

Bases y dominios de la valoración geriátrica

Rodolfo Emmanuel Albrecht Junghanns y Clemente Humberto Zúñiga Gil

El mejor interés del paciente es el único interés por considerar.

William J. Mayo (1910)

Escucha al paciente, él te dará el diagnóstico.

Sir William Osler (1849-1919)

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se revisará el concepto de la valoración geriátrica integral (VGI) y sus implicaciones en la práctica diaria de un geriatra y del equipo de salud para la atención integral de un adulto mayor.

En el ámbito de la medicina actual, el abordaje del adulto mayor resulta a veces complicado. Esto es debido, en parte, a la diversidad como paciente de este grupo (fig. 37.1) comparado con las demás etapas de la vida. Por este motivo, además del modelo médico tradicional, se requiere valorar diferentes dominios del área biológica, psicológica y social, para así poder elaborar una lista de problemas y necesidades más amplia y formular un plan terapéutico centrado en la persona. Además, no es lo mismo valorar a un paciente en su domicilio que en el consultorio, en urgencias, en el hospital o en un centro de larga estancia. Tampoco lo es en el caso de un enfermo con un trastorno neurocognitivo que presenta un delirium, o que está sano pero vive solo, enferma súbitamente y no tiene a nadie que pueda acompañarlo al médico; tampoco en el de aquel que acude a la consulta con comorbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles y alguna de ellas se ha agudizado y disminuye su reserva funcional; o en el caso de un individuo que tiene ya secuelas de un episodio vascular cerebral o una enfermedad de Parkinson y ve dificultadas sus actividades de la vida diaria básica o instrumentales y necesita un programa de rehabilitación; o, por último, en el caso de un paciente que se cae durante la noche y sea preciso descartar que ha sufrido alguna fractura, y al darse cuenta sus familiares acuden con él a un servicio de urgencias. Para todos ellos se necesita un proceso estandarizado, sistematizado y validado, que identifique las repercusiones que tienen los problemas que aquejan a un paciente determinado y así poder modificar el iceberg de incapacidad reconocida (fig. 37.2). Una vez que podamos hacer esto, se podrá implementar un programa de atención que incluya la visión de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción en la sociedad. Este proceso es la respuesta que tiene la geriatría a los retos de atención antes mencionados y que conocemos como «valoración geriátrica».

Cabe mencionar que este proceso es solo el inicio de la atención geriátrica, ya que de ahí se deberá partir para elaborar un plan de atención integral que cubra las necesidades detectadas por y para esta valoración.

DEFINICIÓN

La valoración geriátrica es un proceso estructurado de valoración global, con frecuencia interdisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que el paciente adulto mayor presenta, y durante este proceso se registran los recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios y finalmente se elabora un plan de cuidados progresivo, continuado y coordinado, dirigido a satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores.

También se puede definir como un proceso diagnóstico dinámico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas y las necesidades de los adultos mayores y poner en marcha un plan de tratamiento integrado, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos.

El término de valoración geriátrica puede ser también utilizado como valoración geriátrica integral (VGI), valoración geriátrica comprensiva, valoración geriátrica global, valoración geriátrica multidimensional, valoración geriátrica exhaustiva, abordaje multidisciplinario del adulto mayor, etc.

Se puede resumir que la valoración geriátrica es la piedra angular de la geriatría y es la clave para el manejo eficaz del adulto mayor frente a otras especialidades.

La valoración geriátrica surgió de la mano de la Dra. Marjorie Warren como una respuesta a la prevalencia de necesidades y problemas, y no solo del diagnóstico, así como de la discapacidad y dependencias reversibles no reconocidas en los años treinta del pasado siglo. Posteriormente se validaron, en los años setenta, escalas en diferentes dominios, y en los ochenta los National Institutes of Health destacaron su uso en la revisión rutinaria del paciente mayor, poniendo en ese momento énfasis en la necesidad de identificar, cuantificar y manejar los diferentes problemas de las personas de este grupo de edad, para poder mejorar así los desenlaces en salud y disminuir los costos de atención.

La valoración geriátrica no sustituye al esquema médico tradicional, sino que lo complementa. Esto quiere decir que viene a sumarse a la historia clínica tradicional en el adulto mayor y que desde el interrogatorio inicial se debe poner énfasis en las

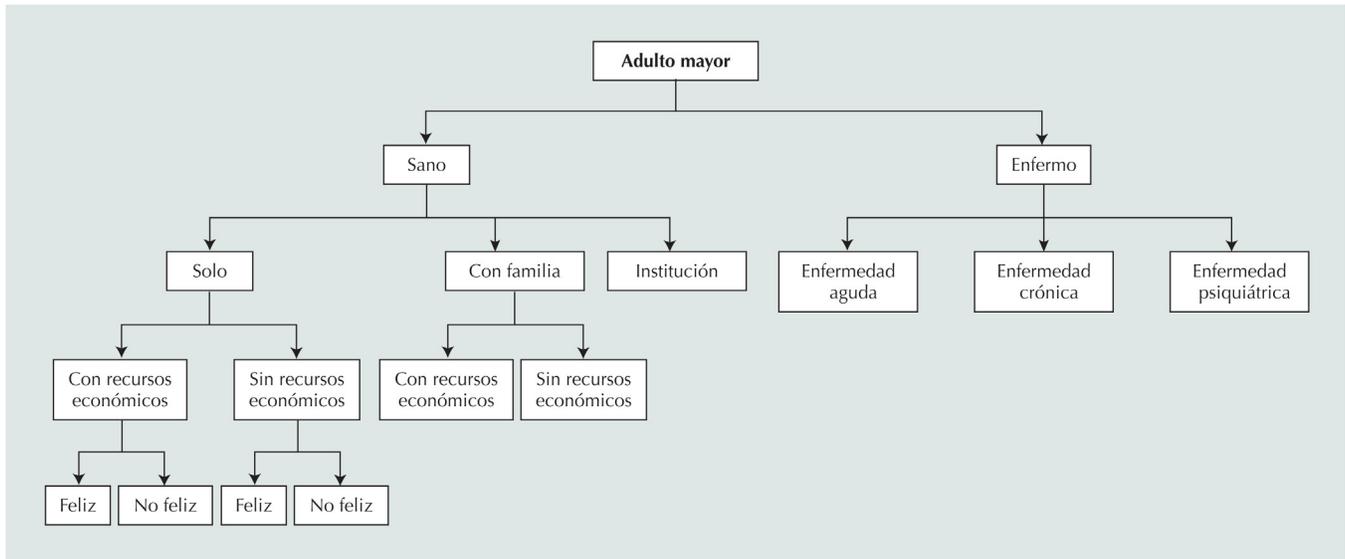


Figura 37.1 Diversidad del adulto mayor.

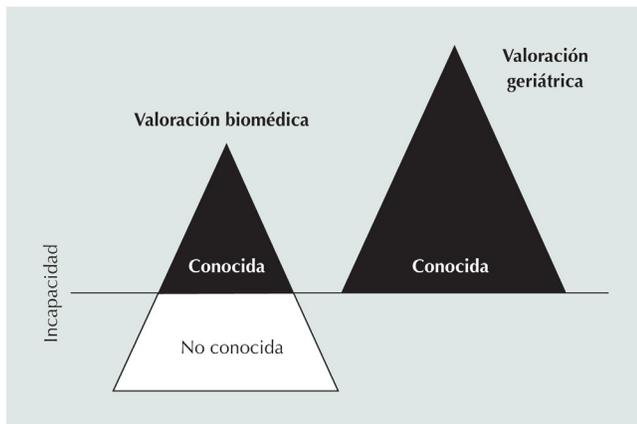


Figura 37.2 Iceberg de incapacidad reconocida.

manifestaciones atípicas de las enfermedades que ya sabemos que aquejan a este segmento de la población, así como de situaciones especiales de vivienda, de antecedentes y por supuesto de los medicamentos. Además, en la exploración física no se deben obviar los signos vitales, de preferencia en dos o tres posiciones, así como el medir la capacidad de un individuo para levantarse de una silla, la evaluación cualitativa de la marcha y el equilibrio, así como la exploración de los puntos de presión, sobre todo en los pacientes con escasa movilidad.

OBJETIVOS

Los objetivos principales de la VGI son:

- Mejorar la exactitud diagnóstica y la identificación de problemas.
- Establecer unos objetivos claros y asegurar un plan de cuidados racionales.
- Conocer la situación del paciente para predecir la evolución y observar cambios.
- Asegurar la utilización apropiada de servicios.
- Aplazar la institucionalización y el uso racional de recursos.

COMPONENTES DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

Los componentes clásicos de la valoración geriátrica son tres:

1. El área biológica/física, que incluye por lo menos la evaluación funcional a través de la valoración de las actividades de la vida diaria (AVD) marcha y equilibrio, estado nutricional, visión y audición.
2. El área mental, que evalúa el estado mental, afectivo y psicológico del paciente.
3. El área social, que revisa la integración del individuo con su pareja, familia y sociedad.

El estado funcional es la habilidad personal para realizar las actividades necesarias que aseguren un completo bienestar. En las AVD, entendemos como básicas el vestirse, alimentarse, la continencia, la movilidad, el utilizar el baño o el retrete y bañarse, mientras que como instrumentales entendemos el salir a la calle y utilizar el transporte público, pagar, usar el teléfono, hacer la comida y todas aquellas cosas que una persona ha desarrollado para su actividad laboral o de habilidades para algún satisfactor o *hobby* (fig. 37.3).

Este concepto es vital en el campo de la geriatría, pues generalmente el paciente puede no estar sano y sin enfermedades, pero que, a pesar de ellas y de su manejo y control, es capaz para realizar las actividades cotidianas y ser independiente con una calidad de vida que le permita seguir con un estándar óptimo durante el resto de su vida.

Conocer el estado funcional de un paciente permite implementar medidas para obtener una respuesta compensatoria al déficit que presente; es decir, por ejemplo, si la persona tiene un déficit biológico, como un episodio vascular cerebral y sus secuelas, o una etapa moderada o grave de un trastorno neurocognitivo de tipo Alzheimer, puede efectuarse una compensación psicológica, social o psicosocial si es que no existen, además, las medidas terapéuticas para cada caso. Los propósitos de la evaluación funcional se presentan en la tabla 37.1.

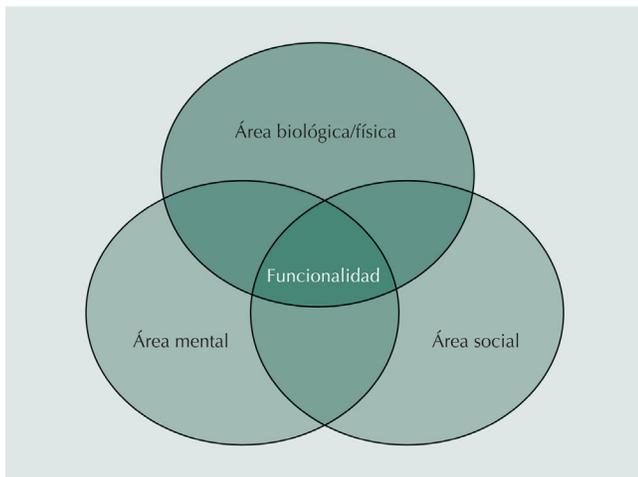


Figura 37.3 Componentes de la valoración geriátrica.

TABLA 37.1 Propósitos de la evaluación funcional

Propósito	Objetivo
Descripción	Desarrollar datos normativos Describir a la población geriátrica con base en parámetros seleccionados Valorar las necesidades Describir los resultados relacionados con varias intervenciones
Detección	Identificar, entre una población en riesgo, a los individuos que deben someterse a una valoración adicional
Valoración	Establecer un diagnóstico Asignar un tratamiento
Vigilancia	Observar los cambios en las alteraciones sin tratamiento
Predicción	Revisar el avance de las que reciben tratamiento Permitir intervenciones clínicas con bases científicas Establecer declaraciones pronósticas de los resultados que se esperan con base en las condiciones

BENEFICIOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

Como se ha mencionado antes, realizar una VGI puede acarrear beneficios directos y reales hacia el paciente, como pueden ser:

- Mejora de la exactitud diagnóstica.
- Mejora del estado funcional.
- Mejora afectiva o cognitiva del paciente.
- Reducción del uso de los fármacos pese al mayor número de diagnósticos.
- Retardo en la institucionalización de un individuo.
- Disminución de la institucionalización de los adultos mayores, permitiendo que vivan más tiempo en sus hogares.
- Aumento de los servicios de salud a domicilio, disminuyendo los costes para el paciente, la familia o la sociedad.

- Reducción del uso de hospitales de agudos y de los servicios hospitalarios.
- Reducción del costo de los cuidados médicos, en general.
- Prolongación de la supervivencia con más años de vida saludable.
- Mejora de la calidad de vida de los sujetos.

Los factores que contribuyen a un alto impacto de la VGI son: que se pueda seleccionar a la población blanco o diana, incluir un seguimiento, que los líderes en realizarla tengan el control o la manera de influir para poder modificar o cambiar, y que las intervenciones sean activas, como se ha comprobado en diferentes estudios hace ya unas décadas.

Un estudio multidimensional y multicéntrico en la práctica general con más de 43.000 pacientes mayores de 75 años, en el que se realizó un estudio comparativo entre la valoración general y una VGI, mostró mejoría en la calidad de vida y en la movilidad, la interacción social (de manera significativa) y los conceptos de moralidad, pero no hubo cambios en la mortalidad o en las admisiones al hospital o a instituciones de larga estancia o crónicos. Se necesitaron 41 evaluaciones para evitar que un paciente no fuera internado. En Gran Bretaña, desde 1990 es obligatorio realizar una VGI anual a todo adulto mayor.

En otros países utilizan una recopilación de todas las pruebas estandarizadas y unificadas a realizar a todo paciente que ingrese a una institución de cuidados prolongados, como el Minimum Data Set (MDS) o la Uniform Data Set (UDS) para pacientes con enfermedad de Alzheimer. Se ha intentado usar otros protocolos, como el Physical Performance Test (PPT), para medir la capacidad funcional en ambientes clínicos, con pruebas muy sencillas con alta sensibilidad y especificidad, pero que no han permeado en la comunidad médica. Europa, a su vez, a través del protocolo *Standardised Assessment for Elderly Patients in Primary Care* (STEP) y mediante 76 preguntas y 2 pruebas cortas, se puede identificar en el adulto mayor hasta 44 problemas de salud. Las evaluaciones frecuentes durante el año disminuyen en hasta una tercera parte los internamientos y detectan un nuevo problema médico y dos psicosociales.

No hay que olvidar que cada VGI deberá estar centrada en la propia persona, incorporando cuatro niveles de evaluación:

- *Contacto*. Que tiene por objeto recabar la historia clínica del paciente para su evolución, con los detalles o ficha personal que puede ser obtenida por el médico de primer contacto.
- *Holístico*. Proveer un estado funcional del paciente con las herramientas descritas.
- *Especializado*. Dar información detallada con evaluaciones específicas para la memoria, movilidad y evaluación domiciliaria, por ejemplo.
- *Completa*. Integrar los diferentes dominios y su apropiada interpretación para coordinar y emplear los diferentes recursos.

Al realizar todo lo anterior, se verá que, por último, para que se observen beneficios, se deben implementar medidas para que las personas perciban que las compensaciones les permitirán adaptarse a los cambios debidos a un problema. Las ayudas deberán estar pensadas para reducir las limitaciones en las AVD, para darles la libertad e independencia suficientes

para modificar su vivienda y vivir en su hogar y con calidad de vida, o asistirlos en la búsqueda de una institución acorde a sus necesidades y recursos.

¿EN QUIÉNES SE DEBE REALIZAR LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL?

La American Geriatrics Society postula que se evalúe a todo paciente frágil como rutina, a los pacientes con riesgo funcional en cualquier lugar, dentro de un protocolo de ingreso a una institución de cualquier área relacionada con el paciente adulto mayor, y que debe ser remunerada adecuadamente, así como a sus complementos.

ALGORITMO DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

Como se muestra en la [figura 37.4](#), se puede crear un algoritmo para dimensionar cómo se debe realizar una evaluación, quién es el sujeto de estudio y las posibles escalas a realizar, así como el equipo de salud, para que en función de las preferencias personales del paciente se puedan describir los problemas o patologías, para establecer los objetivos generales y desarrollar un plan integral con los recursos humanos, médicos y de infraestructuras, y obtener así logros medibles en la salud biopsicosocial de cada paciente. Este algoritmo es importante, pues está demostrado que, si no hay intervención, seguimiento y reevaluación, e iniciar nuevamente la misma, no se producirán beneficios ni cambios en el estado actual de calidad en el adulto mayor.

Para efectuar esta valoración es necesario un equipo de salud. Los equipos de salud deben ser no solo multidisciplinarios, que actúan de forma independiente, de manera informal y en ocasiones con los mismos objetivos, sino que deben ser interdisciplinarios,

que permitan ser interdependientes, con los mismos objetivos y trabajar tanto de manera formal como informal.

Los elementos que conforman un equipo de salud básico son un médico, una enfermera y una asistente social, mientras que el equipo ampliado puede incluir, además de los anteriores, una auxiliar de enfermería, un terapeuta ocupacional, un fisioterapeuta, un psicogeriatra, un psicólogo, un rehabilitador y un nutriólogo, entre otros. Es obvio que esto, aunque tiene el beneficio de cubrir más aspectos de la valoración, encarece el coste total, además de que en muchos lugares no se cuenta con este personal ni sería posible asistir a un domicilio en su conjunto.

La clinimetría o uso de escalas para evaluar los componentes descritos anteriormente debe escogerse basándose en que:

- Aporten objetividad y reproducibilidad de los valores estudiados.
- Ayuden a detectar el deterioro o la incapacidad no reconocida.
- Cuantifiquen el grado de deterioro y su valor pronóstico.
- Evalúen la calidad de los cuidados emitidos.
- Faciliten la transmisión de información dentro y para todo el equipo de salud y del propio paciente.
- Sean útiles para una posible investigación clínica presente o futura, y sirvan de comparación con otras escalas para su implementación y mejora continua, siempre centradas en el propio paciente.

Ahora bien, ¿cómo escoger la escala, el test o la prueba a aplicar? Se deben tener en consideración, además, los siguientes puntos que nos darán la pauta de su elección:

- ¿Qué queremos medir y para qué?: una escala sin estos atributos no dará mucha información o el que la realice no sabrá qué deducir de ella y, por lo tanto, no se implementará una acción en beneficio del sujeto encuestado.
- Validez de la escala: es importante siempre que la escala que se vaya a utilizar sea una versión validada a nuestro idioma y nuestro nivel sociocultural y geográfico, pues en muchas ocasiones es una burda traducción. Además, siempre habrá que revisar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo, falsos positivos y falsos negativos para dimensionar la utilidad de esa escala en el paciente o población diana.
- Reproducibilidad o fiabilidad: es importante que se hable el mismo idioma dentro del equipo de salud a nivel local, regional e internacional, pues es la base de la integración a nivel mundial de la misma valoración geriátrica. Hay pruebas de que, aunque son excelentes, tienen un coste extra o patentes que las hace, en muchas ocasiones, inviables en la práctica diaria.
- Sensibilidad al cambio: es importante que pueda ser sensible a ajustes en el tratamiento y medirlos, para así tener la evidencia de que lo que se hace repercute positivamente.
- Aceptabilidad por el paciente: muchas escalas pueden ser tediosas y consumir mucho tiempo en su aplicación, lo que las hace inaplicables en la actividad asistencial; por tanto, deben ser prácticas y concisas, y hacer que el paciente se sienta cómodo para que permita su administración.
- Profesional y tiempo requerido: cuanto más fáciles de administrar sean, mayor será su reproducibilidad. Deben poder ser aplicadas por personal que no sea altamente cualificado y costoso, pues dificultaría su implementación sistemática.

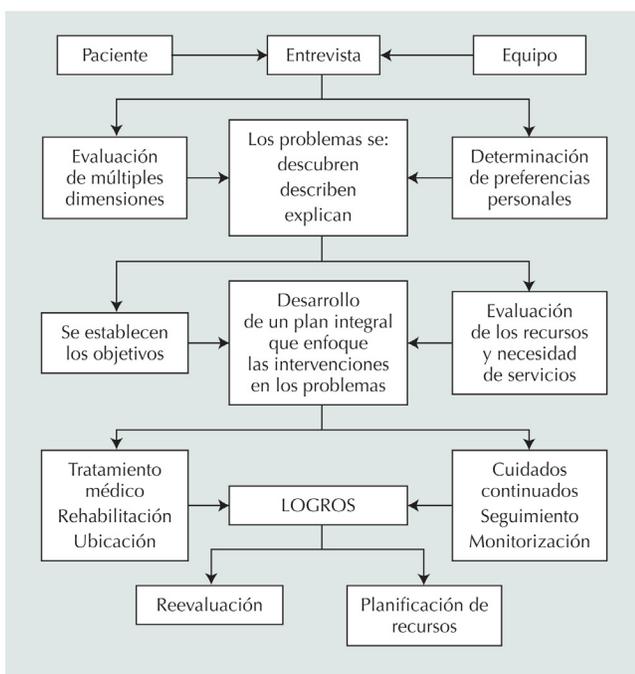


Figura 37.4 Algoritmo de la valoración.

- Nivel asistencial: por último, el nivel asistencial al que se quiera aplicar estas pruebas es muy importante y relevante, pues se debe considerar si es de escrutinio, tamizaje, valoración diagnóstica o terapéutica, de medición de calidad de vida, etc., y en los diferentes niveles asistenciales de atención.

DIMENSIONES DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Las dimensiones o dominios que miden los componentes biopsicosociales de la VGI han ido evolucionando desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989 enunció 6 áreas a evaluar:

1. Salud física.
2. Función mental: síntomas cognitivos y psiquiátricos.
3. Capacidad funcional: AVD básicas e instrumentales.
4. Recursos sociales.
5. Recursos ambientales.
6. Recursos económicos.

A finales de los años noventa del pasado siglo se comenzó la tarea de resumir qué dimensiones eran las apropiadas. El resumen actual se muestra en la [tabla 37.2](#).

Otra pregunta habitual en la discusión sobre la capacidad funcional es cuándo debe empezarse a medir y por qué. La OMS, desde el año 2000, ejemplifica claramente que cuanto más temprano en la vida se evalúe y se realicen las intervenciones

pertinentes, mejor será esta capacidad funcional y antes disminuirá el umbral de discapacidad, con lo que mejorará la calidad de vida del adulto mayor ([fig. 37.5](#)).

Debido a que los síndromes geriátricos difícilmente son evaluados intencionalmente por el médico general, de familia o de primer contacto, algunos autores proponen una herramienta de evaluación breve (BAT, *Body Attitudes Test*), sin que reemplace a la valoración geriátrica exhaustiva, pero que pudiera permitir que en el poco tiempo asignado de consulta se puedan identificar algunos problemas en el paciente y canalizarlo mediante un procedimiento de referencia-contrareferencia a un especialista, para posteriormente continuar con su manejo en la consulta de atención primaria ([tabla 37.3](#)).

Queremos también insistir en que la evaluación, además de en los ambientes hospitalarios y del consultorio, es muy importante realizarla alguna vez en casa, pues es ahí donde se pueden detectar, por ejemplo, factores de riesgo de caídas, además de problemas que muchas veces pasan inadvertidos y son relevantes, como el dolor en general, y que merecen un capítulo aparte. El dolor puede ser muy importante, tal como se menciona en un estudio que refiere que, si se busca en el adulto mayor, hasta el 73,7% de los pacientes lo sufren, siendo las rodillas y la columna los principales sitios de ubicación.

Muchos pacientes antes de ser trasladados o no a un nivel asistencial, prefieren ser evaluados en su casa, por lo que los problemas como los cuidados de un cáncer, una urgencia y sus

TABLA 37.2 Dimensiones de la valoración geriátrica integral

Componente	Dimensión o dominio	Método o escalas frecuentes
Componente biológico	Estado médico	Historia clínica tradicional
	Estado físico	Exploración física
	Medicamentos	Historia farmacológica
Componente psicológico (esfera mental o afectiva)	Estado cognitivo	Mini Mental State Examination Montreal Cognitive Assessment MiniCog Test del reloj Addenbrooke's Cognitive Examination
	Estado afectivo	Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS)
Componente social	Estado social	Historia social, APGAR
Funcionalidad	Estado funcional	Actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz, índice de Barthel) Actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton) Functional Assessment Questionnaire o test de Pfeffer
Otras	Estado nutricional	Historia nutricional, Mini Nutritional Assessment (MNA), valoración global subjetiva (VGS)
	Equilibrio y marcha	Test de Tinetti Up and Go
	Dentición	Examen dental
	Peligros ambientales	Lista de seguridad
	Geroprofilaxis	Hoja de escrutinio Cartilla de vacunación
	Cuidador	Escala de Zarit
	Otros síndromes geriátricos	Fragilidad (herramienta FRAIL) Incontinencia urinaria (3IQ) Riesgo de fractura osteoporótica (Fracture Risk Assessment Tool o FRAX)
	Calidad de vida	Quality of life inventory, SF-36, EuroQoL 5D
	Directrices futuras (60)	Voluntad anticipada, testamento vital
	Espiritualidad	Conocer sus preferencias

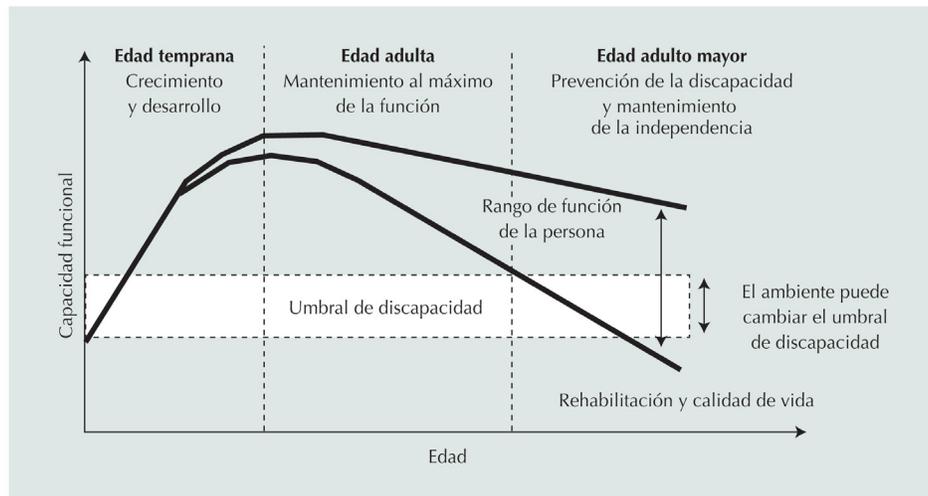


Figura 37.5 Perspectiva de vida en salud para mantener la capacidad funcional al máximo. Modificado de: Organización Mundial de la Salud, 2000.

TABLA 37.3 Herramientas de evaluación breve

	Evaluación breve	Valoración geriátrica
General		Historia social
Capacidad funcional	4 preguntas sobre AVD	ABVD, AIVD
Cambio en la función cognitiva	MiniCog	Historia clínica, MMSE, test del reloj, evaluación del delirium (CAM) y valoración neuropsiquiátrica (NPI)
Cambio en el estado anímico	2 preguntas	GDS
Incontinencia urinaria	4 preguntas	Historia clínica y ultrasonido de vejiga
Marcha y equilibrio	Observación/caídas en el último año	Historia clínica, caídas en el pasado, test de Tinetti, factores de riesgo, hipotensión ortostática
Diminución visual	Leer el periódico	Carta de Snellen, campo visual
Disminución auditiva	Test de susurrar	Historia, susurrar a 30/60 cm
Desnutrición	Pérdida de peso en el último y en los 6 últimos meses	Historia, pérdida de peso en el último y los 6 últimos meses, MNA, IMC
Osteoporosis	Disminución de la altura Densitometría ósea	Disminución de la altura Densitometría ósea

ABVD, actividades básicas de la vida diaria, AIVD; actividades instrumentales de la vida diaria; AVD, actividades de la vida diaria; CAM, *Confusion Assessment Method*; GDS, escala de depresión geriátrica de Yesavage; IMC, índice de masa corporal; MMSE, *Mini-Mental State Examination*; MNA, *Mini Nutritional Assessment*; NPI, *Neuropsychiatric Inventory*.

posibles cuidados iniciales, pacientes con demencia o delirium, probable fractura (y la más importante la de la cadera), cirugías electivas y su programación y los cuidados intermedios, o incluso pacientes con fragilidad manifiesta, pueden ser motivo de valoración geriátrica domiciliaria, para determinar un plan de manejo en cada una de las instancias mencionadas, modificando a su vez las escalas a utilizar para adecuarlas al domicilio de cada persona.

Otro de los problemas que se omite, y que es de suma importancia, es la revisión farmacológica, pues más de la tercera parte de los pacientes a los que se interna y que posteriormente egresan de un hospital muestran problemas y falta de comunicación entre el facultativo del hospital y su médico. Se puede implementar el conocido método de la bolsa, que

consiste en que el paciente lleve todos sus medicamentos administrados por los médicos y los de autorreceta para una revisión farmacológica. Cuando se realiza una revisión sistematizada, el número de medicamentos y de reacciones secundarias o adversas disminuye radicalmente.

Mediante la VGI se pretende determinar los predictores de muerte, por lo que es deseable incluir otros parámetros que detecten los factores de riesgo, tales como el hábito tabáquico, el síndrome metabólico y la desnutrición en el adulto mayor, que son factores de riesgo independientes, además de la edad, por lo que se deberá modificar esta valoración e incluirlos para poder intervenir y modificarlos.

En este capítulo no se analiza en profundidad cada escala o prueba de cada uno de los diferentes dominios señalados, pues esto se efectúa en los siguientes capítulos.

COMUNICACIÓN

Antes de describir los diferentes dominios, nos centraremos en uno especialmente importante que no se desarrolla durante el ejercicio de la profesión médica: la comunicación.

Existen factores relativos al paciente, como la visión o la audición disminuidas, que determinan que el espacio a utilizar para realizar una valoración deba estar bien iluminado y se deben haber eliminado los ruidos que distorsionen una comunicación adecuada. Se debe hablar despacio pero no lento y en tono bajo y grave, salvo que el paciente pida un cambio de voz y tono; nos hemos de colocar frente al paciente, y, si es necesario, escribir las preguntas con letra clara y grande. Estos aspectos son fundamentales para poder elaborar una buena entrevista. El desempeño psicomotor puede ser más lento, por lo que hay que brindar al paciente el tiempo suficiente para responder y así anotarlos en la entrevista.

El paciente puede tener una concepción errónea acerca de su salud y no atreverse a cuestionarla ante el médico, o tener ya un deterioro cognitivo o un estado depresivo, o respuestas físicas y fisiológicas que puedan confundirse con el proceso de envejecimiento, por lo que se deberán formular las preguntas de manera específica y comprensible, que sean potencialmente importantes, así como utilizar cualquier recurso, incluso, hoy en día, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para completar el interrogatorio.

Al haber una prevalencia de comorbilidades y en ocasiones hasta somatización de sus emociones, hay que atender a todos los síntomas somáticos, descartando los tratables, así como conocer las molestias o inquietudes del paciente para prestar especial atención a los síntomas y signos nuevos o cambiantes. Muchas veces serán necesarias varias entrevistas para completar un interrogatorio y una VGI a causa de la fatiga o cansancio del propio paciente.

El paciente cree muchas veces que ya nada se puede hacer y que molesta al médico, y al no querer ser negativo, no menciona sus problemas o incluso en ocasiones puede percibir el bloqueo o reticencia del profesional y confirmar sus miedos como algo que modificará su salud. El médico, a su vez, por la premura de tiempo o la sobrecarga de trabajo, proporciona una ayuda y un tratamiento aun antes de detectar el problema u origen principal de la consulta de su paciente. En otras ocasiones explica como normal la tensión o la disminución de la reserva fisiológica de su paciente y cambia de tema; esto es percibido por el paciente como que lo dejará «solo» en situaciones de urgencia o necesidad.

En resumen y como solución a lo comentado antes, destacamos como importantes los siguientes puntos:

- Permitir al paciente que «muestre»:
 - Sus principales problemas.
 - La percepción de estos.
 - El impacto físico, emocional y social de sus problemas tanto para él como para la familia.
- Elaborar a medida del paciente la información que este quiere recibir, comprobando su nivel de entendimiento.
- Observar las reacciones a la información recibida, tanto del paciente como de su familia, así como sus preocupaciones sobre aquella.

- Determinar si el paciente quiere participar en la toma de decisiones, siempre que esto sea posible.
- Es deseable discutir las opciones de tratamiento para que el paciente y su familia entiendan las implicaciones presentes o futuras, incluyendo los costes económicos, en caso de que existan.
- Maximizar la oportunidad para que el paciente siga las decisiones sobre su tratamiento, así como el cambio en su estilo de vida.

Es decir, que todos los profesionales de la salud deberemos desarrollar nuestras habilidades de comunicación, pues los médicos con buenas habilidades de comunicación identifican mejor los problemas de sus pacientes, sus pacientes se ajustan mejor psicológicamente y están más satisfechos con su cuidado. Los médicos con mejores habilidades de comunicación tienen una satisfacción más grande con su propio trabajo y menos tensión por el mismo. Es esencial tener la oportunidad de practicar estas destrezas en comunicación y recibir retroalimentación, pues menos del 50% de los médicos están capacitados, a pesar de que hay métodos efectivos para desarrollar las habilidades en la comunicación.

A modo de resumen, es vital una comunicación eficaz y eficiente mediante los puntos siguientes:

- Se debe hablar con sencillez.
- Hay que informarse de lo que piensa el paciente y la familia antes de iniciar un diálogo.
- No hay que «soltar» todas las malas noticias, y para darlas hay que hacerlo conforme a las condiciones socioculturales del paciente, su familia y su entorno.
- Siempre habrá que dar oportunidad para las preguntas y responder con sencillez y de manera entendible para el paciente y sus familiares.
- Si el paciente habla de intervalo de tiempo, tratar de responder a esa pregunta.
- No hay que destruir la esperanza (p. ej., una posible remisión, una meta próxima, morir en casa, ver a un familiar, etc.).
- Tratar de dar los cuidados paliativos para una muerte tranquila y en compañía, si así lo solicita el paciente.
- Transmitir la confianza de que va a estar atendido y cuidado, y con apoyo familiar hasta sus últimos momentos.
- Siempre mostrar amabilidad y paciencia, aun para aquel que niega la enfermedad y su pronóstico.

FUTURO DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Los siguientes puntos resumen algunas de las ideas que han permeado a través del tiempo en la utilización de la VGI y los diferentes dominios:

- Realizar investigaciones multicéntricas, aleatorias y controladas de la VGI, incluyendo tanto centros académicos como no académicos.
- Ampliar los estudios de VGI a otros dominios como la calidad de vida, el efecto en la familia y la relación coste-beneficio.

- Ampliar los estudios de la VGI hacia otros lugares como la casa y los asilos.
- Determinar la manera más efectiva de dirigir la VGI hacia la población de la tercera edad en general.
- El uso de estudios de VGI para evaluar los efectos de las combinaciones del personal, las escalas y las intervenciones.
- Comparar los efectos de la valoración con y sin métodos coordinados de implementar planes de cuidado.
- Desarrollar nuevas escalas de valoración para medir los niveles y cambios en el estado funcional, particularmente para aquellos pacientes con deterioro de moderado a grave.
- Comparar directamente los instrumentos que evalúan información en un mismo dominio.
- Desarrollar bases de datos que puedan establecer patrones de cambios en la funcionalidad, especialmente en personas de las instituciones de largo plazo.
- Unificar las escalas a utilizar, pues todavía, hoy en día, no se han estandarizado completamente, tal como muestra un estudio español.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, destacaremos:

- Que la VGI es la piedra angular de la geriatría.
- Que la valoración integral identifica o diagnostica problemas o enfermedades más que un simple examen médico rutinario actual.
- Que se necesita de todo el equipo interdisciplinario de salud de forma cotrascendental.
- Se puede y se debe elaborar un programa de acción específico para cada paciente.
- Se pueden medir con ella las correcciones a las anomalías detectadas y ver la evolución ante las intervenciones realizadas.
- Analiza desde los diferentes ángulos (p. ej., la sociedad, el sistema de salud y sus políticas públicas y sociales en

salud, pero principalmente del propio paciente) y sirve como instrumento para medir, entre otros, la calidad de vida, la vitalidad y el envejecimiento activo de los propios individuos, así como de la población en general.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Elsawy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *Am Fam Physician* 2011;83:48-56.
- Fletcher AE, Price GM, Ng ES, et al. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet* 2004;364:1667-77.
- Flores Ruano T, Cruz Jentoft A, González Montalvo JI, et al. Herramientas de valoración geriátrica en Servicios de Geriatría españoles. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2014;49:235-42.
- Kara O, Canbaz B, Kizilarlanoglu MC, et al. Which parameters affect long-term mortality in older adults: is comprehensive geriatric assessment a predictor of mortality? *Aging Clin Exp Res* 2017;29:509-15.
- Larsen MD, Rosholm JU, Hallas J. The influence of comprehensive geriatric assessment on drug therapy in elderly patients. *Eur J Clin Pharmacol* 2014;70:233-9.
- Mueller YK, Monod S, Locatelli I, et al. Performance of a brief geriatric evaluation compared to a comprehensive geriatric assessment for detection of geriatric syndromes in family medicine: a prospective diagnostic study. *BMC Geriatr* 2018;18:72.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland DG, et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. *N Engl J Med* 1984;311:1664-70.
- Rubenstein LZ, Siu AL, Wieland D. Comprehensive geriatric assessment: toward understanding its efficacy. *Aging Clin Exp Res* 1989;1:87-98.
- Senn N, Monod S. Development of a comprehensive approach for the early diagnosis of geriatric syndromes in general practice. *Front Med* 2015;2:78.
- van Rijn M, Suijker JJ, Bol W, et al. Comprehensive geriatric assessment: recognition of identified geriatric conditions by community-dwelling older persons. *Age Ageing* 2016;45:894-9.