

Temas de interés

Valoración geriátrica integral

Comprehensive Geriatric Assessment Avaliação Geriátrica Integral

Angelamaría Domínguez-Ardila,* Juan Gabriel García-Manrique**

ATEN FAM 2014;21(1)

Palabras clave: valoración geriátrica, medicina familiar, servicios de salud geriátricos

Key Words: Geriatric Assessment, Family Medicine, Geriatric Health Services

Palavras chave: Avaliação Geriátrica, Medicina de Família, Serviços de Saúde geriátricos

Recibido: 20/5/12
Aceptado: 26/9/12

*Residente de medicina familiar y comunitaria, posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.
**Especialista en medicina familiar, posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia

Correspondencia:
Juan Gabriel García-Manrique
jugar66@hotmail.com

Resumen

El objetivo principal de la valoración geriátrica integral (vGI) 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. Se puede decir que tanto en el ámbito hospitalario como en el de atención primaria la vGI es el mejor instrumento, el cual puede facilitar una práctica médica familiar con una visión holística que garantice una atención médica adecuada, efectiva y de calidad.

Este artículo debe citarse: Domínguez-Ardila A, García-Manrique JG. Valoración geriátrica integral. Atén Fam. 2014;21(1):20-23.

Summary

The main objective of the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is to design an individualized plan of preventive action, therapeutic or rehabilitation, in order to achieve the highest level of independence and quality of life for the elderly. It is said that both in the hospital setting as well as Primary Care the CGA is the best instrument, which can facilitate a family medical practice with a holistic vision that ensures a proper, and effective medical care and quality.

Resumo

O objetivo principal da avaliação geriátrica integral (AGI) é desenhar um plano individualizado, preventivo, terapêutico e de reabilitação, de modo a conseguir o maior grau de independência e qualidade de vida das pessoas idosas. Pode-se dizer que a AGI é o instrumento mais adequado, tanto no hospital como na atenção primária, e que promove uma prática da medicina familiar com uma visão holística para assegurar cuidados de saúde adequados, eficazes e de qualidade.

Introducción

El paciente geriátrico presenta características particulares que hacen necesario un abordaje diferente del que usualmente se emplea para evaluar a la población adulta en general. Dentro de ellas cabe resaltar no sólo los aspectos propios del envejecimiento fisiológico, con un progresivo declive de la funcionalidad de órganos y sistemas, sino también la disminución de la reserva funcional y la alteración de la homeostasis del organismo. Todas estas condiciones aumentan la vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad, de tal suerte que los modelos de valoración clínica deben adaptarse y abarcar, dentro de sus protocolos, estas importantes variables. El objetivo de la valoración geriátrica integral (VGI) es diseñar un plan individualizado de actuación preventiva, terapéutica o rehabilitadora, con el fin de lograr el mayor grado de independencia o la mejor calidad de vida del anciano.

Valoración geriátrica integral

La VGI se define como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos con los cuales afrontarlos. Para que la valoración sea útil, se debe establecer un plan de seguimiento evolutivo que constata los beneficios de la aplicación de los determinados planes o tratamientos instaurados.^{1,2}

Se puede decir que la VGI es el mejor instrumento del cual se dispone para la correcta atención geriátrica tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, con resultado positivo en la calidad asistencial. Para la adecuada aplicación de este modelo es necesario utilizar métodos “clásicos” (como historia clínica y exploración física) e instrumentos más específicos denominados escalas de valoración, que facilitan la detección de problemas y su evaluación evolutiva. Las escalas de valoración incrementan la objetividad y reproductividad de la valoración,

además de ayudar a la comunicación y el entendimiento entre los diversos profesionales que atienden al paciente. Se distinguen como pilares fundamentales en el proceso de valoración que consideran las características descritas con anterioridad en los adultos mayores: valoración clínica, funcional, afectiva y cognitiva, psicosocial y nutricional.³⁻⁹

Valoración clínica

Toda valoración clínica debe iniciar con una adecuada anamnesis, cuyo contenido no difiere del empleado en población adulta en general; sin embargo, es importante tener en cuenta que en muchos casos puede ser difícil recolectar la información, debido a ciertas condiciones como la presencia de déficits sensoriales como: auditivos y visuales, alteraciones de la comprensión, dificultad en la expresión, afasia, disartria y alteraciones cognitivas. Por lo general estas limitaciones hacen imprescindible la colaboración de un familiar para completar la información. Siempre resultará conveniente que el familiar que colabore sea el que habitualmente convive con el paciente y está al tanto de síntomas, fármacos que consume, hábitos alimenticios y de eliminación, etcétera.

Es fundamental exponer adecuadamente la queja del paciente y sus características, de manera que permita aproximarse al diagnóstico de la condición que presenta. Hay que recordar que los ancianos en cierto modo pueden presentar una sintomatología pobre y larvada, obviar síntomas, tener una presentación atípica de cuadros clásicos e incluso manifestar frecuentes alteraciones mentales como síntoma de afecciones orgánicas, lo que hace necesaria la ayuda de un familiar en el interrogatorio. Vale la pena indagar qué fármacos está ingiriendo el paciente y sus posibles efectos adversos, por ejemplo antihipertensivos: hipotensión ortostática, síncope, depresión, insuficiencia cardíaca; digitálicos: alteraciones gastrointestinales, arritmias, síndrome confusional; antidepresivos: efectos anticolinérgicos, confusión, insuficiencia cardíaca; neurolépticos y sedantes: depresión respiratoria, caídas, hipo-

tensión, síndromes disquinéticos, delirium, inmovilidad; diuréticos: deshidratación, incontinencia, hipopotasemia, hiponatremia, hiperglucemia, hiperuricemia, hipotensión.

En estos pacientes, los antecedentes familiares tendrán menor importancia ya que la influencia sobre determinadas patologías se habría presentado previamente. No obstante, se hará hincapié en aspectos como endocrinopatías, antecedentes de demencia, enfermedades cardiovasculares, etcétera.

Es cardinal hacer una adecuada revisión por sistemas que ayude a identificar el o los problemas que aquejan al adulto mayor. Para su ejecución, se interroga al paciente sobre los sistemas que con más frecuencia están afectados:

- Órganos de los sentidos
- Cardiovascular: disnea, disnea súbita, síncope, mareos, parestesias o frialdad de extremidad, edemas, dolor u opresión precordial, palpitaciones
- Gastrointestinal: disfagia, atragantamientos (importante por la frecuencia y las complicaciones), dolor epigástrico, pirosis, regurgitación, hábito intestinal, color y consistencia de las heces
- Genitourinario: frecuencia miccional, polaquiuria, disuria, dificultad para la micción, hematuria
- Músculo esquelético: debilidad proximal, mialgias, rigidez matinal, fracturas recientes, caídas, dolores articulares, alteraciones de la marcha, dolores dorsales
- Neurológico: pérdida de conciencia, mareos, confusión, rigidez, temblor, alteraciones de la memoria y función cognitiva, déficit motor reciente

La exploración física es uno de los componentes esenciales en la evaluación clínica, sin embargo, hay que saber que puede ser difícil realizarla debido a las condiciones del paciente o a su falta de cooperación. Primero se procederá a una inspección general donde pueda apreciarse el aspecto del paciente, cuidado, aseo, entre otros componentes. Posteriormente, se registrarán las constantes vitales y se llevará a cabo el resto del examen físico.

Valoración nutricional

La integridad nutricional es relevante en el mantenimiento de un correcto funcionamiento de los distintos órganos y sistemas corporales y de un estado de salud satisfactorio, además de su importante papel en la preservación de la autonomía y su trascendental contribución en la curación de enfermedades. Debería evaluarse si hay causas y factores de riesgo de malnutrición en todos los adultos mayores. La evaluación de la condición nutricional puede hacerse mediante encuestas dietarias específicas o al determinar variables antropométricas o marcadores bioquímicos.

La antropometría es muy útil porque es fácil de obtener, además de económica, sobre todo cuando se aplica a poblaciones de ancianos sanos (aunque su obtención inicialmente sencilla se complica en ancianos enfermos, frágiles y en cama); incluye peso, talla, índice de masa corporal, diámetro braquial y de pantorrilla, los cuales deben ser considerados en el contexto del paciente y de acuerdo con su edad y sexo.

Los marcadores bioquímicos juegan un papel esencial en la valoración del estado nutricional; pueden servir para detectar deficiencias nutricionales de forma precoz incluso tiempo antes de que las medidas antropométricas se alteren y de que aparezcan signos clínicos o síntomas de desnutrición.

Valoración cognitiva

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales: pensamiento, memoria, percepción, comunicación, orientación, cálculo, comprensión y resolución de problemas. El objetivo de esta valoración consiste en identificar algún deterioro cognitivo que pueda afectar la autosuficiencia del adulto mayor y así establecer estrategias de intervención de forma anticipada.

Existen diversos instrumentos de valoración de las funciones cognitivas que facilitan una exploración más exhaustiva y sistemática de las características del paciente. Aproximadamente entre 72 y 80% de los casos de déficit cognitivo leve puede pasar desapercibido si no se emplea

algún sistema de detección. Las pruebas de tamizaje facilitan la detección de deterioro leve y moderado, permitiendo un diagnóstico más temprano y una intervención más eficaz. A lo largo de las últimas décadas se han diseñado diferentes herramientas de tamizaje (test del reloj y el Minimental Test de Folstein). No obstante su utilidad, cabe precisar que las pruebas de tamizaje son sólo una aproximación a un posible deterioro de las capacidades cognitivas del paciente, por lo que un resultado positivo debe siempre corroborarse con una evaluación neuropsicológica completa.¹⁰⁻¹⁶

Valoración afectiva

Una de las condiciones subvaloradas a menudo en los adultos mayores es la afectiva o emocional, siendo ésta una característica determinante de la salud y calidad de vida del anciano. Se ha demostrado que la depresión se asocia con una mayor morbilidad: actúa negativamente sobre la situación funcional, nutricional y social del anciano, y dificulta los procesos de rehabilitación y alta de los pacientes ingresados a hospitalización. El objetivo principal de la valoración afectiva debe ser identificar y cuantificar posibles trastornos que afecten o puedan comprometer la autosuficiencia del anciano.^{8,9}

La detección de la depresión y la ansiedad puede resultar difícil por diversos motivos: tendencia de los ancianos a negar sus sentimientos, presentación atípica de la enfermedad en la vejez, superposición de los síntomas a causa de ciertos medicamentos, entre otros. De esta manera, se pueden emplear varios recursos, como entrevista clínica o elementos de cribado que permitan abordar adecuadamente la condición afectiva del paciente.

Valoración funcional

La importancia de la valoración funcional radica en que se ha observado que los ancianos con alteraciones en la funcionalidad tienen mayor posibilidad de ser institucionalizados, hay aumento de la mortalidad y mayor consumo de recursos, e incluso puede predecir futuras discapacidades. Se estima

que 25% de los mayores de 65 años y 50% de aquellos mayores de 85 requieren ayuda en sus actividades básicas, razón por la cual la capacidad funcional debe ser interrogada y evaluada en estos pacientes.

Normalmente, la funcionalidad incluye tres componentes: actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y capacidad de movilidad.³ Las ABVD hacen referencia a todas aquellas actividades indispensables para la supervivencia (sólo quedan por debajo de ellas las funciones vegetativas): bañarse, vestirse, arreglo personal, continencia urinaria, movilización y alimentación; mientras que las AIVD son aquellas necesarias para vivir de manera independiente y están influenciadas por el contexto social y cultural de la persona; incluyen tres áreas: labores domésticas (lavado de ropa, cocina, aseo), actividades asociadas con el uso de transporte y compras, y actividades cognoscitivas (uso de teléfono, manejo de dinero, administración de medicamentos).

El propósito de la valoración funcional es la detección, cuantificación e identificación de las fuentes de la disminución de la capacidad funcional. La valoración funcional debe proporcionar una medida de resultados al comparar los cambios en función del tiempo y su relación con eventos (de salud y otros). Del mismo modo, debe guiar la toma de decisiones, teniendo en cuenta la capacidad funcional global y la calidad de vida en la elección de alternativas terapéuticas y en el uso eficiente de recursos de salud y sociales.

Para la valoración de las actividades básicas se han propuesto diferentes escalas, dentro de las cuales el índice de Barthel es el más reconocido y empleado en la actualidad para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos crónicos. Este índice consta de diez parámetros que miden las ABVD; su elección se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0.^{4,10}

La valoración funcional buscará la evaluación de la marcha y el equilibrio,

tratando de analizar la integridad articular y de aferencias propioceptivas, visuales y vestibulares, así como la coordinación neuromuscular como elementos esenciales. Esta valoración es trascendental, pues alrededor de una tercera parte de los mayores de 65 años sufre caídas, las cuales no se asocian con el deterioro funcional y de movilidad de los pacientes. Tinetti y cols.^{5,6,16} desarrollaron en 1986 una escala con el fin de evaluar movilidad y riesgo de caída en adultos mayores. La prueba consta de dos partes: la primera pondera la marcha y la segunda el equilibrio; en esta última, a través de nueve ítems de observación directa, se consideran varias acciones como sentarse, levantarse y bipedestación, dando un resultado máximo de 16 puntos. A pesar de sus buenas características, esta prueba requiere un tiempo largo y el espacio adecuado para hacer una correcta evaluación e interpretación.

Valoración psicosocial

Un aspecto no menos importante es la evaluación del entorno familiar, las redes de apoyo y los recursos externos del paciente, que pueden jugar un papel relevante en el proceso de atención y cuidado del paciente geriátrico.

Hay que indagar siempre por medio de los cuidadores del adulto mayor condiciones de vivienda, recursos económicos o de sostenimiento, acceso a servicios de salud, entre otros. En diversas oportunidades todos estos cuestionamientos influirán de manera determinante en el diagnóstico, el tratamiento e incluso la toma de decisiones,

como la posibilidad o no de institucionalizar a un paciente. El médico debe ser muy acucioso en estos asuntos, ya que puede estar obviando la problemática de fondo que ha traído al paciente a consulta.

Conclusiones

Dentro de las consideraciones finales cabe mencionar la realidad abrumadora y cada vez más palpable del crecimiento exponencial de la población geriátrica en el mundo. Es fundamental preguntarse si la formación médica actual está preparada para afrontar las necesidades y expectativas de este grupo de edad y si las políticas de salud vigentes se orientan hacia este gran reto. Creemos que un primer paso hacia este propósito es que el médico familiar tenga dentro de su esquema de atención un abordaje del paciente geriátrico desde la perspectiva multidimensional, valorando no sólo los aspectos clínicos, sino también los factores psicosociales y funcionales, y que involucre a diversos actores como el sistema de salud, la familia, los organismos gubernamentales, etcétera. Solamente una visión holística permitirá entender al adulto mayor en su real dimensión, garantizando una atención adecuada y efectiva.

Referencias

1. Kuo HK, Scandrett KG, Dave J, Mitchell SL. The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004;39:245.
2. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342:1032.
3. Vellas B, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999;15:116-22.
4. Guigoz Y, et al. Test to assess the nutritional status of the elderly The Mini Nutritional Assessment (MNA). *Med Hyg*. 1995;53:965-1969.
5. Rubenstein LZ, et al. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form Mini Nutritional Assessment (MNA®-SF). *Journal of Gerontology*. 2001;56A:M366-M372.
6. Sunderland T, James L, et al. Clock drawing in Alzheimers disease. A novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:725-9.
7. Laurenci R, et al. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4).
8. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, et al. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol*. 1982;1:37-43.
9. Aguado C, et al. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage. *Aten Primaria*. 2000;26(supl 1):328.
10. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública [Internet]*. 1997 Mar [citado 2010 Mar 7];71(2):127-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es
11. Katz S, Down TD, Cash HR, et al. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;1:20-30.
12. Valderrama E, et al. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 1997;32(5):297-306.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
14. Graf C. The Lawton the instrumental activities on daily living test. *AJN*. 2008;108(4):52-62.
15. Verghese J, et al. Validity of divided attention tasks in predicting falls in older individuals: a preliminary study. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:1572-6.
16. McGinty SM, Masters LD, Till DB. Inter-tester reliability using the Tinetti gait and balance assessment scale. *Issues on Aging*. 1999;22:3-5.