

ESCALAS DE VALORACION GERIATRICA

GERONTOLOGIA: Ciencia aplicada y multidisciplinaria que estudia el proceso del envejecimiento humano y los fenómenos que lo caracterizan, desde el punto social, biológico y psicológico.

GERIATRIA: Rama de la Medicina que se ocupa de la **atención integral** del **adulto mayor**, en la salud y enfermedad considerando aspectos clínicos terapéuticos, preventivos y **rehabilitación precoz**.

Adulto mayor: Etapa de la vida que en forma convencional se ha establecido como >65 años, sin existir signos específicos que la delimiten. Su concepto surge de la jubilación.

Atención integral: Evaluación, diagnóstico y plan de cuidado, considerando las esferas física, psicológica, social y funcional.

Rehabilitación precoz: Proceso de aprendizaje, simultáneo al tratamiento de patologías, considera las cuatro esferas y su meta es restaurar función y mejorar calidad de vida.

Objetivos de la Geriátría:

- Evitar la aparición de enfermedad mediante prevención y promoción de salud; si aparece prevenir que evolucione a la cronicidad e invalidez.
- Lograr máxima integración del adulto mayor en la familia y comunidad con la calidad de vida más digna posible; efectuando distribución racional de los recursos disponibles.
- Proporcionar asistencia integral, donde la rehabilitación juega un rol fundamental.
- Realizar docencia y educación, promoviendo la investigación en el área.

Para cumplir con dichos objetivos la Geriátría consta de tres herramientas: **Valoración Geriátrica Integral, Niveles de atención y Equipos de salud.**

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL.

Herramienta básica realizada por el esfuerzo coordinado del equipo de salud. Permite una aproximación sistemática a todos aquellos datos que facilitan una evaluación del estado de salud y desempeño funcional, logrando un plan de cuidado global, optimizando el uso de recursos y garantizando continuidad de cuidados. Caracterizada por:

- **Ser Cuádruple:** Evalúa las cuatro esferas (física, psíquica, social y funcional).
- **Ser Dinámica:** Se repite en el tiempo para detectar cambios y actuar oportunamente.
- **Objetivos:** Lograr aproximación diagnóstica y plan de cuidado integral, corrigiendo causas reversibles de discapacidad y estabilizar aquellas que puedan estar progresando innecesariamente y así conseguir que el adulto mayor siga participando en la comunidad. Si no se detectan problemas reversibles, el objetivo será identificar las necesidades del paciente para disponer de los recursos apropiados para mantener función y preservar independencia. Permite situar en el nivel de atención.
- **Aplicación:** Con criterio, adaptándola a necesidades de cada persona. El uso de instrumentos facilita el proceso, mejora precisión y validez. En su elección, se debe tener claro su fin, y en su interpretación, no olvidar que ellos sólo dan puntuación numérica y son un elemento más dentro del contexto clínico integral.
- **Eficacia:** Más altos beneficios en adultos mayores frágiles.

- **Condiciones en realización:** Tiempo, respeto, disposición, inspirando confianza, hablando claro, con tono de voz apropiado; en un ambiente con disposición de mobiliario, iluminación y temperatura adecuados, etc.

Evaluación Física: Elaboración de listado de problemas, con severidad y grado de compromiso funcional. Se efectúa sobre la base de una historia clínica, destacando hechos en anamnesis y examen físico que son de importancia como factores de riesgo en un adulto mayor. Se dificulta por las características diferenciales de las enfermedades, interrelación de esferas y el atribuir síntomas al proceso del envejecimiento.

Antecedentes: Caídas, hospitalizaciones, diagnósticos médicos (con impacto funcional); medicamentos, hábitos, antecedentes familiares y otros.

Síntomas actuales: cambios en peso, apetito, sueño, tránsito intestinal, diuresis, etc.

En el examen físico es fundamental evaluar:

- Presión arterial: sentado y en bipedestación.
- Pulso: ritmo, pulsos periféricos. Pulsos carotídeos: simetría, soplos
- Piel.
- Estado nutricional.
- Agudeza visual y auditiva, buscando causa de su disminución.
- Boca: dentadura, prótesis, lesiones, hidratación de mucosas.
- Tiroides: nódulos.
- Tórax: Mamas, soplos cardiacos, examen pulmonar.
- Examen neurológico: Marcha, equilibrio, postura, reflejos, fuerza muscular.
- Rango de movimiento articular.
- Abdomen, zona inguinal, tacto rectal, examen ginecológico, continencia.

Los exámenes complementarios se solicitarán de acuerdo a necesidad, realizando una interpretación cuidadosa de sus resultados.

Evaluación Psíquica: Consta de evaluación:

1. Cognitiva: Los procesos cognitivos se refieren a los mecanismos mediante los cuales el organismo recibe, almacena y procesa la información (percepción, atención, nivel de información, orientación, comprensión, lenguaje, memoria). En sospecha de deterioro se aplican escalas abreviadas y luego más completas, si procede.

2. Afectiva: Presencia de depresión y ansiedad. Se ven antecedentes y realizan preguntas sencillas con relación al estado de ánimo. Los instrumentos sólo miden riesgo.

Evaluación Social: Relación con la estructura social que le rodea. Existen diversas formas de evaluarlo, pero fundamental es el aspecto subjetivo de calidad de vida. Abarca gran gama de parámetros: Ambientales (tipo de vivienda, distribución mobiliario, iluminación), nivel educacional y económico, posibilidad de atención en salud, redes de apoyo (cantidad y calidad), historia marital, relaciones y conflictos familiares, actividad social, aceptación de ayuda y evaluación del cuidador (sí existe), entre otros.

Evaluación Funcional: La valoración funcional para desarrollar una actividad, determina la capacidad que tiene un individuo de autocuidarse en su entorno y está influenciado por su salud física, mental y social. El término funcional se utiliza más, para dentro de la esfera

física identificar que grado de independencia se alcanza en las actividades de la vida diaria (AVD). Permite distinguir:

- Grado de autonomía: capacidad del sujeto de decidir por sí mismo su conducta, la orientación de sus actos y la realización de diversas actividades.
- Grado de dependencia: necesidad de asistencia para realizar ciertos actos.

La funcionalidad es el mejor elemento de predicción pronóstica en personas de edad avanzada debilitadas y su evaluación seriada, proporciona la forma más útil de monitoreo del estado de salud. Su utilidad se relaciona con la posibilidad de institucionalización, mortalidad, sospecha de patología, diagnóstico poblacional y planificación de acciones rehabilitadoras, marcando límites hasta los que pueden llegar las posibilidades psicofísicas y sociales del individuo. Hay escalas que usadas racionalmente permiten lenguaje común y medición de capacidad en:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Fundamentales para el autocuidado. Algunas escalas utilizadas son el Índice de Katz y la escala de Barthel.
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Miden capacidad de adaptarse al medio ambiente, refiriéndose a las tareas necesarias para mantener una vida doméstica independiente. Requieren combinación de desempeño físico y cognitivo. Algunas escalas: Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer, Índice de Lawton y Brody.
- Actividades avanzadas de la vida diaria: mide actividades aún más complejas, como son la posibilidad de viajar, realizar ejercicio físico de cierta intensidad, hobbies, etc.

Aproximación diagnóstica: Se organiza listado de problemas, donde es básico considerar:

- 1- Diagnósticos: Lista de posibles diagnósticos (orgánico), con severidad e impacto.
- 2- Medicamentos: Lista de fármacos, dosis, eliminación, etc.
- 3- Nutrición: Encuesta de ingesta alimentaria, valoración nutricional.
- 4- Continencia: incluir características de la diuresis.
- 5- Tránsito intestinal.
- 6- Cognición.
- 7- Emoción.
- 8- Movilidad: Desplazamiento, rango de movimiento de las articulaciones.
- 9- Cooperación con el cuidado del plan.

Elaboración de plan de tratamiento: Enumerado el listado de problemas de dicho adulto mayor, estamos en condiciones de plantear un plan de cuidado que tratará de mejorar cada una de las áreas y así mantener al paciente lo más independiente posible en sus diversas actividades, ojalá dentro de la comunidad. La investigación de un diagnóstico específico y la curación ulterior a menudo son objetivos menos importantes que la formulación de un plan práctico destinado a “**preservar la función**” y “**la dignidad del adulto mayor**”.

Seguimiento: El plan de cuidado debe ser evaluado periódicamente, con seguimiento a largo plazo, repitiendo la valoración y creando nuevas medidas o modificando dicho plan.

ESCALAS DE EVALUACION FUNCIONAL: Deben reunir ciertas propiedades:

1. Reproducibilidad o fiabilidad: Capacidad de obtener siempre el mismo resultado con mediciones repetidas, en ausencia de cambio real. Una escala es también fiable, cuando permite ser usada en pacientes de distinto sexo, nivel educacional y socioeconómico.
2. Validez: Es el grado en que el sistema de medida evalúa aquello que pretende medir:

- Sensibilidad: Sensible es aquella con muy baja proporción de falsos negativos
 - Especificidad: Específica es aquella con una baja proporción de falsos positivos.
3. Precisión: Capacidad para detectar pequeños cambios de importancia clínica.
 4. Viabilidad: Grado de sencillez, rapidez y facilidad para aplicar a un paciente y calcular el resultado final, sin emplear tiempo excesivo ni métodos matemáticos complejos.
- En la elección de un instrumento es necesario:
1. Tener claro lo que pretendemos medir.
 2. Ser adecuado al nivel asistencial donde se pretende utilizar.
 3. Verificar extensión y tiempo que precisan.
 4. Estar validados en la literatura científica para el uso que queremos darle.

Índice de independencia en AVD de Katz: Creada en 1958, producto del trabajo de un equipo que se ocupaba de evaluar la rehabilitación de pacientes hospitalizados con fractura de cadera. En 1963 es difundido por una publicación de Katz, en la que explica sus bases y su utilización con el fin de controlar rehabilitación. Con el tiempo se ha modificado, comentado y criticado. A pesar de lo dicho, actualmente constituye el patrón estándar, con el que habitualmente se compara la validez de otras escalas. Es reproducible, incluso con escaso entrenamiento del observador. Útil en predecir mortalidad, más que el pronóstico médico habitual. Suele predecir la necesidad de institucionalización y tiempo de estancia hospitalaria. Tiene utilidad en seguimiento a largo plazo. Es menos sensible que otros índices a pequeños cambios, pero se considera válido en el medio clínico y rehabilitador.

Consta de 6 ítems y mide los niveles elementales de función física incluidas en el cuidado personal. En la versión actual, cada ítem clasifica al paciente en independiente o dependiente, a diferencia de la original, la cual separa un grado intermedio. La evaluación se basa en lo que hace la persona y no en su capacidad de hacerlo, es decir, si rehusa a realizar una actividad, se considera que no la ejerce, aunque realmente sea capaz.

Se distingue por su estructura jerárquica: La alteración de funciones se produce de forma ordenada e inversa a la adquisición en infancia y su recuperación es similar a la progresión de la funcionalidad del niño. Su puntuación es en forma jerárquica, de modo que el paciente se clasifica en uno de 7 grupos denominados por letras de A-G (A: máxima independencia).

Índice de Barthel de AVD: Ideado en 1965 para evaluar la recuperación de independencia en personas hospitalizadas con patologías neuromusculares. Luego se ha modificado y extendido su uso. Varios estudios han confirmado validez, sensibilidad a cambios clínicos y reproducibilidad. Es destacable su validez predictiva de estancia e ingreso hospitalario, mortalidad, beneficio funcional y capacidad de seguir viviendo en la comunidad. Es una escala ordinal que incluye 10 áreas de ABVD: vestido, baño, aseo personal, uso retrete, continencia urinaria y fecal, alimentación, deambulación, traslado y uso de escaleras. Cada ítem puntúa de acuerdo a relevancia (ej: baño/deambulación: 5/15 puntos), lo cual permite que la suma de puntuaciones puede representar la dependencia funcional de un individuo, lo que no ocurre con otras escalas donde los ítems tienen igual peso. El puntaje es de 0-100, siendo 100 la máxima independencia, aunque sus creadores dejan claro que esto no implica que el individuo pueda vivir sólo, sin necesidad de ayuda.

- > 60 : Dependencia leve o independencia.
- 40-55 : Dependencia moderada.
- 20-35 : Dependencia severa.

- < 20 : Dependencia total.

Indice para las AIVD de Lawton y Brody: Sencilla en el manejo, considera: Capacidad de usar el teléfono, comprar, cocinar, cuidado de la casa, lavado de ropa, transporte, manejar fármacos y dinero. Al aplicarla es necesario precisar si lo que queremos medir es el rendimiento en actividades de cumplimiento habitual o las posibles habilidades, es decir diferenciar lo que el paciente podría hacer de lo que realiza en forma habitual. Está limitado su uso en lugares en que no se permite a los pacientes efectuar tareas domésticas.

Su puntuación original era dicotómica: sí o no, según el resultado fuera positivo o negativo. Este sistema daba un total de 8 puntos (máxima independencia) y 0 (total dependencia), con la ventaja de manejo estadístico, pero con inconveniente de perder carácter discriminativo y no permitir dar matices en actividades que habitualmente no realizaba un sexo, por lo cual se decidieron por una escala de puntuación lineal, con total de 8 a 31 puntos, considerando puntaje >20 puntos como una persona que necesita mucha ayuda.

Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer: Permite medir el grado de independencia en realización de AIVD, relacionándose con autonomía cognitiva. La ejecución de las actividades que considera, puede estar limitada por problemas físicos (audición, visión, movilidad), por lo que al aplicarlo se debe precisar la causa de una limitación (sí es física la puntuación, es cero). Especifica la diferenciación del paciente que nunca ha realizado una tarea de aquel que la ha hecho y el grado de ayuda que requiere. Se aplica, en privado, a un informante idóneo, que conozca plenamente al paciente. En su puntuación, el screening es positivo cuando el puntaje es igual o superior a seis puntos.

Escala de la Cruz Roja de Madrid: Creada en 1972, en el Servicio de Geriátría del Hospital Central de la Cruz Roja, incluye la escala de incapacidad física y mental, que catalogan al paciente en 6 posibles grados. Permite la graduación del nivel de incapacidad y no su exploración exhaustiva. Sencilla en su manejo y práctica para evaluar el estado funcional. Algunos problemas al aplicarla son que la precisión de los ítems se va perdiendo en los grados intermedios y la subjetividad de algunas de las definiciones de sus grados.

Evaluación gráfica del Geronte: Creada en 1981, intenta que por medio de visualización de una silueta humana, se pueda captar la información completa del estado Biopsicosocial de un paciente. Cada sector de la figura, corresponde a una función (total: 22 funciones). En cada uno se debe precisar si es normal, hay alteración de la función o capacidad disminuida, o incapacidad. Modificado con el tiempo, más bien en cuanto a número de funciones. Originalmente se distribuyen en:

- Cabeza: Actividades mentales (coherencia, orientación, comprensión) y Funciones sensoriales (visión, audición, lenguaje).
- Tronco y abdomen: Actividades físicas (lavarse, vestirse, alimentarse, continencia esfinteriana).
- Extremidades inferiores: Capacidad de movimiento (Levantarse, movimiento dentro de la casa, capacidad de mover objetos y de salir fuera de la casa).
- Extremidad superior derecha: Actividades domésticas (cuidado general de la casa, cocinar, administrar el hogar, comunicación a distancia).

- Extremidad superior izquierda: Actividades sociales (uso de transporte, capacidad de comprar, cumplir las terapias por sí mismo y de entretenimientos).