

Brenda Nataly Galindo Villarreal

Osmar Emmanuelle Vázquez Mijangos

**Nombre del trabajo: Valoración
Geriatría Integral**

PASIÓN POR EDUCAR

Geriatría

Grado: 6to Semestre

Grupo: "B"

Carrera: Medicina Humana

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Introducción

Las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen 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.

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, 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 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 facilitar el abordaje al paciente anciano y al paciente geriátrico.

En este resumen se hablarán de las herramientas para la valoración de los pacientes geriátricos, desde la anamnesis, la exploración y los diferentes tipos de escalas para la valoración del paciente.

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 VGI son:

- Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.
- Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades del anciano.
- Mejorar el estado funcional y cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida.
- Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar.
- Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre que sea posible la dependencia, y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones.
- Disminuir la mortalidad.

Incluye **cuatro esferas: la clínica, la mental, la social y la funcional**, que tratan, 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:

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 (infección sin fiebre, infarto de miocardio indoloro...).

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.

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, antidepresivos, 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. Una aportación de interés es la evaluación nutricional mediante el Mini Nutricional Assesment (MNA), propuesto y desarrollado por Vellas y Guigoz (Facts Res Gerontol 1994; 12 suppl 2: 15-55). Es una herramienta simple para evaluar el estado nutricional en la que se recogen índices antropométricos, parámetros dietéticos, evaluación global y valoración subjetiva. 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. En primer lugar, procederemos a la **inspección general**: aspecto, cuidado, aseo, colaboración en la exploración.

Posteriormente determinaremos las **constantes vitales**: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.

Y pasaremos a realizar la exploración física siguiendo un orden topográfico:

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...).
- 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...)
- Las AAVD incluyen aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

Conforme avanza 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.

En el momento de explorar la esfera funcional se hace imprescindible interrogar acerca de la dependencia o independencia a la hora de comer, de vestirse, de realizar el aseo personal, la necesidad de pañales, sondas o colectores por incontinencia de esfínteres, sin olvidar conocer aspectos relacionados con la

capacidad para la deambulaci3n con o sin ayuda (humana o t3cnica, en la cual se incluyen bastones, muletas, andadores, silla de ruedas), la habilidad para las transferencias y antecedentes de caídas.

Las escalas m1s utilizadas para evaluar las ABVD son:

- 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.
 - Alimentaci3n.

Est1n ordenados jer1rquicamente seg1n la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. La propia escala describe lo que considera como dependencia/independencia para la ejecuci3n de las tareas. 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.
- Índice de Barthel: Publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, es el instrumento recomendado por la Sociedad Brit1nica de Geriatría para evaluar las ABVD en el anciano.

Es la escala m1s internacionalmente conocida para la valoraci3n funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda.

Su aplicaci3n es fundamental en: unidades de rehabilitaci3n y en unidades de media estancia (UME). Evalúa 10 actividades, **dando m1s importancia** que el índice de Katz a las puntuaciones de los **ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad**.

Estas actividades son:

- Baño.
- Vestido.
- Aseo personal.
- Uso del retrete.
- Transferencias (traslado cama-sill3n).
- Subir/bajar escalones.
- Continencia urinaria.
- Continencia fecal.
- Alimentaci3n.

Se puntúa de 0 a 100, lo que le confiere mayor facilidad para el uso estadístico de los datos.

Para una mejor interpretación, sus resultados se han agrupado en cuatro categorías:

- Dependencia total, puntuación menor de 20.
- Dependencia grave, puntuación de 20 a 35.
- Dependencia moderada, puntuación de 40 a 55.
- Dependencia leve, puntuación igual o mayor de 60.

Presenta gran valor predictivo sobre: mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con accidente cerebrovascular.

➤ Escala de incapacidad física de la Cruz Roja:

Creada por el equipo del Servicio de Geriátría de Cruz Roja de Madrid en 1972, se trata de una escala muy difundida en nuestro país. Permite obtener una impresión rápida y cuantificada del grado de incapacidad. Se evalúan:

- AVD (actividades de la vida diaria).
- Ayuda instrumental para la deambulaci3n.
- Nivel de restricci3n de movilidad.
- Continencia de esfínteres.

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

➤ Escala 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:

- Alimentaci3n.
- Incontinencia.
- Lavarse y vestirse.
- Caerse de la cama o sill3n sin protecciones.
- Deambulaci3n.
- Visi3n.
- Confusi3n.

Cada ítem puntúa de 0 a 2 puntos.

La puntuaci3n total posible varía entre 0 y 14 puntos.

➤ La escala **más utilizada** para evaluar las AIVD es el **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
- 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

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.

En cuanto a la fragilidad afectiva, hay que recordar que los ancianos padecen algún trastorno psíquico y que los trastornos por ansiedad y depresión son los más frecuentes en este grupo de edad, por lo que la identificación de factores de riesgo asociados a ellos podría ser una forma de identificar al anciano afectivamente frágil.

Dentro de los factores de riesgo de depresión se incluyen:

1) factores biológicos (antecedentes familiares, cambios en la neurotransmisión asociados a la edad, sexo y raza)

2) factores médicos, como enfermedades específicas (ACV, enfermedad de Parkinson, neoplasias...), enfermedades crónicas especialmente asociadas a dolor o pérdida funcional, enfermedades terminales, polifarmacia, de privación sensorial

- 3) factores funcionales, que al interactuar con la depresión conducen a un pronóstico negativo
- 4) factores psíquicos: episodios depresivos previos, alcoholismo, ansiedad, demencia
- 5) factores sociales, tales como viudedad, institucionalización, hospitalización, soledad, bajos recursos socioeconómicos, escaso soporte social y pérdidas recientes.

En cuanto a los factores de riesgo de ansiedad:

- 1) factores biológicos, como predisposición genética y trastorno por ansiedad previo
- 2) factores físicos, en los que se incluyen enfermedad dolorosa, cambio reciente en el estado de salud, enfermedades médicas y efectos secundarios de fármacos
- 3) factores psicológicos: trastorno de la personalidad, depresión mayor, demencia, insomnio crónico
- 4) factores sociales (similares a los descritos en factores de riesgo de depresión).

Valoración cognitiva

La prevalencia de deterioro cognitivo en el anciano es alta (20% en los mayores de 80 años), aunque varía en función de la población estudiada y en función de la metodología empleada en el estudio. La importancia del deterioro cognitivo viene dada no sólo por su elevada prevalencia, sino por la tendencia a la asociación con trastornos conductuales, por la mayor utilización de recursos sociosanitarios, apareciendo durante su curso alguno de los principales síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, caídas, impactación fecal, úlceras por presión), por su imbricación directa sobre las esferas funcional y social y por el peor pronóstico rehabilitador.

Conocer el grado de deterioro cognitivo nos permite, estimar la calidad de la información que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad y valorar su capacidad para comprender la información que recibe. La evaluación cognitiva, permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras.

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.

Con múltiples test, 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.

Valoración afectiva:

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.

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. Permite conocer la relación entre el anciano y su entorno. Aspectos relacionados con el hogar, apoyo familiar y social son cuestiones importantes a la hora de organizar el plan de cuidados de un anciano.

La valoración social es complicada, en cuanto a que no existe acuerdo entre los componentes de la salud social.

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).

Conclusion:

El objetivo principal de la valoración geriátrica integral es diseñar un plan individualizado preventivo, terapéutico y rehabilitador, con el fin de lograr el mayor nivel de independencia y calidad de vida del anciano.

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.

Los adultos mayores no tienen enfermedades propias, estas solo cambian su forma de aparición con repercusiones funcionales, psíquicas y sociales en el anciano y su entorno, parámetros que definen su estado de salud.

Bibliografía

Ana Cristina Sanjoaquín Romero, E. F.-A. (s.f.). VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. En *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 59-68). Sociedad Española de Geriatria y Gerontología .