

DESCRIBIR LA
VALORACIÓN
GERIÁTRICA
INTEGRAL.



LOS CUATRO PILARES EN LOS QUE SE SUSTENTA LA VALORACIÓN GERIÁTRICA Y QUE CONTRIBUYEN, DE UNA FORMA DECISIVA, A MANTENER EL EQUILIBRIO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA SON: EL CLÍNICO, EL FUNCIONAL, EL MENTAL Y EL SOCIAL.

LOS OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL INCLUYEN

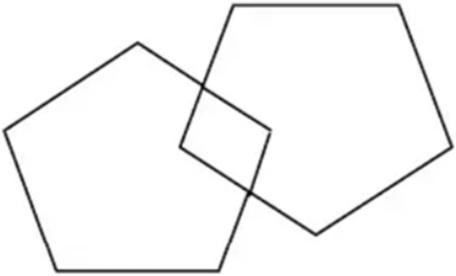
- Mejorar la exactitud diagnóstica atendiendo a las cuatro esferas; clínica, funcional, mental y social.
- Descubrir problemas no diagnosticados previamente y potencialmente tratables.
- Establecer un tratamiento adecuado a las necesidades del anciano, contemplando las alteraciones identificadas en las cuatro esferas.
- Mejorar el estado funcional y cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida.
- Prevenir la polifarmacia
- Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar.
- Para situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, fomentando en la medida que sea posible la autonomía, intentando evitar los ingresos hospitalarios y las institucionalizaciones.
- Disminuir la mortalidad.

¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DE UTILIZAR LA VGI EN COMPARACIÓN CON EL MÉTODO TRADICIONAL?

- Debe llevarse a cabo con respeto, referirse al paciente por su nombre y hacer contacto visual con él.
- Evitar la infantilización del anciano, ya que no se comporta como tal, pues tiene una historia de vida.
- No gritarle dando por hecho que no oye.
- Utilizar lenguaje que el adulto mayor entienda y no hablar demasiado rápido.
- No hay fórmulas para la valoración de un adulto mayor esta debe ser centrada en la persona, hay que reconocer individualidad y heterogeneidad de este grupo de población.
- Tomar en cuenta que no hay un orden ideal ni cada elemento presentado es necesario para la valoración de todos los adultos mayores, ya que depende de las necesidades y posibilidades en cada situación.
- Ampliar cuando sea necesario

¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE EVALUAR EL DETERIORO COGNOSCITIVO?

- la evaluación clínica cognoscitiva solo se realiza después de que el paciente o la familia reportan problemas de memoria. Sin embargo, la evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores rutinariamente por lo menos una vez al año, en busca de deterioro cognoscitivo.
- Se recomienda realizar pruebas de escrutinio para detección de deterioro cognoscitivo aunadas a una valoración integral con una historia clínica completa.
- También se recomienda utilizar los criterios de DSM-5 para trastorno neurocognoscitivo menor o DCL.

ORIENTACIÓN	PUNTOS
¿Qué año-estación-fecha-día-mes es?	(5)
¿Dónde estamos? (estado-país-cuidad-hospital-piso)	(5)
MEMORIA INMEDIATA	
Repetir 3 nombres ("mesa", "llave", "libro"). Repetirlos de nuevo hasta que aprenda los tres nombres y anotar el número de ensayos.	(3)
ATENCIÓN Y CÁLCULO	
Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas. Como alternativa, deletrear "mundo" al revés.	(5)
RECUERDO DIFERIDO	
Repetir los 3 nombres aprendidos antes.	(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Nombrar un lápiz y un reloj mostrados	(2)
Repetir la frase "Ni sí es, ni no es, ni peros"	(1)
Realizar correctamente las tres órdenes siguientes: "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"	(3)
Leer y ejecutar la frase "Cierre los ojos"	(1)
Escribir una frase con sujeto y predicado	(1)
Copiar este dibujo: 	(1)
Puntuación total:	

La prueba MMSE es un recurso adecuado para la evaluación temprana del deterioro cognoscitivo. Tiene una puntuación máxima de 30 puntos, que valora diferentes dominios: orientación, registro o fijación, atención y cálculo, memoria reciente, lenguaje y construcción visual.

En población general, la interpretación del MMSE se establece como:

- Sin deterioro: 24 o más puntos.
- Deterioro cognoscitivo Leve; 19 a 23 puntos.
- Deterioro cognoscitivo Moderado: 14 a 18 puntos.
- Deterioro cognoscitivo Grave: < 14 puntos

¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE EVALUAR EL TRASTORNO DEPRESIVO?

- El sedentarismo y la disminución de la actividad física en los adultos mayores se relacionan con altos niveles de depresión, con afectación mayor al sexo femenino en los primeros años de la vejez, igualándose después de los 80 años entre hombres y mujeres.
- búsqueda intencionada de depresión y ansiedad en pacientes ancianos con insomnio es obligada, ya que son causas frecuentemente encontradas como causa directa o indirecta de este trastorno del sueño, queja con la que con frecuencia acuden a consulta.
- La escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale) actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos. Con una sensibilidad y especificidad de 85% y 78% respectivamente. Se cuenta con una versión de 30, 15 y 5 reactivos.

La escala de depresión geriátrica se considera positiva para depresión cuando:

- 5 reactivos: 2 preguntas son afirmativas.
- 15 reactivos: 6 preguntas son afirmativas
- 30 reactivos: 15 preguntas son afirmativas.

Todas las versiones de la escala de depresión geriátrica provén un valor adecuado para detectar depresión. Sin embargo, se recomienda realizar la escala de 15 reactivos.

- La escala de depresión de Cornell en pacientes con demencia tiene una sensibilidad del 93% y una especificidad del 97% para el diagnóstico.
- Se recomienda la utilización de la escala de depresión de Cornell para la evaluación de la depresión en los pacientes con enfermedad de Alzheimer en cualquiera de sus etapas.

¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE EVALUAR EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA?

- Debido a la relación del trastorno de ansiedad y depresión, se recomienda el tamizaje para depresión con la escala de depresión geriátrica de Yesavage a pacientes con datos de ansiedad.
- La evaluación clínica debe incluir una historia familiar de sintomatología ansiosa, exploración física completa, grado de funcionalidad, lista de medicamentos prescritos y automedicados, y uso o abuso de sustancias, escalas de tamizaje y estudios paraclínicos

¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE EVALUAR LA PRESENCIA DE DELIRIUM?

- Para hacer el diagnóstico de delirium se requiere de una herramienta formal como los criterios de DSM-5 o el Confusion assessment Method (CAM).
- El CAM y CAM-ICU (Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit) es un instrumento diseñado para detección de delirium por médicos no psiquiatras. Tiene una sensibilidad de 94-100% y una especificidad de 90-95% para hacer el diagnóstico y una concordancia interobservador del 100% entre quienes lo aplican (índice de kappa de 1). Tanto en hospitalizados como en terapia intensiva. En el servicio de urgencias tiene una sensibilidad de 68-72%, especificidad 98.6% e índice Kappa 0.92.

¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE EVALUAR LA PRESENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO?

- El diagnóstico debe basarse en una historia clínica completa: sueño, apoyada por un registro de sueño realizado por el paciente o familiar.
- Se recomienda evaluar la presencia de depresión en pacientes con trastornos del sueño.
- es necesario utilizar de forma rutinaria escalas, y en ningún caso son útiles para apoyar el juicio clínico, así como también se han utilizado en el ámbito de la investigación clínica.
- El diagnóstico oportuno de SAOS toma relevancia debido a que el no tratar esta enfermedad se relaciona con incremento en la morbilidad y mortalidad cardiovascular, cerebrovascular y metabólica. Es por ello que se recomienda realizar alguna escala de tamizaje clínico para detectar SAOS como es el cuestionario STOP-Bang ya que cuenta con alta probabilidad de detectar esta enfermedad en estadio moderado a grave



¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE EVALUAR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN?

- La evaluación del estado de la piel sirve como un indicador temprano de daño tisular, por ejemplo, la presencia de eritema, calor local, edema, induración o dolor, suelen indicar el inicio de una úlcera por presión.

Para una valoración integral se recomienda incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos que pudieran haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP.

Se recomienda la inspección de la piel que están en contacto y alrededor (colchón) por lo menos 2 veces al día, en búsqueda de signos de daño



¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE EVALUAR EL SÍNDROME DE INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL?

- Para evaluar la presencia de incontinencia urinaria se recomienda utilizar algún tipo de cuestionario autoadministrados o incluso realizado por el médico ya que pueden ayudar a determinar el tipo de incontinencia, tales como:
- Tres Preguntas para Incontinencia (3 Incontinence Questions /3IQ)
- Cuestionario para el Diagnóstico de Incontinencia en Mujeres (Questionnaire for Female Urinary Incontinence Diagnosis/QUID)
- International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF).

Solo se recomienda realizar examen pélvico si los hallazgos de la exploración física general pudiesen alterar la intervención planeada o influir en la selección del curso de tratamiento.

- Se deben utilizar pruebas validadas como parte de la valoración integral para determinar la naturaleza, gravedad e impacto de la incontinencia fecal. Las escalas útiles son:
 - Escala de incontinencia fecal Jorge-Wexner .
 - Índice de Gravedad de Incontinencia Fecal (FISI)
- Se recomienda realizar un examen físico detallado como componente esencial de la evaluación de pacientes con incontinencia fecal. La evaluación clínica incluye inspección interna, examen digital e instrumentación básica como anoscopia o proctoscopia, que son útiles para identificar patologías como hemorroides y neoplasias.

	Nunca	<1 vez mes	>1 vez mes <1 vez semana	>1 vez semana < 1 vez día	>1 vez c
encia heces IAS	0	1	2	3	4
nencia heces IAS	0	1	2	3	4
nencia a	0	1	2	3	4
xpresa il	0	1	2	3	4
ción ida Social	0	1	2	3	4

- La sarcopenia es
- El diagnóstico de
- Se sugiere utiliza
- Fuerza
- Asistencia para
- Dificultad para le
- Capacidad subir e
- Presencia de caíd

Tabla 3: cuestionario SARC-F

CUESTIONARIO SARC-F

Componente	Preguntas	Ninguna=0	Algo=1	Mucho=2
Fuerza	¿Cuánta dificultad tiene para levantar y cargar 4,5 kilos de peso?			
Asistencia para caminar	¿Cuánta dificultad tiene para caminar por la habitación?			
Levantarse de una silla	¿Cuánta dificultad tiene para levantarse desde una silla o desde una cama?			
Subir escaleras	¿Cuánta dificultad tiene para subir un tramo de 10 escaleras?			
Caidas	¿Cuántas veces se ha caído al suelo en el último año?	Ninguna=0	De 1 a 3=1	> 4=2
TOTAL		SALUDABLE		SARCOPENIA

unado

ta
s
n

- Se recomienda utilizar la escala “FRAIL”, para detectar síndrome de fragilidad. Fue desarrollada por el Instituto de Geriátrica y Gerontología de la Universidad de Chile y validada en 6 diferentes estudios.
- La aplicación del cuestionario FRAIL en la práctica clínica se ha asociado con la mortalidad, hospitalización, dependencia y dependencia independiente con hospitalización, discapacidad y dependencia.

ESCALA FRAIL
VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD

1 FATIGABILIDAD
"¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado?"

2 RESISTENCIA
"¿Tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda?"

3 DEAMBULACIÓN
"Por ti mismo y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?"

4 COMORBILIDAD
Para 11 enfermedades, se pregunta: "¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene (la enfermedad)?"

5 PÉRDIDA DE PESO
"¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? Y hace un año, ¿cuánto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta?"

Cada uno de los ítems vale 1 punto (Puntuación máxima: 5 puntos).
Los pacientes con 3 o más puntos se clasifican como frágiles.

planeir

Twitter Instagram Facebook

para
y
diente

PRIVACIÓN SENSORIAL

- Las alteraciones sensoriales en los adultos mayores tienen una importancia especial, no sólo por su alta prevalencia, si no por las repercusiones en el ámbito funcional, médico, psicológico y social.
- Como una prueba de tamizaje, al paciente se le puede realizar alguna de las siguientes preguntas:
 - ¿Tiene usted problemas para escuchar?
 - ¿Siente usted que tiene pérdida de la audición?
 - ¿Tiene dificultad para entender la conversación?

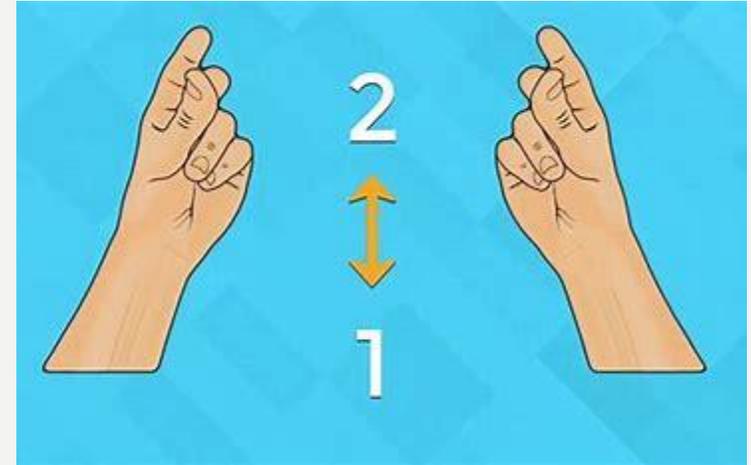


- La Prueba del Susurro
- La “Prueba del Chasquido”

El déficit visual

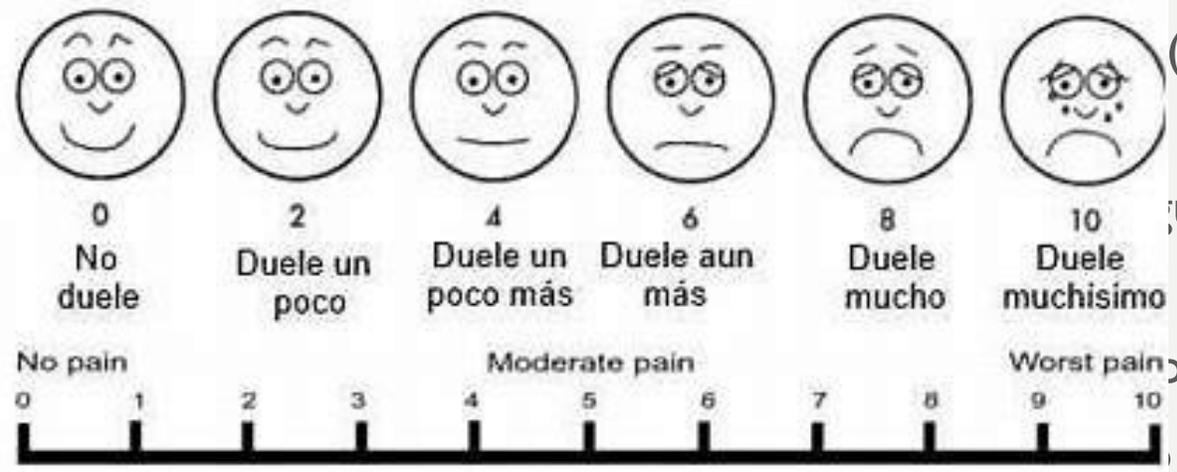
- **Impacta negativamente en:**
- La funcionalidad del paciente
- Crea o incrementa la discapacidad
- Inicia o perpetúa el deterioro psico-social
- Entorpece o dificulta la rehabilitación
- Aumenta los costos en servicios a la salud, entre otros

Se recomienda realizar un examen oftalmológico de primera vez a los **40 años** de edad en pacientes sin signos o factores de riesgo para déficit visual, en pacientes **mayores de 65 años** la revisión debe ser anual.



DOLOR

- La valoración del dolor incluye una evaluación de los factores externos que pueden afectar la manifestación de dolor, como son: miedo, ansiedad, depresión, antecedente de consumo de psicotrópicos, alcohol, incontinencia (incluyendo religión) y pérdida de independencia.
- Se recomienda que la evaluación de dolor se realice en los siguientes aspectos:
 - Interrogar directa e indirectamente al paciente.
 - Si la comunicación con el paciente es limitada (por ejemplo, por problemas auditivos), se debe interrogar al cuidador primario sobre la presencia de dolor.
 - Cuidadosa observación del paciente durante la valoración ya que es particularmente útil en aquellos en pacientes con dificultades para la comunicación.



HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA

- Se recomienda realizar una evaluación inicial que nos pueda orientar hacia las posibles causas, debe incluir:
- Historia clínica detallada (enfermedad preexistente y de uso de fármacos dosis y tiempo de uso).
- Historia reciente de pérdida de volumen (vómito, diarrea, etc.).
- Historia médica de falla cardíaca, malignidad, diabetes o enfermedad renal crónica.
- Historia o evidencia de patología neurológica (ataxia, enfermedad de Parkinson, neuropatía periférica o autonómica).
- Exploración física que incluya examen físico y neurológico y pruebas de derivaciones.
- Medición de la tensión arterial en posición supina y en bipedestación.
- Valorar tomografía computada cerebral o imagen de resonancia magnética de acuerdo a hallazgos.



SINDROME DE CAÍDAS

- A manera de tamizaje, a todos los pacientes se les deberá preguntar sobre si han presentado caídas y si presentan dificultades para la marcha o el balanceo. En el paciente geriátrico se puede realizar a través de preguntas como: ¿ha caído en los últimos 6 meses



(o más caídas en los últimos 6 meses) se les deberá preguntar si ha caído en el último año y si ha caído en los últimos 6 meses

- El tamizaje que se debe realizar ya que identifica pacientes con alto riesgo de caídas incluye las siguientes preguntas: • ¿Ha tenido 2 o más caídas en los últimos 12 meses? • ¿Presenta dificultad para caminar o para mantener el balance durante la marcha? (¿no siente seguro su caminar?) • El motivo de la evaluación es porque presento una caída en agudo (hospitalizado o en sala de urgencias) Todo adulto mayor que presente respuesta positiva a 1 o más preguntas, es considerado paciente de alto riesgo.

- La evaluación sistemática “multifactorial” del riesgo de caídas incluye investigar:

a) **Factores intrínsecos**

- Historia de caídas (síndrome de caídas)
- Alteraciones en la marcha y balance
- Debilidad muscular (sobre todo miembros pélvicos y tronco).
- Déficit visual
- Deterioro/dependencia en actividades la vida diaria
- Hipotensión ortostática (y otras enfermedades cardiovasculares)
- Neuropatía periférica
- Demencia y enfermedades neurológicas
- Edad avanzada (80 o más años)



- **b) Factores extrínsecos**
- Amenazas ambientales (pavimentación inadecuada, mala iluminación, piso resbaloso, etc.)
- Calzado inadecuado
- Causas precipitantes (si es que está siendo evaluado por una caída reciente)
- Sincope
- Vértigo/mareo
- Enfermedad aguda o descompensación de comorbilidades (sobre todo cardiovasculares y neurológicas)
- Viajes, marcha en lugares desconocidos o peligrosos
- Resbalones



RECURSOS SOCIOFAMILIARES

- La evaluación de la función sociofamiliar, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como sus redes de apoyo, los que pueden eventualmente llegar a decidir si necesitara cuidados permanentes o cuidados parciales
- **Dentro de la valoración sociofamiliar se debe evaluar diferentes puntos tales como:**
 - Estado civil
 - Tipo de vivienda
 - Tipo de familia (integrada, no integrada, disfuncional)
 - Red de apoyo y número de hijos
 - Cuidador primario y parentesco
 - Presencia de colapso del cuidador
 - Evaluación de maltrato y su tipo
 - Jubilación reciente
 - Dependencia económica



- La sobrecarga produce en el cuidador consecuencias físicas, sociales, psíquicas y económicas e incluso es un factor que incrementa la mortalidad
- Se recomienda evaluar si existen síntomas que nos hagan sospechar de colapso en el cuidador, tales como:
 - Ansiedad, tristeza o depresión
 - Insomnio, miedo o angustia
 - Irritabilidad, ira o enojo
 - Labilidad emocional
 - Aislamiento y soledad
 - Cefalea, cansancio y agotamiento físico
 - Sentimiento de culpa
 - Salud física deteriorada
 - Lumbalgias
 - Trastornos gástricos e intestinales



ESTADO NUTRICIONAL

- La identificación precoz del adulto mayor con riesgo nutricional es de vital importancia para el tratamiento adecuado y uso efectivo de los recursos.

- Dentro de la evaluación nutricional se debe buscar signos de malnutrición durante el interrogatorio de cada caso.

- ¿Se ha tenido una dieta adecuada y variada en las últimas semanas?

- ¿Ha experimentado pérdida de peso intencionada o no?

- ¿Puede comer, deglutir, digerir y absorber suficientes nutrientes?

- ¿Se tiene alguna limitación física, enfermedad o tratamiento que impida ingerir los requerimientos nutricionales?

- ¿Existe alguna condición que requiera un mayor consumo de nutrientes? (cirugía, infección, herida, úlceras por presión, enfermedad metabólica, etc.).

- ¿Se tienen pérdidas excesivas de nutrientes a través de vómito, diarrea, drenajes, etc.?

- ¿Al hacer una evaluación general del paciente hay algo que sugiera malnutrición? (peso bajo, ropa holgada, piel frágil, falta de apetito, mala cicatrización de heridas, alteraciones del hábito intestinal, etc.).



agnóstico de enfermedades son: Ç

e?

esidades diarias?

ad del paciente para