo:** Evaluar la función cognitiva del paciente para identificar posibles problemas de memoria, orientación o juicio.
- **Bienestar emocional:** Evaluar el estado de ánimo del paciente y detectar signos de depresión o ansiedad.
- **Espiritualidad:** Reconocer la importancia de la espiritualidad para muchos adultos mayores y ofrecer apoyo espiritual si es necesario.