

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

*Ana Cristina Sanjoaquín Romero
Elena Fernández Arín
M.^a Pilar Mesa Lampré
Ernesto García-Arilla Calvo*

Las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de la enfermedad, hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración. La valoración geriátrica integral (VGI) surge, además, como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física).

Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que 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 lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida (1, 2). Es considerada la piedra angular en el día a día de la práctica geriátrica y nuestra herramienta principal de trabajo, y como tal su finalidad es, entre otras, facilitar el abordaje al paciente anciano y, en concreto, al paciente geriátrico. Por paciente geriátrico entendemos aquel que cumple tres o más de los siguientes criterios:

1. Edad superior a 75 años.
2. Presencia de pluripatología relevante.
3. El proceso o enfermedad principal posee carácter incapacitante.
4. Existencia de patología mental acompañante o predominante.
5. Hay problemática social en relación con su estado de salud.

Los objetivos que se plantea la VGI son (3, 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 y cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida.
- Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar.
- 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 y de institucionalizaciones.
- Disminuir la mortalidad.

Incluye cuatro esferas: la clínica, la mental, la social y la funcional, que, como si de piezas de un puzle se trataran, configuran, una vez enlazadas, la imagen real del anciano. Así, constituiría un fracaso tratar de forma ambulatoria una infección urinaria en el anciano si no valoramos previamente que la situación mental, funcional y social permiten un buen cumplimiento terapéutico.

Los principales medios que incluye una correcta valoración son la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos más específicos denominados «escalas de valoración» que facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al mayor (4).

Valoración de la esfera clínica

La esfera clínica es la más complicada de cuantificar por la peculiar forma de enfermar del anciano con una presentación atípica e inespecífica de la enfermedad (infección sin fiebre, infarto de miocardio indoloro...) (6). Debe incluir: entrevista clínica clásica añadiendo un interrogatorio directo sobre la presencia de alguno de los grandes síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, malnutrición, deterioro cognitivo, depresión, disminución auditiva o de agudeza visual, estreñimiento, incontinencia...), historia farmacológica, historia nutricional, exploración física, solicitud de exploraciones complementarias y elaboración de un listado de problemas.

Es fundamental conocer los aspectos clínicos y sociales de las enfermedades en geriatría:

1. Dentro de los *aspectos clínicos* destacar: los efectos del envejecimiento fisiológico, la elevada incidencia de pluripatología, la tendencia de la enfermedad a producir incapacidad funcional o incluso a debutar como tal, la forma de presentación atípica como uno de los grandes síndromes geriátricos. Todo esto conduce a un reconocimiento tardío de la enfermedad, a un manejo complicado, generándose a menudo conflictos éticos. De ahí deriva la necesidad de una valoración (geriátrica e integral) por un equipo multidisciplinar que conlleva la participación de diferentes profesionales de salud.
2. En cuanto a los *aspectos sociales* no podemos olvidar la repercusión a dicho nivel de toda enfermedad, tanto en el entorno más próximo del anciano como en la necesidad de recursos. Se resumen en: mayor necesidad de recursos sociosanitarios, mayor tendencia a dependencia y fragilidad, sobrecarga de los cuidadores y, en definitiva, pérdida de calidad de vida.

Anamnesis

En el mayor existen factores que dificultan la entrevista clínica y la hacen más laboriosa (6, 7). Entre estas limitaciones, destacaremos las siguientes:

- *Dificultades en la comunicación* secundarias a déficit sensoriales, deterioro cognitivo, lentitud psicomotriz..., siendo recomendable realizar entrevistas cortas y frecuentes, acercarse al anciano y hablarle alto y despacio, dándole tiempo para responder, solicitando posteriormente información al cuidador principal o a la familia para completar y contrastar los datos.
- *Descripción vaga de síntomas*, resultando conveniente realizar preguntas concretas y sencillas que nos encaminen a patologías no diagnosticadas y tratables.
- *Múltiples quejas*, por lo que deberemos escuchar todos los síntomas, preguntar varias veces, concederles igual importancia y clasificar las patologías por orden de prioridad y/o gravedad.

La anamnesis debe incluir los siguientes apartados:

1. Antecedentes personales, valorando diagnósticos pasados y presentes, ingresos hospitalarios o en centros sociosanitarios, intervenciones quirúrgicas, etc., determinando su repercusión sobre la esfera funcional y mental.
2. Revisión por aparatos y síntomas, que nos encaminará a la detección de los grandes síndromes geriátricos.
3. Historia farmacológica completa (tratamientos recibidos en el último año) y actualizada (tratamiento y dosis en el momento de la valoración,

conjuntamente con el tiempo de administración de cada fármaco) para poder detectar síntomas y signos relacionados con efectos secundarios de los medicamentos utilizados. Este punto es fundamental, porque el riesgo de iatrogenia en los ancianos es de 3 a 5 veces mayor que en el adulto. Los fármacos con mayor potencial iatrogénico son: diuréticos, antihipertensivos, digital, antidepresivos, neurolépticos y sedantes.

4. Historia nutricional. Interrogaremos acerca de la dieta habitual, número de comidas al día, número de alimentos por comida, dietas prescritas. No olvidaremos la importancia de evaluar los factores que afectan al estado nutricional de nuestros mayores: problemas funcionales que afecten a la independencia para comer y a la capacidad para adquisición y preparación de los alimentos, cambios orgánicos asociados al envejecimiento, prevalencia de patologías, problemas psíquicos, problemas económicos y fármacos. Una aportación de interés es la evaluación nutricional mediante el Mini Nutricional Assessment (MNA), propuesto y desarrollado por Vellas y Guigoz (*Facts Res Gerontol 1994; 12 suppl 2: 15-55*). Es una herramienta simple para evaluar el estado nutricional en la que se recogen índices antropométricos, parámetros dietéticos, evaluación global y valoración subjetiva. Se valora con un máximo de puntuación de 30 puntos : < 17 puntos indica mal estado nutricional, de 17 a 23.5 riesgo de malnutrición y una puntuación > de 24 hace referencia a un estado nutricional satisfactorio.
5. Información sobre la enfermedad actual.

Exploración física

La exploración no difiere de la realizada en el adulto, pero lleva más tiempo debido al mayor número de hallazgos exploratorios (8). En primer lugar procederemos a la inspección general: aspecto, cuidado, aseo, colaboración en la exploración. Posteriormente determinaremos las constantes vitales: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. Y pasaremos a realizar la exploración física siguiendo un orden topográfico:

1. Cabeza. Evaluar arterias temporales, boca (estado dentario, prótesis dentales, presencia de micosis oral, tumoraciones), pases craneales, ojos (ectropion/entropion, cataratas).
2. Cuello. Es importante explorar la existencia de bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, latidos y soplos carotídeos, rigidez cervical.
3. Tórax. La exploración incluye la auscultación cardiaca y pulmonar, la existencia de deformidades torácicas y escoliosis, y la palpación de mamas.

4. Abdomen. Seguir los pasos clásicos: inspección, palpación, percusión y auscultación.
5. Tacto rectal para descartar la presencia de impactación fecal, hemorroides o tumoraciones.
6. Extremidades. Valorar la situación vascular y muscular, presencia o ausencia de pulsos periféricos, existencia de edemas y limitaciones/deformidades articulares.
7. Neurológico. Estudiar la marcha, el equilibrio, el tono muscular, la fuerza y sensibilidad. No hay que olvidar valorar la presencia de trastornos del habla, temblor, rigidez, acinesia y reflejos de liberación frontal.
8. Piel. Buscar lesiones tróficas, úlceras por presión o vasculares, signos de isquemia.

Exploraciones complementarias

La anamnesis y la exploración se completan con pruebas complementarias. En una valoración inicial se solicitarán: hemograma, ionograma, bioquímica (glucemia, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, albúmina, fosfatasa alcalina), sedimento de orina, electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen. En el estudio de demencia añadiremos la petición de serología de lúes, vitamina B₁₂, ácido fólico y TSH (hormona tirotrópica).

Es fundamental tener siempre presente la posible iatrogenia de las pruebas, valorando en cada momento la posibilidad terapéutica futura de la patología buscada que, junto a la valoración de la situación funcional y mental, será la que condicionará a la hora de tomar decisiones, evitando así el encarnizamiento tanto diagnóstico como terapéutico (10).

No debemos olvidar que algunas de las exploraciones complementarias, como el enema opaco, gastroscopia, colonoscopia, broncoscopia, arteriografía, tomografía axial computerizada..., requieren la firma del consentimiento informado previa explicación al paciente de los riesgos y beneficios de la prueba que se va a realizar (10).

Valoración de la esfera funcional

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD) (9).

En las ABVD incluimos aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación...). Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en las que la persona interactúa con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono...) y las AAVD inclu-

yen aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso (9).

Conforme avanza el grado de deterioro funcional aumentan el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales.

En el momento de explorar la esfera funcional se hace imprescindible interrogar acerca de la dependencia o independencia a la hora de comer, de vestirse, de realizar el aseo personal, la necesidad de pañales, sondas o colectores por incontinencia de esfínteres, sin olvidar conocer aspectos relacionados con la capacidad para la deambulación con o sin ayuda (humana o técnica, en la cual se incluyen bastones, muletas, andadores, silla de ruedas), la habilidad para las transferencias y antecedentes de caídas.

Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son:

- Índice de actividades de la vida diaria (KATZ).
- Índice de Barthel.
- Escala de incapacidad física de la Cruz Roja.
- Escala Plutchik.
- La escala más utilizada para evaluar las AIVD es el índice de Lawton y Brody.

A continuación describimos brevemente cada una de estas escalas.

Índice de actividades de la vida diaria (KATZ)

Es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados. Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinar del hospital Benjamin Rose de Cleveland para enfermos hospitalizados afectados de fractura de cadera (6, 9). Publicado en 1963 (JAMA 1963; 185 (12): 914-9). Consta de seis ítems:

- Baño.
- Vestirse/desvestirse.
- Uso del retrete.
- Movilidad.
- Continencia.
- Alimentación.

Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. La propia escala describe lo que considera como dependencia/independencia para la ejecución de las tareas. Cada ítem tiene dos posibles respuestas.

- Si lo realiza de forma independiente o con poca asistencia: 1 punto.
- Si requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza: 0 puntos.

Según la puntuación total, los pacientes quedan clasificados en siete grupos, donde A corresponde a la máxima independencia y G a la máxima dependencia.

Como desventaja de este índice destacar que no es sensible a cambios mínimos.

Índice de Barthel

Publicado en 1965 por Mahoney y Barthel (Arch Phys Med Rehabil 1965; 14: 61-65), es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatria para evaluar las ABVD en el anciano. Es la escala más internacionalmente conocida para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Su aplicación es fundamental en: unidades de rehabilitación y en unidades de media estancia (UME) (6, 9).

Evalúa 10 actividades, dando más importancia que el índice de Katz a las puntuaciones de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. Estas actividades son:

- Baño.
- Vestido.
- Aseo personal.
- Uso del retrete.
- Transferencias (traslado cama-sillón).
- Subir/bajar escalones.
- Continencia urinaria.
- Continencia fecal.
- Alimentación.

Se puntúa de 0 a 100, lo que le confiere mayor facilidad para el uso estadístico de los datos. Para una mejor interpretación, sus resultados se han agrupado en cuatro categorías:

- Dependencia total, puntuación menor de 20.
- Dependencia grave, puntuación de 20 a 35.
- Dependencia moderada, puntuación de 40 a 55.
- Dependencia leve, puntuación igual o mayor de 60.

Presenta gran valor predictivo sobre: mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con accidente cerebrovascular.

Escala de incapacidad física de Cruz Roja (CRF)

Creada por el equipo del Servicio de Geriatria de Cruz Roja de Madrid en 1972, se trata de una escala muy difundida en nuestro país (Rev Esp Gerontol 1972; 7: 339-46). Permite obtener una impresión rápida y cuantificada del grado de incapacidad (6, 9). Se evalúan:

- AVD (actividades de la vida diaria).
- Ayuda instrumental para la deambulacion.
- Nivel de restriccion de movilidad.
- Continencia de esfínteres.

Gradúa la incapacidad del anciano en números enteros, del 0 (independiente) al 5 (máxima dependencia). Como inconvenientes presenta: valorar en conjunto todas las AVD y aportar datos aislados sobre incontinencia.

Escala de Plutchik

Diseñada por Plutchik y colaboradores del Hospital Bronx de Nueva York en 1970, para distinguir pacientes poco dependientes de los independientes en un medio hospitalario para enfermos mentales (J Am Geriatr Soc 1970; 18: 491-500). Consta de siete ítems:

- Alimentación.
- Incontinencia.
- Lavarse y vestirse.
- Caerse de la cama o sillón sin protecciones.
- Deambulacion.
- Vision.
- Confusion.

Cada ítem puntúa de 0 a 2 puntos. La puntuación total posible varía entre 0 y 14 puntos. El punto de corte para autonomía/dependencia se establece en 4/5 (6).

Índice de Lawton y Brody

Instrumento publicado en 1969 y construido específicamente para su uso con población anciana (Gerontologist 1969; 9: 178-8). Recoge información sobre ocho ítems (6, 9):

- Usar el teléfono.
- Ir de compras.
- Preparar la comida.
- Realizar tareas del hogar.
- Lavar la ropa.
- Utilizar transportes.
- Controlar la medicación.
- Manejar el dinero.

Hay dos posibilidades de puntuación: puntuación dicotómica: varía entre 0 y 8 puntos, y puntuación lineal: varía entre 8 y 31 puntos; correspondiendo 8 puntos a la máxima dependencia; entre 8 y 20 precisa ayuda para la realización de las tareas, y más de 20 dependiente para las AIVD.

Valoración de la esfera mental

En la valoración del estado mental es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva, como afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas.

La fragilidad cognitiva depende de: 1) variables orgánicas; 2) factores psicosociales, y 3) entidades clínicas, como HTA (hipertensión arterial), DM (diabetes mellitus), ACV (enfermedad cerebro vascular), enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, EPOC (enferme-

dad pulmonar obstructiva crónica), polifarmacia y alteraciones en los órganos de los sentidos.

En cuanto a la fragilidad afectiva, hay que recordar que un 25% de los ancianos padecen algún trastorno psíquico y que los trastornos por ansiedad y depresión son los más frecuentes en este grupo de edad, por lo que la identificación de factores de riesgo asociados a ellos podría ser una forma de identificar al anciano afectivamente frágil.

Dentro de los *factores de riesgo de depresión* se incluyen: 1) factores biológicos (antecedentes familiares, cambios en la neurotransmisión asociados a la edad, sexo y raza); 2) factores médicos (no se debe olvidar que la prevalencia de depresión en ancianos cuando existe patología médica asociada alcanza el 54%), como enfermedades específicas (ACV, enfermedad de Parkinson, neoplasias...), enfermedades crónicas especialmente asociadas a dolor o pérdida funcional, enfermedades terminales, polifarmacia, deprivación sensorial; 3) factores funcionales, que al interactuar con la depresión conducen a un pronóstico negativo; 4) factores psíquicos: episodios depresivos previos, alcoholismo, ansiedad, demencia, y 5) factores sociales, tales como viudedad, institucionalización, hospitalización, soledad, bajos recursos socioeconómicos, escaso soporte social y pérdidas recientes.

En cuanto a los *factores de riesgo de ansiedad*, destacar: 1) factores biológicos, como predisposición genética y trastorno por ansiedad previo; 2) factores físicos, en los que se incluyen enfermedad dolorosa, cambio reciente en el estado de salud, enfermedades médicas y efectos secundarios de fármacos; 3) factores psicológicos: trastorno de la personalidad, depresión mayor, demencia, insomnio crónico, y 4) factores sociales (similares a los descritos en factores de riesgo de depresión).

Para llevar a cabo la evaluación mental contamos con la realización de la historia clínica, exploración física y neurológica, exploraciones complementarias, observación del comportamiento del paciente y aplicación de cuestionarios. Se puede complementar la información con el cuidador principal del paciente o familiar que le acompaña, quienes aportan información fundamental acerca de los cambios observados en la situación funcional, mental y social del anciano, cambios en el carácter y aparición de trastornos en el comportamiento.

Valoración cognitiva

La prevalencia de deterioro cognitivo en el anciano es alta (20% en los mayores de 80 años), aunque varía en función de la población estudiada (siendo mayor en residencias asistidas y menor en pacientes que viven en domicilio) y en función de la metodología empleada en el estudio.

La importancia del deterioro cognitivo viene dada no sólo por su elevada prevalencia, sino por la tendencia a la asociación con trastornos conductuales,

por la mayor utilización de recursos sociosanitarios, apareciendo durante su curso alguno de los principales síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, caídas, impactación fecal, úlceras por presión), por su imbricación directa sobre las esferas funcional y social y por el peor pronóstico rehabilitador.

Conocer el grado de deterioro cognitivo nos permite, por un lado, estimar la calidad de la información que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad y valorar su capacidad para comprender la información que recibe. La evaluación cognitiva, además, permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras.

Por lo general, el proceso de diagnóstico se inicia ante la queja del paciente o de sus familiares de pérdida de memoria. La queja suele ser de tipo cognitivo, aunque no es rara la consulta por un trastorno conductual o afectivo (depresión, apatía, ideas delirantes, alteraciones del comportamiento). El paciente con deterioro cognitivo no suele ser consciente de sus fallos y encuentra excusas para sus olvidos, por lo que casi siempre es la familia quien solicita la consulta.

No obstante, sigue siendo frecuente encontrar ancianos con deterioro cognitivo grave a quienes la familia nunca ha detectado problemas de memoria, achacando todo a «cosas de la edad». Por este motivo, independientemente de lo que diga tanto la familia como el paciente, resulta conveniente hacer una pequeña exploración mental que, a modo de *screening*, permita detectar cualquier problema a este nivel.

La entrevista clínica comienza desde el momento en que el paciente entra por la puerta de la consulta, su forma de caminar, inestabilidad al sentarse, pasando por su atuendo, aseo personal, el tono y melodía de la voz, por quién viene acompañado, hasta la temperatura y fuerza de la mano cuando nos saluda. Todo esto nos dará antes de comenzar la entrevista médica información muy valiosa sobre la situación mental y afectiva del paciente. Resulta conveniente, siempre que sea posible, completar la entrevista hablando por separado con el paciente y con la familia para contrastar la información (6).

A la hora de explorar la esfera cognitiva, debemos interrogar acerca de:

- Nivel de escolarización, profesión.
- Presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, fibrilación auricular).
- Historia familiar de demencia.
- Antecedentes psiquiátricos.
- Consumo de fármacos y tóxicos.
- Motivo de consulta, forma de inicio y evolución de los síntomas.
- Orientación.
- Quejas de deterioro de memoria.
- Problemas en reconocimiento de familiares y amigos.

- Lenguaje.
- Capacidad de abstracción/juicio.
- Trastornos de conducta (en buena medida determinan la calidad de vida del paciente y la de sus familiares y/o cuidadores): delirios, agitación psicomotriz, alucinaciones, ritmo vigilia-sueño, hipersexualidad, vagabundeo, auto/heteroagresividad física y/o verbal.

La entrevista clínica se puede complementar de forma estructurada mediante test breves de cribado, y recomendamos, siempre que sea posible, la realización de ambos. Los test aportan objetividad, facilitan la comunicación entre los diversos profesionales y, además, permiten cuantificar los cambios en el tiempo y la respuesta al tratamiento. Sin embargo, los tests han de valorarse en el contexto clínico del paciente, y considerar aquellos factores que pueden artefactar su puntuación (nivel cultural, déficit sensoriales). No deberemos olvidar nunca que un test es un buen complemento de la historia clínica, pero nunca diagnóstica por sí solo una demencia.

Una vez detectado un posible deterioro cognitivo, la elección de uno u otro test dependerá tanto del nivel asistencial donde nos encontremos, como del tiempo disponible, de los recursos de que dispongamos, así como de la finalidad del mismo (cribaje, diagnóstico, control evolutivo).

Para la valoración de la esfera cognitiva contamos con múltiples test, de los que destacamos, por su amplia difusión en nuestro medio, comodidad y sencillez de aplicación, los siguientes (véase anexo):

- Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ).
- Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE).
- Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).
- Test del reloj.
- Set-tests.
- Test de los siete minutos.

Short Portable Mental Status de Pfeiffer (SPMSQ)

Se trata de un test sencillo, breve y de aplicación rápida que explora orientación témporo-espacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos recientes, capacidad de concentración y de cálculo (J Am Geriatr. Soc. 1975; 23: 433-441). Presenta una sensibilidad del 68%, especificidad del 96%, valor predictivo positivo del 92%, valor predictivo negativo del 82%. Se puntúan los errores. En función de la puntuación obtenemos (6, 9):

- De 0 a 2 errores: no deterioro.
- De 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual.
- De 5 a 7 errores: moderado deterioro.
- De 8 a 10 errores: grave deterioro.

Se acepta un error más en ancianos que no han recibido educación primaria y un error menos en aquellos que han realizado estudios superiores. Su principal problema es que no detecta pequeños cambios en la evolución.

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)

El MMSE (J Psychiatr Res 1975; 12 (3): 189-198) requiere de 5 a 10 minutos para su aplicación y valora un rango más amplio de funciones que el SPMSQ. Es útil en el *screening* de deterioro cognitivo moderado. Consta de una serie de preguntas agrupadas en diferentes categorías que representan aspectos relevantes de la función intelectual:

- Orientación témporo-espacial.
- Memoria reciente y de fijación.
- Atención.
- Cálculo.
- Capacidad de abstracción.
- Lenguaje y praxis (denominación, repetición, lectura, orden, grafismo y copia).

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 (6, 9).

El MMSE tiene mucha carga de información verbal, y por ello hace efecto suelo cuando se utiliza con personas con deterioro cognitivo grave. Presenta una sensibilidad del 89% y especificidad del 66% en ancianos. Ha sido adaptado y validado por Antonio Lobo a la población anciana española (Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines 1976; 7: 189-202), resultando el denominado Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), con una sensibilidad del 90,7% y una especificidad de 69%.

Test del reloj

Es un test de cribaje para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales.

Varios son los autores que han desarrollado diferentes criterios de realización y de puntuación, entre ellos, destacamos a Sunderland et al. (J Am Geriatr Soc 1989; 37 (8): 725-9), Wolf-Klein et al. (J Am Geriatr Soc 1989; 37 (8): 730-4), Méndez et al. (J Am Geriatr Soc 1992; 40 (11): 1095-9), Shulman (J Am Geriatr Soc 1993; 41 (11): 1245-40) y Watson (J Am Geriatr Soc 1979; 27 (10): 1115-20). Se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 11:10).

Tabla 1. Diferencias entre demencia subcortical y cortical

Parámetros	Subcortical	Cortical
Memoria.	Afectación del aprendizaje.	Afectación de la rememoración.
Lenguaje.	Afasia inicial.	Afasia tardía.
Habla.	Normal.	Disartria.
Capacidad visomotora.	Alterada.	Alterada.
Velocidad psicomotora.	Normal.	Enlentecimiento inicial.
Déficit frontal.	Importante.	Proporcional a la demencia.
Personalidad.	Preservada.	Apatía.
Humor.	Normal.	Depresivo.
Postura.	Normal hasta fase avanzada.	Alterada.

Set-test

El Set-test fue introducido por Isaacs y Akhtar en 1972 (Age Aging, 1972; 1: 222-226) y propuesto como ayuda en el diagnóstico de la demencia en el anciano por Isaacs y Kennie en 1973. Explora la fluencia verbal, la denominación por categorías y la memoria semántica. Es una prueba breve y generalmente bien aceptada por los pacientes, con gran utilidad en pacientes analfabetos o con déficit sensoriales.

Se le pide al paciente que diga tantos nombres como pueda recordar de cada una de cuatro categorías (set): colores, animales, frutas y ciudades. Se obtiene 1 punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 ítems puntuables en cada set. El tiempo máximo de que dispone el paciente por categoría es de un minuto. Las repeticiones o los nombres que no correspondan a la categoría pedida no puntúan, aunque es interesante anotar todas las respuestas para el seguimiento evolutivo. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos, considerando el resultado normal para adultos de 29 o más aciertos, y de 27 o más si se trata de ancianos.

Este test tiene una sensibilidad del 79% y una especificidad del 82%.

Test de los siete minutos

Desarrollado en 1998 por Solomon (Fam Med 1998; 30: 265-71) y validado y adaptado al castellano por los doctores Teodoro del Ser y David Muñoz. El test consta de cuatro pruebas simples y fáciles de llevar a cabo. La primera consiste en evaluar la orientación temporal (preguntas sobre el día de la semana, el mes y el año). El análisis de memoria, segunda parte del test, se lleva a cabo presentando al sujeto imágenes que deben ser perfectamente recordadas posteriormente, independientemente de cuál sea su edad o nivel educativo. En este momento, se facilita una clave semántica (pista para ayudar a recordar), y si con esta ayuda no mejora el rendimiento final de la prueba,

orienta hacia una demencia tipo Alzheimer o a la existencia de un mayor riesgo a desarrollarla. Las dos últimas partes se relacionan con pruebas de fluidez del lenguaje y praxia constructiva. Sólo se necesita para la realización de esta prueba lápiz, papel y un bloc específicamente diseñado, que contiene las imágenes para evaluar el lenguaje y la prueba de memoria.

Una vez objetivada la existencia de deterioro cognitivo, el estudio debe ir encaminado a responder las siguientes preguntas:

¿El deterioro cognitivo observado cumple criterios de demencia?

Los criterios DSM IV para la definición de demencia son los siguientes:

- Déficit cognitivo múltiple que afecta a la memoria y, al menos, uno de los siguientes: afasia, apraxia, agnosia o deterioro de las funciones ejecutivas (planificación, secuencia correcta).
- Los déficit cognitivos causan un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional respecto al nivel previo.
- Los déficit no se presentan únicamente en el curso de un delirium y no son causados por una depresión.

Resulta clave el apartado que apunta que el déficit cognitivo presente sea capaz de causar un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional respecto al nivel previo. A menudo se cae en el error de evaluar únicamente la repercusión sobre las actividades básicas de la vida diaria; es decir, las del autocuidado, como lavarse, vestirse, alimentarse, cuando en realidad éstas se afectan en estadios avanzados de la enfermedad. Así, ante la presencia de un deterioro cognitivo de inicio, habrá que evaluar la capacidad para realizar actividades más complejas; por ejemplo, en un empresario, la habilidad para manejar el dinero, o en una modista, la capacidad para cortar el patrón de una falda. El delirium

y la depresión son los principales diagnósticos diferenciales que nos debemos plantear en un paciente con deterioro cognitivo. En contraste con el inicio repentino del delirium, el comienzo de la demencia suele ser insidioso. En ambos casos hay un trastorno cognoscitivo, pero en la demencia estos cambios son más estables en el tiempo y no fluctúan a lo largo del día. Uno de los criterios de definición del delirium es la oscilación del nivel de conciencia a lo largo del día.

¿De qué tipo de demencia se trata?

Realizar el diagnóstico etiológico de la demencia es complicado. Por lo general, los datos de la historia médica, junto con baterías de exploración neuropsicológica, la neuroimagen y la propia evolución del cuadro clínico nos ayudarán a lo largo del seguimiento del paciente a hacer una aproximación diagnóstica. No obstante, resulta útil la clasificación topográfica de las demencias, según el perfil clínico, en demencia cortical o subcortical (tabla 1).

¿Cómo repercute el deterioro cognitivo en la funcionalidad del paciente y a nivel familiar y social?

La alta prevalencia de síntomas conductuales y psíquicos en la demencia, así como las implicaciones sobre la calidad de vida, tanto del paciente como de su cuidador principal, hacen indispensable la valoración en busca de síntomas de sobrecarga. Se puede realizar de forma libre con entrevista clínica o dirigida mediante el empleo de escalas. Una de las escalas utilizadas con este fin es la *escala de Zarit* de sobrecarga del cuidador, que explicaremos en la valoración social.

Valoración afectiva

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Los síntomas depresivos y las alteraciones del estado de ánimo pueden encontrarse hasta en el 20% de los varones y el 40% de las mujeres. 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. Pese a que sigue siendo más frecuente entre las mujeres, con la edad esta diferencia se reduce.

El diagnóstico de depresión es eminentemente clínico; se puede realizar a través de la entrevista, insistiendo en acontecimientos vitales desencadenantes, y la observación de detalles, como la forma de caminar, actitud, aspecto, aseo y tono de voz del anciano. Los criterios DSM-IV se desarrollaron utilizando sujetos jóvenes y no siempre son aplicables a personas mayores. Es más frecuente la presentación en el anciano con síntomas somáticos, como pérdida de peso e irri-

tabilidad, 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 en la tercera edad, y constituye un estado emocional de malestar y aprensión desproporcionada al estímulo que la desencadena. Tiene repercusiones sobre la calidad de vida, el rendimiento en funciones cognoscitivas, agrava los cuadros depresivos y molestias físicas. En el anciano es más frecuente la ansiedad como síntoma que como enfermedad.

Al igual que los síndromes depresivos, la ansiedad es difícil de detectar en el anciano, dado que se puede presentar mediante síntomas localizados en cualquier órgano o sistema, planteando un amplio abanico de diagnósticos diferenciales, como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, el hipertiroidismo, etc.

A la hora de explorar la esfera afectiva, debemos interrogar acerca de:

- Estado anímico.
- Labilidad emocional.
- Anergia/hipoergia.
- Anhedonia/hipohedonia.
- Trastorno del apetito.
- Trastorno del sueño.
- Signos de ansiedad.
- Ideación de muerte.
- Ideación o tentativas autolíticas.
- Quejas somáticas.

Para valorar la esfera afectiva, contamos con:

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS).
- Inventario de depresión de Hamilton.
- Inventario de depresión de Beck.
- Escala de Zung.
- Escala de Cornell de depresión en la demencia.
- Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

Para la utilización de estas escalas, habría que seleccionar a aquellos ancianos con factores de riesgo, que pueden desencadenar un episodio grave de depresión: historia personal de trastornos del estado de ánimo, con pluripatología, con síntomas físicos inexplicables, dolor crónico o consultas reiteradas, acontecimientos vitales desencadenantes, como el fallecimiento del cónyuge, problemas económicos o de relación con los familiares, la enfermedad aguda, la hospitalización actual o reciente y, sobre todo, la institucionalización.

Escala de depresión de Yesavage

Fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982 (J Psychiatr Res 1982; 17: 37-49) específicamente para el anciano. Compuesta en principio de 30 ítems, de los

que ninguno es de tipo somático, sus respuestas son dicotómicas. Puede aplicarse entre cinco y siete minutos. Para puntuaciones de 5 o superiores, presenta una sensibilidad del 85,3% y una especificidad del 85% (9).

La versión reducida, que incluye 15 preguntas, es la escala recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida. Sus aplicaciones son:

- *Screening* de depresión.
- Evaluación de la severidad del cuadro depresivo.
- Monitorización de la respuesta terapéutica.

Para la interpretación de esta escala, el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9 puntos indica depresión probable, y una puntuación igual o superior a 10, depresión establecida.

Otras escalas de evaluación

El inventario de depresión de Hamilton es la escala más utilizada para estimar la severidad y establecer el pronóstico de la depresión (9). La escala de Zung se utiliza fundamentalmente en la investigación geriátrica. Ambas presentan como inconveniente el resaltar demasiado los síntomas somáticos. La escala de Cornell de depresión en demencia valora el humor, las alteraciones de conducta, los signos físicos, las funciones cíclicas y la alteración de las ideas. La escala de depresión y ansiedad de Goldberg, breve, sencilla y de fácil manejo, se desarrolló en 1988 con la finalidad de lograr una entrevista de cribaje de los trastornos psicopatológicos más frecuentes, la ansiedad y la depresión.

Valoración social

Aunque la valoración social exhaustiva es función del trabajador social, el médico debe conocer y hacer constar en su historia todos aquellos datos que puedan ser de interés y tengan repercusión presente o futura sobre el anciano. Permite conocer la relación entre el anciano y su entorno. Aspectos relacionados con el hogar, apoyo familiar y social son cuestiones importantes a la hora de organizar el plan de cuidados de un anciano. En función de ellos podremos ubicar al paciente en el nivel asistencial adecuado y tramitar los recursos sociales que va a precisar. *Pongamos el caso de un varón de 82 años, viudo, que vive en un tercer piso sin ascensor y que ingresa en una unidad de agudos por un accidente cerebrovascular con hemiplejía izquierda secundaria. Una vez estabilizado, el paciente inicia la recuperación funcional, siendo capaz a los diez días de caminar con ayuda de andador, pero es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (aseo, vesti-*

do). Este paciente no puede ser dado de alta a su domicilio dada la ausencia de un soporte familiar que asegure el cuidado del paciente y que permita continuar su recuperación, por ejemplo, en un Hospital de Día Geriátrico. En ocasiones, una falta de previsión de este tipo de aspectos puede ser fuente de ingresos hospitalarios.

¿Qué preguntas deberíamos hacer como geriatras a un paciente para conocer su situación social?:

- ¿Soltero, casado o viudo?
- ¿Tiene hijos?; en caso afirmativo, ¿cuántos?, ¿viven en la misma ciudad?
- ¿Con quién vive?
- ¿Tiene contactos con familiares, amigos o vecinos? ¿Con qué frecuencia?
- ¿Cómo es el domicilio donde vive?
- ¿Tiene ascensor el edificio donde vive?
- ¿Precisa algún tipo de ayuda para su autocuidado?
- ¿Quién es la principal persona que le ayuda o le cuida?, ¿tiene esa persona algún problema de salud?
- ¿Recibe algún tipo de ayuda formal?

La valoración social es complicada, en cuanto a que no existe acuerdo entre los componentes de la salud social. No debemos olvidar en su evaluación incluir un factor subjetivo, pero no por ello menos importante: la calidad de vida. Los instrumentos de medición más utilizados son:

- Escala OARS de recursos sociales.
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.
- Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale).

Escala OARS de recursos sociales

Herramienta diagnóstica multidimensional adaptada por Grau en población anciana española comprobando su fiabilidad y viabilidad. Proporciona información acerca de cinco áreas: estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de AVD (Duke University, 1978). Evalúa las respuestas en una escala de 6 puntos, que van desde excelentes recursos sociales (1 punto) hasta el deterioro social total (6 puntos).

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón

Creada a finales de los años noventa, se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales. Evalúa cinco áreas de riesgo social: situa-

ción familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, indicando mayor puntuación peor situación social (Trab Soc Salud 1993; 16: 137-156).

Escala de Filadelfia

Desarrollada en 1975 por Lawton (Gerontol 1975; 30: 85-89) es la escala recomendada por grupos de expertos de la British Geriatrics Society y el American National Institute of Aging para la medición o cuantificación de la calidad de vida. Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y la ansiedad con un objetivo claro, el de medir el grado subjetivo de satisfacción del anciano. Su aplicabilidad es excelente y sólo se ve limitada o interferida por la presencia de trastornos del lenguaje (afasias) y deterioro cognitivo.

Al realizar la valoración social, no debemos olvidarnos del cuidador principal, pieza clave en el entramado de la atención en el día a día del anciano (9). En la sobrecarga de los cuidadores pueden influir los siguientes factores: 1) la gravedad de la demencia y los problemas de comportamiento que mostraba el paciente; 2) el tipo de relación entre el cuidador y el paciente (esposo/a, hermano/a, hijo/a, nuera...); 3) los mecanismos de enfrentamiento utilizados por los cuidadores, y 4) la accesibilidad a los recursos sociales. La escala más utilizada para valorar la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con demencia es la escala de Zarit.

Escala de Zarit

La escala de Zarit fue desarrollada con la finalidad de medir el grado en que el cuidador percibía que su trabajo de asistencia al enfermo con demencia alteraba su propia salud física y emocional, así como su situación económica (Gerontologist 1980; 20: 649-654). Explora el sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos.

Es un instrumento autoadministrado del que existen varias versiones, la más extendida de las cuales consta de 22 ítems, los cuales se encuentran organizados en las subescalas de integración social (5 ítems), ocupación y orientación (5 ítems), independencia física (16 ítems) y movilidad (3 ítems).

Cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación mínima es de 22, y la máxima, 110. Se han establecido los siguientes puntos

de corte: entre 22 y 46 indica no sobrecarga; de 47 a 55, sobrecarga leve, y de 56 a 110, sobrecarga intensa.

Se aconseja el despistaje sistemático en pacientes con estadios leve-moderado, moderado y moderado-grave, así como en todas las demencias que cursen con síntomas psíquicos y conductuales.

Bibliografía

1. Rubenstein LZ. Geriatric assesment. Clin Geriatr Med 1987; 3: 1-15.
2. Kane RA, Bayer AJ. Assessment of functional status. In: Pathy MSJ, editor. Principles and practice of geriatric medicine. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1991. p. 265-71.
3. Stuck AE, Siu AL, Wieland D, Adams, Rubinstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controles trials. Lancet 1993; 342: 1032-6.
4. Ariño S, Benavent R. La valoración geriátrica integral, una herramienta fundamental para el diagnóstico y el tratamiento. JANO 2002; 62 (1435): 41-3.
5. González Montalvo JI. Principios básicos de la valoración geriátrica integral. En: Valoración Geriátrica Integral. Barcelona: Glosa Ediciones; 2001. p. 15-27.
6. Perlado F. Valoración geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36 (Supl. 5): 25-31.
7. García Fernández JL. Historia clínica en el anciano. En: Salgado A, Guillén F, editores. Manual de geriatría. 2.^a ed, cap 13. Barcelona: Masson; 1994.
8. Suzanne D, Fields N. Consideraciones sobre la exploración física en el paciente geriátrico. Modern Geriatrics (ed. española) 1992; 2: 45-9.
9. Del Ser Quijano T, Peña-Casanova J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: JR Prous editores; 1994.
10. Gómez Pavón J. ¿Es ético limitar el acceso de determinados tratamientos por motivos de edad? JANO 2003; 64 (1474): 31-4.

Lectura recomendada

- Salgado A, Alarcón M.^a T. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Ediciones Masson; 1993.
- Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Ediciones Masson; 2001.
- Midón Carmona J. Depresión en el anciano. En: Cuadernos multidisciplinares de depresión. Madrid: Saned; 2003. p. 41-58.
- Grupo de Demencias Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Demencias en Geriatría. Madrid: Natural Ediciones; 2005.
- Peña-Casanova J, Gramunt Fombuena N, Vich Fullá J. Test neuropsicológicos, fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias. Barcelona: Masson; 2004.