

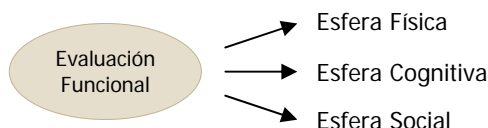
## Módulo 2

## Evaluación Funcional del anciano

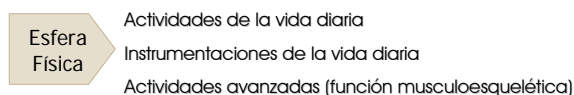
Dra. María Soledad Rodríguez  
Prof. Adj. Dr. Fernando Filippini

El "Estado Funcional" mide la capacidad del anciano de desenvolverse como ser integral: mental, física y socialmente. De ello depende, en gran medida, su calidad de vida.

La **Evaluación Funcional del Anciano** tiene como premisa, poder objetivar cualquier alteración en los diferentes campos de funcionamiento para realizar un razonamiento lógico de lo que le ocurre al paciente y encaminarlo en las terapéuticas apropiadas. Comprende varios puntos:



**Evaluación de la Esfera Física:** La pérdida de la capacidad de realizar diferentes acciones de la vida diaria puede ser un indicio de declive funcional progresivo. Esto, puede evaluarse a través de diferentes instrumentos:



Las **Actividades Básicas o de la vida diaria** son aquellas imprescindibles para sobrevivir. En un nivel inferior sólo quedan las funciones vegetativas y tienen que ver con el "autocuidado". Pueden estimarse con un instrumento llamado **AVD** (Actividades de la Vida Diaria, Índice de Katz) que permite objetivar esta evaluación y poder pesquisar un deterioro en el tiempo. Supone una serie de ítems que incluyen actividades básicas como vestido, aseo, alimentación. A continuación, el modelo:

Las **Actividades Instrumentales** suponen aquellas necesarias para vivir en forma independiente, tienen que ver con el "autodesempeño" y miden la adaptación al entorno. Pueden objetivarse con la **Escala de Lawton** (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria / AVDI):

También se clasifican en Independiente cuando las realiza solo, Semidependiente cuando lo hace con ayuda o Dependiente cuando no puede hacerlo.

Las actividades que se consideran son:

- Usar el teléfono
- Usar el colectivo
- Hacer las compras

**INDICE DE KATZ: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (AVD)**

- A.** Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del sanitario, vestirse y bañarse.
  - B.** Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
  - C.** Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
  - D.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
  - E.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del sanitario y otra función adicional.
  - F.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del sanitario y otra función adicional.
  - G.** Dependiente en las seis funciones.
  - H.** Menos de dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.
- Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

- Preparar las comidas
- Hacer las tareas de la casa
- Lavar la ropa
- Tomar la medicación
- Manejar el dinero

Es necesario aclarar que tanto AVD como AVDI están influenciadas por matices sociales, culturales y otros factores; por ejm: "Rosa de 76 años no va a hacer las compras porque debe cruzar una avenida y ya ha tenido varias caídas pero maneja bien el dinero y puede comprar sola si su hijo la alcanza hasta el mercado..." Aquí es donde el interrogatorio dirigido y la interpretación del médico entran en juego, tarea que ningún índice puede suplantar.

El deterioro en las funciones del AVD y AVDI implican mayor riesgo de institucionalización, peor pronóstico en la recuperación luego de una internación, mayor probabilidad de aparición de otros síndromes geriátricos (caídas, malnutrición, incontinencia) y por ende, de mayor mortalidad. El hecho de detectar estas alteraciones en tiempo y forma hace posible alertar a los cuidadores del anciano sobre la necesidad de supervisión y ayuda más estricta.

La evaluación de las **Actividades Avanzadas** supone a aquellas que requieren amplio rango de funcionamiento por su complejidad. Las principales actividades evaluadas son:

- Actividades físicas: ejercicios intensos, trabajos
- Actividades sociales: aficiones, viajes, participación

social

-Actividades mixtas: deporte

La evaluación musculoesquelética es necesaria en este punto, y puede realizarse por diferentes tests, entre ellos:

**Test de la estación unipodal:** Consiste en mantener el equilibrio sobre una sola pierna, con la otra flexionada. Se estima un tiempo mínimo de permanencia de 5 segundos. Tiempos inferiores orientan hacia un mayor riesgo de sufrir lesiones durante la caída.

**Timed get up and go:** Se le pide al paciente que se levante de la silla, camine 3 metros, dé la vuelta y se siente de nuevo. Se cronometra el tiempo empleado. Tiempos superiores a 20 segundos aconsejan valoraciones más intensivas.

**Test de 3 pasos:** a) Llevar las manos a la cabeza, elevar un objeto contra gravedad: si puede hacerlo tiene buena funcionalidad de miembros superiores, b) Tomar un lápiz: evalúa la prensa digital y movimientos finos, c) Levantarse de una silla sin apoyo y andar: evalúa funcionalidad de miembros inferiores.

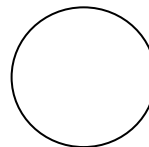
Con respecto a la actividad física, está demostrado que la inclusión de los ancianos en programas de ejercicio físico mejora el nivel funcional y disminuye la mortalidad. Con respecto a la evaluación previa al comienzo de una actividad física, no hay pautas claras, los exámenes a solicitar dependen del juicio clínico del médico evaluador y de los factores de riesgo del paciente. Sí se deben evaluar condiciones que contraindiquen el ejercicio hasta ser resueltas como ortostatismo, vértigo, trastornos en la marcha y equilibrio, claudicación, angor inestable, defectos en la visión y/o audición.

**Evaluación de la esfera cognitiva:** Es imprescindible para complementar la evaluación funcional, ya que puede hallarse en este tópico la posible causa o condición concomitante que justifique el deterioro del paciente. El test más utilizado es el **Minimental Test de Folstein** que es útil para diagnosticar deterioro cognitivo. Recordar que un test patológico NO ES DIAGNOSTICO DE DEMENCIA, sólo de Deterioro Cognitivo. Tiene una sensibilidad de 87% y especificidad de 83%. Sus resultados están influenciados por el nivel de instrucción del paciente. Es por ello que se ajusta el valor obtenido según edad y escolaridad. A continuación el test y tabla de ajuste:

Ajuste MMTE según edad y educación:

Escolaridad Edad	6-8	9-11	12	13-16	17-18
65-69	6	7	7	8	9
70-74	5	6	7	7	8
75-79	3	4	5	6	7
80-84	3	3	4	4	5
85-89	3	3	3	4	5

Otro test sencillo de realizar y que evalúa capacidades ejecutivas y visuoespaciales es el **Test del Reloj** (sensibilidad y especificidad > 90%):



- Colocar los números al reloj (1 punto)
- Orden correcto de los números (1 punto)
- Ubicación correcta en 4 cuadrantes: 12 - 3 - 6 - 9 (1 punto)
- Realizar 2 agujas (1 punto)
- Colocar las agujas a las "4 menos 20" (2 puntos)
- Aguja horaria más corta que la minutera (1 punto)

Con resultados normales o aceptables en estos 2 tests se puede predecir que nuestro paciente no tiene un deterioro cognitivo severo o síndrome

**Minimental State Examination (MMSE)**

ORIENTACION:

¿En qué número y día de la semana, mes, año y estación estamos?

(5 puntos) .....

¿Dónde está usted ahora? (lugar, nombre del hospital, ciudad, provincia, país)

(5 puntos) .....

REGISTRO:

Nombrar 3 objetos lentamente: casa-zapato-papel

(3 puntos) .....

ATENCIÓN Y CALCULO:

Múltiplos de 7 de atrás hacia adelante (93-86-79-72-65) ó

Deletrear de atrás hacia adelante la palabra MUNDO

(5 puntos) .....

MEMORIA:

Repetir los objetos nombrados: casa-zapato-papel

(3 puntos) .....

LENGUAJE:

Mostrar un lápiz y un reloj, preguntar sus respectivos nombres

(2 puntos).....

Repetir: Tres perros en un trigal

(1 punto) .....

Indicar: tome el papel con su mano derecha,

dóblelo a la mitad y póngalo en el suelo

(3 puntos) .....

Lea y obedezca lo siguiente: CIERRE LOS OJOS

(1 punto) .....

Escriba una oración

(1 punto).....

Copie el siguiente dibujo (1 punto) .....



**Puntaje total: 30 puntos**

demencial que esté afectando otras áreas funcionales.

**Evaluación de la esfera social:** La depresión es una causa frecuente de disatención, retraimiento, trastornos conductuales y en la alimentación. Además es muy frecuentemente subdiagnosticada en este grupo etáreo. Es por ello que para completar la evaluación funcional de nuestros pacientes debemos pesquisar indicios de esta patología. Es importante destacar que el diagnóstico de depresión es "clínico" y que las escalas o tablas pueden ayudar pero la evaluación e impresión del médico tratante es fundamental.

Una escala sencilla y con buena reproductividad es la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage, en su forma abreviada de 15 preguntas

**ESCALA DE DEPRESION GERIÁTRICA (YESAVAGE) :**

- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?
- ¿Tiene buen ánimo a menudo?
- ¿Se siente feliz muchas veces?
- ¿Piensa que es maravilloso vivir?
- ¿Se siente lleno de energía?
- Ha renunciado a muchas actividades o intereses?
- ¿Siente que su vida está vacía?
- ¿Se encuentra aburrido?
- ¿Tiene miedo de que algo malo le está pasando?
- ¿Se siente abandonado?
- ¿Prefiere quedarse en casa que salir?
- ¿Tiene más problemas de memoria que el resto?
- ¿Se siente inútil?
- ¿Siente que su situación es desesperada?
- ¿Cree que mucha gente está mejor?

Respuestas depresivas: NO en 1 a 5 y SI en el resto.  
 Cada una lleva 1 punto.  
 Normal: 0-5 pts, Moderadamente deprimido 6-10,  
 Muy deprimido: 11-15 pts.

Finalmente, para completar la evaluación de un paciente que está declinando su nivel funcional puede ser necesario solicitar algunos **Exámenes Complementarios**. La hipercalcemia puede ser causa de deterioro en las funciones superiores, al igual que las disfunciones tiroideas. Una serología para HIV y VDRL sólo serían justificadas si existen factores de riesgo. Las neuroimágenes se deben considerar si se piensa, en base a hallazgos en los tests y examen físico, en daño estructural del SNC como masas ocupantes, hematomas y puede ser útil en el diagnóstico de demencias.

**Exámenes complementarios en la Evaluación Funcional del Anciano**

- Calcemia
- Dosaje Vit B12
- TSHu
- VDRL \*
- Serología HIV \*
- Neuroimágenes \*\*

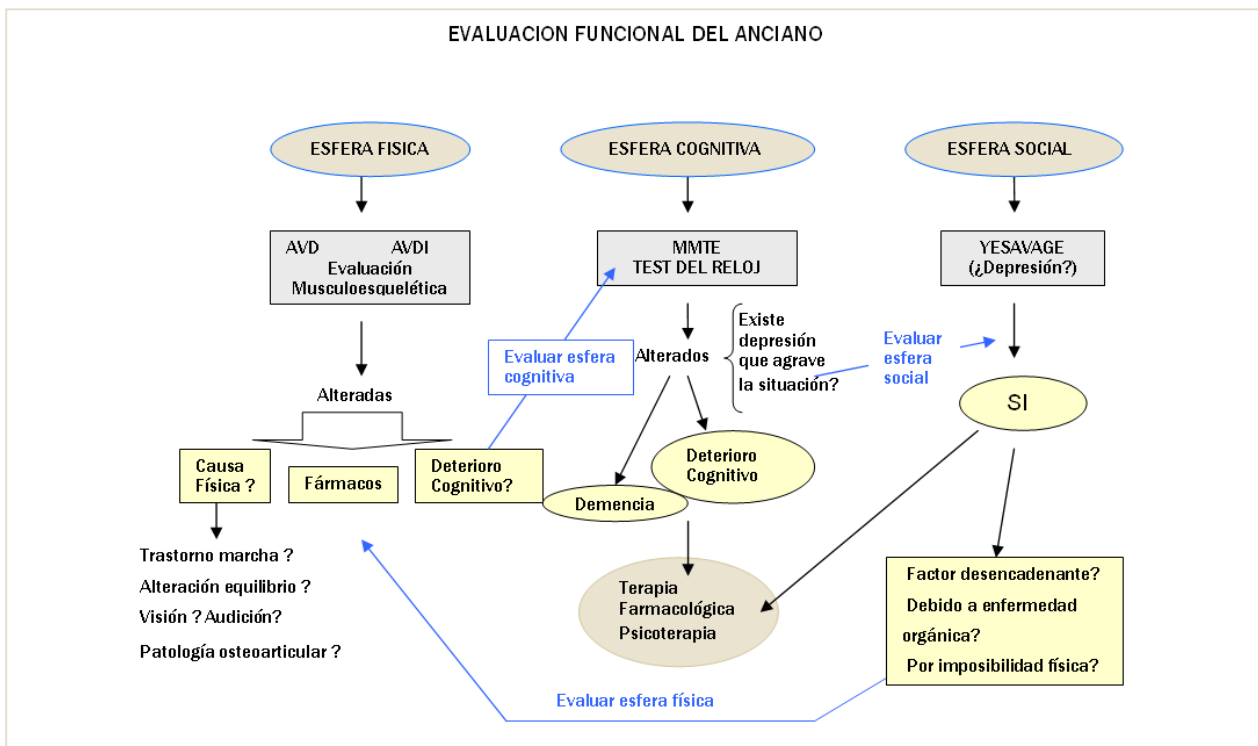
\* Según factores de riesgo  
 \*\* Según otros hallazgos

**¿Qué hacer una vez diagnosticado un trastorno funcional ?**

El tema es muy amplio y requiere un análisis y consideraciones particulares en cada tópico, pero a continuación se exponen consignas generales a partir de las que se debe proceder en cada situación.

En el terreno de la Geriátria, el profesional no sólo atiende a su paciente sino que debe establecer una comunicación fluida con sus cuidadores ya que de ellos dependerá en gran medida el éxito de los tratamientos que se propongan.

Si del examen surgiese que los trastornos en la marcha, equilibrio o movilidad son importantes,



pueden indicarse ejercicios que corrijan la postura o mejoren el equilibrio a cargo de fisioterapeutas entrenados así como asegurarse el buen estado de los pies y el uso de calzado adecuado. De igual forma, solucionar problemas en la visión o audición que limiten al paciente en sus funciones.

Si se realiza diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia es importante explicar a los cuidadores que es posible que sea progresivo y que lo más importante es la supervisión y contención del entorno. Así mismo buscar tareas que al paciente le den placer y lo mantengan lo más funcional posible (pintura, jardinería, lectura, talleres....)

Ante un diagnóstico o sospecha de depresión tanto la psicoterapia como el tratamiento farmacológico serán de gran ayuda.

Evaluar siempre las interacciones entre los medicamentos que recibe, ya que la polifarmacia e incorrecta administración de las drogas es una causa muy frecuente de disfuncionalidad en la tercera edad.

Finalmente, un esquema que intenta figurar la visión integral del paciente que se debe tener al realizar su evaluación funcional:

#### Bibliografía:

1. Programa anual 2002-2003 de formación continuada acreditada para médicos de Atención. Tema 9: Valoración Geriátrica. Autor: Dr. J.J. Alberto Castellón Sánchez del Pino, doctor en medicina y cirugía, médico de familia, servicio andaluz de salud. Tíjola. Almería coordinador del área geriátrica en los cursos de gerontología universidad de Granada. Coordinador: Dr. Gustavo C. Rodríguez Roca. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor extrahospitalario de Médicos residentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo. [www.medynet.com](http://www.medynet.com)
2. Evaluación Geriátrica multidimensional. Jáuregui R., Estrenaro J. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Panamericana.
3. [www.medicinageriatrica.com.ar](http://www.medicinageriatrica.com.ar)
4. J. L. Larión. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. Servicio de Geriátria. Hospital de Navarra. Pamplona. Anales del sistema sanitario de Navarra.
5. Caídas en los ancianos. Volumen 2, Número 3. Diciembre de 2004. Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Geriátria y Gerontología. [www.sagg.org/hemeroteca](http://www.sagg.org/hemeroteca)
6. Dr. Victor Villanueva. Evaluación del paciente anciano. Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina - Facultad de Medicina - UNNE - Octubre/2000. [www.med.unne.ar](http://www.med.unne.ar)