

## Evaluación geriátrica en la atención primaria

Violeta Díaz T, Inés Díaz T<sup>a</sup>, Graciela Rojas C, David Novogrodsky R.

### *Geriatric assessment of elderly subjects consulting in a public primary care outpatient clinic*

**Background:** A good medical care program for the elderly requires a thorough assessment of the functional capacity and limitations of the consulting patients. **Aim:** To perform a geriatric assessment to elderly subjects consulting in a public outpatient clinic. **Patients and methods:** A cross sectional assessment of subjects over 60 years old, beneficiaries of the public health care system and consulting in 4 outpatient clinics of a poor community of Metropolitan Santiago. Evaluation included a complete medical history, the Katz score for activities of daily living (ADL), Lawton score for instrumental activities for daily living (IADL) and Folstein Mini Mental state examination. **Results:** During the study period 1,023 subjects, 73% female, aged 74±7 years, were assessed. Thirteen percent were illiterate, 78% elementary school, 8% had high school and 0.2% university education. Eighty eight percent lived with relatives, 79% did not participate in community groups and 7% smoked. The most common chronic disease detected was high blood pressure in 61%, followed by obesity in 32%, osteoarthritis in 22%, diabetes mellitus in 17%, depression in 11%, cardiac diseases in 8%, hypothyroidism in 3% and epilepsy in 1%. ADL score showed partial dependency in 11% and total dependency in 2%. IADL score showed partial dependency in 41% and total dependency in 4%. Mini Mental score was abnormal in 31% of subjects. **Conclusions:** High blood pressure, osteoarthritis, depression and cognitive impairment are the most common health problems in this sample of elderly subjects. ADL score showed a low rate of dependency (Rev Méd Chile 2003; 131: 895-901).

**(Key Words:** Aged; Frail elderly; Health care surveys; Hypertension)

Recibido el 16 de julio, 2002. Aceptado en versión corregida el 24 de junio, 2003.

Trabajo financiado por Grant #13.0805.04454, resolución N° 002 del 24 de mayo de 1996, del Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS).

Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. José Joaquín Aguirre, Departamento de Neurología, Psiquiatría y Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>a</sup>Psicóloga Clínica

El proceso de envejecimiento poblacional se ha manifestado en los países desarrollados en forma paulatina y gradual durante todo un siglo. La población en Chile ha envejecido rápidamente

en menos de treinta años, alcanzando la población adulta mayor (AM) 10% del total. El grupo etario sobre 60 años creció 14 veces en el siglo XX y se duplicará en 21 años más<sup>1</sup>. El incremento de los adultos mayores está ligado a la baja de la mortalidad y al aumento de la longevidad, gracias a la implementación de políticas en medicina preventiva y curativa.

*Correspondencia a:* Dra. Violeta Díaz, Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santos Dumont 999, Independencia, Santiago, Chile. Fax: 7775062. E mail: vdiaz@machi.med.uchile.cl

Los objetivos principales del programa del AM del Ministerio de Salud son mantener y recuperar la autonomía, disminuir la mortalidad por causas prevenibles, incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa. Los objetivos señalados se realizan en la atención primaria con acciones de control de salud, alimentación complementaria (crema puré, años dorados), vacuna anti influenza, enfermedades de costo catastrófico (implante de marcapaso, prótesis de cadera, operaciones de catarata) entrega de órtesis y prótesis (lentes, audífonos, sillas de ruedas, bastones).

La aplicación de escalas de evaluación geriátrica en la atención primaria reviste gran importancia en la atención y prevención de este grupo etáreo.

En el marco del programa "Más Vida Para tus Años", financiado por el FOSIS, la Universidad de Chile a través del Hospital Clínico Dr. José Joaquín Aguirre, implementó entre los años 1997 y 1999, un programa de atención integral por grupo etáreo en los 4 consultorios de la comuna de Conchalí. La vigencia del programa se extendió por tres años. Para el logro de dicho propósito, se introdujo en la atención primaria atenciones en salud en las especialidades de geriatría, neurología, psiquiatría y medicina física y rehabilitación. Por razones de infraestructura, las atenciones de oftalmología, urología, dermatología y otorrinolaringología se entregaron en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Los objetivos que guiaron la intervención global fueron: diagnosticar las enfermedades crónicas más recurrentes en los AM, evaluar su funcionalidad física y psíquica y evaluar la capacidad resolutoria de algunas especialidades a nivel de consultorios primarios. El presente trabajo presenta los resultados de prevalencia de patologías crónicas obtenidos en los AM, así como del diagnóstico de su estado funcional.

## MATERIAL Y MÉTODO

La Municipalidad de Conchalí dispone de 4 consultorios (Eneas Gonel, Lucas Sierra, Symon Ojeda y Juanita Aguirre), atienden una población de 152.919 habitantes, de los cuales 15.951 personas son adultos mayores de 60 años (10,4% de la población total). El diseño fue un estudio transversal, descriptivo, prospectivo, no randomizado. Los criterios de inclu-

sión en el programa de atenciones de especialidad fueron: adulto mayor demandante de consulta de morbilidad y en situación de pobreza pertenecientes a FONASA (grupos A, B, C, D), indigentes o con tarjetas de gratuidad enviados por las asistentes sociales de los consultorios. Se excluyó a personas menores de 60 años y pertenecientes a otros sistemas de salud. Los AM fueron derivados al nuevo programa por el geriatra o por los médicos de los consultorios. No se utilizó grupo control.

Los instrumentos utilizados para registro de datos en la evaluación geriátrica fueron creación de una ficha clínica de atención interdisciplinaria, escalas de evaluación geriátricas. Se utilizó la escala de Katz<sup>2</sup> para las actividades de la vida diaria (puntaje mínimo 1, máximo 6) sobre actividades de baño, vestimenta, *toilette*, marcha, continencia, alimentación, siendo la respuesta de alternativas de independencia, dependencia parcial o dependencia total para su realización. Se utilizó la escala de MP Lawton<sup>3</sup> para las actividades instrumentales de la vida diaria (puntaje 3=independencia, 2=dependencia parcial, 1=dependencia total) que interroga sobre actividades como: capacidad para uso del teléfono, compras, preparación de alimentos, trabajo de casa, lavado, modo de transporte, responsabilidad por sus propios medicamentos, habilidad para manejar las finanzas. En evaluación de deterioro se utilizó el *Mini-mental State* de Folstein (MMS)<sup>4</sup> (puntaje mínimo 0 y máximo 30, de corte 24 para letrados y 20 para analfabetos)<sup>5</sup>. Los AM con la sospecha diagnóstica de demencia o depresión evaluados por el geriatra, de acuerdo a los antecedentes previos de las personas, y a la pregunta: ¿se siente Ud. deprimido o desanimado en los últimos quince días?, eran derivados a neurólogos y psiquiatras, respectivamente.

La efectividad de la atención especializada se evaluó en la capacidad resolutoria a nivel primario (porcentajes de pacientes derivados a la atención secundaria).

## RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 1.023 adultos mayores, 745 mujeres y 277 hombres, de edad promedio 74 años (ds=7,08); 13,4% de las personas evaluadas eran analfabetas; 78,3% tenían menos de ocho años de escolaridad; 7,7% más de ocho y sólo 0,6% tenía algún estudio superior. El

11,6% de los pacientes vivían solos, 78,5% no participaba en ninguna organización comunitaria. El 41,4% eran casados, 38,2% viudos, 13,7% solteros y 6,7% separados. Tabla 1.

El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue la hipertensión arterial, presente en 61,2% de los AM. El 32,4% de las personas evaluadas presentaban obesidad, 17,2% diabetes mellitus del adulto y 7,1% fumaba. Los trastornos osteoarticulares (artrosis, artritis, deformidades articulares) se presentaban en 22,3% de los pacientes. Los trastornos digestivos (gastritis, hernias hiales, diverticulosis) en 13,3%, depresión en 11,1% y trastornos respiratorios en 8,9% de los casos (Tabla 2).

La aplicación de la escala de actividades de la vida diaria de Katz reveló algún grado de limitación en las actividades de vestimenta, baño, *toilette*, marcha, continencia y alimentación en 11,2% de los AM. La escala de Lawton para actividades instrumentales de la vida diaria mostró

dependencia parcial en 41,4% de los AM, y dependencia total en 3,9% de los AM, Tabla 3 (ver Anexo 1 de escalas de actividades de la vida diaria).

Los resultados en MMS mostraron en el 38% de los analfabetos un puntaje igual o inferior a 20; el 31,5% de aquellos que tenían escolaridad básica, el puntaje fue inferior o igual a 24 y en el 17,1% de los AM con escolaridad media. El 31,2% de los AM presenta bajo puntaje en el MMS. Evaluado posteriormente por neurólogos en el 8,2% de la muestra presentaba algún grado de demencia (Tabla 4).

La mejor capacidad resolutive lo obtuvo psiquiatría, atendieron 210 pacientes y derivaron solo 19 a atención terciaria (capacidad resolutive de 90%). Neurología atendió 136 pacientes y derivó 26 (capacidad resolutive 74%), Medicina Física y Rehabilitación atendió 63 pacientes y derivó 12 (capacidad resolutive de un 81%). En términos globales la capacidad de resolución de las especialidades que trabajaron a nivel primario fue 82%.

**Tabla 1. Características sociales de la población estudiada**

VARIABLES	n	%	
Edad	Menor de 60	7	0,7
	61-70	371	36,4
	71-80	441	43,2
	81-90	189	18,5
	>90	12	1,2
	Total	1.020	100
Sexo	Femenino	745	72,8
	Masculino	277	27,2
	Total	1.023	100
Educación	Analfabeto	137	13,4
	Básica	801	78,3
	Media	79	7,7
	Técnica	4	0,4
	Universitaria	2	0,2
Condición de vida	Vive solo	119	11,6
	Acompañado	904	88,4
Estado civil	Casado	418	41,4
	Viudo	385	38,2
	Separado	68	6,7
	Soltero	138	13,7
	Participación	Org. sociales	220
	No participa	803	78,5

**Tabla 2. Prevalencia de patologías crónicas en adultos mayores atendidos en 4 consultorios municipalizados de la comuna de Conchalí (N=1.023 pacientes)**

Patologías	n	%
HTA	626	61,2
Obesidad	331	32,4
Osteoarticular	228	22,3
DM	172	16,8
Digestivas	136	13,3
Depresión	113	11,1
Respiratorio	91	8,9
Hipoacusia	82	8,0
Cardiopatías	80	7,8
Visión	75	7,3
Tabaco	73	7,1
Renal	33	3,2
Tiroides	30	2,9
Epilepsia	10	1,0
ECV	9	0,9

ECV=enfermedad cerebro-vascular. HTA=hipertensión arterial. DM=Diabetes Mellitus del adulto

**Tabla 3. Índices de funcionalidad en los Adultos Mayores atendidos de la comuna de Conchalí. Escala de actividades básicas de la vida diaria (Katz), Escala de actividades funcionales de la vida diaria (Lawton)**

	Independencia		Dependencia parcial		Dependencia total	
	n	%	n	%	n	%
Escala de Katz	685	87,0	88	11,2	14	1,8
Escala de Lawton	437	54,7	331	41,4	31	3,9

**Tabla 4. Resultados del *Mini-Mental State* en los Adultos Mayores de la comuna de Conchalí**

Grado de escolaridad	Valor de minimental	N	%
Analfabeto	<20	19/49	38,8
Primaria	24 y <	104/330	31,5
Secundaria y técnica	24 y <	6/35	17,1
Total		129/414	31,2

#### DISCUSIÓN

El programa del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. José Joaquín Aguirre incluía acciones de fomento, prevención y tratamiento, incluyendo especialistas que normalmente atienden a nivel terciario. El programa trabajó en un grupo etario de AM pobres y de mayoría mujeres. Una encuesta realizada posteriormente mostró que los hombres AM acuden menos a los consultorios porque continúan trabajando a tiempos parciales, hasta muy tarde en la vida o toman tareas de dirección en juntas de vecinos, clubes deportivos, etc. Las mujeres consultan más que los hombres también en otras etapas de la vida, además su expectativa de vida es mayor (78,7 para las mujeres y 72,6 para los hombres)<sup>1</sup>. El porcentaje de analfabetismo es mucho más alto que el nacional de 5,4%, e incluso de lo encontrado dentro de AM de otras comunas, explicable posiblemente por la pobreza de los examinados.

Hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus fueron las patologías de mayor prevalencia, lo que está en concordancia con la mayor frecuencia de estas enfermedades como causa de defunciones ocurridas entre 1985 y 1999. El

grupo de enfermedades del sistema circulatorio llegó a tasas de hasta 155 por 100.000 en hombres y 148 por 100.000 en mujeres (año 1999) representando 26 y 30% de todas las muertes<sup>6</sup>. Siendo conocido el esfuerzo nacional para lograr disminuir estas cifras a través de los programas de control de hipertensión, obesidad y diabetes, los datos reflejan que la adherencia a los programas es aún escasa.

Las altas cifras de depresión y demencia encontradas en el estudio revelan la importancia que la salud mental tiene en los AM. Un estudio en la comuna de Recoleta detectó que 42,7% de adultos consultantes en la atención primaria por morbilidad general presentaba algún trastorno psiquiátrico<sup>8</sup>; al estudiar la conducta de los médicos generales, se encontró que éstos derivaban sólo a 14,6% de los trastornos psiquiátricos a la atención secundaria. El 11,05% del total de los pacientes atendidos por el geriatra mostraban síntomas sugerentes de depresión, al ser evaluados por psiquiatras 53,8% de ellos presentaba depresión, 22,9% trastornos orgánicos cerebrales, 12,7% trastornos neuróticos y 11,0% otros<sup>9</sup>.

El rol que cumple la depresión en los AM es controvertido. Algunos investigadores aseguran

que lleva a una tasa mayor de mortalidad. Unutzer y cols<sup>10</sup> encontraron en una cohorte de 2.558 AM que sólo 3% de ellos con severa depresión tenían un aumento significativo de la mortalidad, controlando otros factores como conductas riesgosas a la salud, enfermedades crónicas y factores demográficos. Otros autores como Ganguli M y cols<sup>11</sup> en una cohorte de 1.064 AM de 67 años y más seguidos durante 10 años, encontraron la edad, sexo, depresión y discapacidad como fuertes y consistentes predictores de mortalidad. La depresión sería predictor de mortalidad sólo a corto plazo (3 a 5 años).

La demencia es una patología de alta frecuencia en nuestro país con cifras de 5,96%<sup>5</sup>, ésta tendrá mayor importancia en la medida que la población chilena envejezca. La sobrevivida después del inicio de una demencia varía entre 5 a 9,3 años. Wolfson<sup>12</sup> en Canadá, en una cohorte de 10.263 sujetos de 65 años y más encontró para todos los tipos de demencia una sobrevivida de 3 años (IC 2,7 a 4), menor a la publicada previamente en la literatura.

Las intervenciones farmacológicas en demencia son de alto costo, en especial para el grupo de pacientes que fue estudiado, en consecuencia se trabajó con ellos en programas de estimulación cognitiva, con métodos publicados previamente por nuestro grupo<sup>13</sup>. Los resultados preliminares muestran un buen índice de respuestas en los grupos que estaban deprivados culturalmente, olvidando incluso escribir.

En relación a las escalas aplicadas, éstas mostraron índices de funcionalidad aceptables en

las actividades básicas en 87%, bajando para las actividades instrumentales de la vida diaria a 54,7%. Estas cifras coinciden con las publicadas previamente en el país que, utilizando diferentes escalas de funcionalidad, entregan cifras de 88% sin problemas de funcionalidad en AM de 75 años y más<sup>14,15</sup>.

El 88,7% de los AM consultaron por más de una patología crónica lo que es concordante con lo señalado en la literatura. Valderrama-Gama<sup>16</sup> en España, encontró que aun en una muestra probabilística poblacional de 1.001 sujetos, sólo 4,5% no declaraban patologías. Las enfermedades osteoarticulares o reumáticas fueron las más prevalentes (56,8%).

Un objetivo importante del estudio era observar la capacidad de resolución que podían tener las especialidades. Los resultados fueron concordantes a lo esperado, mostrando Psiquiatría la mayor capacidad de resolución. Neurología y Medicina Física y Rehabilitación mostraron una capacidad resolutoria aceptable. Planteamos que Neurología podría tener una buena resolución, si se implantara en atención primaria y se derivara sólo aquello que requiera instrumentalización diagnóstica. Medicina Física y Rehabilitación podría atender a nivel primario para derivar sólo a terapias específicas. La implementación de algunas tecnologías en consultorios de derivación especializados, como se está llevando a cabo actualmente en el país, aparece como una muy buena solución a los problemas de largas listas de esperas para la atención secundaria y terciaria.

#### REFERENCIAS

1. Chile y los Adultos Mayores en la Sociedad del 2000. Enfoques estadísticos. Adulto Mayor. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo 2002.
2. KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW, JACKSON BA, JAFRE MA. The index of ADL: a standardized measures of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-6.
3. LAWTON MP, BRODY EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
4. FOLSTEIN MG, FOLSTEIN SE. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
5. AMADIUCCI L, BALDERESCHI M, QUIROGA P, ALBALA C. Cross cultural validation of the minimal mental state examination and the Pfeffer functional activities questionnaire. *Neurology of Aging* 1994; 5: 68-76.
6. Anuarios demográficos INE. Enfoques estadísticos. Mortalidad, 2001.
7. AREOSA S, EVANS G. Effect of the treatment of type II diabetes mellitus on the development of

- cognitive impairment and dementia. Cochrane Review. The Cochrane Library, 2003, Issue 2, Oxford: update software.
8. ROJAS G, GONZÁLEZ I, VARAS Y, MIRANDA E, LOLAS F. Trastornos cognitivos y emocionales en el senescente: detección y manejo por el médico general. *Rev Chil Neuro Psiquiat* 1995; 33: 39-43.
  9. ROJAS G, DÍAZ V, MALDONADO P. Adultos mayores con trastornos psiquiátricos en la atención primaria. *Rev Psiquiatría Clínica* 2000; 37: 15-9.
  10. UNUTZER J, PATRICK DL, MARMON T, SIMON GE, KATÓN WJ. Depressive symptoms and mortality in a prospective study of 2558 older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 521-30.
  11. GANGULI M, DODGE HH, MULSANT BH. Rates and predictors of mortality in an aging, rural, community-based cohort: the rol of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 1046-52.
  12. WOLFSON C, WOLFSON D, ASGHARIAN M, M'LAN E, OTBYE T, ROCKWOOD K, HOGAN DB. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl J Med* 2001; 344: 1111-6.
  13. DONOSO A, VÁZQUEZ C, DÍAZ V. Talleres de estimulación cognitiva. Estudio preliminar. *Rev Méd Chile* 1999; 127: 319-22.
  14. MARÍN PP, VALENZUELA E, REYES P. Evaluación geriátrica de adultos mayores en un Hospital Universitario. *Rev Méd Chile* 1996; 122: 1362-6.
  15. MARÍN PP, VALENZUELA E, SAITO NK. Experiencia piloto de una ficha de evaluación geriátrica ambulatoria. *Rev Méd Chile* 1996; 1242: 701-6.
  16. VALDERRAMA-GAMA E, DAMIAN J, RUIGOMEZ A, MARTIN-MORENO JM. Chronic disease, functional status, and self ascribed causes of disabilities among non institutionalized older people in Spain. *J Gerontol A Biol. Sci Med Sci* 2002; 57: 16-21.

ANEXO 1. ESCALA DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. KATZ

	I	A	D
1. Baño: con esponja, tina, ducha, recibe o no ayuda, para bañar una parte del cuerpo 2. Vestimenta: Obtiene ropa y se viste sin ayuda excepto para abrocharse los zapatos 3. Toilete. Va al baño, lo usa, se arregla la ropa y vuelve sin ayuda 4. Marcha: se mueve fuera y dentro de la cama, silla, sin ayuda (puede usar andador o bastón) 5. Continencia: controla vejiga y deposiciones completamente (sin accidentes ocasionales) 6. Alimentación: Se alimenta sin ayuda (excepto ayuda para cortar carne o poner mantequilla al pan)			

I=Independencia, A=dependencia parcial, D=dependencia total

ANEXO 2. ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE MP  
LAWTON

<i>Capacidad para usar el teléfono</i>	
Opera el teléfono por propia iniciativa	3
Logra operar unos pocos minutos números bien conocidos	2
Responde el teléfono	1
No usa teléfono	1
<i>Compras</i>	
Tiene a su cargo todas sus necesidades independientemente	3
Compra independientemente pequeñas cosas	2
Necesita ser acompañada a cualquier compra	1
Incapaz de comprar	
<i>Preparación de alimentos</i>	
Planifica, prepara y sirve adecuadamente la comida	3
Prepara adecuadamente las comidas si le dan los ingredientes	2
Calienta, sirve, prepara adecuadamente comidas pero no mantiene dieta adecuada	1
Necesita que le preparen y sirvan la comida	
<i>Trabajo de casa</i>	
Mantiene la casa solo o con asistencia ocasional	3
Lleva a cabo tareas livianas: lavar platos, hacer las camas	2
No logra mantener un nivel aceptable de limpieza	1
Necesita ayuda con todas las tareas de mantención	
<i>Lavado</i>	
Hace el lavado personal completo	3
Lava pequeñas cosas	2
El lavado lo hacen otras personas	1
<i>Modo de transporte</i>	
Viaja independientemente en auto o transporte público	3
Arregla su viaje en taxi	2
Viaja en transporte público cuando es acompañada	1
Viaje limitado al taxi con ayuda de otro	1
No viaja	
<i>Responsabilidad por sus propios medicamentos</i>	
Es responsable de sus propios medicamentos en las dosis correctas y el tiempo correcto	3
Es responsable si el medicamento es preparado con anticipación en dosis exactas	2
No es capaz de administrarse sus medicamentos	1
<i>Habilidades para manejar sus finanzas</i>	
Maneja sus finanzas independientes: banco, tarjeta	3
Maneja las compras día a día, pero necesita ayuda en el banco	1
Incapaz de manejar dinero	

3=independencia, 2=dependencia parcial, 1=dependencia total