

## Evaluación geriátrica integral en adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cuenca

Nube Pacurucu<sup>1\*</sup>; Katynna Parra<sup>2</sup>; Patricia Peñoro<sup>3</sup>; Josue Aguilar<sup>4</sup>

(Recibido: febrero 06, 2024; Aceptado: mayo 15, 2024)

<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol8iss14.2024pp13-19p>

### Resumen

La evaluación geriátrica integral está diseñada como un instrumento para identificar y medir problemas anatómico-fisiológicos, psicológicos y sociales que afectan a los adultos mayores y que pueden generar cambios y muchas veces discapacidad en casos de dependencia extrema. El propósito de este estudio fue realizar una valoración geriátrica a las personas mayores capacitadas en la Casa Hogar Miguel de León, Cuenca, Ecuador, mediante un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional a 44 adultos. Las escalas usadas fueron las siguientes: Escala de Evaluación Social de Gijón, Índice de Basilea, Escala de Evaluación Nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA), Escala de Tinetti Modificada, Evaluación Cognitiva Modificada (MMSE). Los cálculos y la determinación de los resultados se realizaron con el software SPSS 24 y los resultados se presentan en un formato tabular simple con frecuencias y porcentajes. Encontrando 43% Seguros según criterios de Barthel, 56% Conocimientos distintos y 65% Alto riesgo de fracaso según MMSE (Tinetti). Según el MNA, el 59% también enfrenta escasez de alimentos; según Gijón, el 81% también enfrenta problemas sociales. El estado de salud de las personas mayores del grupo Casa Hogar Miguel de León, mostrando la prevalencia de trastornos psiquiátricos, nutricionales y del comportamiento social según lo determinado por la valoración geriátrica integral. La confianza brindada por el equipo de investigación también incluyó problemas con caídas y salteamiento de comidas porque no podían satisfacer sus necesidades y necesitaban a alguien que los ayudara a cuidar de sí mismos.

**Palabras Clave:** accidentes por caídas; anciano con deficiencia funcional; depresión; evaluación geriátrica; estado funcional.

## Comprehensive geriatric evaluation in institutionalized older adults in the city of Cuenca

### Abstract

The comprehensive evaluation is designed as a tool to identify and measure anatomical-physiological, psychological and social problems that affect the elderly and that can generate changes and often disability in cases of extreme dependency. The purpose of this study was to carry out a geriatric assessment of the elderly people trained at the Casa Hogar Miguel de León, Cuenca, Ecuador, by a descriptive, retrospective, observational study of 44 adults. The scales used are the following: Gijón Social Assessment Scale, Basel Index, Nutritional Assessment Scale (Mini Nutritional Assessment MNA), Modified Tinetti Scale, Modified Cognitive Assessment (MMSE). The calculations and determination of the results were performed using SPSS 24 software and the results are presented in a simple tabular format with frequencies and percentages. Finding 43% Safe according to Barthel criteria, 56% Different knowledge and 65% High risk of failure according to MMSE (Tinetti). According to the MNA, 59% also face food shortages; according to Gijón, 81% also face social problems. Health status of the elderly from the Casa Hogar Miguel de León group, showing the prevalence of psychiatric, nutritional and social behavior disorders as determined by the comprehensive geriatric assessment. The reliance provided by the research team also included problems with falls and skipping meals because they could not meet their needs and needed someone to help them care for themselves.

**Keywords:** accidents due to falls; elderly with functional deficiency; depression; geriatric evaluation; functional status.

<sup>1</sup> Universidad Católica de Cuenca, Ecuador. Email: npacurucu@ucacue.edu.ec. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4181-0099>. \*Autor de correspondencia.

<sup>2</sup> Universidad del Zulia, Venezuela. Email: kcparraq@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6812-8518>

<sup>3</sup> Universidad del Zulia, Venezuela. Email: mppinero@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9817-1871>

<sup>4</sup> Licenciado en Enfermería. Email: aguilarvalenzuelajosue@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-2342-7281>

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se caracteriza por cambios y modificaciones que se dan a nivel mundial como resultado de interacciones entre factores internos (genéticos) y externos (ambientales), protectores o destructivos (factores de riesgo). Este cambio se puede ver en la pérdida de la salud, la conciencia de las limitaciones del propio funcionamiento, lo que lleva a la discapacidad en las personas mayores como la impotencia, la inestabilidad y el declive mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 65 años es el comienzo de la vejez, o el tercer año después de los 65 años. En Colombia se considera persona mayor a la de 60 años o más o a la de 50 años y se determina su nivel de fatiga física, mental y emocional<sup>1</sup>.

El envejecimiento de la población, debido a los cambios demográficos, epidemiológicos y al aumento en el número y frecuencia de enfermedades que conducen a la discapacidad, pondrá a prueba el sistema de salud por la alta demanda de servicios especializados que deben ser atendidos. Sirviendo recursos limitados para el creciente número de personas mayores y aquellos con sistemas inestables y costosos<sup>2</sup>.

Los adultos mayores tienen “problemas de edad” que les impiden realizar actividades de la vida diaria (AVD) relacionadas con el cuidado personal, como vestirse, comer, bañarse, caminar, etc. Actividades de la Vida Diaria (AIVD) Herramientas de la vida como ir de compras, tomar el autobús, subir escaleras, cocinar, etc. En materia de autonomía e independencia, la AIVD aborda los problemas que plantean las instituciones<sup>7,11</sup> que reducen la independencia de las personas mayores, que tienen que ser trasladadas a entornos externos no gestionados, y que colapsan<sup>2</sup>. Su conexión con el juego es su historia de vida olvidada<sup>3</sup>.

Ecuador no es ajeno al envejecimiento de la población que está ocurriendo en todo el mundo, especialmente en América Latina y el Caribe. Estas estadísticas se basan en el

número de jóvenes y adultos que trabajan, pero al igual que otros países de la región, están envejeciendo debido al aumento de la esperanza de vida y la caída de las tasas de natalidad. A continuación, se muestra una lista de indicadores demográficos de Ecuador para informar las discusiones de gestión<sup>4</sup>.

En Ecuador, se estima que el 11% de los adultos viven solos, y esta cifra está aumentando en la costa ecuatoriana (12,4%); el 81% de los adultos dice estar satisfecho con su vida, el 28% dice que no tiene apoyo, el 38% a veces se siente carente en su vida y el 46% siente que sería malo para ellos<sup>5</sup>.

Por las razones anteriores, es importante utilizar métodos diagnósticos específicos que puedan identificar y potenciar la atención en los aspectos de salud de los adultos mayores en instituciones para esperar y/o tratar enfermedades, reincorporación al trabajo y promoción. Adultos sanos en esta población compleja<sup>6</sup>. Al identificar las necesidades y problemas de los adultos mayores, se pueden predecir y prevenir eventos adversos como caídas, hospitalización, discapacidad y muerte<sup>7</sup>.

El Objetivo de la presente investigación es determinar el estado funcional del adulto mayor a través de la evaluación de la capacidad de ventilación, fuerza muscular y rendimiento cardiovascular y determinar la capacidad cognitiva de la población a través de la medición de la orientación espacial, fijación, recuerdo normal y diferido, atención, cálculo y lenguaje de los adultos mayores institucionalizados en la Casa Hogar Miguel de León de la ciudad de Cuenca, Ecuador.

## METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó con un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, retrospectiva, la población de estudio incluyó a 44 adultos residentes en el Hospital Miguel de León de Cuenca. El modelo es censal de acuerdo al tamaño de la población de estudio. Los instrumentos utilizados para la Evaluación Geriátrica Integral fueron las

siguientes escalas midiendo sus dimensiones correspondientes:

*El Índice de Barthel* mide qué tan independientes son los adultos mayores en su desempeño de las actividades diarias en una escala de 0 a 100. La definición final fue la siguiente: 100 independencia total, 91-99 dependencia leve, 61-90 dependencia moderada, 21-60 dependencia severa o grave y 0-20 dependencia total; el alfa de Cronbach fue 0,9435<sup>8</sup>.

*La escala de Tinetti modificada:* predicción del riesgo de caídas en residentes de larga duración. Dividido en evaluación continua y comparación. El valor máximo para la escala de pasos es 12 y el valor máximo para la escala general es 16, de la suma de ambos se obtiene un puntaje total de 28, con el cual se determina el riesgo de caídas 25 – 28 riesgo bajo, 20 – 24 riesgo medio, < 19 riesgo alto. Los números para estos dos niveles representan riesgo de falla, mejora de calidad, eficiencia y reducción de riesgo. La escala es confiable con un alfa de Cronbach de 0,95<sup>9</sup>.

*Evaluación Mental Modificada (MMSE por sus siglas en inglés):* un instrumento utilizado para medir las habilidades mentales. Hay 11 preguntas que evalúan varios aspectos de la cognición tales como: percepción, atención, memoria, razonamiento, juicio, atención, computación y lenguaje. Los puntajes de evaluación son: (9-11) estado alterado EA grave – demencia, (12-23) EA moderada – deterioro, (24-26) EA leve – sospecha patológica, (27-30) Normal. La escala es confiable con valor alfa de Cronbach de 0,87<sup>10</sup>.

*Escala de Evaluación Social de Gijón:* es una de las herramientas más útiles para descubrir los problemas y problemas de la sociedad. Apto para personas mayores de 65 años, reconocida como una organización de transición para la evaluación del riesgo social y familiar, con cinco etapas de evaluación. El punto de corte que define el riesgo de una persona es igual o mayor a 16. Los parámetros

considerados son:  $\leq 10$  situación social buena - normal o riesgo social bajo, 10-16 existe riesgo social intermedio,  $> 17$  problema social - riesgo social elevado. La confiabilidad Inter observador fue muy alta (índice kappa 0,957)<sup>8</sup>.

*Escala de Evaluación Nutricional. (Mini Nutritional Assessment MNA):* es una herramienta que permite evaluar las condiciones relacionadas con la alimentación y la nutrición en adultos mayores, identificando y clasificando el riesgo dietético de la población adulta mayor. Los valores considerados del MNA son:  $\leq 17,0$  mal estado nutricional, (17,1 - 23,5) riesgo de malnutrición,  $\geq 23,6$  estado nutricional satisfactorio. La escala es confiable con una consistencia interna de 0,83 y un coeficiente de correlación intraclase de 0,89<sup>11</sup>.

Para el análisis de los datos, se realizó un análisis descriptivo según la ponderación de cada escala, que incluyó medidas de frecuencia y mediciones. La presentación de resultados se realiza en forma de análisis tabular y porcentual simple. Los datos se analizaron, presentaron y compararon utilizando el software estadístico SPSS 24.0. Consideraciones éticas. Este proyecto de investigación no dañará a los ancianos, los datos recopilados son confidenciales para el investigador. La realización de este estudio requirió revisión y aprobación por parte del Comité de Ética Humana (CESH) de la Pontificia Universidad Católica de Cuenca. Todos los estudios se realizaron de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

Según la escala de Barthel, el grado de independencia de los adultos mayores de la Casa de Miguel de León en relación con la realización de las actividades básicas de la vida diaria mostró un grado de dependencia de 43,2% (n=19), seguido de 15,9% (n=7) mostró independencia (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de independencia de los adultos mayores institucionalizados

Índice de Barthel	Frecuencia	Porcentaje
Independencia total	8	18,2
Dependencia leve	6	13,6
Dependencia moderada	4	9,1
Dependencia grave	19	43,2
Dependencia total	7	15,9
Total	44	100,0

La escala de Tinetti al ser aplicada a los adultos mayores institucionalizados en el Hogar Miguel de León tienen un 65,9% siendo este un riesgo alto de caídas (Tabla 2).

Tabla 2. Riesgo de caídas de los adultos mayores institucionalizados

Escala de Tinetti	Frecuencia	Porcentaje
< 19 Alto riesgo de caídas	29	65,9
20 – 24 Riesgo medio de caídas	15	34,1
Total	44	100,0

Una evaluación sistemática e integral de los procesos mentales de las personas mayores en la Casa Miguel de León encontró una mejoría significativa en el 56,9% de las personas mayores. Aunque sólo el 20,4% fueron moderados según la Evaluación Mental Modificada MMSE (Tabla 3).

Tabla 3. Estado cognitivo de los adultos mayores institucionalizados

MMSE	Frecuencia	Porcentaje
Estado alterado leve	9	20,4
Estado alterado moderada	10	22,7
Estado alterado grave	25	56,9
Total	44	100,0

Al utilizar la Escala Social de Gijón para evaluar el riesgo de las personas mayores que viven en el hogar Miguel de León, el 81,8% presentó problemas sociales (Tabla 4).

Tabla 4. Riesgo social de los adultos mayores institucionalizados

Escala social Gijón	Frecuencia	Porcentaje
Buena/aceptable situación social	1	2,3
Existe riesgo social	7	15,9
Problema social	36	81,8
Total	44	100,0

Al observar los problemas de salud de los adultos mayores del establecimiento Miguel de León utilizando el Mini Nutritional Assessment (MNA), se encontró que el 59,1% de los adultos mayores presentaba un estado alimentario deficiente, si es menor, muy deficiente. 36,4% sanos (Tabla 5).

Tabla 5. Riesgo nutricional de los adultos mayores institucionalizados

MNA	Frecuencia	Porcentaje
Estado nutricional satisfactorio	2	4,5
Riesgo de malnutrición	26	59,1
Mal estado nutricional	16	36,4
Total	44	100,0

## DISCUSIÓN

Una evaluación integral de los adultos mayores les permite evaluar su propia salud e identificar y reflexionar sobre necesidades y desafíos que cambiarán sus vidas<sup>12</sup>. Un estudio de Monteagudo Torres et al<sup>13</sup> el 9,45% reportó baja memoria, 1,0% deterioro cognitivo y 89,6% sin deterioro cognitivo, baja inteligencia 90,4% y algún grado de deterioro funcional 27,4%. Además, Quintana et al utilizaron y alcanzaron diferentes escalas de edad, ya que el 62,1 % de ellos estaban libres de enfermedad; además, el estudio también mostró un deterioro cognitivo del 50,6%, superior al informado por Monteagudo Torres et al. Asimismo, la visión (64,4%) y la audición (50,6%) fueron déficits neurosensoriales, se constató debilidad en el 54,0% de los casos y signos de dependencia funcional en casos primarios (73,5%) y casos poblacionales (93,1%). Diferencias en este estudio aspecto<sup>14</sup>.

En cuanto a la escala de Tinetti, el estudio mostró que el 59,1% indicó un alto riesgo de caída, esta alta probabilidad de fracaso se justifica si analizamos el número de adultos que presentan deterioro cognitivo según el MMSE. Petronila, Aragón y Calvo encuentran información similar en su estudio de caídas en adultos mayores: evaluación del riesgo basada en eventos e interpretación, que resultó en caídas en el 37,04% de su muestra,

en su mayoría mujeres; además, hubo una correlación significativa entre las caídas y la función cognitiva<sup>15</sup>. Pérez-Hernández y otros encontraron que la edad promedio fue de 80,03 años, y el 51% de las personas padecía retraso mental leve y severo, el 44% de la población tenía alto riesgo de caídas<sup>16</sup>.

Al evaluar los problemas sociales mediante la Escala Social de Gijón, se encontró que el 81,8% de la familia de Miguel de León enfrentaba problemas sociales, que se manifestaban en el divorcio familiar. En contraste con el estudio actual, Vargas-Ricardo y Melguizo-Herrera<sup>17</sup> encontraron en su trabajo de 2017 que la educación primaria (49,6%), las tareas del hogar (52,8%), vivir en el segundo y tercer piso (66,7%). De estos, la mayoría tenía 71 años, eran mujeres comunes (55,7%), tenían pareja permanente (62,6%) y vivían con un promedio de 4 personas, calidad de vida relacionada con la salud (87,4%), independencia para realizar tareas básicas (86,3%) y actividades de apoyo diario (60,8%).

Al evaluar la severidad de la desnutrición mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA), se encontró que el 59,1% de los adultos mayores de la Casa Hogar Miguel de León estaban desnutridos. En este contexto, el estudio de Vanegas et al encontraron que las dietas, la condición específica fue un factor protector para la desnutrición (PR = 0,14; IC del 95 % = 0,02-0,91; valor de p = 0,02) y se asoció significativamente con la mortalidad. La prevalencia de desnutrición comparada con desnutrición fue de 4,7% (RP = 7,65; IC 95% = 0,82-71,14; valor p = 0,03)<sup>18</sup>.

Sin embargo, Hernández et al mostraron en sus hallazgos que el 3,5% estaba desnutrido, el 73,7% gozaba de buena salud y el 22,8% tenía enfermedades graves. Algunos sujetos estaban en riesgo para la población, con un 17,5% con una probabilidad superior al 52% de morir en los próximos tres años. La gravedad de la desnutrición afecta el estatus social y muchas condiciones médicas. La mayoría de las personas tienen menos de

cinco enfermedades<sup>19</sup>.

Casa Hogar Miguel de León Estado de Salud del Adulto Mayor, mostrando los problemas de salud mental, bienestar y sociales evaluados por evaluación geriátrica. La confianza brindada por el equipo de investigación se relacionó con el riesgo de caída y el riesgo de saltarse las comidas porque sus necesidades no fueron satisfechas y necesitar que alguien los ayude, se necesita mucha confianza.

El uso de evaluaciones geriátricas integrales permite una evaluación integral de las personas mayores en las instituciones, identificando problemas y necesidades específicas utilizando una escala fácil de usar, pero altamente confiable.

#### Agradecimientos

Agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca por el apoyo brindado en todo este proceso de investigación, así como al personal de Salud por haber colaborado en el levantamiento de la información del presente trabajo

**Conflicto de intereses.** Ninguno para declarar.

#### REFLEXIONES FINALES

La evaluación geriátrica integral es un método de análisis y análisis que puede identificar y reflejar los problemas, las debilidades y, en ocasiones, incluso las fortalezas de las personas mayores en la salud, el trabajo, la psicología y la sociedad, y mejorar el trabajo, el tratamiento y las capacidades a largo plazo. Explorar el tiempo, alcanzar un alto grado de independencia.

El grado de dependencia de los adultos mayores en las actividades de la vida diaria y la capacidad de cuidarse a sí mismos, que se relaciona con aquellos que tienen conocimientos, pero no los tienen, afecta su capacidad para tener problemas para caerse y su capacidad para comer, lo que afecta la forma en que comen. El estado de salud del adulto mayor de la Casa Hogar Miguel de León, muestra la prevalencia de enfermedades

mentales, condiciones de salud y sociales determinadas por la Evaluación Geriátrica Integral. La confianza que brinda el grupo de investigación incide en el riesgo de caídas y el riesgo de saltarse comidas por no poder cubrir sus necesidades y necesitar de alguien que les ayude a protegerse.

## REFERENCIAS

1. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, Campo Torregroza E, Martín Carbonell M de la C. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*. 2017;28(3):135–41.
2. Cortés N AR, Villarreal R E, Galicia R L, Martínez G L, Vargas D ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Rev Med Chil*. 2011;139(6):725–31.
3. Campo Torregroza E, Laguado Jaimes E, Martín Carbonell M, Camargo Hernández K del C. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Rev Cubana Enferm*. 2018;34(4).
4. Forttes Valdivia P. Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Ecuador Co-publicación BID-Eurosocial. Eurosocial. eu. Disponible en: <https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2021/03/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
5. Tortosa-Martínez J, Caus-Peretegaz N, Martínez-Román MA. Vida Triste y Buen Vivir según personas adultas mayores en Otavalo, Ecuador. *Converg Rev Cienc Soc*. 2014;21(65):147–69.
6. Giró Miranda J (coordinador). *Envejecimiento y Sociedad una perspectiva pluridisciplinar*. 2011. Universidad de la Rioja. Publicaciones Unirioja.es
7. Muñoz Mella MA, Ezpeleta Sáenz de Urturi E, Enríquez de Salamanca I, Rey Barbosa MT, Quintela Porro V, Román Vila A. Estrategia para la prevención de eventos adversos en el anciano hospitalizado. *Gerokomos*. 2009;20(3):118–22.
8. Rodríguez Guevara C, Helena Lugo L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. *Rev Colomb Reumatol*. 2015;19(4):218-233
9. Smith-Castro V, Castro Rojas M, Salazar Villanea M. Mini Mental State Examination (MMSE). Compendio de Instrumentos de Medición IIP- 2014. 2014 Nov:274-277. Disponible en: [http://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/COMPENDIOINSTRUMENTOSDEMEDICINIIP-2014\\_5.pdf](http://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/COMPENDIOINSTRUMENTOSDEMEDICINIIP-2014_5.pdf)
10. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Valoración Nutricional del adulto mayor: módulo 5. 2018. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo5.pdf>
11. Lozano E, Calleja J, Mena R. Propuesta para el ajuste del índice de masa corporal para las personas adultas mayores. 2018. Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/IMC.pdf>
12. Domínguez-Ardila A, García-Manrique JG. Valoración geriátrica integral. *Aten Fam*. 2014;21(1):20–3.
13. Monteagudo Torres M, Gómez Viera N, Martín Labrador M, Jiménez Fontao L, Mc Cook E, Ruiz García D. Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores de 60 años, en un área de salud del Policlínico Docente Plaza de la Revolución. *Rev Cubana Med*. 2009;48(3):59–70.
14. Quintana TR, Chauvinl MAA, Rosero MFO, Paccha MBO, Roche JRF, Moré SI. Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. *Rev habanera cienc médicas*. 2019;18(1):138–49.
15. Petronila Gómez L, Aragón Chicharro S, Calvo Morcuende B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. *Gerokomos*. 2017;28(1):2–8.
16. Pérez-Hernández MG, Velasco-Rodríguez R, Hilerio-López ÁG, García-Hernández M de L, García-Jiménez MA. Deterioro

- cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2018;171–8.
17. Vargas-Ricardo SR, Melguizo-Herrera E. Quality of life in the senior population of Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2017;19(4):549–54.
  18. Izquierdo P, Peña S, Salazar Z. Impactó de la nutrición en los adultos mayores de la sede social del Centro de Atención Ambulatoria No 302 del cantón Cuenca-Ecuador, Año 2015. *Revista Latinoamérica de hipertensión.* 2017;12(3):83–7.
  19. Hernández Galiot A, Pontes Torrado Y, Goñi Cambrodón I. Risk of malnutrition in a population over 75 years non-institutionalized with functional autonomy. *Nutr Hosp.* 2015;32(3):1184–92.