

Valoración Geriátrica Integral

Dr. Sergio Castañeda cerezo, F.A.C.P.,
Medicina Interna- Gerontología

“Para un observador ajeno a la práctica de la geriatría, el acto médico puede parecer un ritual que se repite cada día cientos de veces, pero quiero señalar que cada vez que entrevistamos y examinamos a un paciente anciano el acto médico es único. Valorar es un asunto personal en el que se pone a prueba la preparación del médico, porque tiene que interpretar los diferentes matices de la situación y apreciar el conjunto, sabiendo que el conjunto no es la suma de las partes”.

F Perlado. Valoración Geriátrica. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Vol. 36. Num. Diciembre del 2001

Resumen

El paciente geriátrico es una persona de características especiales en el que tenemos características propias del envejecimiento fisiológico y una forma especial de presentación de las patologías, lo que hace necesario un abordaje diferente y para ello utilizamos la **VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)**, con la cual de una manera integral valoramos las **características** de este tipo de pacientes, que de no ser por ella, sólo con la anamnesis y examen físico se nos escaparían.

La **VGI** es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que nos 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 hacer lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida (1,2).

Podemos definir a una **paciente geriátrico** a aquel que cumple tres o más de los siguientes criterios (3):

- Edad superior a los 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

Los objetivos que se plantea la **VGI** son los siguientes (4,5):

- 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 o cognitivo

- Mejorar la calidad de vida
- Conocer los recursos del paciente y su entorno socio familiar
- 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 e institucionalizaciones
- Disminuir la mortalidad

Para lograr los objetivos de la VGI necesitamos evaluar al paciente de una manera integral y para ello hacemos una valoración física, funcional, mental y social, mediante la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos que se denominan **ESCALAS DE VALORACIÓN**, que facilitan la detección y seguimiento de los problemas, así como la comunicación de los equipos que atienden a los ancianos (6).

Un reciente metanálisis concluyó que los ancianos hospitalizados que se les realizó VGI incrementaron la posibilidad de permanecer vivos en su propia casa, es decir, menos probabilidades de institucionalizarse, de presentar deterioro funcional o de morir, además de experimentar mejoría de la cognición en un máximo de 12 meses comparado con pacientes de las mismas características (7).

La revisión de la literatura especializada muestra múltiples beneficios de la VGI en la atención al anciano (1,4,6,7,8)

La aplicación de este tipo de evaluación ha logrado disminuir la mortalidad en 35%, disminuir las admisiones hospitalarias en 12% y mejorar las funciones cognitivas y las funcionales, después de varios meses (9).

El **objetivo final de la VGI** es mejorar la exactitud diagnóstica, mejorar el tratamiento médico y sus resultados, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los ancianos y minimizar la hospitalización (10,11).

Summary

The geriatric patient is a person with special characteristics in which we have physiological characteristics of aging and a special presentation of diseases, thus requiring a different approach and for this we use the comprehensive geriatric assessment (CGA), with which holistically we appreciate the characteristics of these patients, that were it not for her, only with the history and physical examination escape us.

CGA is a dynamic and structured diagnostic process that allows us to detect and quantify the problems, needs and abilities of the elderly in clinical, functional, mental and social to develop them based on an interdisciplinary intervention strategy, treatment and long-term monitoring areas in order to optimize resources and to attaining the highest degree of independence and, ultimately, quality of life (1,2).

We can define a geriatric patient who has three or more of the following criteria (3):

- Age above 75 years
- Presence of relevant comorbidity
- The process has disabling disease or major character
- Existence of mental illness or predominant companion
- There are social problems in relation to their health

VGI objectives that arise are the following (4.5):

- To improve the diagnostic accuracy based on a quadruple diagnosis (clinical, functional, mental and social)
- Discover treatable problems previously undiagnosed
- Establish an appropriate and rational quadruple therapy to the needs of the elderly
- Improve the functional or cognitive status
- Improving the quality of life
- Know the resources of the patient and his partner family environment
- Place the patient in the best suits your needs medical and social level, avoiding dependence whenever possible, thereby reducing the number of hospital admissions and institutionalization
- Reduce mortality
- Place the patient in the best suits your needs medical and social level, avoiding dependence whenever possible, thereby reducing the number of hospital admissions and institutionalization
- Reduce mortality

To achieve the objectives of the VGI need to evaluate the patient in a comprehensive manner and to make it a physical, functional, mental and social value, by history, physical examination and a series of instruments that are called rating scales that facilitate detection and monitoring issues and communication equipment serving the elderly (6).

Numerous studies have shown the advantages of VGI, showing that improve quality indicators of care for the elderly in functionality, lower mortality, reduced hospitalizations and reduced use of drugs.

A recent meta-analysis concluded that hospitalized elderly patients who underwent VGI increased the chance of staying alive in their own home, that is, less likely to be institutionalized, to present functional impairment or death, in addition to experience improved cognition in a maximum 12 months compared to patients of the same characteristics (7).

The review of the literature shows multiple benefits of VGI in elderly care (1,4,6,7,8).

The application of this type of assessment has reduced mortality by 35%, reduce hospital admissions by 12% and improve cognitive and functional features, after several months (9).

The ultimate goal of the VGI is to improve diagnostic accuracy, enhance medical treatment and outcomes, improve the functionality and quality of life of the elderly and minimize hospitalization (10,11)

Definición de Geriatría

La Geriatría es la «rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos». La Gerontología «es la ciencia básica que estudia el envejecimiento de los seres vivos» (12).

Instrumentos de la Geriatría

Para poder hacer su trabajo el geriatra utiliza los siguientes instrumentos:

- **Tipo de paciente:** paciente geriátrico
- **Instrumento:** valoración integral
- **Estilo de Trabajo:** equipo interdisciplinario
- **Estructura:** niveles asistenciales geriátricos
- **Área de Conocimiento:** Medicina Geriátrica

Valoración geriátrica

Esta herramienta o metodología es practicada por el médico, que usando escalas de valoración validadas internacionalmente, obtiene una visión integral, ya que evalúa los aspectos médico-sociales más relevantes. Además, la VGI es dinámica, ya que permite evaluar y observar los cambios del anciano durante el seguimiento. Por otro lado, la VGI bien realizada permite pesquisar y seleccionar a los ancianos

frágiles que viven en la comunidad o que se encuentran hospitalizados.

Componentes básicos de la valoración geriátrica

- Valoración clínica
- Valoración funcional
- Valoración mental
- Valoración social

Valoración clínica.

La realización de la historia clínica presenta características especiales: anamnesis más difícil y larga. Es la más complicada por las características de las enfermedades de los pacientes, como infecciones sin fiebre, infarto sin dolor, por lo que merece especial atención. (10).

Debe corroborarse con el cuidador principal.

- Antecedentes personales
- Historia por aparatos, incluyendo un interrogatorio sobre los Grandes Síndromes Geriátricos (Inmovilidad, caídas, malnutrición, deterioro cognitivo, depresión,
- disminución auditiva o visual, estreñimiento, incontinencia...)
- Enfermedad actual

- Fármacos (fármacos que esté tomando, dosis, modificación de dosis, aquellos que ha suspendido, polifarmacia, etc.)
- Historia nutricional, utilizando el Mini Nutricional Assesment (MNA)
- Exploración física, no difiere la del adulto, pero lleva más tiempo porque contiene más hallazgos exploratorios
- Pruebas complementarias, donde solicitaremos las rutinarias y las que deriven de las exploraciones anteriores.
- Elaboración de un listado de problemas

Valoración funcional

La valoración funcional es el proceso dirigido a obtener la información de la capacidad del anciano de realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio donde se encuentre.

Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). (14).

Uno de los objetivos primordiales en el cuidado del anciano es prevenir la incapacidad y preservar la independencia. La salud del anciano, como mejor se mide es en términos de función (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1959).

La prevalencia de enfermedades y la pérdida funcional se incrementan con la edad, siendo responsable de la aparición de ésta última no sólo el grado de severidad de la enfermedad sino también el manejo que se realice.

La valoración debe hacerse teniendo en cuenta la situación previa, si se realiza en el momento agudo y la actual. Debe corroborarse con el cuidador principal.

El avance del deterioro funcional nos permite evaluar el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, las visitas médicas, el uso de fármacos, el riesgo de institucionalidad y la necesidad de recursos sociales.

Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). Para la medición de cada una de ellas existen numerosos instrumentos, de los que citaremos algunos de los usados:

-Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (10,15)

Son aquellas actividades básicas para el autocuidado: comer, asearse, continencia urinaria y fecal, caminar, transferencias...

Escalas de medición:

- Índice de Barthel, recomendado por la Asociación Británica de Geriátría
- Índice de Katz
- Escala de incapacidad física de Cruz Roja.
- Otras.

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): (10, 15):

Representan actividades funcionales necesarias para adaptarse independientemente a su medio: escribir, cocinar transporte, compras, lavar, teléfono, manejo de medicación o del dinero.

Escalas:

- Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton y Brody

- Otras: PACE II, OARS (ambas la sección de AIVD)...

-Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD):

Evalúan el grado de integración en la comunidad, las relaciones sociales.

No son esenciales para el mantenimiento de la independencia, pero su afectación es precoz ante cualquier deterioro.

Participación en grupos de tertulia, aficiones.....

Escalas:

- Escala de Salud Funcional (Rosow, 1966)
- Escala de Valoración Funcional (Nagi, 1976)
- Gráfico COOP de Valoración Funcional (Nelson, 1987)
- Patrón de Actividad Funcional (Mor, 1989)
- Escala Física de AAVD (Reuben, 1990)

Valoración mental

Hay dos aspectos a tener en cuenta: la esfera afectiva y la esfera cognitiva. Además tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad en ambas esferas.

La fragilidad cognitiva depende de:

- Variables orgánicas
- Factores psicosociales
- Entidades clínicas, como HTA, DM, ACV, enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, EPOC, polifarmacia y alteraciones de órganos de los sentidos

En cuando a la fragilidad afectiva, debemos de recordar que un 25 % de los ancianos padece de algún trastorno psíquico y que la ansiedad y depresión son los más frecuentes en este grupo, por lo que la detección de los factores de riesgo asociados nos permitirá identificar al anciano con dichos problemas.

La presencia de una alteración traduce una enfermedad y no debe ser justificada por el envejecimiento.

Valoraremos el estado basal o previo y la situación actual. Es importante recabar información del cuidador principal, como lo hemos descrito antes. Debemos realizar una historia adecuada incluyendo distintos aspectos: estado de ánimo, memoria, nivel de conciencia, lenguaje, tiempo de evolución. En este caso los distintos test lo que nos aportan son apoyo para el diagnóstico.

Test:

- Para evaluar la esfera cognitiva
 - o Test de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire – SPMSQ-)
 - o Test de Shulman
 - o Mini Mental State Folstein (MMSE)
 - o Mini-Examen cognitivo de Lobo (MEC)
 - o Test del reloj
 - o Set – test
 - o Test de los siete minutos
- Para evaluar la esfera afectiva
 - o Escala de depresión geriátrica de Yasavage (Geriatric Depression Scale -GDS-)

- o Inventario de depresión de Hamilton.
- o Inventario de depresión de Beck.
- o Escala de Zung.
- o Escala de Cornell de depresión en la demencia.
- o Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

Valoración Social (10, 15)

La valoración social es función del trabajador social, sin embargo el médico debe de conocer todos los datos relevantes y que puedan tener repercusión en el tratamiento actual y futuro del paciente.

Evalúa la relación del anciano con el medio social en que se desenvuelve, se valora la situación del anciano y la de sus cuidadores. Se tienen en cuenta:

- La actividad social del anciano
- Soporte social: la red social (tamaño, frecuencia de contactos, dispersión geográfica).
- Tipo de apoyo formal o informal.
- Carga de cuidadores.
- Sistemas de alivio
- Recursos sociales, Escalas:
- Escala OARS de recursos sociales.
- Escala de valoración socio familiar de Gijón.
- Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)
- Otros

En esta evaluación es muy importante no olvidar del cuidador y la escala más importante para evaluar la sobrecarga del cuidador del paciente con demencia es la escala de Zarit. (16,17).

Bibliografía:

1. Anzola E, et al. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. PAHO. Publicación Científica N. 546, Washington, 1994,
2. Ariño S, Benavent R. La valoración geriátrica integral, una herramienta fundamental para el diagnóstico y el tratamiento. JANO2002; 62(1435): 41-3.
3. Del Ser Quijano T, Peña-Casanova J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: JR Prouseditores; 1994
4. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol. 1994;12(Suppl 2):15-59.
5. González Montalvo JI. Principios básicos de la valoración geriátrica integral. En: Valoración Geriátrica Integral. Barcelona: Glosa Ediciones; 2001. p. 15-27
6. Kane RA, Bayer AJ. Assessment to functional status. In: Pathy MSJ, editor. Principles and practice of geriatric medicine. 2nd ed. Chichester: JohnWiley&Sons;1991. p. 265-71
7. Marin P P, Kornfeld R, Somñai E et al. Valoración geriátrica ambulatoria de 2.116 adultos mayores pobres. Rev Méd Chile 1998;126: 609-14
8. Mussoll, J, et al. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(5):249-253
9. Perlado F. Valoración geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36(Supl. 5): 25-31.
10. Redín, JM. Valoración geriátrica integral (I): Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad; Anales del sistema Sanitario de Navarra 1999;22 (1).

11. Rubenstein LZ. Geriatric assesment. Clin Geriatr Med 1987; 3: 1-15.
12. Rubenstein, LZ; Josephson, KR; Wieland, D; Englis, PA; Sayre, SA; Kane, RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J.Med 1984; 311:1664-70.
13. San Joaquin A C, Fernández Arín E, Mesa Lampré M P, García Arilla E. Valoración Geriátrica Integral. Tratado de Geriátria para Residentes. 4ta Edición.
14. Stuck AE, Siu AL, Wieland D, Adams, Rubinstein LZ. Comprehensive geriatric assesment: a meta-analysis of controles trials. Lancet 1993; 342: 1032-6.
158. Tallis, RC; Fillit, HM. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontoly 6th edition, Churchill Livingston; 2003; 291-9
16. Varela, L. Geriátria - primera parte, Valoración geriátrica integral. DIAGNOSTICO 2003;42 (2):73-80.
- 17.- Varela L, Valoración geriátrica integral. En Geriátria y Gerontología para el médico Internista. Grupo Editorial La Hoguera, 2012. 1ra Edición. pp 145-158.