



Medicina Humana

Nombre del alumno: Luz Angeles Jiménez
Chamec

Nombre del profesor: Osmar Emmanuelle
Vázquez Mijangos

Nombre del trabajo: Resumen de
valoración geriátrica integral

Materia: Geriatría

Grado y grupo: 6° B

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de marzo de 2023.

Introducción

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) 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 (MonteserínNadal R, 2008).

La VGI es una herramienta fundamental para la práctica clínica de cualquier médico, ya que le permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente geriátrico. Los beneficios derivados de la aplicación de la VGI son la reducción de la variabilidad de la práctica clínica, la estratificación de los problemas de salud y el análisis de la dependencia funcional que le permiten al médico llevar a cabo el diseño de las estrategias de intervención coordinada entre los diferentes profesionales (Medina-Chávez JH, 2011).

La VGI es un proceso de diagnóstico y tratamiento multidisciplinario que identifica problemas médicos, psicológicos, sociales y funcionales de una persona mayor frágil, con el fin de desarrollar un plan coordinado para mejorar el estado de salud general (Devons CA, 2002).

El cuidado de la salud de un adulto mayor se extiende más allá del manejo médico tradicional de la enfermedad. La VGI difiere de una evaluación médica estándar al incluir dominios que no son médicos, tales como el afectivo, social, económico, ambiental y espiritual haciendo hincapié en la capacidad funcional y en la calidad de vida (Elsawy B, 2011).

Para la correcta aplicación de la VGI, se tiene que utilizar tanto métodos clásicos como la historia clínica y exploración física, así como instrumentos más específicos denominados, “escalas de valoración”, las cuales facilitan la detección de problemas y su evaluación evolutiva, además de incrementar la objetividad y reproducibilidad de la valoración, también ayudan a la comunicación y entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden al paciente.

La importancia de realizar una VGI además de conocer la situación de las diferentes áreas o esferas afectadas, es la de diseñar un plan individualizado de intervención preventiva, terapéutica o rehabilitadora, con el fin de proporcionar el mayor grado de ayuda al anciano y su familia siendo éste el fin último de la geriatría.

Valoración geriátrica integral

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso diagnóstico multidimensional y que incluye varias disciplinas, utilizado para determinar el grado de deterioro del área médica, psicológica, funcional, social y familiar de una persona con edad avanzada, así como los recursos, con el fin de desarrollar un plan integral de pronóstico, tratamiento y seguimiento.

La evaluación geriátrica integral proporciona un modelo de atención multidimensional y multidisciplinario, brinda atención médica efectiva a grupos vulnerables. Está basada en evidencia y mejora el bienestar del paciente; reduce reingresos hospitalarios, contribuye considerablemente a minimizar el daño y garantizar que se practique la atención médica adecuada, en el momento adecuado.

La valoración geriátrica integral:

- 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.

El deterioro cognoscitivo se caracteriza por la pérdida o disminución de la función en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad más allá de lo que se espera según la edad y el nivel educativo.

La pérdida de la memoria es común y distintas causas pueden provocar este tipo de trastorno, es por ello que el deterioro cognoscitivo se cataloga como un síndrome

geriátrico, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo, y en su caso, hacer el diagnóstico de demencia.

El deterioro cognoscitivo leve (DCL) afecta del 10 al 25% de las personas de 70 años o más años. La incidencia se ha reportado de 14 a 111 por cada 1000 pacientes/año en adultos mayores ($\geq 65-75$ años).

Se recomienda utilizar los criterios de Petersen para el diagnóstico de deterioro cognoscitivo leve (DCL) que incluyen:

1. Deterioro de la memoria, referida por el paciente o por un informante fiable.
2. Deterioro cognoscitivo objetivizado por el médico.
3. Evaluado (ratificado) por pruebas neurocognoscitivas
4. Sin repercusión para realizar actividades de la vida diaria.
5. Ausencia de criterios clínicos para demencia según el DSM-5 ((Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition).

También se recomienda utilizar los criterios de DSM-5 para trastorno neurocognoscitivo menor o DCL.

Se recomienda utilizar el Mini Examen del Estado Mental (MMSE o Test de Folstein) Modificado, como instrumento de cribaje para detectar deterioro cognitivo en etapas tempranas o el grado de demencia en su defecto.

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.

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognoscitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y emocionales, también denominados síntomas neuropsiquiátricos.

Se estima que entre el 30-50% de los pacientes con EA tienen depresión como comórbido. La depresión como comórbido en la EA se caracteriza por alteraciones en el sueño, sentimientos de inutilidad, pérdida del interés, hiporexia, alteraciones en el lenguaje secundario a inactividad motora, falta de aseo personal y puede o no presentarse tristeza, disminución en la reacción a estímulos externos y aislamiento social.

De acuerdo con la evolución de EA, como parte del trastorno cognoscitivo mayor, esta puede dividirse en:

- **Leve.** El paciente necesita ayuda en las actividades de la vida cotidiana, como las labores del hogar o la administración del dinero. Tiene tendencia creciente al olvido. Con evolución promedio de uno a tres años.
- **Moderado.** El paciente necesita ayuda incluso con cuestiones básicas como vestirse y comer. Hay pérdida de las habilidades de lenguaje y comportamiento inapropiado. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes. Transcurre de dos a tres años con desorientación progresiva, pérdida de las habilidades de lenguaje y comportamiento inapropiado.
- **Grave.** El paciente es completamente dependiente. Durante el cual existe desorientación en persona y abandono total del autocuidado.

La EA afecta varios dominios (cognición, conducta, autonomía). Las escalas para evaluar gravedad global permiten valorar estos dominios y son útiles para demostrar la eficacia terapéutica en términos de la progresión de la enfermedad, éstas incluyen:

- Escala de deterioro global (Global Deterioration Scale - GDS).
- Estadificación de la evaluación funcional (Functional Assessment Staging - FAST).
- Clasificación clínica de la demencia (Clinical Dementia Rating - CDR).

El trastorno depresivo mayor en el anciano se asocia a síntomas inespecíficos como pérdida de peso, insomnio, somatizaciones, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, anorexia y aislamiento social. Cabe señalar que el cuadro clínico clásico, se manifiesta con menor frecuencia.

La asociación de depresión con algunas enfermedades crónicas y fármacos son definitivos; se les considera como factores de riesgo para el desarrollo de depresión. Entre estos están:

- Enfermedad vascular cerebral.

- Enfermedades neurodegenerativas.
- Privación sensorial auditiva o visual.
- Enfermedad cardíaca.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Trastornos metabólicos
- Neoplasias.
- Enfermedades reumatológicas
- Fármacos.

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.

El trastorno de ansiedad generalizada se define como una sensación no placentera, difusa, acompañada de molestias físicas como opresión retroesternal, taquicardia y sudoración. La ansiedad puede tomar diversas formas, experimentándose como una sensación inexplicable de destrucción inminente, preocupación excesiva infundada acerca de numerosas cosas como miedo irracional a una actividad u objeto.

La ansiedad en los adultos mayores puede ser descrita o experimentada con predominio de síntomas somáticos tales como parestesias, mareos y temblores; además, pueden presentarse con ansiedad subclínica o síntomas de ansiedad que causan angustia o deterioro funcional, pero que no cumplen criterios diagnósticos del DSM-5 para ansiedad. El delirium se puede definir como una falla cerebral aguda que se presenta como un repentino declive de la función cognitiva y atención, de etiología multifactorial, con un inicio agudo en respuesta a estímulos nocivos lo cual arroja datos sobre la reserva cognitiva. En este contexto, el delirium podría ser un marcador de vulnerabilidad cerebral.

El delirium durante la hospitalización es prevenible en cerca del 40% de los casos

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.

En el delirium se han identificado 6 características principales:

1. Alteración en la atención (habilidad reducida para direccionarla, centrarla, sostenerla o cambiarla).
2. La alteración en la atención se desarrolla en un período de tiempo corto (horas a días) y representa un cambio con respecto al estado basal del paciente, además tiende a haber fluctuaciones de dicha alteración en el transcurso del día.
3. Se añade una alteración en alguna función cognoscitiva (déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje, inhabilidad visoespacial, alteraciones en la percepción, etc.).
4. Las alteraciones descritas no son explicadas por otro desorden neurocognoscitivo preexistente o en evolución, y tampoco ocurre secundario a un daño severo en el nivel de consciencia (ej. coma).
5. Alteraciones en el comportamiento psicomotor como hipoactividad, hiperactividad y alteraciones en el tiempo y arquitectura del sueño se pueden presentar.
6. Se han descrito cambios emocionales (miedo, depresión, euforia, perplejidad).

Existen tres subtipos de delirium:

1. Hipoactivo (Hipoalerta o letárgico).
2. Hiperactivo (Hiperalerta o agitado).
3. Mixto (Alternancia en las características de ambos).

El delirium hipoactivo es descrito como silencioso y se caracteriza por una actividad psicomotora disminuida, los pacientes se muestran deprimidos, sedados, somnolientos o letárgicos.

El delirium hiperactivo es descrito como agitado, se caracteriza por una actividad psicomotora aumentada, los pacientes se muestran inquietos, irritables, preocupados, ansiosos o combativos.

El tipo de delirium más frecuente en el anciano es el hipoactivo.

El dolor debe considerarse como otro de los síndromes geriátricos, debido a que el diagnóstico diferencial, las implicaciones funcionales, psicosociales, además de la capacidad de recuperación son más diversos y atípicos entre los adultos mayores.

El dolor no es normal ni forma parte del envejecimiento. Los cambios más relevantes en relación al dolor en este grupo de edad, son el incremento del umbral del dolor y una disminución en la tolerancia del mismo, y la causa es multivariable, relacionados a cambios en elementos neuronales periféricos (fibras C y A δ) lo que provoca dificultades para la discriminación y localización del 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, implicaciones de la enfermedad barreras socioculturales (incluyendo religión) y pérdida de independencia.

Las herramientas para la valoración de dolor más usadas son:

- Escala Numérica Verbal (ENV).
- Escala Verbal Descriptiva (EVD).
- Escala Visual Análoga (EVA).

El Mini- Nutritional Assessment MNA es un instrumento de tamizaje nutricional validado internacionalmente que permite de forma rápida y sencilla, la valoración nutricional del anciano en todos sus ámbitos, siendo una de sus principales ventajas que detecta el riesgo de malnutrición antes de que aparezcan alteraciones clínicas. Tiene sensibilidad de 98% con una especificidad de 100% en su versión completa.

Conclusion

El aumento de los pacientes envejecidos ha ocasionado importantes consecuencias en el sistema de salud actual, donde se ha privilegiado la especialización, la tecnología y la pérdida de la visión integral y horizontal del paciente. El envejecimiento propicia comorbilidad y manifestaciones atípicas de los problemas de salud que son mal entendidos o ni siquiera reconocidos, definiendo al paciente anciano como complejo, propenso a la búsqueda de múltiples tratamientos y manejo por diferentes especialidades, que conlleva a complicaciones con un impacto negativo en su calidad de vida como reacciones adversas secundarias a una prescripción inadecuada de múltiples fármacos, y a su vez condicionan a mayor comorbilidad, deterioro funcional y pérdida de la autonomía (Medina-Chávez JH, 2011).

El crecimiento acelerado de la población envejecida en México va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica lo que hace que su manejo sea más complejo, requiriendo mayor consumo de recursos por la alta demanda asistencial y obliga a la incorporación de atención especializada en este grupo de edad en el sistema institucional. Se hace necesario tener herramientas para identificar necesidades, detectar riesgos y otorgar una atención especializada en adultos mayores con el objetivo de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de los problemas que el anciano presente.

Referencias

Dr. Israel Soto, D. J. (2018). Guía de práctica clínica Valoración geriátrica integral Actualizada 2018. *INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL*, 1-217. Recuperado el 19 de Marzo de 2023, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>