

11274

4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"

**CARACTERISTICAS CLINIMETRICAS EN ANCIANOS
EVALUADOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ
DE GERIATRIA**

(DURANTE SEPTIEMBRE 1995-SEPTIEMBRE 1997)

T E S I S

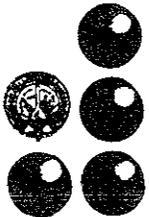
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN GERIATRIA

P R E S E N T A :

DRA. LUCINA SANCHEZ RAMIREZ

ASESOR DE TESIS: DR. LUIS M. GUTIERREZ ROBLEDO





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE FIRMAS



INCMNSZ
INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"DR. SALVADOR ZUBIRAN"
DIRECCION DE ENSEÑANZA
México, D.F.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

SECRETARIA DE EDUCACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DEDICATORIAS

Ahora que he concluido una etapa de mi formación como Médico Geriatra, me doy cuenta que no estoy sola, que nunca lo he estado, siempre hubo personas que contribuyeron a que mi formación fuera completa, por lo que agradezco profundamente a todas ellas por su valiosa ayuda.

Es por esto, que dedico el presente informe a :

Ustedes que me dieron sus consejos
Y nunca me abandonaron;

Ustedes que me tendieron su mano
Cuando la necesité;

Ustedes que fueron y son mi fortaleza,
Hoy y siempre;

Ustedes que me guiaron y que,
Espero lo sigan haciendo;

Ustedes que constituyen mi más puro ejemplo,
Mi sendero, mi ideal;

A ustedes que simplemente,
Me dieron la vida:

Mis padres:
Sr. Eduardo Sánchez Ramírez
Sra. Juana Ramírez Ramírez

Mis hermanos:
Male, Manuel, Mago, Chabe, Jose.

Mis amigos:
Dulce, Lety, Meche, Rita, Mónica.

A TI:

Que al dedicarme tu tiempo, brindarme tu cariño y comprensión, transmitirme tus múltiples conocimientos, lograste hacer de mí una médico con deseos de superación, una profesionista feliz de haber sido tu alumna y con deseos de colocar tu nombre muy en alto.

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRCION
" SALVADOR ZUBIRÁN"**

Muy especialmente a ustedes:

Dr. Luis M. Gutiérrez Robledo.

Dr. Juan J. Morales Virgen.

Dr. Jorge A. Reyes Guerrero.

ÍNDICE

TITULO	PAGINA
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS	14
MATERIAL Y METODOS	15
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	20
TABLAS Y GRAFICOS	22
ANEXOS	33
BIBLIOGRAFIA	39

INTRODUCCION

Desde tiempos remotos algunas personas han vivido hasta edad avanzada, pero sólo habían constituido una pequeña proporción de la población. En cambio, en la actualidad, la disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad infantil, el control de las enfermedades transmisibles y los progresos de la nutrición y de los niveles de vida han provocado un aumento en la esperanza de vida, condicionando esto un aumento tanto en la cantidad como en la proporción de ancianos, pudiéndose observar hasta cierto punto en la mayoría de los países. Lo que ha favorecido considerables problemas sociales, políticos y económicos; ya que los ancianos tienen su propia estructura demográfica, sus propios índices de mortalidad y sus problemas específicos de patología, incapacidad y necesidad de apoyo.

Algunas de las características de la enfermedad en el anciano son: polipatología que interactúa con el proceso normal del envejecimiento, presentación inespecífica, rápido deterioro si no se implementa el manejo, alta incidencia de complicaciones secundarias a la enfermedad y tratamiento, así como necesidad imperiosa de rehabilitación precoz. Por lo que una buena evaluación del anciano debe de valorar su estado funcional, físico, mental y social.

De ahí la necesidad de saber las características de la población que se está atendiendo en la clínica de Geriatría, para de esta forma obtener un perfil de la misma y las necesidades a futuro para poder proporcionar una atención de mayor calidad.

ANTECEDENTES

HISTORIA

La duración promedio de vida ha aumentado con el paso de los siglos, ya que las condiciones de vida han mejorado y la mortalidad infantil ha decrecido; pero la esperanza máxima de vida de nuestra especie está fuertemente determinada por sus genes y será siempre la misma.

El envejecimiento es un proceso natural y acumulativo que afecta a todos los individuos sin distinción, el cual siempre ha provocado considerable interés. Según Kohn (1971), debemos las primeras hipótesis sobre el envejecimiento a Aristóteles, que no sólo comentó las diferencias en la longevidad de los distintos organismos, sino que también dedicó su atención a los aspectos somáticos del envejecimiento

Durante los siglos XVIII y XIX algunos médicos escribieron específicamente acerca de las enfermedades de la tercera edad y su tratamiento, entre ellos Cheyne y Day en el Reino Unido y Rush en los Estados Unidos. Las aportaciones realizadas por Charcot en 1881 sobre la medicina de la vejez despertaron interés científico en dicho campo.

La palabra "geriatria" fue descrita por Ignatz L. Nascher, en 1909, la iniciativa de Nascher ofreció estímulo para la investigación social y biológica sobre el envejecimiento. La Dra. Marjory Warrenen realizó dos estudios clásicos en 1943 y 1946e los que defendió la creación de una especialidad médica en geriatria, la disposición de unidades geriátricas especiales en los hospitales generales y la enseñanza a los estudiantes de medicina acerca de la importancia del cuidado de los ancianos por médicos con experiencia y especializados en geriatría

Entre 1960 y 1970, favorecidos por el crecimiento de la medicina geriátrica, los servicios especializados fueron desarrollados en todos los distritos del Reino Unido; la base académica de la especialidad había sido también establecida. ⁽¹⁾

En la mayoría de los países la medicina geriátrica aún tiene que desarrollarse, dado el continuo envejecimiento de la población y la demanda cada vez mayor de médicos con especialidades

basadas en órganos, parece probable que los médicos dedicados a la medicina general y geriátrica jugarán un papel preponderante en los servicios médicos agudos de los hospitales del futuro

EPIDEMIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO

La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982) estableció los 60 años como edad límite inferior de la etapa de envejecimiento. ⁽²⁾

En México, en las últimas décadas, las tendencias demográficas han venido modificando la composición por edades de la población. Es un proceso que está presente en todo el país, aunque existen diferencias regionales. Entre las entidades de mayores proporciones de población con 60 años y más destaca el Distrito Federal, esta situación tiene sus antecedentes en el alto crecimiento demográfico observado en esta entidad, tanto natural como social (migración), sobre todo en las décadas de los sesenta y setenta. La proporción de personas con 60 años y más se ha venido incrementando a partir de 1960, cuando representaba el 5.2% de la población total del Distrito Federal. Para 1970, esa proporción alcanzó el 5.3%; en 1980 llegó a 5.7% y en 1990 representó el 7.1. ⁽³⁾

La proporción de hombres con respecto a la población femenina varía entre los distintos grupos de edades avanzadas. De hecho, en 1990 las grandes reducciones se dan, sobre todo, a partir de los 75 años. En el grupo de 75-79 años, el índice de masculinidad es de 65.7 hombres por cada 100 mujeres; en el de 80-84, de 58.4; y en el de 85 años y más, de 47.7.

Los niveles de mortalidad en México y en forma particular los del Distrito Federal, han registrado un descenso importante, lo que ha contribuido a prolongar la vida de las personas y a generar demográficamente un proceso de envejecimiento. Para 1990, la esperanza de vida para las mujeres residentes en el Distrito Federal era de 71.3 años y para los hombres de 68.4 años. ⁽⁴⁾

SALUD, ENFERMEDAD EN EL ANCIANO

Es importante contar con información sobre el estado de salud de la población anciana que demanda atención médica, esto nos ayudará a afrontar sus necesidades médicas futuras, planear la infraestructura y los servicios de acuerdo con dichas características, para lograr optimizar los recursos, así como si es necesario proponer medios alternativos de atención que beneficien a este grupo de edad. ⁽⁵⁾

En el Distrito Federal es posible establecer un panorama de la salud de las personas de la tercera edad a partir de las causas de muerte registradas en los certificados de defunción. Al desplegar esta información, lo primero que puede observarse es un patrón acorde al esquema de la transición epidemiológica, ya que

Las enfermedades crónico-degenerativas son las que explican la mayor proporción de muertes de personas en edad avanzada. Prevalcen enfermedades cuyas secuelas son altamente invalidantes, como son la Diabetes Mellitus e hipertensión arterial. Los constantes problemas nutricios, tienen graves repercusiones sobre la salud funcional del anciano.

Siendo otro problema importante de salud en este grupo de edad las incapacidades funcionales, cuya prevalencia es difícil de estimar en nuestro país, esto se debe a que no existe un sistema de información que las registre en forma periódica. En encuestas realizadas en 1982 por el DIF sobre invalidez, y la realizada en 1983 sobre las Necesidades de los Ancianos en la Comunidad (ENAC) y la Encuesta Nacional sobre la Sociodemográfica del Envejecimiento (ENSE) realizada por el CONAPO, muestran claramente como la prevalencia de las incapacidades se incrementa en función de la edad, reportando entre los octa y nonagenarios hasta un 40% tienen al menos una incapacidad, por lo general en el área motora.

EVALUACION EN EL ANCIANO

La atención del paciente de edad avanzada combina el arte y la ciencia de la medicina. Las personas de edad avanzada a menudo presentan diversas enfermedades crónicas y han perdido la reserva homeostática en algunos sistemas orgánicos, y está influido por la dieta, el ambiente y los hábitos personales, así como por factores genéticos. La integración de este complejo sistema de cuidados múltiples con un conocimiento personal del paciente y su familia, su situación vital y su red de apoyo representan un enorme desafío intelectual; este desafío convierte la atención de las personas de edad avanzada en algo emocionante y Gratificante. ⁽⁶⁾

Desde hace más de 40 años médico pioneros en geriatría, entre ellos James Williamson y cols , demostraron la necesidad de evaluación preventiva en la gente anciana, particularmente en aquellos de más de 75 años Para los años 90's, fue sustancial la investigación sobre evaluación geriátrica, en términos de morbilidad y habilidad funcional, aunado al problema de la falta de identificación de problemas que afectan específicamente al desempeño funcional, en un estudio realizado por Tulloch y Moore en personas mayores de 70 años ya examinados, un 38% presentaban condiciones médicas no reportadas, a los cuales se les dio seguimiento por 2 años con cuidados y evaluación geriátrica, teniendo como conclusiones: el confort del paciente y la conservación de la independencia por más tiempo. ⁽⁷⁾

Así como también existen estudios como el realizado por Hendriksen en 1984 en donde se dio seguimiento por tres años a un grupo de sujetos de 75 años, mediante visitas domiciliarias, se reportó que este tipo de servicios redujo la admisión hospitalaria, las llamadas de emergencia y la mortalidad de forma significativa ($p < 0.05$). Evidenciando la importancia de este tipo de atención en este grupo de edad, teniendo como objetivo principal la prevención. ⁽⁸⁾

De ahí que la evaluación geriátrica reciba el nombre de cuádruple dinámica o valoración comprensiva, se ocupa de cuantificar todas las alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social del anciano, para conseguir un plan racional de tratamiento y recursos. Deben emplearse instrumentos de valoración estandarizados para ayudar a la cuantificación

exacta ⁽⁹⁾ y debe realizarse ésta repetidas veces, a lo largo del tiempo, para constatar la evolución de estos cuatro apartados, por lo que recibe el nombre de dinámica, teniendo como objetivo el obtener un diagnóstico cuádruple, para conseguir un tratamiento cuádruple y, por tanto, una asistencia integral. ⁽¹⁰⁾

La evaluación permite identificar las necesidades médicas, funcionales y psicosociales del paciente anciano para la formulación individualizada de planes de tratamiento.

El razonamiento de la evaluación descansa en 4 principios ^(11,12):

- 1 Múltiples factores médicos, fisiológicos, psicológicos y sociales interactúan de ahí la importancia de la evaluación multidisciplinaria para proporcionar un programa de atención.
- 2 La evaluación geriátrica más que rutina es una buena práctica médica, que nos permite diagnosticar y regular rutinas preventivas para seguimiento. Por ejemplo: inmunizaciones, control de la presión arterial, examen de mama y recto, uso de alcohol, abuso del anciano.
- 3 La capacidad funcional es de principal importancia. El diagnóstico correcto y tratamiento son necesarios, más en los ancianos frágiles. Por lo que una evaluación concisa y sistemática es de gran utilidad.
4. La presentación de enfermedad en el anciano es típica. Por ejemplo, delirium es raro que se presente en enfermedad neurológica primaria, las caídas usualmente no tienen como causa únicamente enfermedad neurológica o cardiovascular.

Aunque el concepto y comprensión de evaluación geriátrica fue probablemente desarrollado en el Reino Unido, esta ha aumentado en importancia en los E. U. desde los trabajos pioneros del Dr. T. Franklin Williams, quien estableció y estudió evaluaciones geriátricas en personas ambulatorias y ancianos con riesgo de ingreso a asilo en los años 70's, estableciendo la importancia de la evaluación geriátrica para proporcionar un tratamiento adecuado. ^(13,14,15,16) Existiendo reportes en los cuales se establece un promedio de 4.6 nuevos diagnósticos geriátricos establecidos posterior a la evaluación ⁽¹⁷⁾, afectando de forma importante el estado funcional. De ahí la importancia de

que el primer contacto médico del paciente sepa reconocer problemas geriátricos y desarrollar referencias apropiadas al subespecialista ⁽¹⁸⁾

Se ha comprobado en múltiples estudios llevados a cabo en el extranjero, que la realización de la evaluación geriátrica proporciona beneficios tanto al individuo como a la sociedad ⁽¹⁹⁾, ya que mediante esta se ha logrado disminuir la discapacidad en el individuo logrando así mejorar la calidad de vida ^(20,21), disminuir ingresos hospitalarios a salas de urgencias ^(22,23), disminución de los tiempos de estancia intrahospitalaria, la institucionalización se encuentra mejor orientada ⁽²⁴⁾, etc. Desde el punto de vista económico, también se han reportado beneficios importantes ⁽²⁵⁾ Existe para ello distintos programas de atención geriátrica llevados a cabo en personas que habitan en la comunidad e institucionalizados. ⁽²⁶⁾

En el país existen programas de atención geriátrica en INSEN, DIF, IMSS (servicios institucionales para la población pensionada y jubilada), ISSSTE (programa del sistema de atención integral de jubilados y pensionados), Programa de Geriatria del Hospital General de México (SS), Clínica de Geriatria del INN (SS), Instituto Nacional Indigenista, Programa Nacional de la Tercera Edad, entre otros, teniendo todos como objetivo primordial el mantener al anciano capaz de vivir integrado a la sociedad.

PROCESO DE EVALUACION

La evaluación geriátrica está integrada por un equipo interdisciplinario nuclear en el cual participan trabajo social, gericultura y geriatría; contando además con la participación del nutrióloga, medicina psicológica, fisioterapia y enfermería Teniendo como objetivo primordial brindar una atención interdisciplinaria para optimizar el cuidado de los ancianos.

Evaluación social:

Se encarga de investigar la patología social de los casos y determina hasta qué punto influye en el padecimiento. Busca además definir el nivel de afección social y familiar, mediante la realización de

un diagnóstico social desde el punto de vista de la dinámica familiar, roles, y la existencia de patología como; abuso, maltrato, negligencia, etc, que son problemas vistos con mayor frecuencia en este grupo de edad, mediante la realización de:

- a) Familiograma.
- b) Perspectiva histórica.
- c) Comunicación y toma de decisiones.
- d) Relaciones y roles familiares
- e) Funcionamiento individual
- f) Situación actual.
- g) Situación económica.
- h) Condiciones de vivienda
- i) Diagnóstico social
- j) Tratamiento social

Tomando en cuenta que en países en desarrollo en particular, una fuente de apoyo importante para la población en edades avanzadas, especialmente ante la ausencia de apoyo institucional, está representado por la familia. Además, se destaca que las personas de edades avanzadas, no solo reciben apoyos familiares en muchos casos, sino también lo proporcionan ⁽²⁷⁾

Evaluación funcional:

Esta parte es original en la geriatría y rehabilitación; es fundamental para que el manejo geriátrico sea apropiado. Llevándose a cabo una evaluación profunda de la motricidad y el estado neuromuscular, el equilibrio y los recursos remanentes disponibles para compensar los déficit, estableciendo a su vez un pronóstico de rehabilitación.

Los instrumentos de evaluación para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, surgieron ante la necesidad de tener un indicador objetivo que funcionara como índice de predictibilidad y que también sirviera para la evaluación de los resultados de tratamiento en ancianos y en los enfermos crónicos

El índice de KATZ, el cual avalúa seis funciones básicas de la vida diaria: baño, vestido, movilización, capacidad de alimentarse, uso de servicio sanitario y continencia, se ha empleado en

muchos sitios por la sencillez y por la rapidez de aplicación ya que esto es necesario para poder tener un instrumento eficaz y accesible que todavía es válido hasta nuestro tiempo. ⁽²⁸⁾ (Anexo 1)

La evaluación de las actividades instrumentales incluye actividades más complejas necesarias para una vida independiente, como la preparación de comidas, comprar los elementos necesarios, manejo financiero, tareas del hogar, el uso del transporte, toma de medicamentos y lavado de ropas, para esto se utiliza la escala de LAWTON. ⁽²⁹⁾ (Anexo 2)

Otra parte importante en el estado funcional es la evaluación de la marcha y el balance, ya que los trastornos de estos condicionan en el anciano la presencia de caídas lo que afecta en gran medida su funcionalidad. La evaluación que se aplica es la de Tinetti. ⁽³⁰⁾ (Anexo 3)

La rehabilitación tiene como finalidad el lograr la independencia máxima de las actividades básicas e instrumentales, así como orientar a los familiares del paciente sobre el tratamiento físico de éste.

Los objetivos específicos son.

- a) Mantener la máxima movilidad.
- b) Prevenir deformidades.
- c) Prevenir contracturas.
- d) Prevenir escaras.
- e) Lograr la deambulaci3n libre y/o con auxiliares.
- f) Aplicar tratamientos simples.
- g) Obtener la confianza y cooperaci3n del enfermo y la familia desde el principio.

Evaluaci3n psicol3gica:

Los cambios psiquicos que trae consigo la involuci3n fisisa y aquellos que vienen como consecuencia de la disminuci3n de capacidades de actividad y reactividad, aunados a las tensiones emocionales y los problemas familiares y sociales, son factores que van a incidir sobre la salud del paciente. Est3 comprobado que una buena salud mental es factor de longevidad y que los problemas emocionales aceleran los procesos degenerativos. La entrevista dirigida y algunas pruebas como el Mini-Mental-State ⁽³¹⁾ (Anexo 4) y/o la evaluaci3n r3pida del estado mental de

Pfeiffer (SPMSQ) (Anexo 5) son indispensables en realizar en los ancianos para orientarnos sobre la existencia de falla cerebral. ⁽³²⁾

Así como el evaluar la existencia de estado depresivo mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Anexo 6) aunada a la evaluación clínica. ⁽³³⁾

Teniendo por objetivos:

- a) Detectar trastornos cognitivos para proporcionar una atención de mejor calidad tanto al paciente como a familiares.
- b) Detectar trastornos afectivos (depresión, ansiedad, angustia, etc.), que esté, deteriorando la calidad de vida del paciente y c) proporcionar ayuda psicológica a pacientes y familiares.

Evaluación nutricional:

Establece mediante la medición antropométrica, química y hábitos de alimentación, un diagnóstico nutricional, utilizando el Examen Mínimo del Estado Nutricio (MNA) ⁽³⁴⁾ (Anexo 7) para establecer recomendaciones, vía y forma de alimentación.

Los ancianos pueden presentar tres diferentes tipos de desnutrición, como son:

- a) Desnutrición proteica (Kwashiorkor)
- b) Desnutrición energética (Marasmo)
- c) Desnutrición energético-proteica (Kwashiorkor marasmático)

Esta última es la más predominante y puede estar ocasionada por factores como: cambios anatómicos, fisiológicos, enfermedades crónicas, anorexia, farmacoterapia por tiempo prolongado, aspectos psicosociales y hábitos dietéticos.

Evaluación médica:

La elaboración de una historia clínica bien realizada sigue siendo la base de un buen diagnóstico y manejo en el paciente geriátrico. Esto constituye un reto para los médicos ya que implica paciencia, tiempo y un amplio criterio de comprensión a la naturaleza tan particular de los viejos

La gran variedad de personalidades y características de los mayores nos debe hacer meditar en una gran flexibilidad para adaptarnos al interrogatorio particular de cada uno de ellos.

Se realiza la integración de cada una de las partes de la evaluación para lograr identificar problemas geriátricos y así proporcionar un tratamiento completo.

Teniendo como objetivo el conservar la función, minimizar cronicidad y evitar invalidez. Los procesos patológicos en el paciente geriátrico tienden a la cronicidad y terminarán por producir invalidez. Por tanto, el tratamiento no se enfocará únicamente hacia los procesos patológicos (generalmente pluripatología), sino además a conservar la función, mejorar la cronicidad al máximo y principalmente evitar la invalidez. Las cada vez más frecuentes patologías crónicas nos llevan a revalorar el concepto de " tratamiento geriátrico ". Lo cual deberá enfocarse en el contexto de medicina integral a todo el organismo a fin de reducir al mínimo, aliviar, prevenir o incluso eliminar los efectos adversos y sociales indeseables de las enfermedades en la vejez, así como retardar al mínimo la incapacidad permanente y la dependencia. El concepto ideal es mantener al paciente geriátrico con una buena calidad de vida, autosuficiente e independiente en su hogar, en la familia o la comunidad el mayor tiempo posible, dejando la institucionalización como el último recurso de atención médica, únicamente cuando sea estrictamente indicado.

Los planes terapéuticos no deben centrarse únicamente en la prescripción de medicamentos.

El correcto manejo geriátrico debe incluir:

- a) Orientaciones nutricionales precisas.
- b) Indicaciones sobre estilos de vida (ejercicio, no-tabaco, no-alcohol, control de peso, etc.)
- c) Orientación psicológica.
- d) Normas de medicina de rehabilitación (bastones, apoyos, barandales)
- e) Asegurar participación familiar.
- f) Involucrar al sector informal (amigos, vecinos, comunidad)
- g) Utilizar en forma adecuada al sector formal (IMSS, ISSSTE, DIF)
- h) La participación del área de trabajo social.
- i) La atención en equipo multidisciplinario (enfermera, psicólogo, odontólogo, fisioterapeuta, trabajadora social, etc.)

Además, existen múltiples beneficios resultantes de la evaluación geriátrica:

- a) En el proceso de atención y cuidados: nuevos diagnósticos y problemas no reconocidos
Reducción en el número de medicamentos.
- b) En el egreso de pacientes hospitalizados. mejores resultados en la evaluación del estado funcional. Mejores resultados en la evaluación cognitiva /afectiva. Mayor sobrevida.
- c) En la utilización de instituciones: mejor ubicación en asilos y residencias. Reducción en los días-estancia promedio.
- d) En la utilización y costos de servicios de salud: mayor utilización de atención en domicilio.
Reducción en la utilización de servicios hospitalarios. Reducción en los costos de atención médica

Resulta fundamental la identificación precisa de toda problemática de índole médico, psíquico, funcional o social de los ancianos, sobretodo aquellos en situación de alto riesgo, con la finalidad de emprender acciones correctivas dirigidas particularmente a pacientes susceptibles y, al reconocer los factores que predisponen las enfermedades, discapacidades y la misma muerte, incluso tomar medidas preventivas pertinentes y oportunas.

JUSTIFICACION

El proceso de envejecimiento de la población es uno de los resultados de la reducción de la mortalidad y fecundidad que se evidencia en los cambios de la estructura por edad. Este proceso tiene efectos importantes para el conjunto de la sociedad, ya que ésta tendrá que reorganizarse en los ámbitos de la familia, el mercado de trabajo y la atención a la salud entre otros, para poder integrar en forma adecuada a la población envejecida sin deteriorar sus condiciones de vida. Los ancianos tienen su propia estructura demográfica, sus propios índices de mortalidad y sus problemas específicos de patología, incapacidad y necesidades de apoyo.

De ahí la importancia del conocer de forma integral las características de la población anciana que acude a la consulta de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", para de esta forma prever las necesidades en la atención a futuro de este grupo de edad que día con día se incrementa y ocupa más los servicios de salud.

Teniendo como meta clave la Medicina Geriátrica la prevención del deterioro funcional y la promoción de la independencia funcional para los ancianos.

OBJETIVOS

ESPECIFICOS:

Presentar las características sociales, psicológicas, funcionales y médicas de la población mayor de 60 años que acude a la consulta de primera vez de Geriátria en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

PARTICULARES:

- A) Determinar las características demográficas: edad, sexo, estado civil, con quien habita, escolaridad, servicio que envía y motivo de envío y patologías preexistentes.
- B) Identificar la frecuencia de: deterioro cognitivo (mediante las escalas de Folstein y Pfeiffer),
- C) Identificar la frecuencia de deterioro funcional en actividades básicas e instrumentales (mediante las escalas de Katz y Lawton)
- D) Identificar la frecuencia de trastornos de la marcha y balance (mediante la escala de Tinetti)
- E) Identificar la frecuencia de trastorno depresivo (mediante la escala de Depresión Geriátrica (GDS)
- F) Identificar la frecuencia de trastorno nutricional mediante la escala mínima nutricional (MNA) y el índice de masa corporal (IMC)
- G) Determinar la frecuencia de diagnósticos geriátricos identificados.
- H) Estimar la contribución al bienestar a través del reconocimiento de nuevos problemas en la evaluación geriátrica global.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las evaluaciones de todos los pacientes que asistieron a la consulta de primera vez de Geriatría en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", de septiembre de 1995 a septiembre de 1997.

Obteniéndose:

- 1) Datos demográficos: edad, sexo, escolaridad, persona con la que habita.
- 2) Servicio que envía y motivo de envía
- 3) Patología existente.
- 4) Valores obtenidos en las distintas escalas aplicadas para valorar:
 - a) Estado mental (MMSE con punto de corte de < 24 , Pfeiffer con punto de corte < 7)
 - b) Estado funcional en la vida diaria (Katz para actividades básicas y Lawton para las instrumentales. Clasificados como independientes, parcialmente dependientes y dependientes)
 - c) Marcha y balance (Tinetti con punto de corte para marcha de 6 y balance de 8)
 - d) Estado nutricional (MNA con punto de corte para riesgo de desnutrición < 23.5 , IMC < 20)
 - e) Estado de ánimo (GDS con punto de corte > 11)
- 5) Diagnósticos geriátricos nuevos identificados.
- 6) Realizándose la correlación entre motivo de envío y cada una de las escalas de evaluación utilizadas y síndromes geriátricos identificados.
- 7) El análisis estadístico se realizaron frecuencias, porcentajes y para correlación se utilizó la prueba P de Person

RESULTADOS

DEMOGRÁFICOS

Se revisaron un total de 394 evaluaciones realizadas durante el periodo comprendido de septiembre de 1995 a septiembre de 1997, en la consulta de primera vez de Geriátrica; de los cuales 99 (25%) eran de hombres y 295 (75%) de mujeres. La distribución por edad comprendió de los 60 a los 97 años de edad, observándose que más del 50% de la población se encontraba en el rango de edad comprendido de los 71 a los 85 años para ambos sexos, con una media de edad de 77 ± 7 años (tabla 1, gráfico 1)

El estado civil que más predominó fue el ser viudo en 209 casos (53%) de estos 182 casos (87%) eran mujeres (gráfico 2), observándose que de los viudos 205 casos (52%) habitan con otro familiar predominantemente hijos (gráfico 3)

El promedio de escolaridad fue para mujeres de 5.53 y hombres de 6.16 años (gráfico 4)

PATOLOGÍAS PREEXISTENTES

Las que se presentaron con mayor frecuencia fueron las de origen cardiovascular siendo la hipertensión arterial con 176 casos (44%) la más frecuentemente reportada, seguida por la Diabetes Mellitus con 125 casos (31%), Osteoartropatía degenerativa con 124 casos (31%), los trastornos de la función digestiva en 64 casos (16%), las secuelas de Enfermedad Cerebrovascular en 33 casos (8%), la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 35 casos (8%) y la insuficiencia vascular periférica con 64 casos (16%) (tabla2)

Se observó que el 67% de la población estudiada tenía de 2 a 3 patologías preexistentes (gráfico5)

EVALUACIÓN GERIÁTRICA

- ❖ Estado Mental: de los 394 casos, 322 (82%) obtuvo una puntuación en la evaluación mínima del estado mental de Folstein (MMS) mayor de 24 y 72 (18%) menor de 24 (tabla 3) En la escala de Pfeiffer 313 (79%) obtuvieron puntuación mayor de 8 y 81 (21%) menor de 8 (tabla 4) Habiendo diagnosticado deterioro cognitivo en 68 casos (17%) al finalizar su evaluación, correlacionándose MMS menores de 24 y deterioro cognitivo con $r = 0.94$ y para Pfeiffer $r = 0.839$, obteniendo correlación más cercana a la identidad con MMS menor de 24.
- ❖ El estado de ánimo: se encontraron 203 casos (65%) con puntuación en la escala de depresión geriátrica (GDS) mayor de 12 puntos, habiéndose diagnosticado al final de la evaluación depresión en 94 casos (47%), obteniéndose una correlación $r = 0.468$ muy lejana a la identidad (tabla 5)

Al realizarse la correlación con un puntaje de GDS mayor o igual a 20, se obtuvo una correlación $r = 0.610$ con 58 casos de los 94 deprimidos diagnosticados al final de la evaluación.
- ❖ La independencia en actividades básicas de la vida diaria de acuerdo a la escala de Katz, se obtuvo que 214 casos (54%) eran totalmente independientes y 180 (46%) eran semi-Independientes y dependientes (tabla 6) En actividades instrumentales 198 casos (51%) eran totalmente independientes y 196 (49%) eran semi-independientes y dependientes (tabla 7)
- ❖ Con trastornos de la marcha y balance se encontraron 130 casos (33%) de estos se observa que 118 casos (29%) obtuvieron un puntaje en la escala de Tinetti total menor de 14, obteniéndose una correlación $r = 0.90$ muy cercana a la identidad (tabla 8)

- ❖ El estado nutricional se realizó la evaluación mínima del estado nutricional (MNA) en 227 casos de los 394 (57%), de los cuales 172 (76%) obtuvieron un puntaje menor de 23.5 de estos, 64 casos (16%) se diagnosticaron como desnutridos, de los cuales 24 (10%) obtuvieron un puntaje menor de 17 (tabla 9) Para índice de masa corporal (IMC) con este contaban 220 casos (56%) de los cuales 38 (17%) obtuvo un puntaje menor de 20 para riesgo de desnutrición (tabla 10)

De acuerdo a la evaluación geriátrica se observó que en 45 casos no se encontró ningún síndrome geriátrico y que en 303 casos (77%) presentaban de 1 a 3 síndromes geriátricos (gráfico 6) Dentro de los principales síndromes geriátricos identificados fueron: trastornos de la marcha (130 casos, 33%); depresión (94 casos, 24%); patología social (73 casos, 18%); deterioro cognitivo (68 casos, 17%); entre otros con menor número de casos (tabla 11)

MOTIVO DE ENVÍO Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS IDENTIFICADOS

El servicio que envió más pacientes fue Medicina Interna con 267 casos (68%), seguido por otros servicios con promedio de envío menor de 5% (tabla 12) El principal motivo de envío no se especificó en 20 casos (52%), seguido por trastornos de memoria 39 casos (10%), depresión 35 casos (9%), dolor en 17 casos (4%) y trastornos de la marcha en 16 casos (4%) (gráfica 7)

La correlación entre motivo de envío y síndromes geriátricos identificados fue muy lejana a la identidad ($r = 0.1289$) Encontrándose la mayor correlación en: trastornos de memoria, trastornos de la marcha, depresión y caídas. Lo que nos habla sobre la falta de información sobre la geriatría en el médico de primer contacto en la atención del anciano

DISCUSIÓN

El aumento de la población de adultos mayores es un componente esencial de la dinámica de la población mexicana ya que se proyecta que para el año 2030, 15.2 millones de habitantes (11.7%) sean de 65 años y más de edad; este incremento paulatino de la población de adultos mayores también acarrea importantes consecuencias en materia de salud; centradas en las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes. La información existente señala que las condiciones de salud y de incapacidad tienen incidencia mayor a partir de los 75 años de edad, y que son más tempranas e importantes en la población femenina. Haciendo notar que se requiere la adaptación de los servicios de salud a las nuevas circunstancias donde la morbilidad y la co-morbilidad cobran la mayor importancia, que deben modificarse los modelos de atención clínica hospitalaria; y que se requiere del apoyo familiar para la atención; de ahí la importancia de que el profesional médico debe hacer conciencia de su responsabilidad frente a los ancianos cuando enferman o se tornan inválidos. El diagnóstico debe ser establecido e iniciarse el tratamiento en áreas específicamente construidas y equipadas dentro de los hospitales de acuerdo al tipo de población y patología de la misma.

El conocimiento de la Geriátrica desde pregrado debe ser esencial en la formación de los profesionales en salud (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, etc.) para de esta forma obtener y proporcionar una atención integral y de mejor calidad, que es lo que se busca al realizar la evaluación geriátrica multidisciplinaria, que como lo vemos en el presente estudio, nos proporciona una amplia información sobre las características del adulto mayor para de esta forma contribuir al bienestar del adulto mayor.

Mediante este tipo de evaluaciones nos damos cuenta de las necesidades a futuro de la población anciana y de igual manera en el presente contribuir en ellos para proporcionar una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES

DEMOGRÁFICAS: La población en estudio, cuenta con las características demográficas esperadas: promedio de edad de 77 ± 7 años, con una relación hombre: mujer de 1.3, así como siendo en su mayoría viudos 52%, los cuales presentan un promedio de escolaridad de 5.53 años para mujeres y de 6.16 años para hombres, los cuales habitan con algún familiar.

La patología social se identificó en 73 casos, lo que nos habla sobre la ya existencia de cambios en la sociedad en donde antiguamente se veía al viejo como un ser de respeto y superior, identificándose en nuestra época ya la existencia de abuso, maltrato, negligencia, etc. en el anciano.

EVALUACIÓN GERIÁTRICA: Se encontró que la población en estudio contaba con 2 o 3 patologías preexistentes. (67%)

De esta población de acuerdo a la evaluación geriátrica se encontró que un 54% son totalmente independientes en actividades básicas e instrumentales, llamando la atención el 36% de la población que se encuentra catalogado como semi-independientes, ya que ese sería el grupo en el cual habría que intervenir para prevenir pasen al grupo de dependientes, así como dentro de los principales síndromes geriátricos identificados que pueden causar dependencia se encontraron trastornos de la marcha y balance, deterioro cognitivo y depresión, para lo cual es conveniente la identificación oportuna de este tipo de patologías para tener una intervención oportuna y así prevenir la pérdida de independencia del anciano.

MOTIVO DE ENVÍO. El motivo de envío en su mayoría no se especificó, lo que habla sobre el poco conocimiento que se tiene sobre la geriatría, por lo que es conveniente, dadas las características demográficas del país en donde cada vez la pirámide poblacional se invierte, se conozca sobre la patología más frecuente que se encuentra en ese tipo de pacientes, para así lograr una mejor calidad de atención, sin olvidar el objetivo primordial, mantener la funcionalidad y dependencia, para lo cual es conveniente el que se sigan incluyendo en los programas de medicina los temas sobre atención del adulto mayor.

Dados los resultados obtenidos en el presente estudio se puede obtener un perfil del paciente que es enviado a la consulta de geriatría, siendo sus características las siguientes. mayor de 75 años semi-independiente, con enfermedades crónicas preexistentes que condicionan trastornos de la marcha y balance, con déficit en el apoyo familiar, y alteraciones en su estado de ánimo secundarias. Con estas características nos podemos dar cuenta de las necesidades del paciente y la intervención de nosotros para mejorar su calidad de vida, haciendo hincapié en la información que debemos proporcionar a los familiares y demás gente a su alrededor.

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO
SEP 1995 – SEP 1997

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
60 - 65	5	2	16	4	21	6
66 - 70	11	3	38	8	46	11
71 - 75	21	5	73	19	94	24
76 - 80	28	7	76	19	104	26
81 - 85	18	4	60	16	78	20
86 - 90	12	3	25	7	37	10
91 - 95	4	1	5	1	9	2
96 - 100	0	0	2	1	2	1
TOTAL	99	25	295	75	394	100

FUENTE: Evaluaciones geriátricas realizadas durante sep 1995- sep 1997.

DESCRIPCIÓN: Se observa que el mayor porcentaje son mujeres de las cuales se observa mayor longevidad, así como el predominio de edad de la población se encontró más del 50% entre los 71 y 85 años.

TABLA Nº 2

PATOLOGÍA PREEXISTENTE
SEP 1995 – SEP 1997.

PATOLOGÍA	Fc.	%	TIPO	Fc.	%	HOMBRES		MUJERES	
						Fc.	%	Fc.	%
CARDIOVASCULAR	256	65	Hipertensión arterial	176	69	30	17	146	83
			Cardiopatía isquémica	50	19	21	42	29	58
ENDOCRINOLOGIA	171	43	Diabetes Mellitus	125	73	35	28	90	72
			Hipotiroidismo	35	27	6	17	29	83
REUMATOLOGICAS Y ARTICULARES	149	38	Osteoartropatía degenerativa	124	83	14	11	110	89
			Artritis reumatoide	15	10	3	20	12	80
GASTROENTEROLOGICAS	139	35	Trast. de la función digestiva	64	46	12	19	52	81
			Enf ácido péptica	60	43	14	23	46	77
NEUROLÓGICAS	66	17	Secuelas de Enf cerebro vascular.	33	50	13	39	20	61
			Enf de Parkinson	11	17	4	37	7	63
VASCULAR PERIFÉRICO	64	16	Insuf. Vascular periférica	64	100	10	16	54	84
NEUMOLOGIA	46	12	Enf. Pulmonar obstructiva crónica	35	76	13	37	22	63

FUENTE: evaluaciones geriátricas realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: En la presente tabla se observan las principales patologías preexistentes en la población estudiada de acuerdo a sistema y por sexo.

TABLA N° 3

**PUNTAJE DE MINIMENTAL DE FOLSTEIN POR EDAD
SEP 1995 – SEP 1997**

EDAD	PUNTAJE DE MINIMENTAL			TOTAL
	> 24	24 - 13	< 13	
60 – 65	20	1	0	21
66 – 70	42	6	1	49
71 – 75	80	9	5	94
76 – 80	88	9	7	104
81 – 85	63	10	5	78
86 – 90	25	9	3	37
91 – 95	2	6	1	9
96 – 100	2	0	0	2
TOTAL	322	50	22	394
%	82	13	5	100

FUENTE: Evaluaciones realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: Se observa que el mayor porcentaje de la población estudiada presenta puntaje mayor de 24 (82%)

TABLA N° 4

**PUNTAJE DE PFEIFFER POR EDAD
SEP 1995 – SEP 1997**

EDAD	PFEIFFER				TOTAL
	0 – 3	4 – 6	7 – 8	9 – 10	
60 – 65	0	1	2	18	21
66 – 70	1	4	1	43	49
71 – 75	5	4	5	80	94
75 – 80	4	5	10	85	104
81 – 85	4	3	9	62	78
86 – 90	4	3	9	21	37
91 – 95	1	4	1	3	9
96 – 100	0	0	1	1	2
TOTAL	19	24	38	313	394
%	5	6	10	79	100

FUENTE: Evaluaciones realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: En la tabla se puede observar que el mayor porcentaje de la población en estudio obtuvo un puntaje entre 9 – 10 (79%),

TABLA N° 5
PUNTAJE EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
(GDS) POR EDAD Y SEXO.
SEP 1995 – SEP 1997

EDAD	PUNTAJE EN GDS POR SEXO				TOTAL
	0 – 11		12 o más		
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
60 – 65	4	6	1	10	21
66 – 70	7	5	4	33	49
71 – 75	11	40	10	33	94
76 – 80	20	30	8	46	104
81 – 85	15	30	3	30	78
86 – 90	6	10	6	15	37
91 – 95	2	3	2	2	9
96 – 100	0	2	0	0	2
TOTAL	65	126	34	169	394
%	16	32	7	45	100

FUENTE: Evaluaciones realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: En la tabla se observa como el mayor porcentaje de la población en estudio que presenta mayor puntaje en la escala de depresión se encuentra en las mujeres con un 45% con puntaje de 12 o más, lo que nos habla sobre la mayor existencia de síndrome depresivo en estas.

TABLA N° 6
PUNTAJE DE ESCALA DE KATZ EN ACTIVIDADES
BASICAS DE LA VIDA DIARIA POR EDAD Y SEXO
SEP 1995 – SEP 1997

EDAD	PUNTAJE DE KATZ POR SEXO						TOTAL
	INDEP		SEMINDEP		DEPEND		
	H	M	H	M	H	M	
60 – 65	5	11	0	4	0	1	21
66 – 70	9	18	2	17	0	3	49
71 – 75	12	36	8	30	1	7	94
76 – 80	18	44	10	26	0	6	104
81 – 85	10	31	7	19	1	10	78
86 – 90	5	12	4	10	3	3	37
91 – 95	1	1	2	4	1	0	9
96 - 100	0	1	0	1	0	0	2
TOTAL	60	154	33	111	6	30	394
%	15	39	8	28	2	8	100

FUENTE: Evaluaciones realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: En la tabla se observa que el 54% de la población estudiada es totalmente independiente en actividades de la vida diaria de acuerdo a la escala de Katz y que 36% se encuentra en semi-independientes que en un futuro podrían pasar a ser dependientes, por lo que habría que poner especial atención a este grupo antes de que pasen al grupo de dependientes.

TABLA N° 7
PUNTAJE EN LA ESCALA DE LAWTON PARA
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE
ACUERDO A EDAD Y SEXO.
SEP 1995 – SEP 1997

EDAD	PUNTAJE DE LAWTON Y SEXO						TOTAL
	INDEP		SEMINDEP		DEPEND		
	H	M	H	M	H	M	
60 – 65	3	12	2	3	0	1	21
66 – 70	5	23	4	10	2	5	49
71 – 75	10	43	8	20	3	10	94
76 – 80	13	41	11	22	4	13	104
81 – 85	4	31	10	18	4	11	78
86 – 90	1	9	8	10	3	6	37
91 – 95	1	1	1	1	2	3	9
96 – 100	0	1	0	1	0	0	2
TOTAL	37	161	44	85	18	49	394
%	9	41	11	22	5	12	100

FUENTE: Evaluaciones realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: En la tabla se puede observar que el 50% de la población son total mente independientes en estas actividades y solo un 17% son dependientes, igual que en la tabla previa habría que tener especial cuidado en el 33% de semi-independientes ya que en un futuro pueden pasar a la dependencia.

TABLA N° 8
PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE TINETTI POR
EDAD Y SEXO
SEP 1995 – SEP 1997.

EDAD	PUNTAJE TINETTI POR SEXO				TOTAL
	0 – 14		15 – 28		
	H	M	H	M	
60 – 65	1	3	4	14	21
66 – 70	1	6	10	31	49
71 – 75	4	21	17	52	94
76 – 80	9	26	19	50	104
81 – 85	4	21	14	39	78
86 – 90	6	11	6	14	37
91 – 95	2	2	2	3	9
96 – 100	0	1	0	1	2
TOTAL	27	91	72	204	394
%	7	23	18	52	100

FUENTE: Evaluaciones realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: En la tabla se puede observar que el 70% de la población estudiada se encuentra con puntaje de Tinetti mayor de 15 y el 30% restante presenta alteración en marcha y balance de acuerdo a esta escala.

TABLA N° 9
PUNTAJE DE LA ESCALA MINIMA DE EVALUACIÓN
NUTRICIA (MNA) DE ACUERDO A EDAD Y SEXO
SEP 1995 – SEP 1997

EDAD	PUNTAJE DE MNA POR SEXO						TOTAL
	≥ 23.6		17 – 23.5		< 17		
	H	M	H	M	H	M	
60 – 65	3	4	1	8	0	1	17
66 – 70	6	2	2	16	0	6	32
71 – 75	4	11	7	25	1	4	52
76 – 80	4	9	13	25	1	4	56
81 – 85	2	4	7	20	1	6	40
86 – 90	2	3	5	11	0	0	21
91 – 95	1	0	3	3	0	0	7
96 – 100	0	0	0	2	0	0	2
TOTAL	22	33	38	110	3	21	227
%	10	15	17	48	1	9	100

FUENTE: Evaluaciones realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: En la presente tabla se observa que el 65% de la población estudiada se encuentra en el puntaje de riesgo de desnutrición y solo un 10% se encuentran con puntaje para desnutrición.

TABLA N° 10
PUNTAJE DE INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) DE
ACUERDO A EDAD Y SEXO
SEP 1995 – SEP 1997

EDAD	PUNTAJE IMC POR SEXO								TOTAL
	> 23		20 – 22		19 - 20		< 19		
	H	M	H	M	H	M	H	M	
60 – 65	4	4	0	6	0	0	0	3	17
66 – 70	5	16	2	2	0	4	1	1	31
71 – 75	8	26	1	7	1	3	2	1	49
76 – 80	12	23	2	5	2	4	1	3	52
81 – 85	5	19	1	6	2	3	1	4	41
86 – 90	5	9	2	4	0	1	0	0	21
91 – 95	2	1	2	1	0	0	0	1	7
96 - 100	0	1	0	1	0	0	0	0	2
TOTAL	41	99	10	32	5	15	5	13	220
%	18	45	5	15	2	7	2	6	100

FUENTE: Evaluaciones realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: En la presente tabla se observa que 17% de la población que contaba con IMC se encuentran con puntaje menor de 20 para riesgo de desnutrición.

TABLA N° 11

**PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS
IDENTIFICADOS
SEP 1995 – SEP 1997**

SÍNDROME	Fr	%
Trastornos de la marcha	130	33
Depresión	94	24
Patología social	72	18
Falla cerebral crónica	68	17
Incontinencia urinaria	65	16
Desnutrición	64	16
Distimia	61	15
Polifarmacia	38	9
Caídas	31	8
Fragilidad	29	7

FUENTE: Evaluaciones realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: En la presente tabla se observan los principales síndromes geriátricos identificados en la población estudiada.

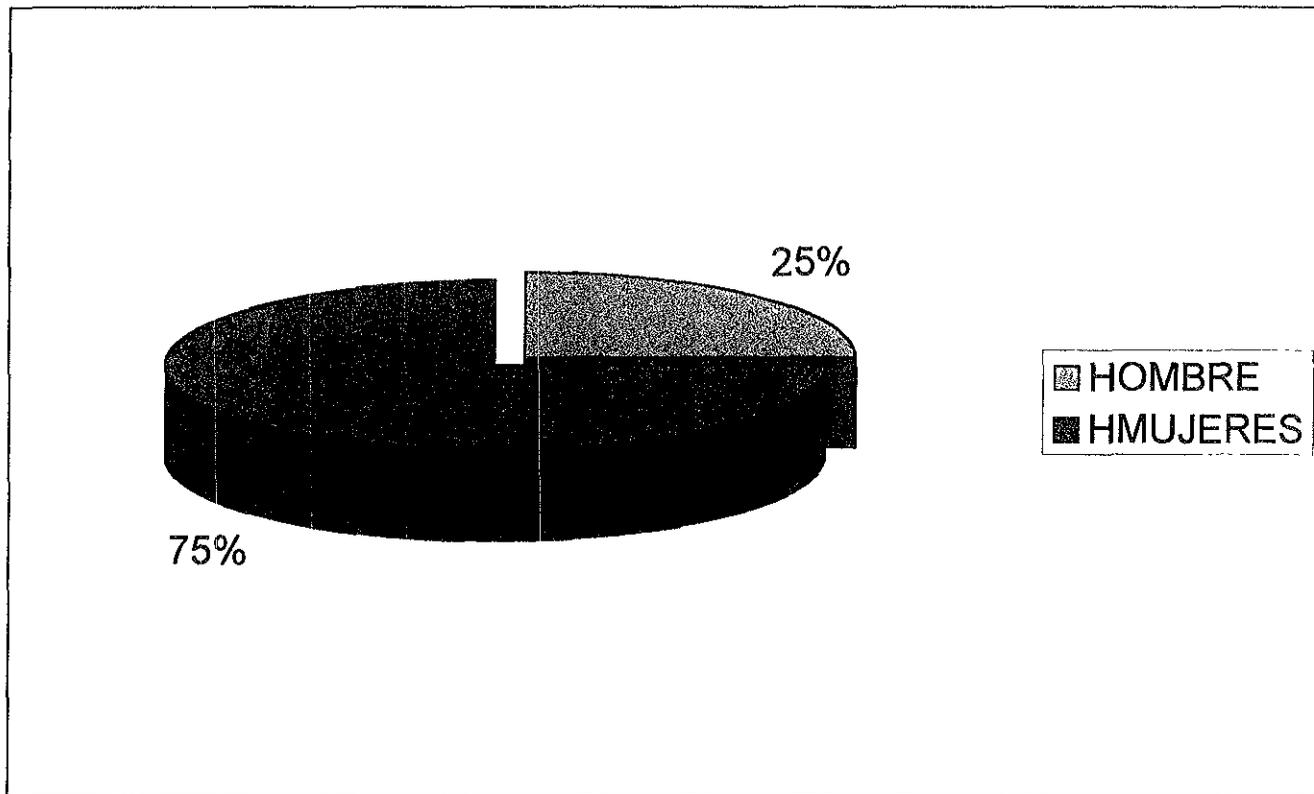
TABLA N° 12
PRINCIPALES SERVICIOS QUE ENVIARON PACIENTES A
LA CONSULTA DE GERIATRIA DE PRIMERA VEZ
DURANTE EL PERIODO SEP 1995 – SEP 1997.

SERVICIO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
Medicina Int.	63	204	267	68
Neurología	6	13	19	5
P. hospital	7	11	18	5
Urgencias	3	11	14	4
Gastroenterología	2	10	12	3
Urología	5	6	11	3
Reumatología	1	8	9	2
Psiquiatría	2	5	7	1
Endocrinología	3	3	6	1
Otros	7	24	31	8
TOTAL	99	295	394	100

FUENTE: Evaluaciones realizadas de sep 1995 a sep 1997.

DESCRIPCIÓN: En la tabla se observan los principales servicios que enviaron pacientes a la consulta de primera vez de geriatría durante el periodo revisado, observándose que el mayor porcentaje fue enviado por Medicina Interna, probablemente por el tipo de hospital en el que se realizó el estudio.

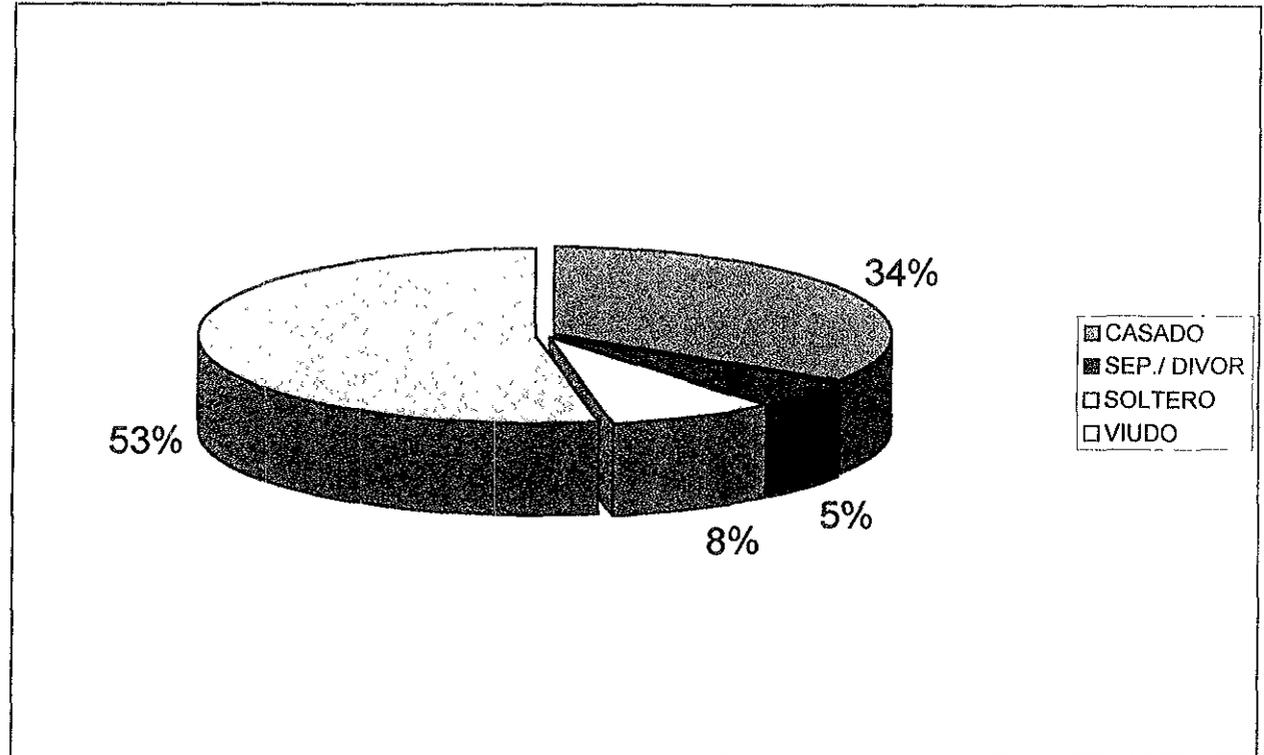
GRAFICO 1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO
SEP 1995 - SEP 1997



FUENTE: Evaluaciones de primera vez realizadas de sep 1995 - sep 1997.

DESCRIPCION: Se observa que el 75% de la poblacion estudiada eran mujeres.

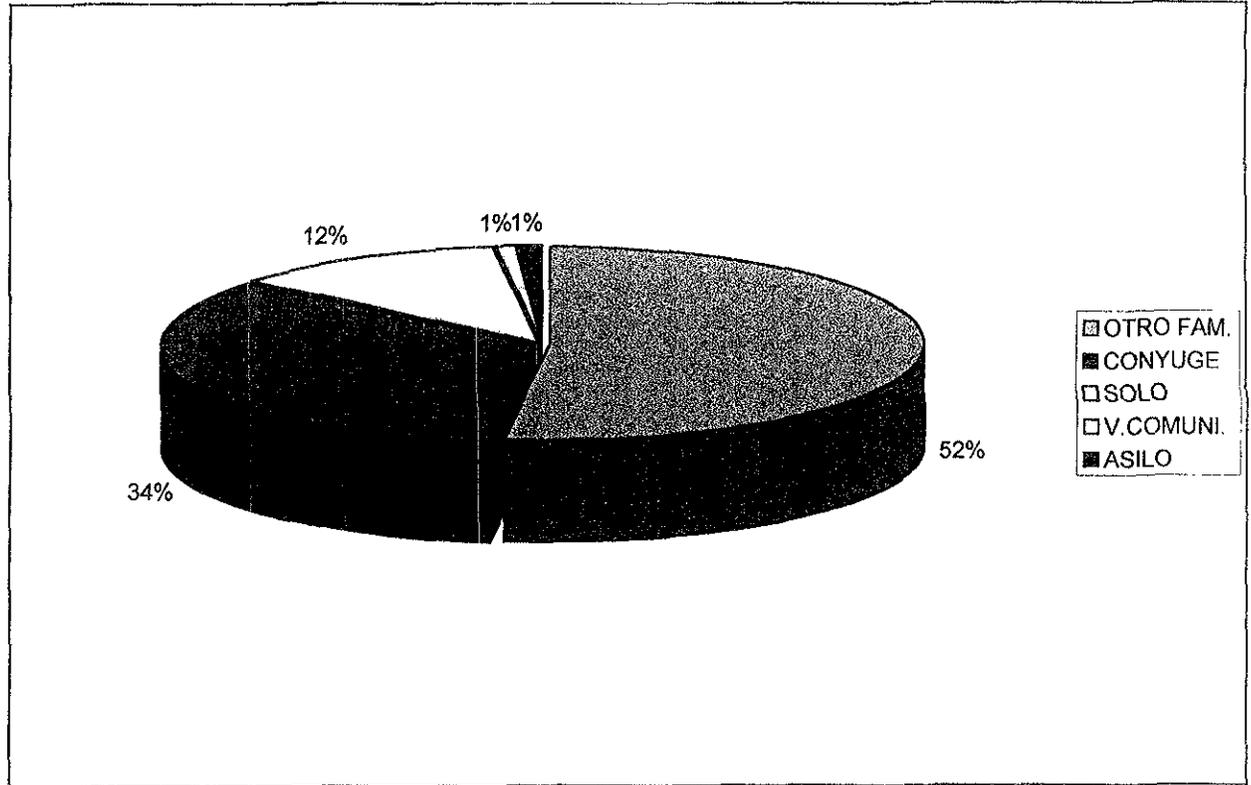
GRAFICO 2
DISTRIBUCION DEL ESTADO CIVIL DE LA POBLACION
SEP 1995 - SEP 1997



FUENTE: Evaluaciones de primera vez realizadas de sep 1995 - sep 1997.

DESCRIPCION: Se observa que el 53% de la población son viudos y de estos un 87% son mujeres.

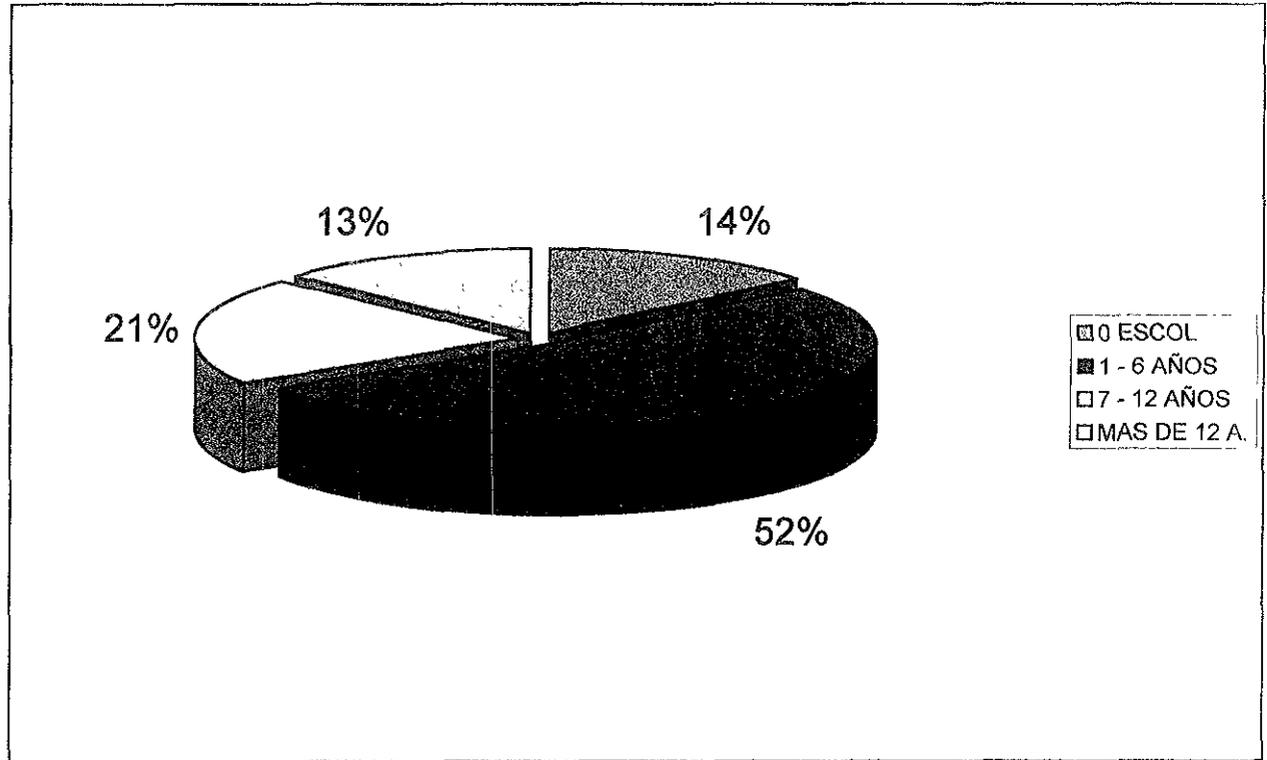
GRAFICO 3
MODO DE HABITAR DE LA POBLACION
SEP 1995 - SEP 1997



FUENTE: Evaluaciones de primera vez realizadas durante sep 1995 - sep 1997.

DESCRIPCION: Se observa que el 52 % de la población habita con otro familiar y un 34% con su conyuge.

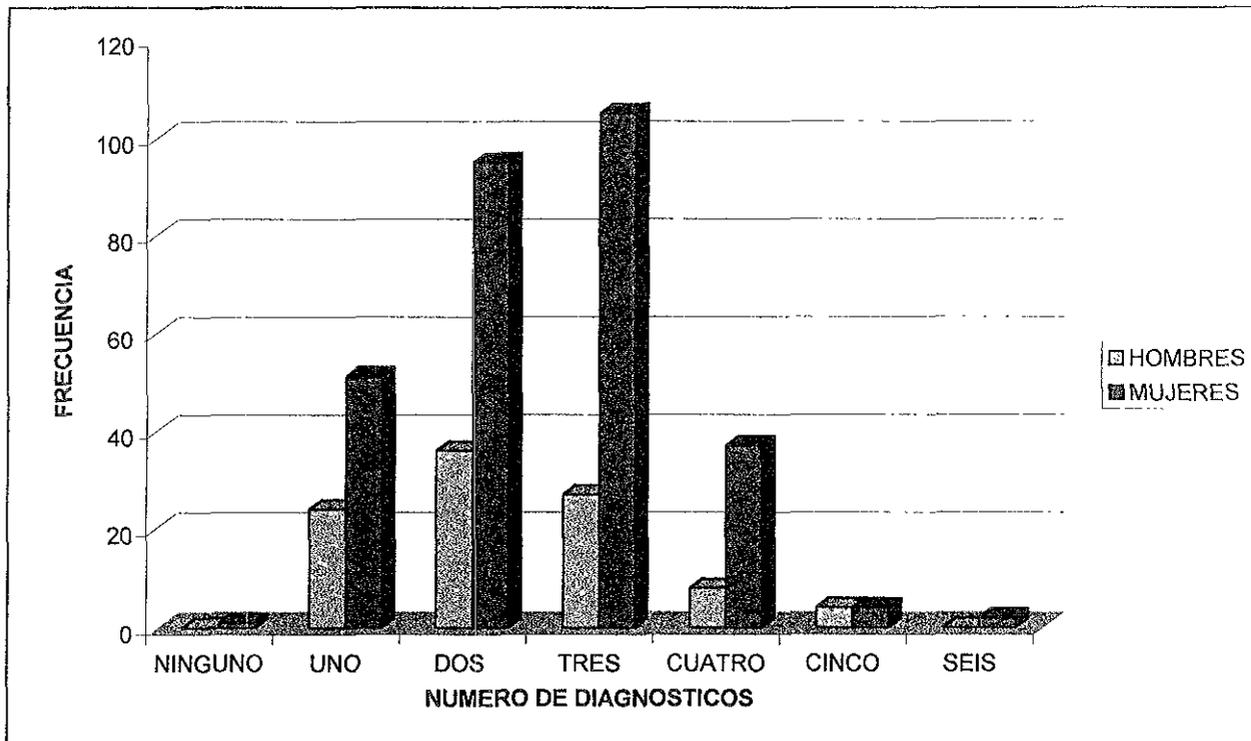
GRAFICO 4
NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION
SEP 1995 - SEP 1997



FUENTE: Evaluaciones de primera vez realizadas durante sep 1995 - sep 1997.

DESCRIPCION: Se observa que el 52% de la población cuenta con una escolaridad entre 1 y 6 años.

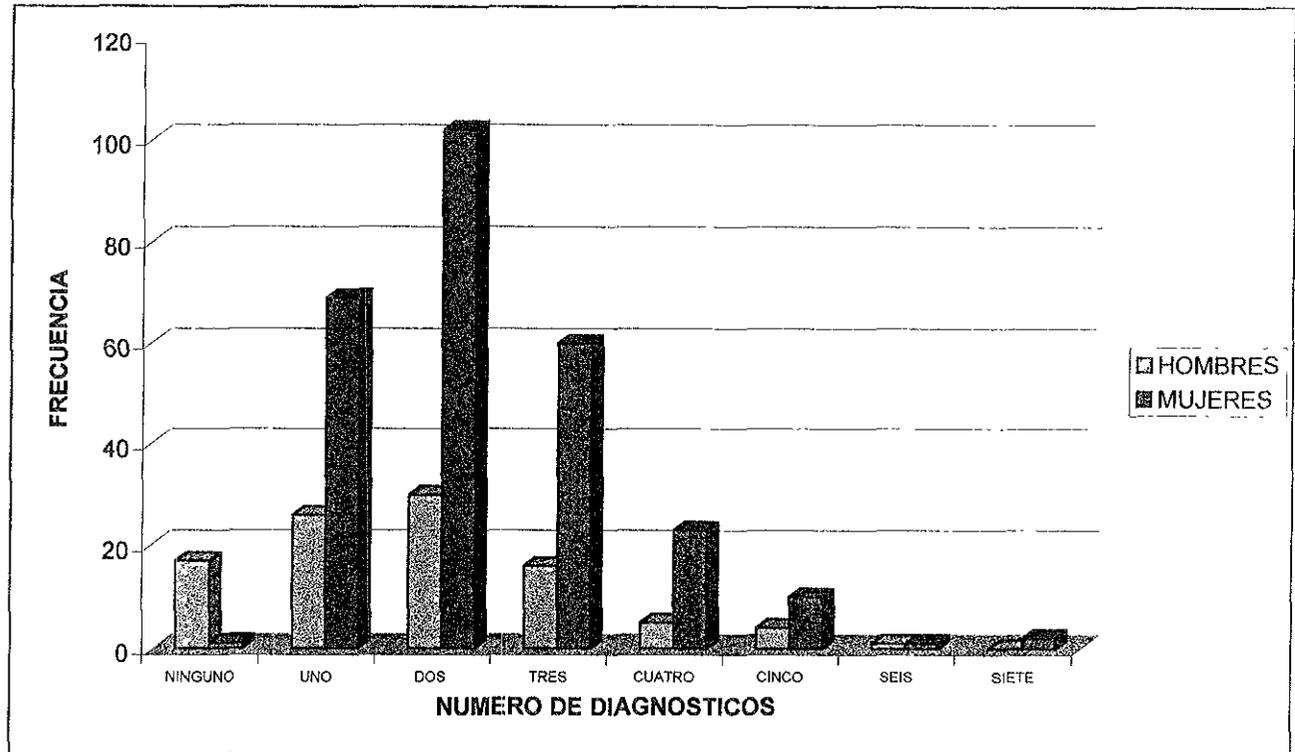
GRAFICO 5
DISTRIBUCION POR SEXO DE NUMERO DE DIAGNOSTICOS PREEXISTENTES
EN LA POBLACION
SEP 1995 - SEP 1997



FUENTE: Evaluaciones de primera vez realizadas durante sep 1995 - sep 1997.

DESCRIPCION: Se observa que la mayoría de la población (67%) presentó de 2 a 3 patologías.

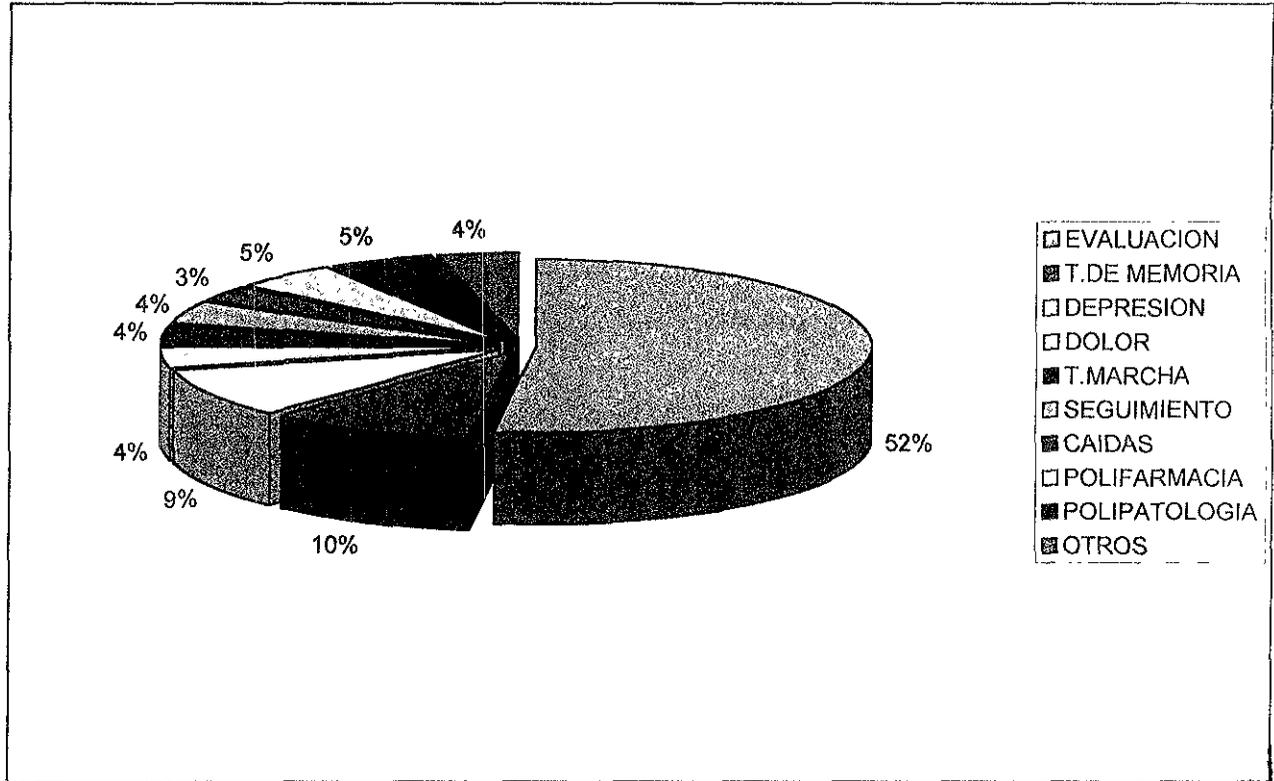
GRAFICO 6
DISTRIBUCION POR SEXO DE NUMERO DE SINDROMES GERIATRICOS
IDENTIFICADOS EN LA POBLACION
SEP 1995 - SEP 1997



FUENTE: Evaluaciones de primera vez realizadas durante sep 1995 - sep 1997.

DESCRIPCION: Se observa que en la mayoría de la población (76%) se identificaron de 1 a 3 síndromes geriátricos.

GRAFICO 7
PRINCIPALES MOTIVOS DE ENVIO DE LA POBLACION
SEP 1995 - SEP 1997



FUENTE: Evaluaciones de primera vez realizadas durant sep 1995 - sep 1997.
DESCRIPCION: Se observa que el principal motivo de envío fué la evaluación.

ANEXO 1

INDICE DE KATZ (EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)		
1. BAÑO: ESPONJA, REGADERA O TINA		
() () () No recibe asistencia, (puede entrar y salir de la tina por sí mismo si la tina es su medio usual de baño)	() () () Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (como espalda o pierna)	() () () Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.
2. VESTIDO: Que pueda tomar del closet o de los cajones la ropa, incluyendo la ropa interior, vestido y que se pueda abrochar.		
() () () Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia	() () () Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrochar zapatos	() () () Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse
3. IR AL BAÑO: Ir al baño, limpiarte y arreglar su ropa		
() () () Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo el mismo)	() () () Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y arreglar su ropa o en el uso del pañal o cómodo	() () () Que no vaya al baño
4. TRANSFERENCIAS		
() () () Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un objeto de soporte)	() () () Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.	() () () Que no pueda salir de la cama
5. CONTINENCIA		
() () () Control total de esfínteres	() () () Que tenga accidentes ocasionales.	() () () Necesita ayuda para la supervisión del control de esfínter, utiliza sonda o incontinente.
6. ALIMENTACIÓN		
() () () Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna	() () () Que se alimente solo y que tenga asistencia solo para cortar la carne o untar mantequilla	() () () Que reciba asistencia en alimentación ó que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.
TOTAL 1() 2() 3()		

CALIFICACIÓN DE KATZ:

- 1) Independencia en alimentación continencia, transferencias, ir al baño, vestirse, bañarse
- 2) Independencia en todas las funciones menos una.
- 3) Independencia en todo menos bañarse y otra función adicional.
- 4) Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra función adicional.
- 5) Dependencia en el baño, vestido, ir al baño y otra función adicional.
- 6) Dependencia en el baño, vestido, ir al baño, transferencia y otra función adicional.
- 7) Dependiente total en las seis funciones
- 8) Dependencia en dos funciones pero que no clasifican en 2,3,4,5

ANEXO 2

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON				
		1a	2a	3a
A. Capacidad para usar el teléfono				
1	Lo opera por iniciativa propia, marca sin problema	1		
2	Marca sólo unos cuantos números bien conocidos	1		
3	Contesta el teléfono pero no llama	1		
4	No usa el teléfono	0		
B. Compras				
1	Vigila sus necesidades independientemente	1		
2	Hace independientemente sólo pequeñas compras	0		
3	Necesita compañía para cualquier compra	0		
4	Incapaz de cualquier compra	0		
C. Cocina*				
1	Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente	1		
2	Prepara los alimentos, sólo si se le provee de lo necesario	0		
3	Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada	0		
4	Necesita que le preparen los alimentos	0		
D. Cuidado del hogar*				
1	Mantiene la casa sólo o con ayuda mínima	1		
2	Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente	1		
3	Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia.	1		
4	Necesita ayuda en todas las actividades.	1		
5	No participa.	0		
E. Lavandería*				
1	Se ocupa de sus ropas independientemente.	1		
2	Lava sólo pequeñas cosas	1		
3	Todo se lo tienen que lavar	0		
F. Transporte				
1	Se transporta solo	1		
2	Se transporta sólo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos.	1		
3	Viaja en transporte colectivo acompañado	1		
4	Viaja en taxi o en auto y acompañado.	0		
5	No sale.	0		
G. Medicación				
1	Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas.	1		
2	Se hace responsable sólo si le prepara por adelantado.	0		
3	Es incapaz de hacerse cargo.	0		
H. Finanzas				
1	Maneja sus asuntos independientemente.	1		
2	Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras	0		
3	Es incapaz de manejar el dinero.	0		
TOTAL:				

* Cuenta en sexo masculino sólo si vive sólo.

ANEXO 3

EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI			
Instrucciones: El sujeto debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos. A partir de tal postura se evalúa.			
BALANCE:			
1ª	2ª	3ª	
1 Balance sentado: Se va de lado o resbala = 0 Firme y seguro = 1			
2 Levantarse: Incapaz sin ayuda = 0 Capaz en más de un intento = 1 Capaz sin brazos = 2			
3 Intenta levantarse Incapaz sin ayuda = 0 Capaz en más de un intento = 1 Capaz a la primera = 2			
4 Balance inmediato al levantarse (5 seg.) Inestable (vacila, mueve los pies) = 0 Estable pero c/ apoyo físico = 1 Estable sin apoyo = 2			
5 Balance de pie: Inestable = 0 Estable pero con amplia base de sustentación (>10 cm) o apoyo físico = 1 Estable con base normal de sustentación = 2			
6 Empujón (con el sujeto con los pies juntos, el examinador empuja con la palma de la mano sobre el esternon 3 veces) Comienza a caer = 0 Se tambalea pero se recupera = 1 Está firme = 2			
7 Ojos cerrados (misma posición) Inestable = 0 Estable = 1			
8 Giro de 360 grados Pasos irregulares = 0 Pasos uniformes = 1 Inestable = 0 Estable = 1			
9 Al sentarse Inseguro (juzga mal la distancia, se deja caer) = 0 Usa los brazos o está inseguro = 1 Seguro, baja con suavidad = 2			
SUBTOTAL BALANCE / 16			

Instrucciones: El sujeto se pone de pie con el examinador; camina a lo largo del corredor o atraviesa el cuarto, primero a "su paso", de regreso "rápido" pero con precaución (usando su apoyo habitual)			
MARCHA			
10. Inicio de la marcha (inmediatamente luego de decirle "sale") Duda o intenta "arrancar" más de una vez = 0 No titubea = 1			
11. Longitud y elevación del paso			
a. Balance del pie derecho: No rebasa al pie izquierdo = 0 Rebasa al pie izquierdo = 1 El pie der. No deja el piso = 0 El pie derecho deja el piso = 1			
b. Balance del pie izquierdo. No rebasa al pie derecho = 0 Rebasa al pie derecho = 0 El pie izq. No deja el piso = 0 El pie izquierdo deja el piso = 1			
12. Simetría en los pasos entre izq. y der. Desigual = 0 Uniforme = 1			
13. Continuidad en los pasos Discontinuos = 0 Parecen continuos = 1			
14. Rumbo Marcada desviación = 0 Desviación moderada o se apoya = 1 Derecho sin auxilio = 2			
15. Tronco Balanceo marcado o usa apoyo físico = 0 No hay balanceo pero flexiona rodillas o dorso o separa los brazos = 1 No balanceo, no-flexión = 2			
16. Base de sustentación Talones separados = 0 Talones se tocan al caminar = 1			
SUBTOTAL MARCHA / 12			
TOTAL =			

ANEXO 4

EXAMEN MINIMO DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN		
P.Max.	P. obt.	
5		¿Que fecha es hoy? (año, estación, mes, día, fecha completa)
5		¿En donde estamos? (piso, hospital, ciudad, estado, país)
3		Nombre 3 objetos (1 por segundo) Pida al sujeto que los repita.
5		Que reste empezando en 100 de 7 en 7 (o desde 20, de 3 en 3), hasta 5 respuestas.
3		Pregunte por los 3 objetos aprendidos
2		Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique.
1		Que repita la frase " tres tristes tigres".
3		Que cumpla la siguiente orden verbal: Tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso.
1		Que lea la frase " cierre los ojos "
1		Que escriba una oración.
1		Que copie un diseño gráfico (pentágonos cruzados)
TOTAL =		

ANEXO 5

ESCALA DE PEEIFFER		Pts.obt.
* ¿Cuántos años tiene usted? (entre dos años)		
* ¿En que años nació? (año exacto)		
¿En que año estamos? (año exacto)		
¿En que mes estamos? (mes exacto)		
* ¿Qué comió en su última comida?		
¿Qué lugar es éste? (nombre o descripción)		
* ¿Cuál es su dirección?		
¿Qué día de la semana es hoy?		
* ¿Quién es el presidente del país?		
Cuenta del 20 al 1 (para atrás)		
TOTAL =		
0 – 3 muy confuso 4 – 7 moderadamente confuso 7 – 8 levemente confuso 9 – 10 lúcido y alerta.		

ANEXO 6

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA	
Si Folstein > 15 ó Pfeiffer > 4	
	SI / NO
1.- ¿Está usted satisfecho con su vida?*	/
2 - ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?	/
3 - ¿Siente usted que su vida está vacía?	/
4.- ¿Se aburre usted con frecuencia?	/
5 - ¿Tiene usted esperanza en el futuro?*	/
6 - ¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	/
7.- ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?*	/
8 - ¿Tiene usted miedo de que algo le vaya a suceder?	/
9 - ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?*	/
10 - ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	/
11.- ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	/
12.- ¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	/
13.- ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?	/
14.- ¿Cree usted que tiene más problemas con su memoria que los demás?	/
15.- ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?*	/
16.- ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	/
17.- ¿Siente usted que nadie lo aprecia?	/
18.- ¿Se preocupa usted mucho por el pasado?	/
19.- ¿Cree usted que la vida es muy emocionante?*	/
20 - ¿Le es difícil a usted comenzar con nuevos proyectos?	/
21.- ¿Se siente usted lleno de energía?*	/
22.- ¿Siente usted que su situación es desesperante?	/
23.- ¿Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?	/
24 - ¿Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia?	/
25 - ¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	/
26.- ¿Tiene usted problemas para concentrarse?	/
27 - ¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas?*	/
28.- ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	/
29.- ¿Es fácil para usted tomar decisiones?*	/
30.- ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?*	/
TOTAL =	/

* La respuesta debe ser Sí.

ANEXO 7

EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO NUTRICIO

1 Índice de masa corporal 0 = < 19 1 = 19 < IMC < 21 2 = 21 < IMC < 23 3 = IMC > 23	()	12 Consume usted Más de una ración de una ración de productos lácteos al día Dos o más raciones de leguminosas o huevos por semana Carne, pescado o aves diariamente	Si ___ No ___ Si ___ No ___ Si ___ No ___
2. Perímetro medio braquial 0 = PMB < 21 0.5 = 21 < PMB < 22 1 = PMB > 22	()	0 = 0 o 1 afirmativos 5 = 2 afirmativos 1 = 3 afirmativos	()
3 Perímetro de pantorrilla 0 = PP < 31 1 = PP > 31	()		
4. Pérdida ponderal en los últimos tres meses. 0 = > 3 Kg 1 = no lo sabe 2 = 1 a 3 Kg	()	13 ¿ Consume usted dos o más raciones de frutas o verduras al día? 0 = sí 1 = no	()
5 ¿ El paciente vive solo, es dependiente de sus familiares o vive en institución? 0 = sí 1 = no	()	14 ¿ Ha disminuido su consumo de alimentos en los últimos tres meses (pérdida de apetito, dificultades para deglutir o masticar) 0 = disminución grave 1 = baja moderada 2 = no	()
6 ¿ Toma más de tres medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	()	15 ¿ Cuantos vasos de líquido consume diariamente? 0 = < de 3 vasos 0.5 = 3 a 5 vasos 1 = > de 5 vasos	()
7 ¿ En los últimos tres meses, ha sufrido alguna enfermedad aguda o estrés psicológico? 0 = sí 1 = no	()	16 Modo de alimentación 0 = con asistencia 1 = autónomo con dificultades 2 = sólo y sin dificultades	()
8. Movilidad 0 = confinado a cama o sillón 1 = confinado a su habitación 2 = puede andar en exteriores sin ayuda	()	17 ¿ Tiene usted una enfermedad, o atraviesa por alguna situación que le ha obligado a modificar la cantidad y/o tipo de alimentos que usted consume? 0 = sí, en gran medida 1 = sí, parcialmente, o bien no lo sabe 2 = ningún problema	()
9 Problemas psiquiátricos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia o depresión leve 2 = ningún problema psiquiátrico	()	18 ¿ En comparación con otras personas de su edad, como considera usted su salud? 0 = no tan buena 0.5 = igualmente buena 1 = no lo sabe 2 = mejor	
10 Ulceras de decúbito 0 = sí 1 = no	()		
11 ¿ Cuántas comidas hace al día? 0 = una 1 = dos 2 = tres	()	TOTAL	()

Puntaje ≤ 19 = desnutrición, 19 - 23.5 = riesgo de desnutrición, > 23.5 = normal *

FUENTE: Guigoz Y, Vellas B Mini Nutritional assesment Facts & research in Gerontol, suppl 2, 1994

*Puntaje propuesto correspondiente a la validación e población mexicana Flores M Gutiérrez-Robledo L, Llaca C, Romero K. Validation of a Spanish version of the MNA in a Mexican Population in Mono nutritional assesment (MNA) research and practice in the elderly Vol 1 Nestle nutrition workshop series Vevey 1998

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez R, Brown M. ENCUESTA DE LAS NECESIDADES DE LOS ANCIANOS EN MEXICO, Salud Pública de México, 1983;25(1) 21-75.
2. CONAPO-DIF COMPENDIOS DE INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA 1950-1990 DISTRITO FEDERAL. MEXICO, 1994.
3. Montes de Oca V ESTIMACION INDIRECTA DE LA MORTALIDAD PARA EL DISTRITO FEDERAL. Memorias de la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, El Colegio de México, 1995 México
4. Borges A TRANSICION DEMOGRAFICA EN MEXICO, SITUACION DE LA POBLACION ANCIANA. Epidemiología SS, 1993,8.81-89
5. D'Elon R. MEDICINA GERIATRICA. *BMJ* 1997;315:42-44
6. Tulloch AJ, Moore V A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL OF GERIATRIC SCREENING AND SURVEILLANCE IN GENERAL PRACTICE. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29 733-42
7. Williams EI. SCREENING IN THE ELDERLY *R Clin Gerontol* 1994;4:180-84.
8. Applegate WB, Blass JP, Williams F INSTRUMENTS FOR THE FUNCTIONAL ASSESSEMENT OF OLDER PATIENTS *N Engl J Med* 1990; 322 17-1207-14.
9. Cassel CK GERIATRIC MEDICINE. 1992, 2ª de; 473-78.
10. Rockwood K, Silvius JL, Fox RA COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSEMENT. HELPING YOUR ELDERLY PATIENTS MAINTAIN FUNCTIONAL WELL-BEING. *Postgraduate Med* 1998.103:3, 247-58
11. Kramer AM, Fox PD, Morgenstern N GERIATRIC CARE APPROACHES IN HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS. *JAGS* 1992,40 1055-1067
12. Report of the Council on Scientific Affairs EMERICAN MEDICAL ASSOCIATION WHITE PAPER ON ELDERLY HEALTH. *Arch Intern Med.* 1990;150:2459-2472.
13. Applegate W Deyo R et al. GERIATRIC EVALUATION AND MANAGEMENT: CURRENT STATUS AND FUTURE RESEARCH DIRECTIONS *JAGS-SUP* 1991;39 2S-7S

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

- 14 Rubenstein LZ Stuck AE, et al IMPACTS OF GERIATRIC EVALUATION AND MANAGEMENT PROGRAMS ON DEFINED OUTCOMES OVERVIEW OF THE EVIDENCE. JAGS-SUP 1991;39 8S-16S.
15. Feussner JR GERIATRIC EVALUATION AND MANAGEMENT UNITS' EXPERIMENTAL METHODS FOR EVALUATING EFFICACY. JAGS-SUP 1991;39:19S-24S
- 16 Morley JE. GERIATRIC MEDICINE: A TRUE SUBSPECIALTY JAGS 1993;41:1150-1154.
17. Hazzard WR. GERIATRIC FELLOWSHIP TRAINING. A REVISIONIST PROPOSAL JAGS 1992;40.1175-77.
- 18 Lachs MS, Ruchlin HS. IS MANAGED CARE GOOD OR BAD FOR GERIATRIC MEDICINE ? JAGS 1997;45 1123-27
- 19 Lachs MS. Feinstein AR, et al A SIMPLE PROCEDURE FOR GENERAL SCREENING FOR FUNCTIONAL DISABILITY IN ELDERLY PATIENTS Ann Intern Med 1990;112 9 699-706
- 20 Culkins DR Rubenstein LV, et al FAILURE OF PHYSICIANS TO RECOGNIZE FUNCTIONAL DISABILITY IN AMBULATORY PATIENTS. Ann Intern Med 1991;114:6.451-54
- 21 Gold S Bergman H. A GERIATRIC CONSULTATION TEAM IN THE EMERGENCY DEPARTMENT JAGS 1997;45:764-767.
- 22 Sinoff G Clarfield AM., Et al. A TWO-YEAR FOLLOW-UP OF GERIATRIC CONSULTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT JAGS 1998;46.716-720.
23. Eng C Pedulla J, et al PROGRAM OF ALL-INCLUSIVE CARE FOR THE ELDERLY (PACE) AN INNOVATIVE MODEL OF INTEGRATED GERIATRIC CARE AND FINANCING. JAGS 1997;45.223-232.
- 24 Rubenstein LZ Josephson KR, et al. EFFECTIVENESS OF GERIATRIC EVALUATION UNIT N Eng J Med 1984;311:26.1664-1670.
- 25 Boulton Ch. Boulton L, et al OUTPATIENT GERIATRIC EVALUATION AND MANAGEMENT. JAGS 1998;46:296-302
- 26 CIESS, OPS, OSP OMS EL ADULTO MAYOR EN AMERICA LATINA México, 1995

- 27 Katz S, et al PROGRESS IN DEVELOPMENT OF THE INDEX OF A D L Gerontologist
1970, part 1,20-30
- 28 Lawton MP, Brody EM ASSESSMENT OF OLDER PEOPLE Gerontologist,1969;9 179-
186
- 29 Tinetti ME PERFORMANCE - ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY PROBLEMS IN
ELDERLY PATIENTS. J Am Geriatr Soc, 1986;34:119-126.
- 30 Folstein et al. J Psychiatr Res, 1975;12 189-198.
- 31 Pfeiffer et al. J Am Geriatr Soc, oct 1975,23(10),443-451.
- 32 Brink TL, Yesavage JA, et al SCREENING TEST FOR GERIATRIC DEPRESSION. Clin
Gerontol, 1982,1{1} 37-43
33. Guigoz Y, Vellas B NUTRITION IN THE ELDERLY Sup 2 Gerontology 1994 (Morley J E
Edit)