

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FCULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. MEDICINA HUMANA

**Síndromes geriátricos del paciente adulto mayor
hospitalizado en el Hospital Nacional Arzobispo**

Loayza:

noviembre-diciembre 2008

TESIS

para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTORA

Juana Esther Chinga Mendoza

Lima-Perú

2009

Asesor Principal:

Dr. NAVA CARRION, Carlos Ernesto
Jefe del Departamento de Anatomía Patológica HNAL

Asesor temático:

Dr. AMADO ASMAT, Francisco
Jefe del Servicio de Geriatria HNAL

Asesor Metodológico:

Dr. RODRIGUEZ VILLANUEVA, Edgar
Médico Residente de Tercer Año de Geriatria

*A mi hijito lindo y precioso, Daniel Alejandro
por su amor infinito y comprensión...*

Agradecimientos:

A mis queridos padres, Don Juan Elías Chinga Requena, y a Doña Juana H. Mendoza Arias, por su amor, la vida y el ejemplo.

A mi Hermanita, Jessica Verónica Chinga Mendoza, por su ternura, sabiduría, optimismo y aliento constante.

A mi hermano, Juan José Chinga Mendoza, por su entereza, su tiempo y dedicación.

A mi abuelita, Martha Arias Govea Vda. de Mendoza, por su infinita paciencia.

A toda mi familia, por el amor de a diario.

A mis amigos:

Daniel Flores y Daniel Jarandilla que con tanto cariño participaron en esta investigación.

En especial a Francisco Leonardo Huapaya Jurado, por su entrega incondicional, por la paciencia y las oportunas observaciones en el sano ambiente que sólo pueden disfrutar quienes conocen la verdadera amistad y hacen ciencia.

A mis tutores:

El Dr. Edulfo Romero, por las enseñanzas imperecederas.

El Dr. Ernesto Nava, por toda una vida de inspiración y ejemplo.

Al Dr. Amado Francisco, por su profesionalismo y dedicación.

Al Dr. Rodríguez Villanueva, por su tenacidad y por toda una vida dedicada a los adultos mayores.

La Autora.

Los años pasan, sí, la vida no...”
Silvio Rodríguez

Índice

1.	Resumen	2
2.	Summary	3
3.	Introducción	4
4.	Marco Teórico	6
5.	Glosario	15
6.	Justificación	16
7.	Objetivos	17
	7.1 Objetivos Generales	17
	7.2 Objetivos Específicos	17
8.	Materiales y Métodos	18
	8.1. Tipo de estudio	18
	8.2. Población	18
	8.3. Muestra	18
	8.3.1. Criterios de Inclusión	18
	8.3.2. Criterios de Exclusión	19
	8.4. Técnica de recojo de datos	19
	8.5. Variables	20
	8.5.1 Operacionalización de las variables	21
	8.6. Análisis estadístico	23
	8.7. Instrumentos	24
9.	Resultados	24
10.	Discusión de resultados	40
11.	Conclusiones	45
12.	Comentarios y Recomendaciones	47
13.	Bibliografía	48
14.	Anexos	50

Resumen

La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevee un crecimiento mayor a nivel mundial, en el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total. Nace con este proceso de envejecimiento poblacional nuevos conceptos y definiciones, así como la necesidad de revalorar al adulto mayor y brindarle una apropiada atención integral; sin embargo, no en todas las realidades se llevan a cabo estos últimos procesos. Los adultos mayores, aquellas personas que han alcanzado más de 65 años de vida, que permanecen hospitalizados no siempre reciben una atención integral apropiada ni orientada a sus necesidades ni a los factores fisiológicos propios de esta edad. Bajo este marco se plantea un estudio descriptivo transversal cuyo objetivo fundamental es identificar la prevalencia de síndromes geriátricos en pacientes mayores de 65 años hospitalizados en los pabellones de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los meses de noviembre – diciembre del 2008. Se han encuestado 209 pacientes adultos mayores obtenidos por un muestreo no probabilístico, aleatorizado, estratificado por conglomerados. Para la medición de los síndromes se usó un cuadernillo que incluyó el Índice de Barthel para Discapacidad, el cuestionario de Yesavage para Depresión, el Mini-Examen de Lobo para Demencia, el Cuestionario Postal del Woodside Health Center para Anciano de Riesgo y los criterios de Fried para Fragilidad. Los resultados encontrados muestran que existe una alta prevalencia de los síndromes geriátricos estudiados; demencia 36.9%, discapacidad 66.7%, depresión 14.4% y fragilidad 31.8%. Además se encontró que existía asociación la variable sexo con la depresión ($\chi^2 = 3.2097$, DF. 2, Prob.: 0.2009) y con la fragilidad ($\chi^2 = 2.8767$, DF. 2, Prob.: 0.2373). Así como entre la variable edad con el las variables Depresión ($\chi^2 = 1.7619$, DF. 4, Prob.: 0.7795) y con la Fragilidad ($\chi^2 = 0.1433$, DF. 4, Prob.: 0.9976). Adicionalmente, se determinó que solo el 9.10% de los pacientes encuestados conocía los programas preventivo promocionales ofrecidos por el hospital. Finalmente, se hace evidente la necesidad de profundizar con nuevos estudios que hagan énfasis de manera individual en cada uno de los puntos que este trabajo cita y de esa manera alcanzar nuestro fin ultimo que es alcanzar adultos mayores saludables, independientes y actores, en su medio, de actividades acordes a su real potencial.

Palabras Clave:

Adulto mayor, Síndromes geriátricos, Demencia, Discapacidad, Depresión, Fragilidad.

Summary

The old population has grown in the last years and it's estimated a greater growth at world-wide level is going to take place; by 2020 in Peru this population will be 11% of the total population. It is born then with this process of population aging new concepts and definitions, as well as the necessity to revalue elderly people and to offer them an appropriate integral attention; despite of this fact, not in all realities are carried out these processes. The elderly people, those who have reached more than 65 years of life, that remain hospitalized not always receive an appropriate integral attention neither oriented to their necessities nor to the own physiological factors of this age. Under this frame a cross-sectional descriptive study is propose whose main target is to identify the prevalence of geriatric syndromes in elderly people hospitalized in the medicine blocks of the Hospital Nacional Arzobispo Loayza during November - December of the 2008. 209 elderly patients was interviewed, they was obtained by a non-probabilistic, randomized, stratified by conglomerates sampling. For the measurement of the syndromes a booklet was used that included the Index of Barthel for Physical Handicap, the questionnaire of Yesavage for Depression, Mini-Mental of Lobo for Dementia, the Postal Questionnaire of the Woodside Health Center for Elderly of Risk and the Criteria of Fried for Frailty. The found results showed a high prevalence of the studied geriatric syndromes; dementia 36,9%, Physical Handicap 66,7%, 14,4% depression and frailty 31,8%. In addition, it was found a relationship between the variable sex with depression ($\chi^2 = 3.2097$, DF. 2, Prob.: 0.2009) and with frailty ($\chi^2 = 2.8767$, DF. 2, Prob.: 0.2373). As well as between the variable age with the variables Depression ($\chi^2 = 1.7619$, DF. 4, Prob.: 0.7795) and Frailty ($\chi^2 = 0.1433$, DF. 4, Prob.: 0.9976). Additionally, It was determined that only the 9.10% of the interviewed patients knew the preventive and promotional programs offered by the hospital. Finally, Is evident the necessity to deepen our knowledge with new studies that make emphasis of individual way in each one of the points that this work mentions and, in that way, to reach our final aim which is to reach elderly people who are healthful, independent and who are actors of agreed activities to their real potential.

Key Word

Elderly people, Geriatric Syndromes, Dementia, Physical Handicap, Depression, Frailty

Introducción

La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevee un crecimiento mayor, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total.

En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613'000 adultos mayores y, para el año 2025, será de 4,470'000 adultos mayores. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para envejecer se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor.

Surge entonces el termino calidad de vida; entendiendop por ella ahora que Calidad de vida del adulto mayor es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación, acceso a la salud y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la discapacidad.

Los hospitales son centros de alta confluencia de pacientes, evidentemente también de adultos mayores, ellos se tratan de manera hospitalaria y ambulatoria, pese a ello existe poca promoción y prevención de salud para esta población en el mismo, pese a que dichas actividades también son menester del personal de salud que ahí laboran, recordemos que los niveles de atención siempre incluyen y nunca excluyen, es decir las actividades preventivo-promocionales y la atención integral de la salud no son solo tributarias del primer nivel de atención sino que son menester también de los demás niveles de atención.

Pese a ello no existe una adecuada difusión de las pocas actividades que el hospital ofrece, de particular interés para el presente las que el servicio de geriatría promociona. Peor aun no existe entre los médicos una cultura preventivo – promocional. En la mayoría de los casos se trata al paciente geriátrico como un paciente mas o peor aun solo se trata el evento agudo; lo cual, entendido esta, es un error, dado que este tipo de pacientes guardan en si mismo toda una trama biológica y psicosocial que son propia de él y solo de él.

Los objetivos de este estudio son, en líneas generales, identificar la prevalencia de pacientes geriátricos hospitalizados que presentan uno o más de los grandes síndromes geriátricos, haciendo especial énfasis en aquellos que teniendo patologías propias de su edad, no son ni diagnosticados ni tratados. Ello con la finalidad de hacer notar la necesidad de revalorar al paciente geriátrico y promover la valoración integral del paciente adulto mayor para ayudar así a mejorar la calidad de vida de los mismos además de prevenir el deterioro funcional tanto mental como físico de este tipo de pacientes.



Marco Teórico

En 1994 durante la Conferencia del Cairo el problema dominante era la explosión demográfica y lo que ella representaba. El problema continuó pero se le agregó una explosión inesperada: las personas mayores de 65 años, que durante el primer cuarto del siglo 21 habrán pasado de 500 a 1400 millones ⁽¹⁷⁾. El envejecimiento demográfico es una realidad en gran parte del mundo, en el conjunto de los países desarrollados existen diferencias en la secuencia temporal y en la intensidad de este proceso. En la mayoría de los países de la Unión Europea la situación de envejecimiento era patente al inicio de los años setenta, en los países del sur europeo esta tendencia se conforma a finales de la década de los ochenta, este retraso frente a la mayoría de Europa se ha caracterizado por su extrema rapidez e intensidad ^(8, 14).

En España, las estimaciones de población para el año 2020, son que el grupo de personas mayores de 65 años, constituirán más de un cuarto de la población de la Unión Europea. Según el último informe de prospectiva de las Naciones Unidas, se estima que España será el “país más viejo” del mundo en el año 2050 ^(17, 18).

En los países aún subsisten las imágenes donde los adultos mayores se reflejan a través de personas con salud deteriorada, con exiguas pensiones en viviendas antiguas, sin confort y en soledad. Esta imagen se ajusta de modo parcial con los adultos mayores en América Latina pero a partir de la revolución que representó en el siglo 20 el surgimiento de la seguridad social, dejó de corresponder exactamente con la realidad. La década pasada nos deja una herencia que evidencia signos de ruptura en los mecanismos de solidaridad que caracterizaron la segunda mitad del siglo XX , cambiando de modo drástico a un marco macroeconómico donde el desempleo estructural es una herida abierta en las economías de América Latina ⁽⁶⁾.

El proceso de Transición Demográfica que está teniendo lugar es diferente en cada país atendiendo a sus características socioeconómicas. Para conceptualizarlo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado los siguientes indicadores demográficos: tasa de natalidad, tasa de mortalidad y crecimiento natural; a partir de los cuales ha establecido criterios que permiten clasificar a los países en cuatro grupos ^(4, 19, 23):

- Transición incipiente: tasa de natalidad alta, mortalidad alta, crecimiento natural moderado [2,5%].
- Transición moderada: tasa de natalidad alta, mortalidad moderada, crecimiento natural alto [3,0%].

- Transición completa: tasa de natalidad moderada, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural moderado [2,0%].
- Transición avanzada: tasa de natalidad moderada o baja, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural bajo [1,0%]

Durante los últimos 50 años la disminución de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al envejecimiento poblacional⁽²⁹⁾, permitiendo clasificarlo dentro del grupo de Transición Avanzada, por ejemplo, Japón, Italia y Grecia. En Las Américas: Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay, entre otros^(4, 19). Es más, es una realidad que también engloba al Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar⁽²⁹⁾.

En el Perú, según el censo/estimaciones de 1970, la población adulta mayor del Perú constituía el 5.54% del total nacional; en el censo de 1993, alcanzó el 6.34%; por tanto, en 23 años la población de adultos mayores creció en menos de 1%. El ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década, ya que se calcula que hacia fines del 2004 esta población representará el 7.55%, para el año 2020, esta población será el 11% de la población total y para el año 2025, será el 13.27%⁽¹⁶⁾. Esto significa que en los próximos 20 años la población de adultos mayores llegará casi a duplicarse. Asimismo, la expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años; en 1970, era de 53 años; en el 2004, es de 70 años y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025⁽²⁷⁾. Estamos así siendo testigos de un rápido proceso de transición demográfica, por lo que debemos estar preparados para afrontar los cambios y sus consecuencias.

La población de adultos mayores es víctima de las contradicciones de la modernidad y mientras se incrementa la esperanza de vida y aumenta la proporción de adultos de edad avanzada, paradójicamente se agudizan las problemáticas de aislamiento, marginación y exclusión social de los mismos. La jubilación y el alejamiento del sistema laboral implica el abandono de roles que brindaban seguridad y pertenencia social. La jubilación en sí no enferma ni mata pero genera un shock porque es brusca, depende de una sola de las partes, genera pobreza por el descenso de los ingresos y hace perder status social. Además de la pérdida de roles como consecuencia de la jubilación las personas mayores sufren pérdidas propias de la vejez: distanciamiento de relaciones sociales, “nido vacío” en el hogar, muerte del cónyuge, familiares y amigos. Por ello no es conveniente hablar de los adultos mayores en plural; el adulto mayor es una persona única, exclusiva e irrepetible^(6, 8, 14).

Si recordamos la creación del Seguro Social Obligatorio para los obreros en 1936, esté marcó un hito en la Historia Peruana, dado que por primera vez los trabajadores se ganaron el derecho de la atención médica durante su vejez, luego de la jubilación. En 1951 este tipo de atención se extendió mediante la forma de Seguro Social. En 1973 se creó el Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social que reemplazó a la Caja de Pensiones de la Caja Nacional del Seguro Social, del Seguro Social del Empleado y del Fondo Especial de Jubilación de Empleados Particulares. Las Fuerzas Armadas se sumaron a la tendencia de brindar ayuda médica especializada a los ancianos. Así, se crearon servicios de atención geriátrica en el Hospital Militar Central en 1975; en el Hospital de las Fuerzas Policiales, en 1982; en el Hospital Central de Aeronáutica, en 1983 y en el Hospital Naval Central, en 1985. En el Servicio del Seguro Social el año 1998, se creó el servicio de Geriatria en el Hospital de la Seguridad Social Guillermo Almenara Irigoyen (ex Obrero), mientras que en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (ex Empleado), también de la seguridad social, comenzó a funcionar una unidad de valoración geriátrica. Recientemente han sido creados servicios de geriatría en algunos hospitales del Ministerio de Salud, tales como Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza, 2 de Mayo, Sergio Bernales; sin embargo, éstos aun no están debidamente implementados para un funcionamiento óptimo ^(27, 29).

El adulto mayor sufre un proceso de “cosificación” que no acaba de distinguir objeto de ser humano y contiene apreciaciones de inutilidad, irreparabilidad, abandono y muerte. Los servicios destinados a la atención de las personas adultos mayores pueden terminar en cronicarios atendidos por “gerontófobos” o en micro sociedades sobre protectoras atendidas por “gerontófilos” donde se estimula la dependencia e institucionalización y por ese camino, se cronifica al enfermo ⁽²²⁾. Actualmente las instituciones pasan a cumplir muchas de las funciones que anteriormente estaban a cargo de las familias. La institucionalización los separa de su hogar y del medio social habitual, a la vez que ofrece escasas posibilidades de desarrollar nuevos vínculos de intimidad y confianza que puedan proporcionar apoyo social significativo ^(26, 27). Los hospitales, clínicas y sanatorios de nuestro país no fueron construidos pensando en la rehabilitación durante la etapa aguda o la convalecencia de diversas enfermedades y sobre todo en la presencia de los pacientes geriátricos que necesitan actos terapéuticos complejos, interdisciplinarios, programados y progresivos con seguimiento domiciliario integral y continuo ^(13, 14).

Por ello es importante la reinserción del adulto mayor en una red de sostén que le permite mantener una actitud activa y asumir un rol protagónico en el espacio comunitario, mediante el trabajo (ergoterapia) propuesto a las personas mayores. Debe contemplar las deformaciones por reumatismo de las manos, la agudeza visual disminuida, la torpeza en los movimientos finos o en el manipuleo de piezas pequeñas, el aumento de la fatigabilidad ^(21, 22).

No saber geriatría y atender a pacientes geriátricos es muy frecuente y traer grave consecuencias. A veces el tratamiento es más invalidante que la enfermedad misma ⁽¹⁴⁾ dado el alto riesgo de iatrogenia que tiene este grupo de edad, 3 a 5 veces mayor que en el adulto, y los frecuentes efectos secundarios leves o severos que presentan, debidos fundamentalmente a la polifarmacia y a las especiales características farmacocinéticas y farmacodinámicas, con modificación de la composición corporal que condicionan variaciones de la fracción libre de los fármacos, así como al déficit en el metabolismo hepático y la eliminación renal ⁽¹¹⁾. Estos cambios hacen que los Adultos Mayores sean más vulnerables al medio y que tengan una mayor propensión a las enfermedades y accidentes, con consecuencias físicas, psicológicas y sociales. En muchas ocasiones los efectos iatrogénicos farmacológicos, será la única causa que el paciente geriátrico acuda con mayor frecuencia al médico, sea el principal ocupante de las camas hospitalarias de medicina general o de la una unidad de cuidados intensivos por la aparición de reacciones adversas interacciones entre los diferentes fármacos y de efectos no deseados del fármaco prescrito sobre otras enfermedades existentes. ^(33, 34).

Entonces la evaluación y el cuidado del paciente adulto mayor mediante los sistemas tradicionales de evaluación clínica, se han mostrado insuficientes por las peculiaridades expuestas. Es así como nace el concepto de “Evaluación Geriátrica Integral o Exhaustiva” (Comprehensive Geriatric Assessment) como técnica de evaluación específica para el abordaje de la atención al anciano trata de revisar la situación física, social, afectiva y mental con la intención de detectar y tratar las causas reversibles de enfermedad y discapacidad, estabilizar las que puedan estar progresando en forma innecesaria, introducir estrategias de rehabilitación y ajustar el ambiente social o físico para dar independencia, apoyo al paciente geriátrico y a su cuidador, en una situación de deterioro ^(13, 19, 22). La búsqueda de curación para una enfermedad dada o incluso el establecimiento de un diagnóstico específico no es tanto una meta primaria como la formulación de una estrategia, a menudo de naturaleza práctica para conservar la independencia y la dignidad ⁽²⁹⁾. La hospitalización misma es un riesgo para la precaria homeostasis del anciano y por ello siempre que sea posible la valoración debería llevarse a cabo fuera del hospital como consultas externas u hospital de día ^(5, 30), reservándose éste para el tratamiento de las enfermedades agudas. Bajo esta perspectiva, la valoración geriátrica integral es una herramienta de trabajo, y como tal existen unos beneficios derivados de su uso permite estratificar los problemas de salud, analizar la dependencia funcional y diseñar la mejor estrategia para intervenir de forma coordinada entre los diferentes profesionales ⁽⁵⁾, con el fin de lograr el mayor grado de valimiento o, lo que es lo mismo, la mejor calidad de vida del anciano o adulto mayor, el cual no podría valorarse íntegramente si no tenemos claro qué entendemos por “síndromes geriátricos” siendo éste la piedra angular de nuestra presente investigación.

La conceptualización de los síndromes geriátricos ha ido evolucionando a través del tiempo. En líneas generales el termino síndrome ha sido definido como “un grupo de signos y

síntomas que ocurren simultáneamente y caracterizan una anormalidad” o “el agregado de signos y síntomas asociados con un proceso mórbido, y constituyen juntos el retrato de la enfermedad”. Sin embargo, el uso médico actual de la palabra síndrome está referido a un modelo de síntomas y signos que tienen en común una sola causa que puede no ser conocida todavía. Los síndromes geriátricos en contraste hacen referencia a condiciones de salud multifactoriales que ocurren por el acumulo de los efectos de *noxas* en múltiples sistemas que tienen lugar en el adulto mayor o adultos de riesgo ante un estrés externo. En consecuencia, el uso geriátrico del vocablo síndrome hace énfasis en la génesis multifactorial de una manifestación unificada ⁽¹⁴⁾. Si consideramos la inactividad en la persona adulto mayor, éste tiene un valor patogénico, porque genera atrofia muscular, anquilosis, retracción tendinosa, fijación de articulaciones en posiciones viciosas, osteoporosis, trayendo como consecuencia la presencia de Síndromes Geriátricos como el síndrome demencial, la depresión, la fragilidad y finalmente a la discapacidad ^(14, 18) que daremos explicación a continuación.

1. **El síndrome demencial:** La demencia, es considerado como la primera causa de incapacidad en el adulto mayor ⁽¹⁾ y su prevalencia internacional es de 6.2 %, siendo para la mujer de un 8.8 % y para el hombre de un 3.1 % ⁽³¹⁾.

La demencia se *define* como la pérdida o deterioro progresivo de habilidades cognoscitivas que altera las actividades de la vida diaria e impide efectuarlas en forma autónoma. El déficit cognitivo puede afectar a cualquiera de las funciones cerebrales particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje, la atención, las habilidades visuoespaciales, las praxias y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas. Durante la evolución de la enfermedad se puede observar pérdida de orientación tanto espacio-temporal como de identidad. La demencia puede ser reversible o irreversible según el origen etiológico del desorden ⁽¹⁾. Esta se *clasifica* en demencia cortical (enfermedad de Alzheimer), demencia subcortical (enfermedad de Parkinson, encefalopatía tóxica o metabólica) y demencia corticosubcortical (vasculopatías, traumatismos). En el mundo, la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia que afecta aproximadamente al 10 % de las personas adultas mayores y a la mitad de las personas ancianos muy viejos ⁽³¹⁾.

El *diagnóstico* evidentemente es clínico. La historia clínica debe ser relevante y primordial para evaluar alteraciones en la capacidad intelectual, en especial la memoria y la capacidad para el desempeño de las actividades cotidianas en el hogar, laborales y sociales, incluyendo una exploración física y neurológica completa con escalas de evaluación cognoscitiva a través del Miniexamen del Estado Mental ⁽³²⁾.

Dentro de las *escalas de evaluación* tenemos el de *Pfeiffer*, que tiene sólo diez preguntas y el Miniexamen cognoscitivo de *Folstein*, versión Española, ambos son sencillos, rápidos y moderadamente sensibles en la detección del deterioro cognitivo,

pero ninguno es capaz de detectar deterioros muy incipientes y ambos tienen ciertas limitaciones en personas de nivel cultural previo muy alto o muy escaso. La escala de *la Cruz Roja* es también un instrumento muy utilizado, aunque con marcado carácter intuitivo, para valorar el índice mental o cognitivo ^(10, 14, 15). A diferencia del Miniexamen cognoscitivo de *Lobo*, que es igualmente sencillo y rápido de pasar, más completo que los anteriores y más estructurado ⁽¹²⁾, siendo seleccionado para la presente investigación.

2. **El síndrome depresivo**, El anciano no es, ni mucho menos, ajeno a esta realidad y los trastornos del humor son ya un problema de primera magnitud en la población adulto mayor ⁽¹⁴⁾. La depresión en el paciente geriátrico aumenta de forma significativa fundamentalmente con la hospitalización o la institucionalización, constituyendo en sí misma como un factor de riesgo para la aparición de trastornos depresivos, siendo éste particularmente alto en el período inmediato después del ingreso, con una prevalencia que oscila entre un 11 a 45%, de los cuales un 12-20% corresponderían a trastornos depresivos mayores ⁽¹⁸⁾.

Entonces, debemos entender como *depresión*, al estado de ánimo de tristeza, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma ⁽²⁾. Sin embargo, se calcula que menos de un 2% de pacientes adultos mayores, en Atención Primaria, consulta explícitamente por tristeza ⁽⁷⁾.

Además, la depresión puede afectar al funcionamiento cognitivo, sobre todo a la capacidad de concentración y a la memoria, dificultando la evaluación. El deterioro cognitivo muchas veces ya está presente previamente en el anciano deprimido, lo que hace más difícil dicho reconocimiento, y complica, en no pocas ocasiones, la evolución del síndrome. La posible patología somática asociada, los factores de riesgo vascular y el más frecuente consumo de fármacos son otros de los factores que contribuyen a que el síndrome depresivo en el anciano adquiera unas peculiaridades especiales que hay que tener en cuenta ⁽¹⁴⁾.

Dadas las dificultades que puede presentar el *diagnóstico de la depresión* en el anciano, es comprensible que se haya llevado a cabo un gran esfuerzo para desarrollar instrumentos de evaluación apropiados para esta población. Entre *las escalas* que han sido empleadas en ancianos podemos citar la Escala de Hamilton, (aunque es la escala

más empleada universalmente para la valoración de la depresión, no ha sido validada en ancianos); la Escala Autoaplicada de Zung (el problema de esta prueba es que la puntuación media para ancianos es considerablemente mayor que para adultos jóvenes, por lo que, de no emplear un punto de corte ajustado, un gran número de ancianos normales podrían ser clasificados como falsos positivos); la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, (se trata de una escala ampliamente utilizada y comparada con otros instrumentos, pero que no ha sido suficientemente estudiada en población anciana); y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, (fue desarrollada específicamente para la detección de depresión en pacientes ancianos; sin embargo, el instrumento no funciona bien en pacientes con deterioro cognitivo) ^(7, 14).

3. **El síndrome de fragilidad:** Entre las *definiciones* más valoradas citaremos la de Buchner que la considera “el estado en que la reserva fisiológica esta disminuída, llevando asociado un riesgo de incapacidad” ⁽²⁾. Por medio de la detección de la fragilidad y mediante medidas diagnósticas terapéuticas y rehabilitadoras se trata de evitar la discapacidad. El otro concepto de fragilidad defendido por Brockerhurst se basa en el “equilibrio precario entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte”. De una forma u otra la fragilidad resulta de la disminución de la capacidad de reserva que lleva a la discapacidad y precipita la institucionalización o muerte ^(3, 20). Afortunadamente, en los últimos años el concepto ha derivado a una dimensión mas biológica, definida como en este sentido como una disminución de la reserva biológica asociada con un incremento de la susceptibilidad a la discapacidad (Buchner DM, 1992) ⁽²⁾ y ampliada la definición como un “síndrome biológico asociado a la edad, caracterizado por el descenso de la reserva biológica y de la resistencia al estrés, resultado del declinar en múltiples sistemas fisiológicos que confiere al individuo una especial situación de riesgo frente a pequeñas agresiones y es predictor de malos resultados: discapacidad, muerte u hospitalización” ^(7,22).

Los *principales factores de riesgo* de fragilidad son un compendio de los problemas derivados del envejecimiento biológico (entiéndase como alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades de los sistemas sensoriales, respuesta muscular y equilibrio); el envejecimiento patológico (enfermedades agudas o crónicas, conocidas o no) ^(11, 20, 25); los factores de riesgo en cuanto a abusos (refiriéndose a estilos de vida, factores sociales y factores económicos); y los factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad y déficit nutricional) ^(8, 19, 23).

Algunas estadísticas reflejan que entre el 10 y el 20 % de los personas mayores de 60 años pueden considerarse frágiles, y este porcentaje alcanza a más del 50 % en el

grupo poblacional mayor de 85 años: "los viejos más viejos" ("oldest old")⁽¹⁹⁾. Estos pacientes frágiles son los mayores consumidores de recursos sanitarios, empleando hasta el 50 % del tiempo de los médicos y un 62 % del gasto farmacológico por tanto el reconocimiento de los marcadores que nos permitan la detección del paciente frágil cobra una gran relevancia en la asistencia geriátrica actual⁽²⁹⁾. Es así que Fried y col., propone cinco criterios diagnósticos tener en cuenta como la pérdida de peso (un promedio de 10 libras en forma involuntaria), y pérdida de masa muscular (sarcopenia); disminución de la fuerza de aprehensión y/o agarre (por debajo del 20%); lentitud en la velocidad de la marcha, disminución de la actividad física. (Kcal/semana por debajo del 20%, Hombres < 383Kcal/sem, mujeres < 270 Kcal/sem) y agotamiento/debilidad. Entonces, la medición de fragilidad se realizó utilizando los criterios de Fried considerando a una persona frágil si cumplía por lo menos tres de los cinco criterios y prefrágil si cumplía uno o dos de ellos^(3, 21).

4. Finalmente tenemos la **discapacidad**, El deterioro funcional puede ser la manifestación inicial de una enfermedad tanto aguda como crónica, la cual comprende un conjunto de signos y síntomas, físicos y mentales que significan en la vida del adulto mayor deficiencias y limitaciones en la actividad diaria. Se debe entender además a la discapacidad como una entidad dinámica que varía no solo con el tiempo sino también en relación al entorno⁽⁸⁾. En los pacientes que tienen dependencia o no, institucionalizados o no, la evaluación de pequeños cambios de su situación funcional deben ser valoradas en base a sus actividades de la vida diaria en el tiempo utilizando escalas de valoración geriátrica que analicen la pérdida de la funcionalidad⁽³⁾.

Las actividades de la vida diaria (AVD) se dividen en actividades básicas (ABVD), actividades instrumentales (AIVD) y actividades avanzadas (AAVD)⁽²¹⁾.

Las Actividades Básicas (ABVD) se refieren a las tareas propias del autocuidado: vestirse, deambular, bañarse, asearse, controlar los esfínteres, comer sin ayuda, etc. Se relaciona con una mayor mortandad y con la institucionalización, así como con un mayor consumo de recursos sanitarios y sociales⁽²⁾. Valorándose con el Índice de Barthel (fue diseñado inicialmente para la valoración de pacientes con accidentes cerebrovasculares, pero actualmente ha demostrado su utilidad en la evaluación de cualquier paciente anciano. Es muy útil para describir la realidad funcional y predecir los cambios a largo plazo^(9,14), utilizándose en este estudio); el Índice de Katz (trata de reflejar la secuencia de la pérdida habitual de estas habilidades) y la escala de Incapacidad de Cruz Roja (haciendo especial hincapié en la movilidad y la continencia. Proporciona una información menos detallada que los índices descritos anteriormente).

Las Actividades Instrumentadas (AIVD) implican la capacidad del individuo para poder llevar una vida independiente en la comunidad, como por ejemplo: realizar las tareas del hogar, las compras, manejar la medicación, manejar los asuntos económicos, el teléfono, utilizar el transporte público, etc.

Las Actividades Avanzadas (AAVD) son aquellas tareas más complejas que el sujeto lleva a cabo como parte de su esparcimiento y realización personal, incluyen aficiones, actividades sociales, deportes, etc. ^(21, 22)

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo general del presente trabajo de investigación es Identificar la prevalencia de los síndromes geriátricos en pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL durante los meses de noviembre – diciembre del 2008; en este sentido el presente y el futuro de la mano van prometedores en todo aspecto humano, científico, tecnológico, económico, social y político, por citar sólo algunos. Y ¡como no!, médico por que sin salud poco valor tiene todo lo demás; por tratar de ser un trabajo no sólo descriptivo si no además pretende ser proyectivo.

“Se trata de pinceladas, de inteligentes y sutiles pinceladas lo suficientemente como para despertar conciencias, para abrir trochas y anchos caminos en el futuro vital de nuestros adultos mayores...”

Dr. Leocadio Rodríguez Mañas.

Glosario

- **Senectud:** Por senectud se entiende la edad senil, el período de la vida que comúnmente empieza a los 60 años ⁽²³⁾.
- **Adulto Mayor:** Toda persona que tiene 65 años y más de edad (según definición de la OMS) ⁽¹⁹⁾.
 - a. A.M. Sano (o anciano): Es aquella persona de 60 años o más que no presenta patología, problemática funcional, mental o social.
 - b. A. M. Enfermo: Es aquella que padece alguna enfermedad (aguda o crónica) pero que no cumple criterios de anciano frágil.
- **Vejez:** Por vejez se entiende la condición de viejo, la senectud. El viejo comúnmente es la persona de edad que cumplió los 70 años ⁽²⁸⁾.
- **Ancianidad:** Por ancianidad se entiende la calidad de anciano, siendo el anciano la persona de mucha edad ⁽²³⁾.
 - a. Anciano joven o “young old” a la edad comprendida entre los 65 y 74 años.
 - b. Anciano viejo o “middle old” u “old old” a la comprendida entre los 75 y 84 años, y
 - c. Anciano muy viejo u “oldest old” a la superior a los 84 años.
- **Senilidad:** Por senilidad se entiende la degeneración progresiva de las facultades físicas y psíquicas debida a una alteración en los tejidos ⁽²³⁾.
- **Envejecimiento:** Es una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. **Es Universal:** Por que alcanza a todos los individuos sin excepción. **Es Intrínseco:** Por ser genéticamente programado; **Es progresivo:** Por que comienza prácticamente desde el nacimiento, **Es deletéreo** ya que inevitablemente termina con la muerte ⁽²³⁾.
 - a. E. Fisiológico o primario: Proceso en el que los parámetros biológicos son normales y se conserva la posibilidad de relación con el medio en que se mueve.
 - b. E. Patológico o secundario: Es decir, la presencia de enfermedades puede alterar el curso normal de un envejecimiento fisiológico.
- **Geriatría:** Se define como la rama de la Medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas mayores, sino de la recuperación de su función y de su reinserción en la comunidad.
- **Paciente geriátrico:** Es el Adulto Mayor frágil al cuál se le añade algún proceso agudo, así como problemas mentales y/o sociales en relación a su estado de salud y que requieren o lo obliga a consultar médico y/o a hospitalizarse.
- **Valoración Geriátrica Integral:** valoración geriátrica exhaustiva es "un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.

Justificación

Cuando hablamos de pediatría siempre salta como una verdad irrefutable el hecho que un paciente pediátrico en ningún caso es un “adulto pequeño”; sin embargo, al referirnos al adulto mayor olvidamos que de ese mismo modo el paciente geriátrico en ningún caso es un “Adulto envejecido”. Es decir, el paciente geriátrico, así como el paciente pediátrico tiene patologías propias de su edad, patologías que merman su salud y que merecen y deben ser atendidas. Consideremos además que las patologías que comprometen a los jóvenes y adultos jóvenes no se desenvuelven de la misma manera en un paciente adulto mayor cuyo fenotipo es diferente puesto que este ha cambiado y continua en constante cambio, en relación al fenotipo de los jóvenes y adultos.

El paciente adulto mayor, al igual que el paciente pediátrico debe ser enfocado de manera integral y además se debe hacer énfasis en el aspecto preventivo promocional de esa manera conseguiremos una población protegida, con una mejor calidad de vida y un adecuado desenvolvimiento de sus capacidades y de las potencialidades que están acordes a su edad.

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza maneja una alta tasa de pacientes adultos mayores tanto a nivel ambulatorio como en hospitalización, solo el año 2008 fueron hospitalizados 4 751 pacientes adultos mayores en los diferentes pabellones de este hospital; en lo concerniente a la atención ambulatoria entre el 2,9% y el 3,1% corresponde a pacientes mayores de 65 años. El hospital cuenta con un servicio de geriatría el cual además de la consulta regular ofrece programas preventivo promocionales para personas adulto mayores, tales como el Club del adulto mayor (CAM-Loayza), campañas de salud, Club de Thai– Chi, viajes de confraternidad, entre otros; pese a ello la cantidad de pacientes que son captados por este servicio es baja en relación al volumen de pacientes que maneja el hospital, tampoco existe una correlación entre la población adulto mayor hospitalizado con el numero de ínterconsultas que de manera diaria responde el servicio. Finalmente, la prevalencia e incidencia de diagnósticos relacionados a los síndromes geriátricos es baja, pese a que esta población se encuentra en constante crecimiento.

El presente trabajo tiene como objetivo hacer énfasis primero en la descripción epidemiológica de los pacientes que se hospitalizan en los diferentes pabellones del servicio de medicina del Hospital Arzobispo Loayza, pero por sobre todo enfatizar que existen muchas patologías propias del adulto mayor que no se diagnostican y que por tanto no se tratan. Dichas patologías no solo influyen en la salud del paciente sino que además alteran el pronóstico de las patologías por las que fueron ingresados los pacientes. De allí que existe una

importancia, que pudiese incluso ser vital, en hacer el diagnóstico de dichas entidades. Es entonces necesario primero demostrar que estas patologías están presentes pese a lo cual no se diagnostican; he allí la razón de ser de este trabajo.



Objetivos

Objetivo general

- Identificar la prevalencia Síndromes geriátricos en pacientes mayores de 65 años hospitalizados en los pabellones de medicina del hospital Arzobispo Loayza durante los meses de noviembre – diciembre del 2008.

Objetivos específicos

- Determinar la cantidad de pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que reciben la visita médica de un medico de la especialidad de geriatría.
- Identificar el número de de pacientes adultos mayores hospitalizados que no reciben la visita de un médico de la especialidad de geriatría pese a la necesidad de la misma.
- Identificar la prevalencia de de pacientes geriátricos hospitalizados que padeciendo alguno de los síndromes geriátricos no recibe tratamiento para el mismo.
- Identificar cuales son las patologías que con mas frecuencia afectan a los pacientes adultos mayores hospitalizados.
- Identificar si existe asociación entre las patologías geriátricas y el sexo de los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio

Se presenta un estudio observacional de tipo descriptivo y corte transversal.

Población

Pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Muestra

La muestra comprendió a los pacientes geriátricos hospitalizados en 04 pabellones de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2008. Los pabellones fueron seleccionados al azar y por conglomerados; de manera tal que se obtuvieron 02 pabellones de mujeres y dos de varones.

Se presenta así un muestreo no probabilístico, aleatorizado y por conglomerados.

La toma de muestra se llevó a cabo de la siguiente manera, cada sábado de los meses mencionados se recogieron los datos de los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones seleccionados, ellos fueron entrevistados el mismo día en que fueron captados, en el caso que alguno de los pacientes permaneciera hospitalizado hasta el siguiente sábado el mismo no era incluido nuevamente, es decir en ningún caso se duplicaron los datos. En ocasiones fue necesario regresar en más de una ocasión para culminar el cuestionario, ello se maneja en función tanto al confort del paciente como a la necesidad de realizar de manera apropiada los diferentes cuestionarios que incluían la cartilla del entrevistador.

Criterios de inclusión

Fueron incluidos en la muestra aquellos pacientes adultos mayores que cumplieron los siguientes criterios:

- Pacientes adultos mayores, es decir aquellos que fueron mayores de 65 años, tanto de sexo femenino como masculino.

- Pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los meses que duro la recolección de datos Noviembre – Diciembre del 2008.
- Pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que tuvieron una estancia hospitalaria mayor a 24 horas en los pabellones seleccionados.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del trabajo a aquellos pacientes adultos mayores que cumplieron algunos de los siguientes criterios:

- Pacientes adultos mayores, que no desarrollen de manera integral el cuadernillo del encuestador.
- Pacientes adultos mayores y/o familiares directos que expresen su deseo de no participar del estudio.
- Pacientes adultos mayores hospitalizados que se encontraron en mal estado general y / o en los cuales el desarrollo del cuadernillo implicaría un deterioro en su estado de salud.

Técnica de recojo de datos

La modalidad de recojo de datos fue la entrevista; los datos fueron recogidos de manera directa e indirecta por un encuestador; de manera directa puesto que se realizaron los diferentes cuestionarios incluidos en el cuadernillo en la cama del paciente, las preguntas fueran contestadas en la medida de lo posible por el propio paciente adulto mayor, aunque en algunos casos se permitió a un familiar directo tomar parte de las respuestas de los mismos del mismo con la finalidad de cotejar alguna de las respuestas dadas por el paciente adulto mayor. De manera indirecta ya que previo a la entrevista se reviso la historia clínica del paciente, de ella se extrajeron datos como los diagnósticos de cada uno de los pacientes, si contaban o no con interconsulta al servicio de geriatría entre otros datos.

El familiar que apoyo durante el desarrollo de la entrevista debió dar fe de compartir tanto espacio físico como temporal constante con el paciente adulto mayor entrevistado durante su estancia extrahospitalaria, es decir dicho familiar debió ser aquel que tenia bajo su cargo la supervisión del paciente adulto mayor entrevistado.

En los casos que así lo requirieron la entrevista se llevo a cabo en más de una fecha, ello con la finalidad de obtener los datos mas fiables del paciente además de así guardar el espacio de cada paciente así como procurar guardar el mejor confort para cada uno de los adultos mayores encuestados.

El cuadernillo que sirvió de guía para el encuestador consta de La Encuesta (Anexo N°1), además de los diferentes cuestionarios (Anexo s N°2, 3, 4, 5 y 6) que sirven para valorar las diferentes síndromes geriátricos, además de una hoja de recolección de datos (Anexo No 7) en la cual se anotaban progresivamente las respuestas de los encuestados.

Variables

Independientes

- Edad
- Sexo

Dependientes

- Riesgo
- Síndromes geriátricos
 - Discapacidad
 - Fragilidad
 - Demencia
 - Depresión
- Evaluación por geriatría.

Operacionalización de las Variables

Variable	Tipo	Clase	Definición	Instrumento
Edad	Numérica continua	<ul style="list-style-type: none"> • 66 – 75 • 76 – 85 • 86 – a más 	Edad en años cumplidos.	Encuesta
Género	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino. • Masculino. 	Género del Adulto Mayor.	Encuesta
Riesgo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo • No Riesgo 	Riesgo es la probabilidad de que un grupo determinado de sujetos pueda sufrir o padecer una condición médica específica.	Cuadernillo (Cuestionario de WHC)
Discapacidad	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • D. Leve • D. Moderada • D. grave. • D. Total • No Dependencia. 	El deterioro funcional puede ser la manifestación inicial de una enfermedad tanto aguda como crónica, la cual comprende un conjunto de signos y síntomas, físicos y mentales que significan en la vida del adulto mayor deficiencias y limitaciones en la actividad diaria.	Cuadernillo (Índice de Barthel)
Fragilidad	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Pre – frágil • Frágil. • No Frágil 	Es el síndrome biológico asociado a la edad, caracterizado por el descenso de la reserva biológica y de la resistencia al estrés, resultado del declinar en múltiples sistemas fisiológicos que confiere al individuo una especial situación de riesgo frente a pequeñas agresiones y es predictor de malos	Cuadernillo (Criterios de Fried)

			resultados: discapacidad, muerte u hospitalización"	
Depresión	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • D. Leve • D. Establecida • No depresión. 	La depresión es un estado de ánimo de tristeza, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. Junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma.	Cuadernillo (Cuestionario de Yersavage)
Demencia	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • D.C. Leve. • D. C. Moderado. • D.C. Grave. • No Daño cognitivo. 	Se define como la pérdida o deterioro progresivo de habilidades cognoscitivas que altera las actividades de la vida diaria e impide efectuarlas en forma autónoma. El déficit cognitivo puede afectar a cualquiera de las funciones cerebrales particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje, la atención, las habilidades visuoestructurivas, las praxias y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas.	Cuadernillo (Índice de Lobo)
Evaluación por el Servicio de Geriatría (Interconsulta)	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con IC • No Cuenta con IC 	Visita de uno o mas médicos especialistas y/o Residentes de la especialidad durante la estancia hospitalaria del paciente adulto mayor.	Encuesta

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico Epi-Info versión 3.5.1. (Versión actualizada a Agosto del 2008). El cual es de libre acceso y no requiere licencia de uso a través de la página de la CDC.

Para el análisis de las variables se empleó medidas de tendencia central y medidas de frecuencia para las variables que así lo ameritaban. De la misma manera se usó la prueba Chi-cuadrado para determinar si existía correlación entre dos de las variables estudiadas. Considerando significación estadística para valores de $p < 0,05$; con un intervalo de confianza al 95 %.

Además se calculó los valores de Odds-ratio para determinar si existió o no asociación entre alguna de las variables.

Instrumentos

Para el desarrollo de la parte operativo se usaron:

- Encuesta, en la cual se recogieron datos generales del paciente, la misma que se llenó en dos partes. La primera de ella dirigida al paciente idealmente, en los casos en los que el paciente adulto mayor no fue capaz de contestar alguna de las preguntas se recurrió a un familiar cercano al paciente, el mismo debió de dar fe de ser alguien que conviva diariamente con el paciente. La segunda parte esta dirigida al personal de salud tratante el cual puede ser el Interno de Medicina o el Médico Residente del paciente adulto mayor en cuestión.
- Cuestionarios, los cuales nos permitirán establecer si el paciente cumple o no con los criterios establecidos en la presente investigación. Ellos son:
 - Cuestionario Postal del Woodside Health Center (Anciano de riesgo) *Anexo N° 2*, Si hay una o más respuestas positivas se le considera “anciano de riesgo”.
 - Índice de Barthel (Dependencia) *Anexo N° 3*, que evalúa la dependencia de los pacientes respecto a las actividades cotidianas básicas. Puntuación orientadora del grado de dependencia < 20 dependencia total; entre 20 - 40 dependencia grave; entre 45 - 55 dependencia moderada; 60 o más como dependencia leve ⁽³⁾.

- Mini examen cognoscitivo de Lobo (Deterioro Cognitivo) *Anexo N° 4*, es la versión española del examen minimal de Folstein, el cual permite la detección de demencia en una poblacional de ancianos sanos. La puntuación máxima es 35; se considera que existe deterioro cognitivo si es menor de 23 puntos ⁽³¹⁾.
- Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (versión reducida) *Anexo N°5*, Una versión abreviada de la escala geriátrica de depresión (EGD) de Yesavage se utilizó para identificar posibles problemas emocionales. La puntuación es de 0-5 Normal; 6-9 Depresión leve; y 10 como Depresión establecida ⁽¹⁴⁾.
- Escala de Fried (Anciano Frágil) *Anexo N° 6*, considerando a una persona frágil si cumplía por lo menos tres de los cinco criterios y prefrágil si cumplía uno o dos de ellos ^(3, 21)

Cada una de estas escalas y/o cuestionarios se encuentran debidamente desarrolladas en la sección Anexos. Cabe resaltar que cada una de las mismas a su vez, se encuentran validadas para poblaciones de este tipo, por tanto los resultados que de las mismas se obtienen son confiables.

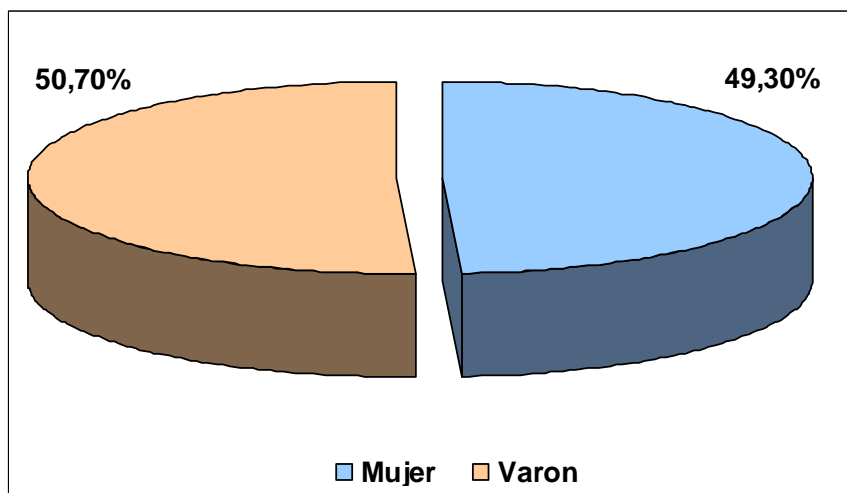


Resultados

Se realizaron un total de 209 encuestas entre los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina de del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) durante los meses de noviembre diciembre del año 2008, de los cuales 14 de ellos fueron declaradas como nulas puesto que los pacientes se encontraban en mal estado general y por tanto no fueron capaces de responder los cuestionarios o porque se negaron a responder el mismo.

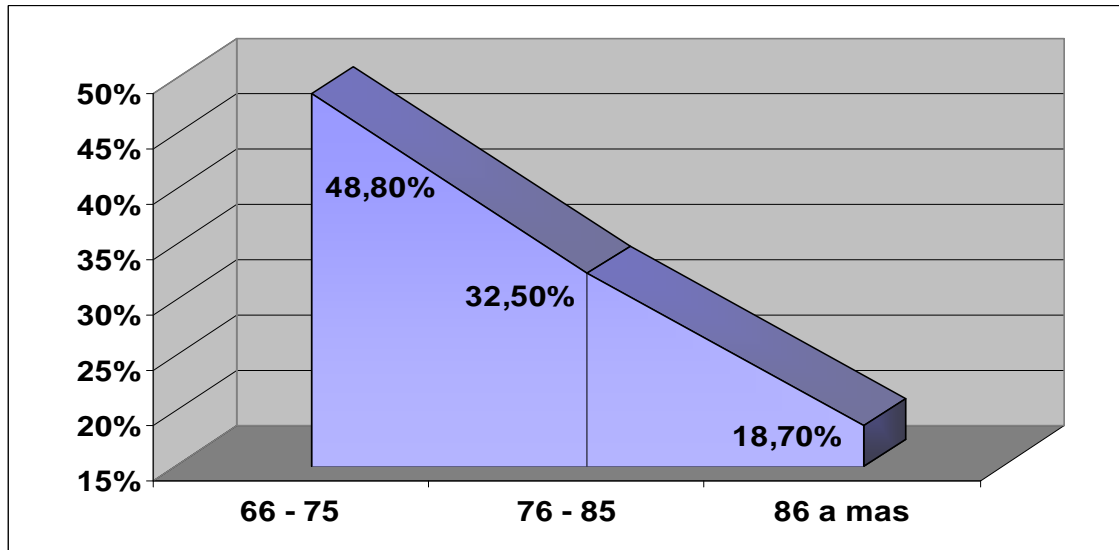
De los mismos, la distribución según sexo se muestra en el Grafico N° 1.

Grafico N° 1
Distribución de los adultos mayores Hospitalizados
en los pabellones de medicina del HNAL según sexo
Noviembre – Diciembre 2008



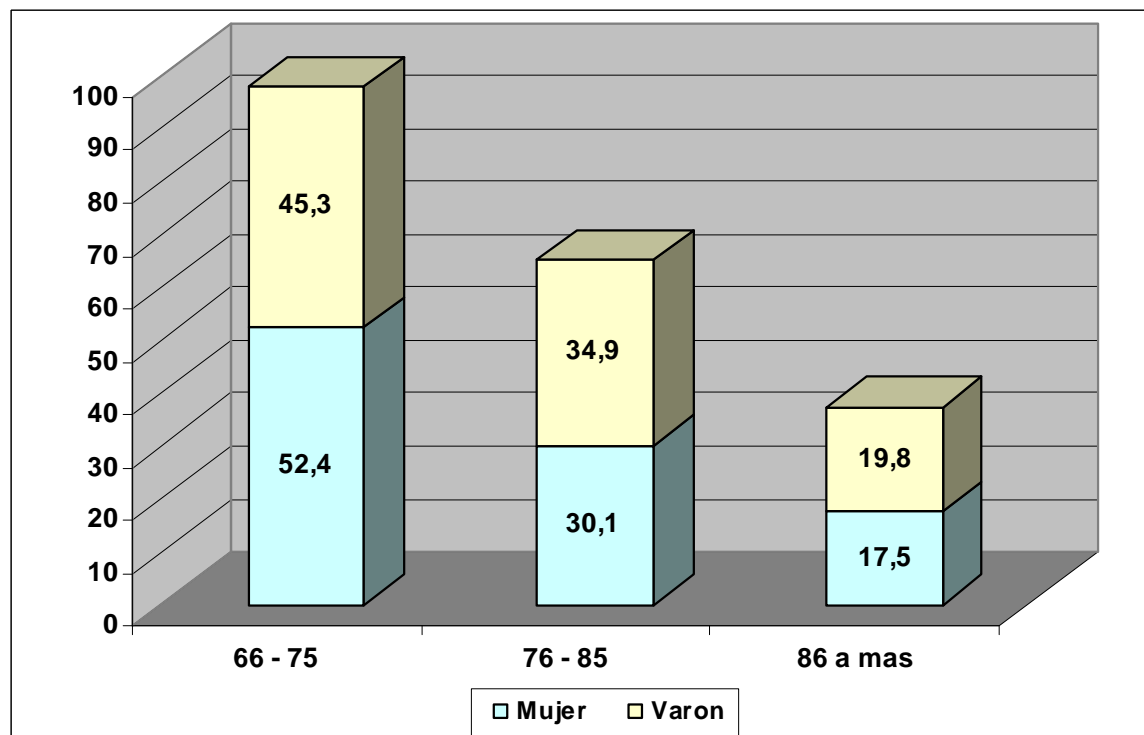
La distribución según edad se muestra en el Grafico N° 2.

Grafico N° 2
Distribución de los adultos mayores Hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL según Edad Noviembre – Diciembre 2008



De las dos últimas graficas además encontramos la distribución etárea según sexo, de la cual se observa que en los tres grupos etéreos estudiados existe una distribución casi simétrica entre ambos sexos como se aprecia en el grafico N° 3

Grafico N° 3
Distribución de los adultos mayores Hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL según Edad y Sexo Noviembre - Diciembre 2008

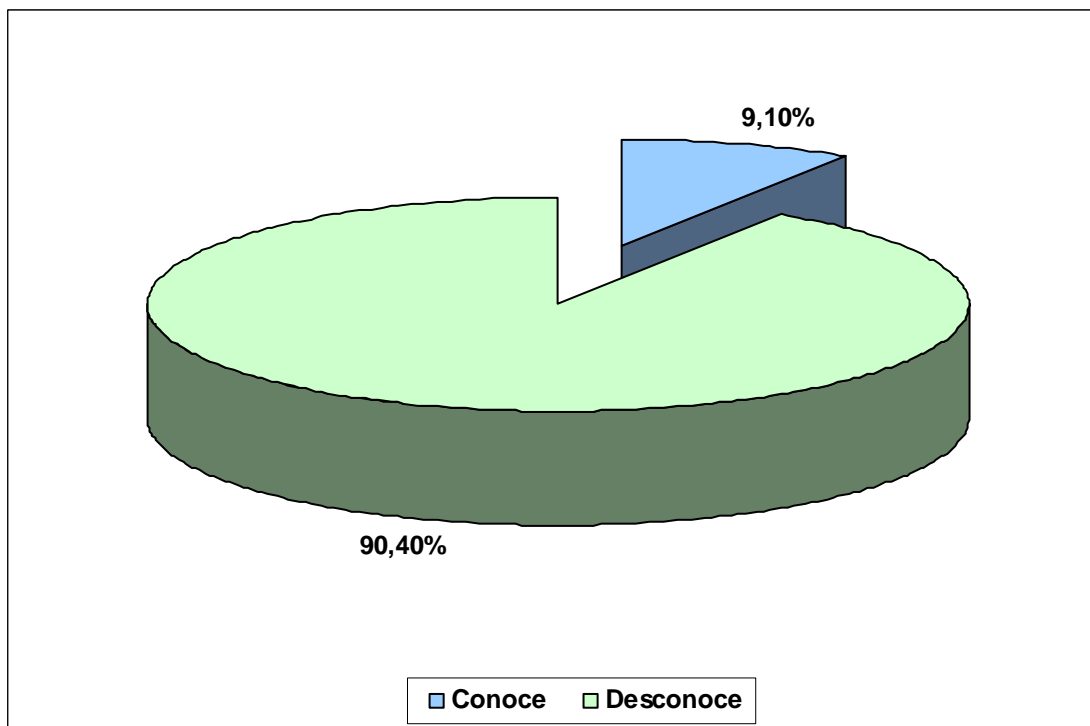


Como se puede apreciar la muestra obtenida de la población es una muestra homogénea, pese a lo cual no sigue una distribución normal, ello se explica tranquilamente puesto que la población estudiada pertenece a uno de los extremos de la vida, y ello se grafica claramente en los gráficos presentados líneas arriba.

De otro lado, el cuestionario aplicado consto de tres segmentos o bloques, de los cuales los resultados presentados a continuación corresponden al primer segmento.

Ante la pregunta si los pacientes hospitalizados conocían los programas preventivos promocionales que el hospital ofrece a través no solo del servicio de geriatría, aunque se hizo especial énfasis en los mismos, sino que también son ofrecidos por otros servicios los resultados obtenidos pueden ser observados en la grafica N° 4.

Grafico N° 4
Conocimiento de los programas preventivos promocionales entre los adultos mayores Hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008



En esta primera sección además se cuestionó y se revisó si el paciente adulto mayor contaba con Interconsulta al Servicio de geriatría o no; además, se correlacionó si los pacientes que presentaban algún síndrome geriátrico contaban o no con la respectiva Interconsulta. Los resultados se pueden apreciar en las graficas N° 5 y N° 6.

Grafico N° 5
Interconsultas al servicio de geriatría de los pacientes adultos mayores Hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008

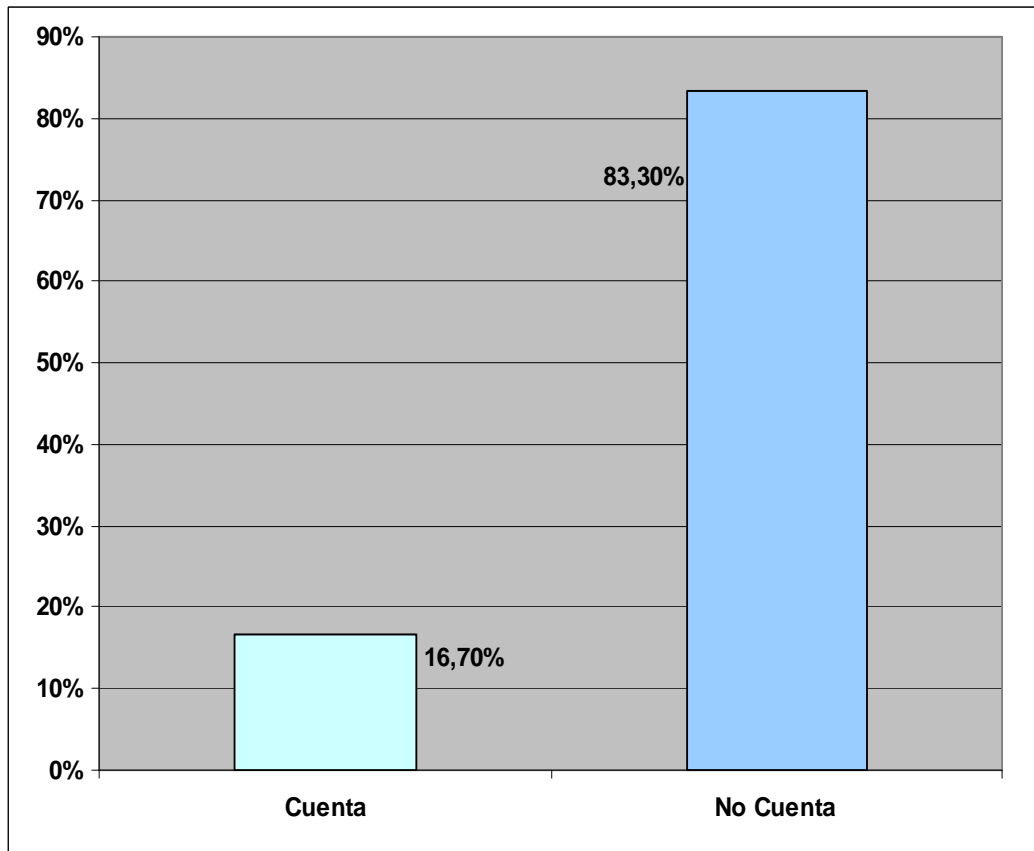
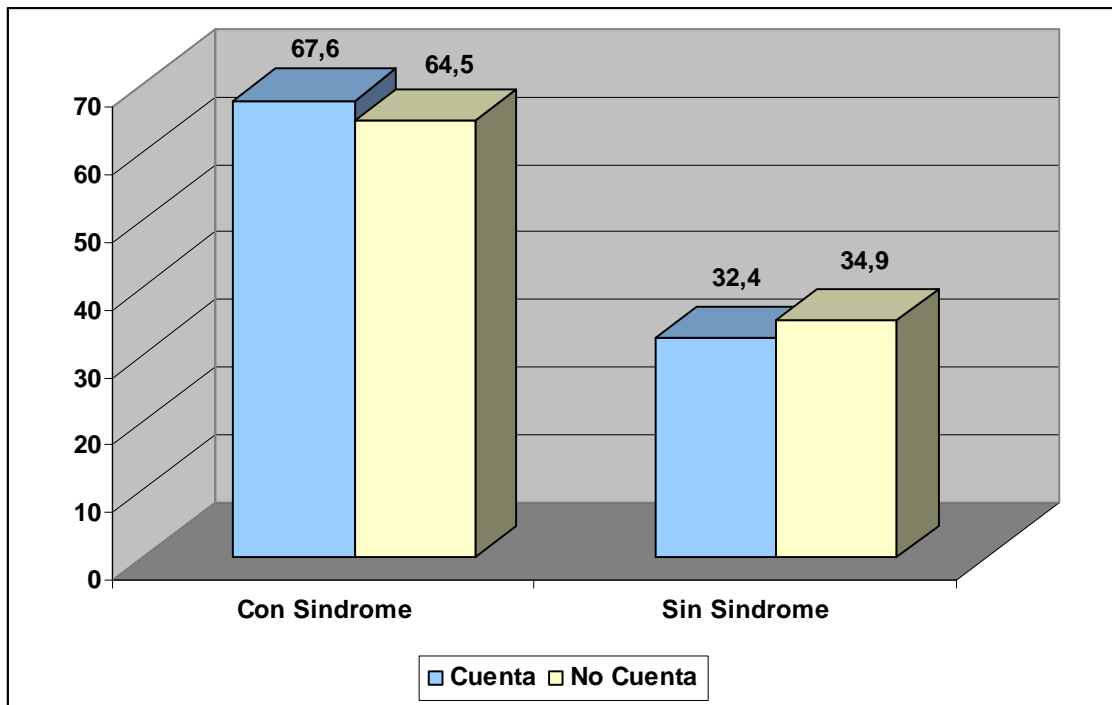
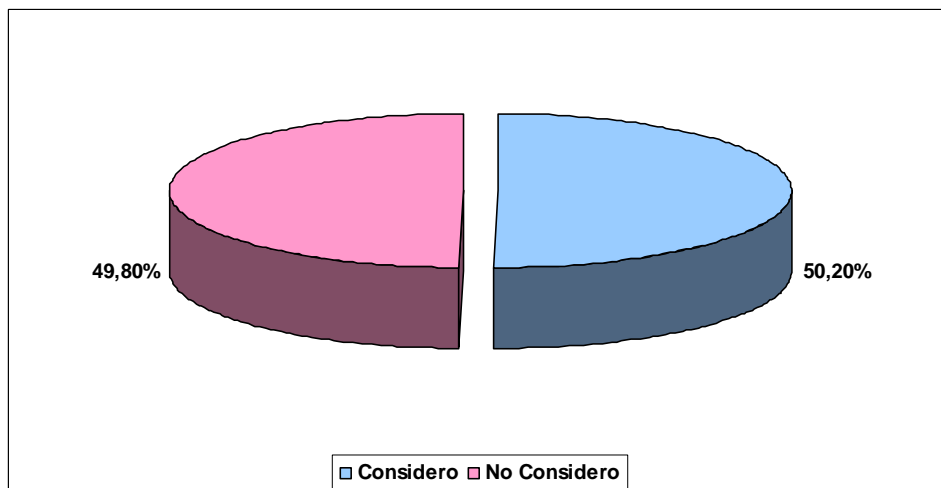


Grafico N° 6
Interconsultas al servicio de geriatría y Síndromes Geriátricos en pacientes adultos mayores Hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008



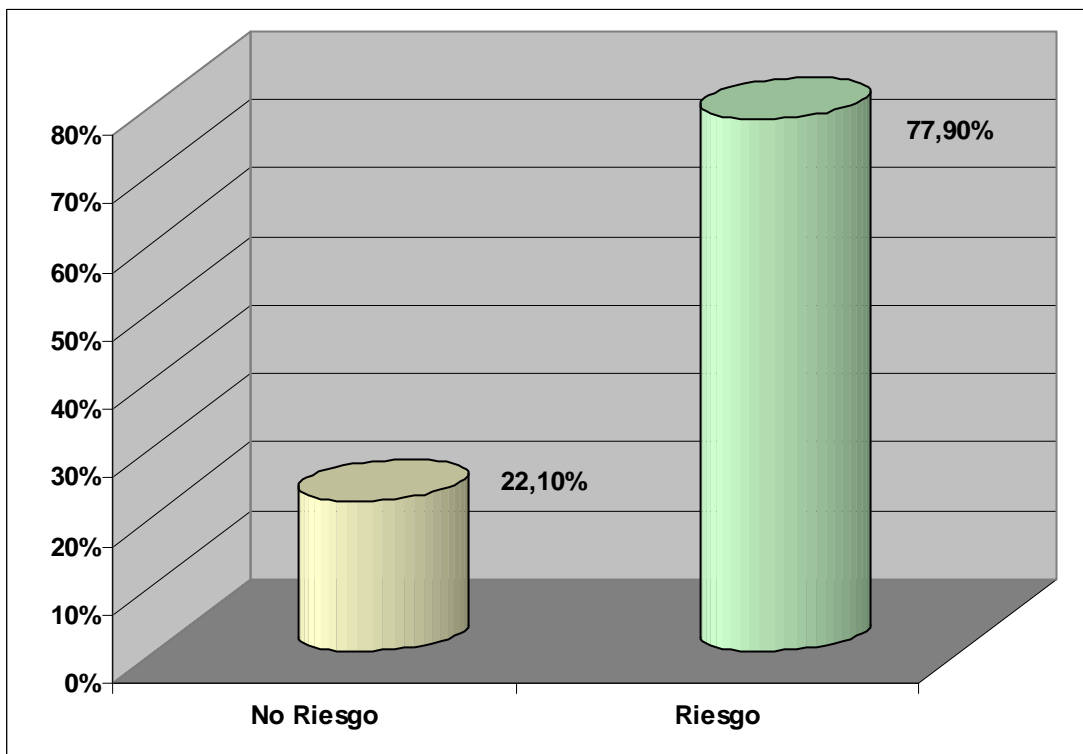
Finalmente dentro de este primer bloque se interrogó al personal médico que atendió a los adultos mayores incluidos en el estudio, a ellos se les preguntó si tuvieron o no en cuenta los factores fisiológicos y fisiopatológicos propios del envejecimiento al momento de evaluar y de hacer la terapéutica de dichos pacientes, en la grafica N° 7 se observan los resultados a esta pregunta.

Grafico N° 7
Considero los factores propios del paciente adulto mayor hospitalizado en los pabellones de medicina del HNAL al momento de hacer la terapéutica
Noviembre - Diciembre 2008



La segunda parte del cuestionario se abocó a determinar en primer lugar si los adultos mayores se encontraban en riesgo, para ello se empleo el Cuestionario Postal del Woodside Health Center (WHC), con el cual se evaluó este punto, los resultados del mismo se aprecian en grafica N° 8.

Grafico N° 8
Paciente adulto mayor hospitalizado en los pabellones de medicina del HNAL considerados de riesgo según el cuestionario WHC al momento de hacer la terapéutica Noviembre - Diciembre 2008



En esta misma sección se evaluaron los cuatro síndromes geriátricos tomados en cuenta en este estudio. En cuanto a la depresión se empleo el Examen de Yesavage el cual consta de 15 preguntas las cuales separan a la población en tres grupos: No Depresión, depresión leve, depresión establecida. (Grafico N° 9).

La Discapacidad fue evaluada con el Índice de Barthel el mismo que evalúa la funcionalidad de los sujetos estudiados y sus grados de dependencia agrupándolos así en: No dependientes, Dependencia Leve, Dependencia Moderada, Dependencia Grave y Dependencia Total. (Grafica 10).

La Demencia, entendida como el deterioro de las funciones cerebrales superiores, fue evaluada con el Mini examen Cognitivo de Lobo el cual evalúa de manera concisa pero efectiva

las diferentes funciones cerebrales superiores y agrupa a los pacientes en función a su grado de Deterioro Cognitivo en Leve, Moderado y Grave además del No Deterioro. (Grafica 11).

Finalmente; la fragilidad evaluada según Los Criterios de Fried es agrupa en No Fragilidad, Pre-frágil y Frágil, los resultados de los mismos se encuentran expresados en la grafica N° 12.

Grafico N° 9
Depresión en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008

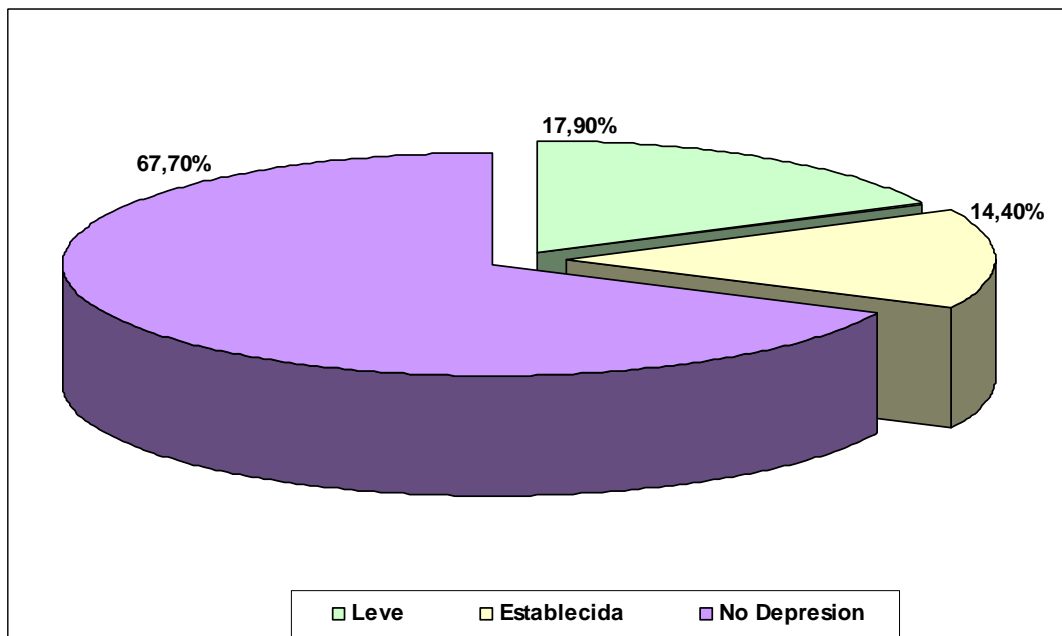


Grafico N° 10

**Discapacidad en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008**

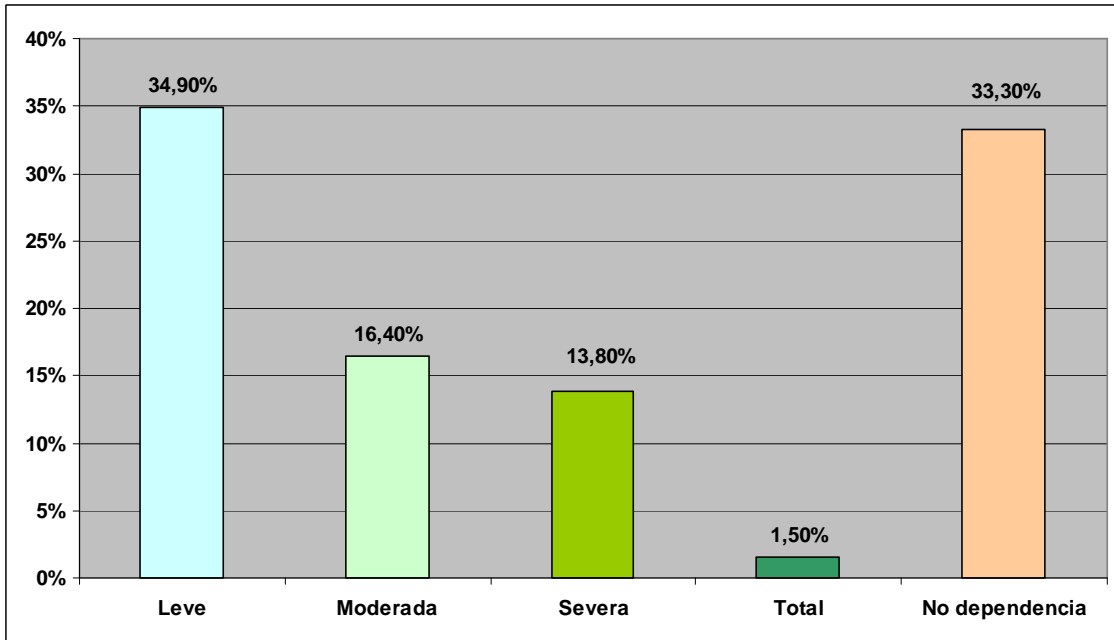


Grafico N° 11

**Demencia en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008**

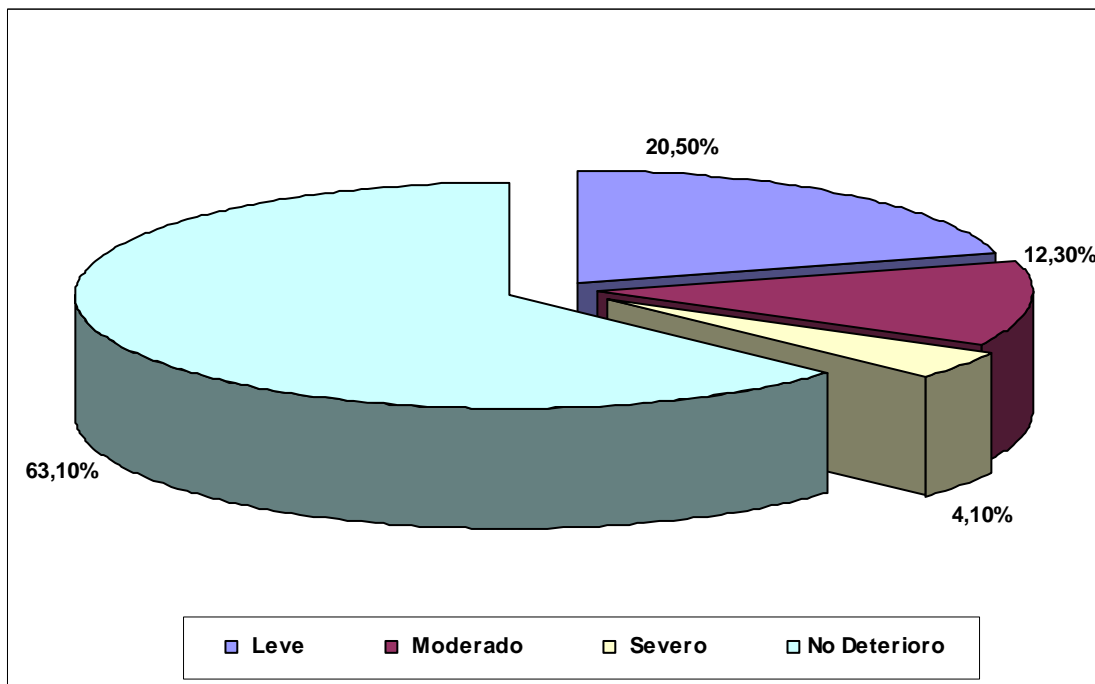
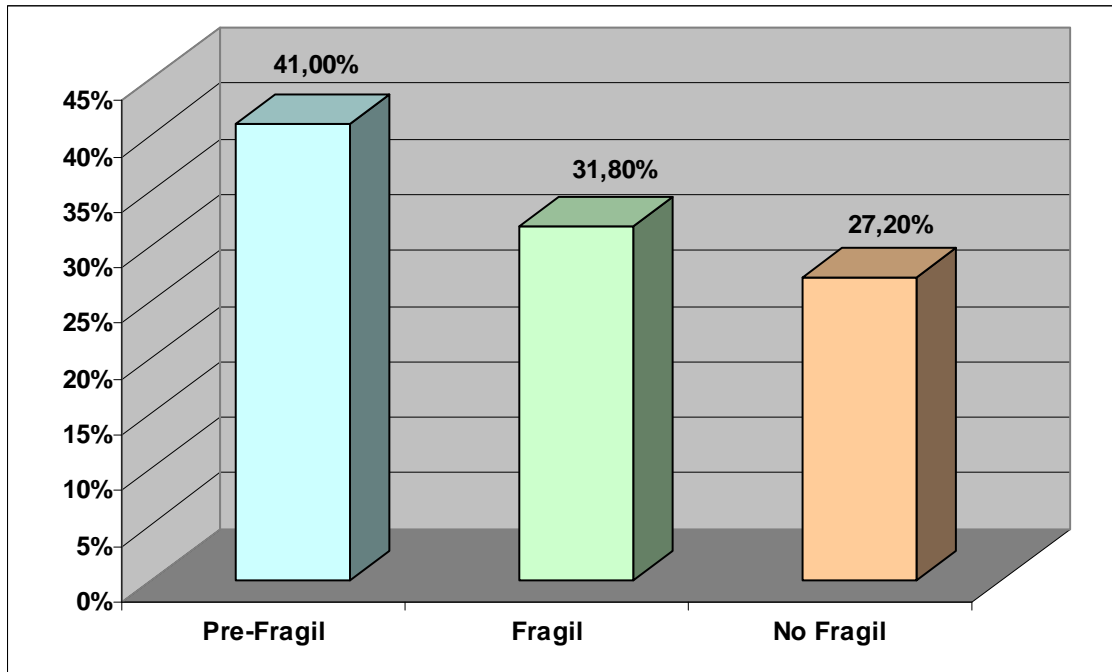


Grafico N° 11
Fragilidad en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008



También se estudio si existía una asociación entre las patologías estudiadas y la variable Sexo, donde se determino con la prueba Chi – cuadrado que existían asociaciones entre alguna de estas variables como se muestran en las tablas N° 1 y N° 4 las cuales muestran la asociación de la variable sexo con las variables Depresión y Fragilidad respectivamente, no ocurriendo lo mismo en las tablas N° 2 y N° 3 que muestran la asociación entre la misma variable y las variables Discapacidad y Demencia.

Tabla N° 1
Asociación entre Depresión y Sexo en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008

DEPRESION				
Sexo	Establecida	Leve	No Depresión	TOTAL
Mujer	13	13	71	97
Row %	13,4	13,4	73,2	100,0
Col %	46,4	37,1	53,8	49,7
Varon	15	22	61	98
Row %	15,3	22,4	62,2	100,0
Col %	53,6	62,9	46,2	50,3
TOTAL	28	35	132	195
Row %	14,4	17,9	67,7	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi-square	df	Probability
3,2097	2	0,2009

Tabla N° 2
Asociación entre Demencia y Sexo en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008

DEMENCIA					
Sexo	Leve	Moderado	Severo	No Deterioro	TOTAL
Mujer	15	12	6	64	97
Row %	15,5	12,4	6,2	66,0	100,0
Col %	37,5	50,0	75,0	52,0	49,7
Varon	25	12	2	59	98
Row %	25,5	12,2	2,0	60,2	100,0
Col %	62,5	50,0	25,0	48,0	50,3
TOTAL	40	24	8	123	195
Row %	20,5	12,3	4,1	63,1	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi-square	df	Probability
4,6982	3	0,1953
An expected value is < 5. Chi-square not valid.		

Tabla Nº 3
Asociación entre Discapacidad y Sexo en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008

DISCAPACIDAD						
Sexo	Leve	Moderada	Severa	Total	No dependencia	TOTAL
Mujer	28	16	13	2	38	97
Row %	28,9	16,5	13,4	2,1	39,2	100,0
Col %	41,2	50,0	48,1	66,7	58,5	49,7
Varon	40	16	14	1	27	98
Row %	40,8	16,3	14,3	1,0	27,6	100,0
Col %	58,8	50,0	51,9	33,3	41,5	50,3
TOTAL	68	32	27	3	65	195
Row %	34,9	16,4	13,8	1,5	33,3	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi-square	df	Probability
4,3445	4	0,3614
An expected value is < 5. Chi-square not valid.		

Tabla Nº 4
Asociación entre Fragilidad y Sexo en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008

FRAGILIDAD				
Sexo	Pre-Frágil	Frágil	No Frágil	TOTAL
Mujer	45	26	26	97
Row %	46,4	26,8	26,8	100,0
Col %	56,3	41,9	49,1	49,7
Varon	35	36	27	98
Row %	35,7	36,7	27,6	100,0
Col %	43,8	58,1	50,9	50,3
TOTAL	80	62	53	195
Row %	41,0	31,8	27,2	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi-square	df	Probability
2,8767	2	0,2373

En los casos en los que la prueba Chi – Cuadrado demostró que existía una asociación se busco determinar el sentido de la asociación, para ello se busco si existían relaciones de riesgo puntuales solo entre Sexo y Depresión establecida y entre Sexo y Frágil, es decir se excluyeron respectivamente del análisis a los sub-grupos denominados Depresión Leve y Pre –

Frágil; además se considero para ambos análisis como variable exposición al sexo femenino, el cual para ambos casos es considerado como un riesgo. Los resultados de los mismos se muestran en las tablas N° 5 y N° 6.

Tabla N° 5
Asociación entre Depresión Establecida y Sexo en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008

DEPRESION			
Sexo	Depresión	No Depresión	TOTAL
Mujer	13	71	84
Row %	15,5	84,5	100,0
Col %	46,4	53,8	52,5
Varon	15	61	76
Row %	19,7	80,3	100,0
Col %	53,6	46,2	47,5
TOTAL	28	132	160
Row %	17,5	82,5	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

	Point Estimate	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,7446	0,3287	1,6868 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,7460	0,3232	1,7061 (M)
		0,3006	1,8289 (F)

Tabla N° 6
Asociación entre Fragilidad y Sexo en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008

Sexo	Frágil	No Frágil	TOTAL
Mujer	26	26	52
Row %	50,0	50,0	100,0
Col %	41,9	49,1	45,2
Varon	36	27	63
Row %	57,1	42,9	100,0
Col %	58,1	50,9	54,8
TOTAL	62	53	115
Row %	53,9	46,1	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

	Point Estimate	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,7500	0,3586	1,5687 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,7519	0,3563	1,5802 (M)
		0,3360	1,6735 (F)

Finalmente se hizo el mismo análisis, es decir se busco si existía asociación entre la variable edad y las patologías estudiadas en los pacientes adultos mayores incluidos en el estudio, los resultados se muestran en las tablas N° 7 y N° 8.

Tabla N° 7
Asociación entre Depresión y Edad en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008

DEPRESION				
Edad	Establecida	Leve	No Depresión	TOTAL
66 - 75	15	17	62	94
Row %	16,0	18,1	66,0	100,0
Col %	53,6	48,6	47,0	48,2
76 - 85	10	12	42	64
Row %	15,6	18,8	65,6	100,0
Col %	35,7	34,3	31,8	32,8
86 a mas	3	6	28	37
Row %	8,1	16,2	75,7	100,0
Col %	10,7	17,1	21,2	19,0
TOTAL	28	35	132	195
Row %	14,4	17,9	67,7	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi-square	df	Probability
1,7619	4	0,7795

Tabla N° 8
Asociación entre Fragilidad y edad en los pacientes adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del HNAL
Noviembre - Diciembre 2008

FRAGILIDAD				
Edad	Pre-Frágil	Frágil	No Frágil	TOTAL
66 - 75	38	30	26	94
Row %	40,4	31,9	27,7	100,0
Col %	47,5	48,4	49,1	48,2
76 - 85	26	21	17	64
Row %	40,6	32,8	26,6	100,0
Col %	32,5	33,9	32,1	32,8
86 a mas	16	11	10	37
Row %	43,2	29,7	27,0	100,0
Col %	20,0	17,7	18,9	19,0
TOTAL	80	62	53	195
Row %	41,0	31,8	27,2	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi-square	df	Probability
0,1433	4	0,9976

Finalmente, cabe resaltar que se hicieron los mismos análisis de asociación para las combinaciones Edad - Discapacidad y Edad – Demencia no encontrándose relación entre las mismas puesto que el valor X^2 calculado fue bastante mayor al esperado, obteniéndose así un valor de X^2 igual a 24.4853 con 8 grados de libertad y una probabilidad de 0.0019 para la combinación Edad – Discapacidad (X^2 esperado menor a 5) y un X^2 igual a 8,1253 con 6 grados de libertad y una probabilidad de 0.2291 para la combinación Edad – Demencia (X^2 esperado menor a 5).



Discusión de resultados

La “Evaluación Geriátrica Integral o Exhaustiva” como técnica de evaluación específica para el abordaje de la atención al anciano trata de revisar la situación física, social, afectiva y mental con la intención de detectar y tratar las causas reversibles de enfermedad y discapacidad, estabilizar las que puedan estar progresando en forma innecesaria, introducir estrategias de rehabilitación y ajustar el ambiente social o físico para dar independencia, apoyo al paciente geriátrico y a su cuidador, en una situación de deterioro^(13, 19, 22); pero, nada de esto puede lograrse si no identificamos los síndromes geriátricos prevalentes en los adultos mayores, entendiéndose como síndrome geriátrico a la génesis multifactorial que ocurren por el acumulo de los efectos de *noxas* en múltiples sistemas que tienen lugar en el adulto mayor o adultos de riesgo ante un estrés externo⁽¹⁴⁾. Es por ello que en nuestra presente investigación da énfasis a la primera etapa de la evaluación geriátrica integral, la cual es el diagnóstico de los Síndromes geriátricos como presentamos a continuación.

Una de las primeras observaciones que se debe de hacer es la alta prevalencia de ancianos de riesgo (77,90%), determinado según el cuestionario postal de la Woodside Health Center, ello si bien es cierto no nos indica la presencia de algún síndrome geriátrico es el primer signo de alarma que se nos muestra en el camino. Es decir, en la población estudiada existe un número alto de personas al que se le debería prestar particular atención dado que, según este cuestionario, son susceptibles, de padecer algún daño. Este es sin duda el primer llamado para hacer énfasis a las actividades preventivo promocionales que se ofrecen tanto a nivel institucional como en extramuros.

Un segundo punto de alarma, en nuestro estudio se evidencia que existe un pobre conocimiento de las actividades preventivo-promocionales que el hospital, en particular el servicio de geriatría, promociona. Solo el 9,10% de los pacientes encuestados conocía de las mismas. Ello puede responder en primer lugar a la pobre difusión que existe de estos servicios, en muchos casos ello solo le limita a los predios que comprende al servicio de geriatría; solo una muy limitada cantidad de pacientes tienen acceso a esta información y en la mayoría de los casos, sino es que en todos, sólo los pacientes que en alguna oportunidad habían pasado por el servicio de geriatría conocían de dichos programas. A ello se debe añadir, es el propio personal de salud en el cual incluimos por sobre todo a los médicos, los que no hacen una adecuada difusión de los programas ofrecidos por el servicio de geriatría, es más en líneas generales existe un pobre conocimiento de éstos y de las actividades preventivo-promocionales que otros servicios o departamentos ofrecen. Un último factor influyente en esta cifra es que nuestro sistema de salud en este aspecto es homogéneo, es decir no está preparado para recibir a la heterogénea gamma etárea que caracteriza a toda población. En contraste como otras realidades donde se da una valoración real no sólo al paciente adulto mayor, sino a la

geriátrica en sí y por tanto a la atención geriátrica, no sólo se desarrollan programas preventivo promocionales sino que además se estructura todo un sistema de atención propio y para el adulto mayor, tal es el caso del Modelo de atención Geriátrico del Reino Unido, donde se articulan Unidades geriátricas de agudos, Unidades de recuperación funcional, Unidades especializadas de ortogeriatría, Consultas externas, Hospital de día geriátrico, entre otros ⁽²²⁾ con la finalidad de brindar una adecuada atención y así conseguir un mayor número de adultos mayores saludables.

Centrémonos ahora propiamente a los síndromes geriátricos estudiados, como mencionamos anteriormente los síndromes geriátricos son de origen multifactorial, determinar la génesis de los mismos no es el objetivo de este estudio, tampoco lo es determinar cual es la historia natural de cada una de ellas ni las consecuencias que ellas implican. Lo que es sí, el determinar la prevalencia de los síndromes que han sido seleccionados como objeto de estudio.

El estudio EURODEP, en el que participaron nueve países europeos utilizando un diseño homogéneo y una metodología adaptada específicamente al anciano, encontró diferentes tasas de prevalencia de depresión, cuyos extremos se sitúan entre el 8,8 y el 23,6% ⁽¹³⁾. En nuestro estudio encontramos que la tasa de prevalencia de la Depresión establecida es del 14.40%, valor que se encuentra dentro de las tasas encontradas por el estudio EURODEP. Ello pese a las diferencias socio-económico-culturales que existen entre ambas poblaciones, el proceso de envejecimiento es uno solo, es decir si nos centramos en esta premisa se explicaría porque las cifras coinciden, a pesar de las abrumadoras diferencias que existen entre las poblaciones de ambos continentes. Dicho estudio además señala que la institucionalización es un factor de riesgo para el desarrollo de Depresión entre los adultos mayores.

En nuestro estudio además se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre la Depresión, la edad y el sexo de los adultos mayores. Lamentablemente no se ha podido determinar el sentido ni la fuerza de asociación que hay entre estas variables; en respuesta a ello se plantea que un mayor tamaño muestral podría revelar estas incógnitas, queda entonces para futuras intervenciones determinar si en nuestra realidad se cumple también o no el hecho que el sexo femenino y la mayor edad son factores de riesgo para desarrollar depresión.

Frente a la discapacidad, es mayor de los síndromes geriátricos encontrados en nuestro estudio con una frecuencia acumulada de 66.7%, donde la mayor prevalencia se encuentra en el sub-grupo Discapacidad Leve con 34.9% de la población estudiada, llama poderosamente la atención ya que a su vez es la patología a la que menos énfasis se le presta, al menos no hasta que es demasiado tarde. Debemos de tener presente que es la discapacidad traducida como "inmovilidad" es un factor importante en el desarrollo de

comorbilidades y/o complicaciones que se asocian al motivo de ingreso de la hospitalización (p.e. Neumonías aspirativas, Ulceras de presión, anquilosis, entre otros) tal como se señala en el estudio de Sager en donde se menciona que un deterioro funcional de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) durante la hospitalización en los pacientes adultos mayores implicaba a los tres meses un incremento en la mortalidad, mas probabilidades de reingresos hospitalarios, además del hecho que un 41% de los casos que se habían deteriorado funcionalmente durante el ingreso no recuperaban su capacidad funcional previa⁽²²⁾. Resulta pues importante medir si existe un grado de discapacidad en el paciente adulto mayor al momento del ingreso y tratarlo de manera oportuna; en nuestro estudio la prevalencia de discapacidad leve, es bastante alta, existiendo además valores alarmantes de Discapacidad Moderada (16.40%) y Discapacidad Grave (13.80%), no encontrándose dentro de los objetivos de este estudio determinar la variación temporal de un paciente adulto mayor de un grado a otro de discapacidad no deja de llamarnos la atención si existe un empeoramiento o no en las capacidades funcionales del paciente adulto mayor durante su estancia hospitalaria.

No se encontró asociación entre las variables Discapacidad, edad y sexo. A pesar que en la revisión bibliográfica hacen referencia a mayor edad mayor riesgo de desarrollar algún grado de discapacidad. Nuevamente nos apoyaremos en el tamaño muestral, una muestra más amplia podría revelar la naturaleza de esta asociación. De otro lado haremos mención a la enorme diversidad socio cultural que en marca a nuestra población, si bien es cierto el recojo de datos se tomó de un sólo nosocomio, este al ser centro de referencia nacional a su vez engloba pacientes de diferentes procedencias y realidades socioculturales, es también entonces probable, que en nuestra muestra no exista dicha asociación.

En lo concerniente a la demencia encontramos una frecuencia acumulada de 36.9% de pacientes la cual se distribuye en tres sub-grupos siendo el Deterioro Cognitivo Leve el de mayor prevalencia con 20.5 % de adultos mayores que padecen de dicho síndrome. Ello contrasta grandemente con los resultados encontrados en otros estudios internacionales donde la prevalencia esperada es del 18%⁽¹⁾. Otro aspecto a tomar en consideración en relación a la demencia es que es un cuadro progresivo, de ahí que es sumamente importante determinar si el paciente tiene o no algún grado de deterioro cognitivo. Como es de conocimiento general la demencia es una síndrome que si bien es cierto en muchos de los casos no es recuperable su progresión si es perfectamente detenible. El progreso de la demencia, para este caso la no detección de la misma tempranamente en el adulto mayor acarrea consecuencias terribles no solo en la estructura neurológica y física del paciente, sino que además compromete la mecánica familiar que se desarrolla en torno a dicho paciente. Es por todo ello que también es de vital importancia brindar una atención temprana y oportuna a los pacientes adultos mayores que padecen este síndrome.

En nuestro estudio, no encontramos asociación entre Demencia, edad y sexo. Sin embargo cabe mencionar que la prevalencia de demencia aumenta con la edad y es más común en la mujer, sin dejar de mencionar la alta prevalencia de deterioro cognitivo leve que aparece en los adultos mayores incluso desde edades tan tempranas como los 60 años de edad ⁽¹⁾. Cabe también resaltar que si bien es cierto se excluyeron del estudio aquellos pacientes que no respondieron adecuadamente a alguno de los cuestionarios incluidos en el cuadernillo, el grado de instrucción de cada uno de los participantes en el estudio juega un rol importante particularmente durante el desarrollo del Test Mini – Mental de Lobo, quizá en parte ello influya parcialmente en las altas tasas encontradas.

La detección de la fragilidad represento un reto particularmente importante durante el desarrollo del presente trabajo dado que se encontró una altísima tasa de prevalencia de la misma (31,80%) en relación a la casi totalidad de trabajos publicados anteriormente que versan a cerca de este punto. Ello se explica que el nuestro es uno de los primeros trabajos, sino es el primero, en valorar este síndrome en pacientes hospitalizados; el paciente hospitalizado en muchos casos previo a la hospitalización era un paciente frágil, que al momento del ingreso se encuentra descompensado en este aspecto, una vez controlado el evento agudo el paciente vuelve a su condición de fragilidad, es decir la alta prevalencia de este síndrome se explica porque hemos estudiado a una población que por su dinámica intrínseca engloba una gran cantidad de casos de fragilidad. Estudios nacionales acerca de este punto, en los que la población estudiada es abierta completamente, en otras palabras muchos de los casos eran adultos mayores que no se atendían en ningún centro de salud la prevalencia encontrada fue de de 7,7% y de pre fragilidad en 64,6% con asociación significativa entre la frecuencia de fragilidad y el incremento de la edad, con un promedio de edad mayor para pacientes frágiles.⁽²⁹⁾ Del mismo modo, en nuestro estudio se evidencia la relación entre fragilidad, sexo y edad, nuevamente con la salvedad de que no se pudo determinar el sentido de dicha relación.

Otro punto que llama poderosamente la atención es que solo el 49.80% del personal medico consideró los factores fisiológicos propios del paciente adulto mayor, es decir mas de la mitad de las terapéuticas fueron elaboradas sin considerar que el paciente adulto mayor posee una fisiología diferente. Cuando hacemos referencia a la elaboración de la terapéutica en el otro extremo de la vida, vemos que tanto neonatólogos como pediatras dan vital importancia a estos factores al momento de elaborar la terapéutica, con el mismo cuidado debiera elaborarse la terapéutica en el paciente adulto mayor que en muchos casos no solo se encuentra expuesto a polifarmacia sino que además recibe dosis de medicamentos superiores a las que realmente necesita. Como es obvio ella va en desmedro de su salud, en otros palabras en mas de un caso la terapéutica instalada en un paciente adulto mayor si bien controla el problema de ingreso genera nuevos problemas.

Finalmente, el último punto al que haremos mención es aquel que versa en relación a la cantidad de pacientes que cuenta con interconsulta al Servicio de Geriátria. En nuestra muestra solo el 16.8% de los pacientes adultos mayores hospitalizados cuenta con una evaluación a cargo del medico especialista. En tanto que el 83.2% de los pacientes adultos mayores no cuentan con la mencionada evaluación, de este 83.2% se encontró que el 64.8% padecía de alguno de los síndromes estudiados, pese a ello no se considero en el plan de trabajo la evaluación por el servicio de geriatria. Esta cifra es por demás alarmante, líneas arriba hemos citado la importancia de valorar desde el ingreso el estado real de salud del paciente adulto mayor al momento del ingreso; sabemos además que en muchos casos la hospitalización es un factor de riesgo en la evolución no solo de estos cuadros sino además en el de muchos otros, por lo mismo es importante hacer una evaluación no solo integral sino que además conciente y sesuda del paciente adulto mayor, para de esa manera ofrecerle una verdadera atención de calidad y con ella ayudar a su pronta recuperación y reinserción a su medio en donde el adulto mayor puede y debe cumplir roles acordes a su potencial real.

La Valoración Geriátrica Integral es pues la herramienta que esta llamada a ser empleada no solo por el medico geriatra sino por todo aquel que este a cargo de un paciente adulto mayor. Durante el desarrollo del estudio se comprobó que la aplicación de los cuestionarios lejos de ser tediosa y complicada es todo lo contrario sencilla y en muchos casos revela aspectos del paciente que a simple vista no se puede observar durante la evacuación tradicional. Consideremos entonces incluir dentro de nuestra próxima evaluación a un adulto mayor sino todos cuando menos alguno de los cuestionarios que valoran al adulto mayor, el breve tiempo que el desarrollo de ellos demanda se verá reflejado enormemente en el tiempo y la calidad del mismo que podemos ofrecer a en el futuro de este adulto mayor.



Conclusiones

- * Hay una alta prevalencia de los síndromes geriátricos estudiados (Depresión, discapacidad, demencia y fragilidad) entre los adultos mayores hospitalizados en los pabellones de medicina del Hospital Arzobispo Loayza, en muchos casos no diagnosticados y por tanto no tratados adecuadamente.
- * En nuestro estudio el síndrome geriátrico que con más frecuencia padece el adulto mayor es la Discapacidad, siendo la Discapacidad Leve la que con más frecuencia se da en este tipo de pacientes.
- * Existe una alta tasa de prevalencia de pacientes que cumplen con los criterios de fragilidad, ello se debe a que la población estudiada corresponde a adultos mayores hospitalizados y por tanto tiene características particulares y propias de ella y solo de ella existiendo desde un inicio cierto sesgo para la medición de esta variable.
- * Existe relación entre la variable Depresión y las variables Sexo y Edad, y aunque en este trabajo no se pudo demostrar el sentido de la asociación del conocimiento teórico previo sabemos que dicha relación es a favor del aumento de la edad y del sexo femenino.
- * Existe relación entre la variable Fragilidad y las variables Sexo y Edad, del mismo modo que en el caso de la variable Depresión tampoco en este caso se pudo determinar el sentido de la relación. En ambos casos es probable que un mayor tamaño muestral revelara el sentido de ambas asociaciones.
- * No se encontró relación entre las Discapacidad y Demencia con las variables Edad y Sexo.
- * Existe un muy pobre conocimiento de los programas preventivo promocionales que ofrece el hospital entre los pacientes adultos mayores hospitalizados dentro del hospital, ello se debe a la poca difusión de dichos programas entre los usuarios.
- * Existen muy pocos adultos mayores que cuentan con interconsultas al servicio de geriatría, ya sea que ellos tengan o no patología geriátrica. En otras palabras, no se encuentra extendido entre el personal médico a cargo del paciente adulto mayor hospitalizado la costumbre de consultar al especialista geriátrico sobre pacientes que pueden ser de su competencia.
- * Cerca de la mitad del personal médico encuestado considero al momento de elaborar la terapéutica del paciente adulto mayor las particulares características fisiológicas de

esta población. La otra mitad considero al paciente adulto mayor como un adulto normal.

- * De los resultados mostrados se hace evidente la necesidad de difundir y hacer uso de la Evaluación Geriátrica Integral, ella debe ser la herramienta fundamental usada para evaluar y valorar al paciente adulto mayor puesto que permite no solo una apropiada atención integral sino también una visión holística de todos los problemas del paciente adulto mayor.
- * Se hace evidente, además, la necesidad de profundizar en cada uno de los puntos tratados en este trabajo. La autora considera que cada uno de los puntos estudiados puede y debe ser estudiado en profundidad con la finalidad de dar nuevas luces en el discernimiento de la comprensión del paciente adulto mayor. Para de esa manera alcanzar el fin ultimo del presente trabajo el cual es alcanzar desarrollar una atención verdaderamente integral del paciente adulto mayor y con ello lograr que adultos mayores saludables, independientes y por sobre todo actores activos en la sociedad de procesos acordes a su real potencial.



Comentarios y recomendaciones

La principal característica diferencial de la enfermedad aguda en el anciano es su tendencia a la discapacidad, especialmente en condiciones de fragilidad, entendiendo ésta como un deterioro progresivo de la adaptabilidad a los cambios, debido a una alteración en la reserva funcional orgánica y en los mecanismos de control homeostáticos.

Así pues, lo que fundamenta la toma de decisiones en Geriátrica es la función. Por lo tanto, el principal, objetivo de la atención sanitaria al anciano es evitar o al menos retrasar el deterioro funcional, es decir la discapacidad sea esta física o mental.

Las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de la enfermedad, hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración. Surge entonces un nuevo termino, Valoración geriátrica integral, el cual es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida

La valoración geriátrica integral surge, además, como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física).

Es pues finalmente la aplicación de esta Valoración geriátrica integral la meta final que persigue este trabajo, para lograr mejorar la calidad de vida, prevenir el deterioro y ayudar en el pronóstico del paciente. Dado que ha quedado claro la alta prevalencia de los síndromes geriátricos entre la población estudiada es menester ahora de los diferentes equipos de salud considerarlos, buscarlos, incluirlos dentro de la gamma existente de diagnósticos diferenciales y así, finalmente, tratarlos.

Referencias Bibliográficas.

1. Alanís-Niño, Gerardo; Garza-Marroquín, Jessica; González-Arellano, Andrés; Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos; Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (1): 27-32.
2. Abizanda P, Romero L, Luengo C; Uso apropiado del término fragilidad; Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(1):58-9
3. Andrew MK, Mitnitski AB, Rockwood K (2008) Social Vulnerability, Frailty and Mortality in Elderly People. PLoS ONE 3(5): e2232.
4. Barrero, C.; García Arrijoja, S.; Ojeda, A; Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación; Plast & Rest Neurol 2005;4 (1-2): 81-85.
5. Benito J. Fontecha Gómez; Valoración geriátrica: visión desde el Hospital de Día; Rev Mult Gerontol 2005;15(1):23-25.
6. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J; Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2007, Vol. 62A, No. 7, 731–737.
7. Boxer rs, Zhu Wang, Walsh S; The Utility of the 6-Minute Walk Test as a Measure of Frailty in Older Adults with Heart Failure; THE AMERICAN JOURNAL OF GERIATRIC CARDIOLOGY 2008 VOL. 17 NO. 1, 7-12.
8. Castelblanque M, Cuñat EA, ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara; MEDICINA GENERAL 2002; 47: 667-680.
9. Cid-Ruzafa, J; Damián-Moreno, J; Valoracion de la discapacidad fisica: El Indice de Barthel; Rev Esp Salud Publica 1997. 71: 177-137.
10. Ensrud KE, Ewing SE, Taylor BC; Comparison of 2 Frailty Indexes for Prediction of Falls, Disability, Fractures, and Death in Older Women; Arch Intern Med. 2008;168(4):382-389.
11. Espinoza S, Walston J; Frailty in older adults: Insights and interventions; CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE VOLUME 72 • NUMBER 12 DECEMBER 2005, 1105-1112.
12. Gallucci, M; Ongaro F; Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: Evidence from “The Treviso Longeva (TRELONG) Study”; Archives of Gerontology and Geriatrics 2 (2008); Article in Press
13. Gastelo Villanueva German. Morbilidad y mortalidad del paciente geriátrico hospitalizado. Estudio en un Servicio de Medicina Interna. BOLETIN DE LA SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA INTERNA VOLUMEN 05 • NUMERO 03 • AÑO 1992
14. Gil Gregorio P., Carrasco M.; Guia de la buena practica clinica en geriatría: Depresión y ansiedad; SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, 2004.
15. Inouye S, Studenski S, Tinetti ME; Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept; J Am Geriatr Soc. 2007 May ; 55(5): 780–791.

16. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censo 2005. Encuesta Continua. Lima, Perú. 2005.
17. Jiménez Navascués, Lourdes. Autonomía y calidad de vida de los ancianos válidos de una residencia en relación con las alteraciones visuales. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0014.php>
18. Marina, José Antonio. Una filosofía de la ancianidad. Rev Rol Enf 2004; 27(4):5-20.
19. Martínez C., Pérez, V., Roselló Leyva, A.; La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS; Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21(1-2)
20. Redín, JM; Valoración geriátrica integral: Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad; ANALES Sis San Navarra 1999. 22 (Supl. 1): 41-50.
21. Rockwood K, Andrew M, Mitnitski AB; A Comparison of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People; Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2007, Vol. 62A, No. 7, 738–743.
22. Rockwood, K; Fox, A; Frailty in elderly people: an evolving concept Rockwood, CAN MED ASSOC J 1994; 150 (4)
23. Rodríguez Mañas L, López Arrieta, J; Atención Sanitaria al Anciano; SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, Madrid. 2007
24. Roger; Wong and William M; Adverse outcomes following hospitalization in acutely ill older Patients. BMC Geriatrics 2008, 8:10
25. Searle S, Mitnitski AB, Gahbauer EA; A standard procedure for creating a frailty index; BMC Geriatrics 2008, 8:24
26. Torpy J., Lynn C., Glass R., Frailty in Older Adults; JAMA, November 8, 2006—Vol 296, No. 18.
27. Varela, L, Chávez H, Herrera A, Gálvez M, Méndez F, et al. INTRA II. Perfil del adulto mayor. Desarrollando Respuestas Integradas en Sistemas de Salud en una Población en Rápido Envejecimiento. OPS/OMS, Lima, Perú. 2004.
28. Varela L, Chávez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico 2004;43:57-63.
29. Varela-Pinedo, L; Ortiz-Saavedra, P; Ortiz-Saavedra, H; Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la comunidad de Lima Metropolitana, Rev Soc Peru Med Interna 2008; vol 21 (1).
30. Varela, L, Chávez H, Herrera A, Sandoval C, Sánchez E, et al. INTRA III. Desarrollando Respuestas Integradas en Sistemas de Salud en una Población en Rápido Envejecimiento. OPS/OMS, Lima, Perú. 2005.
31. Volpato, E; Onder, G; Characteristics of Nondisabled Older Patients Developing New Disability Associated with Medical Illnesses and Hospitalization; Society of General Internal Medicine 2007;22:668–674.
32. Wong, R; Miller, W; Adverse outcomes following hospitalization in acutely ill older patients; BMC Geriatrics 2008, 8:10.

Anexos

Anexo N° 01

Encuesta N°. _____



Sección A

*** Esta sección se llena en la cabecera del paciente, preferentemente acompañado con su familiar.*

- Nombre: _____ -Edad: _____

- Sexo: (M) (F) - Estado Civil: _____

- Persona Responsable:

- Diagnostico de Ingreso:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

- Ha recibido la visita de algún medico geriatra. (Si) (No)

- Se le ha informado que el hospital cuenta con programas de promoción y prevención de la salud dirigidos a personas de la 3° edad. (Si) (No)



Sección B

*** Esta sección es respondida por el medico tratante (Interno, Residente o Asistente)*

- El plan de trabajo incluye I/C al servicio de Geriatria. (Si) (No)

- Considera que el pronóstico de este paciente variaría si este fuera evaluado por un Geriatra. (Si) (No)

- Ha considerado en la terapéutica de este paciente los factores biológicos y patológicos propios de su edad (Función Hepática, Función Renal) (Si) (No)



Sección C

*** Esta sección deberá ser llenada culminado todo el cuadernillo*

- Existen uno o más diagnósticos geriátricos que no se hayan incluido entre los diagnósticos del paciente. (Si) (No)

-

Anexo N° 02

Cuestionario Postal del Woodside Health Center

	<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>1. Vive solo.</i>		
<i>2. Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda.</i>		
<i>3. Hay más de dos días a la semana que no come caliente</i>		
<i>4. Necesita de alguien que le ayuda a menudo.</i>		
<i>5. Su salud le impide salir a la calle.</i>		
<i>6. Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo.</i>		
<i>7. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.</i>		
<i>8. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.</i>		
<i>9. Ha estado ingresado en el hospital durante el último año.</i>		

**Si hay una o más respuestas positivas devuelve el cuestionario: “anciano de riesgo”.*

Anexo N° 03

Índice de Barthel

Comer

- (10) Independiente. Capaz de usar cualquier instrumento necesario. Come en un tiempo razonable.
- (5) Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.
- (0) Dependiente

Lavarse

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero usando la ducha o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona presente.
- (0) Dependiente

Vestirse

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos que precise sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda, pero realiza sólo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

Arreglarse

- (5) Independiente. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes.
- (0) Dependiente.

Deposición (valorar la semana anterior)

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se lo administra el mismo.
- (5) Ocasional. Un episodio de incontinencia. Necesita ayuda para administrarse enema o supositorio.
- (0) Incontinente.

Micción (valorar la semana anterior)

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de atender sólo su cuidado.
- (5) Ocasional. Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.
- (0) Incontinente.

Usar el retrete

- (10) Independiente. Usa retrete, bacinilla o cuña sin ayudar y sin manchar. Si va al retrete se quita y pone la ropa, se sienta y se levanta sin ayuda, se limpia y tira de la cadena.
- (5) Necesita ayuda pequeña para mantener el equilibrio, quitar y ponerse la ropa, pero se limpia solo.
- (0) Dependiente.

Trasladarse (sillón /cama /sillón)

- (15) Independiente.
- (10) Mínima ayuda física o supervisión verbal.
- (5) Gran ayuda (persona fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o ayuda de dos personas; no permanece sentado.

Deambular

- (15) Independiente. Camina solo 50 m, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas. Si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela.
- (10) Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 m
- (5) Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión
- (0) Dependiente

Escalones

- (10) Independiente para subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona.
- (5) Necesita ayuda física de otra persona o supervisión.
- (0) Dependiente.

Puntuación orientadora del grado de dependencia:
*< 20 = dependencia total; entre 20-40 = dependencia grave;
entre 45-55 = dependencia moderada; 60 o más = dependencia leve.*

Anexo N° 04

Mini examen cognoscitivo de Lobo

	<u>PUNTOS</u>
ORIENTACIÓN	
1. Día Fecha Mes Estación Año (En marzo, junio, septiembre y diciembre se dan válidas cualquiera de las dos estaciones del mes)	(5).....
2. Lugar Planta Ciudad Provincia Nación (en 1 y 2 señalar abreviaturas de ítem correctos).	(5).....
MEMORIA DE FIJACIÓN	
3. Repita estas palabras: "peseta-caballo-manzana" (Repetir hasta que las aprenda y contar número de intentos)	(3)..... (.....)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
4. Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? (Anote 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta, máximo 5 puntós).	(5).....
5. Repita estas tres cifras "5-9-2" (anotar núm. de intentos) Ahora hacia atrás (1 punto por cada cifra en orden correcto)	(.....) (3).....
MEMORIA (Repetición)	
6. ¿Recuerda las tres palabras que le dije antes?	(3).....
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
7. Mostrar un bolígrafo y preguntar: ¿Qué es esto? Repetir con un reloj	(2).....
8. Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros"	(1).....
9. Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?; ¿y un perro y un gato?	(2).....
10. Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (No repita, ni ayude. Puntúe un movimiento como correcto si es realizado en el orden correcto)	(3).....
11. Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS*	(1).....
12. Escriba una frase completa (La frase debe de tener un sujeto, real o implícito, un verbo: "Ayúdeme" o "váyase" pueden aceptarse).	(1).....
13. Copie este dibujo* (Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)	



TOTAL:

Nivel de conciencia: 1, alerta; 2, obnubilado.

* NOTA: tanto la frase como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente deberá utilizar gafas si las precisa habitualmente.

PUNTO DE CORTE: 23/24

(Grado de deterioro cognitivo: 19-23 = leve; 14-18 = moderado; <14 = grave)

Anexo N° 05

Mini examen cognoscitivo de Yesavage

	SÍ	NO
1. ¿Está básicamente satisfecho/a con su vida?		
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades y aficiones?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se siente a menudo aburrido/a?		
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?		
6. ¿Tiene miedo de que le ocurra algo malo?		
7. ¿Se siente contento/a la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Se siente a menudo indefenso/a?		
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas de su edad?		
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?		
12. ¿Se siente bastante inútil tal y como está ahora?		
13. ¿Se siente lleno/a de energía?		
14. ¿Piensa que su situación es desesperada?		
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?		

Resultados:
0-5 = Normal;
6-9 = Depresión leve;
10 Depresión establecida.

Anexo N° 06

Criterios de Fried para Fragilidad

	SI	NO
1. Pérdida de peso no intencional		
2. Debilidad muscular		
3. Lenta velocidad para caminar		
4. Agotamiento		
5. Pobre actividad física		

Persona frágil si cumplía por lo menos tres.
Pre-frágil si cumplía uno o dos de ellos.

