

**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL:  
¿TIENEN ACCESO A ELLA LOS ADULTOS MAYORES  
INSTITUCIONALIZADOS EN COLOMBIA?  
REFLEXIÓN DESDE LO ENCONTRADO EN UN HOGAR GERIÁTRICO**

\*Miguel Germán Borda<sup>a,b,c,d</sup>, Elly Morros González<sup>a,c,d</sup>,  
Daniela Patiño-Hernández<sup>a,c,d</sup>, Laura Margarita Forero<sup>b,d</sup>,  
Elkin García-Cifuentes<sup>a,c,d</sup>, Diego Andrés Chavarro-Carvajal<sup>a,b,c</sup>

## **Resumen**

El presente artículo de reflexión presenta un estudio transversal descriptivo realizado en un hogar geriátrico de la ciudad de Tunja, Colombia. Se tomaron datos de 64 adultos mayores. Se preguntó sobre el acceso a la valoración geriátrica integral y se evaluaron otras esferas como la nutrición, la cognición, comorbilidades y funcionalidad. Encontramos que ningún adulto mayor de dicho hogar había tenido una valoración geriátrica integral previamente y una gran proporción tenían alteraciones nutricionales, depresión y polifarmacia. Al ser una muestra a conveniencia no se pueden extrapolar los resultados a la población en general. Sin embargo, se generan muchos interrogantes y esto nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de estudios que describan más a fondo esta problemática en todo el país y la necesidad de personal capacitado para afrontar esta situación. Creando la hipótesis desde la experiencia según la cual la falta de implementación de la valoración geriátrica integral (herramienta mundialmente probada como la estrategia estándar para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de síndromes y enfermedades en los adultos mayores) se produce por el gran desconocimiento por parte del sistema de salud y de los prestadores de esos servicios.

## **Palabras clave**

Anciano, Salud pública, Valoración Geriátrica Integral, Servicios de Salud para Ancianos.

a Semillero de Neurociencias y Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

b Unidad de Geriátria, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

c Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

d Grupo estudiantil Young for Age, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

\*Correspondencia: mmborda@gmail.com

## Abstract

The present investigation is a cross-sectional, descriptive study, which was carried out in a nursing home in the city of Tunja, Colombia. Data was collected from 64 older adults who were inquired regarding previous access to comprehensive geriatric assessment; other areas such as nutrition, cognition, comorbidities and functionality were explored as well. Our findings revealed that none of the older adults evaluated had had access to an integral geriatric assessment previously. In many of them, findings suggestive of malnutrition were demonstrated, along with depression and poly-pharmacy. Data was collected through convenience sampling; therefore it cannot be extrapolated to the entire population. However, our findings raise many questions and lead us to deeply reflect on the need for studies describing similar issues at a national and regional level. Additionally, we propose the following hypothesis: The lack of implementation of comprehensive geriatric assessment (widely proved as the best tool for prevention, diagnosis and treatment of syndromes and diseases in older adults) might be due to lack of knowledge and training, which turns into the urge for trained personnel to adequately approach the elderly.

**Keywords:** Aged, Public health, Comprehensive Geriatric Assessment, Health Services for the Aged.

## Introducción

El aumento en la esperanza de vida es un gran logro de la humanidad, convirtiéndose en un fenómeno que plantea grandes retos sociales por el aumento en la prevalencia de patologías crónicas y aparición de discapacidad. Esta última implica también el aumento en el número de hogares geriátricos (HG) o unidades de larga estancia, manejados por personal idóneamente capacitado (1).

Los adultos mayores institucionalizados son una población especialmente en riesgo. Normalmente presentan alto grado de dependencia o algún tipo de problema social (2).

Antes de tomar la decisión de institucionalizar a un adulto mayor, hay que evaluar los riesgos y los beneficios, ya que la institucionalización no es un procedimiento inocuo y acarrea consigo múltiples problemas (3).

El HG estudiado es una institución coordinada por una orden religiosa que acoge a adultos mayores de estrato medio y bajo. El objetivo de este estudio fue evaluar a los residentes de este HG usando la Valoración Geriátrica Integral (VGI), describir los hallazgos y determinar el contacto previo de estas personas con un instrumento similar.

## **Materiales y métodos**

Durante dos días del mes de marzo de 2015 fueron evaluados 64 adultos mayores residentes de un HG de la ciudad de Tunja, Boyacá, Colombia. Las evaluaciones fueron realizadas por tres residentes de Geriátrica, dos médicos generales y seis estudiantes de medicina previamente entrenados y capacitados en interrogatorio y mediciones. Se utilizaron instrumentos de tamizaje para detectar malnutrición, depresión, sarcopenia, alteraciones cognoscitivas, polifarmacia [(más de 4 medicamentos) (4)], caídas en el último año (1 o más) y acceso previo a la VGI con la pregunta ¿alguna vez le han hecho una valoración similar?, tanto al paciente como al cuidador.

### ***Evaluación nutricional***

Se utilizó el instrumento de tamizaje nutricional "Mininutritional Assessment" desarrollado por Nestlé y validado en múltiples países a nivel mundial, con el cual se evalúan hábitos alimentarios, pérdida de peso e índice de masa corporal, categorizando según su puntaje numérico en: normal, riesgo de desnutrición y desnutrición (5), además de medidas antropométricas que no se tendrán en cuenta puntualmente para este estudio.

### ***Evaluación funcional***

Se empleó la escala de Barthel, instrumento creado para evaluar el grado de dependencia en las actividades básicas

de la vida diaria, considerándose como dependencia severa a los pacientes que puntuaron por debajo de 49, leve a moderada entre 50 y 95 e independientes aquellos con puntajes sobre 95.

### ***Evaluación mental***

Depresión. Se usó el instrumento de tamizaje escala de depresión geriátrica de Yesavage, para la detección de síntomas depresivos; un puntaje mayor a 5 era indicativo de depresión (se creó la variable dicótoma así 0-5 normal y 6 o más depresión; incluyendo en esta la depresión leve y la depresión establecida) (6).

Cognición. Se utilizó el mini-Cog como estrategia de tamizaje, instrumento que ha sido validado en múltiples escenarios con un punto de corte para alteración < a 3 (7).

### ***Análisis estadístico***

Se emplearon análisis univariados para valores extremos, distribución normal o no, y descripción de las variables del estudio (medidas de tendencia central). Las variables categóricas/nominales se presentan en frecuencias o porcentajes, mientras las variables continuas se presentan en promedios  $\pm$  desviación estándar.

Los datos fueron recolectados en Microsoft Excel y analizados utilizando el paquete estadístico para MAC SPSS Statistics 22.

## Resultados

El 59.4% de las personas encuestadas eran mujeres, las cuales tenían una media de edad superior a la de los hombres (80.68 vs. 75,8 años), como puede verse en la tabla 1.

El 100% de los pacientes nunca había tenido una VGI previamente.

La valoración nutricional mostró que el 71% de los adultos mayores institucionalizados presentaban riesgo nutricional o malnutrición; el 64,1% tenía polifarmacia, el 23.4% se había caído en el último año, posible alteración cognitiva de 79.9% y 42.2% tenía tamizaje positivo para depresión.

**Tabla 1**

	<b>n (% o DE)</b>
<b>Sexo</b>	
Hombre	26 (40,6)
Mujer	38 (59,4)
<b>Edad media</b>	
Hombre	75,81 (8,42)
Mujer	80,68 (7,19)
Total	78,7 (8,02)
<b>Estado nutricional</b>	
Malnutrición	17 (26,6)
Riesgo de malnutrición	29 (45,3)
Normal	18 (28,1)
<b>Caídas</b>	15 (23,4)
<b>Depresión</b>	27 (42,2)
<b>Alteración cognitiva</b>	51 (79,7)
<b>Número de medicamentos</b>	
<b>Polifarmacia</b>	41 (64,1)
<b>Escala de Barthel</b>	
Dependencia severa	10 (15,6)
Dependencia leve/moderada	33 (51,6)
Independientes	21 (32,8)
<b>VGI previa</b>	0 (0)

MNA: Malnutrición 0-7, Riesgo de malnutrición 8-11 y Normal 12-14. Yesavage: Depresión >5 puntos. Polifarmacia: >4 medicamentos.

## Discusión

Es imperativo organizar un sistema de atención integral centrado en un modelo que priorice las necesidades del adulto mayor. El enfoque del paciente adulto mayor institucionalizado debe ser interdisciplinario, lo que hace necesario abordar un plan de tratamiento, no solo desde un punto de vista clínico, también mental, funcional, social y nutricional.

Encontramos como resultado principal de este estudio descriptivo, que a las personas estudiadas nunca las había valorado un geriatra e incluso tampoco un médico con conocimiento en valoración geriátrica. Lo anterior, y sumado a otras causas, puede reflejar las altas prevalencias de caídas, depresión, polifarmacia, deterioro cognitivo y desnutrición encontradas.

Queremos resaltar como hallazgo -desde el inicio no era objetivo del estudio- que durante la entrevista gran parte de los sujetos refirieron espontáneamente a “la soledad” como el principal motivo por el cual fueron institucionalizados, lo cual es muy llamativo ya que muchos de ellos aún conservaban su funcionalidad. Esto también ha sido descrito en estudios previos realizados en otras regiones del país (2).

Aunque no podemos extrapolar los resultados encontrados en un solo HG para concluir sobre lo que sucede en un país, preocupa que a pesar de que en este hogar se cubrían todas las nece-

sidades básicas de sus huéspedes y ellos eran tratados con dignidad, el servicio médico y las estrategias de prevención y tratamiento de síndromes geriátricos eran muy deficientes. Esto ilustra carencias en la educación y el conocimiento de un sistema de salud, en un tema tan relevante para una sociedad como lo es la medicina del adulto mayor. Lo anterior no es solo evidenciado en este contexto, sino que también lo es en la comunidad (8).

Se ha demostrado en estudios epidemiológicos alrededor del mundo que la VGI y el tratamiento multidimensional en los adultos mayores y, más aún en los institucionalizados, disminuyen de forma significativa la mortalidad y la morbilidad (9, 10). ¿A diferencia de este centro, en la mayoría de unidades de cuidado geriátrico y centros de salud del país la VGI se aplica? En nuestra experiencia tenemos la percepción de que esto no es así (visitas a varios HG en diferentes ciudades, recepción de pacientes remitidos de HG o durante la revisión de historias clínicas). Así pues, en caso de que esto sea cierto ¿estarían todas estas instituciones actuando de forma inadecuada al no brindar este servicio a sus usuarios?

Creemos que no existe ningún tipo de mala intención y mucho menos negligencia; el problema es el gran desconocimiento que tiene el sistema de salud sobre la importancia de la geriatría. Hay un vacío en la educación en pregrado, tanto en enfermería y medicina general como en carreras afines, que no

aporta herramientas a los prestadores de servicios en salud para brindar la atención que los adultos mayores requieren. Además, a todo este panorama se suma otra realidad: la oferta de médicos geriatras es insuficiente con relación a la demanda de la población.

Somos conscientes de que lograr estos cambios de un día para otro es difícil; sin embargo, la solución del problema empieza tomando acción ahora mismo.

### Conclusión

El adulto mayor en condición de institucionalización es propenso a sufrir múltiples eventos adversos entre ellos síndromes geriátricos como caídas, fracturas, infecciones y dependencia, debido a su capacidad disminuida para enfrentarse al diario vivir. La falta de prevención, identificación o el inadecuado tratamiento de estas entidades no solo empeoran la calidad de vida, aumentan las hospitalizaciones, la discapacidad, la demanda de cuidadores, la mortalidad y morbilidad, sino que incrementan significativamente los costos del sistema de salud (10).

Todos los adultos mayores institucionalizados y/o frágiles deben ser valorados, tratados y monitoreados con un sistema multidimensional guiado por una Valoración Geriátrica Integral (11).

Consideramos que se necesitan más estudios que describan a profundidad esta problemática, para conocer cuál es

el personal médico que se encarga de atender o manejar los hogares donde habitan los adultos mayores de nuestro país, además de diferenciar a cuáles de ellos se les debe reconocer como hogares geriátricos según la normativa y cuál es el nivel de conocimiento del recurso humano del que disponen en cuanto al manejo de esta población.

Creemos que es de suma importancia para la sociedad actual la creación de políticas públicas dirigidas sobre todo a mejorar la cobertura y educar al personal de salud en el cuidado de las personas adultas mayores.

### Referencias

1. Lee R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. *Journal of Economic Perspectives*. 2003;17(4):167-90.
2. Estrada Restrepo A, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Chavarriaga Maya L. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Univ Psychol*. 2013;12(1):81-94.
3. Nelida A. Problems of Institutionalization: The Importance of Freedom of Choice. In: Spring, editor. *Journal of Jewish Communal Service Jewish Communal Service Association of North America (JCSA), National Conference of Jewish Communal Service*. 1964. p. 304-6.

4. Cano-Gutiérrez C, Samper-Ternent R, Cabrera J, Rosselli D. [Medication use among older adults in Bogotá, Colombia]. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2016;33(3):419-24.
5. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clinics in geriatric medicine*. 2002;18(4):737-57.
6. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17(1):37-49.
7. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(10):1451-4.
8. Cano. C, Medina. M, Samper-Ternent. R, Borda. M, Chavarro-Carvajal. D, Arciniegas. A. Iluminando las decisiones e intervenciones públicas para la población adulta mayor. Estudio SABE Bogotá. 5° Congreso Panamericano de Gerontología y Geriatria; Cartagena, Colombia 2014.
9. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342(8878):1032-6.
10. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*. 2011;343:d6799.
11. Abellan Van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging*. 2008;12(1):29-37.

