



Mi Universidad



Julián Santiago Lopez

Dr. Vázquez Mijangos Osmar Emmanuelle

Resumen de valoración geriátrica integral

Geriatría

PASIÓN POR EDUCAR

Sexto Semestre Grupo "B"

Facultad de Medicina Campus Comitán

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de Marzo de 2023

Introducción

Los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de la enfermedad, hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración en el paciente geriátrico.

La valoración geriátrica integral (VGI) surge como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas. 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. Basada en 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 calidad de vida.

Desarrollo

Por paciente geriátrico entendemos aquel que cumple tres o más de los siguientes criterios: 1. Edad superior a 75 años. 2. Presencia de pluripatología relevante. 3. El proceso o enfermedad principal posee carácter incapacitante. 4. Existencia de patología mental acompañante o predominante. 5. Hay problemática social en relación con su estado de salud.

Los objetivos que se plantea la valoración geriátrica integral son: 1. Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social). 2. Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente. 3. Mejorar el estado funcional y cognitivo. 4. Mejorar la calidad de vida. 5. Disminuir la mortalidad.

Valoración de la esfera clínica: La esfera clínica es la más complicada de cuantificar por la peculiar forma de enfermar del anciano con una presentación atípica e inespecífica de la enfermedad. Debe incluir: entrevista clínica clásica añadiendo la presencia de alguno de los grandes síndromes geriátricos. historia farmacológica, historia nutricional, exploración física, solicitud de exploraciones complementarias y elaboración de un listado de problemas. En los aspectos clínicos destacan: los efectos del envejecimiento fisiológico, la elevada incidencia de pluripatología, la tendencia de la enfermedad a producir incapacidad funcional. En los aspectos sociales: mayor necesidad de recursos sociosanitarios, mayor tendencia a dependencia y fragilidad, sobrecarga de los cuidadores y pérdida de calidad de vida.

Anamnesis: existen factores que dificultan la entrevista clínica, destacando las siguientes: 1. Dificultades en la comunicación secundarias a déficit sensoriales, deterioro cognitivo, lentitud psicomotriz. 2. Descripción vaga de síntomas. 3. Múltiples quejas.

La anamnesis debe incluir los siguientes apartados: 1. Antecedentes personales, 2. Revisión por aparatos y síntomas, 3. Historia farmacológica completa y actualizada, 4. Historia nutricional y 5. Información sobre la enfermedad actual.

Exploración física: Procederemos a la inspección general: aspecto, cuidado, aseo, colaboración en la exploración. Posteriormente determinaremos las constantes vitales: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Se realiza la exploración física siguiendo un orden topográfico:

- Cabeza: Evaluar arterias temporales, boca, pares craneales, ojos

- Cuello: existencia de bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, latidos y soplos carotídeos, rigidez cervical.
- Tórax: incluye la auscultación cardiaca y pulmonar, existencia de deformidades torácicas y escoliosis, y la palpación de mamas.
- Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación.
- Tacto rectal: descartar la presencia de impactación fecal, hemorroides o tumoraciones.
- Extremidades: situación vascular y muscular, presencia o ausencia de pulsos periféricos, existencia de edemas y limitaciones/deformidades articulares.
- Neurológico: Estudiar la marcha, el equilibrio, el tono muscular, la fuerza y sensibilidad.
- Piel. Buscar lesiones tróficas, úlceras por presión o vasculares, signos de isquemia.

Valoración de la esfera 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:

1. **actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** incluimos aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado.
2. **actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia.
3. **actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD):** aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

El grado de deterioro funcional aumentan el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales.

Las **escalas** más utilizadas **para evaluar las ABVD** son:

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

Consta de seis ítems: 1. Baño. 2. Vestirse/desvestirse. 3. Uso del retrete. 4. movilidad. 5. Continencia. 6. Alimentación.

Cada ítem tiene dos posibles respuestas: 1. Si lo realiza de forma independiente o con poca asistencia: 1 punto. 2. Si requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza: 0 puntos. Según la puntuación total, los pacientes quedan clasificados en siete grupos, donde A corresponde a la máxima independencia y G a la máxima dependencia.

2. **Índice de Barthel.**

Para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Evalúa 10 actividades: 1. Baño. 2. Vestido. 3. Aseo personal. 4. Uso del retrete. 5. Transferencias (traslado cama-sillón). 6. Subir/bajar escalones. 7. Continencia urinaria. 8. Continencia fecal. 9. Alimentación.

Se puntúa de 0 a 100: a) Dependencia total, puntuación menor de 20. b) Dependencia grave, puntuación de 20 a 35. c) Dependencia moderada, puntuación de 40 a 55. d) Dependencia leve, puntuación igual o mayor de 60.

3. Escala de incapacidad física de la Cruz Roja.

Permite obtener una impresión rápida y cuantificada del grado de incapacidad. Se evalúan: 1.AVD, 2. Ayuda instrumental para la deambulaci3n. 3.Nivel de restricci3n de movilidad. 4.Continencia de esfínteres.

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

4. Escala Plutchik.

Consta de siete ítems: 1.Alimentaci3n. 2.Incontinencia. 3.Lavarse y vestirse. 4.Caerse de la cama o sill3n sin protecciones. 5.Deambulaci3n. 6.Visi3n. 7.Confusi3n.

La puntuaci3n total posible varía entre 0 y 14 puntos. El punto de corte para autonomía/dependencia se establece en 4/5.

5. Índice de Lawton y Brody

Recoge informaci3n sobre ocho ítems: 1.Usar el tel3fono. 2.Ir de compras. 3.Preparar la comida. 4.Realizar tareas del hogar. 5.Lavar la ropa. 6.Utilizar transportes. 7.Controlar la medicaci3n. 8.Manejar el dinero.

a)8 puntos a la máxima dependencia; b) entre 8 y 20 precisa ayuda para la realizaci3n de las tareas, y c) más de 20 dependiente para las AIVD.

Valoraci3n de la esfera mental: es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva, como afectiva. La fragilidad cognitiva depende de: 1) variables orgánicas; 2) factores psicosociales, y 3) entidades clínicas.

La fragilidad afectiva, hay que recordar que un 25% de los ancianos padecen alg3n trastorno psíquico y que los trastornos por ansiedad y depresi3n son los más frecuentes. Los **factores de riesgo de depresi3n** se incluyen: 1) factores biológicos, 2) factores médicos, 3) factores funcionales, 4) factores psíquicos y 5) factores sociales. Los **factores de riesgo de ansiedad** son: 1) factores biológicos, 2) factores físicos, 3) factores psicológicos, 4) factores sociales.

Valoraci3n cognitiva: nos permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo y estimar la calidad de la informaci3n que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad. Para la valoraci3n de la esfera cognitiva contamos con múltiples test, de los que destacamos:

1. Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)

Explora orientaci3n t3mporo-espacial, memoria reciente y remota, capacidad de concentraci3n y de cálculo.

En funci3n de la puntuaci3n obtenemos: a) De 0 a 2 errores: no deterioro. b) De 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual. c) De 5 a 7 errores: moderado deterioro. d) De 8 a 10 errores: grave deterioro.

2. Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE).

Es útil en el screening de deterioro cognitivo moderado, aspectos relevantes de la funci3n intelectual: Orientaci3n t3mporo-espacial. Memoria reciente y de fijaci3n.

Atención. Cálculo. Capacidad de abstracción. Lenguaje y praxis. Una puntuación por debajo de 24 puntos indica deterioro cognitivo

3. Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)

4. Test del reloj.

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

5. Set-tests.

Explora la fluencia verbal, la denominación por categorías y la memoria semántica. Se le pide al paciente que diga tantos nombres como pueda recordar de cada una de cuatro categorías (set): colores, animales, frutas y ciudades.

6. Test de los siete minutos.

Evalúa la orientación temporal, el análisis de memoria, fluidez del lenguaje y praxia constructiva.

Valoración afectiva: La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Tiene importantes repercusiones sobre la calidad de vida, la situación funcional y cognitiva. La ansiedad constituye un estado emocional de malestar y aprensión desproporcionada al estímulo que la desencadena. Tiene repercusiones sobre la calidad de vida, el rendimiento en funciones cognoscitivas, agrava los cuadros depresivos y molestias físicas. Para valorar la esfera afectiva, contamos con:

1. Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS).

Sus aplicaciones son: Screening de depresión, Evaluación de la severidad del cuadro depresivo, Monitorización de la respuesta terapéutica.

Para la interpretación de esta escala, el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9 puntos indica depresión probable, y una puntuación igual o superior a 10, depresión establecida.

2. Inventario de depresión de Hamilton.

es la escala más utilizada para estimar la severidad y establecer el pronóstico de la depresión

3. Inventario de depresión de Beck.

4. Escala de Zung.

5. Escala de Cornell de depresión en la demencia.

valora el humor, las alteraciones de conducta, los signos físicos, las funciones cíclicas y la alteración de las ideas.

6. Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

entrevista de cribaje de los trastornos psicopatológicos más frecuentes, la ansiedad y la depresión.

Valoración social: Permite conocer la relación entre el anciano y su entorno. Los instrumentos de medición más utilizados son:

1. Escala OARS de recursos sociales.

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 6 puntos, que van desde excelentes recursos sociales (1 punto) hasta el deterioro social total (6 puntos).

2. Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.

valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales.

Evalúa cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica.

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

Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y la ansiedad

4. Escala de Zarit

La escala más utilizada para valorar la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con demencia. La puntuación mínima es de 22, y la máxima, 110.

entre 22 y 46 indica no sobrecarga; de 47 a 55, sobrecarga leve, y de 56 a 110, sobrecarga intensa.

Conclusión:

Debido a las necesidades que el paciente geriátrico presenta tanto en un estado de salud alterado, así como de los aspectos sociales, emocionales y de todo el entorno que lo rodea y que puede influir en su salud es necesario que se realice una valoración geriátrica integral minuciosa en todos los aspectos que estén relacionados con el equilibrio en la salud del paciente tanto en el ámbito emocional, directamente relacionado a patologías, en el aspecto psicológico etc. Para poder minimizar los efectos adversos de dichos procesos y así mantener una calidad de vida adecuada para nuestro paciente. Por lo que la valoración integrada de las esferas principales como lo son la esfera clínica, la esfera mental, esfera funcional juegan un papel sumamente importante para el manteamiento de la calidad de vida de nuestros pacientes y minimizar los daños que puedan presentarse en estas esferas de la vida diaria de nuestro paciente y gracias a las diversas escalas que se han desarrollado y que se implementas en la valoración integral geriátrica podemos estratificar los riesgo y los estadios en los cuales nuestros pacientes presencian una alteración y en su defecto a que nivel de afectación se encuentran para así si fuese el caso revertir la situación y de no ser posible minimizar el progreso de la afectación.

Por eso considero de suma importancia que como médicos en formación comencemos a relacionarnos con las diferentes ítems y escalas que están a nuestro alcance como herramienta clínica para poder prestar una atención de calidad y así ser capaces de diagnosticar los padecimientos en curso de las distintas presentaciones en el paciente

geriátrico y no solo enfocarnos en lo clínico si no hacer un englobamiento de todas las esferas del paciente geriátrico para poder ser parte de la mejoría en la calidad de vida del paciente.

(GERONTOLOGÍA)

Referencias

GERONTOLOGÍA, S. E. (s.f.). *TRATADO de GERIATRÍA para residentes*. Madrid España: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).

NOTA: adjunto mapa conceptual para resaltar los puntos importantes de manera sintetizada del resumen que elabores, a manera de flujograma para poder expresarme mejor

Valoración Geriátrica Integral

¿QUE VALORA?

Esfera Clínica

evalua

- 1. Aspectos Clínicos
- 2. Aspectos Sociales

Esfera Funcional

evalua

Actividades Básicas de la Vida Diaria

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria

Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria

Escalas

- 1. KATZ
- 2. Índice de Barthel
- 3. Escala de la Cruz Roja
- 4. Escala Plutchik
- 5. Lawton y Brody

Esfera Social

escalas

- 1. Escala OARS
- 2. Escala de Gijón
- 3. Escala Filadelfia
- 4. Escala de Zarit

Esfera Mental

evalua

Valoración Cognitiva

escalas

- 1. Cuestionario de Pfeiffer
- 2. De Folstein
- 3. Cognoscitivo de Lobo
- 4. Test del Reloj
- 5. Set-Test
- 6. Test de los 7 minutos

Valoración Afectiva

escalas

- 1. Escala de Yesavage
- 2. Hamilton
- 3. Beck
- 4. Escala de Zung
- 5. Escala de Cornelle
- 6. Escala de Goldberg

Ansiedad

Estudia

Depresión