

Valoración Geriátrica Integral

Un instrumento imprescindible para la atención del adulto mayor

Dra. Ana Barboza*, Dra. Mariana Rodríguez-Milhomens*,
Dra Julieta Arnaiz*, Dr. Aldo Fierro**

* Residentes de la Cátedra de Geriatria; ** Médico Internista y Geriatra, Ex-Profesor Adjunto de Geriatria.
** Profesor Agregado de la Clínica Médica B. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

Resumen: El rápido envejecimiento de la población de países en vías de desarrollo, sumado a las características diferenciales de los adultos mayores (mayores de 75 años o mayores de 65 años que presentan algún grado de dependencia), y su mayor vulnerabilidad a situaciones de estrés y enfermedad, hace necesaria la aplicación de un modelo de valoración clínica diferente; específico para este grupo etario.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una herramienta diagnóstica multidimensional e interdisciplinaria diseñada para determinar el estado de salud de un paciente adulto mayor; mediante la evaluación por áreas, con el objetivo de identificar problemas e implementar un plan de tratamiento que mejore la calidad de vida del paciente.

Uno de los aportes más importantes de la VGI es la valoración del estado funcional, es decir la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra, ya que un anciano que puede valerse por sí mismo tiene un mejor estado de salud que un anciano dependiente.

Abstract: The rapid aging of the population in developing countries, in addition to the specific characteristics of ages population (i.e. elders with more than 75 years or elders with more than 65 years with any dependencies), and their greater vulnerability to stress and diseases, makes necessary the use of a different model of clinic assessment in this age group.

The Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is a multidimensional and multidisciplinary diagnostic instrument designed to evaluate the health condition of the elderly; through the assessment of different areas, targeting the identification of problems and the development of the best treatment to improve quality of life of the patients.

One of the main goals of the CGA is the judgment of the functional status; in other words, the ability of the elderly to cope with their daily tasks and be autonomous in their environment, since an elderly that can take care of himself has a better health condition than compared to one that is dependent.

Palabras clave: Valoración Geriátrica Integral / Adulto Mayor / Estado Funcional

Key words: Comprehensive Geriatric Assessment / Elderly / Functional Status

Introducción

El envejecimiento de la población avanza a pasos agigantados y afecta a los países en vías de desarrollo. Uruguay es el país más envejecido de América Latina. En la actualidad la población del Uruguay está compuesta por 17,4% de adultos mayores de 60 años¹. Las proyecciones demográficas estiman que para el año 2050 esta cifra alcanzará el 25%.

Sin dudas este grupo de población tiene características que lo diferencian del adulto joven. En el adulto mayor confluyen por un lado, aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico con el declinar paulatino de la función de órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional

y alteración de la homeostasis del organismo. Por otro lado, la especial forma de presentación de la enfermedad en este rango de edades hace al paciente más vulnerable a situaciones de estrés y enfermedad. Es entonces evidente la necesidad de un modelo de valoración clínica diferente; específica para este grupo.

La valoración geriátrica integral (VGI) es una herramienta diagnóstica multidimensional e interdisciplinaria diseñada para determinar el estado de salud y las capacidades mentales, funcionales y sociales de un paciente anciano, con el fin de desarrollar un plan coordinado de tratamiento y seguimiento a largo plazo².

Ya en el año 1959 la OMS declaraba que la salud de los ancianos se mide en términos de *función*³. El adulto mayor que conserva la capacidad de valerse por sí mismo, siendo capaz de cumplir con las funciones de autocuidado,

E-mail: julietaarnaiz@hotmail.com

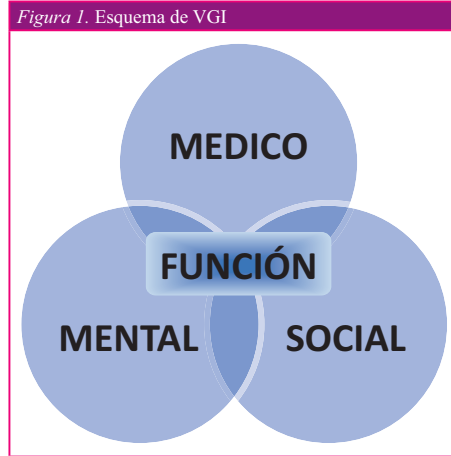
y manejar instrumentos que le permitan vivir de forma independiente en la comunidad, tiene un mejor estado de salud que el que perdió estas capacidades.

Dado que la edad en sí misma no es predictor de los resultados en un paciente anciano, la VGI hace hincapié en la calidad de vida y el estado funcional, basándose en el análisis de cuatro áreas: **Funcional, Social, Biomédica y Mental**.

Si analizamos qué es necesario para conservar la independencia funcional, vamos a concluir que se necesita algo más que un estado biomédico adecuado. Los trastornos del estado mental, tanto cognitivos como afectivos, el soporte social y la aparición de problemas más frecuentes en los ancianos (trastornos de la marcha, inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria, trastornos del sueño y efectos adversos de medicación) son factores que determinan pérdida de la independencia funcional y que estadísticamente no se detectan en la evaluación médica tradicional.

La valoración se realiza con herramientas estandarizadas. Estas están diseñadas para identificar la presencia o la gravedad de un problema o necesidad.

Figura 1. Esquema de VGI



aseo personal, la continencia de esfínteres, la capacidad para la deambulación con o sin ayuda y la habilidad para las transferencias. Estas se valoran mediante los índices de Katz y Barthel.

El índice de Katz es una de las herramientas mejor conocidas y validadas para valorar las ABVD, publicado en 1963². Mide la dependencia o independencia en 6 ABVD (baño, vestido, uso del retrete, alimentación, continencia, transferencias), ordenadas de manera jerárquica según el orden en que los pacientes pierden o recuperan la independencia para realizarlos. Los individuos se clasifican de la A a la G, siendo los primeros independientes para todas las ABVD, y los últimos dependientes para todas ellas. (*Índice de Katz. Ver Cuadro I*)

Valoración funcional

La valoración funcional está dirigida a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Para medir el estado funcional se utilizan las actividades de la vida diaria, que se clasifican en **básicas** (ABVD), **instrumentales** (AIVD) y **avanzadas** (AAVD).

Dentro de las ABVD consideramos aquellas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado. Se hace imprescindible conocer acerca de la **dependencia** o independencia a la hora de comer, vestirse, realizar el

Cuadro I. Índice de Katz

A	Independiente* en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
B	Independiente* para todas las funciones anteriores excepto una.
C	Independiente* para todas excepto bañarse y otra función adicional.
D	Independiente* para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
E	Independiente* para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
F	Independiente* para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
G	Dependiente en las seis funciones.
H	Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.
	*Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.
	*El resultado se informa mediante la letra adecuada, por ejemplo: Índice de Katz: C.

Continuación Cuadro I. Índice de Katz

• **Bañarse (con esponja, ducha o bañera):**

Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

• **Vestirse:**

Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

• **Usar el retrete:**

Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretorios y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

• **Movilidad:**

Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

• **Continencia:**

Independiente: control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

• **Alimentación:**

Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).

Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

trasfondo cultural, ya que habitualmente son realizadas por mujeres y además están condicionadas por el estado cognitivo, afectivo y situación social del individuo. Se evalúan mediante el índice de Lawton y Brody⁶ diseñado específicamente para la población anciana. Valora las ocho AIVD reseñadas, puntuando entre 0 y 8, desde máxima a mínima dependencia. (*Ver Cuadro III*)

Las AAVD miden la capacidad del individuo de **participar en la vida social** de la comunidad (viajes, trabajo) o de disfrutar de ésta (ocio, aficiones, reuniones de grupos, o deportes). No son indispensables para mantener una vida independiente, pero se relacionan positivamente con la calidad de vida y el estado cognitivo y afectivo. Hoy en día no se utilizan ampliamente escalas que valoren estas actividades, pero dado el mayor nivel funcional que cada vez presentan nuestros mayores, probablemente sean de gran utilidad en el futuro.

Recientemente se ha puesto de manifiesto la necesidad de evaluar las limitaciones funcionales, además de la discapacidad, como pilares que sustentan la aparición de ésta. Su evaluación en ancianos con alto nivel funcional puede ayudar a identificar a aquellos en riesgo de desarrollarla en breve. Para este fin se utilizan las medidas de evaluación basadas en la ejecución (MEBE). En este grupo se encuentran pruebas como la medición de la *velocidad de la marcha*^{7,8} y el *Timed up and go*⁹. Estas constituyen un excelente complemento a los índices de capacidad funcional. Tienen la ventaja de ser medidas objetivas y cuantificables, con mayor sensibilidad al cambio, y predicen eventos como caídas, institucionalización y mortalidad.

Se debe valorar también la función de los órganos de los sentidos, sobre todo una evaluación de la visión y la audición con el fin de evitar trastornos que determinen deterioro funcional.

Valoración mental

En la valoración del estado mental es importante destacar dos grandes puntos, la esfera cognitiva y la afectiva, valoración que se hace fundamental dada la elevada prevalencia de patologías en estas áreas en el adulto mayor, fundamentalmente el deterioro cognitivo y su asociación con trastornos conductuales, así como su estrecha relación con la aparición de síndromes geriátricos como caídas, inmovilidad, úlceras por presión e incontinencia, por su directa asociación con declinación funcional y social así como un peor potencial rehabilitador.

La valoración mental en el adulto mayor es difícil, implica tiempo y está sometida a una gran variabilidad. Consta de una entrevista semiestructurada; integrada por la **anamnesis** al paciente en la que se recogen datos de la situación cognitiva y afectiva del adulto mayor, **examen físico completo** (fundamentalmente neurológico), **exámenes complementarios** y **la aplicación de cuestionarios**.

Se realiza una entrevista **al familiar acompañante o cuidador principal**, con el objetivo de obtener datos

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0
Se puntúa la información obtenida del cuidador principal		Total

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente



La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud

- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Contáctenos:
www.farmanuario.com - tendencias@farmanuario.com



confiables en cuanto a cronología, descripción de la funcionalidad del adulto mayor, así como descripción del inicio y evolución de los síntomas de la esfera mental, incluyendo la detección de trastornos conductuales. Estos últimos muchas veces deben ser interrogados en forma aislada, dado que por evitar incomodar al paciente, se puede perder la recolección de datos importantes en la entrevista.

Valoración cognitiva

La valoración cognitiva es el resultado de la evaluación del funcionamiento global de sus diferentes áreas neuropsicológicas: memoria, lenguaje, orientación, cálculo y capacidades frontales (planificación, secuenciación, juicio, resolución de problemas, organización y abstracción, entre otros).

Anamnesis de la memoria

Interrogamos *olvidos* que constituyen un motivo de consulta frecuente:

- Fecha y forma de inicio así como evolución (escalonada o brusca).
- Olvidos episódicos:**
 - Olvidos de hechos recientes. Recuerda mejor el pasado.
 - Pérdida de objetos de uso frecuente.
 - Guarda objetos de importancia y luego no recuerda dónde los dejó.
 - ¿Es reiterativo?
 - ¿Deja la cocina encendida? ¿Se ha quemado la comida?
 - Autobiográficos:
 - ¿Recuerda: fechas personales (cumpleaños, casamiento o viudez), nombre o nacimiento de los hijos, etc?
 - Dirección, teléfono, número de CI
 - Para hechos públicos:
 - Se solicita al paciente que cite alguna noticia reciente
 - Nombre del presidente, vicepresidente, etc.

3. Olvidos prospectivos:

- Olvida pagar cuentas o vencimientos
- Olvida tomar la medicación
- Olvida citas con médico
- Usa anotadores
- Olvida encargos que se le hacen al almacén o domiciliarios

4. Olvidos semánticos:

- Olvida conocimientos de su profesión u oficio
- Si sabe manejar, olvida como hacerlo
- Olvida recetas de cocina

5. Olvidos por fallas atencionales:

- Breves episodios de mente en blanco al ir de un lugar a otro (trayectos mnésicos)
- ¿Guarda cosas en lugares equivocados ejemplo el azucarero en la heladera?
- Lagunas conversacionales, ¿olvida que estaba hablando?
- Busca cosas que las tiene enfrente y es como si no las viera.
- Debe releer una página al terminarla porque no se acuerda de lo que decía.

6. Memoria topográfica:

- Se pierde en la calle, en lugares conocidos para el paciente
- Tiene dificultades para orientarse en lugares poco conocidos.

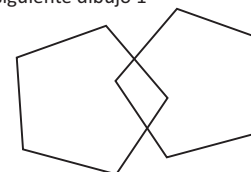
7. Lenguaje:

- ¿Conversa? ¿Inicia la conversación? ¿Cambia palabras?
- ¿No le salen las palabras?
- ¿El lenguaje se ha deteriorado?

La valoración cognitiva en el adulto mayor se ve influenciada por múltiples factores de los cuáles se destacan la edad, sexo, nivel de escolarización, presencia de patología psiquiátrica así como comorbilidades. Además, permite

Cuadro III. Escala de Lawton y Brody	
Aspecto a evaluar	Puntuación
Capacidad para usar el teléfono:	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
Hacer compras:	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa:	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	
La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total. Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan. URL: http://www.hipocampo.org/lawton-brody.asp (consultado 09/07/13)	

Cuadro IV. Minimental State Examination (Folstein):	
Orientación temporal	
Día del mes, mes, año, día de la semana, estación	5
Orientación espacial	
Lugar, planta o calle, país, ciudad, barrio o departamento	5
Memoria inmediata	
Repita: pelota-bandera-árbol	3
Atención	
Restar desde 100 de 7 en 7, hacia atrás (5 intentos)	5
Memoria diferida	
¿Recuerda las palabras que le hice repetir?	3
Gnosias	
¿Qué es esto? (mostrar un reloj y un lápiz)	2
Repetición de logotomos	
Repita: "El flan tiene frutillas y frambuesas"	1
Comprensión de lenguaje escrito	
Lea esto: "CIERRE LOS OJOS", y haga lo que dice	1
Realización de órdenes complejas	
Tome el papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo	3
Escritura	
Escriba una frase (sujeto, verbo y predicado)	1
Praxias constructivas	
Copie el siguiente dibujo	1



detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras¹⁰.

Tests de cribado de función cognitiva

Los tests de cribado aportan objetividad, facilitan la comunicación entre los diversos profesionales y, además, permiten cuantificar los cambios en el tiempo y la respuesta al tratamiento. No deberemos olvidar nunca que un test es un método de screening, pero nunca diagnóstica por sí solo una demencia/deterioro cognitivo.¹¹

Se recomienda realizar el cribado de deterioro cognitivo/demencia en ancianos: con problemas de memoria, que se hayan hecho recientemente dependientes en las AIVD, o con antecedentes personales de síndrome confusional agudo.^{12,13,14}

Para la valoración de la esfera cognitiva contamos con múltiples test, de los que destacamos:

- Cuestionario de Pfeiffer
- Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE).
- Test del reloj.

Cuestionario de Pfeiffer

Es un test sencillo, breve y de rápida aplicación; explora orientación temporoespacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos recientes, capacidad de concentración y de cálculo.

Se puntúan los errores y se ajusta según la escolaridad:

- 0 a 2 errores: normal.
- 3 a 4 errores: deterioro leve.
- 5 a 7 errores: deterioro moderado.
- 8 a 10 errores: deterioro severo.

Se permite un error más en ancianos que no han recibido educación primaria y un error menos en aquellos que han realizado estudios superiores.

Mini-Mental State Examination

El Test de Folstein (MMSE), ver cuadro IV, consta de 19 ítems y valora más funciones que el Pfeiffer (*orientación temporo-espacial, memoria, atención, cálculo, lenguaje y capacidad de abstracción*).

Es el más utilizado en el screening de demencia y seguimiento. Presenta una elevada sensibilidad y especificidad.

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

Se pide al paciente que dibuje un círculo, los números en el reloj y que con las manecillas señale las 11 y 10.

Es un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global (excepto la memoria), así como es utilizado para el seguimiento de un síndrome confusional agudo.

Es un test sensible para deterioro cognitivo, pero poco específico.

Valoración afectiva

En este punto se pesquisarán los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el adulto mayor: *depresión y ansiedad*.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. 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.

Es más frecuente la presentación en el anciano con síntomas somáticos, como pérdida de peso e irritabilidad, ansiedad o deterioro en la capacidad funcional, en lugar de humor triste y astenia. La ansiedad es, junto con la depresión, uno de los principales síntomas afectivos

del adulto mayor y constituye un estado emocional de malestar y aprensión desproporcionada al estímulo que la desencadena^{12,13,14}.

Debemos pesquisar la presencia de síntomas de la esfera afectiva interrogando sobre: trastornos psicoconductuales: delirio, alucinaciones, euforia, desinhibición y agitación, labilidad emocional, anergia, anhedonia, trastorno del apetito y del sueño, ideación de muerte y quejas somáticas. Para valorar la esfera afectiva, contamos con:

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- Escala de Cornell de depresión en la demencia.

Escala de depresión de Yesavage

Es un test de screening de depresión, y evalúa la severidad del cuadro depresivo. Si bien es específica para el anciano ninguno de sus ítems es de tipo somático, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida¹¹.

Se realiza si el MMSE es ≥ 17 o el Pfeiffer < 5 . Sirve solo para screening y no para control evolutivo.

Puntuación:

- 0 a 5 puntos: Normal
- 6 y 9 puntos: Depresión probable
- Superior a 10: Depresión establecida

Escala de depresión de Cornell

Se realizará si MMSE < 17 o Pfeiffer ≥ 5 , o si estamos ante un paciente con demencia¹⁴.

Valoración biomédica

La anamnesis es la parte más importante del acto clínico, ya que ha demostrado que por sí sola permite efectuar un diagnóstico correcto en el 50% de las enfermedades médicas.

En el anciano, la realización de la historia clínica es difícil por varios motivos. Entre estos se destacan los siguientes^{14,15}:

- **Menor relación entre la enfermedad y las manifestaciones clínicas encontradas**, debido a los efectos del envejecimiento fisiológico en los diversos órganos, sumado a la coexistencia de pluripatologías crónicas, lo cual disminuye el rendimiento del método convencional de evaluación de síntomas.
- **Presentación atípica de las enfermedades y/o síntomas**. Síntomas como dolor, estreñimiento, problemas del sueño o alteraciones sensoriales, puede que no describan una enfermedad en particular sino que sea el resultado de la acumulación de problemas físicos, psíquicos, sociales y ambientales. Aquí también influyen los efectos fisiológicos del envejecimiento y la presencia de pluripatología concomitante.
- **Dificultades en la comunicación**, ya sea por déficit cognitivo o por problemas afectivos o sensoriales, lo que implica la necesidad de realizar preguntas concretas y sencillas, dedicar mayor tiempo al interrogatorio,

y el habitual requerimiento de interrogar a familiares o cuidadores¹⁴.

Para mejorar el proceso diagnóstico, dadas las dificultades mencionadas, es que se recomienda la utilización de la VGI.

La valoración de la esfera clínica en los ancianos debe incluir los **antecedentes personales**, incluyendo las patologías crónicas, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y períodos de institucionalización; **revisión por aparatos y/o síntomas** (sobre todo los de enfermedades de alta prevalencia en ancianos) y procesos específicos de enfermedad como son los llamados **Síndromes Geriátricos**¹³.

Estos últimos representan condiciones de salud comunes en los adultos mayores, que responden al efecto de múltiples factores predisponentes y precipitantes de enfermedades agudas. A su vez, pueden estar indicando la presencia de otras patologías subyacentes y son por sí mismas causas tratables de morbilidad¹⁵. Ejemplos de síndromes geriátricos son: caídas (un tercio de los mayores de 65 años se caen en la comunidad y esta cifra aumenta en institucionalizados)¹³, incontinencia urinaria (10-15% en adultos mayores de la comunidad, aumentando la proporción en institucionalizados y hospitalizados)¹³, estreñimiento o incontinencia fecal, síndrome confusional agudo, úlceras por presión (en ancianos inmobilizados)¹³, dolor crónico (50-80% de la población mayor de 65 años presenta dolor).

Asimismo, también se debe valorar la presencia de **hábitos tóxicos** (tabaquismo y alcoholismo) y realizar una **revisión exhaustiva de los fármacos consumidos** de manera habitual y esporádica. Este último ítem es fundamental, porque el riesgo de iatrogenia o de efectos adversos farmacológicos es 3 a 5 veces mayor en ancianos; debido a los cambios que el envejecimiento fisiológico determina en la farmacocinética y farmacodinamia, y debido a la presencia tan frecuente de otro de los grandes síndromes geriátricos como la polifarmacia (uso de 4 o más fármacos según la OMS), la cual también aumenta las interacciones medicamentosas¹⁴.

Es importante indagar sobre el cumplimiento de los tratamientos y preguntar quién prepara y administra la medicación.

Dentro de la valoración médica también se debe incluir la **historia nutricional**. Se interrogará sobre la dieta habitual, número de comidas al día y su cantidad y calidad, alteraciones deglutorias, problemas funcionales que afecten la independencia para comer o preparar los alimentos, problemas económicos que limiten la adquisición de los alimentos y finalmente, peso y situación corporal (IMC y otros parámetros antropométricos). Un instrumento estructurado, que ayuda a la detección de riesgo de malnutrición en ancianos (síndrome geriátrico), es el Mini-Nutritional Assesment (MNA), propuesto y desarrollado por Vellas y Guigoz (Facts Res Gerontol 1994;12 suppl 2:15-55). Evalúa índices antropométricos, parámetros

dietéticos y evaluación global y subjetiva del estado nutricional del paciente¹⁴.

Finalmente, se insiste en que uno de los principales aspectos a destacar en cuanto a los aportes de la VGI (a diferencias con la valoración clínica convencional), es que en las alteraciones o enfermedades detectadas en el área médica debe siempre consignarse su **repercusión en el área funcional** del paciente, porque como ya se ha enfatizado, la salud en el adulto mayor se mide principalmente en términos de función¹².

Examen físico^{12,14}

No difiere del realizado en el adulto, salvo por la presencia de algunos signos que cambian o por la mayor relevancia que se le debe otorgar al examen de determinados órganos. A continuación se destaca:

El **estado de vigilia**, grado de atención y de orientación temporoespacial.

Parámetros clínicos: con una FR ≥ 24 rpm se define polipnea en ancianos, una temperatura $> 37,3^{\circ}\text{C}$ o de contar con controles un aumento de la temperatura $1,3^{\circ}\text{C}$ con respecto a la temperatura basal es considerada fiebre en ancianos. Una frecuencia cardíaca en reposo mayor de 90 bpm se define como taquicardia de reposo.

Estado general: no olvidar peso y cálculo de IMC.

Visión: ligera enoftalmia, ectropion/entropion senil, aparición de anillo senil en cornea.

Estado de hidratación: valorar humedad de piel y mucosas, ya que el signo del pliegue no es valorable en ancianos por la pérdida de la elasticidad en la piel.

Piel y mucosas: la gran mayoría las lesiones se relacionan con el sol (dermatoheliosis), y se manifiestan principalmente como arrugas y queratosis actínicas. Estas últimas se deben explorar cuidadosamente ya que son lesiones premalignas. La xerosis, sequedad de piel, es un signo frecuente en ancianos. El llamado púrpura senil, en realidad no es un verdadero púrpura ya que no cursa con alteraciones de las pruebas de coagulación o de las plaquetas. Su etiología está asociada a pérdida del soporte elástico de los vasos. Por último no debe olvidarse la búsqueda sistemática de úlceras por presión en pacientes inmobilizados.

Bucofaringeo: no olvidar consignar falta de piezas dentarias, higiene bucal y presencia y estado de prótesis dentaria, dada la importancia de su integridad en el adulto mayor para una correcta deglución.

Tórax, cardiovascular y abdomen: seguir los pasos clásicos, prestando atención a las deformidades tóricas, a la presencia de hipertensión ortostática (descenso de 20 mmHg en PAS y/o 10 mmHg en PAD luego de 3 minutos de pasar de posición decúbito a supino) y a la realización del tacto rectal cuando amerite.

Osteoarticular: especial atención a patologías de columna y de articulaciones.

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: www.farmanuario.com
tendencias@farmanuario.com

Neurológico: en los pares craneanos es frecuente que los ancianos tengan las pupilas pequeñas, con un reflejo pupilar a la luz y de convergencia perezoso. El tono muscular valorado mediante flexión-extensión de codo o rodilla puede parecer aumentado, pero la presencia de –rueda dentada– es patológica. Existe reducción de la masa muscular de los músculos interóseos de las manos, así como atrofia de la eminencia tenar sin significación patológica. En la función motora puede aparecer debilidad simétrica sin significación patológica por sarcopenia o desuso. La velocidad del los movimientos de coordinación está disminuida. En el examen sensitivo, se destaca una disminución de la sensibilidad vibratoria por debajo de las rodillas. Los reflejos de liberación frontal son frecuentes en pacientes con demencia. Es frecuente la alteración de los reflejos posturales, lo que favorece las caídas.

Aspectos relacionados con el apoyo social: recursos formales o informales (familiares, vecinos, amigos).

Ingresos económicos.

Espiritualidad (religiosa o no).

Nivel de integración a la comunidad.

Una mención especial merece la identificación de un **ciudadador principal** (persona que asume la mayor parte de la responsabilidad en la atención al paciente) o **potencial** (persona que asumiría la mayor parte de la responsabilidad en la atención al paciente en caso de enfermedad o declinación funcional). Si el mismo es o no **idóneo**, ya que la ausencia de éste es un factor de riesgo social y de eventos adversos en el anciano, de vital importancia.

Así mismo, es necesario valorar el **nivel de sobrecarga** que experimenta el cuidador, entendiendo por tal: la tensión que soporta el cuidador al cuidar un paciente dependiente; es una respuesta multidimensional a factores estresantes y su percepción es subjetiva. La sobrecarga del cuidador es un claro factor de riesgo de institucionalización del anciano, influye en el adecuado control clínico del anciano y provoca problemas de salud al cuidador. La escala más empleada es la *Escala de Sobrecarga del Cuidador Test de Zarit*, la cual mide el grado de afectación que el cuidador experimenta en su salud física y emocional, y situación económica, al realizar sus actividades de cuidado. Consiste en un cuestionario de 22 ítem, que el cuidador debe evaluar si existen o no y el grado en que le afectan.

Finalmente, no debe omitirse nunca la detección de **maltrato y/o abuso económico** por parte de familiares o cuidadores, dada su alta frecuencia en este grupo etario.

Valoración Social^{13,14}

Aunque la valoración social exhaustiva es resorte del trabajador social, el médico debe saber y consignar en la historia clínica aquellos datos socioeconómicos y ambientales que tengan repercusiones en la salud física, mental o funcional del adulto mayor, dado que esta información condiciona el plan de tratamiento y permite un adecuado uso de los recursos.

Evaluar componentes subjetivos de difícil definición, cuantificación y dependientes de variables socioeconómicas y culturales, es difícil. Habitualmente se evalúa a grandes rasgos:

Aspectos relacionados con el hogar: dirección, vivienda, con quién vive, escaleras, ascensores, saneamiento, barreras arquitectónicas.

Aspectos relacionados con el apoyo familiar: estado civil, hijos, familiares cercanos, contacto y relacionamiento con familiares...

Recibido: 25/07/13

Aprobado: 19/08/13

Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadística Uruguay. Montevideo. INE; 2012 [acceso 9 de setiembre de 2012]. Censos 2011. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>
- Rubenstein LZ. An overview of comprehensive geriatric assessment: rationale, history, program models, basic components. In: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, eds. *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*. New York, NY: Springer; 1995.
- "Aspectos de la salud pública en los ancianos y en la población" 1959 OMS
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function". *JAMA*, 1963;185: 914-9.
- Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61.
- Lawton MP, Brody EM. "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living." *Gerontologist*. 1969 Autumn;9(3):179-86.
- Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*. 2011; 305(1):50-58
- Montero-Odasso M, Schapira M, Soriano ER, Varela M, Kaplan R, Camera LA et al. Gait velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75 years and older. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 2005; 60A(10):1304-1309
- Podsiało D, Richardson S (1991). "The timed 'Up & Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons". *Journal of the American Geriatrics Society* 39 (2): 142-8
- Alberca R., López-Pousa S. *Enfermedad de alzheimer y otras demencias*. 4ta ed. Editorial Médica Panamericana, 2011; 141-278
- Salamano R. *Temas de neurología*. 2012; 217-241
- López Locanto O. *Valoración clínica del anciano*. Examen físico. *Carta Geriátrica Gerontológica*. SUGG, 2009; volumen 2
- Abizanda Soler P. *Medicina Geriátrica*. Una aproximación basada en problemas. España: Elsevier Masson, 2012; 406
- Tratado de geriatría para residentes. *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 2006; volumen 1.
- Halter J.B., Ouslander J.G., Tinetti M.E., Studenski S., High K.P., Asthana S. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 6th ed. EE.UU.: McGraw-Hill, 2009; 1633