



## MEDICINA HUMANA

**Nombre del alumno: Jhonatan Sanchez Chanona**

**Docente: Dr. Osmar Emmanuel Vazquez Mijangos**

**Nombre del trabajo: Resumen**

**Materia: Geriatría**

**Grado: 6°**

PASIÓN POR EDUCAR

**Grupo: "B"**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de marzo de 2023**

## Introducción

La Valoración Geronto-Geriátrica Integral geriátrico es un Instrumento de evaluación multidimensional (biopsicosocial y funcional), que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento oportuno, es una herramienta fundamental para la práctica clínica de cualquier médico, que le permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente.

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico interdisciplinario multidimensional, enfocado en determinar el deterioro en el área médica, psicológica, funcional, social y familiar de los problemas de una persona de edad avanzada, así como sus recursos, con el fin de desarrollar un plan integral de manejo y seguimiento. Un metaanálisis concluyó que a los ancianos hospitalizados que se les realizó la VGI

incrementaron la probabilidad de permanecer vivos en su propia casa, es decir, menor probabilidad de institucionalizarse, de presentar deterioro funcional o de morir, además de experimentar mejoría de la cognición en un máximo de 12 meses comparado con otros pacientes de mismas características. Su enfoque es más rentable (costo-efectivo) en comparación con el método convencional, existe una mejoría en la calidad de vida, mejoría en el estado funcional y una mejor satisfacción del paciente en el grupo que se le realiza la VGI comparado con el grupo convencional. Se recomienda realizar una valoración geriátrica integral a todos los pacientes mayores de 60 y más años por lo menos una vez al año en atención primaria. Se ha visto que mientras más temprano, en el proceso de envejecimiento, se realice una VGI y se puedan hacer planes multidisciplinarios para conservar la calidad de vida en forma global, los éxitos de las intervenciones son mayores. Se ha determinado que un paciente geriátrico es aquel que reúne 3 o más de los siguientes criterios: 1) Edad superior a los 60 años de edad (algunos consideran más de 75 años debido a las expectativas de vida de cada país). 2) Presencia de múltiples patologías relevantes. 3) Presencia de enfermedad que posee características incapacitantes. 4) Existencia de enfermedad o proceso patológico de tipo mental. 5) Problemática social relacionada con su condición de salud.

La valoración geriátrica integral (VGI) surge, además, como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física). Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida. Es considerada la piedra angular en el día a día de la práctica geriátrica y nuestra herramienta principal de trabajo, y como tal su finalidad es, entre otras, facilitar el abordaje al paciente anciano y, en concreto, al paciente geriátrico. Por paciente geriátrico entendemos aquel que cumple tres o más de los siguientes criterios:

- Edad superior a 75 años.
- Presencia de pluripatología relevante.
- El proceso o enfermedad principal posee carácter incapacitante.
- Existencia de patología mental acompañante o predominante.
- Hay problemática social en relación con su estado de salud.

Incluye cuatro esferas: la clínica, la mental, la social y la funcional, que, como si de piezas de un puzle se trataran, configuran, una vez enlazadas, la imagen real del anciano. Los principales medios que incluye una correcta valoración son la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos más específicos denominados «escalas de valoración» que facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al mayor.

### **Valoración de la esfera clínica**

Debe incluir: entrevista clínica clásica añadiendo un interrogatorio directo sobre la presencia de alguno de los grandes síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, malnutrición, deterioro cognitivo, depresión, disminución auditiva o de agudeza visual, estreñimiento, incontinencia...), historia farmacológica, historia nutricional, exploración física, solicitud de exploraciones complementarias y elaboración de un listado de problemas. Es fundamental conocer los aspectos clínicos y sociales de las enfermedades en geriatría: Dentro de los aspectos clínicos destacar: los efectos del envejecimiento fisiológico, la elevada incidencia de pluripatología, la tendencia de la enfermedad a producir incapacidad funcional o incluso

a debutar como tal, la forma de presentación atípica como uno de los grandes síndromes geriátricos. En cuanto a los aspectos sociales no podemos olvidar la repercusión a dicho nivel de toda enfermedad, tanto en el entorno más próximo del anciano como en la necesidad de recursos. Se resumen en: mayor necesidad de recursos sociosanitarios, mayor tendencia a dependencia y fragilidad, sobrecarga de los cuidadores y en definitiva, pérdida de calidad de vida.

## **Anamnesis**

La anamnesis debe incluir los siguientes apartados:

1. Antecedentes personales, valorando diagnósticos pasados y presentes, ingresos hospitalarios o en centros sociosanitarios, intervenciones quirúrgicas, etc., determinando su repercusión sobre la esfera funcional y mental.
2. Revisión por aparatos y síntomas, que nos encaminará a la detección de los grandes síndromes geriátricos.
3. Historia farmacológica completa (tratamientos recibidos en el último año) y actualizada (tratamiento y dosis en el momento de la valoración, conjuntamente con el tiempo de administración de cada fármaco) para poder detectar síntomas y signos relacionados con efectos secundarios de los medicamentos utilizados. Este punto es fundamental, porque el riesgo de iatrogenia en los ancianos es de 3 a 5 veces mayor que en el adulto. Los fármacos con mayor potencial iatrógeno son: diuréticos, antihipertensivos, digital, antidepressivos, neurolépticos y sedantes.
4. Historia nutricional. Interrogaremos acerca de la dieta habitual, número de comidas al día, número de alimentos por comida, dietas prescritas. No olvidaremos la importancia de evaluar los factores que afectan al estado nutricional de nuestros mayores: problemas funcionales que afecten a la independencia para comer y a la capacidad para adquisición y preparación de los alimentos, cambios orgánicos asociados al envejecimiento, prevalencia de patologías, problemas psíquicos, problemas económicos y fármacos. Se valora con un máximo de puntuación de 30 puntos: < 17 puntos indica mal estado nutricional, de 17 a 23.5 riesgo de malnutrición y una puntuación > de 24 hace referencia a un estado nutricional satisfactorio.
5. Información sobre la enfermedad actual.

## **Exploración física**

La exploración no difiere de la realizada en el adulto, pero lleva más tiempo debido al mayor número de hallazgos exploratorios

1. Cabeza. Evaluar arterias temporales, boca (estado dentario, prótesis dentales, presencia de micosis oral, tumoraciones), pares craneales, ojos (ectropion/entropion, cataratas).
2. Cuello. Es importante explorar la existencia de bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, latidos y soplos carotídeos, rigidez cervical.
3. Tórax. La exploración incluye la auscultación cardiaca y pulmonar, la existencia de deformidades torácicas y escoliosis, y la palpación de mamas.
4. Abdomen. Seguir los pasos clásicos: inspección, palpación, percusión y auscultación.
5. Tacto rectal para descartar la presencia de impactación fecal, hemorroides o tumoraciones.
6. Extremidades. Valorar la situación vascular y muscular, presencia o ausencia de pulsos periféricos, existencia de edemas y limitaciones/deformidades articulares.
7. Neurológico. Estudiar la marcha, el equilibrio, el tono muscular, la fuerza y sensibilidad. No hay que olvidar valorar la presencia de trastornos del habla, temblor, rigidez, acinesia y reflejos de liberación frontal.
8. Piel. Buscar lesiones tróficas, úlceras por presión o vasculares, signos de isquemia.

## **Valoración de la esfera funcional**

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). En las ABVD incluimos aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación, etc). Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono, etc) y las AAVD incluyen aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso. Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son:

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

- Índice de Barthel.
- Escala de incapacidad física de la Cruz Roja.
- Escala Plutchik.
- La escala más utilizada para evaluar las AIVD es el índice de Lawton y Brody.

### **Índice de actividades de la vida diaria (KATZ)**

Es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados. Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinar del hospital Benjamin Rose de Cleveland para enfermos hospitalizados afectados de fractura de cadera. Consta de seis ítems:

- Baño.
- Vestirse/desvestirse.
- Uso del retrete.
- Movilidad.
- Continencia.
- Alimentación.

Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. Cada ítem tiene dos posibles respuestas.

- Si lo realiza de forma independiente o con poca asistencia: 1 punto.
- Si requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza: 0 puntos.

Gradúa la incapacidad del anciano en números enteros, del 0 (independiente) al 5 (máxima dependencia).

### **Escala de Plutchik**

Diseñada por Plutchik y colaboradores del Hospital Bronx de Nueva York en 1970, para distinguir pacientes poco dependientes de los independientes en un medio hospitalario para enfermos mentales. Consta de siete ítems:

- Alimentación.
- Incontinencia.
- Lavarse y vestirse.
- Caerse de la cama o sillón sin protecciones.
- Deambulación.
- Visión.

- Confusión.

Cada ítem puntúa de 0 a 2 puntos. La puntuación total posible varía entre 0 y 14 puntos. El punto de corte para autonomía/dependencia se establece en  $\frac{4}{5}$ .

### **Índice de Lawton y Brody**

Instrumento publicado en 1969 y construido específicamente para su uso con población anciana. Recoge información sobre ocho ítems.

- Usar el teléfono.
- Ir de compras.
- Preparar la comida.
- Realizar tareas del hogar.
- Lavar la ropa.
- Utilizar transportes.
- Controlar la medicación.
- Manejar el dinero.

Hay dos posibilidades de puntuación: puntuación dicotómica: varía entre 0 y 8 puntos, y puntuación lineal: varía entre 8 y 31 puntos; correspondiendo 8 puntos a la máxima dependencia; entre 8 y 20 precisa ayuda para la realización de las tareas, y más de 20 dependiente para las AIVD.

### **Valoración de la esfera mental**

En la valoración del estado mental es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva, como afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. La fragilidad cognitiva depende de: 1) variables orgánicas; 2) factores psicosociales, y 3) entidades clínicas, como HTA (hipertensión arterial), DM (diabetes mellitus), ACV (enfermedad cerebro vascular), enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), polifarmacia y alteraciones en los órganos de los sentidos.

### **Valoración cognitiva**

A la hora de explorar la esfera cognitiva, debemos interrogar acerca de:

- Nivel de escolarización, profesión.

- Presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, fibrilación auricular).
- Historia familiar de demencia.
- Antecedentes psiquiátricos.
- Consumo de fármacos y tóxicos.
- Motivo de consulta, forma de inicio y evolución de los síntomas.
- Orientación.
- Quejas de deterioro de memoria.
- Problemas en reconocimiento de familiares y amigos.
- Lenguaje.
- Capacidad de abstracción/juicio.

Trastornos de conducta (en buena medida determinan la calidad de vida del paciente y la de sus familiares y/o cuidadores): delirios, agitación psicomotriz, alucinaciones, ritmo vigilia-sueño, hipersexualidad, vagabundeo, auto/heteroagresividad física y/o verbal. Para la valoración de la esfera cognitiva contamos con múltiples test, de los que destacamos, por su amplia difusión en nuestro medio, comodidad y sencillez de aplicación, los siguientes:

- Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ).
- Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE).
- Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).
- Test del reloj.
- Set-tests.
- Test de los siete minutos.

### **Short Portable Mental Status de Pfeiffer (SPMSQ)**

Se trata de un test sencillo, breve y de aplicación rápida que explora orientación témporo-espacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos recientes, capacidad de concentración y de cálculo. En función de la puntuación obtenemos (6, 9):

- De 0 a 2 errores: no deterioro.
- De 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual.
- De 5 a 7 errores: moderado deterioro.
- De 8 a 10 errores: grave deterioro.

Se acepta un error más en ancianos que no han recibido educación primaria y un error menos en aquellos que han realizado estudios superiores. Su principal problema es que no detecta pequeños cambios en la evolución.

### **Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)**

Requiere de 5 a 10 minutos para su aplicación y valora un rango más amplio de funciones que el SPMSQ. Es útil en el screening de deterioro cognitivo moderado. Consta de una serie de preguntas agrupadas en diferentes categorías que representan aspectos relevantes de la función intelectual:

- Orientación témporo-espacial.
- Memoria reciente y de fijación.
- Atención.
- Cálculo.
- Capacidad de abstracción.

Lenguaje y praxis (denominación, repetición, lectura, orden, grafismo y copia). Una puntuación por debajo de 24 puntos indica deterioro cognitivo, aunque no tenemos que olvidar que el resultado final se debe ajustar por edad y años de escolaridad.

### **Test del reloj**

Es un test de cribaje para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales. Se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 11:10).

### **Set-test**

Explora la fluencia verbal, la denominación por categorías y la memoria semántica. Es una prueba breve y generalmente bien aceptada por los pacientes, con gran utilidad en pacientes analfabetos o con déficit sensoriales. Se le pide al paciente que diga tantos nombres como pueda recordar de cada una de cuatro categorías (set): colores, animales, frutas y ciudades. Se obtiene 1 punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 ítems puntuables en cada set. El tiempo máximo de que dispone el paciente por categoría es de un minuto. Las repeticiones o los nombres que no correspondan a la categoría pedida no puntúan, aunque es interesante anotar todas las respuestas para el seguimiento evolutivo.

La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos, considerando el resultado normal para adultos de 29 o más aciertos, y de 27 o más si se trata de ancianos. Este test tiene una sensibilidad del 79% y una especificidad del 82%.

### **Test de los siete minutos**

El test consta de cuatro pruebas simples y fáciles de llevar a cabo. La primera consiste en evaluar la orientación temporal (preguntas sobre el día de la semana, el mes y el año). El análisis de memoria, segunda parte del test, se lleva a cabo presentando al sujeto imágenes que deben ser perfectamente recordadas posteriormente, independientemente de cuál sea su edad o nivel educativo. En este momento, se facilita una clave semántica (pista para ayudar a recordar), y si con esta ayuda no mejora el rendimiento final de la prueba, orienta hacia una demencia tipo Alzheimer o a la existencia de un mayor riesgo a desarrollarla. Las dos últimas partes se relacionan con pruebas de fluidez del lenguaje y praxia constructiva. Sólo se necesita para la realización de esta prueba lápiz, papel y un bloc específicamente diseñado, que contiene las imágenes para evaluar el lenguaje y la prueba de memoria.

### [¿El deterioro cognitivo observado cumple criterios de demencia?](#)

Los criterios DSM IV para la definición de demencia son los siguientes:

- Déficit cognitivo múltiple que afecta a la memoria y, al menos, uno de los siguientes: afasia, apraxia, agnosia o deterioro de las funciones ejecutivas (planificación, secuencia correcta).
- Los déficits cognitivos causan un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional respecto al nivel previo.
- Los déficits no se presentan únicamente en el curso de un delirium y no son causados por una depresión.

[¿De qué tipo de demencia se trata?](#) Realizar el diagnóstico etiológico de la demencia es complicado.

[¿Cómo repercute el deterioro cognitivo en la funcionalidad del paciente y a nivel familiar y social?](#) La alta prevalencia de síntomas conductuales y psíquicos en la demencia, así como las implicaciones sobre la calidad de vida, tanto del paciente como de su cuidador principal, hacen indispensable la valoración en busca de síntomas de sobrecarga.

## **Valoración afectiva**

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Los síntomas depresivos y las alteraciones del estado de ánimo pueden encontrarse hasta en el 20% de los varones y el 40% de las mujeres. Tiene importantes repercusiones sobre la calidad de vida, la situación funcional y cognitiva. Prolonga las estancias hospitalarias y es fuente de numerosas consultas, ingresos y tratamientos. A la hora de explorar la esfera afectiva, debemos interrogar acerca de:

- Estado anímico.
- Labilidad emocional.
- Anergia/hipoergia.
- Anhedonia/hipohedonia.
- Trastorno del apetito.
- Trastorno del sueño.
- Signos de ansiedad.
- Ideación de muerte.
- Ideación o tentativas autolíticas.
- Quejas somáticas.

Para valorar la esfera afectiva, contamos con:

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS).
- Inventario de depresión de Hamilton.
- Inventario de depresión de Beck.
- Escala de Zung.
- Escala de Cornell de depresión en la demencia.
- Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

### **Escala de depresión de Yesavage**

Compuesta en principio de 30 ítems, de los que ninguno es de tipo somático, sus respuestas son dicotómicas. Puede aplicarse entre cinco y siete minutos. Para puntuaciones de 5 o superiores, presenta una sensibilidad del 85,3% y una especificidad del 85%.

## Otras escalas de evaluación

El inventario de depresión de Hamilton es la escala más utilizada para estimar la severidad y establecer el pronóstico de la depresión. La escala de Zung se utiliza fundamentalmente en la investigación geriátrica. Ambas presentan como inconveniente el resaltar demasiado los síntomas somáticos. La escala de Cornell de depresión en demencia valora el humor, las alteraciones de conducta, los signos físicos, las funciones cíclicas y la alteración de las ideas. La escala de depresión y ansiedad de Goldberg, breve, sencilla y de fácil manejo, se desarrolló en 1988 con la finalidad de lograr una entrevista de cribaje de los trastornos psicopatológicos más frecuentes, la ansiedad y la depresión.

## Valoración social

Aunque la valoración social exhaustiva es función del trabajador social, el médico debe conocer y hacer constar en su historia todos aquellos datos que puedan ser de interés y tengan repercusión presente o futura sobre el anciano.

1. ¿Qué preguntas deberíamos hacer como geriatras a un paciente para conocer su situación social?:
2. ¿Soltero, casado o viudo?
3. ¿Tiene hijos?; en caso afirmativo, ¿cuántos?, ¿viven en la misma ciudad?
4. ¿Con quién vive?
5. ¿Tiene contactos con familiares, amigos o vecinos? ¿Con qué frecuencia?
6. ¿Cómo es el domicilio donde vive?
7. ¿Tiene ascensor el edificio donde vive?
8. ¿Precisa algún tipo de ayuda para su autocuidado?
9. ¿Quién es la principal persona que le ayuda o le cuida?, ¿tiene esa persona algún problema de salud?
10. ¿Recibe algún tipo de ayuda formal?

La valoración social es complicada, en cuanto a que no existe acuerdo entre los componentes de la salud social. No debemos olvidar en su evaluación incluir un factor subjetivo, pero no por ello menos importante: la calidad de vida. Los instrumentos de medición más utilizados son:

- Escala OARS de recursos sociales.
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.

- Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale).

### **Escala OARS de recursos sociales**

Herramienta diagnóstica multidimensional adaptada por Grau en población anciana española comprobando su fiabilidad y viabilidad. Proporciona información acerca de cinco áreas: estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de AVD

### **Escala de valoración sociofamiliar de Gijón**

Creada a finales de los años noventa, se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales. Evalúa cinco áreas de riesgo social:

Situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, indicando mayor puntuación peor situación social.

### **Escala de Filadelfia**

Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y la ansiedad con un objetivo claro, el de medir el grado subjetivo de satisfacción del anciano. Su aplicabilidad es excelente y sólo se ve limitada o interferida por la presencia de trastornos del lenguaje (afasias) y deterioro cognitivo. Al realizar la valoración social, no debemos olvidarnos del cuidador principal, pieza clave en el entramado de la atención en el día a día del anciano. En la sobrecarga de los cuidadores pueden influir los siguientes factores:

- 1) la gravedad de la demencia y los problemas de comportamiento que mostraba el paciente;
- 2) el tipo de relación entre el cuidador y el paciente (esposo/a, hermano/a, hijo/a, nuera...);
- 3) los mecanismos de enfrentamiento utilizados por los cuidadores
- 4) la accesibilidad a los recursos sociales.

La escala más utilizada para valorar la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con demencia es la escala de Zarit.

## Escala de Zarit

Explora el sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos. Es un instrumento autoadministrado del que existen varias versiones, la más extendida de las cuales consta de 22 ítems, los cuales se encuentran organizados en las subescalas de integración social (5 ítems), ocupación y orientación (5 ítems), independencia física (16 ítems) y movilidad (3 ítems). Cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación mínima es de 22, y la máxima, 110. Se han establecido los siguientes puntos de corte: entre 22 y 46 indica no sobrecarga; de 47 a 55, sobrecarga leve, y de 56 a 110, sobrecarga intensa.

Se aconseja el despistaje sistemático en pacientes con estadios leve-moderado, moderado y moderado grave, así como en todas las demencias que cursen con síntomas psíquicos y conductuales.

Conclusión: La valoración geriátrica como su nombre lo especifica es una herramienta de gran utilidad para poder valorar el estado del paciente adulto mayor, para poder dar un adecuado tratamiento y seguimiento de nuestro paciente. Todo esto gracias a las diversas escalas que nos permiten identificar el estado en el que se encuentra nuestro paciente y las dificultades que tienden a tener, es por ende que gracias a las diversas escalas que nos proporcionan podemos llegar a interpretar las necesidades de cada adulto mayor tanto , de igual manera es de gran importancia realizar un análisis en general del estado del paciente principalmente de la historia clínica preguntándole sus antecedentes personales patológicos , los antecedentes personales no patológicos, el motivo de sus consultas etc. Al igual de una buena anamnesis , realizando una buena exploración física de manera cefalocaudal, para ir descartando de probables patologías que pueda presentar nuestro paciente adulto mayor, incluso saber de qué manera lo están tratando en relación a la atención que le brindan si ha sido violentado, o no recibe los cuidados necesarios por que de ello pueden haber heridas o lesiones por uno mal cuidado, por otra parte volviendo a retomar sobre las diferentes escalas como la de valoración cognitiva clínica en la cual se realizan interrogatorios directos sobre la presencia de algunos síndromes geriátricos que se puedan llegar a tener como inmovilidad, caídas (si son muy recurrentes), malnutrición(si come adecuadamente y la cantidad necesaria), deterioro cognitivo, depresión, disminución auditiva o de agudeza visual, estreñimiento, incontinencia entre otros factores, e igual la historia farmacológica, la historia nutricional, una correcta exploración física, solicitud de exploraciones complementarias. La valoración de la esfera funcional, nos presentan

escalas que nos permiten valorar las actividades de la vida diaria como en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). Y la valoración de la esfera mental que nos permite ver las capacidades mentales cognitivas que realiza, además de con un buen interrogatorio al paciente y sus convivientes, mediante los diferentes test o escalas utilizadas en esta área

## **Bibliografía**

1. Guía de Referencia Rápida. Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. Guía de Práctica Clínica GPC
2. D'Hyver de las Deses, Carlos. (2017). Valoración geriátrica integral. Revista de la Facultad de Medicina (México), 60(3), 38-54. Recuperado en 19 de marzo de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002617422017000300038&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422017000300038&lng=es&tlng=es).
3. Ana Cristina Sanjoaquin Romero, Elena Fernández Arin, M. Pilar Mesa Lampré, Ernesto Garcia-Arilla Calvo. Tratado de geriatría. Valoración geriátrica integral. Capítulo 4.