



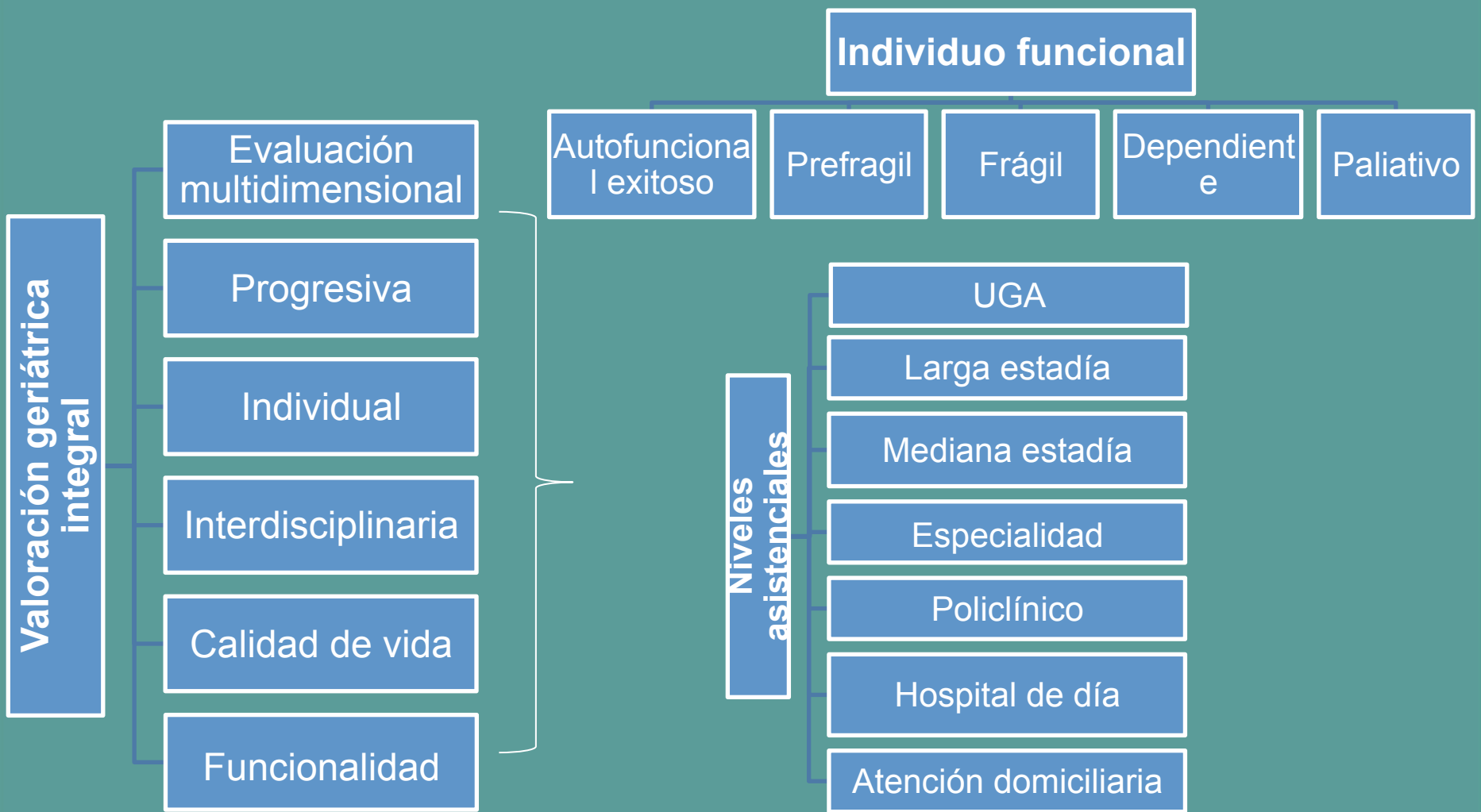
VALORACIÓN

GERIÁTRICA

INTEGRAL

¿QUÉ HAY DE NUEVO?





- Evidencia de los beneficios de la evaluación geriátrica.

- Los programas de evaluación geriátrica aumentan la precisión diagnóstica, funcionalidad física, afectividad y cognición de los pacientes y, a la vez, reducen la necesidad de medicamentos, los costos, tasas de mortalidad y frecuencia de ingreso a asilos y hospitales. Todos los estudios publicados demuestran algunos de estos beneficios, en distintas combinaciones.

- El estudio aleatorio y controlado realizado en Los Angeles, en la Unidad de Manejo y Evaluación del Hospital Geriátrico, fue uno de los primeros estudios clínicos publicados (*Rubinstein et al, NEJM, 1984; 311:1884*) . Como no había antecedentes, no se pretendió observar diferencias en la sobrevivencia; en el hecho, la mortalidad en el grupo intervenido fue 50% menor que en el grupo control y una reducción significativa en el uso de casas de reposo (27% versus 47%), porcentaje de rehospitalizaciones (de 50% a 35%) y costos.

- Otro estudio clínico aleatorio, publicado en la misma época por el grupo de Copenhague, que hacía manejo de casos y evaluación geriátrica en domicilio, describe los mismos beneficios en un plazo de tres años, con efecto significativo en reducción de la mortalidad, ingresos hospitalarios, días de hospitalización, consultas en servicios de urgencia y costos (*Br Med J 1984; 289:1522-1524*)

• estudio efectuado en Italia, en el que se comparó el sistema de evaluación en domicilio más manejo de casos, con el sistema de cuidado domiciliario habitual, en el que se observó mejor estado funcional, menos ingresos a hospitales y a casas de reposo, menos días de hospitalización y menos costo, con este último sistema (Bernabei et al, Br Med J 1998; 316:348) .

En 1993 se publicó en Lancet un metaanálisis de 28 estudios clínicos aleatorios, de cinco tipos diferentes según el lugar y forma en que se hizo el estudio (intrahospitalario, asesoría hospitalaria, evaluación domiciliaria, seguimiento después del alta y pacientes ambulatorios). Se evaluaron los resultados en cuanto a mortalidad, retorno al domicilio durante el seguimiento, mejoría del estado funcional y de la cognición, y reducción de las hospitalizaciones (Stuck et al, 1993, Oct 23; 342(8878): 1032-6)

• El análisis de todos los programas combinados demostró una reducción de 18% del riesgo de morir y un aumento de 25% de la probabilidad de vivir en casa; además, la cognición mejoró en forma significativa en todos los programas y hubo una reducción de 12% en los días de hospitalización. Algunos tipos de estudio tuvieron mejores resultados que otros; el impacto de las unidades que trabajaron con pacientes internos tendió a ser mayor, ninguno de los estudios con pacientes ambulatorios tuvo efectos significativos. La conclusión es muy clara: los programas pueden entregar grandes beneficios a la población

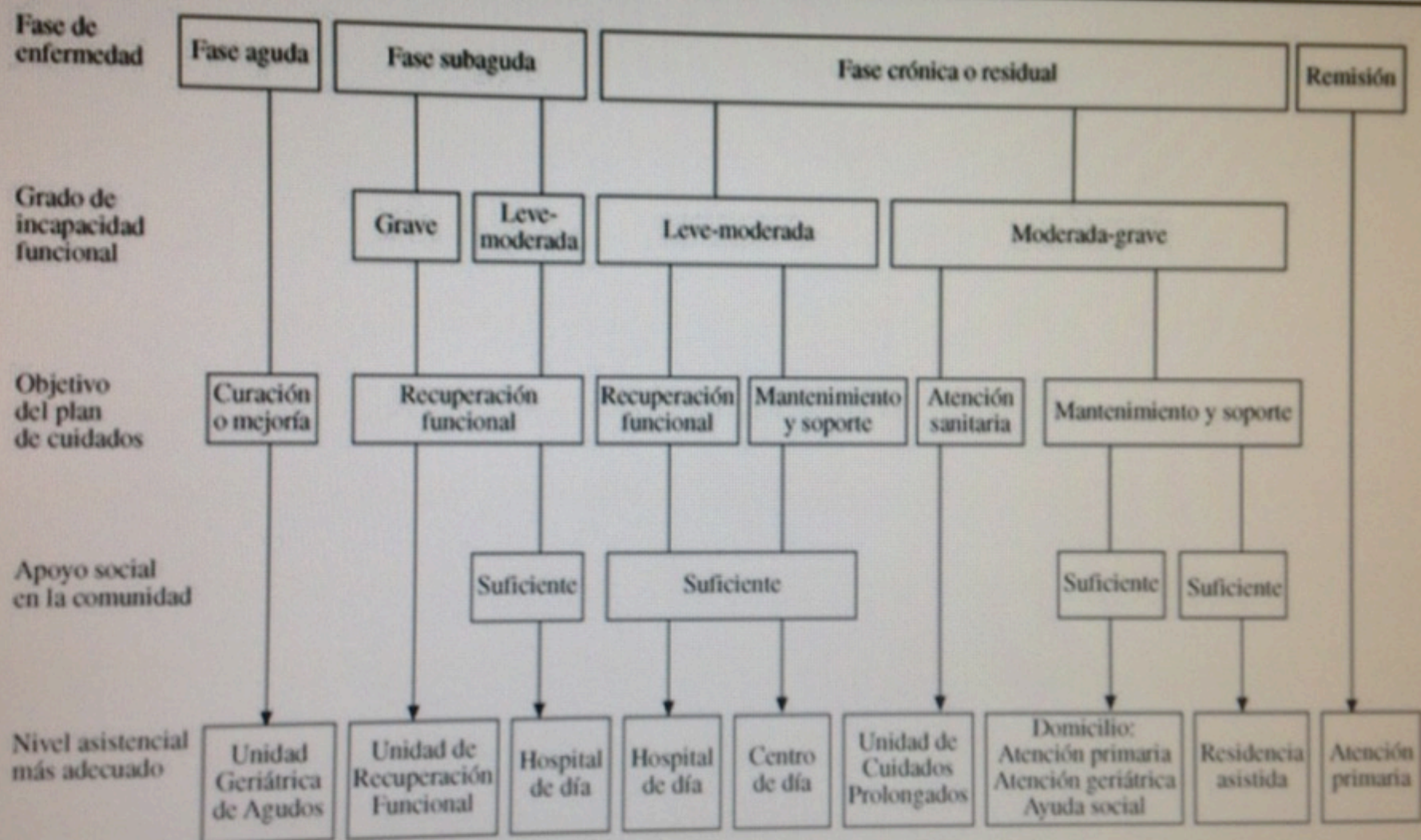
Stuck actualizó últimamente este metaanálisis, y abarcó todos los programas de visitas domiciliarias, que en ese momento eran catorce, para tratar de resolver las discrepancias que aún subsistían con respecto a los beneficios. Además, hizo un análisis de regresión para determinar los componentes de los programas que entregaban los mayores beneficios. Encontró una reducción significativa de la mortalidad, sólo en los programas enfocados a la población relativamente frágil, con una tasa de mortalidad de 8% por año; en poblaciones con tasas de mortalidad bajas, la tasa de reducción no fue significativa. Disminuyó el ingreso a casas de reposo sólo en los programas que contemplaban más de cuatro visitas durante el período de dos o tres años de seguimiento, y se redujo el deterioro funcional en los que hacían evaluación geriátrica

TABLA 1

Resultados de diferentes niveles de intervención geriátrica en relación con cuidados convencionales

Fase de enfermedad	Población diana	Intervención	Beneficios para el paciente	Beneficios para el sistema sanitario
Enfermedad «oculta» preclínica	> 70-75 años	Valoración domiciliaria preventiva	P: prevención del deterioro funcional a 1 y 3 años y menor mortalidad a los 3 años	Eficiencia dudosa (mayor si selección previa de ancianos frágiles)
Enfermedad aguda	Anciano frágil hospitalizado	Equipo geriátrico consultor	P: reducción del deterioro funcional al alta (COT)	P: descenso de estancia media e institucionalización (COT)
		Unidad geriátrica de agudos	C: menor deterioro funcional e institucionalización al alta	C: reducción de estancia media y costes hospitalarios
		Hospitalización domiciliaria	P: mayor satisfacción con los cuidados	Eficiencia cuestionable
Enfermedad subaguda	Anciano con deterioro funcional potencialmente recuperable	Unidad de media estancia o convalecencia	C: mejoría funcional y afectiva y menor institucionalización y mortalidad al alta y al año	P: Reducción de costes sanitarios y sociales al año
		Hospital de día geriátrico	C: menor deterioro funcional P: mejoría afectiva y satisfacción con los cuidados	P: tendencia a menor estancia hospitalaria y menor tasa de institucionalización al año
	Anciano frágil con alto riesgo de reingreso (véase texto) o con insuficiencia cardíaca	Seguimiento al alta hospitalaria	C: menor mortalidad a los 6 y 18 meses en insuficiencia cardíaca Menor institucionalización al año	C: reducción de reingresos y costes totales de atención a los 6 y 18 meses
Enfermedad crónica	Anciano con incapacidad establecida o enfermedad crónica en estadio grave	Asistencia geriátrica domiciliaria y equipos de soporte	P: mayor satisfacción de pacientes y familia. Mejor calidad de vida	Eficiencia cuestionable (más favorable en atención de pacientes con cáncer avanzado)

C: resultados consistentes derivados de metaanálisis o al menos un ensayo aleatorio; P: resultados posibles derivados de estudios no aleatorios o discrepantes entre estudios aleatorios; COT: cirugía ortopédica y traumatología.



CASO CLÍNICO



CASO CLÍNICO

- Varón **78 años**.
- Estado civil soltero 4 hijos.
- Ocupación: **Microempresario, Retirado de Carabinero, TENS**
- Escolaridad: **Técnica completa.**
- **Trabajador** activo.
- Socialmente activo.
- **Independiente** para actividades instrumentales.
- Vive **solo**.



CASO CLÍNICO

Antecedentes mórbidos:

Hipertensión arterial sin tratamiento y sin control.

Hábitos:

- Tabaco: detenido hace 5 años, fumaba 20 cigarros diarios por más de 20 años
- Alcohol: no refiere
- Drogas no refiere
- Sueño: Sin alteración

Alergias: No refiere



CASO CLÍNICO

Motivo de consulta:

Disnea de inicio súbito en reposo

Paciente consulta el día 25 de diciembre 2014 en SU por disnea de reposo que se inicia al ir manejando. Asociado a precordialgia opresiva de intensidad 6 /10, no irradiado y confusión. Ingresa con su hija al servicio de urgencia. Se evidencia compromiso hemodinámico por arritmia de respuesta ventricular rápida (ACXFA).

Se traslada a Unidad coronaria con requerimiento de drogas vasoactivas para optimizar manejo.



SERVICIO DE URGENCIAS



CASO CLÍNICO

En unidad coronaria se realiza **coronariografía** evidenciándose **IAM**, se instalan dos stent.

Después de dos meses hospitalizado, desde el punto de vista Cardiológico paciente evoluciona de manera favorable sin embargo desde el punto de vista cognitivo persiste con **Sd confusional** agudo indicándose múltiples dosis de **neurolépticos, sedantes y contención** permanente.

Se decide traslado a centro de rehabilitación para manejo y estudio de Sd confusional prolongado y rehabilitación cardio-vascular



UPC



CASO CLÍNICO

Ingresa a el 18/03 tras 2 meses hospitalizado a la unidad de Psicogeriatría. Se otorga el **alta el 18/5.**

Se presenta **VGI al alta y retrospectiva.**



UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA



EVALUACIÓN

ENFERMERÍA

EU VILMA REBOLLEDO



INDICE DE KATZ AL INGRESO

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MOVILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE:
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.	
CLASIFICACIÓN	
A	Independiente en todas las actividades
B	Independiente en todas las actividades, salvo una
C	Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional
D	Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional
E	Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función Adicional
F	Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional
G	Dependiente en las seis funciones

Questionario heteroadministrado con 6 ítems dicotómicos

valoración de las actividades de la vida diaria- índice Katz. (2010). servicio andaluz de salud consejería de salud .

Fiabilidad :
Posee una buena reproducibilidad d intra observador.
Encontrándose en todos los estudios coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.988.
La reproducibilidad d inter observador también es alta

INDICE DE KATZ

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MOVILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.	
CLASIFICACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> A Independiente en todas las actividades B Independiente en todas las actividades, salvo una C Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional E Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función Adicional F Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional G Dependiente en las seis funciones 	



KATZ
ALTA
A

ESCALA DE NORTON AL INGRESO

<i>Puntuación</i>	<i>Estado físico</i>	<i>Estado mental</i>	<i>actividad</i>	<i>Movilidad</i>	<i>Incontinencia</i>
4	Bueno	Alerta	Deambula	Total	Ninguna
3	Aceptable	Apático	Deambula con ayuda	Disminuida	Ocasional
2	Regular	Confuso	Cama/silla	Muy limitada	Urinaria o fecal
1	Muy Bueno	Estupor	Postrado	Inmóvil	Urinaria y fecal

De 5 a 11 riesgo muy alto



De 12 a 14 Riesgo Moderado

De 15 y más Riesgo Mínimo / no riesgo

ESCALA DE NORTON AL ALTA

<i>Puntuación</i>	<i>Estado físico</i>	<i>Estado mental</i>	<i>actividad</i>	<i>Movilidad</i>	<i>Incontinencia</i>
4	Bueno	Alerta	Deambula	Total	Ninguna
3	Aceptable	Apático	Deambula con ayuda	Disminuida	Ocasional
2	Regular	Confuso	Cama/silla	Muy limitada	Urinaria o fecal
1	Muy Bueno	Estupor	Postrado	Inmóvil	Urinaria y fecal

Sensibilidad (46,8%)

Especificidad (60,1%)

ESCALA DE DOWNTON AL INGRESO

Valoración de riesgo con la intención de reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorarlas adecuadamente y poder determinar sus causas, para corregirlas. valoración del riesgo de padecer caídas. (2013), varices de geriatría y más.

Sensibilidad (93%)

Especificidad (88%)

5 Puntos

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
ESTADO MENTAL	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

ESCALA DE DOWNTON AL ALTA

3 Puntos



Alto riesgo de caída por medicación.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
ESTADO MENTAL	Alteraciones auditivas	1
	Orientado	0
	Extremidades (ictus...)	1
DEAMBULACIÓN	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

NPI (INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO DE CUMMINGS) AL INGRESO

Trastornos neuropsiquiátricos:
multiplicar frecuencia por gravedad

Trastorno	No Valorable (Marcar)	Frecuencia	Gravedad	Total (Frecuencia x Gravedad)
Delirios		0 1 2 3 4	1 2 3	12
Alucinaciones		0 1 2 3 4	1 2 3	
Agitación		0 1 2 3 4	1 2 3	12
Depresión/disforia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Ansiedad		0 1 2 3 4	1 2 3	12
Euforia/júbilo		0 1 2 3 4	1 2 3	
Apatía/indiferencia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Desinhibición		0 1 2 3 4	1 2 3	
Irritabilidad/labilidad		0 1 2 3 4	1 2 3	12
Conducta motora sin finalidad		0 1 2 3 4	1 2 3	3
Puntuación total				51

Es una escala que valora la presencia de alteraciones psicopatológicas en pacientes con enfermedades neurológicas principalmente demencia.

Beatriz Castano Monsalvea, M. B. (2012). Perfil psicopatológico de pacientes con traumatismo craneoencefálico evaluados mediante el Inventario Neuropsiquiátrico



La confiabilidad de este test es de **0.89**

Escala NPI sin puntuación al alta

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL SERVICIO DE PATOLOGÍAS NEURODEGENERATIVAS

09:00	Administración de medicamentos
09:30- 09:40	Terapia de orientación y de validación
09:40- 09:50	Terapia con Enfoque Cognitivo
09:50- 10:00	Psicoestimulación
10:00- 10:30	Estimulación Física
10:30- 12:00	Musicoterapia
15:00- 16:00 Lunes y Miércoles	Psicoestimulación
16:00- 17:00 Viernes	Karaoke
14:00- 15:00	Estimulación Física
16:00- 17:00	Actividades lúdicas



Paciente al alta realizo terapia temporoespacial.

Fuente:
Creación propia a partir de información disponible en SPN de CRLF



ASISTENTE SOCIAL

Evalúa **Red de apoyo :**
Familiar
Institucional
Comunitaria



INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
CAJA DE PREVISIÓN DE LA DEFENSA NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN LA FLORES
UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL

FICHA SOCIAL

Fecha _____

DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre Imponente _____ RUT _____
NOMBRE PACIENTE _____ RUT _____
N° Cuenta-Clase _____ Lugar Pago _____ Fecha Nac _____
Domicilio _____
Teléfono (x) _____
Otras Percepciones _____ Ubicación al Abs _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

N° Personas Grupo Fam _____
Nombre Cónyuge _____ Edad _____ Actividad _____
Nombre Hijo _____ Edad _____ Actividad _____
Alquiler _____
REDES DE APOYO _____

SITUACION ECONOMICA:

Total Pension \$ _____ Saldo Líquido \$ _____
Otras Ingresos \$ _____ TOTAL INGRESOS \$ _____ N° Cargas Fam _____
Credito Med. Cur \$ _____ Deuda Salud \$ _____ Tasa _____
Otras Deudas \$ _____

SITUACION HABITACIONAL:

Tenencia _____ Tipo Vivienda _____ Estado Actual _____
Pago Arriendo/Quilombo _____ Observaciones _____

SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE:

SITUACION MEDICA-DIAGNOSTICOS:

IDENTIFICACION APODERADO:

OBSERVACIONES:

ASISTENTE SOCIAL

FICHA SOCIAL CAPREDENA

Informe Social y de Red de Apoyo

I. Datos de identificación del interesado:

Apellidos _____
Nombre _____
Rut _____ Fecha Nac _____ Edad _____
Teléfono _____ E-mail _____
Domicilio _____
Villa/pobl _____ Comuna _____
Dirección postal _____
Etnia _____
Estado civil casado soltero divorciado anulado
Sistema Salud FONASA ISAPRE institucional No tiene
Capacidad legal capaz presente incapaz con guardador de hecho menor de edad

II. Datos de identificación del requirente:

Requiere Trámite interesado persona representante persona a cargo entidad a cargo
Nombre (PR - PC) _____
Identificar Persona Representante o Persona a Cargo
Rut (PR - PC) _____
Nombre (EC) _____
Identificar Entidad a Cargo
Teléfono _____ Celular _____
E-mail _____
Domicilio _____
Relación con el interesado _____

FICHA SOCIAL SENADIS

EVALUACIÓN SOCIAL

Pensionado, sistema de salud **DIPRECA**

78 años de edad, viudo,
4 hijos (dos viven en Santiago, uno En Serena y otro en Antofagasta)

Habita **departamento Propio** en Antofagasta , en el piso N° 11

Mantiene **Empleada Puertas afuera** para servicio domestico



Buena situación socioeconómica, sus ingresos derivan de una pensión mensual de arriendo de una propiedad y de ingresos percibidos por la administración de dos negocios comerciales

Su apoderada lo identifica como una **persona activa, independiente, sociable**, que mantiene vínculos afectivos con sus hijos, nietos y pareja actual.

Al alta se reubica **en su domicilio en compañía de su hijo** estudiante de medicina y la asesora del hogar.

EVALUACIÓN SOCIAL

Presentación de
Caso Clínico en el
Equipo
Multidisciplinario



Evaluación

Buena red de apoyo social
Destino al alta Domicilio
Buena Situación económica

EVALUACIÓN

NUTRICIONAL





Por protocolo de la Unidad de Nutrición, se debe realizar la evaluación nutricional dentro de los **5 primeros días hábiles** desde el ingreso del paciente.

El paciente **ingresó con delirium**, por lo tanto se realizó el formulario de cribaje nutricional a la hija, con una puntuación de 7 lo que indica un **estado nutricional de desnutrición.**

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

A.- ¿ Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos 3 meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar?

- 0 = ha comido mucho menos
- 1 = ha comido menos
- 2 = ha comido igual

2

B.- ¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses?

- 0 = pérdida de peso superior a 3 Kg
- 1 = no lo sabe
- 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 Kg
- 3 = sin pérdida de peso

0

C.- ¿Movilidad?

- 0 = en cama o silla de ruedas
- 1 = es capaz de levantarse de la cama/silla, pero no sale a la calle
- 2 = sale a la calle

0

D.- ¿ha sufrido el paciente estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos 3 meses?

- 0 = si
- 2 = no

2

E.- ¿ha sentido el paciente tristeza profunda o presenta demencia?

- 0 = demencia o depresión grave
- 1 = demencia leve
- 2 = sin problemas psicológicos

2

F.- ¿Índice de masa corporal?

- 0 = IMC < 19
- 1 = IMC entre 19 y menos de 21
- 2 = IMC entre 21 y menos de 23
- 3 = IMC > ó = 23

1

Puntuación

12-14 puntos: estado nutricional normal

8-11 puntos: riesgo de desnutrición

0-7 puntos: Desnutrición

Parámetros Antropométricos

	ingreso	2 meses después
Peso	64 kg	70 kg
<u>Talla (estimado Chumlea)</u>	1.75 mts	1.75 mts
Altura rodilla	54 cms ↓	54 cms
<u>Perímetro braquial</u>	22 cms (p 5 y 10) ↓	24 cms (p 25 y 50) (N límite inf)
<u>IMC</u>	21 kg/m ↓	23 kg/m (N límite inferior)
Perímetro de Pantorrilla	30 Cms ↓	31 Cms
<u>Pliegue Tricipital</u>	9 mm	10 mm (N límite inferior)
Sarcopenia	+++	+

Parámetros bioquímicos

	ingreso	2 meses después
Glicemia	150 mg/dl	115 mg/dl
<u>Albúmina</u>	3,0 gr/dl	4,0 gr/dl
Proteínas totales	5,0 gr/dl	6,0 gr/dl
Recuento linfocitos	1.600 mm	1.860 mm
Creatinina	1,89 mg/dl	0,68 mg/dl
PCR	189 mg/L	10 mg/L
BUN	65 mg/dl	16 mg/dl
Col Total	55 mg/dl	86 mg/dl
VFG (MDRD6V)	35 ml/min	97 ml/min
Diagnóstico Nutricional Integrado	Desnutrición Mixta Leve	Normal (límite inferior)

Intervención Nutricional

Cálculo requerimiento energético:
metabolismo basal según Harris y Benedict

Las ecuaciones originales de Harris-Benedict publicados en 1918 y 1919:

Hombres	$TMB = 66,4730 + (13,7516 \times \text{peso en kg}) + (5,0033 \times \text{altura en cm}) - (6,7550 \times \text{edad en años})$
Mujeres	$TMB = 665,0955 + (9,5634 \times \text{peso en kg}) + (1,8449 \times \text{altura en cm}) - (4,6756 \times \text{edad en años})$

+ factor de actividad

FACTOR DE ACTIVIDAD

Reposo en cama.....	1,0
Movimiento en la cama	1,2
Deambular.....	1,3

+ factor patológico

Desnutricion	Factor
Leve	1.2
Moderada	1.3
Severa	1.4

**GET: MB (1.287 kcal)+ FA (1,2)+ FD (1,2)= 1.800
Kcal/día**

Cálculo macronutrientes

Energía: **1.800 Kcal/día**

Proteínas: 1,3 gr/Kg peso/día= 85 gr/día (19% VCT)

Lípidos: 0,8 gr/Kg peso/día= 52 gr/día (26% VCT)

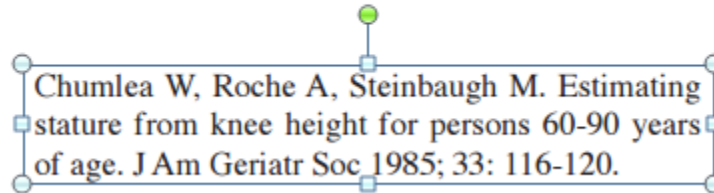
CHO: 55% VCT = 250 gr/día

Prescripción Dietética Ingreso:

Régimen blando hipercalórico, hiperproteico, normolipídico, normoglucídico sin sacarosa, fraccionado 4 comidas + 2 colaciones (suplemento), hiposódico.

Hombre: $T = (2,02 \times \text{altura talón-rodilla}) - (0,04 \times \text{edad}) + 64,19$

Mujer: $T = (1,83 \times \text{altura talón-rodilla}) - (0,24 \times \text{edad}) + 84,88$



Chumlea W, Roche A, Steinbaugh M. Estimating stature from knee height for persons 60-90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 116-120.

MINSAL	
Clasificación	IMC
Bajo peso	< 23
Normal	23 - 27.9
Sobrepeso	28 - 31.9
Obesidad	> 31

índice de masa corporal normal según lo establecido en el tercer estudio para el examen de la salud y la nutrición (NHANES III)

HOMBRES		MUJERES	
50-59	24.7-31	50-59	23.6-32.1
60-69	24.4-30	60-69	23.5-30.8
70-79	23.8-26.1	70-79	22.6-29.9
80 y más	22.4-27	80 y más	21.7-28.4

**PERCENTILES DEL PERÍMETRO BRAQUIAL
EN LA POBLACIÓN ANCIANA**

Grupo de edad	Percentiles (cm)						
	5	10	25	50	75	90	95
Varones							
65-69	22,54	23,91	24,94	26,54	28,85	30,66	32
70-74	22,7	23,53	25,23	26,45	28,32	29,51	31
75-79	21,23	22,7	24,41	25,74	27,86	30	31
80-84	20,70	22,88	23,94	25,28	27,07	28,13	28,5
≥ 85	20,23	20,93	22,38	23,62	25,33	26,75	27
Mujeres							
65-69	20,80	21,4	23,25	25,45	27,87	30,34	31,98
70-74	19,97	21,17	22,66	24,4	26,24	29,05	
75-79	19,29	20,34	22,46	24,5	26,5	29,24	31,07
80-84	18,47	19,03	20,94	23,51	25,12	26,5	20
≥ 85	18,95	18,91	20,12	21,73	23,96	25,31	27,59

Esquiús M, Schwart S, López Hellín J, Andreu AL, García E. Parámetros antropométricos de referencia de la población anciana. *Med Clin (Barc)*. 1993; 100: 692-698.

**PERCENTILES DEL PLIEGUE TRICIPITAL
EN LA POBLACIÓN ANCIANA**

Grupo de edad	Percentiles (mm)						
	5	10	25	50	75	90	95
Varones							
65-69	7,5	8	9,5	11,5	14	17,25	18,5
70-74	7	7,5	9,5	12	14	16,5	19
75-79	6	7	9	11,5	14	17	20,5
80-84	7	8	9,5	12,5	14,5	17	18,5
≥ 85	5	6	8,5	10,75	13	16,5	18
Mujeres							
65-69	14	16	18,5	21	23	25,5	26,5
70-74	11,5	14	16,5	19,5	23	26,5	26,5
75-79	13	14	16	19	22	23,5	25
80-84	10	12	14,5	18	21	23	24
≥ 85	10	10,5	13,25	16,25	18	23,5	24,5

Esquiús M, Schwart S, López Hellín J, Andreu AL, García E.
 Parámetros antropométricos de referencia de la población anciana.
Med Clin (Barc). 1993; 100: 692-698.

Proteína visceral	Valores NORMALES	DEFICIT LEVE	DEFICIT MODERADO	DEFICIT SEVERO
ALBUMINA	3,5 A 5 g/dL	3 a 3,4 g/dL	2,9 a 2,1 g/dL	≤ 2 g./dL
PRE-ALBUMINA	>28 mg/dL	25,2 a 27,9 mg/dL	23 a 25,1 mg/dL	< 23 mg.d/L
TRANSFERRINA	175 a 300 mg/dL	100 a 175 mg/dL	100 a 150 mg/dL	<100 mg.d/L
PROTEINA FIJADORA DE RETINOL	3 a 6 mg/dL	2,7 a 3 mg/dL	2,4 a 2,7mg/dL	≤ 2,4 mg.d/L
LINFOCITOS TOTALES x mm ³	> 2000	1999 a 1500	1499 a 1200	≤ 1199

FELANPE. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTE HOSPITALIZADO . MAYO, 2008.

EVALUACIÓN

FONOAUDIOLÓGICA



EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA

Test Evaluación de Deglución

Water Swallow Test. *Sensibilidad 76%. Especificidad 59%.
Grado de recomendación A*

Protocolo de Evaluación Clínica de la Deglución (González, R. Y Toledo, L., 2000).

Swallowing Rating Scale (American Speech-Language-Hearing Association, 2001).

Toda persona con alteración de la deglución debe ser valorada por un especialista (fonoaudiólogo) para poner en marcha técnicas de deglución seguras y estrategias dietéticas adecuadas. (Nivel de evidencia 1+. Grado de recomendación A).

El fonoaudiólogo debe observar el individuo (y a las personas que apoyan la alimentación), mientras comen y beben. Además de tomar nota de la interacción a la hora de la comida, la colocación, el tamaño del bolo, el ritmo, la presentación y el entorno (Grado de recomendación B).

EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA

Test de Evaluación de Lenguaje

PLEPAF (Protocolo de Lenguaje para Pacientes Afásicos) (González, R. 2003).

*Las muestra de lenguaje y su posterior análisis deben ser consideradas para evaluar los patrones de conversación (interacción) de la persona con afasia (**Grado de recomendación B**).*

EVIDENCIA EN REHABILITACIÓN DE DISFAGIA

1. Australian Government Department of Health and Ageing

Clinical Guidelines for Stroke Management 2010

National Stroke Foundation (2010).

Melbourne (Australia): National Stroke Foundation, 167 pages.

Las estrategias compensatorias como el posicionamiento, maniobras terapéuticas o modificación de alimentos y líquidos, deben proporcionar una deglución segura para las personas con disfagia (***Grado de recomendación B***).

2.

New Zealand Ministry of Health

New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management 2010

Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group (2010).

Wellington (New Zealand): Stroke Foundation of New Zealand, 347 pages.

Recomendar el uso de estrategias compensatorias como el posicionamiento, las posturas terapéuticas, maniobras o modificación de la dieta, facilita una deglución segura (***Grado de recomendación B***).

EVIDENCIA EN REHABILITACIÓN DE DISFAGIA

3. **Guía de Manejo del ataque cerebrovascular isquémico agudo de la American Stroke Association (ASA) 2007**

Los pacientes con disfagia orofaríngea deben tener un programa de rehabilitación deglutorio que incluya ejercicios de reactivación. Además de técnicas compensatorias y modificación de la dieta (**Grado de recomendación B**).

4. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation

15. Dysphagia and Aspiration Following Stroke

Teasell, R., Foley, N., Martino, R., Richardson, M., Bhogal, S. & Speechley, M.
Last updated: September 2013. www.ebrsr.com

Hay evidencia que un programa de tratamiento de la disfagia puede reducir la probabilidad de infecciones de pecho y la muerte o institucionalización (**Nivel de evidencia 1b**).

EVIDENCIA EN REHABILITACIÓN DE AFASIA

1. New Zealand Ministry of Health

New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management 2010

Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group (2010).
Wellington (New Zealand): Stroke Foundation of New Zealand, 347 pages.

La Terapia de lenguaje en forma intensiva produce beneficios más significativos. En general, las mayores ganancias están asociadas con una terapia intensa, en un período relativamente corto de tiempo, en lugar de una terapia menos intensa en un período más largo. (*Grado de recomendación A*).

El tratamiento de lenguaje resulta efectivo y eficaz para las personas con afasia (*Grado de recomendación A*).

2. **Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation**

Teasell, R. W., Foley, N. C., et al. (2011).
Retrieved from <http://www.ebrsr.com>.

La terapia semántica y fonológica específica mejoran las actividades de lenguaje semántico y fonológico, respectivamente, en la afasia (*Nivel de evidencia 1b*).

El tratamiento lingüístico cognitivo con elementos semánticos y fonológicos puede mejorar la fluidez semántica y fonológica (*Nivel de evidencia 1b*).

Resultados

Tipo de Tratamiento	Resultados Obtenidos
Rehabilitación de la Disfagia	Usuario logra mejorar etapa oral y preparatoria oral de la deglución: <i>1. Mejora control motor oral</i> <i>2. Elimina residuos de manera espontánea.</i> <i>3. Mejora eficiencia masticatoria de sólidos duros.</i> <i>4. Inhibir distractores al momento de la alimentación.</i> <i>4. Disminuye signos clínicos de riesgo aspirativo.</i>
Rehabilitación de la Afasia	Usuario con estimulación específica logra: <i>1. Aumento caudal léxico con disminución considerable de circuloquios.</i> <i>2. Favorece la fluidez de sus enunciados.</i> <i>3. Mejora la eficacia de sus actos comunicativos.</i>

EVALUACIÓN

NEUROPSICOLÓGICA



RESULTADOS OBTENIDOS

EDAD: 78 AÑOS. 12 AÑOS DE ESCOLARIDAD + ESTUDIOS TEC. PARAMÉDICO (2 AÑOS)

Minimental de Folstein: 25/30 (deficitario)

Mide eficiencia cognitiva global

Minimental State Examination-MMSE (Folstein et al., 1975; González et al., 2009): 30 puntos max.

Grupo 61-90 años de edad

Años de escolaridad	0-4	5-8	9-12	>12
Media (DS)	22,5 (4)	25,5 (3,2)	27,9 (1,8)	28,6 (1,0)
-1sd	19	22	26	28

Dominio	Puntaje
Orientación	10/10
Registro	3/3
Atención	5/5
Memoria	0/3
Lenguaje	7/8
Habilidades Visoespaciales	0/1



RESULTADOS OBTENIDOS

EDAD: 78 AÑOS. 12 AÑOS DE ESCOLARIDAD + ESTUDIOS TEC. PARAMÉDICO (2 AÑOS)

Trail Making Test (Reitan, 1958)

Parte A mide habilidades motoras, viso-espaciales y atención sostenida; parte B implica flexibilidad cognitiva y atención dividida.

TMT-A: 120 segundos / deficitario
TMT-B: 300 segundos / deficitario

Grupo educativo	Parte A	Parte B
Bajo (0-12 AÑOS)	N = 31 M = 73,68 DS = 30,84	N = 30 M = 160,5 DS = 59,72
Alto (más de 12 años)	N = 9 M = 47,89 DS = 11,33	N = 9 M = 103,67 DS = 29,92

Revista Neurológica Argentina - Volumen 27 - N° 2, 2002



Prueba de Dígitos del WAIS III (Weschler, 2002)

Repetición directa de dígitos se asocia a la eficiencia de la atención sostenida. Repetición inversa se asocia a memoria de trabajo y control atencional.

DÍGITOS HACIA ADELANTE	
1)	1-7
2)	6-3
1)	5-8-2
2)	6-9-4
1)	6-4-3-9
2)	7-2-8-6
1)	4-2-7-3-1
2)	7-5-8-3-6
1)	6-1-9-4-7-3
2)	3-9-2-4-8-7
1)	5-9-1-7-4-2-8
2)	4-1-7-9-3-8-6

DÍGITOS INVERSOS	
3)	2-4
4)	5-7
3)	6-2-9
4)	4-1-5
3)	3-2-7-9
4)	4-9-6-8
3)	1-5-2-8-6
4)	6-1-8-4-3
3)	5-3-9-4-1-8
4)	7-2-4-8-5-6



5 dígitos directos
(normal)



Un resultado con series de 6 o 5 números se considera normal, series de 4 y sobre todo de 3 números apuntan a la existencia de problemas de span en el orden directo (Lezak, 2004).



4 dígitos inversos
(normal)



En el orden inverso, una amplitud de 2 es claramente defectuosa, mientras que de 3 es dudoso (Lezak, 2004)

Figura Compleja de Rey (Osterrieth, 1944)

Mide percepción visual, habilidades viso-constructivas y memoria visual. Además permite valorar cualitativamente las estrategias de planificación.

Copia Figura compleja de Rey → 21,5/36 (disminuido)
Evocación (3') → 12/36 (normal)

ROCF copia



ROCF memoria

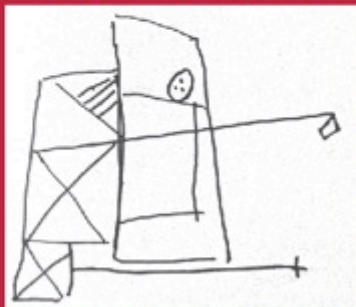


Table 11. Age-adjusted NEURONORMA scores (NSS_A) for age 78–80 (age range for norm)

Scaled score	Percentile range	ROCF			
		Copy		Memory	
		Raw Score	Time (s)	Immediate recall RS	Delayed recall RS
2	<1	≤10.5	≥636	≤0.5	≤1.5
3	1	11	—	—	—
4	2	—	564–635	—	—
5	3–5	11.5–16	420–563	1–2	2–2.5
6	6–10	16.5–21	358–419	2.5–4.5	3–4
7	11–18	21.5–22	330–357	5–6.5	4.5–7
8	19–28	22.5–25.5	312–329	7–8	7.5–8.5
9	29–40	26–29	280–311	8.5–10.5	9–11
10	41–59	29.5–31	221–279	11–12	11.5–12.5
11	60–71	31.5–33	194–220	12.5–14	13–14
12	72–81	33.5–34	169–193	14.5–18	14.5–16.5
13	82–89	34.5–35	134–168	18.5–19	17–18.5
14	90–94	—	115–133	19.5–21	19–20
15	95–97	—	100–114	21.5–23	20.5–23
16	98	—	—	23.5–24	23.5–25
17	99	—	90–99	—	—
18	>99	36	≤89	24.5–36	25.5–27
Sample size		63		63	

Notes: FCSRT = free and cued selective reminding test; ROCF = Rey–Osterrieth complex

Free and Cued Selective Reminding Test – FCSRT (Buschke, 1984)

Mide aprendizaje verbal y memoria episódica verbal

Test de Grober Buschke	Ensayo	Rendimiento	Total
Identificación de palabras		16	16
Recuerdo con índice inmediato	1r ensayo	13	
Recuerdo con índice inmediato	2-5 ensayo	3	
Recuerdo libre	1r ensayo	3	
	2nd ensayo	4	
	3r ensayo	4	11
Recuerdo con clave	1r ensayo	4	
	2nd ensayo	6	
	3r ensayo	5	15
Recuerdo total en 3 ensayos consecutivos (Recuerdo libre + recuerdo con clave)			26
Sensibilidad a las claves (<i>se espera entre 75%-80%</i>)			41%
Recuerdo libre diferido			4
Recuerdo con clave diferido			4
Recuerdo total diferido			8
Intrusiones			13
Perseveraciones			4

Deficitario

Intrusiones en sujetos normales no superan el 5% del total de la evocación (Brainerd y Reyna, 2005)

Frontal Assessment Battery 14/18 (Deficitario)

(Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B).
Mide funciones ejecutivas

Ítem	Puntaje obtenido
Similitudes	1/3
Fluencia verbal (letra A)	1/3
Secuencias motoras de Luria	3/3
Consignas conflictivas	3/3
Go No Go	3/3
Conducta de Prehensión	3/3
Puntaje total	14/18

≥70 años de edad	Básica	Media incompleta	Media completa	Técnica	Profesional
Media (DS)	14,17 (1,52)	16 (-)	16 (-)	17,1 (0,93)	17,3 (1)

CONCLUSIÓN NEUROPSICOLOGÍA



El evaluado presenta un deterioro cognitivo leve con predominio amnésico (Test de Grober y Busche), con signos sugerentes de compromiso temporo medial. Presenta afectación discreta en funciones ejecutivas (FAB; TMT-B) y denominación.

Se sugiere control en un año para verificar evolución del cuadro.

EVALUACIÓN

KINÉSICA



EVALUACIÓN

- Atrofia de extremidades inferiores
- Rangos articulares conservados
- No manifiesta dolor

Escala de Oxford

Escala que mide la fuerza muscular

- Extremidad superior Derecha fuerza **M4**
- Extremidad superior Izquierda fuerza **M4**
- Extremidad inferior Derecha fuerza **M4**
- Extremidad inferior Izquierda fuerza **M4**
- **Al alta el paciente tiene una fuerza M5 en sus extremidades**

ESCALA DE OXFORD

Escala americana de evaluación de fuerza muscular (escala de Oxford)

M0	Sin actividad a la palpación o a la inspección visual.
M1	Vestigios de contracción a la palpación o a la inspección visual.
M2-	Completa parte del rango articular sin gravedad.
M2	Completa el rango articular sin gravedad.
M3	Completa el rango articular contra gravedad, sin resistencia.
M3+	Completa el rango articular contra gravedad, con mínima resistencia.
M4	Completa el rango articular con carga moderada.
M5	Completa el rango articular con carga máxima.
NE	No examinable

Sensibilidad 68% Especificidad 69% - Rev. Reumatología 2010 - Vol. 11 Num. 03

ESCALA DE TINETTI

Escala de Tinetti, se utiliza para valorar el equilibrio y la marcha y según el resultado es posible estimar el riesgo de caída de una persona (generalmente anciana) y así poder prevenirlas.

A mayor puntuación, menor es el riesgo.

< 19: Riesgo alto de caídas

19 - 24: Riesgo de caídas

El puntaje de Tinetti al ingreso fue de 23 puntos, 10 puntos de marcha de 12 y 13 puntos de equilibrio de 16. Al alta el puntaje era 28 puntos de 28.

Sensibilidad de 88.3%

Especificidad de 84.7%

Avances No 27 Volumen

ESCALA DE TINETTI PARA EQUILIBRIO

Equilibrio sentado (el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos).	
se inclina o se desliza de la silla	0
está estable, seguro	1
Levantarse de la silla	
es incapaz sin ayuda	0
se debe ayudar con los brazos	1
se levanta sin usar los brazos	2
En el intento de levantarse	
es incapaz sin ayuda	0
es capaz pero necesita más de un intento	1
es capaz al primer intento	2
Equilibrio de pié (los primeros 5 segundos)	
inestable (vacila, mueve los piés, marcada oscilación del tronco)	0
estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse	1
estable sin soportes o auxilios	2
Equilibrio de pié prolongado	
inestable (vacila, mueve los piés, marcada oscilación del tronco)	0
estable pero con base de apoyo amplia (maleolos mediales > 10cm) o usa auxilio	1
estable con base de apoyo estrecha, sin soportes o auxilios	2

ESCALA DE TINETTI PARA EQUILIBRIO

Romberg sensibilizado (con ojos abiertos, piés juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades)	
comienza a caer	0
oscila, pero se endereza solo	1
Estable	2
Romberg (con ojos cerrados e igual que el anterior)	
Inestable	0
Estable	1
Girar en 360	
con pasos discontinuos o movimiento no homogéneo	0
con pasos contínuos o movimiento homogéneo	1
inestable (se sujeta, oscila)	0
Estable	1
Sentarse	
inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla)	0
usa los brazos o tiene un movimiento discontinuo	1
seguro, movimiento continuo	2
PUNTAJE EQUILIBRIO	__13__ / 16

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA

Inicio de la deambulaci3n (inmediatamente despu3s de la partida)	
con una cierta inseguridad o m3s de un intento	0
ninguna inseguridad	1
Longitud y altura del paso Pi3 derecho	
durante el paso el pi3 derecho no supera al izquierdo	0
el pi3 derecho supera al izquierdo	1
el pi3 derecho no se levanta completamente del suelo	0
el pi3 derecho se levanta completamente del suelo	1
Longitud y altura del paso Pi3 izquierdo	
durante el paso el pi3 izquierdo no supera al derecho	0
el pi3 izquierdo supera al derecho	1
el pi3 izquierdo no se levanta completamente del suelo	0
el pi3 izquierdo se levanta completamente del suelo	1
Simetría del paso	
el paso derecho no parece igual al izquierdo	0
el paso derecho e izquierdo parecen iguales	1

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA

Continuidad del paso	
interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancia entre los pasos)	0
Contínuo	1
Trayectoria	
marcada desviación	0
leve o moderada desviación o necesidad de auxilios	1
ausencia de desviación y de uso de auxilios	2
Tronco	
marcada oscilación	0
ninguna oscilación, pero flecta rodillas, espalda, o abre los brazos durante la marcha	1
ninguna oscilación ni flexión ni uso de los brazos o auxilios	2
Movimiento en la deambulación	
los talones están separados	0
los talones casi se tocan durante la marcha	1
PUNTAJE DE LA MARCHA	
<u> 10 </u> /12	
SUMA DE PUNTAJES: EQUILIBRIO + MARCHA:	
<u> 23 </u> /28	

TEST DE LOS 6 MINUTOS

Es una prueba funcional cardiorrespiratoria consistente en medir la distancia máxima que puede recorrer un sujeto durante 6 minutos.

Antes del inicio y cada minuto durante la realización del test ha de registrarse la frecuencia cardiaca, saturación, presencia de malestar físico.

Una vez finalizada la prueba debe hacerse sentar al paciente, midiendo la frecuencia cardiaca, presión arterial y saturación, así como la escala de Borg.

TEST DE LOS 6 MINUTOS

Nombre :EBR - Edad:78 años - Fecha : 23/03/2015 - Hora:15:00 hrs

FCM 142

Tiempo	FC	P. arterial	Sat
1	90	135/80	98%
2	92	136/82	98%
3	93	136/82	98%
4	95	137/83	98%
5	97	139/84	98%
6	97	139/84	98%

Distancia recorrida 148 metros

Escala de Borg: 2

TEST DE LOS 6 MINUTOS

Los parámetros obtenidos al ingreso:

Presión arterial 135/80
FC 90 x min.
Sat 98%

Presión arterial 139/84
FC 97 x min.
Sat 98%

Los parámetros obtenidos al alta:

Presión arterial 130/75
FC 82 x min
Sat 98%

Presión arterial 134/78
FC 86 x min
Sat 98%

Distancia recorrida 220 metros

Especificidad 88%

Sensibilidad 86%

Rev. Esp Cardiol. 2002 Vol. 53 Num. 08

ESCALA DE BORG

Escala de esfuerzo percibido de Borg (modificada)

0: Reposo

1: Muy, muy suave

2: Suave

3: Moderado

4: Algo duro

5; 6: Duro

7; 8; 9: Muy duro

10: Máximo

Al alta, el esfuerzo percibido fue de 0

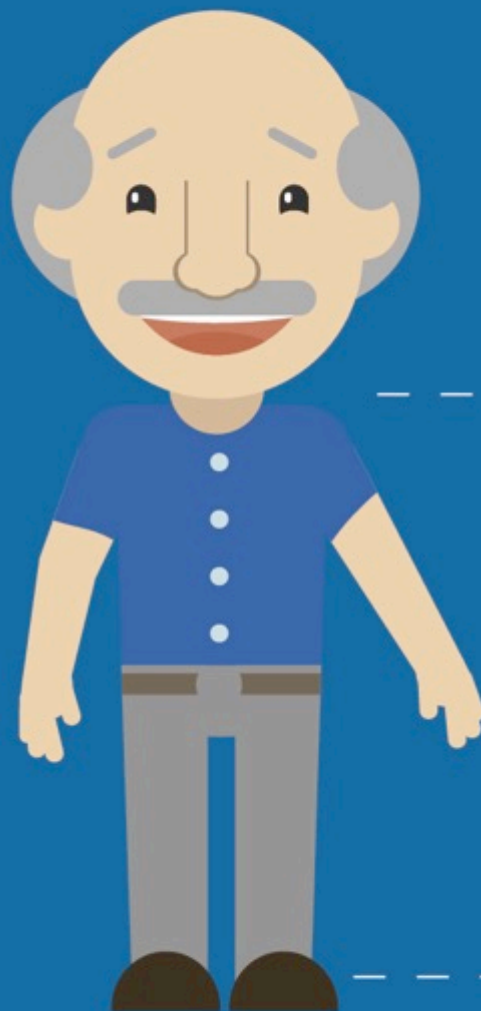
EVALUACIÓN

TERAPIA OCUPACIONAL



PERSONA

Varón
78 años
Padre
Abuelo
Pareja
Trabajador



AMBIENTE

Antofagasta

OCUPACIÓN

Carabinero
Administrador



FUNCIONALIDAD



OCUPACIÓN

Barthel

Ingreso
20

Egreso
95

Allen

Ingreso
3

Egreso
5

La sensibilidad de Barthel
No es exacta, existen dos terminos
Conocidos, efecto suelo y
efecto techo
Fiabilidad 0.84-0.97 Intraobservador

Nivel cognitivo	Situación	actividad
Nivel - 1	No responde generalmente a estímulos externos.	Proporcionar estímulos olfativos y gustativos conocidos y significativos.
Nivel - 2	Las acciones motrices están limitadas a la capacidad de imitar, pero inexactamente	Solicitarle que imite movimientos simples, y que modifique actividades sencillas y de un único paso.
Nivel - 3	Las acciones motrices están limitadas por la capacidad de seguir directivas sencillas de un solo paso.	Estimularlo a participar en actividades adaptadas, mostrándole un paso en cada momento.
Nivel - 4	Se mantiene mediante actividades de corta duración, persigue un proceso motor muy conocido.	Proporcionarle oportunidades para que se interese por actividades concretas, sencillas y relativamente a salvo de errores.
Nivel - 5	El individuo es capaz de aprender haciendo.	Las AVD pueden completarse sin asistencia, estas últimas deben ser supervisadas por cuestiones de seguridad o para prevenir situaciones negativas.
Nivel - 6	Teóricamente no hay incapacidad	

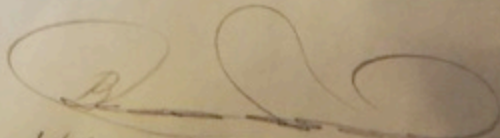
HISTORIA EN CARABINEROS DE CHILE

Soy carabiniero en situación de retiro, ingresé a la Institución el 16 de mayo del año 1956 y egresé el 16 de julio de año 1987.

Durante el tiempo que estuve en la Institución tuve la oportunidad de conocer gran parte de mi país, empecé en la ciudad de Curicó, obteniendo los siguientes traslados: Concepción, Santiago de los Andes, Antofagasta, Angol, Traiguén, Futa, Puyf, Cocalilla y Antofagasta.

En carabineros obtuve grandes logros. Institución organizada y sometida a ascensos periódicos que se obtienen por comunicación y buena conducta, situación que cumplí cabalmente, llegué a ser suboficial mayor, grado máximo de mi escalafón, donde llegamos sólo un 10% de los que ingresamos a la institución.

Santiago, 30 de abril del 2015


Héctor Betancur Romero



EN CONCLUSIÓN

Individuo autovalente
funcional y cognitivo,
previo a evento grave de salud

Deterioro cognitivo
en estudio.

Hospitalización
prolongada.

Evolución de manejo
multidisciplinario
favorable.

Dismovilismo - Alto riesgo
Cardiovascular- Uso de Fármacos-
contención- Paciente Critico -
Delirium.

Seguimiento y **control posterior.**



¿QUÉ HAY DE NUEVO?

**Cuestionar -
Manejo Integral Inicial**

Derivación Precoz

Prevención -
Intervención

Unificación de
criterios
de acción, herramientas
diagnosticas y seguimiento

Herramientas Diagnosticas
precisas y oportunas.

Necesidad de investigación
continua.





GRACIAS!

