

Importancia y generalidades de la valoración geriátrica integral como herramienta de abordaje de la persona mayor en atención domiciliaria

Comprehensive Geriatric Assessment at Home: A Topic Review Importance and Generalities of the Comprehensive Geriatric Assessment as a Tool for Eldery Approach in Home Care

Recibido: 22 abril 2022 | Aceptado: 06 septiembre 2022

MARÍA PAULA VARGAS BELTRÁN^a

Médica residente de Geriátrica, Unidad de Geriátrica, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Instituto de Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá., Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7470-3054>

ELLY ALEJANDRA MORROS GONZÁLEZ

Médica residente de Geriátrica, Unidad de Geriátrica, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Instituto de Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá., Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7946-3379>

SAITH DE JESÚS HOYOS PORTO

Médico geriatra, Unidad de Geriátrica, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Instituto de Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Centro de Memoria y Cognición Intellectus, Bogotá., Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4479-6875>

^a **Autora de correspondencia:**
m.vargab@javeriana.edu.co

Cómo citar: Vargas-Beltrán MP, Morros-González EA, Hoyos Porto SJ. Importancia y generalidades de la valoración geriátrica integral como herramienta de abordaje de la persona mayor en atención domiciliaria. Univ. Med. 2022;63(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed63-4.vgih>

RESUMEN

La atención domiciliaria es uno de los niveles asistenciales más populares en los últimos años, dada la sobreocupación hospitalaria y el alto riesgo de complicaciones en las personas mayores hospitalizadas; además, permite dar continuidad a la atención y brindar educación, intervenciones preventivas y manejo a personas con condiciones crónicas, discapacidad y trastornos neurocognitivos. Con este estudio, se resalta la importancia de la valoración geriátrica en el domicilio, sus objetivos, componentes y beneficios.

Palabras clave

servicios de atención de salud a domicilio; geriatría; atención domiciliaria.

ABSTRACT

Home care is one of the most popular levels of care in recent years given hospital overcrowding, the high risk of complications in hospitalized older people, and also allows continuity of care for hospitalized people and education, preventive intervention and management people with chronic conditions, disabilities and neurocognitive disorders. With this study, we highlight the importance of geriatric assessment at home, its objectives, components and benefits.

Keywords

home health care services; geriatrics; home care.

Introducción

La atención domiciliaria es una forma de evaluar a los pacientes que inició principalmente por la dificultad de su desplazamiento (1). De ahí que haya tomado un valor importante, en especial en las personas mayores, puesto que no solo permite su evaluación, sino plantear una estrategia de manejo y, en otras ocasiones, tamizar a las personas que viven en comunidad. Actualmente existen diferentes modelos de atención domiciliaria, entre los cuales se destacan la atención domiciliaria del paciente agudo, la atención domiciliaria del paciente crónico con ventilador o sin este y la visita domiciliaria que suele ser programada (2).

La valoración geriátrica integral entra a desempeñar un papel relevante en la visita domiciliaria, pues, al igual que en otros escenarios, se ha convertido en una herramienta fundamental para el abordaje y tratamiento de las personas mayores.

Desde hace ya algunos años se han presentado estudios acerca del impacto de la valoración de la persona mayor en su domicilio, entre ellos destacando diferentes beneficios entre los que se encuentran principalmente la disminución de hospitalizaciones de estos pacientes, la reducción de los días de hospitalización y las tasas de reingreso (3,4), así como la disminución del deterioro funcional y mortalidad, y mejor resultado en términos económicos (5), por lo que se han creado programas en diferentes países del mundo.

El objetivo de este artículo es brindar generalidades de la valoración geriátrica integral de las personas mayores en su domicilio, sus componentes y beneficios, de modo que sea ilustrativo para continuar impactando en desenlaces adversos y en la calidad de vida de las personas mayores en ese nivel de atención.

Metodología

Se realizó la búsqueda con motivo de actualización, revisando capítulos de libros y artículos de los últimos cinco años (desde

enero de 2016 hasta noviembre de 2021), incluyendo artículos de corte transversal, cohortes, revisiones narrativas y sistemáticas sobre la atención geriátrica en el domicilio. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Google Scholar, con los términos “atención domiciliaria” AND “geriatria” AND (“anciano” OR “adulto mayor”) AND “visita domiciliaria”; Pubmed, con los términos “((domiciliary care [MeSH Major Topic]) AND (geriatric assessment [MeSH Major Topic]))” con filtro adicional de 65 años o más, y en Science direct, con los términos: “domiciliary care AND geriatrics”. Adicionalmente, se agregaron artículos a conveniencia para complementar la elaboración de este estudio (figura 1).

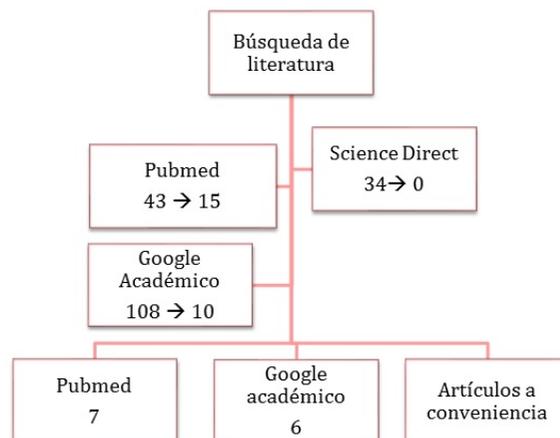


Figura 1
Búsqueda de artículos

Generalidades sobre la atención geriátrica en el domicilio

Considerando el envejecimiento de la población y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden deteriorar la funcionalidad y generar discapacidad cuando hay pobre control de estas, ha surgido la atención geriátrica en el domicilio, que facilita la atención de la persona mayor con el objetivo de tratar enfermedades tanto crónicas como agudas, con el fin de disminuir traslados a otros niveles asistenciales (6). La atención domiciliaria

debe ser planeada de forma individualizada e interdisciplinaria, pues se ha descrito que aquellos que reciben atención en casa tienen menos probabilidad de ser hospitalizados o institucionalizados (7).

En diferentes partes del mundo, la atención domiciliar por parte del servicio de geriatría se ha propuesto no solo para dar continuidad a la atención en salud, sino para realizar intervenciones psicosociales, de rehabilitación y educativas en el domicilio; además, de dar manejo al dolor, prevenir discapacidad o evitar complicaciones derivadas de estas. Incluye, desde la promoción y empoderamiento de la salud, hasta el acompañamiento y cuidados de fin de vida, con el fin de mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares, como se ha demostrado en la literatura (8).

En Colombia, igualmente, existen servicios relacionados con la atención de pacientes crónicos principalmente realizada por médicos generales; asimismo, equipos de cuidados paliativos y de alta temprana organizados por cada entidad promotora de la salud o aseguradora. Del mismo modo, existen otras formas de prestar atención domiciliar, como lo es el plan de hospitalización domiciliar del Hospital Universitario San Ignacio y las valoraciones de geriatría, psicogeriatría o manejo conjunto de geriatría - psicogeriatría, que se organiza desde el Centro de Memoria y Cognición Intellectus en Bogotá y que ha demostrado ser efectiva en disminución de consultas a urgencias y hospitalizaciones (3).

Adicionalmente, la figura del geriatra en los hogares geriátricos también resulta valiosa, puesto que puede abordar los pacientes complejos, simplificar esquemas de manejo, evitar la polifarmacia y prescripción inapropiada de medicamentos, contribuir con la toma de decisiones y los cuidados paliativos e incluso acompañamiento en fin de vida, así como brindar capacitaciones a cuidadores y equipo de enfermería, herramientas con las cuales tal vez no cuente el médico general que valora a los pacientes en los hogares geriátricos, dado que aún existe la necesidad de ampliar y profundizar en la educación sobre geriatría en el pregrado de medicina.

A continuación, se resumen los servicios que se pueden ofrecer en el domicilio para personas mayores (7):

- Educación en salud: tanto para la persona mayor como para el cuidador y familiar sobre envejecimiento saludable, nutrición, manejo de medicamentos y adherencia, prevención de caídas, cuidados en traslados y transferencias.
- Cuidado personal: actividad física, chequeo de signos vitales, seguimiento de glucometrías.
- Servicios preventivos y detección temprana: de lesiones por presión, control de tensión arterial, exámenes paraclínicos.
- Apoyo psicosocial: consejería tanto para la persona mayor como para el cuidador y familiar.
- Apoyo en promover la capacidad del cuidado diario en los cuidadores y apoyo en el cuidado del cuidador.
- Manejo de enfermedades y seguimiento clínico.
- Transición desde centros de hospitalización para completar el manejo o incluso inicio de hospitalización en casa.

Dentro de las indicaciones para la atención domiciliar por geriatría que se han descrito en la literatura se encuentran (9,10): la persona mayor con deterioro funcional o limitación en su espacio de vida que dificulta su traslado para recibir atención médica y requiere transporte especial o gran ayuda por otra persona; quienes precisen cuidados por enfermería especializada, fisioterapia, terapia psicosocial, servicios sociales para consejería a la persona mayor y familiares, y necesidad de transición desde la hospitalización; personas mayores con enfermedades crónicas, degenerativas o terminales; aquellos con trastornos neurocognitivos o enfermedades mentales que generan síntomas comportamentales de difícil manejo; incluso, en algunos países, se ha comenzado a instaurar la atención domiciliar a personas con fragilidad para prevención de discapacidad, entre otras (figura 2).



Figura 2
Propuesta de componentes de la valoración geriátrica integral en el domicilio

* Equipo interdisciplinario: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria, fonoaudiología, nutrición, trabajo social, psiquiatría.

Valoración clínica en el domicilio

En relación con la valoración clínica en el domicilio, se hace hincapié en cada segmento de la valoración geriátrica integral, con características que deberían tenerse en cuenta para la evaluación de una persona mayor en el domicilio.

Identificación

La identificación es el inicio de toda historia clínica, que, en el primer abordaje de una persona mayor, resulta de gran importancia, pues aporta datos relevantes que impactan en el planteamiento de intervenciones. Dentro de ella se deberá incluir el estrato socioeconómico, la escolaridad y la religión, así como datos adicionales además de los ya conocidos tradicionalmente, como edad, lateralidad, estado civil, entre otros.

Anamnesis

Este segmento de la historia clínica suele ser similar en las valoraciones geriátricas integrales. Se recomienda hacer hincapié en los diferentes síndromes geriátricos más frecuentes en el

domicilio, como lo son: el inmovilismo, la polifarmacia y prescripción inapropiada de los medicamentos, las caídas, la incontinencia urinaria y fecal, el estreñimiento, las lesiones por presión, el deterioro cognitivo y los síntomas comportamentales asociados, la malnutrición, el edentulismo, la disfagia, las alteraciones visuales y auditivas, los trastornos del sueño, entre otros (11).

En relación con los antecedentes personales, al hacer la valoración de inicio, se debe estudiar los medicamentos que recibe, para evaluar si su prescripción es o no apropiada. Además, es importante consultar sobre los antecedentes quirúrgicos y de hospitalizaciones, puesto que esto influye en los diagnósticos diferenciales. De igual forma, como en los otros niveles asistenciales, se deben incluir antecedentes de inmunización, pues la vacunación ha permitido disminuir complicaciones de enfermedades, y con la pandemia por COVID-19, se resaltó su importancia para la salud pública, en especial en aquellos que se encuentran institucionalizados.

Es relevante hacer el examen físico guiándose por sistemas, ya que en algunas ocasiones las personas valoradas en su domicilio tendrán limitaciones en la comunicación, por alteraciones sensoriales o por trastornos neurocognitivos instaurados. El edentulismo no rehabilitado hace parte de los síndromes geriátricos que influyen en el componente nutricional, inmunológico y la sarcopenia. El dolor puede ser un signo de alarma en el momento de la inspección; sin embargo, en personas con trastornos neurocognitivos avanzados, es un reto su evaluación en tipo e intensidad, por lo que interrogatorio debe complementarse con el cuidador, tomando en cuenta la posibilidad de síntomas comportamentales exacerbados, signos de alarma asociados con el dolor de acuerdo con su localización, cambios comportamentales durante los últimos días y refractariedad al manejo que se ha instaurado previamente (12).

Así mismo, es relevante una completa evaluación de la piel, por el riesgo de desarrollo de lesiones de presión o por lesiones asociadas con el uso de pañal. La evaluación neurológica y mental permite conocer el estado actual del paciente,

también el diseño de intervenciones terapéuticas (física y ocupacional) para optimizar el manejo integral de la persona evaluada.

Síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos son una de las piezas fundamentales en el abordaje de un anciano; es una de las muchas maneras en las que se puede organizar una valoración integral de la persona mayor, pues al ahondar en cada uno de ellos, es posible influir no solo en la calidad de vida de esta población, sino en la disminución de hospitalizaciones, estancias hospitalarias e institucionalización. Por eso, describiremos brevemente algunos de los síndromes geriátricos más importantes en el abordaje de una persona mayor en su domicilio (13).

Trastornos del sueño

El sueño es uno de los pilares fundamentales del funcionamiento de todos los seres vivos. En la vejez cumple un papel aún más representativo, pues va a estar involucrado también en el funcionamiento cognitivo, afectivo y la capacidad de autonomía de esta población.

En el abordaje de este síndrome geriátrico, lo primordial es un interrogatorio completo, para determinar el tipo de trastorno del sueño, tratar de definir el real origen de este y solicitar pruebas diagnósticas complementarias para caracterizar mejor la situación. En la gran mayoría de las veces, las alteraciones del patrón del sueño están relacionadas con falta de higiene del sueño, por lo que la recomendación de las medidas no farmacológicas resulta fundamental (14). Adicionalmente, debemos recordar que en la vejez, y a medida que envejecemos, las horas de sueño disminuyen, por lo que siempre se deben tener metas claras acerca de esta condición.

Otro factor importante en el abordaje de los trastornos de sueño es que sean la manifestación de otras alteraciones en la persona mayor, como apnea-hipopnea obstructiva del sueño, trastornos cognitivos o enfermedades neurológicas como

los parkinsonismo, condiciones frecuentes en las valoraciones de los domicilios. De esta forma, el manejo es individualizado y depende del diagnóstico, por lo que las medidas no farmacológicas podrían acompañarse de diversos medicamentos; sin embargo, debemos recordar las posibles interacciones farmacológicas. En algunos casos, utilizar medicamentos que intervengan tanto síntomas afectivos como el sueño (trazodona o mirtazapina), o aprovechar medicamentos que apoyen también el control del dolor, además del trastorno del sueño (pregabalina). Incluso en personas con trastornos neurocognitivos, el uso de antipsicóticos para el manejo de síntomas afectivos pero que como efecto secundario generan somnolencia (quetiapina) o simplemente medicamentos que permitan regular el ciclo circadiano, pero que presenta taquifilaxia con su uso prolongado (melatonina) (14).

Polifarmacia y prescripción inapropiada de medicamentos

La polifarmacia es uno de los síndromes geriátricos más prevalentes en las personas mayores, en ocasiones debido a la multimorbilidad con requerimiento de tratamientos farmacológicos múltiples; sin embargo, lo fundamental de la adecuada revisión de la formulación y recepción de medicamentos es la posibilidad de encontrar la presencia de eventos adversos, prescripción inapropiada, interacción farmacológica y aquellos provenientes de cascadas de prescripción. Por esto, es necesaria la evaluación frecuente de cada uno de los medicamentos utilizados para identificar cuáles de ellos realmente continúan siendo necesarios.

Dentro de estrategias que sirven para apoyar la desprescripción inapropiada de medicamentos, clásicamente, se pueden utilizar las clasificaciones de STOP/STAR y los criterios de Beers; no obstante, en los últimos años se ha desarrollado el STOPPFrail (15) o ahora llamado STOPP-PAL, una herramienta que ayuda a resumir grupos de medicamentos que se pueden

desprescribir de acuerdo con las consideraciones que se plantean para personas de 65 años o más, con condiciones que son frecuentes en el domicilio y se enlistan a continuación: enfermedad en estadio avanzado irreversible; aquellos con pronóstico de vida menor a un año; aquellos con deterioro funcional severo, deterioro cognitivo o ambos, y aquellos en los que el control sintomático es prioridad más que la prevención de enfermedades.

Asimismo, para personas de 70 años o más en hogares geriátricos, se desarrolló el NORGEP-NH, una herramienta que recomienda grupos de medicamentos o combinaciones que se deben evitar, y menciona el motivo. La herramienta también cuenta con una sección en la cual se tienen grupos de medicamentos de los cuales se sugiere la revisión periódica para definir su continuidad (16).

Caídas y temor a caer

Este síndrome geriátrico está muy relacionado con el deterioro funcional de las personas mayores, pues no solo la consecuencia de una caída con un trauma mayor determina el compromiso de la autonomía, sino también el temor posterior que esto genera, porque limita el espacio de vida de la persona, y a su vez genera sedentarismo y mayor probabilidad de discapacidad y desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Siempre se debe tener en cuenta el origen de la caída, por lo que el descartar componentes orgánicos, como síncope cardiogénico o hipotensión ortostática, son consideraciones frecuentes en la población mayor. Posterior a esto, es preciso estudiar el componente mecánico y mecanismo de la caída, para así realizar intervenciones oportunas. La valoración en el domicilio permite conocer el ambiente donde se desenvuelve la persona mayor, para ofrecer recomendaciones sobre factores de riesgo modificables. Así mismo, es importante evaluar la marcha de las personas mayores, incluyendo la inspección del patrón y la actitud con la que se realiza, para así implementar cambios

en el entorno que permitan la disminución de los riesgos de caída de este grupo poblacional. Adicionalmente, a nivel de comorbilidades, se debe buscar preservar la salud visual y auditiva, y en caso de presentar alteraciones, promover su rehabilitación y seguimiento y tener en cuenta el tamizaje y manejo de osteoporosis y control de enfermedades articulares (17).

Inmovilismo

El inmovilismo, tal vez, es uno de los síndromes geriátricos que más suele presentarse de forma tardía, ya que se va a manifestar en etapas terminales de las enfermedades, como trastornos neurocognitivos, enfermedades neurodegenerativas, oncológicas y procesos de final de vida. A pesar de esto, no deja de ser uno de los más relevantes al evaluar a una persona mayor en su hogar, pues secundario a este, pueden surgir diferentes complicaciones, como retracciones articulares, lesiones por presión, constipación, infecciones de piel, respiratorias o en el sistema urinario, entre otras.

Es una las condiciones que impacta más en la calidad de vida tanto de la persona en condición de inmovilismo como en sus cuidadores, pues es el estado máximo de dependencia; por lo tanto, el abordaje igualmente requiere integralidad para tratar de prevenir complicaciones y garantizar el control de síntomas y confort en etapas finales de la vida.

Malnutrición

Con el proceso de envejecimiento, existen cambios fisiológicos a lo largo del tracto gastrointestinal, desde cambios en la percepción de sabores, disminución de secreción salival, disfagia orofaríngea secundaria a la sarcopenia, hiporexia, llenado gástrico temprano y vaciamiento gástrico lento, disminución de peristaltismo intestinal, entre otros cambios que modifican el patrón alimenticio y que pueden generar malnutrición (18). Este es uno de los temas más relevantes en el abordaje de una persona en el domicilio, pues

va a ser determinante en otros síndromes geriátricos (sarcopenia, fragilidad o caídas), en la funcionalidad y desempeño físico, en su dominio cognitivo y en su dominio social.

En una persona mayor en condición de malnutrición se deben evaluar sus causas y no solo atribuir las al envejecimiento, por lo que resulta también importante abordar temas tan cotidianos como la salud oral, el edentulismo y el uso y aceptación de prótesis dentales, ya que pueden ser generadoras de dolor o incomodidad. Adicionalmente, se debe incluir el estudio de la disfagia, principalmente en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, ya que esta va a ser una de las manifestaciones de la progresión de la enfermedad y, asimismo, su detección permite implementar medidas no farmacológicas, como el cambio de consistencia de los alimentos que se van a ingerir, medidas de administración segura de los alimentos y así prevenir episodios de neumonías aspirativas.

Estreñimiento

El estreñimiento es una condición relacionada con el envejecimiento fisiológico del sistema gastrointestinal, pero también tiene causas relacionadas con la alimentación, la funcionalidad y los fármacos usados, por lo que al igual que otros síndromes geriátricos su origen es multifactorial. Al enfrentarnos a un adulto mayor con estreñimiento, lo primero es indagar por la cronicidad de la sintomatología, evaluar los medicamentos que se están administrando (dado que hasta el 50% de las personas mayores presentan algún tipo de dolor crónico en que es muy frecuente la prescripción de medicamentos opioides) y establecer los grados de hidratación e inmovilismo.

Este puede convertirse en una causa frecuente de dolor abdominal, por lo que siempre se debe evaluar en la valoración domiciliar y determinar si se encuentra con impactación fecal, pues orientará el manejo, incluyendo la desimpactación manual y otras medidas farmacológicas (uso de polietilenglicol o lactulosa) y no farmacológicas (enemas) para

aliviar los síntomas y resolver el estreñimiento en el momento y a futuro (19).

De forma crónica, en primera medida, debemos educar a los pacientes, cuidadores y familiares en alimentos ricos en fibra y disminución de aquellos que generen mayor grado de estreñimiento. Adicionalmente, se pueden recomendar fibras solubles y diferentes medicamentos, como aquellos que promueven la motilidad intestinal (lactulosa), otros que son laxantes osmóticos (polietilenglicol) y aquellos que se recomiendan para personas con uso crónico de opioide (metilnaltrexona) (19).

Situación basal

La situación basal, como su nombre lo indica, es la evaluación inicial de la persona mayor; es el estado desde el cual se parte para tener una visión integral del paciente y así evaluar las posibles intervenciones necesarias (2).

Evaluación funcional

La funcionalidad de una persona mayor se traduce en el rango de autonomía-dependencia que esta presenta, por lo que se evalúan diferentes grados de autonomía, que van desde el autocuidado y todas las funciones básicas de la vida diaria, pasando por las actividades instrumentales, hasta las actividades avanzadas. Para esto se han utilizado diferentes herramientas, como los índices de Barthel y Katz para básicas, y la escala de Lawton y Brody o la de Lawton, que permiten correlacionar a través del tiempo los cambios en la funcionalidad (20,21). Estas escalas son sencillas, rápidas de aplicar, y ofrecen una visión global del funcionamiento de la persona mayor.

Hay otras evaluaciones más específicas, dependiendo de la funcionalidad, por ejemplo, en aquellos con independencia para actividades básicas de la vida diaria, se podría usar el tamizaje de fragilidad, de acuerdo con el consenso internacional (22). Asimismo, el tamizaje de sarcopenia, que se iniciaría con la escala de SARC-F (23). En relación con el

desempeño físico, se pueden realizar pruebas como el Short Physical Performance Battery (24), que evalúa equilibrio, marcha y fuerza en miembros inferiores, por lo que permite identificar condicionales que se pueden mejorar y establecer intervenciones como inicio de terapia física dirigida y series de ejercicios individualizados multicomponentes, los cuales se pueden realizar con los elementos presentes en el domicilio, como lo ha demostrado VIVIFRIL (25).

Evaluación mental

En la atención domiciliaria, resulta frecuente la evaluación de personas mayores con deterioro cognitivo y síntomas afectivos. A continuación, resaltamos puntos importantes que se deben evaluar y algunas herramientas que se pueden utilizar.

Valoración cognitiva

La cognición es uno de los pilares de la valoración geriátrica integral, ya que de ella pueden depender cosas tan cotidianas como el autocuidado; por esto, la valoración cognitiva debe ser completa e individualizada, y al estar en un ambiente como el domicilio, facilita la realización de pruebas de tamizaje que evalúen la evaluación y seguimiento temprano de esta esfera del adulto mayor.

Entre las herramientas de tamizaje se destacan el Minimental (26), la prueba del reloj (27) o el MoCA (28). Este último es el más completo para evaluar los diferentes dominios cognitivos (atención compleja, visoconstruccional, funciones de ejecución, memoria y lenguaje); sin embargo, es el más dispendioso y depende del nivel de escolaridad. Al encontrarnos en el domicilio, el diagnóstico de trastorno neurocognitivo será clínico, tomando en cuenta el curso del deterioro de acuerdo con lo mencionado por el paciente, pero también principalmente por el cuidador y acompañado de pruebas de tamizaje cognitivo y laboratorios clínicos, en caso de poder realizarlos.

Una de las ventajas del seguimiento domiciliario de los pacientes con alteraciones en la cognición es la facilidad de llevar a cabo el seguimiento y la detección temprana de progresión de la enfermedad, para generar recomendaciones a medida que avanza la enfermedad y acompañar a los familiares en este proceso. Resulta igual de importante dar recomendaciones sobre la estimulación cognitiva, que no solo impacta en la cognición, sino en el componente comportamental de estos pacientes.

Valoración afectiva y comportamental

En virtud de lo mencionado, las alteraciones del comportamiento, en la gran mayoría de los casos, van de la mano de los trastornos cognitivos; de ahí la importancia de la temprana identificación e intervención de estas condiciones. Dentro de los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes en personas con trastorno neurocognitivo están la depresión y la ansiedad, que se pueden objetivar con escalas como Yesavage (29) y PHQ9 (30), para síntomas depresivos, y la Escala de Hamilton, para ansiedad (31), ya que esto va a permitir instaurar medidas farmacológicas y no farmacológicas que impactarán en la calidad de vida del paciente y sus cuidadores.

Dentro de los síntomas comportamentales frecuentes se encuentran, además de la depresión y la ansiedad, la agresividad, la irritabilidad, la apatía, los trastornos de sueño, entre otros, para los cuales existen medidas no farmacológicas y diferentes manejos farmacológicos, que inician con los inhibidores de acetilcolinesterasa o anti-NMDA, según la gravedad del trastorno neurocognitivo. Posteriormente, se considera el inicio de medicamentos antipsicóticos (usualmente atípicos como la quetiapina, la risperidona y la olanzapina) o antidepresivos, como los inhibidores de recaptación de serotonina, que también permiten controlar los síntomas comportamentales (32).

Detección de delirium

El delirium, o también llamado *síndrome confusional agudo*, se caracteriza por ser una condición que puede ser frecuente en las personas con trastorno cognitivo mayor y tiene implicaciones importantes, como caídas, mayor riesgo de deterioro funcional y de institucionalización y mortalidad. Es reversible, y generalmente está explicado por una causa orgánica (33), por lo que su detección temprana resulta importante para iniciar la evaluación de la posible causa: procesos infecciosos, trastornos hidroelectrolíticos, dolor o estreñimiento. El diagnóstico se puede hacer con los criterios del Método de Evaluación de Confusión o aquellos descritos en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (quinta edición). Para su manejo se trata la causa que lo produce, y se continúa con el uso de medidas no farmacológicas. En cuanto al manejo con antipsicóticos, usualmente, se utilizan en caso de delirium hiperactivo, por el alto riesgo de auto y heteroagresividad (33).

Evaluación social

La valoración domiciliaria permite uno de los abordajes más integrales de la esfera social, pues incluye la percepción del paciente, del cuidador y familiares, además de la del médico que lo evalúa. Al realizar una valoración en casa, se pueden observar elementos diferentes de la condición social del paciente, como lugar de vivienda, disposición del hogar, accesibilidad a servicios de salud, recursos económicos, red de apoyo con la que cuenta el paciente, entre otros.

Sobrecarga cuidador

Los cuidadores son una de las piezas fundamentales en casi todos los elementos de la valoración geriátrica integral, pues gracias a ellos se obtiene y se complementa la información necesaria para hacer un abordaje integral de la persona mayor. Por esto, no se debe dejar de lado

una evaluación al estado de salud del cuidador y el tipo de carga a la que están expuestos —por ejemplo, con la escala De Zarit (34)—, pues como se ha visto en la literatura, la sobrecarga del cuidador es una condición presente en aproximadamente el 61% de los casos (35), y condiciona una mayor vulnerabilidad tanto para el paciente como para el cuidador, generando alteraciones en el cuidado, que en algunos casos terminan en maltrato (36).

Evaluación ambiental

En la evaluación ambiental se pueden evaluar las rutas de acceso al hogar, la disposición ambiental en la que viven los pacientes, cómo es su espacio vital, cuántas personas viven con él, con qué dispositivos de ayuda cuenta y si están adecuadamente formulados. Adicionalmente, se pueden evaluar diferentes aspectos, como la ropa y los calzados de más frecuente uso, la organización y distribución de las habitaciones y la cocina, la presencia de alfombrado y los espacios al aire libre cercanos. Con este conocimiento, se busca mejorar el acceso a la casa o adecuar las habitaciones, a efectos de lograr una mejor accesibilidad a objetos que se encontraban muy altos o muy bajos para la persona mayor y que son de uso frecuente. Además, se pueden promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante, los ajustes en los dispositivos de asistencia, la iluminación en las habitaciones, el retiro de alfombrado y el uso de dispositivos de seguridad en habitaciones o escaleras (barandas) y en baños, entre otras recomendaciones.

Otros procesos clave de la atención domiciliaria por geriatría

Importancia de un equipo interdisciplinario

Como bien se ha mencionado a lo largo del artículo, las personas mayores tienen una complejidad alta frente a otro tipo de población y más al manejarlos en el domicilio, por lo que la valoración geriátrica integral y el seguimiento

por la especialidad de geriatría genera grandes cambios en los pacientes y en el sistema de salud.

Sin embargo, es importante resaltar que al igual que otros planes de atención domiciliaria, el complemento con valoración y seguimiento de otros servicios, como terapeutas físicos y ocupacionales, fonoaudiólogos, nutricionistas o trabajadores sociales, aumentaría los beneficios brindados a esta población.

En un estudio se comparó el modelo de atención en el final de la vida en visita domiciliaria por el grupo de geriatría y de cuidados paliativos, y se encontró que en los dos grupos los pacientes presentaron dolor controlado, no tenían miedo a morir y no hubo sobrecarga de parte de los cuidadores (9), lo que nos sugiere que estas dos especialidades se complementan de una manera positiva en el cuidado de las personas mayores al final de su vida y nos invita a continuar la estrecha relación entre especialidades para un mayor impacto en esta población.

Derivación a otros servicios asistenciales

La valoración domiciliaria por el servicio de geriatría permite mantener la continuidad de la atención a través de la integración de los diferentes niveles asistenciales. Forma parte del inicio y el final de un proceso de derivación, ya que a su cargo se lleva a cabo la evaluación y la identificación de signos de alarma para la remisión del paciente a otro nivel asistencial de mayor complejidad, como sería el servicio de urgencias o cuidados intensivos. Así mismo, indica quiénes, con las mismas condiciones de alarma, cuentan con recursos tanto de cuidado como de servicios de salud para recibir manejo óptimo de la condición aguda en el domicilio, evitando medidas fútiles si se trasladara a otro nivel asistencial de mayor complejidad.

Complementariamente, la valoración domiciliaria por geriatría da continuidad al seguimiento del paciente con egreso reciente del hospital, lo cual disminuye su reingreso, nuevas hospitalizaciones, complicaciones e institucionalización (37,38). Asimismo, permite

a largo plazo determinar, en conjunto con la familia, la necesidad de institucionalización.

Toma de decisiones compartidas

Este tema resulta de suma importancia en cada uno de los niveles asistenciales de la geriatría, así que debemos reconocer las dificultades que se presentan en el momento de la toma de decisiones y diseño de voluntades anticipadas. Dentro de los retos están la actitud pasiva por parte de la persona mayor y la posibilidad de subestimar o sobrestimar las prioridades de la persona por parte del personal de la salud; asimismo, la multimorbilidad y polifarmacia, que limita la participación de las personas mayores en estudios de investigación que puedan contribuir con evidencia para la toma de decisiones (39,40). Por esto, se recomienda verificar el diagnóstico, determinar en qué momento de la trayectoria funcional se encuentra la persona, utilizar herramientas pronósticas de prioridades, como el Ottawa Personal Decision Guide (41), el de necesidades de atención paliativa, como NECPAL (42), entre otras.

En virtud de lo mencionado, la persona mayor debe recibir información sobre los beneficios y riesgos del tratamiento o procedimientos que se vayan a instaurar y sus posibles complicaciones. Dentro de estrategias que se recomiendan en la literatura, está el Sharing Evidence Routine for a Person-Centred Plan for Action (SHERPA), que facilita conversaciones entre el personal de la salud y el paciente para tomar decisiones centrándose en el paciente, con evidencia, interpretativa y colaborativa especialmente en aquellos multimórbidos (43). Adicionalmente, la Sociedad de Geriatría de América también elaboró una guía de recomendaciones para toma de decisiones en personas mayores con múltiples condiciones crónicas (44).

Desde el punto de vista bioético, se deben recordar los principios universales (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía), y cada vez es más frecuente la inclusión de la autonomía relacional, que se basa en generar una relación

médico-paciente que se entienda como un acto de deliberación y colaboración entre ambos (45).

Conclusiones

La valoración geriátrica domiciliaria es una herramienta que permite un abordaje multidimensional de la persona mayor en su entorno, ya que involucra íntimamente a su cuidador y familiar. Esta herramienta facilita la toma de decisiones; plantea estrategias clínicas, educativas y modificaciones ambientales, y previene hospitalizaciones.

Fuentes de financiación

La investigación no recibió ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Rodríguez Mañas L. Atención domiciliaria para personas ancianas: no todo vale. *Rev Esp Salud Publica* [internet]. 2003;77(5):523-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=742683>
2. Esteban Sobreviela JM, Ramírez Puerta D, Sánchez del Corral Usaola F. Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria [internet]. 2005. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
3. Gómez-Salazar V, Garcés-Medina MC, Chavarro-Carvajal DA, Meneses-Bernal JF, Cano-Gutiérrez CA, Santacruz Escudero JM. Effects of a home care program in geriatrics on the number of hospitalizations and

emergency room visits. *Univ Med*. 2021;62(2):1-9. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed62-2.enhc>

4. Chapman H, Farndon L, Matthews R, Stephenson J. Okay to Stay? A new plan to help people with long-term conditions remain in their own homes. *Prim Heal Care Res Dev*. 2018;20(e16):1-6. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000786>

5. Rodríguez-Mañas L. A new operational definition of frailty: the Frailty Trait Scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(5):371.e7-371.e13. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.01.004>

6. Rodríguez Sánchez I, Solano Jaurrieta JJ, Rodríguez Mañas L. Los niveles asistenciales en geriatría. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editores. *Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. 2.^a ed. Madrid: Elsevier; 2020. p. 519-23.

7. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. The growing need for home health care for the elderly: Home health care for the elderly as an integral part of primary health care services [internet]. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326801/EMROPUB_2015_EN_1901.pdf?sequence=1%26isAllowed=y

8. Dávila Dávila GL, Pinzón Dávila R del P, Saavedra Covarrubia ME. Percepción de las personas cuidadoras en relación al Programa de Atención Domiciliaria para adultos mayores EsSalud, 2016. *ACC CIETNA Rev la Esc Enfermería*. 2019;6(2):112-29. <https://doi.org/10.35383/cietna.v6i2.271>

9. Picado Ovarés JE, Parra Parra F de J, Ruiz Rivera J. Comparación del modelo paliativo y el modelo geriátrico en la calidad de muerte en una

población con demencia avanzada en un programa de visita domiciliar. *Rev Medica Sinerg*. 2021;6(3):e655. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i3.655>

10. Pérez-Castejón Garrote JM. La valoración geriátrica hoy: Atención domiciliaria. *Rev Multidiscip Gerontol* [internet]. 2005;15(1):16-22. <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/geronto1.pdf>

11. Albrecht Junghanns, Rodolfo Emmanuel CH, Gil Z. Bases y dominios de la valoración geriátrica. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editores. *Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2020. p. 322-9.

12. de Rossi Figueiredo D, Paes LG, Warmling AM, Erdmann AL, de Mello ALSF. Multidimensional measures validated for home health needs of older persons: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2018;77:130-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.013>

13. Stoop A, Lette M, van Gils PF, Nijpels G, Baan CA, de Bruin SR. Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home: a scoping review. *Heal Soc Care Community*. 2019;27(5):e549-66.

14. Puertas Cuesta FJ, Prieto Prieto F. El anciano con trastornos del sueño: síndrome de apneas/hipopneas del sueño y síndrome de piernas inquietas. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editores. *Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2020. p. 933-40.

15. Curtin D, Jennings E, Daunt R, Curtin S, Randles M, Gallagher P, et al. Deprescribing in older people approaching end of life: a randomized controlled trial using

STOPPFrail Criteria. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(4):762-9. <https://doi.org/10.1111/jgs.16278>

16. Nyborg G, Straand J, Klovning A, Brekke M. The Norwegian General Practice-Nursing Home criteria (NORGE-PNH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2015;33(2):134-41. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1041833>

17. Montero Odasso M, Casas Herrero Á, Alonso Bouzón C. Trastornos de la marcha y caídas. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editores. *Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2020. p. 702-14.

18. León Ortiz M, Celaya Cifuentes S. Nutrición y envejecimiento. En: Abizanda Soler P, Cano Gutiérrez C, Heredia Ramírez RA, editores. *Medicina geriátrica: una aproximación basada en problemas*. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2020.

19. Guil-Soto A, García-de Paso Mora J. Manejo práctico del estreñimiento crónico: primer escalón terapéutico. *RAPD* [internet]. 2019;42(6):428-31. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2019/42/6/02>

20. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.

21. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

22. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried L, et al. Physical frailty: ICF SR International Clinical

- Practice Guidelines for identification and management. *J Nutr Heal Aging*. 2019;23(9):771-87.
23. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
24. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med*. 1995;332(9):556-62. <https://doi.org/10.1056/NEJM199503023320902>
25. Izquierdo M. Prescripción de ejercicio físico: el programa Vivifrail como modelo. *Nutr Hosp*. 2019;36:50-6. <https://doi.org/10.20960/nh.02680>
26. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;19:189-98. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
27. Dastoor D, Schwartz G, Kurzman D. Clock-drawing: An assessment technique in dementia. *J Clin Exp Gerontol*. 1991;13:69-85.
28. Nasreddine Z, Phillips N, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):695-9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
29. Yesavage J. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull*. 1988;24(4):709-11.
30. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer R. Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001;63:679-86.
31. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50-5.
32. Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñoz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol [internet]*. 2012;55(10):598-608. Disponible en: https://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf
33. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. *N Engl J Med*. 2017;377(15):1456-66.
34. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
35. Bello Carrasco L, León Zambrano G, Covena Bravo MI. Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Univ Soc [internet]*. 2019;11(5):385-95. Disponible en: <https://rus.ucf.edu/cu/index.php/rus/article/view/1389>
36. Zúñiga-Santamaría T, Sosa-Ortiz AL, Alonso-Vilatela ME, Acosta-Castillo I, Casas-Martínez M de la L. Dependencia y maltrato en el anciano con demencia. *Pers Bioética*. 2010;14(1):56-66. <https://doi.org/10.5294/pebi.2010.14.1.5>
37. Rönnekkö JK, Mäkelä M, Jämsen ER, Huhtala H, Finne-Soveri H, Noro A, et al. Predictors for unplanned hospitalization of new home care clients. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(2):407-14.
38. Liezeit D, King B, Bratzke, LisaBoltz M. Improving functional assessment in older adults transitioning

from hospital to home. *Prof Case Manag.* 2018;23(6):318-26.

39. Sathanapally H, Khunti K, Kadam U, Seidu S. Shared decision making in multimorbidity. *Aust J Gen Pract.* 2018;47(6):397-8.

40. Hoffmann T, Jansen J, Glasziou P. The importance and challenges of shared decision making in older people with multimorbidity. *PLoS Med.* 2018 Mar 13;15(3):e1002530. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002530>

41. Ottawa Hospital. Ottawa personal decision guides [internet]. 2020 [Citado 2021 dic 20]. Disponible en: <https://decisionaid.ohri.ca/decguide.html>

42. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblás J, Vila L, Costa X, et al. Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa en servicios de salud y sociales. *Instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Salut a Casa.* 2014;1-5.

43. Jack E, Maskrey N, Byng R. SHERPA: a new model for clinical decision making in patients with multimorbidity. *Lancet.* 2018;392(10156):1397-9.

44. Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, Blaum CS, Dodson JA, Green AR, et al. Decision making for older adults with multiple chronic conditions: executive summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(4):665-73. <https://doi.org/10.1111/jgs.15809>

45. Delgado J. Autonomía relacional: un nuevo enfoque para la bioética [tesis de maestría en internet]. Universidad

Nacional de Educación a Distancia; 2012. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:masterFilosofiaFilosofiaPractica-Jdelgado>