

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

**Guía de Referencia
Rápida**

SEDENA

SEMAR

Valoración
Geronto-Geriátrica Integral
en el Adulto Mayor Ambulatorio

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-491-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE 10: Z71X Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte

GPC

**Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio
ISBN en trámite**

DEFINICIÓN

La Valoración Geronto-Geriátrica Integral geriátrico es un Instrumento de evaluación multidimensional (biopsicosocial y funcional), que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento oportuno, es una herramienta fundamental para la práctica clínica de cualquier médico, que le permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente.

JUSTIFICACIÓN

La atención del anciano requiere de una evaluación integral que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido, las relacionadas con las actividades de la vida diaria y funcionalidad, y otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad, inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre él y su entorno con el cual éste interactúa en forma constante. Por su condición de salud, ellos requieren de atención multidisciplinaria, con modelos de atención en salud más centrados en el “cuidar” que en el “curar”, deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y la comunidad.

A pesar de contar con recursos humanos especializados en el área, éstos son insuficientes para atender las necesidades de este grupo poblacional. Por lo que es necesario elaborar una herramienta práctica que le permita al médico familiar y a otros profesionales de atención primaria identificar en forma práctica factores de riesgo, síndromes geriátricos y comorbilidad asociada, con el fin de otorgar intervenciones de manera oportuna e integral para mantener y recuperar la funcionalidad mental, emocional, física y social del adulto mayor.

La Valoración Geronto-geriátrica permitirá identificar a los adultos mayores con alto riesgo de declinación funcional, morbilidad, y mortalidad, para otorgar un plan de intervenciones no farmacológicas y una prescripción razonada, así como una referencia oportuna a grupos de activación física, recreativa, artístico-cultural y de capacitación.

1. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI) (Algoritmo 1).

La valoración geriátrica Integral es un proceso diagnóstico interdisciplinario multidimensional, enfocado en determinar el deterioro en el área médica, psicológica, funcional, social y familiar de los problemas de una persona de edad avanzada así como sus recursos, con el fin de desarrollar un plan integral de manejo y seguimiento. Un metanálisis concluyó que a los ancianos hospitalizados que se les realizó la VGI incrementaron la probabilidad de permanecer vivos en su propia casa, es decir, menor probabilidad de institucionalizarse, de presentar deterioro funcional o de morir, además de experimentar mejoría de la cognición en un máximo de 12 meses comparado con otros pacientes de mismas características. Su enfoque es más rentable (costo-efectivo) en comparación con el método convencional, existe una mejoría en la calidad de vida, mejoría en el estado funcional y una mejor satisfacción del paciente en el grupo que se le realiza la VGI comparado con el grupo convencional. Se recomienda realizar una valoración geriátrica integral a todos los pacientes mayores de 60 y más años por lo menos una vez al año en atención primaria

2. VALORACIÓN MÉDICO-BIOLÓGICA.

2.1 EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR AMBULATORIO (Algoritmo 2)

No hay una definición estándar para el término polifarmacia, la más aceptada se refiere al uso de 5 ó más fármacos, incluyendo la terapia alternativa, otra es la administración de más medicamentos de los que están clínicamente indicados. Es más frecuente en ancianos y contribuye al incremento de reacciones adversas, iatrogenia e ingresos hospitalarios.

Los cambios fisiológicos relacionados al envejecimiento alteran la farmacocinética y la farmacodinamia e influye en la elección, dosis y frecuencia de la administración de muchos fármacos. La farmacoterapia puede complicarse por la incapacidad de los ancianos para comprar u obtener los fármacos, o para seguir los tratamientos prescritos. La polipatología, múltiples prescriptores, una mala comprensión de las quejas del anciano, entre otras, conlleva a la polifarmacia, lo cual contribuye al incremento de reacciones adversas, iatrogenia e ingresos hospitalarios. La manera más eficaz de prevenir las reacciones adversas es disminuir la cantidad de fármacos prescritos.

Diferentes estudios muestran que hasta 90% de los adultos mayores de 65 años ingieren uno o más medicamentos, 50% 2 o más y 12% 5 o más. Se estima que de 1.9 millones de efectos adversos registrados en mayores de 65 años, 180 mil pusieron en peligro la vida y de éstos, el 50% son prevenibles y alrededor del 12% de los pacientes geriátricos hospitalizados, fue debido a una reacción adversa a fármacos.

Se recomienda que en cada consulta se analice la lista de medicamentos prescritos y automedicados, con el propósito de identificar las posibles interacciones medicamentosas o de fármaco-enfermedad, asegurarse de no prescribir los medicamentos considerados como inapropiados para pacientes geriátricos, según los criterios de Beers o criterios START/STOPP, (Cuadro 1 y 2, *Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geronto-Geriátrica en el Adulto Mayor Ambulatorio*). Siempre que sea posible, deben ser atendidos, por un solo profesional suficientemente capacitado para que pueda abarcar con la mayor integridad un organismo que sufre por varias dolencias, muchas de las cuales pueden aliviarse o eliminarse con un análisis minucioso del problema y sugerencias no farmacológicas, así como recomendar los tres principios de la prescripción apropiada: 1) Disminuir la cantidad de fármacos, menos es mejor (Less is more), 2) Iniciar con dosis bajas e incrementar lentamente (Start low and go slow) y 3) Al presentar un nuevo síntoma pensar en efectos secundarios (Think in drugs;).

2.2 EVALUACIÓN DE PROBLEMAS DE VISIÓN Y AUDICIÓN EN EL ADULTO MAYOR (Algoritmo 3)

En los adultos mayores la disminución de la agudeza visual y auditiva tiene repercusiones importantes, pues condiciona aislamiento, comprometiendo la socialización, su independencia funcional y calidad de vida. La pérdida auditiva llega a tener una prevalencia del 25 al 40% en el grupo de 65 años y se incrementa hasta 80% en mayores de 85 años, se asocia con síntomas depresivos y aislamiento social. La disminución en la agudeza visual es un factor de riesgo para caídas, depresión y dependencia funcional.

Para la detección inicial de la pérdida de agudeza visual y/o auditiva es suficiente con preguntar al adulto mayor o a su cuidador primario, lo siguiente:

¿Tiene dificultad para ver la televisión, leer o para ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista?, ¿Tiene dificultad para oír?

Si la respuesta es positiva para cualquiera de las preguntas se deberá buscar la causa tratable o enviar a valoración por el especialista correspondiente.

2.3 EVALUACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR (Algoritmo 4)

La incontinencia urinaria incrementa el riesgo de úlceras por presión, infecciones del tracto urinario, sepsis, caídas, fracturas, depresión, aislamiento, polifarmacia, dependencia, carga al cuidador e incremento de los costos de atención. La deficiencia de estrógenos puede ser un factor etiológico frecuente en la nicturia e incontinencia urinaria de la mujer, por lo que se sugiere investigar de forma sistemática esta deficiencia antes de considerar otra terapia. En la evaluación clínica inicial basta con la información del paciente para establecer el diagnóstico considerándose como: "cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente". Se recomienda preguntar en la valoración inicial: ¿pierde usted orina cuando no lo desea? ¿Tiene usted problemas con su vejiga, se moja sin querer?

Se deberá descartar causas concomitantes de incontinencia urinaria aguda (<4 semanas) que puedan tratarse como infección de vías urinarias, diabetes descontrolada, impactación fecal, atrofia vaginal, delirium, polifarmacia.

Se recomienda que al diagnosticarse incontinencia urinaria de urgencia y esfuerzo se indiquen ejercicios de piso pélvico y entrenamiento vesical. Para el tratamiento inicial de la incontinencia urinaria es suficiente la información que refiera el paciente sin necesidad de estudios invasivos

2.4 EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

La prevalencia de desnutrición en los ancianos en México varía entre 1 y 4% en los hombres y 1 a 5% en las mujeres. Se recomienda que los médicos de primer contacto rutinariamente determinen el estado nutricional de los ancianos, así como ofrecerles una orientación nutricional. El **Mini Nutritional Assessment (MNA)** es una herramienta para valorar el estado nutricional de los adultos mayores. Tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad del 100% en su versión completa. La versión corta muestra una sensibilidad del 96% y una especificidad del 98%. (Cuadro 3, *Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geronto-Geriátrica en el Adulto Mayor Ambulatorio*).

En población mexicana el MNA predice el riesgo de malnutrición en el adulto mayor inclusive antes de la aplicación de parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos. Se sugiere su aplicación cada año en atención primaria. Se debe evaluar en forma intencionada factores de riesgo relacionados con la desnutrición en ancianos tales como: situación económica, mala salud dental, deterioro cognoscitivo, depresión, trastornos de la deglución y malos hábitos alimenticios. Los pacientes con riesgo de desnutrición y un índice de masa corporal 18.5 a 21.9 deben de abatirse los factores de riesgo identificados. Los

pacientes con desnutrición con Índice de masa corporal (IMC) menor a 17 deben de ser enviados al 2do nivel de atención para complementación diagnóstica-terapéutica.

En cada consulta medir y hacer seguimiento de la talla, peso, índice de masa corporal, circunferencia braquial y de pantorrilla, a la vez de que se refieran a los servicios de atención social a la salud para actividades de mantenimiento o mejoramiento de la nutrición en sesiones grupales e individuales.

2.5 RECOMENDACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La prevención y control de enfermedades evitables por vacunación para el adulto mayor, se encuentra inmerso en el ámbito de Medicina Preventiva con el apoyo de la Cartilla Nacional de Salud del grupo etario en cuestión. La aplicación del esquema de vacunación actual en el adulto mayor en México es:

- Vacuna Anti-Influenza, aplicación anual a partir de los 60 años.
- Vacuna Anti-neumocócica, dosis única en mayores de 65 años.
- Vacuna Td, la primera dosis a partir de los 60 años, sin antecedente vacunal. Segunda dosis de 4 a 8 semanas después de la primera dosis a partir de los 60 años. (Cuadro 4, *Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geronto-Geriátrica en el Adulto Mayor Ambulatorio*).

La vacunación anual contra la Influenza, disminuye la incidencia, riesgo de hospitalización y muerte hasta en un 50%. La vacunación contra el neumococo disminuye la infección bacteriana así como la forma invasiva de ésta.

3. EVALUACIÓN MENTAL Y PSICO-AFECTIVA DEL ADULTO MAYOR AMBULATORIO (Algoritmo 5)

3.1 EVALUACIÓN DE DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxias, gnosias, etcétera). El más común es la pérdida de la memoria. Múltiples causas pueden ser las que provoquen este tipo de trastorno, es por ello que el deterioro cognoscitivo se cataloga como un *síndrome geriátrico*, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo, y en su caso, hacer el diagnóstico de demencia.

El diagnóstico de demencia realizado por los médicos generales tiene una sensibilidad muy baja (11 – 12%) y una especificidad 93–94%. Por lo que se recomienda aplicar un instrumento clínico para su identificación sistemática. El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado, es útil como instrumento de detección. Puede ser utilizado en cualquier nivel de atención. Su aplicación lleva sólo 5 minutos por lo tanto, es práctico, tiene una sensibilidad 79-100% y una especificidad 46-100% para detectar deterioro cognitivo. (Cuadro 5, *Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geronto-Geriátrica en el Adulto Mayor Ambulatorio*).

El resultado del MMSE deberá ser ajustado a la edad y escolaridad de los sujetos. Con una media para normalidad de 26 puntos para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. En personas con más de 8 años de escolaridad el MMSE establece como deterioro cognitivo: leve 19 a 23 puntos, moderado 14 a 18 puntos, severo < 14 puntos. En el paciente geriátrico que se sospeche deterioro cognitivo la prueba MMSE puede ser utilizada como prueba inicial. Con una puntuación menor a 24 puntos en la prueba MMSE se recomienda valoración por el especialista correspondiente, además de referir a los servicios de atención social a la salud para integrarlos a actividades de mantenimiento o mejoramiento de las funciones cognoscitivas en sesiones grupales e individuales en los

diferentes talleres de estimulación mental.

Se recomienda descartar causas secundarias de deterioro cognoscitivo y dar tratamiento oportuno en cada caso en particular. Estas incluyen: fármacos psicotrópicos, depresión, hipo e hipertiroidismo, panhipopituitarismo, deficiencia de B12, ácido fólico, tumor cerebral, hematomas subdural, encefalopatía por VIH, hidrocefalia normotensa entre otras.

3.2 EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN

El trastorno depresivo mayor en el anciano se asocia a síntomas inespecíficos como pérdida de peso, insomnio y somatizaciones, con menor frecuencia el cuadro clínico clásico. La escala de Depresión geriátrica de 30, 15 y 5 reactivos (Geriatric Depression Scale (GDS) actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos. Con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente. Con la aplicación de la escala de Yasavage de 30 reactivos, uno de cada 8 mexicanos adultos mayores tiene síntomas de depresión mayor por lo que su detección y manejo es una alta prioridad. La misma prevalencia se encontró con una versión corta de 15 reactivos.

La prueba se considera positiva cuando: 2 de 5 son afirmativas, 6 de 15 son afirmativas y 15 de 30 son afirmativas en GDS de 5,15 y 30 respectivamente. (Cuadro 6, *Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geronto-Geriátrica en el Adulto Mayor Ambulatorio*). Un abordaje más conciso consiste en una sola pregunta "¿Se siente triste o deprimido? Ha sido validado y comparado con la escala de 30 preguntas. Cuando la respuesta es afirmativa se recomienda aplicar el GDS de 15 reactivos. Se deberá referir al paciente al nivel correspondiente cuando el resultado del GDS sea 6/15 puntos. Además se deben referir a los servicios de atención social a la salud para integrarlos a actividades grupales e individuales en los diferentes talleres que coadyuven al tratamiento médico y propicien un mejor estado de ánimo.

3.3 EVALUACIÓN DE DELIRIUM

El delirium es un trastorno que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, es particularmente frecuente en ancianos, sobre todo los que son frágiles (baja reserva homeostática) o tienen demencia. La mortalidad asociada a delirium (25-33%), es tan alta como la relacionada con el infarto agudo al miocardio o sepsis. Al detectar delirium en el anciano, se recomienda buscar intencionadamente las causas precipitantes más comunes para el desarrollo de delirium (infecciones, hipoxia, desequilibrio hidro-electrolítico, fármacos psicotrópicos, con efecto anticolinérgico, opiodes, entre otros) y se recomienda derivar a un servicio de urgencias para su manejo integral.

El Método de evaluación de confusión o Confusion Assessment Method (CAM), es una escala utilizada para una identificación rápida de delirium, tiene una sensibilidad de 94% al 100%, especificidad de 90% al 95%, valor predictivo positivo del 91% al 94%, y un valor predictivo negativo de 90% a 100%. (Cuadro 7, *Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geronto-Geriátrica en el Adulto Mayor Ambulatorio*).

Se recomienda preguntar al cuidador primario o al familiar cercano, si el paciente ha presentado cambios recientes en la conducta, o en la conciencia, si es así, se debe aplicar el CAM para la detección de delirium, y en su caso, se debe referir al especialista correspondiente. (Neurólogo, Psiquiatra y Geriatra).

4. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR AMBULATORIO (Algoritmo 6)

4.1 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

La funcionalidad es la capacidad de la persona de realizar en forma autónoma actividades de autocuidado

que le prodigan bienestar. El deterioro de la capacidad funcional es un fenómeno frecuente asociado a la edad, es un indicador sensible para identificar una nueva enfermedad, puede ser un predictor de mortalidad, mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización. Cuando se ha perdido alguna capacidad se habla de abatimiento funcional y constituye en geriatría un síndrome a investigar, una alerta a estudiar, este puede ser agudo, relacionado con una patología o conjunto de patologías recientes, o crónico en cuyo caso es muy probable que varios problemas hayan llevado la incapacidad.

El índice de Katz tiene seis elementos ordenados en forma jerárquica, según la secuencia en la que los pacientes pierden o recuperan la independencia para realizar actividades básicas de vida diaria. Se debe valorar la funcionalidad para detectar su pérdida aguda o crónica, mediante la escala de Katz. (Cuadro 8, *Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geronto-Geriátrica en el Adulto Mayor Ambulatorio*). Al detectar limitación para las ABVD en un paciente hospitalizado, al estabilizarse, se deberá iniciar un programa de rehabilitación o reacondicionamiento físico y continuarlo a su egreso. Aquellos adultos mayores ambulatorios que hayan perdido alguna capacidad para realizar las ABVD, se deberán referir a los servicios de atención social a la salud para recuperar la funcionalidad perdida con un programa de actividades graduales de desempeño ocupacional significativo.

4.2 ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) evalúan la relación con el entorno, implican mayor complejidad y pueden reflejar integridad física, cognitiva y psicoafectiva. La pérdida de algunas de ellas identifican adultos mayores con sospecha de deterioro cognitivo o depresión. La dependencia en algunas de las AIVD está asociada con una mayor demanda de servicios de salud.

Se recomienda en toda valoración geriátrica inicial evaluar la capacidad para realizar AIVD, utilizando escalas validadas como la de Lawton-Brody. Esta escala fue creada para valorar autonomía física y actividades instrumentales con ocho ítems: uso del teléfono, ir de compras, preparar comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación, manejar el dinero. (Cuadro 9, *Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geronto-Geriátrica en el Adulto Mayor Ambulatorio*). Se recomienda que los adultos mayores que hayan perdido alguna capacidad para realizar las AIVD, se refieran a los servicios de atención social a la salud para recuperar la funcionalidad perdida con un programa de actividades graduales de desempeño ocupacional significativo.

3.3 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR AMBULATORIO (Algoritmo 7)

Una o varias caídas suelen ser de origen multifactorial, hasta un 20% de la población mayor de 65 años presentan algún tipo de limitación en las actividades de la vida diaria que facilitan las caídas. Esto toma relevancia, pues puede ser manifestación de enfermedad y/o puede generar dependencia funcional creando un círculo vicioso, pues este a su vez se relaciona con caídas. Una historia de caídas y la hospitalización aguda, es un riesgo para el paciente geriátrico para mayor descondicionamiento y requiere de un plan de rehabilitación en hospital y a su egreso.

Concomitante con la caída el paciente padece algún proceso agudo que se revela como factor precipitante. Por ejemplo: uso inapropiado de fármacos, infección del tracto urinario, respiratorio, anemia, angina entre otros. Las medidas dirigidas a modificar los factores de riesgo han demostrado reducir el riesgo de caídas entre el 7 y 12%. Se recomienda identificar, alteraciones de la marcha, confusión mental o privación sensorial (vista), efectos indeseables de fármacos, factores ambientales, sarcopenia etc.

La evaluación del síndrome de caídas en el paciente geriátrico se puede realizar a través de una pregunta específica: ¿Se ha caído en los últimos 6 meses? En caso positivo se debe incorporar al paciente a un

programa de reacondicionamiento de la marcha y el equilibrio. Por lo que deberá referirse al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, además a valoración por Geriátrica con la finalidad de identificar las causas potenciales y disminución de riesgos como una prescripción inadecuada y finalmente a los servicios de atención social a la salud.

5. EVALUACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR AMBULATORIO

La evaluación del funcionamiento social sirve para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar, identificar los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial. La evaluación socio-familiar, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como sus redes de apoyo. El tener un apoyo social disponible se asocia con una mejor autopercepción del estado de salud del adulto mayor.

Los cuidadores primarios cuando se trata de adultos mayores que cursan con sobrecarga de cuidados tienen un riesgo de 50% de morir en los siguientes 4 años. Al detectar alguna alteración en la función socio-familiar, se deberá profundizar con otros instrumentos específicos como la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Esta escala es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten los cuidadores; utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). La puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. (Cuadro 10, *Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geronto-Geriátrica en el Adulto Mayor Ambulatorio*).

El médico del primer nivel de atención deberá identificar problemas socio-familiares como: maltrato, abuso y aislamiento social, así como adultos en proceso de jubilación por la importancia que conlleva en el deterioro de la calidad de vida y salud. La valoración sociofamiliar debe llevarse a cabo en conjunto con trabajo social para asegurar la continuidad de la atención y en caso de encontrar sobrecarga del cuidador o algún problema sociofamiliar, se recomienda que a través de trabajo social se refiera al cuidador y/o al adulto mayor a un grupo de ayuda o de atención social a la salud para integrarlos en grupos de apoyo psicológico y fomentar las redes de apoyo.

6. INTERVENCIONES EN ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR (Algoritmo 8)

6.1 ESTIMULACION FISICA

En nuestra sociedad el envejecimiento puede considerarse un gran desafío, pues supone una gran exigencia sanitaria, social y económica. El desafío verdadero no está solo en la esperanza de vida, si no como lograr a través de acciones individuales y grupales una mejor calidad de vida de los adultos mayores. Por lo anterior, se considera necesario partir de una valoración funcional y de necesidades de desempeño ocupacional cotidiano del adulto mayor, para ofrecer servicios de atención social significativos para el usuario, con un propósito y una graduación que lleve a mantener y recuperar la funcionalidad e independencia física, mental, emocional y social.

La disminución de la funcionalidad física es una consecuencia conocida del envejecimiento, los adultos mayores muestran una amplia gama de deterioro en las habilidades motoras, lo que lleva al deterioro motor y discapacidad concomitante. Se considera que la actividad física es un factor que se relaciona directamente con el grado de discapacidad en el grupo de adultos mayores. Sin embargo, una amplia gama de actividades que integren actividades sociales, físicas y cognitivas se asocian a una menor tasa de deterioro funcional, mayor longevidad y disminución en la tasa de deterioro cognitivo. El integrar los servicios de salud y

sociales para satisfacer las necesidades de los ancianos con problemas de salud crónicos y discapacidad funcional, da como resultado mejoría en el estado funcional, menor tasa de institucionalización y reducción de costos.

La valoración de la ejecución de distintas funciones es útil para controlar los efectos de las intervenciones médicas sobre la función física y mental, por ejemplo, el deterioro del desempeño funcional puede indicar la necesidad de ajustar la dosis de un fármaco psicoactivo que produzca efectos adversos. Con un programa de entrenamiento físico con actividad de 7 horas por semana, se obtiene una reducción del 57% del riesgo de morir en comparación con pares sedentarios. También se observó mejoría en otras capacidades físicas. El ejercicio aeróbico, como una intervención no farmacológica, mejora los procesos de control ejecutivos para los adultos mayores con alto riesgo de deterioro cognoscitivo leve, al igual de mejorar el control metabólico.

Todos los adultos mayores de 60 años deben de ser integrados a programas de actividad física que se prestan en los servicios de atención social a la salud, con prioridad en aquellos que muestran trastornos incipientes de la funcionalidad física. Se recomienda realizar actividades físicas diarias, aceptadas y deseadas por el adulto mayor, iniciando con 30 minutos diarios y e incrementar de manera gradual, ya que mejoran paulatinamente el rendimiento diario y el tiempo de ejecución. Se recomienda integrar grupos de adultos mayores que condicionen apoyos motivacionales para realizar actividades físicas diversas, tales como baile de salón, esta actividad física aporta alegría y placer en medio de su cotidianidad.

6.2 ESTIMULACIÓN MENTAL

La intervención desde un programa de estimulación mental que abarque en gran medida aquellas funciones intelectuales conservadas y su interacción con las actividades instrumentales de la vida diaria, favorecerá el papel social del enfermo y aportará beneficios en cualquier área de la funcionalidad.

Es ampliamente conocido que la actividad física está asociada con una menor tasa de deterioro de la función motora y una reducción en resultados adversos. Sin embargo, la actividad física es sólo **un** componente de un estilo de vida activo y saludable. El incremento en las actividades cognitivas y sociales en las personas mayores se asocian con una mayor supervivencia y un menor riesgo de demencia. El movimiento dirigido hacia un objetivo (tejido, baile, deporte, etc.) requiere la orquestación e integración de una amplia variedad de funciones sensoriales, motoras y cognitivas.

Diferentes estudios observacionales sugieren que un nivel alto de actividad física y mental, así como interacción social, pueden ayudar a mantener la función cognoscitiva durante el envejecimiento, esta última mejora con la terapia de recuerdo, actividades de sucesos y experiencias pasadas, con fotografías y artículos del quehacer diario, esto se evidencia cuando se comparan con sujetos que no reciben terapia o no tienen contacto social adecuado. A esta técnica se le conoce como *reminiscencia*, se refiere generalmente al recuerdo hablado de aquellos acontecimientos por los que ha pasado la persona, estando solo o en compañía. Se recomienda proporcionar información a los familiares y cuidadores del beneficio que otorga esta terapia como estimulación cognitiva ya que se encontró que hay mejoría de la cognición, el estado de ánimo y la conducta en los pacientes, así como una disminución en el grado de cansancio de los cuidadores.

El entrenamiento de la memoria puede resultar en cambios significativos desde el punto de vista cognoscitivo y en específico del razonamiento, además lleva a una mejoría en habilidades mentales específicas, y a un menor declive funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria que suele conservarse 5 años después de la intervención. Se recomienda realizar actividades cognoscitivas diarias, aceptadas y deseadas por el adulto mayor. Por ejemplo: talleres de lectura, juegos de mesa, manualidades, dibujo, pintura, entre otros.

Las redes sociales que se construyen en los grupos de atención social de adultos mayores favorecen los

apoyos e intercambios cognoscitivos, emocionales, instrumentales y materiales, en diferentes situaciones del proceso salud-enfermedad. Se recomienda integrar grupos de atención social de adultos mayores para la construcción de apoyos cognoscitivos que favorecen el bienestar físico, emocional y psicológico.

6.3 ESTIMULACION EMOCIONAL

La acumulación de condiciones negativas representa un desafío a la capacidad de adaptación y reducen la calidad de vida. En cambio, la felicidad y los determinantes positivistas ante la vida, son la propuesta de la resistencia psicológica. Además los recursos básicos como la cognición, la salud, la red social y la reflexión, son parte sustancial de la calidad de vida durante el envejecimiento. En diferentes modelos de envejecimiento se han identificado distintos predictores de la longevidad, bienestar y calidad de vida de las personas mayores, en todos ellos los aspectos psicológicos son importantes. El bienestar subjetivo está determinado en un 54.3% por apoyo social percibido, el género y por la ausencia de depresión. Existen correlaciones significativas entre bienestar subjetivo, apoyo social y salud autopercibida. La importancia de desarrollar redes sociales, juega un papel trascendental donde la reciprocidad alcanza importantes niveles de gratificación, entre personas, familias y grupos.

Se recomienda alentar a los pacientes deprimidos para que aumenten y mantengan la actividad física compartida con familiares o amigos. Tiene beneficios inmediatos y efectos poco riesgosos sobre el cuadro depresivo. Por lo que todos los adultos mayores de 60 años deben de ser integrados a programas de actividad mental y emocional que se prestan en los servicios de atención social a la salud, con prioridad en aquellos que muestran trastornos ánimo.

6.4 ESTIMULACIÓN SOCIAL

La interacción social humana es compleja, y el comportamiento social se genera en el cerebro a través de estructuras cerebrales interconectadas que procesan los diferentes elementos de información socio-cognitivos y socio-afectivos, los cuales finalmente son integrados y traducidos en acciones. La amplia gama de actividades sociales proporcionan resultados positivos para la salud de los adultos mayores y la participación frecuente en este tipo de actividades tiene un efecto protector contra el deterioro de la función motora. Se plantea la posibilidad de que la *estimulación social* puede desacelerar el deterioro de la función motora y, posiblemente, retrasar los resultados adversos en el estado de salud.

Distintos estudios han reportado una relación directa entre la actividad social y la discapacidad o el estado funcional de los adultos mayores. Se recomienda la integración de ambas actividades en la atención social del adulto mayor ya que podrían aumentar la eficacia de los esfuerzos para disminuir la carga del deterioro de la función motora. La intervención psicosocial (grupos de apoyo, familia, comunidad, entre otros), mejora la cognición en las personas de edad avanzada.

Los estilos de vida, sistemas de protección social, la independencia financiera y el estado de salud, son pilares importantes de trabajo con los grupos de adultos mayores para impulsar mecanismos formales e informales de apoyo. Se recomienda fortalecer la capacidad de la familia, amigos, vecinos y comunidad para proporcionar apoyo a la persona mayor, alivia y reduce el colapso del cuidador.

7. CRITERIOS PARA LA REFERENCIA DEL PACIENTE GERIÁTRICO

Criterios para la referencia a geriatría a segundo nivel de atención:

1. Edad 70 años.
2. Comorbilidad (3 o más patologías, excepto insuficiencia renal crónica terminal e insuficiencia hepática child C).
3. Síndromes geriátricos (polifarmacia, incontinencia urinaria, deterioro funcional, deprivación sensorial, visual y auditiva, caídas, depresión).
4. Deterioro cognitivo o delirium.

Deberán reunir los criterios: 1+2+3 ó 1+2+4 ó 1+4.

Criterios de referencia a los servicios de atención social a la salud.

1. Pacientes adultos mayores de 60 años con cualquiera de las siguientes condiciones:

- Sanos.
- Deterioro cognoscitivo leve y moderado.
- Trastorno psicoafectivos.
- Trastornos de la marcha y equilibrio.
- Deterioro de alguna ABVD o AIVD.
- Trastornos socio-familiares, incluyendo al cuidador colapsado.
- Comorbilidad asociada y trastornos de la nutrición.

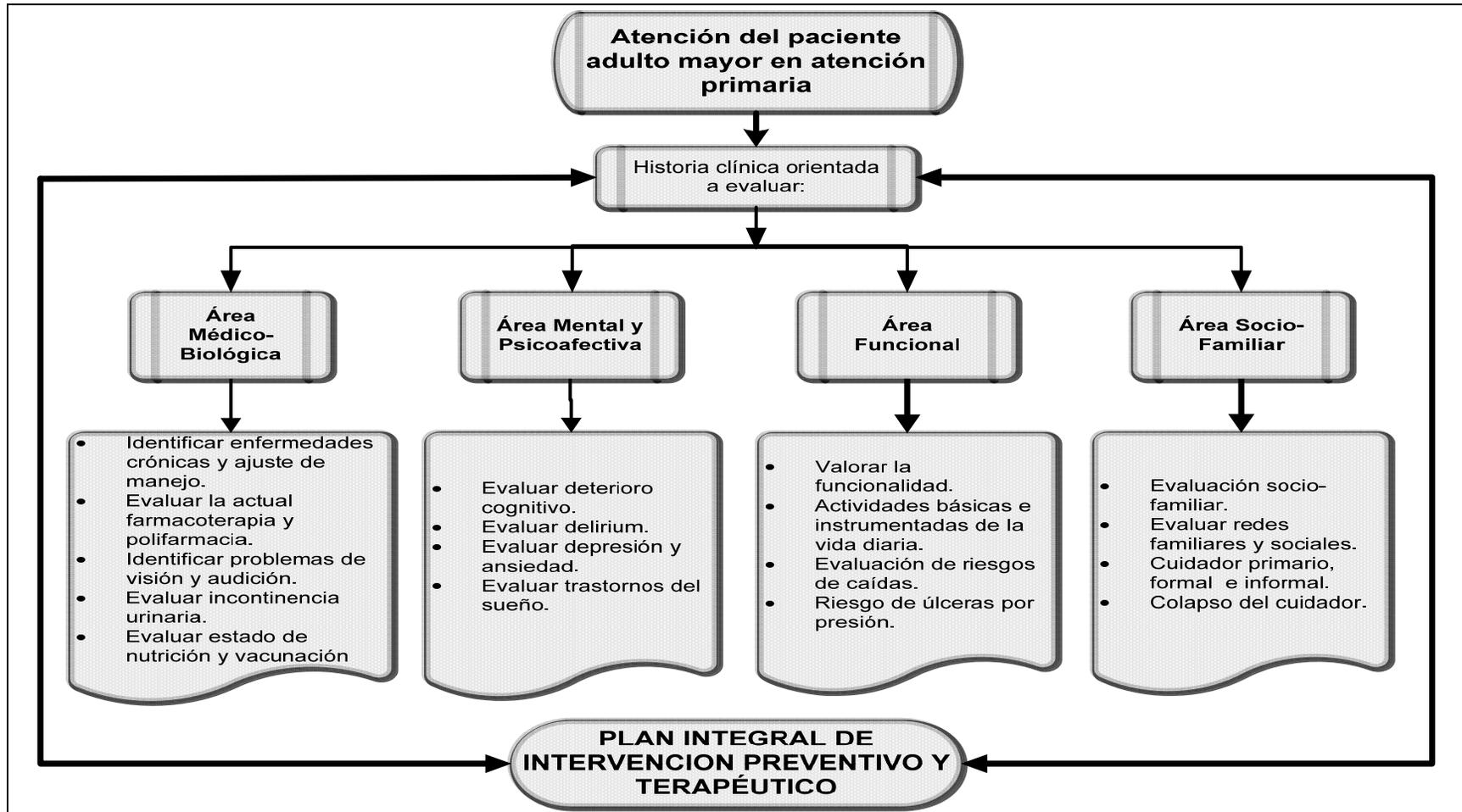
Se excluyen a pacientes con dependencia física severa

8. RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL PACIENTE ADULTO MAYOR:

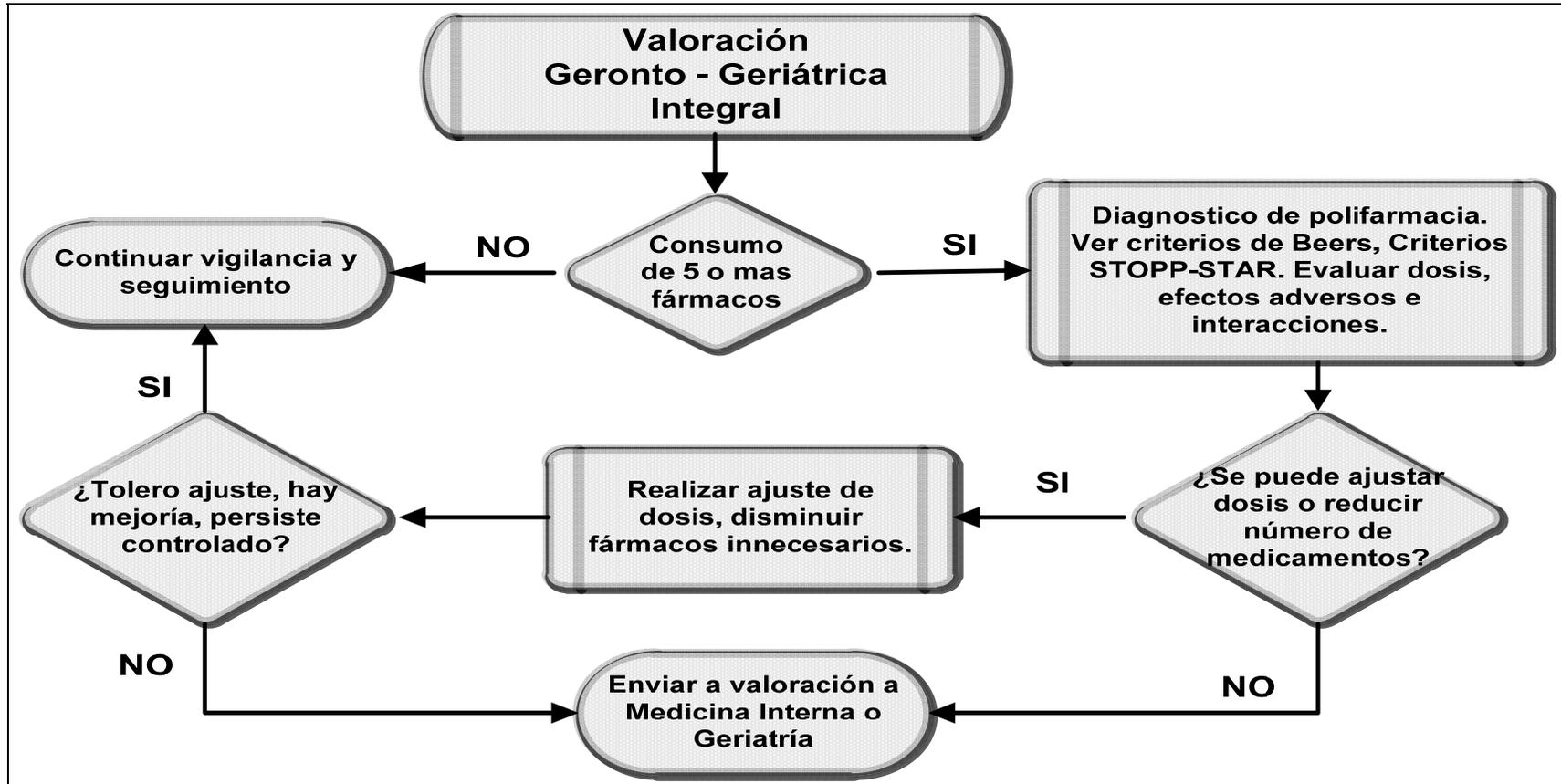
- Debe llevarse a cabo con respeto, referirse al paciente por su nombre, sentarse y hacer contacto visual con él.
- Evitar la infantilización del anciano, ya que no se comporta como tal, pues tiene una historia de vida.
- No gritarle dando por hecho que no oye.
- Utilizar lenguaje que el adulto mayor entienda.
- No hay fórmulas para la valoración de un adulto mayor esta debe ser centrada en la persona, hay que reconocer individualidad y heterogeneidad de este grupo de población.
- Tomar en cuenta que no hay un orden ideal ni cada elemento presentado es necesario para la valoración de todos los adultos mayores, ya que depende de las necesidades y posibilidades en cada situación.

ALGORITMOS

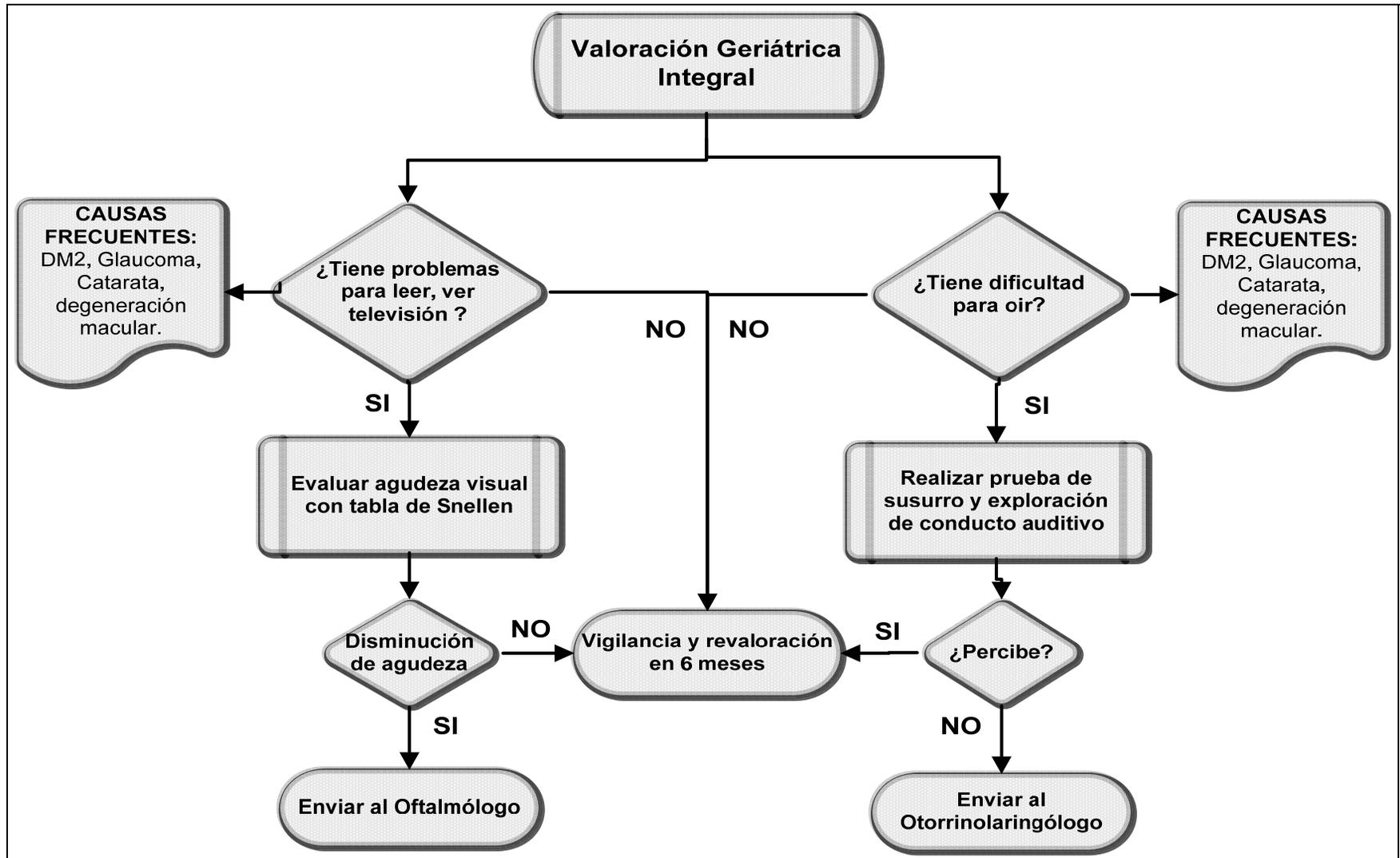
ALGORITMO 1. EVALUACIÓN INICIAL DEL ADULTO MAYOR AMBULATORIO



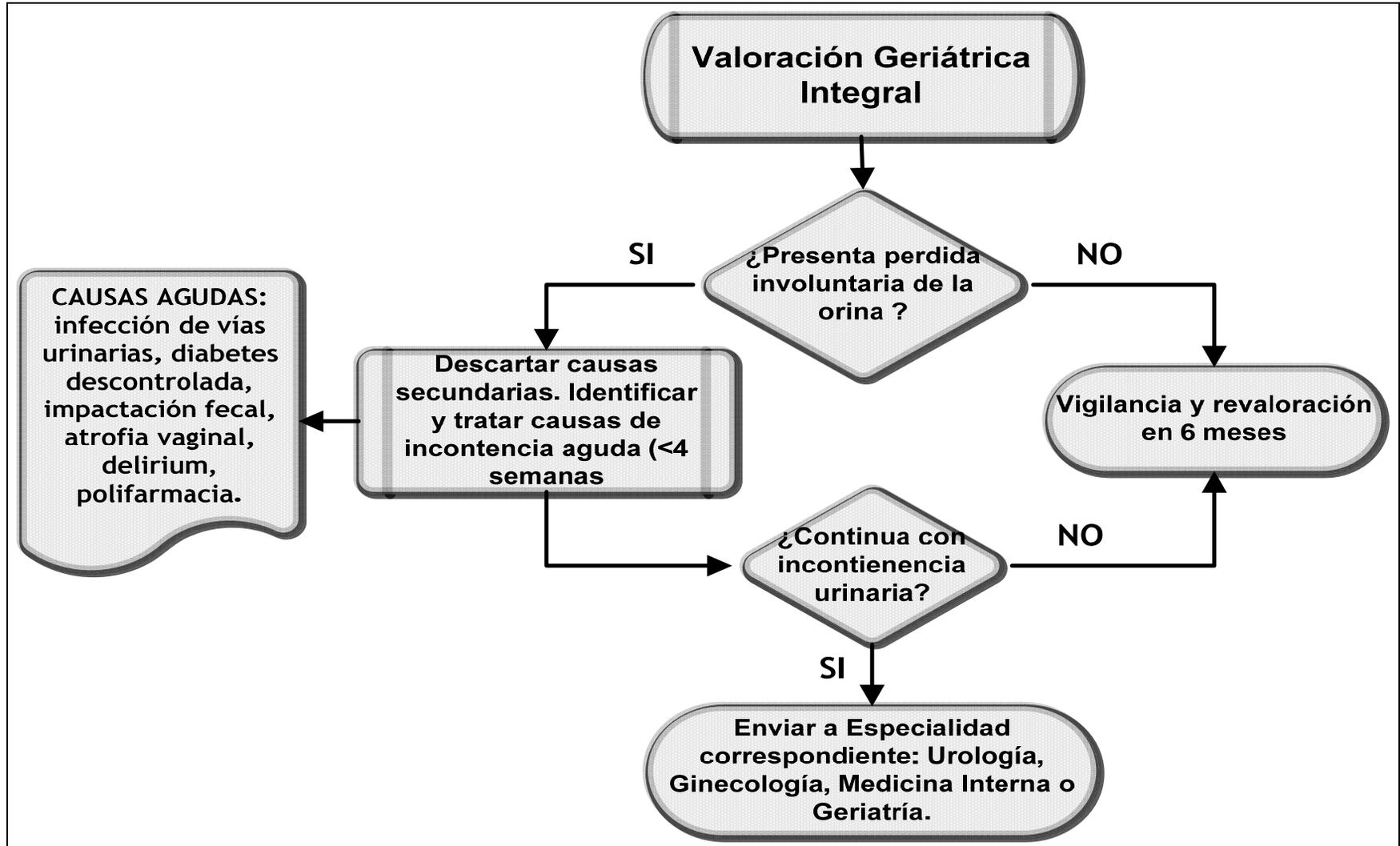
ALGORITMO 2. EVALUACIÓN DE POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR AMBULATORIO



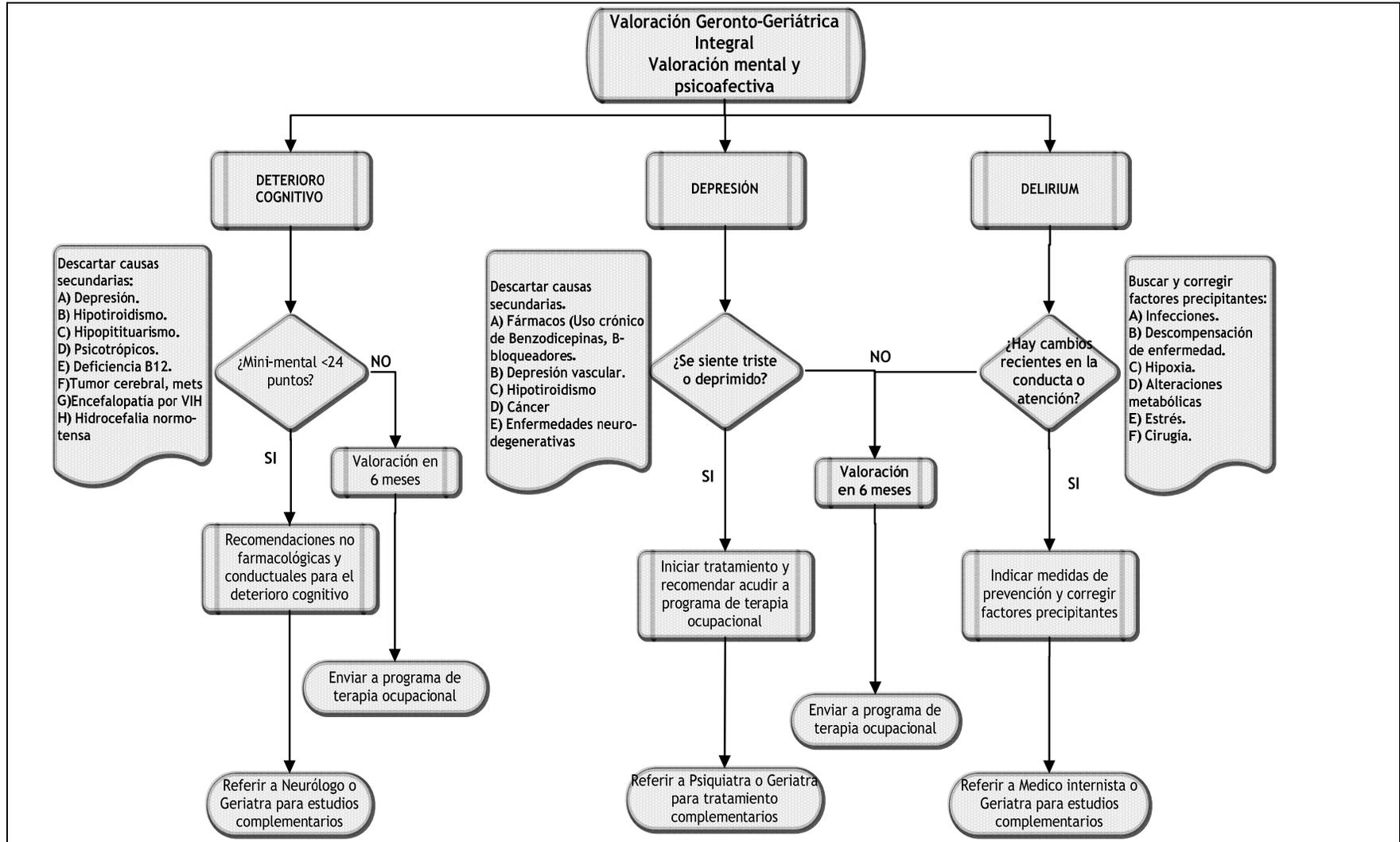
ALGORITMO 3. EVALUACIÓN DE PROBLEMAS DE AUDICIÓN Y VISIÓN EN EL ADULTO MAYOR



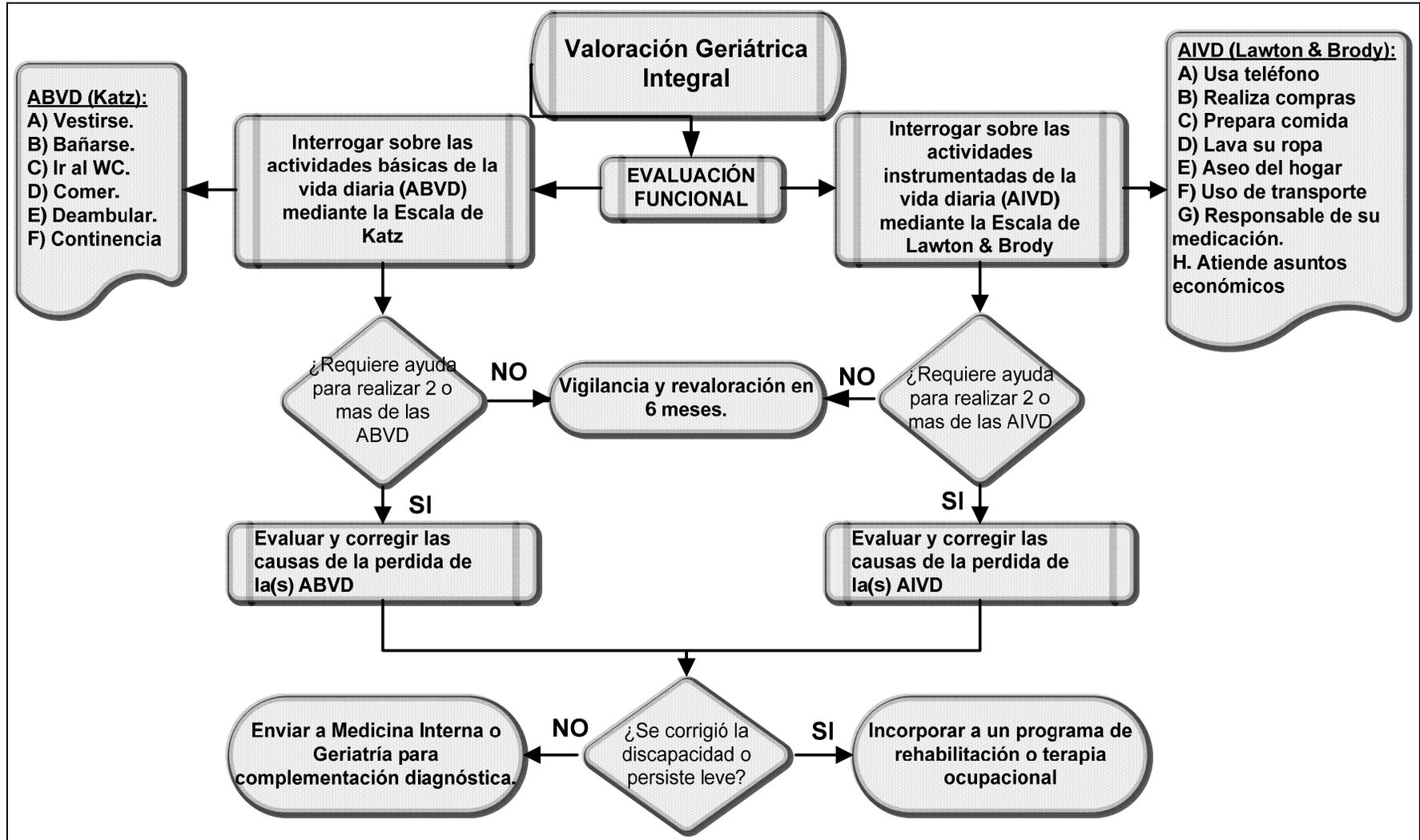
ALGORITMO 4. EVALUACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR AMBULATORIO



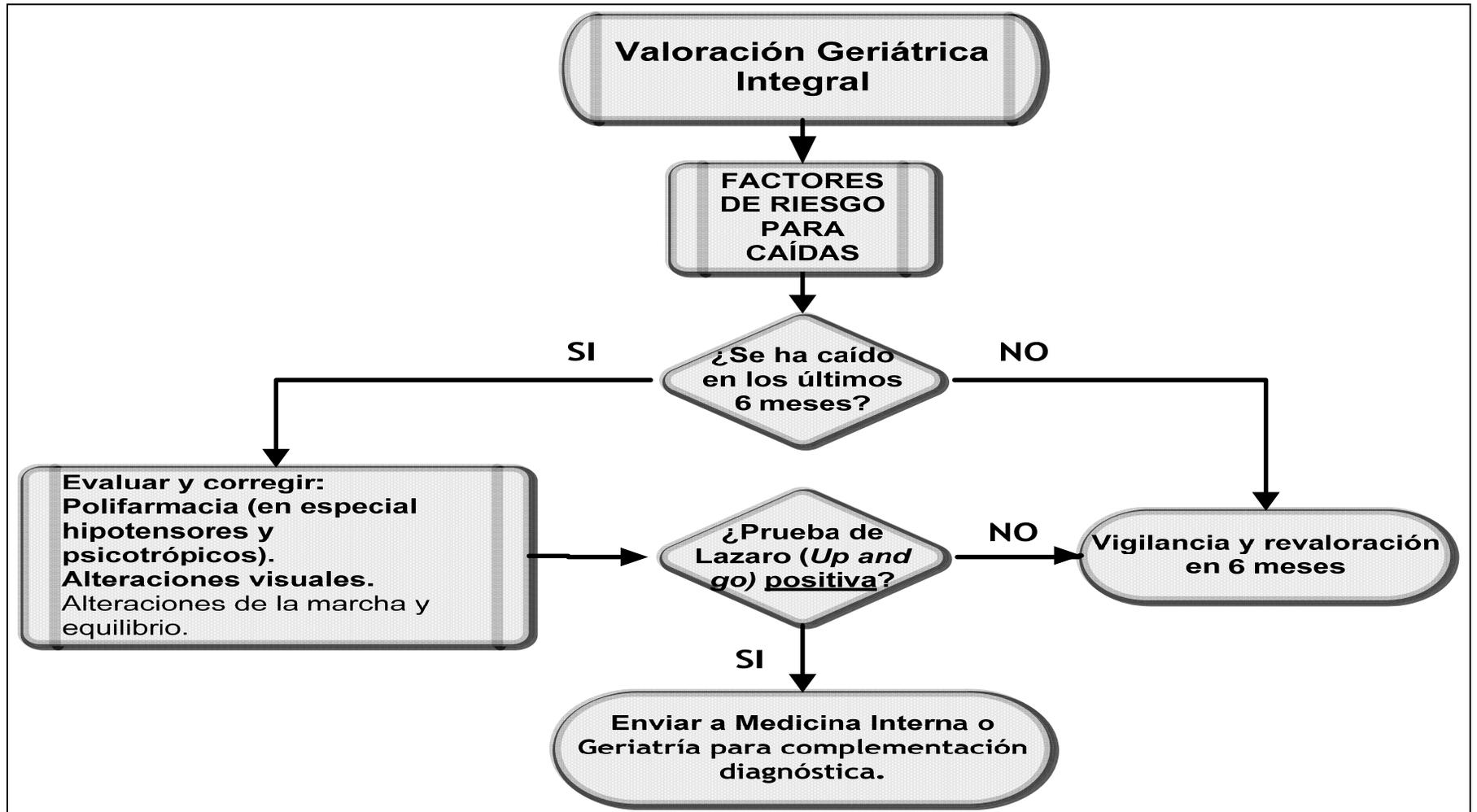
ALGORITMO 5. EVALUACIÓN MENTAL Y PSICO-AFECTIVA DEL ADULTO MAYOR AMBULATORIO



ALGORITMO 6. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR AMBULATORIO



ALGORITMO 7. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR AMBULATORIO



ALGORITMO 8. VALORACIÓN PARA ENVÍO A PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD

