

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad:
GERIATRÍA

Tema:
**LA ATENCIÓN DIFERENCIADA
DE SALUD AL ANCIANO**

Dr. Víctor Hugo Carrasco Meza



RESUMEN

La población del mundo está envejeciendo, llevando a fenómenos demográficos desconocidos hasta ahora y por cierto, a necesidades distintas para la atención de salud, del, hasta ahora, sistema imperante.

La Geriatria es la especialidad médica que se dedica a la atención de salud global de las personas mayores, incluyendo aspectos clínicos, mentales, funcionales y sociales. En Chile es una disciplina nueva, con algo más de una década, como especialidad universitaria. Su razón de ser radica en que los ancianos se enferman de una forma diferente, pues las manifestaciones o síntomas de la enfermedad, muchas veces no tienen directa relación con el órgano afectado. Además el proceso patológico puede comprometer la autonomía del paciente, lo que muchas veces modifica significativamente su porvenir y el de su familia. La geriatría, a través de un procedimiento diagnóstico multidimensional y a la consiguiente intervención de un equipo interdisciplinario con distintos niveles asistenciales, ha demostrado mejorar el pronóstico y la calidad de vida de muchos ancianos.

INTRODUCCIÓN

La interrogante muchas veces planteada por colegas de otras especialidades, en relación a por qué debe existir una atención diferente para las personas de edad avanzada a través de una especialidad médica distinta, si hasta ahora, los mayores se han “manejado” perfectamente sin la Geriatria.

A continuación se intentará dar algunas razones que justifiquen y respondan dicha inquietud.

RAZONES DEMOGRÁFICAS

Las Sociedades de países llamados desarrollados vivieron durante las últimas décadas del siglo XX el fenómeno demográfico y social, que hasta entonces nunca había ocurrido en la humanidad: el envejecimiento de la población. La considerable disminución de las tasas de mortalidad infantil, el control de las tasas de fecundidad y mortalidad en todas las edades, generaron la llamada transición demográfica, vale decir, el proceso gradual de envejecimiento. Esta realidad del primer mundo se está manifestando en los países en vías de desarrollo y por cierto, en Chile. Sin embargo el proceso tiene importantes matices, pues la velocidad del cambio ha sido mucho mayor y en un contexto de desigualdad social y de pobreza, lo que está ocasionando un problema de grandes dimensiones socioeconómicas.

La evolución demográfica de Chile ha progresado a un perfil de país desarrollado. La deformación de la pirámide poblacional es cada vez más notoria en nuestra distribución poblacional (Tabla 1). La tasa de natalidad ha experimentado una notable baja hasta situarse en 2002 en el 8,5 por mil. (Tabla 2).

La tasa de mortalidad se encuentra en el 5,3 por mil¹ debido fundamentalmente al progresivo bienestar y progreso social. Por lo tanto el crecimiento natural de la población es del 1%, lo que lo convierte en uno de los países con el crecimiento poblacional más bajo de América Latina junto con Argentina, Cuba y Uruguay. La pirámide de población ha evolucionado consecuentemente desde un perfil piramidal (muchacha población joven y poca población vieja) a un perfil campaniforme con su base

más estrecha, lo que significa un incremento notable de la población adulta con una media de edad por sobre los 30 años. En 2002, la tasa de personas mayores a 60 años fue del 11,4%,² cifra superior al 9,8% de 1992. Las proyecciones indican que en 2010 esta cifra alcance al 13% de la población total.³ En Chile había en 2002 1.717.223 personas de 60 años o más, y se estima que el año 2025 estas personas aumentarán a 3.666.275 y representarán el 20,4% de la población, dicho de otro modo 1/5 de la población será adulto mayor, con todas las consecuencias que esto implica. Se estima que en 2050 la expectativa de vida al nacer superará los 79 años en los hombres y los 85 años en las mujeres (Tabla 3). Además, los mayores de 80 años, se duplicarán en ese período.

Se podría afirmar entonces, que una primera razón que justifica la atención especializada para los ancianos, es que hay y habrá muchas personas de edad avanzada en nuestro país.

RAZONES SANITARIAS

Sin embargo, la razón numérica no es única ni suficiente. Los servicios de salud deben proveer prestaciones de salud a este creciente grupo etareo con los costos que ello implica.

Uno de los estereotipos más extendidos sobre los ancianos es el que hace referencia a los viejos como usuarios excesivos, abusivos, de las prestaciones que el sistema de salud les ofrece. Sin embargo, los ancianos utilizan el sistema sanitario más correctamente⁴ que la población adulta. De hecho, el problema que se encuentra habitualmente en los ancianos es el subtratamiento y el tratamiento inadecuado. Valgan, con afán puramente ilustrativo, algunos ejemplos: sólo una de cada cinco mujeres recibe tratamiento con alguna forma de terapia de sustitución hormonal tras la menopausia⁵ sólo una de cada diez ancianas recibe tratamiento profiláctico con vitamina D y calcio⁶ para prevenir las fracturas, uno de cada tres pacientes mayores de 85 años con dolor⁷ diario por cáncer no recibe tratamiento analgésico alguno, sólo uno de cada dos ancianos diagnosticados de depresión mayor recibe tratamiento antidepresivo^{8,9}, etc.

Respecto a la sobreutilización, es cierto que los ancianos acuden con más frecuencia a las consultas de los médicos e ingresan con más frecuencia en los hospitales que la población adulta, y si es así, la explicación pasa en buena parte, por la falta de capacidad y capacitación del sistema de salud para solucionar sus problemas o encausarlos adecuadamente debido al abordaje tradicional de una atención especializada por cada órgano enfermo, y también es una manifestación de la insuficiencia de alternativas sociales, recreativas y culturales, que permitan ocupar satisfactoriamente el abundante tiempo libre del que muchas veces dispone este grupo de edad. Además hay algo indiscutible, y es que simplemente hay más personas de edad avanzada y es en esta etapa de la vida, donde se acumulan las enfermedades y éstas sufren frecuentes reagudizaciones. En el caso de los ingresos hospitalarios, la tendencia, así como la explicación, es similar: se alcanzan edades más avanzadas y las enfermedades crónicas se tratan mejor. La resultante es que hay más enfermos ancianos y, además, tardan más tiempo en morir, manteniendo durante periodos más prolongados la situación de enfermo, muchos de ellos con una razonable calidad de vida. En un estudio realizado en Gran Bretaña se ha encontrado que más del 50% de los ancianos que viven en el medio comunitario con alguna incapacidad ingresan en un hospital de agudos, casi por regla a un Servicio o Unidad de Geriatria, al menos una vez a lo largo de un periodo de dos años^{10, 11}. Es decir, los enfermos ancianos con enfermedades crónicas se mantienen en el medio comunitario, en sus viviendas, pero utilizando las infraestructuras pensadas inicialmente para enfermos agudos. Esto en ningún caso significa que utilicen incorrectamente los hospitales de agudos, sino que los ancianos con enfermedades crónicas y discapacitantes necesitan de los servicios que se proveen en los

hospitales de agudos con mucha frecuencia al sufrir reagudizaciones o complicaciones de dichos procesos crónicos. Es decir, aunque es cierto que los ancianos usan con más frecuencia los servicios sanitarios, es porque lo necesitan. Por tanto, facilitarles el acceso y la disponibilidad a estos servicios es un imperativo ético de las sociedades modernas. Especialmente si tenemos en consideración que, por primera vez, existen datos que parecen indicar que las tasas de discapacidad están disminuyendo en las sociedades occidentales ^{12,13}, lo que hará aumentar aún más la necesidad de recursos de atención a personas ancianas con enfermedad aguda. Este fenómeno puede deberse a actividades preventivas en etapas precoces de la existencia o al cambio en los estilos de vida hacia hábitos más saludables, pero no puede descartarse que la mejoría en las condiciones de atención sanitaria a los ancianos también haya contribuido a esta disminución observada en las tasas de discapacidad. No es de esperar que cambios en los estilos de vida produzcan cambios en periodos cortos de tiempo, pero sí es posible que lo consigan intervenciones más directas como una asistencia sanitaria más adaptada y dirigida a las necesidades de salud de los ancianos, como la que se ha desarrollado en las tres últimas décadas en Estados Unidos y algunos países europeos como Reino Unido, Italia y España. Es decir, la implementación de Servicios de Geriatria en Hospitales Generales.

Por el contrario, también en la utilización de los servicios de salud, el problema fundamental en los ancianos es la infrutilización y de modo especial en los Sistemas Sanitarios organizados según el modelo del Sistema Nacional de Servicios de Salud chileno.

Buscar soluciones alternativas al abordaje clásico no tiene por qué ser malo sino que, puede incluso ser una necesidad. Además reúnen una característica común: ser, a priori, más baratas. Entre estas alternativas pueden mencionarse la hospitalización a domicilio, la asistencia a domicilio social y de salud, los Centros de Día, los Hospitales de Día, las Residencias de diversos tipos, los Equipos de Soporte y Atención Domiciliaria, etc.

RAZONES BIOMÉDICAS

La Medicina tradicional ha tenido como paradigma de su funcionamiento a lo largo de los dos últimos siglos la curación del paciente, la preservación de la salud y la lucha, o al menos el retraso, de la muerte.

Frente a este paradigma, en la Medicina Geriátrica surge como objetivo primordial el mantenimiento de la función y de la calidad de vida. Parafraseando el manipulado slogan, el paradigma se aleja progresivamente del objetivo de dar años a la vida para acercarse al de dar vida a los años. Este fenómeno es el lógico colofón de dos hechos fundamentales que se han producido en las sociedades desarrolladas y que se producirán en los próximos, pocos, años en el resto del mundo: 1) la expectativa de vida media está ya muy cerca de la máxima expectativa de vida media biológicamente plausible y 2) los modos de enfermar se han modificado.

Como ya señalaron Lohman¹⁴ y colaboradores en un estudio publicado en Nature a principios de la década de los 90, lo que ellos denominaban "años de vida potencialmente ganables" (la diferencia entre la máxima expectativa media de vida y la expectativa media de vida observada) sería en el año 2000 prácticamente de cero. La escasa diferencia hasta el cero se debería al pequeño porcentaje de muertes evitables en edades tempranas (mortalidad perinatal en grandes malformados, enfermedades neoplásicas en la infancia y etapas precoces de la edad adulta, infarto de miocardio en menores de 55-60 años y accidentes). Todas estas causas representan un porcentaje de la mortalidad de poca relevancia en las poblaciones desarrolladas donde, afortunadamente, el grueso

de la mortalidad se produce entre la población anciana. Como señalan los propios autores del trabajo, y llevando el razonamiento a lo absurdo, podremos modificar la causa de la muerte pero no el hecho de la muerte en sí mismo ni retrasar el momento en que ésta se produzca.

Por tanto, si como grupo poblacional hemos alcanzado la máxima potencialidad de vida que la biología nos permite, o nos encontramos muy próximos a ella, no tiene sentido plantear el objetivo de la atención sanitaria dentro del dualismo vida/muerte. Ni, por consiguiente, medir las intervenciones en salud en términos de mortalidad. De este modo, se está dando respuesta, o incluso no-respuesta, a problemas modernos con soluciones que parten de planteamientos antiguos. Pero además, el envejecimiento se acompaña, por definición, de un aumento de la fragilidad biológica, psicológica y social, de una menor capacidad de respuesta a las modificaciones del medio que nos rodea, lo que algunos autores han venido en denominar homeostenosis ^{15, 16}. El envejecimiento se acompaña de una pérdida de la masa ósea que predispone a la osteoporosis y a la fractura de cadera; de una elevación de la presión arterial que predispone a la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares; de la aparición de resistencia periférica a la insulina que junto a otros factores facilita el desarrollo de diabetes; de alteraciones en el sistema inmune que predisponen a padecer infecciones, enfermedades autoinmunes y algunos tipos de tumores, etc. Pero el envejecimiento también se acompaña de pérdidas psicológicas (memoria, fluidez, rapidez mental) y cambios sociales (jubilación, fallecimiento de familiares y amigos, pérdida de las redes de apoyo social) que modulan y condicionan las manifestaciones de la enfermedad y su pronóstico. En general, y con todas las matices, el anciano enfermo plantea tantas peculiaridades que ni los abordajes (procedimientos diagnósticos o terapéuticos) de uso habitual en los adultos no ancianos ni los profesionales (escasamente preparados y entrenados para atenderlos) son capaces de dar respuesta, ni por aproximación, a las necesidades de salud que plantean los ancianos. Lo que compromete aún más el futuro del Sistema de Salud si no se emprenden reformas sustantivas, ya que las proyecciones demográficas preveen que el grupo de población que más va a aumentar en valores absolutos y relativos es el de los llamados muy viejos (mayores de 75-80 años).

A esta mayor complejidad, que obliga a diseñar políticas de prevención y asistencia más globales, se añade otra peculiaridad: la frecuencia con que convergen varios factores de riesgo, varias noxas potenciales y varias enfermedades en el mismo anciano. Es éste otro de los hechos que pone de manifiesto la obsolescencia del modelo de atención planteado por la medicina tradicional. Pierde sentido el abordaje tradicional basado en "un enfermo, un sólo órgano enfermo, una sola enfermedad" que, por ejemplo, propició el nacimiento de gran parte de las especialidades médicas.

Es por ello que dichas especialidades médicas están orientadas hacia un órgano o sistema, mientras que el enfermo moderno, presenta dolencias originadas en varios órganos y sistemas a la vez y cuya evolución y pronóstico vienen condicionados y matizados por factores sociales, funcionales y mentales.

Con ser todo ello relevante, el principal factor diferencial de la enfermedad en el anciano es el impacto que ésta tiene sobre la función. La función se ha convertido en los últimos años en el mejor detector de enfermedad, en el principal factor productivo, y en el principal objetivo terapéutico de la Geriatria. Bien entendido, como ya se apuntó con anterioridad, que aunque la pérdida de la función se origina de manera prioritaria por la conjunción de enfermedades y manifestaciones deletéreas del propio proceso de envejecimiento, viene matizada por condicionantes psicológicos y variables sociales que habrá que considerar en conjunto en cada sujeto.

COMO EVALUAR AL PACIENTE ANCIANO: LA TÉCNICA DE LA GERIATRÍA

La mayor complejidad del paciente anciano hace que su evaluación presente peculiaridades que la diferencian de la evaluación convencional, tradicional del resto de las disciplinas médicas. En lo que el Dr. Salgado Alba¹⁷ ha denominado "diagnóstico cuádruple dinámico", la evaluación debe abarcar cuatro grandes aspectos:

- a) la valoración clínica (biomédica)
- b) la valoración funcional global
- c) la valoración de las funciones mentales, con particular referencia a la cognitivo y afectivo.
- d) la valoración social

Todas ellas habrán de ser cuantificadas en su conjunto por el especialista en Geriatria para trazar un plan diagnóstico y terapéutico en el sentido más amplio del término, plan diagnóstico y terapéutico que tendrá que tomar en consideración los cuatro ejes del diagnóstico con el fin de intervenir sobre los aspectos de cada uno de ellos sobre los que se deba y pueda intervenir. Es por eso que no es concebible el trabajo de un geriatra en soledad profesional. El geriatra es un profesional entrenado para trabajar en equipo, para integrar la información que él mismo es capaz de captar con la que le aportan otros profesionales y para diseñar una estrategia diagnóstica y terapéutica global para el paciente en la que participan activamente y se involucran el resto de profesionales del equipo.

De lo expuesto hasta ahora ha quedado de manifiesto la extraordinaria relevancia que la función tiene en lo relativo a la salud y el bienestar de los ancianos. Este concepto "función", ¿puede cuantificarse? ¿Puede medirse? ¿Puede hacerse abordable por las ciencias experimentales?. Ya hemos hecho mención a que, según S. Katz, la mejora de la calidad de vida es el objetivo en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Es decir, la función puede medirse y los datos obtenidos de esa valoración funcional aportan información relevante desde un punto de vista pronóstico y terapéutico. Estas afirmaciones las realizó su autor a principio de la década de los ochenta, desde entonces han pasado casi treinta años.

Los instrumentos disponibles para medir la función son hoy día muy abundantes pero, como ocurre en otros campos, los más utilizados siguen siendo los que se diseñaron inicialmente y que se comentarán un poco más adelante. Antes de entrar en esta descripción algo más pormenorizada de dichos instrumentos, quizá sea útil una breve explicación respecto a las bases sobre las que dichas escalas de función (especialmente las que miden función global) se confeccionaron. Estas escalas, en un principio, no fueron sino una manera de evaluar las necesidades de ayuda que los pacientes necesitaban. Es decir, se evalúa la función no de manera directa sino a través de las consecuencias que su pérdida comporta: se mide el grado de pérdida de la autonomía, el grado de dependencia.

Esta dependencia puede a su vez afectar a varios niveles de relación de la persona: desde el nivel más básico (que engloba a lo que se ha denominado "autocuidado" y que se refiere a las actividades imprescindibles para el cuidado personal), pasando por un nivel de complejidad intermedio (que engloba las actividades mínimas necesarias para mantener una vida de relación social suficiente) hasta alcanzar el más avanzado o sofisticado (que abarcaría actividades como la realización autónoma de viajes, actividades financieras complejas, etc.). Cada uno de estos niveles se corresponde con las Actividades Básicas (ABVD), Instrumentales (AIVD) y Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD), respectivamente.

Algunos clásicos de la Geriatría han basado en la dependencia o independencia para estas actividades su diseño de la organización de la atención geriátrica. Quizás el más conocido de estos esquemas es el que establece la existencia de círculos concéntricos de actividades que van desde las avanzadas (círculo más externo) a las más básicas (círculo interior). De la dependencia o independencia para estas actividades se derivarían las necesidades de asistencia desde la simple supervisión informal para el círculo externo a la necesidad de cuidados formales para el círculo más interior. Esta concepción gráfica permite además visualizar fácilmente algunos de los errores que se suelen cometer al planificar los cuidados de los ancianos. Por citar sólo algunos de ellos, la tendencia a globalizar las necesidades de los ancianos y a mezclar y confundir en un peligroso totum revolutum lo sanitario y lo social, el cuidado formal con el informal, el anciano sano con el anciano enfermo y a éste con el anciano frágil. Este esquema, pone además énfasis en otro de los conceptos básicos en Geriatría y del que se deriva la necesidad (no la conveniencia o la preferencia, sino la necesidad) de los cuidados continuados y los niveles asistenciales las necesidades de atención no son estáticas sino claramente dinámicas, porque también la dependencia y el grado de la misma (que son quienes finalmente marcan las necesidades), son conceptos dinámicos. Lo que puede ser suficiente para un anciano puede ser claramente insuficiente para otro anciano o para el mismo anciano en otro momento o en otras circunstancias. De ahí la justificación teórica de los cuidados continuados y de los niveles asistenciales en Geriatría y que ha sido ampliamente avalada por la evidencia experimental, como se puede ver en la literatura de primer nivel^{18,19,20,21}.

Una de las propiedades principales de estas Actividades de la Vida Diaria es la relación jerárquica que mantienen entre ellas. Aunque recientemente puesto en duda, aún puede afirmarse que las Actividades de la Vida Diaria se pierden de manera jerárquica. Primero se pierden las avanzadas, luego las instrumentales y, por último, las básicas. Es cierto que en fases de transición puede coexistir la pérdida de alguna actividad básica con la conservación de alguna instrumental, pero esto es la excepción y no la norma y, en cualquier caso, esta situación es transitoria. El hecho de que las actividades guarden una relación jerárquica tiene implicaciones prácticas: ser dependiente para una actividad básica confiere un peor pronóstico que serlo para una instrumental, las necesidades de ayuda serán superiores en aquellos sujetos con dependencia para actividades básicas y si detectamos dependencia en actividades básicas, no tiene ningún sentido evaluar las avanzadas y poco sentido evaluar las instrumentales, con la salvedad antes citada.

Cabe decir que cada uno de estos niveles se estructura alrededor de una serie de actividades concretas y que las distintas escalas que se utilizan para evaluar el grado de dependencia para cada uno de ellos se han validado conteniendo unos ítems concretos.

Como ya se ha repetido, la severidad de la dependencia causada por una enfermedad con un grado concreto de afectación varía en relación con otros componentes que condicionan dicha dependencia y que abarcan desde el grado de aceptación de la enfermedad por parte del paciente hasta la existencia de barreras arquitectónicas. No poder bajar escaleras puede hacer a un anciano, que vive en un tercer piso sin ascensor, dependiente para todas las AIVD y sólo modificar mínimamente su autonomía en algunas de las actividades avanzadas si vive en un primer piso.

En segundo lugar, de manera separada, se efectúa una evaluación de la esfera mental centrada en lo cognitivo y afectivo. ¿Es porque la función mental no interviene en la función global? Más bien es al contrario. De hecho, hay personas con un excelente estado de salud físico pero un mal estado funcional global por una deficiente situación mental (por ej. los enfermos con demencia en estado leve e incluso moderado). Pero también se puede tener una alteración del estado afectivo (por ejemplo un trastorno depresivo de intensidad moderada) sin que se modifique la situación funcional

global. Esta disparidad entre lo mental y lo funcional no se da en el terreno de la función física, donde su afectación sí guarda mayor paralelismo con el nivel de autonomía que puede mantener un sujeto. En caso de que la valoración hubiera de hacerse en lugares especiales (por ej. centros o unidades de rehabilitación) en la que lo físico cobra una mayor relevancia, es claro que habrá de evaluarse de manera separada este aspecto particular de la función global, para lo que también existen escalas específicas

¿Cuáles son los instrumentos de valoración concretos para cada uno de los cuatro ejes que componen el diagnóstico en Geriatria? Siguiendo el mismo orden en que se enunciaron, empezaremos por el diagnóstico clínico. Quizá sea éste, junto a la medición de la función, el componente fundamental de la valoración. Pero, de manera sorprendente, es muy escasa la elaboración teórica y práctica que se ha realizado sobre este aspecto. Son pocas las enfermedades o síndromes para los que existe una gradación cuantificable y reproducible de gravedad y no está muy depurado el significado pronóstico de las mismas. Además, la práctica clínica en el anciano presenta muchas peculiaridades que van desde las técnicas de recogida de la información a la valoración semiológica de los mismos, la repercusión de cada una de las enfermedades sobre los síntomas y la función, la importancia de la yatrogenia etc., que aunque por sí solas justificarían un texto completo, quedan fuera del objetivo de este análisis.

Para la valoración de la función global cabe utilizar dos escalas para las ABVD y una para las AIVD.

Para las ABVD, la más utilizada en el mundo es el Índice de ABVD de Katz²², bien en su versión original o en alguna de sus adaptaciones posteriores, y la Escala de Barthel²³. En el caso de las actividades instrumentales, la escala más extendida es la de Lawton y Brody²⁴.

Para la valoración de la función cognitiva, el cuestionario de más amplio uso es el Minimental de Folstein, validado en Chile, (tabla 4)²⁵ y también el test de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire- SPMSQ) (tabla 5)²⁶, aunque existen otros más especializados, pero que exigen mayor tiempo para pasarlos.

Existen tres versiones (normal y abreviadas, de 30, 15 y 5 preguntas respectivamente) de la escala de Yesavage (tabla 6)²⁷, también conocida como Escala de Depresión Geriátrica o GDS (Geriatric Depression Scale, a no confundir con la escala de Reisberg para la valoración global de deterioro en los pacientes con demencia) que es el principal instrumento de valoración del estado del humor.

Finalmente, la valoración social está menos estructurada, aunque en Chile está teniendo bastante difusión la denominada Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional CASEN, pero no es un instrumento exclusivo de las personas de edad avanzada.

Evidentemente esta breve enumeración de las escalas de uso más frecuente no es en ningún caso exhaustiva, no excluye la utilización de otras escalas en medios concretos o pacientes concretos, ni excluye la evaluación abierta (no estructurada) de los aspectos que se consideren oportunos para una mejor valoración geriátrica integral.

PREGUNTAS

1.- De los cambios relacionados con el envejecimiento poblacional, podemos afirmar:

- a) Predomina el género masculino en este grupo etáreo
- b) Los menores de 15 años serán más que los mayores de 60 el 2050
- c) Las mujeres viven en promedio 5 años más que en los hombres
- d) No hay diferencias sustanciales en la expectativa de vida de ambos géneros
- e) La esperanza de vida al nacer de los hombres será de 85 años el 2050

Respuesta correcta C:

Efectivamente las mujeres viven más que los hombres aproximadamente 5 años, y las mujeres mayores son casi el doble que los hombres de ese grupo etáreo. La esperanza de vida al nacer será de 85 años el 2050 pero para las mujeres, los hombres llegarán a 80 años.

2.- La valoración geriátrica integral contempla dentro de los 4 aspectos relevantes a evaluar a:

- a) Capacidad económica
- b) Situación familiar
- c) Situación laboral
- d) Situación funcional
- e) Capacidad respiratoria

Respuesta correcta: D

Se evalúa la capacidad funcional, la situación económica, familiar y laboral están incluidas dentro de la valoración social, y la capacidad respiratoria, es parte de la evaluación clínica (biomédica).

3.- Dentro de las escalas empleadas para apoyar la valoración geriátrica integral, seleccione la que sirve para medir actividades Básicas de la Vida Diaria

- a) Barthel
- b) Yesavage
- c) Minimental Folstein
- d) Lawton
- e) Tinetti

Respuesta correcta: A

El Índice de Barthel mide capacidad de realizar ABVD. El test de Lawton mide AIVD, El Minimental evalúa función cognitiva, el Yesavage pesquisa trastornos del ánimo y el test de Tinetti mide equilibrio y marcha.

BIBLIOGRAFÍA

1. INE. Anuario de estadísticas vitales 2003, pag. 59.
2. INE. Síntesis censo 2002
3. INE, Anuario de estadísticas vitales 2003.
4. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995, 332: 1338-1344.
5. Qaseem A., Snow V., Shekelle P y cols. Pharmacologic treatment of Low Bone Density or Osteoporosis to prevent Fractures: A clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008;149:404-415.
6. Zhu K, Devine A, Dick IM, Wilson SG, Prince RL Effects of calcium and vitamin D supplementation on hip bone mineral density and calcium-related analyses in elderly ambulatory Australian women: a five-year randomized controlled trial *J Clin Endocrinol Metab.* 2008 Mar;93(3):743-9
7. Muravchick S. Geroanesthesia. Principles for management of the elderly patient. HarcourtBrace 1997
8. García Solano F. Midiendo la prevalencia de la depresión. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36:127-30.
9. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1182-9.
10. Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS) and Resource Implications Study (RIS MRC CFAS). Profile disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *BMJ* 1999; 318: 1108- 1111.
11. Naylor MD, Brosten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 281: 613-620.
12. Altaire SH, LaValley MP, Evans SR, O'Connor GT, Kelly-Hayes M, Meenan RF, Levy D, Felson DT. Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years: The Framingham Heart Study. *Am J Public Health* 1999; 89: 16
13. Fried LP, Guralnik JM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 92-100. 78-1683

14. Lohman PH, Sankaranarayanan K, Ashby J. Choosing the limits to life. *Nature*. 1992 May 21;357(6375):185-6.
15. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(6): 1069.
16. Walter Bradford Cannon. Homeostasis from "The Wisdom of the Body"(1932).
17. Salgado Alba et al. Valoración geriátrica integral: deferencia del perfil de los pacientes de los distintos niveles asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;31:81-90.
18. Ellis G, Langhome P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull* 2005;71:45-49.
19. Parker SG, Fadayevatan R, Lee SD. Acute hospital care for frail older people. *Age Ageing* 2006; 35:551-552.
20. Palmer RM, Counsell SR, Landefeld SC. Acute care for elders unit. Practical considerations for optimizing health outcomes. *Dis Manage Health Outcomes* 2003; 11:507-17.
21. JJ Baztan, FM Suarez-García, J López-Arrieta, L Rodríguez-Mañas, F Rodríguez-Artalejo. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home. And case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009; 338:1-9.
22. Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 721-727
23. Mahoney FI, Barthel D. Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61
24. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1989; 9: 179-183.
25. Pilar Quiroga L, Cecilia Albala B, Gonzalo Klaasen P Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 467-478.
26. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 443-441.
27. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.

TABLA 1

CHILE: Distribución porcentual de la población por sexo, según grupos quinquenales de edad. Censo 2002 y estimada al 2050

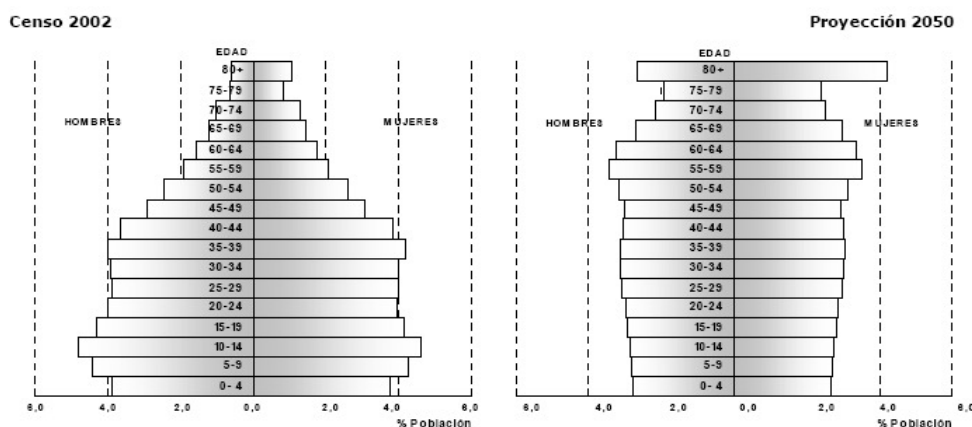


TABLA 2

CHILE: Evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo y la mortalidad infantil observadas, según períodos. 1950-2005

PERÍODO	Esperanza de vida al nacer (en años)			Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)
	Total	Hombres	Mujeres	
1952-1953	54,85	52,95	56,83	120,3
1950-1955	54,80	52,91	56,77	120,3
1955-1960	56,20	53,81	58,69	118,3
1960-1961	57,07	54,35	59,90	117,1
1960-1965	58,05	55,27	60,95	109,0
1965-1970	60,64	57,64	63,75	89,2
1969-1970	61,53	58,50	64,68	82,4
1970-1975	63,57	60,46	66,80	68,6
1975-1980	67,19	63,94	70,57	45,2
1980-1985	70,70	67,38	74,16	23,7
1985-1990	72,68	69,59	75,89	18,4
1991-1992	74,26	71,37	77,27	14,3
1990-1995	74,34	71,45	77,35	14,1
1995-2000	75,71	72,75	78,78	11,5
2001-2002	77,08	74,37	80,40	8,5
2000-2005 ^a	77,74	74,80	80,80	8,0

^a Obtenidas por interpolación entre las tablas 2001-2002 y la tabla límite con esperanzas de vida al nacer de 8: para hombres y mujeres..

TABLA 3

CHILE: Hipótesis de evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo, según quinquenios. 2000-2050

PERÍODO	Esperanza de vida al nacer (en años)		
	Hombres	Mujeres	Diferencial
2000-2005	74,80	80,80	6,00
2005-2010	75,49	81,53	6,04
2010-2015	76,12	82,20	6,08
2015-2020	76,68	82,81	6,13
2020-2025	77,19	83,36	6,17
2025-2030	77,64	83,86	6,22
2030-2035	78,04	84,31	6,27
2035-2040	78,40	84,71	6,31
2040-2045	78,72	85,08	6,36
2045-2050	79,00	85,40	6,40

Tabla 4.- Test Minimental

Mini-Mental State Examination (MMSE)

ORIENTACIÓN

Qué día de la semana es hoy, cuál es la fecha de hoy, en que mes estamos, en que estación del año estamos.		5
Qué dirección es esta, en que país, en que ciudad, cuáles son 2 calles principales cerca de aquí, en que piso		5

REGISTRO

Nombrar tres objetos lentamente.	Árbol, mesa, avión		3
----------------------------------	--------------------	--	---

ATENCIÓN Y CALCULO

Reste 7 a 100, continúe restando 7 hasta que le diga	93	86	79	72	65			5
Ahora voy a decir un número de 5 dígitos, repita los dígitos al revés								

MEMORIA

Cuáles eran los 3 objetos que le pedí recordara	Árbol, mesa, avión		3
---	--------------------	--	---

LENGUAJE

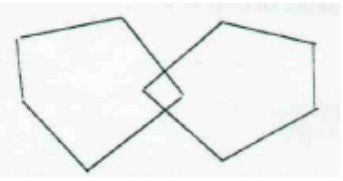
Mostrar un lápiz y un reloj, preguntar sus respectivos nombres		2
Repetir: tres perros en un trigal.		1
Tome el papel con ambas manos, dóblelo por la mitad y colóquelo en sus rodillas		3
Lea y obedezca lo siguiente: -CIERRE LOS OJOS-		1
Escriba una oración.		1
Copie este dibujo		1
		
Puntuación total:		30

Tabla 5.- Cuestionario de Pfeiffer (SMPQ)

¿Cuál es la fecha de hoy?

¿Qué día de la semana es hoy?

¿Cuál es el nombre de este sitio?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Cuál es su dirección? (solo si no tiene teléfono)

¿Qué edad tiene?

¿Cuándo nació?

¿Como se llama el Presidente de Chile?

¿Como se llama el anterior Presidente?

¿Cuál es el primer apellido de su madre?

Reste de tres en tres desde veinte

0-2 errores: normal / 3-4 errores: deterioro leve / 5-7 errores: deterioro moderado / 8-10 errores: deterioro grave

Tabla 6.- Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (GDS - 15)	
Nombre:.....	Edad:.....
Fecha:	
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?.....	SI / <u>NO</u>
2. ¿Ha abandonado usted muchos intereses y actividades?.....	<u>SI</u> / NO
3. ¿Siente usted que su vida esta vacía?.....	<u>SI</u> / NO
4. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido?.....	<u>SI</u> / NO
5. ¿Esta usted de buen humor la mayoría del tiempo?.....	SI / <u>NO</u>
6. ¿Tiene miedo a que le vaya a pasar algo malo?.....	<u>SI</u> / NO
7. ¿Se siente usted feliz la mayoría del tiempo?.....	SI / <u>NO</u>
8. ¿Se siente usted a menudo impotente?.....	<u>SI</u> / NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en el cuarto en vez de salir?.....	<u>SI</u> / NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?.....	<u>SI</u> / NO
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar viviendo?.....	SI / <u>NO</u>
12. ¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos?.....	<u>SI</u> / NO
13. ¿Se siente usted lleno de energía?.....	SI / <u>NO</u>
14. ¿Se siente usted sin esperanza?.....	<u>SI</u> / NO
15. ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?.....	<u>SI</u> / NO
TOTAL subrayados:	

Punto de Corte: 5 respuestas subrayadas sugieren posible presencia de depresión