

EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Comprehensive Geriatric Assessment in Patients from a Family Medicine Unit in Mexico City

González Pedraza Avilés A, * Moreno Castillo Y. **

*División de Estudios de Posgrado. Departamento Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). ** Coordinadora Módulo Gerontología Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez". Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Correspondencia:

Mtro. Alberto González Pedraza Avilés A.

Correo electrónico: albamari@correo.unam.mx.

Recibido: 04-07-09

Aceptado: 27-11-09

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de problemas de salud en una población de adultos mayores en una Clínica de Medicina Familiar de la Ciudad de México. **Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo. Del mes de marzo de 2007 a noviembre de 2008, se realizó muestreo por conveniencia en 1454 adultos mayores. Se realizó valoración geriátrica integral a través de los cuestionarios: Índice de Katz; Lawton Brody; Tinetti; Yasavage; Folstein; Modelo Hendrich II; y Perfil de Salud de Nottingham de calidad de vida. Para relacionar las patologías y síndromes con calidad de vida se utilizaron las pruebas U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis, con nivel de significancia de 0.05. **Resultados:** 55.2% presentaron incontinencia urinaria, 57.3% depresión moderada o severa; 12.1% deterioro cognitivo leve; y 30% riesgo de caídas. Se demostró relación estadísticamente significativa entre mala calidad de vida y la mayoría de las patologías o síndromes. **Conclusiones:** La valoración

geriátrica permitió detectar un número importante de patologías, principalmente en lo referente a los síndromes geriátricos, reconociendo un número significativo de casos positivos. Se identificó un importante deterioro en la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Síndromes geriátricos, Calidad de Vida, Funcionalidad.

ABSTRACT

Objective: To determinate prevalence of health problems in an elderly population of the Family Medicine Clinic in Mexico City. **Material and methods:** Descriptive, cross-sectional study. From March 2007 to November 2008, a convenience sample in 1,454 elderly persons. A comprehensive geriatric assessment was carried out by means of the Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, the Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living (ADL) scale; the Tinetti Gait & Balance instrument; the Yasavage Geriatric Depression scale; the Mini-Mental State Examination (MMSE) or the Folstein test; the Hendrich II Fall Risk model, and the Nottingham Health Profile (NHP) quality of life test. To relate the diseases and syndromes with Quality of life (QOL), we used the Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests, with a significance le-

Antecedentes del tema de investigación

La detección de problemas de salud es fundamental en el paciente adulto mayor, ya que se ha descrito que una parte importante de la patología en este grupo etario queda oculta si no se busca de una forma intencionada.

La Valoración Geriátrica Integral mejora los indicadores de calidad de cuidado del adulto mayor, la funcionalidad, impacta en una menor morbi-mortalidad, disminución de las hospitalizaciones, menor uso de medicamentos, y mejora la calidad de vida relacionada con la salud.

vel of 0.05. **Results:** A total of 55.2% had urinary incontinence, 57.3%, moderate or severe depression, 12.1%, mild cognitive impairment, and 30% had risk of falling. It showed a statistically significant relationship between poor QOL and the majority of diseases or syndromes. **Conclusions:** Geriatric assessment detected a significant number of pathologies, particularly with regard to geriatric syndromes, recognizing a significant number of positive cases. We identified important deterioration in the QOL of patients.

Key Words: Geriatric Syndromes, Quality of Life, Functionality.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento progresivo de la población, la supervivencia de personas mayores afectadas por enfermedades crónico degenerativas, el aislamiento social y las enfermedades en fase terminal, plantean la necesidad de incorporar en la práctica clínica de los médicos familiares, técnicas propias de la geriatría¹. Una de estas técnicas, es la valoración geriátrica integral (VGI), su uso inicial se dio en el ámbito hospitalario y geriátrico. Se define como un proceso diagnóstico que abarca múltiples dimensiones y que, con una perspectiva interdisciplinaria, pretende cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan exhaustivo para el tratamiento y seguimiento a largo plazo².

Varios estudios han señalado las ventajas de la VGI, demostrando que mejora los indicadores de calidad de cuidado del adulto mayor, la funcionalidad, menor morbi-mortalidad, disminución de las hospitalizaciones, menor uso de medicamentos, y mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)^{3,4}.

La detección de problemas de salud es fundamental en el paciente adulto mayor, ya que

se ha descrito que una parte importante de la patología en este grupo etario queda oculta si no se busca de una forma intencionada. En las últimas décadas los objetivos sanitarios han pasado de centrarse exclusivamente en la reducción de la morbi-mortalidad a valorar de forma significativa la calidad de vida de los pacientes, definida ésta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la *percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses*⁵. Su medición ha permitido pasar de los indicadores negativos de salud clásicos a otros sobre aspectos subjetivos que se centran en el paciente y su entorno desde una vertiente más positivista. Además, pese a tratarse de un componente subjetivo, la medición de la calidad de vida subjetiva es considerada como un instrumento válido para medir el estado de salud de los pacientes, ya que diversos estudios han permitido relacionar dicha calidad de vida con la utilización de servicios sanitarios, el grado de autonomía y/o institucionalización del paciente e incluso con su supervivencia^{6,7}. El objetivo del presente estudio fue identificar a través de la VGI, las principales patologías y síndromes presentes en los adultos mayores y asociarlos a la CVRS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población: Entre los meses de marzo de 2007 y noviembre de 2008, se realizó un estudio transversal descriptivo, con un muestreo por conveniencia de 1454 pacientes que acudieron a consulta por diversas causas al módulo gerontológico de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Se solicitó firma de consentimiento informado, se excluyeron los que presentaron patologías o discapacidades que impidiesen su inclusión en el estudio. A excepción del cuestionario de calidad de vida que es auto administrado, los demás

cuestionarios de la VGI fueron aplicados por el personal del módulo, previamente capacitado, identificando la presencia de:

- Alteración en la funcionalidad, medida a través de: actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz), actividades instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton-Brody), alteraciones de la marcha y equilibrio (Tinetti).
- Alteraciones afectivas; depresión (escala de Yesavage), y deterioro cognitivo (mini examen del estado mental de Folstein).
- Riesgo de caídas (modelo de Hendrich II), y diagnóstico de caídas.
- Diagnóstico de incontinencia.
- CVRS (Perfil de Salud de Nottingham, PSN).

El diagnóstico de las principales patologías crónico-degenerativas, diabetes mellitus tipo 2, (DM2), hipertensión arterial (HTA), osteoartritis, sobrepeso-obesidad, y enfermedad cardio-vascular (ECV) se obtuvo de la historia clínica de los pacientes.

Para las variables numéricas, se realizó estadística descriptiva a través de tablas de frecuencias, así como el cálculo de la media o promedio aritmético \pm una desviación estándar. Para relacionar las patologías y los síndromes geriátricos con la calidad y la salud, se utilizaron las pruebas de U de Mann Whitney y Kruskal Wallis, con nivel de significancia de 0.05. Debido que aun cuando el nivel de medición de la variable dependiente (dimensiones del PSN) es escalar, no mostró distribución normal, medida por la prueba de Kolmogorov Smirnov y que no fue posible transformar los datos. Se utilizó para este fin, el programa SPSS versión 12.

El trabajo se apegó íntegramente a las leyes y declaraciones tanto nacionales como internacionales para la investigación en seres humanos, y fue presentado para su aprobación en el Comité de Investigación y Ética de la Clínica, obteniendo el registro No 273:2006

del Departamento de Investigación de la Dirección General Médica del ISSSTE, y el Número de registro 11-2007 de la Coordinación de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

RESULTADOS

Los integrantes del estudio presentaron un promedio de edad de 72.46 años \pm 8.06 y un rango de 38 años (60-98). Las características de la población se presentan en el Cuadro I.

Patologías crónico degenerativas que con mayor frecuencia se presentaron: HTA, en 55% de los pacientes, obesidad con 32%, DM2, con 31.7% de casos positivos, y osteoartritis con 27%, además de encontrarse una asociación entre HTA y DM2 del 19.7%. Entre los síndromes geriátricos, el mayor número de casos positivos se presentó en tres de los cuatro denominados gigantes de la geriatría, esto es; incontinencia urinaria, depresión moderada, y riesgo de caídas. Los resultados se presentan en el Cuadro II.

En referencia a la CVRS, los resultados de media, mediana y desviación estándar de las diferentes dimensiones del Perfil de Salud de Nottingham se presentan en el cuadro III, aceptando que entre más alto sea el valor, peor será la calidad de vida.

Al relacionar la CVRS con las variables sociodemográficas se encontró asociación prácticamente con todas las dimensiones del cuestionario. Cuadro IV.

Al relacionar la CVRS con las patologías crónico degenerativas, se encontró asociación estadística significativa entre una peor calidad de vida y la presencia de DM2 y osteoartritis, para las seis dimensiones del PSN, y para obesidad, enfermedad cardio vascular e HTA en cuatro dimensiones. Cuadro V.

Aportaciones de esta investigación

En términos generales, encontramos asociación entre la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas y una menor percepción en la calidad de vida de los pacientes.

Los resultados obtenidos en este trabajo remarcen la importancia del diagnóstico oportuno de estos síndromes geriátricos por el médico de familia. En este grupo de pacientes, la intervención no está enfocada necesariamente a la "curación de las enfermedades", sino a impactar integralmente sobre aquellos síndromes que pueden afectar su calidad de vida.

CUADRO I
Características de la población de estudio

VARIABLE	Nº	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Sexo			
Masculino	322	22.1%	22.1%
Femenino	1132	77.9%	100.0%
Edad			
60 a 70 años	624	42.9%	42.9%
71 a 80 años	544	37.4%	80.3%
81 o más años	286	19.7%	100.0%
Ocupación			
Ama de casa	784	53.9%	53.9%
Empleado	167	11.5%	65.4%
Técnico	112	7.7%	73.1%
Profesional	13	0.9%	74.0%
Pensionado o Jubilado	378	26.0%	100.0%
Escolaridad			
Hasta 6 años	625	43.0%	43.0%
Hasta 9 años	279	19.2%	62.2
Hasta 12 años	323	22.2%	84.3
13 años o más	227	15.7%	100.0%

CUADRO II
Prevalencia de síndromes geriátricos

SÍNDROME	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alteraciones afectivas		
Depresión		
Sin depresión	621	42.7%
Depresión moderada	526	36.2%
Depresión severa	307	21.1%
Deterioro cognitivo		
Si	176	12.1%
No	1278	87.9%
Funcionalidad		
Actividades básicas vida diaria		
Normal o muy levemente incapacitado	1157	79.6%
Leve o moderadamente incapacitado	283	19.5%
Severamente incapacitado o invalido	14	0.9%
Actividades instrumentales vida diaria		
Independiente	995	68.4%
Dependiente	233	16.0%
Deterioro	226	15.6%
Equilibrio y marcha		
Riesgo alto	182	12.5%
Riesgo medio	356	24.5%
Incontinencia		
Si	803	55.2%
Riesgo de Caídas		
Riesgo alto	435	30%

CUADRO III
Resultados de las diferentes dimensiones Del Perfil de Salud de Nottingham de Calidad de Vida

	Calificación Energía	Calificación Dolor	Calificación Sueño	Calificación Aislamiento Social	Calificación Reacciones Emocionales	Calificación Movilidad
Media	29.64	32.55	36.94	19.36	30.01	29.41
Mediana	0.00	25.00	40.00	0.00	22.22	25.00
Desviación estándar	36.37	29.96	31.43	26.33	29.01	26.02

Con respecto a los síndromes geriátricos, se presentó asociación entre peor calidad de vida y la presencia de deterioro cognitivo leve y depresión en todas las dimensiones del PSN, y para riesgo de caídas e incontinencia, en cinco de las seis. Cuadro VI.

Con respecto a las escalas que miden funcionalidad, se encontró asociación con significancia

estadística entre las seis dimensiones y las actividades básicas de la vida diaria, mientras que para equilibrio y marcha sólo fueron dos. Cuadro VII.

DISCUSIÓN

La VGI utiliza instrumentos preferentemente validados para investigar la existencia de posibles problemas de salud no detectados

CUADRO IV
Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y las variables socio demográficas de estudio

VARIABLE	ENERGÍA	DOLOR	SUEÑO	AISLAMIENTO SOCIAL	REACCIONES EMOCIONALES	MOVILIDAD
Género						
Masculino	575.87	533.68	582.29	594.08	565.92	561.84
Femenino	678.24	690.29	676.41	673.04	681.08	682.25
VS*	.000	.000	.000	.001	.000	.000
Edad						
60 a 70 años	627.39	639.70	656.23	653.34	666.81	600.05
71 a 80 años	632.41	653.55	645.70	634.07	631.34	644.71
81 o más años	755.33	688.50	667.42	695.73	671.63	791.46
VS	.000	.219	.740	.069	.219	.000
Ocupación						
Ama de casa	459.35	486.67	464.15	464.91	470.60	482.25
Empleado	427.77	393.39	401.60	439.07	458.52	411.07
Técnico	474.96	423.71	442.29	416.68	408.96	446.22
Profesional	292.63	306.19	326.44	339.44	380.13	351.88
Jubilado	403.87	377.12	413.98	403.02	383.51	370.21
VS	.009	.000	.026	.009	.000	.000
Escolaridad						
Primaria	416.23	412.78	397.92	420.10	411.14	405.13
Secundaria	376.78	377.23	354.18	382.49	370.48	377.52
Preparatoria	344.14	369.23	382.41	357.60	380.82	378.10
Profesional	329.58	302.98	353.12	293.04	299.39	310.94
VS	.000	.000	.099	.000	.000	.001

Los valores referidos corresponden a los rangos promedio determinados por las pruebas de U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis.

*VS = Valor de significancia.

CUADRO V
Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la presencia de enfermedades crónico degenerativas

VARIABLE	ENERGÍA	DOLOR	SUEÑO	AISLAMIENTO SOCIAL	REACCIONES EMOCIONALES	MOVILIDAD
Diabetes mellitus²						
Si	527.82	519.76	502.11	525.33	524.53	523.60
No	450.06	453.75	461.84	451.20	451.56	451.99
VS*	.000	.000	.032	.000	.000	.000
Hipertensión arterial						
Si	494.04	499.55	502.42	481.35	487.28	491.41
No	450.86	444.20	440.72	466.21	459.04	454.04
VS	.008	.002	.000	.353	.110	.034
Enfermedad cardio-vascular						
Si	241.96	217.13	249.35	216.98	241.73	233.40
No	195.15	199.41	193.88	199.43	195.19	196.61
VS	.002	.273	.001	.223	.004	.022
Osteoartrosis						
Si	297.36	330.54	287.83	287.31	288.09	307.87
No	246.20	233.94	249.72	249.91	249.62	242.32
VS	.000	.000	.009	.006	.009	.000
Índice masa corporal						
Hasta 24.9	435.08	424.48	444.72	448.72	438.74	429.29
De 25 a 29.9	430.52	434.37	444.40	429.54	430.76	422.4
30.0 o más	470.91	490.63	459.24	477.60	484.09	504.33
VS	.042	.005	.727	.050	.024	.000

*VS = Valor de significancia
Los valores referidos corresponden a los rangos promedio determinados por las pruebas de U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis.

previamente, con la finalidad de establecer un plan terapéutico que permita mejorar la atención del paciente. Diversos estudios ^{8,9} han permitido demostrar las ventajas que ofrece, tales como:

- incremento en la sensibilidad diagnóstica
- mayor adecuación en la selección del tratamiento
- aumento en la capacidad de predicción diagnóstica
- mejora de los resultados objetivos en la atención del paciente

La detección de problemas de salud es fundamental en el paciente anciano para poder clarificar las actuaciones en la consulta, evitando consultas repetidas e inútiles y complicaciones clínicas evitables.

El presente estudio presenta las limitaciones propias de un estudio transversal descriptivo,

principalmente en lo concerniente a la relación causa efecto, la cual no siempre es verificable debido a la temporalidad de la asociación. En relación con los padecimientos crónico-degenerativos, existe similitud entre los resultados obtenidos en este estudio y los reportados por los diferentes autores, ubicando la HTA como la de mayor prevalencia, 55% en este estudio, un tanto por debajo del 61% de Díaz⁸ 60.2% de Mann,³ y 71.5% de Corrales,⁹ pero arriba del 43.6% reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, para el Distrito Federal, en este grupo etario.¹⁰ Los tres estudios mencionados, al igual que el aquí presentado se realizaron en pacientes que asistieron a clínicas o centros hospitalarios, a diferencia de la ENSANUT, lo que podría explicar las diferencias.

En la mayoría de los estudios, la obesidad se reporta como la segunda más prevalen-

CUADRO VI Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la presencia de síndromes geriátricos						
VARIABLE	ENERGÍA	DOLOR	SUEÑO	AISLAMIENTO SOCIAL	REACCIONES EMOCIONALES	MOVILIDAD
Riesgo de caídas						
Si	86.23	86.20	81.76	95.41	88.82	88.78
No	70.90	70.91	72.82	66.97	69.79	69.79
VS*	.035	.046	.236	.000	.013	.013
Depresión						
Normal	73.08	74.28	72.81	69.40	60.73	79.03
Moderada	115.71	115.22	121.71	121.91	127.49	115.29
Severa	141.88	140.20	132.04	132.04	147.57	129.99
VS	.006	.011	.001	.000	.001	.003
Deterioro Cognitivo						
Si	88.80	88.82	93.12	95.40	90.12	90.41
No	70.79	72.72	67.95	67.98	64.85	61.57
VS	.006	.011	.001	.000	.001	.003
Incontinencia						
Si	94.91	89.65	79.67	92.23	91.47	88.76
No	65.47	62.45	71.73	69.57	67.54	69.75
VS	.000	.000	.089	.001	.000	.002
*VS = Valor de significancia Los valores referidos corresponden a los rangos promedio determinados por las pruebas de U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis.						

CUADRO VII Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la funcionalidad						
VARIABLE	ENERGÍA	DOLOR	SUEÑO	AISLAMIENTO SOCIAL	REACCIONES EMOCIONALES	MOVILIDAD
ABVD**						
6 y 5	155.19	151.37	165.61	161.51	157.52	148.10
4 y 3	201.97	217.62	158.81	176.23	195.48	229.53
2 a 0	291.67	292.67	298.17	286.83	225.83	325.33
VS*	.000	.000	.040	.021	.008	.000
AIVD***						
Independiente	98.44	104.48	105.98	104.84	107.13	90.54
Dependiente	137.00	150.67	123.81	129.26	125.51	159.17
Deterioro	152.36	111.76	132.77	132.16	125.96	164.33
VS	.000	.001	.043	.005	.129	.000
Equilibrio/Marcha						
Riesgo alto	235.40	214.53	193.35	194.53	202.06	266.30
Riesgo medio	188.10	193.47	206.66	190.58	194.22	205.99
Sin riesgo	178.52	180.58	179.66	185.69	182.78	165.39
VS	.002	.119	.109	.810	.429	.000
*VS = Valor de significancia ** Actividades básicas de la vida diaria *** Actividades instrumentales de la vida diaria Los valores referidos corresponden a los rangos promedio determinados por la prueba de Kruskal-Wallis.						

te, con datos como el 32% obtenido en este trabajo, mismo resultado que el referido por Díaz⁸ y por Ogden¹¹ quienes obtuvieron 32.2% de obesidad en adultos, y ligeramente superior al 30.8% (34.5% en mujeres y 24.2% en hombres) reportado en la ENSANUT 2006.¹⁰ La tercer enfermedad crónica de mayor prevalencia fue la DM2, con 31.7%, dato superior al 18.6% reportado por Mann,³ 17% de Díaz⁸ e incluso al 26.7% reportado en la ENSANUT 2006 para el Distrito Federal¹⁰.

En México, los cambios sociales y en el estilo de vida han favorecido el aumento de las enfermedades crónicas. Su prevalencia se ha incrementado de manera importante en los últimos años. Comparando con lo reportado en la ENSA 2000, el Distrito Federal presentó incrementos en las prevalencias de los diagnósticos médicos de estas enfermedades: 30.9% de incremento para diabetes, 29.9% para hipertensión arterial y 21.6% para obesidad.¹⁰

El impacto que estas enfermedades tienen no sólo en la mortalidad sino en la morbilidad y calidad de vida representa una enorme carga tanto para el individuo y su familia como para el sistema de salud y la sociedad en general. Por lo que respecta a los síndromes geriátricos, y en particular los referentes a la salud mental del paciente, se ha observado la influencia de los estados depresivos en el incremento de las cargas de trabajo en las consultas de atención primaria.¹ En este estudio se tuvo una prevalencia de 21.1% con depresión severa, 36.2% con moderada, y 12.1% con deterioro cognitivo, Mann³ reporta 29.8% para depresión y 55.2% para deterioro cognitivo, Díaz⁸ 11% y 31% respectivamente, y Corrales⁹ 13.5% y 5.3%. Brotons¹² reportó 26.1% con depresión, García¹³ 32.6% con deterioro cognitivo, y López Pavón¹ 16.7% con el mismo padecimiento. Es claro que existen diferencias en los reportes de los diferentes autores, lo que bien pudiera estar dado por

el tipo de población de estudio, y/o por el método diagnóstico utilizado, lo que ya ha sido puesto de manifiesto por otros investigadores,^{1,14} pero más claro resulta que los porcentajes de prevalencia para todos los casos resultan por demás significativos, lo que hace relevante el papel de la VGI, que favorece la búsqueda intencionada de estos síndromes. El rol que cumple la depresión en los adultos mayores es controvertido. Algunos investigadores aseguran que lleva a una tasa mayor de mortalidad a corto plazo (3 a 5 años).¹⁵

Un parámetro que define de manera importante el estado de salud del adulto mayor, es su funcionalidad física e independencia para realizar actividades diarias, y que se debe entender como una meta principal a lograr por los equipos de salud. En este estudio, tuvimos 31.6% de pacientes con algún grado de deterioro para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria y 37% con problemas en el equilibrio y marcha. Valero¹⁶ refiere 25.7% en sus pacientes con deterioro en funcionalidad, Díaz⁸ reporta 45% de adultos mayores con dependencia parcial o total en sus actividades instrumentales, y A García y col,¹³ mencionan que más del 50% de sus pacientes presentan dificultades para realizar dichas actividades. La importancia del diagnóstico oportuno resulta vital, ya que la discapacidad de alguna de estas actividades puede evolucionar en el futuro hacia un mayor deterioro y dependencia, incluso para las ABVD. En cuanto a la atención médica que pudieran precisar estos pacientes, resulta decisiva la realización de la valoración geriátrica integral de manera periódica, porque el conocimiento de la situación funcional de los ancianos será el paso previo a la instauración de ayuda y provisión de cuidados. En relación al síndrome de caídas, de estrecha relación con el anterior, se tuvo una prevalencia de 30% de pacientes con diagnóstico de caídas y el mismo porcentaje para riesgo, Valero¹⁶ refiere 43.5% de adultos mayores con este diagnóstico, Brotons¹² 42%, Corra-

les⁹ 20.2%, y López Pavón¹ 20.6% pero de riesgo de caídas.

Las caídas, son por su incidencia y gravedad, un problema de salud pública importante, porque afecta la calidad de vida de las personas, además de provocar un aumento en la dependencia y necesidad de ayuda.

Con respecto a la incontinencia urinaria, se tuvo el porcentaje de prevalencia más alto de toda la diagnóstica realizada (55%), porcentaje superior al 42% reportado por Brotons¹² 37.1% de Valero¹⁶ y 30.7% de Corrales⁹.

En términos generales, encontramos asociación entre la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas y una menor percepción en la calidad de vida de los pacientes, Casado⁵ encontró asociación con la osteoartritis en las dimensiones de movilidad y dolor, Lam¹⁷ también reporta la misma asociación, pero en la dimensión de energía y las relacionadas con las actividades físicas. Franzén¹⁸ asocia DM2 con mala calidad de vida autopercibida en la mayoría de las dimensiones, Lam¹⁷ las relacionan pero a sentimientos y actividad social. Nuestro equipo en un estudio previo,¹⁹ asociamos obesidad con mala calidad de vida en las dimensiones de energía, dolor y movilidad. Fontaine²⁰ la asoció en las dimensiones de actividad física, social y funcional, y Sach²¹ refiere que la obesidad afecta movilidad y dolor.

También para síndromes geriátricos encontramos asociación con peor calidad de vida auto percibida, para prácticamente todas las dimensiones del PSN. Lam¹⁷ asocia depresión a actividad física, sentimientos y actividad

social, resultando el síndrome con mayor afectación, igual a lo encontrado en este estudio. Iglesias²² asocia caídas a peor calidad de vida, al igual que Fjeldstad²³ y Tozum²⁴ asocian incontinencia urinaria en todas las dimensiones del cuestionario SF-36, de calidad de vida. Tanto para la presencia de patologías como de síndromes geriátricos, en las dos dimensiones del Perfil de Salud que mayormente asocian a funcionalidad (energía y movilidad) se encontró relación con significancia estadística con una peor calidad de vida auto percibida para todos los casos, situación que se corrobora al analizar la relación de los resultados de los cuestionarios de funcionalidad y calidad de vida.

CONCLUSIONES

Internacionalmente se acepta que existen cuatro síndromes geriátricos que con frecuencia no son diagnosticados en las clínicas de primer nivel de atención médica, estos son los llamados “gigantes de la geriatría”:

- demencias o problemas de salud mental,
- inmovilidad
- caídas
- incontinencia urinaria

los resultados obtenidos en este trabajo remarcan la importancia del diagnóstico oportuno de estos síndromes geriátricos por el médico de familia a través de la VGI, para prevenir las complicaciones que de ellos se derivan. En este grupo, en donde la intervención no está enfocada necesariamente a la cura de las enfermedades, se hace fundamental incidir sobre aquellos síndromes que pueden afectar su calidad de vida.

Referencias

1. López-Pavón I, Roset-Bartrolí M, Iglesias-Pérez B, González-Gil L, Rodríguez-Molinet P, Fuentes-Parrón M. Aplicación de un protocolo de valoración geriátrica en atención primaria: comparación con los datos de la historia clínica. *Aten Primaria* 2000; 25(9): 630-633.
2. Gil de Gómez-Barragán MJ, Ramalle-Gómora E. Efectividad de la valoración geriátrica comprensiva en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32(2): 92-100.
3. Mann E, Koller M, Mann CH, van der cammen T, Steurer J. Comprehensive geriatric assessment (CGA) in general practice: results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. *BMG Geriatrics* 2004; 4:4. Fecha de consulta 18 de mayo 2009. Disponible en <http://biomedcentral.com/147-2318/4/4>
4. Soejono CH. The impact of "comprehensive geriatric assessment (CGA)" implementation on the effectiveness and cost (CEA) of healthcare in an acute geriatric Ward. *Act Med Indones* 2008; 40(1): 3-10.
5. Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28(3): 167-173.
6. Muszalił M, Kedziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Functional assessment and health-related quality of life (HRQOL) of elderly patients on the basis of the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT)-F questionnaire. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49(3):404-8.
7. Undén AL, Elofsson S, Andréasson A, Hilner E, Eriksson I, Brismar K. Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. *Gend Med* 2008; 5(2): 162-180.
8. Díaz TV, Díaz TI, Rojas CG, Novogrodsky RD. Evaluación geriátrica en atención primaria. *Rev Med Chile* 2003; 131: 895-901.
9. Corrales D, Palomo L, Margariño Bravo MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, Merchan V. Capacidad funcional y problemas socio asistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria* 2004; 33(8): 426-433.
10. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Fecha de consulta 17 de mayo 2009. Disponible en <http://www.insp.mx/ensanut/>.
11. Ogden C, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States 1999-2004. *JAMA* 2006; 295 (13): 1549-1555.
12. Brotons C, Monteserín R, Martínez M, Sellarés A, Baulies A, Fornasini M. Evaluación de la efectividad de un instrumento para identificar problemas sociales y sanitarios en la población anciana adscrita a un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(6): 317-323.
13. García-Ameijeiras C, Roigé-Cortadellas T, Elías-Aldosa T, Viñas-Folch P. Utilidad de un instrumento de valoración gerontológica multidisciplinar en la asignación de recursos socio sanitarios. *Aten Primaria* 1997; 20(9): 506-510.
14. González MJ, Escrivá R, Vinyoles E, Espel C, Davins J, Borell M. Estimación de la prevalencia de deterioro cognitivo según test usado. *Aten Primaria* 1997; 26: 245-246.
15. Ganguli M, Dodge HH, Mulsant BH. Rates and predictors of mortality in an aging, rural, community-based cohort: the role of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(11): 1046-1052.
16. Valero C, Regalado PJ, González MJ, Alarcón AM, Salgado A. Valoración geriátrica integral: diferencias en el perfil de los pacientes de los distintos niveles asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33(2): 81-90.
17. Lam CL, Lauder IJ. The impact of chronic disease on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Fam Practice* 2000; 17(2): 159-166.

-
18. Franzén K, Saveman BI, Blomqvist K. Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6(2): 112-120.
19. González Pedraza AA, Moreno CY, Medina ZL, Valdez RF. Asociación entre índice de masa corporal y calidad de vida relacionada con la salud en una Clínica de Medicina Familiar. *Rev Endoc Nut* 2008; 16(4): 144-152.
20. Fontaine KR, Cheskin L, Barofsky I. Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *J Fam Pract* 1996; 43: 265-270.
21. Sach TH, Barton GR, Doherty M, Muir KR, Jenkinson C, Avery AJ. The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQoL VAS and SF-6D. *Int J Obes (Lond)*. 2007 31(1): 189-196.
22. Iglesias CP, Manca A, Torgerson DJ. The health-related quality of life and cost implications of falls in elderly women. *Osteoporos Int* 2009; 20(6): 869-78.
23. Fjeldstad C, Fjeldstad AS, Acree LS, Nickel KJ, Gardner AW. The influence of obesity on falls and quality of life. *Dyn Med* 2008; 7: 4.
24. Tozum M, Ayranci U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in semirural area of Western Turkey. *Gynecol Obstet Invest*. 2009; 67(4): 241-249.
-