



Capítulo II: Evaluación clínica del adulto mayor con deterioro cognitivo

Luis Rafael Parissi Zamora

luis.parissi@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0009-0009-5447-5734>

Instituto Mexicano del Seguro Social,
Hospital General de Zona No. 11 IMSS;
Xalapa, subdirección médica. Veracruz, México.

Yaneth Tapia Morales

yanethtapiam@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7021-298X>

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán;
Neurofisiología Clínica, Tlalpan, CDMX.

Resumen

La valoración clínica en el adulto mayor (AM) es de suma importancia, ya que permite al médico identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del AM, integra conocimientos de las esferas clínicas, psicológicas, mentales y sociales, para obtener una visión amplia y clara del contexto en que se encuentra. Es indispensable hacer uso del instrumento que permite la valoración clínica del paciente AM con el fin de diseñar un plan individualizado preventivo, terapéutico y rehabilitador, para alcanzar mayor nivel de independencia y calidad de vida del AM

Palabras clave: adulto mayor, valoración clínica, valoración geriátrica integral.

Abstract

Clinical assessment of older adult is of utmost importance, as it allows the physician to identify and prioritize the problems and needs of older adults in a timely manner. It integrates knowledge from clinical, psychological, mental, and social spheres to obtain a broad and clear view of their current situation. It is essential to use a tool that allows for clinical assessment of older adults in order to design an individualized preventive, therapeutic, and rehabilitative plan to achieve a higher level of independence and quality of life for older adults.

Keyword: older adult, clinical assessment, comprehensive geriatric assessment.

1. Importancia de la valoración clínica en el adulto mayor con deterioro cognitivo

La valoración clínica del adulto mayor debe ser realizada de manera rutinaria por parte del personal médico, ya que la detección de alteraciones funcionales disminuye la probabilidad de institucionalización. El propósito de la valoración es la detección, cuantificación e identificación de las fuentes de la disminución de la capacidad funcional y la comparación de los cambios en función del tiempo y su relación con eventos (de salud y otros) (Domínguez & García, 2014). Su herramienta principal de intervención es la Valoración geriátrica integral.

De acuerdo con la “*Guía de Referencia Rápida para el Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención (2012)*”, la evaluación cognoscitiva (que forma parte de la valoración clínica) se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo a través de pruebas de Tamizaje, que permitan la derivación del paciente a un nivel de atención adecuado.

La evaluación médica permite descubrir trastornos sistémicos asociados a delirium o factores de riesgo para demencia vascular o Enfermedad de Alzheimer, además de una revisión de los fármacos enfocándose en aquellos con polifarmacia o que usen psicotrópicos.

Es imperante una entrevista con el cuidador primario o la familia para conocer la pérdida de actividades de la vida diaria, memoria, conducta, cronología de los síntomas y de cualquier desviación de la normalidad (GPC, 2012). Si bien el médico realiza la primera valoración, se debe integrar la participación de todo el equipo multidisciplinario para que en conjunto se valore y atienda al adulto mayor siempre priorizando la preservación de su calidad de vida.

2. Valoración geriátrica integral (VGI).

La valoración clínica en el adulto mayor (AM) es de suma importancia, ya que permite al médico identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del AM, integra conocimientos de las esferas clínicas, psicológicas, mentales y sociales, para obtener una visión amplia y clara del contexto en que se encuentra (D'Hyver de las Deses, 2017).

Actualmente se utiliza el término “Valoración Geriátrica Integral (VGI)” que hace referencia al instrumento que permite la valoración clínica del paciente AM con el fin de diseñar un plan individualizado preventivo, terapéutico y rehabilitador, para alcanzar mayor nivel de independencia y calidad de vida del AM (Domínguez & García, 2014). Tanto en el ámbito hospitalario como en el de atención primaria la VGI es la mejor herramienta que puede facilitar una práctica médica con una visión holística que garantice una atención adecuada, efectiva y de calidad (Wanden, 2021).

Surge como respuesta a la alta prevalencia en el AM 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) (Sanjoaquín *et al.* s/f).

Existe evidencia que ha demostrado que la VGI realizada por un equipo multidisciplinar experto en Geriátrica mejora los resultados de salud, en comparación con el abordaje médico tradicional en distintos niveles asistenciales (Sánchez *et al.*, 2020). Sin embargo, la alta demanda de atención de los AM producto del envejecimiento poblacional y la inversión de la pirámide poblacional, obliga a todo el personal sanitario a conocer y aplicar la VGI en los diversos niveles de asistencia sanitaria.

De acuerdo con Sánchez *et al.*, (2020), los objetivos de la VGI son:

- Conocer la situación basal paciente en todas sus dimensiones
- Mejorar la precisión diagnóstica

- Valorar la repercusión funcional, mental y social de la enfermedad y de los tratamientos
- Establecer planes de cuidados y de tratamiento integral, incluyendo todas las medidas no farmacológicas y hábitos de vida
- Monitorizar los cambios conseguidos con el plan de tratamiento instaurado, tanto deseados como indeseados.
- Identificar problemas no conocidos, especialmente los que sean potencialmente tratables
- Estimar la esperanza de vida del paciente
- Predecir tolerancia y beneficio de tratamientos complejos e influir en su elección
- Planificar la organización del seguimiento y de los cuidados a corto, medio y largo plazo
- Integrar las preferencias y valores del paciente en la planificación y toma de decisiones

De acuerdo con la *“Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral”*, desarrollado por el Instituto Nacional del Geriátría (INGER, 2020), la valoración contempla 5 grandes grupos de tamizaje; cognitivo, afectivo, funcionamiento, nutricional y entorno. Sin embargo, en el año 2022 el mismo instituto integra la *“Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional”*, que divide la evaluación en 7 esferas; cognitivo, afectivo, funcionamiento, visual, auditivo, vitalidad y entorno (INGER, 2022). En cada una de las esferas presenta las herramientas o instrumentos estandarizados para la detección de problemas de salud específicos, mismas que se abordaran más adelante.

A continuación, se presentan los momentos que integran la valoración clínica del AM y se detalla cada esfera con los instrumentos más representativos de la misma, resaltando la esfera cognitiva por ser la pieza fundamental de este libro.

2.1 Anamnesis

De acuerdo con Sanjoaquin *et al.* (s/f) la anamnesis hace referencia a la 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, etc.). Debe incluir antecedentes personales, revisión por aparatos y sistemas, historia farmacológica completa, historia nutricional y la información sobre la enfermedad actual.

A la hora de la obtención de la información es frecuente la presencia de limitaciones tales como la dificultad de comunicación con el AM debido a déficit sensoriales (disminución de la capacidad de escuchar), deterioro cognitivo (perdida de la memoria) entre otras, la cual puede ser sobrellevada hablando claro y lento al AM y/o solicitar información al acompañante o cuidador.

Otras limitaciones constantes en la atención del AM es la descripción inespecífica o vaga de síntomas y las múltiples quejas. En ambos casos se sugiere escuchar con detenimiento (evitando regaños o apuraciones) y repetir preguntas concretas y sencillas, tratando de rescatar la información solicitada en la entrevista.

2.2 Exploración física

La exploración física se realiza de la misma manera que un adulto, de manera general consta de una inspección general (aspecto, cuidado, aseo, colaboración). Con apoyo del personal de enfermería se identifican las constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, peso y talla). Posteriormente se hace la revisión física, en busca de problemas especiales de salud (D'Hyver de las Deses, 2017 & Sanjoaquin *et al.* s/f). A continuación, se mencionan algunos aspectos importantes que se deben evaluar durante la exploración física (Sanjoaquin *et al.* s/f):

A. Cabeza. Evaluar arterias temporales, boca (estado dentario, prótesis dentales, presencia de micosis oral, tumoraciones), pases craneales, ojos (ectropion/entropion, cataratas).

B. Cuello. Es importante explorar la existencia de bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, latidos y soplos carotídeos, rigidez cervical.

C. Tórax. La exploración incluye la auscultación cardiaca y pulmonar, la existencia de deformidades torácicas y escoliosis, y la palpación de mamas.

D. Abdomen. Seguir los pasos clásicos: inspección, palpación, percusión y auscultación.

E. Tacto rectal para descartar la presencia de impactación fecal, hemorroides o tumoraciones.

F. Extremidades. Valorar la situación vascular y muscular, presencia o ausencia de pulsos periféricos, existencia de edemas y limitaciones/deformidades articulares.

La valoración física también debe incluir el estado:

A. 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.

B. Piel. Buscar lesiones tróficas, úlceras por presión o vasculares, signos de isquemia.

La exploración física también puede ser realizada por sistemas, en busca de patologías frecuentes en el envejecimiento (Domínguez & García, 2014):

- Órganos de los sentidos (dificultad para enfocar objetos, dificultad en la audición)
- 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

3. Valoración por esferas

3.1 Exploración del área funcional

Se evalúan el conjunto de capacidades del AM para realizar actividades de su vida, su actividad habitual, y mantener su independencia (Wanden, 2021). Se pueden clasificar las actividades de la vida diaria en varios grupos; Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Las primeras (ABVD) son aquellas orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo tales como: bañarse o ducharse, vestirse, comer o dormir. Las segundas (AIVD) están orientadas hacia la interacción con el medio, a menudo son complejas y, generalmente, opcionales, ya que se podrían delegar en otros (uso de los sistemas de comunicación, manejo de temas financieros, ir de compras etc.) (NeuronUP, 2022). Las terceras (AAVD) se centran en la participación en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso (Wanden, 2021).

De acuerdo con Sánchez *et al.*, (2020) no se trata sólo de conocer el grado de dependencia en un momento concreto, sino entender los mecanismos que han ocasionado esa dependencia, el tiempo de evolución de ésta y el grado de reversibilidad. Existen diversas escalas para evaluar la capacidad funcional del AM, sin embargo, es importante corroborar que los instrumentos seleccionados sean adecuados para la población a evaluar, en esta ocasión se proponen el uso de los instrumentos que facilita la “*Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional*” (INGER, 2022).

Para la valoración de las ABVD se sugiere el uso del Índice de actividades de la vida diaria (KATZ) e índice de Barthel (Ver anexo 1 y 2), para la valoración de las AIVD y las AAVD se sugiere el uso del índice de Lawton (Ver anexo 3).

De igual manera se deben integrar instrumentos que evalúen la capacidad del adulto mayor para desplazarse como la Batería Corta del Desempeño Físico (por sus siglas en inglés SPPB), prueba cronometrada levántate y anda (Timed Up and Go) y la

prueba de fragilidad (FRAIL). En cuanto a la valoración de la agudeza visual se sugiere el uso de la prueba del susurro y para la valoración de la agudeza visual la valoración visual con cartilla de bolsillo (INGER, 2020).

3.2 Exploración del área psicosocial

Un área poco evaluada que tiene un alto impacto en la salud el AM es el área psicosocial donde se debe indagar sobre entorno familiar, redes de apoyo y los recursos del paciente. Se integra información sobre condiciones de vivienda, recursos económicos o de sostenimiento, acceso a servicios de salud, maltrato entre otros. Toda esta información influirá de manera determinante en el diagnóstico, el tratamiento e incluso la toma de decisiones, como la posibilidad o no de institucionalizar a un paciente. Los médicos deben ser muy meticulosos en estos asuntos, ya que puede estar obviando la problemática de fondo que ha traído al paciente a consulta (Domínguez & García, 2014).

Se sugiere el uso de instrumentos propuesto por el INGER (2020), tales como: evaluación de las barreras del entorno físico y la movilidad, escala geriátrica de maltrato, escala de recursos sociales (OARS por sus siglas en inglés) y el inventario de recursos sociales de personas mayores Díaz-Veiga (Ver anexo 4-7). Es importante destacar que la detección de alguna situación enfocada en esta esfera debe ser reportada a las autoridades pertinentes para su seguimiento.

3.3 Evaluación de la esfera nutricional

De acuerdo con Domínguez y García (2014), evalúa la presencia de causas y factores de riesgo de malnutrición en los AM. La evaluación de la condición nutricional puede hacerse mediante encuestas dietarias específicas o al determinar variables antropométricas o marcadores bioquímicos (dicha evaluación se abordará en el capítulo IV).

3.4 Evaluación de la esfera afectiva/psicológica

El objetivo principal de la valoración afectiva debe ser identificar y cuantificar posibles trastornos que afecten o puedan comprometer la autosuficiencia del adulto mayor, tales como depresión y ansiedad. Se ha demostrado que la depresión se asocia con una mayor morbilidad (Dicha evaluación se abordara en el capítulo V) (Domínguez & García, 2014).

3.4 Evaluación de la esfera cognitiva

El objetivo de esta valoración consiste en identificar algún deterioro cognitivo que pueda afectar la autosuficiencia del adulto mayor con el fin de establecer estrategias de intervención específicas. 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 (Domínguez & García, 2014).

La “*Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional (2022)*” elaborada por el INGER proponer una serie de instrumentos de tamizaje, que permiten identificar un déficit cognitivo. A continuación, se describe cada uno.

A. Fluencia verbal semántica (animales).

La evaluación de la fluencia verbal semántica forma parte de la batería de herramientas para evaluar el lenguaje, representa una tarea compleja desde el punto de vista cognoscitivo, pues implica procesos lingüísticos, mnésicos y ejecutivos. Se ha descrito que los resultados de esta prueba son influenciados por características sociodemográficas como son el sexo, la edad, la escolaridad y la ocupación. Tiene una sensibilidad del 90%, especificidad del 94% y un valor predictivo positivo del 90% (Carnero & Lendínez, 1999) (Ver Anexo 8).

B. Mini-Cog™.

Es un instrumento simple y rápido. No tiene influencia significativa del idioma, la cultura o la escolaridad. El Mini-Cog™ permite identificar a quienes requieren una

evaluación más exhaustiva. Es adecuado para su uso en todos los tipos de establecimientos de salud; es apropiado para ser utilizado con personas mayores, en contextos de múltiples idiomas, culturas y grados de escolaridad. Se compone de dos secciones, la primera es una prueba de 3 palabras y la segunda el dibujo de un reloj. La inclusión del dibujo de un reloj permite evaluar varios dominios cognitivos como: memoria, comprensión del lenguaje, habilidades visuales y motrices, funciones ejecutivas. Tiene una sensibilidad del 79-99%, una especificidad del 89-93% y un intervalo de confianza del 95% (Hartford Institute for geriatric nursing, 2017) (Ver Anexo 9).

C. Mini-Mental State Examination (MMSE)/Mini-Examen del Estado Mental.

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. Esta versión del mini-examen del estado mental la adaptó y validó Sandra Reyes de Beaman y colaboradores en población mexicana. Es una prueba cuya puntuación está altamente influenciada por la escolaridad y la edad. Aquellas personas que obtengan una puntuación baja requieren una evaluación clínica y neuropsicológica más exhaustiva para confirmar y determinar el grado de deterioro cognitivo. Tiene una sensibilidad del 97%, una especificidad del 88% y un área bajo a la curva de 0.849 (Gutiérrez *et al*, 2020) (Ver Anexo 10).

D. Montreal Cognitive Assessment (MoCA®) Evaluación Cognitiva de Montreal.

El instrumento de evaluación cognitiva de Montreal evalúa los siguientes dominios cognitivos: atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación. Tiene varias versiones alternas con la intención de disminuir los posibles efectos de aprendizaje cuando se utiliza de manera repetida en la misma persona. MoCA® ha sido probado en 14 idiomas y en personas de edades entre 49 y más de 85 años y con diversos grados de escolaridad. MoCA® ha sido usado en diversos contextos desde atención comunitaria de la salud, establecimientos hospitalarios, hasta servicios de urgencias. Puede utilizarse en personas de distintas culturas, múltiples

grupos de edad y diferentes niveles de escolaridad. Tiene una sensibilidad el 80%, una especificidad del 75% y un área bajo la curva de 0.886 (Samudio *et al*, 2018) (Ver Anexo 11).

E. General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG)/ Evaluación de la Cognición por Medicina General

Es un instrumento diseñado para la evaluación cognitiva. Cuenta con dos etapas: una evaluación dirigida a la persona mayor y otro cuestionario dirigido al informante que acompañe a la persona

mayor (esto solo es necesario si la persona mayor al terminar la prueba obtiene un resultado con una puntuación de 5-8). El instrumento se compone por los siguientes apartados: orientación, dibujar un reloj, información relevante y memoria. Tiene una sensibilidad del 87% y un Alpha de Cronbach 0.84 (Brodsky, 2002) (Ver Anexo 12).

F. Prueba de categorías de Isaacs.

La fluencia verbal es parte importante para evaluar el lenguaje de la persona mayor, ya que implica aspectos cognoscitivos. La prueba mide la fluidez verbal en cuatro categorías: colores, animales, frutas y ciudades. Su aplicación no requiere considerar la escolaridad, tiene una sensibilidad del 97% (Pascual, 1990) (Ver Anexo 13).

G. Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) Inventario y Cuestionario Neuropsiquiátrico

Es un cuestionario de auto aplicación el cual valora los cambios de conducta que presenta el paciente, explorando diez aspectos diferentes: delirios, alucinaciones, agitación/agresión, depresión/disforia, ansiedad, exaltación/euforia, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad, conducta motora anómala, sueño y apetito. La información se obtiene en entrevista con el informante del paciente. Tiene una confiabilidad del 0.89 y una validez del 0.87 en escala de síntomas totales (Boada, 2002) (Ver Anexo 14).

Referencias Bibliográficas

- Brodaty, H., Dimity, P., Nicola, M., Georgina, L. & Louise, H., (2002) The GPCOG: A New Screening Test for Dementia Designed for General Practice. *Journal of the American geriatrics society* 50, 530-534. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50122.x>
- Carnero-Pardo, C., & Lendínez-González, A. (1999). Utilidad del test de fluencia verbal semántica en el diagnóstico de demencia. *Revista de Neurología*, 29(8), 709-14. <https://doi.org/10.33588/rn.2908.99233>
- D'Hyver de las Deses, C. (2017). Valoración geriátrica integral. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(3), 38-54. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000300038&lng=es&tlng=es.
- Domínguez-Ardila, A. & García-Manrique, J.G. (2014). Valoración geriátrica integral. *Aten Fam*, 21(1):20–23. [10.1016/S1405-8871\(16\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30006-2)
- Gutiérrez-Robledo, L., Ávila-Ávila, A. Negrete-Robledo, I., & Blanco-Campero, E., (2020). Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. México. Instituto Nacional de Geriatria <http://www.geriatria.salud.gob.mx>
- Hartford Institute for geriatric nursing. (2017). Mental Status Assessment of Older Adults: The Mini-Cog. <https://hign.org/consultgeri/try-this-series/mental-status-assessment-older-adults-mini-co>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2012). Guía de Referencia Rápido Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
- Instituto Nacional de Geriatria (INGER) (2020). Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814340/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf

Instituto Nacional de Geriátría (INGER) (2022). Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional. [Guia_InstrumentosEvaluacion_2022_31oct.pdf](#)

NeuronUP (9 de marzo de 2022). Actividades de la vida diaria (AVDs): definición, clasificación y ejercicios. <https://neuronup.com/actividades-de-neurorrehabilitacion/actividades-de-la-vida-diaria-avds/actividades-de-la-vida-diaria-avds-definicion-clasificacion-y-ejercicios/>

Pascual, L., Martínez, J., Modrego, P., Mostacero, E., López del Val, J., & Morales, F., (1990). Análisis de tareas de fluidez verbal semántica en personas diagnosticadas de la enfermedad de Alzheimer y adultos sanos. *Revista de Investigación en Logopedia*, 4, 112-131. <https://doi.org/10.5209/rlog.58664>

Sánchez-García E., Montero-Erasquin, B. & Cruz-Jentoft, A. (2020). Actualización en valoración geriátrica integral. *An RANM*, 137 (01), 77-82. https://analesranm.es/revista/2020/137_01/13701doc01

Sanjoaquín-Romero, A.C., Fernández-Arín, E., Mesa-Lampré, M.P. & García-Arilla E. (S/F). Valoración Geriátrica Integral. *Tratado de geriatría para residentes* (59-68). Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

Wanden- Berghe, C. (2021). Valoración geriátrica integral. *Hosp Domic*, 5(2):115-24. <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.136>