

ARTÍCULO DE REVISIÓN

ABORDAJE INTEGRAL DE LA PERSONA GERIÁTRICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Jesús Alberto Manjarrez-Montes ¹ , Catalina Luz Horta-Gómez ² ,

¹ Profesional en Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia. Médico de Atención Primaria en Programa de Riesgo Cardiovascular y Promoción y Prevención Primaria en IPS SALUD DEL CARIBE S.A, Cartagena, Colombia.

² Profesional en Medicina, Universidad del Sinú-Elías Bechara Zainúm, Seccional Cartagena, Colombia. Médico de Atención Primaria en Programa de Riesgo Cardiovascular BIENESTAR IPS S.A, Cartagena, Colombia. e-mail: catahogo10@gmail.com

Correspondencia: jesusmanjarrezmontes@gmail.com

Recibido: 6 de septiembre de 2023- Aprobado: 14 de septiembre de 2023- Publicado: 9 de septiembre de 2024

RESUMEN

Objetivo: Consolidar la evidencia científica validada para la valoración de la persona adulta mayor con el fin de un abordaje integral durante el proceso de atención primaria en salud. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión de la literatura centrada en la investigación de los últimos 10 años en relación con las técnicas y escalas para la evaluación integral del usuario geriátrico en atención primaria, utilizando criterios de búsqueda predefinidos y análisis estructurado al consultar las tres principales bases de datos de información médica. **Resultados:** las técnicas y escalas de valoración del usuario geriátrico identificadas se consolidan en dos categorías: calidad de vida y morbilidad percibida; en ellas es de relevancia la necesidad de aplicación de las herramientas diagnósticas para la evaluación detallada del estado funcional, movilidad y estado nutricional para una atención primaria efectiva. **Discusión:** La evaluación integral permite resolver problemas de salud menores que se expresan como síntomas aislados de malestar, dolor, incomodidad en general asociados al funcionamiento de los órganos y sistemas corporales, los cuales interactúan en el sujeto afectando los sistemas corticales; lo anterior conduce a deterioro de la percepción de calidad de vida al estar asociándose con síntomas afectivos como depresión, tristeza, minusvalía; al identificar y tratar la causa de estos trastornos menores abordando sus necesidades específicas se mejora la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores. La revisión destaca la necesidad de mantener un enfoque integral y holístico para optimizar el diagnóstico y tratamiento de las condiciones médicas subyacentes. **Conclusión.** En Atención Primaria en Salud (APS) es fundamental el abordaje integral de las condiciones de vida y salud de los sujetos en la edad de adulto mayor.

Palabras clave: ancianos, Bienestar del adulto mayor, Atención primaria de salud, Calidad de vida, Valoración integral

Citación (Vancouver):

Manjarrez-Montes JA. Abordaje integral de la persona geriátrica en la atención INTEGRAL DE LA PERSONA GERIÁTRICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD . Rev. avances en salud [Internet]. 2024 Sep. 9 [cited 2024 Sep. 13];7(1):55-69. Available from: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/3726>

© 2023. Universidad de Córdoba. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acreditan.

COMPREHENSIVE APPROACH TO THE GERIATRIC PERSON IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

Objective: Consolidate validated scientific evidence for the assessment of older adults with the aim of a comprehensive approach during the primary health care process. **Materials and methods:** A review of the literature focused on research from the last 10 years was carried out in relation to the techniques and scales for the comprehensive evaluation of the geriatric user in primary care, using predefined search criteria and structured analysis by consulting the three main medical information databases. **Results:** the geriatric user assessment techniques and scales identified are consolidated into two categories: quality of life and perceived morbidity; in them, the need to apply diagnostic tools for the detailed evaluation of functional status, mobility and nutritional status for effective primary care is relevant. **Discussion:** The comprehensive evaluation allows solving minor health problems that are expressed as isolated symptoms of discomfort, pain, discomfort in general associated with the functioning of the organs and body systems, which interact in the subject affecting the cortical systems; the above leads to a deterioration in the perception of quality of life as it is associated with affective symptoms such as depression, sadness, disability; by identifying and treating the cause of these minor disorders by addressing their specific needs, the quality of life and well-being of older adults is improved. The review highlights the need to maintain a comprehensive and holistic approach to optimize the diagnosis and treatment of underlying medical conditions. **Conclusion.** In Primary Health Care (PHC), a comprehensive approach to the living and health conditions of subjects in older adulthood is essential.

Keywords: elderly, Well-being of the elderly, Primary health care, Quality of life, Comprehensive assessment.

INTRODUCCIÓN

La transición demográfica de Colombia, se refleja en un crecimiento acelerado de la población mayor de 60 años (1), es crucial enfocar la atención en esta población vulnerable (2) con el fin de promover un abordaje integral en la atención. La evaluación de las diversas esferas de la salud (física, mental, social) de las personas en el curso de vida de vejez (3) término que no es sinónimo de enfermedad, sino de vulnerabilidad (4), permitirá al facultativo identificar de forma precoz la presencia de rasgos de inicio de síndromes geriátricos, abordar trastornos neurocognitivos, controlar de forma oportuna las deficiencias nutricionales y optimizar el manejo de la polifarmacia inducido por las Enfermedades

Crónicas No Transmisibles que se asocian con la mayor edad (5). A través de un enfoque integral, es posible enfocar las acciones en pro de mejorar la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores, promoviendo ambientes saludables que propendan por el manejo de la pluripolipatías atendiendo sus necesidades de manera efectiva y cuidadosa tanto en los organismos de salud como en el hogar se debería conservar o fomentar las capacidades funcionales de la persona mayor, contrarrestando la influencia de aspectos como el sedentarismo, la inmovilidad que conducen a una serie de minusvalías (6) que limitan su autosuficiencia generando discapacidad. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población mayor de 60 años está experimentando

un crecimiento acelerado en la serie Post COVID-19. Específicamente, se estima que para el año 2070, el porcentaje de personas mayores de 80 años aumentará del 8.1% al 9.7%. En este artículo, se aborda la importancia de una valoración apropiada orientada hacia los objetivos de lograr la atención integral de la condición de la persona geriátrica (7) en servicios de atención primaria considerando que la atención integral del adulto mayor (entendido como anciano, paciente geriátrico, persona mayor y similares) se encuentra a cargo de los proveedores de atención primaria, como médicos generales, enfermeras, odontólogos, nutricionistas y personal auxiliar en salud; siendo la atención primaria el primer nivel de atención en el sistema de salud, en el que se abordan las necesidades de salud más comunes y actúa como puerta de entrada al sistema de salud para los individuos y familias (8).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, tipo revisión de literatura centrada en los esquemas de valoración de diferentes aspectos de la vida social, personal, mental y biológica; para la clasificación de los materiales a utilizar las búsquedas se realizaron utilizando tres bases de datos que compilan evidencia médica científica de alto nivel como PubMed, EBSCO y SpringerLink. Como términos de búsqueda en español e inglés relacionados con la evaluación geriátrica, síndromes geriátricos, trastornos neurocognitivos, nutrición geriátrica, polifarmacia, calidad de vida, inmovilidad, incontinencia, inestabilidad, y bienestar de las personas mayores utilizando los descriptores booleanos (“y”, “o” / “and”, “or”) en las claves de búsqueda: evaluación diagnóstica, atención primaria, adulto mayor, bienestar, calidad de vida; diagnostic evaluation, primary care, older adult, well-being, quality of life; para tal fin se incluyeron artículos publicados a partir relativos a investigación básica y aplicada al sector de servicios de salud entrados en APS. La selección de los 58 artículos con que

se fundamentan los resultados, se realizó considerando criterios predefinidos de inclusión relacionados con la periodicidad del tiempo, la evidencia de efectividad de los sistemas o escalas de medición tipo Likert para la valoración integral de la persona geriátrica desde los servicios de atención primaria; como criterios de exclusión estudios que abordaban directamente los mecanismos, protocolos y guías de atención con el fin de minimizar sesgos y obtener la mejor evidencia posible. Se estructuraron dos grandes categorías, la primera de ellas es calidad de vida que involucra una serie de aspectos de interés para garantía del bienestar de la persona adulta mayor calidad de vida en términos de estado nutricional, movilidad, inmunización y regulación de la incontinencia; la segunda categoría es la relativa a la morbilidad percibida (habitualmente no atendida) que incluye los aspectos relativos a la polifarmacia.

RESULTADOS

Este artículo de revisión de literatura, ilustra acerca de la importancia de una evaluación integral del paciente geriátrico en atención primaria, presenta información significativa y relevante sobre las técnicas de la evaluación médica para un manejo integral de las condiciones de salud de los usuarios geriátricos. En resumen, se requiere del uso de instrumentos y técnicas avaladas internacionalmente para la evaluación detallada del estado funcional físico y neurocognitivos, y calidad de vida en términos de estado nutricional, movilidad, autonomía, inmunización y regulación de la incontinencia es crucial para una atención primaria efectiva.

Calidad de vida

La calidad de vida y el bienestar de las personas mayores pueden ser abordados a través de una evaluación multidimensional que considera aspectos físicos, emocionales, sociales y

cognitivos. Esto implica no solo medir la presencia de enfermedades o discapacidades, sino también evaluar la satisfacción con la vida, la participación en actividades sociales, la autonomía funcional y la percepción de apoyo social (9-12).

Nutrición. La evaluación nutricional en personas mayores es crucial debido a la frecuente ingesta inadecuada de micronutrientes. Condiciones médicas relacionadas con la edad pueden predisponer a deficiencias de vitaminas y minerales (13). Las vitaminas A, C, D, B12, calcio, hierro, zinc y otros minerales suelen ser deficientes en personas mayores, incluso sin condiciones específicas. La evaluación nutricional geriátrica incluye historial, registro de ingesta de alimentos, examen físico y pruebas de laboratorio si es necesario (14).

El estado nutricional en adultos mayores depende de varios factores, como condiciones médicas, actividad física y requerimientos calóricos. La capacidad de acceder, preparar, ingerir y digerir alimentos, así como el apetito, son consideraciones importantes. La pérdida de peso significativa puede ser un indicador de desnutrición, y se deben tener en cuenta factores psicológicos, sociales y cognitivos que contribuyan al deterioro nutricional. Se pueden utilizar servicios de entrega de comidas y suplementos nutricionales para abordar el problema (15).

Es importante considerar la situación de vida y los recursos disponibles para el paciente mayor, con la ayuda de trabajadores sociales y psicólogos. Se debe diseñar un plan de atención individualizado basado en los medicamentos y condiciones médicas del paciente. Al estimular el apetito, se deben tener en cuenta los riesgos asociados con ciertos medicamentos (16). Por lo tanto, la evaluación y manejo adecuados de la nutrición en personas mayores son esenciales para mantener su salud y bienestar (17).

Evaluación de la movilidad. En el mismo

sentido, el sedentarismo puede conducir a impactos sobre la salud física; para estar seguros de estado de movilidad del adulto mayor se dispone de una herramienta validada por la ciencia y que es de utilidad para evaluar la marcha; esta prueba es cronometrada y ha sido denominada "Get Up and Go"(18), el procedimiento consiste en pedirle al adulto mayor que se levante de su asiento, camine 3 metros (10 pies) a través del consultorio, dé la vuelta, camine de regreso a su silla y se siente. Si el paciente demora > 16 segundos para completar esta prueba tiene un mayor riesgo de caídas, deterioro funcional y mala salud (18).

También en cuanto a la valoración de la movilidad es de utilidad la escala de equilibrio denominada como Berg Balance Scale (BBS); esta prueba evalúa el equilibrio funcional en adultos mayores. Consiste en 14 ítems que evalúan tareas de equilibrio comunes, como estar de pie, cambiar de posición y mantener el equilibrio en diferentes posturas. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 4, donde 0 indica incapacidad y 4 indica capacidad total. La puntuación total varía de 0 a 56, y puntajes más bajos indican un mayor riesgo de caídas y problemas de equilibrio (19-21).

Por su parte, la inmovilidad, se define como "incapacidad o la limitación para realizar movimientos corporales" debido a diversos factores, como enfermedades, lesiones, deterioro físico, o falta de actividad física; que puede llevar a complicaciones físicas y psicológicas, incluyendo el deterioro muscular, la pérdida de autonomía, el riesgo de caídas, las úlceras por presión, y la disminución de la calidad de vida, es por ello que dicha reducción de la movilidad nunca es normal y suele ser tratable con el fin de optimizar la función y la movilidad si se identifican sus causas, que de modo habitual suelen ser dolor en rodillas, caderas y espalda, su manejo incluye opciones no farmacológicas como pérdida de peso, fisioterapia, uso de hielo y calor local, acupuntura y programas de

ejercicio, así como opciones farmacológicas como analgésicos, el accidente cerebrovascular requiere rehabilitación intensiva, el manejo de fracturas de cadera depende de la ubicación de la fractura y las comorbilidades e incluye la cirugía y las intervenciones conservadoras para pacientes frágiles (22). La profilaxis de la trombosis venosa es crucial en estos pacientes, y la terapia física y la atención multidisciplinaria para prevenir la progresión de la inmovilidad hacia la discapacidad (23).

Evaluación de la funcionalidad: autonomía y autosuficiencia. A pesar de la riqueza de información obtenible a través de un interrogatorio exhaustivo, en la población mayor es posible clasificarla de manera sencilla para maximizar su utilidad (24). El primer paso de una adecuada evaluación es determinar el estado funcional del paciente (25), en la literatura se disponen de dos escalas con evidencia científica las cuales son la escala de Katz ADL (26), y la escala de Lawton IADL (27) las cuales valoran la capacidad del individuo de la tercera edad para realizar sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) son habilidades fundamentales necesarias para cuidarse a sí mismo de forma independiente y se clasifican en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Cuadro 1

Esta escala valora la funcionalidad del individuo adulto o persona mayor (anciano o geronte) en cuanto a su potencial de autonomía (28). La escala de Lawton y Brody es de utilidad para valorar el estado de funcionalidad en cuanto a las Actividades de la Vida Diaria (AVD): evalúa la capacidad funcional para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en adultos mayores. Incluye ítems como vestirse, bañarse, cocinar, manejar el dinero y usar el teléfono. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 8, donde 0 indica completa dependencia y 8 indica independencia total. La puntuación total varía dependiendo del número de actividades evaluadas (29,30).

En el mismo sentido, se dispone de la Escala de Actividades de la Vida Diaria de Bristol (BADLS) la cual es útil para evaluar la capacidad de una persona para realizar actividades diarias, gana mayor utilidad en pacientes con algún grado de pérdidas cognoscitivas o de demencia (31).

Cuadro 2. Áreas de la capacidad de la vida diaria evaluadas por BADLS

Comer/Beber	Vestir/Selección de ropa
Higiene personal	Traslados/Movilidad
Orientación	Toma de medicación
Uso de teléfono	Habla/Comprensión
Tareas del hogar/Compras	preparación de alimentos
Finanzas / Transporte	Juegos/Pasatiempos

Fuente: Escala de Actividades de la Vida Diaria de Bristol (BADLS)

Esta escala es más completa y sencilla (cuadro 2), se utiliza para valorar tanto las AVD como las actividades instrumentales de la vida diaria; los resultados permiten intervenir con acciones de atención primaria en los términos del apoyo educativo para que los familiares cuidadores responsables fomenten mediante neuroestimulación la conservación de las capacidades que estén intactas y se limite el avance de aquellas que se han ido deteriorando con el paso de los años o con la inactividad y sedentarismo (32).

Vacunas preventivas. Es de destacar la importancia de las vacunas preventivas en la atención médica de los adultos mayores. Es fundamental incentivar a todos los pacientes mayores a recibir la vacuna anual contra la influenza, la vacunación única contra el neumococo para aquellos mayores de 65 años, después de al menos 5 años de haber recibido cualquier vacuna neumocócica debido a una afección médica específica y la vacunación contra el tétano ya que se ha comprobado que esto disminuye significativamente las hospitalizaciones y mortalidad relacionadas

Actividad	Valoración	Puntos
1. Baño	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía	1
	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo	0
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos	1
	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido	0
3. Uso del váter	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia	1
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC	0
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo	1
	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos	0
5. Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación	1
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	0
6. Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)	1
	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral	1
Grados A-B (0-1 PUNTOS) Ausencia de incapacidad o incapacidad leve.		
Grados C-D (2-3 PUNTOS) Incapacidad moderada		
Grados E-G (4-6 PUNTOS) Incapacidad severa		

Fuente: Escala de Lawton y Brody

con dichas enfermedades (34-37).

Incontinencia. La incontinencia urinaria es la pérdida no intencional de orina, es una causa común de pérdida de la calidad de vida entre los adultos mayores y motivo de interés de la consulta en atención primaria (38). Tiene una prevalencia aproximada del 31% en mayores de 85 años. Es importante en la anamnesis indagar por la presencia de incontinencia, su frecuencia y si es molesta para el usuario, se requiere indagar por tipo de incontinencia, cronicidad, factores precipitantes incluido el estrés (39), siempre acompañado de un examen genital y rectal y una evaluación neurológica (40,41) con la finalidad de controlar los factores desencadenantes.

En términos de valoración integral se debe

realizar un perfil metabólico completo para descartar infecciones de orina (43), causas metabólicas de las afecciones referidas, enfermedad renal crónica (45) y deficiencia de vitamina B12 (46); si la causa no es clara después de la evaluación, se justifica la remisión a Urología o Ginecología, (43-46))

Morbilidad percibida

Búsqueda de enfermedad y no manejo de los síntomas. En muchos casos, síntomas físicos o comportamentales aislados pueden ser manifestaciones de problemas de salud subyacentes más graves a nivel metabólico o endocrino; es por ello que los profesionales médicos de atención primaria no deberían abordar los síntomas de forma individual, sino enfatizar en la necesidad de buscar la causa de

éstos, encontrar la enfermedad básica para que pueda ofrecerse un manejo más efectivo (47) con garantía de atención integral.

De esta manera, se puede mejorar el diagnóstico y tratamiento de las condiciones médicas subyacentes, lo que resulta en una mejor calidad de vida y bienestar general para las personas mayores. En tal sentido, las alteraciones lipídicas en personas mayores pueden indicar un hipotiroidismo no tratado no reconocido y éste a su vez reflejarse en trastornos de conducta; la osteoporosis puede ser la causa subyacente del dolor articular y la artralgia, la causa de trastornos del tono afectivo con tristeza o depresión. Así mismo, la disfunción eréctil podría reflejar tanto problemas físicos como psicológicos o psiquiátricos subyacentes, como ansiedad por el rendimiento, estrés o trastornos mentales (48, 49).

Valoración de los desórdenes neurocognitivos. La salud mental en los adultos mayores es esencial para mantener una buena calidad de vida y aunque las necesidades en dicha área de salud en la actualidad son reconocidas, continúa siendo la atención primaria en salud la primera línea frente a los trastornos mentales que impactan de forma importante en las condiciones físicas de esta población, es por esto que el reconocimiento de las condiciones físicas que mayormente se asocian a trastornos mentales nos permitiría realizar un abordaje precoz evitando así mayores complicaciones en la condición del paciente (50).

Los usuarios geriátricos suelen poseer condiciones tanto agudas como crónicas que los hacen más frágiles las cuales se relacionan con la depresión y otros trastornos mentales (51, 52). La literatura médica, refleja las relaciones intrínsecas de co-morbilidad entre patologías orgánicas y manifestaciones mentales; es así como se ha descrito que pacientes con enfermedad obstructiva crónica

que requirieren manejo hospitalario se han asociado con un mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático, así mismo el infarto de miocardio y la angina inestable están relacionados con trastorno depresivo mayor en casi un 20% de los casos. Siendo la depresión usualmente persistente deteriora el estado de salud aún más que la enfermedad cardiaca en sí misma (53-55).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) puede presentarse en un 21.3% de los casos durante los primeros 6 meses posteriores a eventos cerebrovasculares, la artritis reumatoide aumenta incidencia de depresión hasta 1.7 % (52). La presencia continua de ansiedad y depresión se relaciona con una reducción en la probabilidad de lograr la remisión en casos de artritis reumatoide. (55)

En el usuario geriátrico, sin antecedentes de morbilidad de la esfera mental, es importante realizar un diagnóstico temprano con el fin de identificar condiciones tratables y planificar la atención oportuna que mejore la calidad de vida de éstos y de sus familiares convivientes. Debido a las interacciones entre la morbilidad orgánica y ciertas manifestaciones de trastornos de conducta se requiere de la prescripción de estudios de laboratorios para evaluar condiciones médicas que puedan contribuir al deterioro cognitivo (como las deficiencias de vitamina B12, desequilibrios de la hormona estimulante de la tiroides [TSH]), glicemia y/o pruebas de imágenes (Tomografía Computarizada [TC] o Resonancia Magnética [RM]) que pueden identificar la causa orgánica de ciertas alteraciones comportamentales. Inclusive es posible formular la realización de pruebas neuropsicológicas adicionales (56-58).

Demencia. Otra entidad producto del deterioro de la masa y corteza cerebral que enfrentan los adultos mayores es la demencia la cual no solo compromete el funcionamiento a nivel cognitivo sino también funcional.

Teniendo en consideración que el cuadro demencial más común es la demencia tipo Enfermedad de Alzheimer seguido de la demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson con demencia y demencia frontotemporal. Cada una de ellas con diversos síntomas específicos y variados (59), es importante tener en perspectiva dentro de la evaluación integral de la persona adulta mayor la medición de riesgo de presentación de estas patologías, previo descarte de las alteraciones metabólicas o endocrinas que pudieran simular síntomas de demencia que ya se han presentado antes (60,61). En el cuadro 3 se presentan las bases para el diagnóstico diferencial de los cuadros demenciales.

Cuadro 3. Síndromes de demencia más comunes

Síndrome	Características
Demencia vascular	Enfermedad vascular en neuroimagen Diversos síntomas basados en el área afectada del cerebro El deterioro del juicio y la disfunción ejecutiva son comunes.
Demencia con cuerpos de lewy	Trastorno del movimiento similar al de Parkinson (precedido o concurrente con síntomas cognitivos) Alucinaciones visuales Fluctuaciones en la cognición
Parkinson con demencia	El trastorno del movimiento precede a la demencia Disfunción ejecutiva y visuoespacial temprana Deficiencias de la memoria y el lenguaje menos prominentes
Demencia frontotemporal	Atrofia frontotemporal en neuroimagen Comienzo más temprano (sexta década más común) Marcados cambios de comportamiento o lenguaje

Fuente: Criterios diagnósticos del DSM V (62).

En la evaluación de estos pacientes, resulta

fundamental realizar una entrevista detallada al familiar cuidador responsable del adulto mayor, que describa los síntomas iniciales, así como también la realización del examen mental breve o completo al usuario que consulta a los servicios de atención primaria. Específicamente, se debe prestar especial atención a ciertos datos clave, tales como la pérdida de memoria, pérdida frecuente de objetos, repeticiones inusuales de historias, así como cambios notables en el estado de ánimo y la personalidad. Así como también es importante identificar factores de riesgo, consumo de medicamentos que afecten la función cognitiva, evaluación de la memoria de manera objetiva con herramientas como el Mini-Mental State y examen neurológico completo (59,63).

Polifarmacia. La polifarmacia es el consumo de 5 o más medicamentos, Se recomienda hacer que los pacientes traigan todos sus medicamentos a la consulta, incluyendo terapia homeopática, esto con el fin de identificar inconsistencias entre lo que está consignado en la historia clínica y lo que el paciente está realmente tomando. esto con el fin de identificar medicamentos que son inapropiados o potencialmente innecesarios (64, 65).

También existen herramientas para ayudar a identificar medicamentos potencialmente perjudiciales. Los Criterios de Beers, constituyen una lista basada en evidencia de medicamentos potencialmente inapropiados para su prescripción a adultos mayores. Clasifica los medicamentos mayormente recetados de la siguiente manera: “evitar”, “potencialmente inapropiados” y “usar con precaución” (66).

DISCUSIÓN

Se exploraron los aspectos biopsicosociales requeridos para la evaluación inicial en adultos mayores en APS, destacando la importancia de abordar integralmente su estado de salud, denotando las relaciones y reacciones en

cadena que se presentan en la edad geriátrica con respecto a que una disfunción menor en un órgano o sistema tiene el potencial de alterar de manera directa la calidad de vida y la esfera mental de la persona mayor; condición que es marcada en aspectos como la movilidad, la prueba cronometrada "Get Up and Go" emerge como una herramienta efectiva para conforme los hallazgos, poder predecir riesgos como caídas y deterioro funcional. Este hallazgo está respaldado por estudios previos que han demostrado la eficacia de esta prueba en adultos mayores, (16, 17, 18).

Al discutir la inmovilidad, es perentorio identificar y tratar oportunamente las causas subyacentes para mejorar la función y la movilidad en adultos mayores. Esta perspectiva está respaldada por investigaciones que han demostrado las consecuencias físicas y psicológicas de la inmovilidad en esta población, así como las estrategias efectivas para su manejo, que involucran tanto condiciones de discapacidad prevenible como de minusvalía, estados afectivos alterados y sentimientos de inutilidad (23,25,26).

Finalmente, al abordar la calidad de vida y la incontinencia urinaria, se reconoce la importancia de evaluar estos aspectos en la atención de adultos mayores. Estos hallazgos están respaldados por estudios que han destacado la prevalencia de la incontinencia urinaria como un problema común que afecta la calidad de vida en esta población (38-43).

En este orden de ideas, resalta la importancia de abordar la morbilidad percibida que puede ser secundaria a la polifarmacia en adultos mayores, dichos efectos colaterales combinados podrían ser el origen de sedentarismo relacionado con experiencias como mareo, malestar, inquietud, sensación de debilidad que pueden ser generadas incluso por posibles interacciones de los medicamentos que recibe; condición que puede conducir a

inmovilidad y ésta a su vez desencadenar una serie de alteraciones secundarias (15, 16, 17, 18); dichas consecuencias son susceptibles de ser identificadas e intervenidas utilizando escalas disponibles sobre la funcionalidad del aparato motor (16, 17,19). Esta recomendación está respaldada por la literatura, que ha identificado la polifarmacia como un factor de riesgo importante para eventos adversos en esta población (15, 20, 21, 22).

En cuanto a los trastornos neurocognitivos, se destaca la delgada brecha que existe entre los adultos mayores en relación con los efectos de las condiciones físicas sobre el estado mental en esta población, en particular la evidencia señala la asociación entre trastornos funcionales o con enfermedades crónicas y la presencia de trastornos mentales como la depresión; dicha condición tiene consistencia interna con los resultados de investigaciones que han identificado esta relación y subrayado la importancia de abordar como un conjunto indivisible los aspectos físicos como los mentales en la atención de adultos mayores, (21,22,23,24).

En la categoría de calidad de vida, los hallazgos se centran en el bienestar del adulto mayor; al respecto existen escalas de utilidad para identificar el nivel de funcionalidad (y áreas de disfuncionalidad entre las personas adultas mayores, que propenden por aportar datos válidos que permitan la autosuficiencia al promover mediante acciones educativas en APS el fomento de las AVD básicas e instrumentales, pretendiendo la conservación de las áreas intactas y la detención de las pérdidas. (24,25,26,28,29).

En la evaluación integral de la persona mayor y en pro de su calidad de vida, es necesario monitorear los síntomas y signos que son clave para la identificación de deficiencias de vitaminas y minerales, así como a la pérdida de peso significativa que puede indicar

desnutrición (9, 10, 11, 12, 13); este aspecto o condición de salud es fundamental para que el adulto mayor se sienta bien, que tenga vitalidad en este curso de vida (9, 10, 23).

En el mismo sentido, desde la APS la evidencia científica demuestra que se requiere fomentar en este grupo poblacional las acciones de protección específica en relación con las enfermedades infecciosas susceptibles de generar patología severa y muerte; es por ello que la vacunación en adultos mayores es una estrategia clave que permite la calidad de vida al conservar el estado de salud y bienestar a medida que envejecen, ayudando a reducir el riesgo de complicaciones graves, hospitalizaciones y mortalidad, (11).

CONCLUSIONES

Los resultados proporcionan recomendaciones pertinentes y basadas en la evidencia para la evaluación inicial en adultos mayores, respaldadas por la literatura científica existente en el campo. Sin embargo, es fundamental continuar integrando investigaciones y teorías relevantes para fortalecer aún más la base teórica y científica en este enfoque. Este estudio enfatiza la necesidad de una evaluación exhaustiva de la persona geriátrica en el contexto de la APS.

La información recopilada destaca la importancia de garantizar una atención efectiva y centrada en las necesidades de esta población. Al adoptar un enfoque integral, los profesionales de la salud pueden mejorar significativamente la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores, abordando de manera proactiva las complejidades de su salud y optimizando su manejo clínico.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Primer autor: conceptualización, recolección de datos y redacción.

Segundo autor: redacción, análisis de datos y supervisión

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés que pudiera sesgar la objetividad de este artículo de revisión. No han recibido financiamiento ni apoyo de ninguna entidad comercial o institucional que pudiera influir en la redacción, los resultados o las conclusiones presentadas en este trabajo. Todos los puntos de vista expresados en este artículo son únicamente los de los autores y no representan necesariamente las opiniones de ninguna organización o entidad.

REFERENCIAS

1. Morales, A., Rosas, G. M., Yarce, E., Paredes, Y. V., Rosero, M., e Hidalgo, A. Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. *Acta medica colombiana*, 2016. 41(1), 21-28.
2. Lahuerta, C., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, K., y Nebot, M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta sanitaria*, 2004. 18(2), 83-91.
3. López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., y Alonso Moreno, F. J. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista clínica de medicina de familia*, 2009. 2(7), 332-339.
4. Contreras, E. M. «Envejecer es cambiar»: La institucionalización de la geriatría y la evolución del concepto de vejez durante el franquismo. *Dynamis*, 2019. 39(2), 453-475.
5. Coral Ibarra, R., Colmenares Caro, J.,

- & Lucía Niño, C. Manejo de medicamentos en casa, en personas con enfermedad crónica no transmisible (ECNT) y cuidadores. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 2015. 18(1), 21-28.
6. Tessier, D., Ávila-Funes, J. A., & Aguilar-Navarro, S. Diabetes y cambios en el estado funcional de los ancianos: ¿Una realidad?. *Revista de investigación clínica*, 2010. 62(4), 318-322.
 7. Rosen, Sonja L., Reuben, David B. Geriatric assessment tools. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 2011, 78, (4): 489-497.
 8. World Health Organization (WHO). (2018). Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care. Recuperado de: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gphc-declaration.pdf>
 9. Vanleerberghe P, De Witte N, Claes C, Schalock RL, Verté D. The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Qual Life Res*. 2017 26(11):2899-2907. doi: 10.1007/s11136-017-1651-0. Epub 2017 Jul 13. PMID: 28707047.
 10. Bowling, A. The concept of quality of life in relation to health. In *Quality of Life in Older Age*. 2013 (pp. 1-14). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6408-8_1
 11. Boggatz T. Quality of life in old age - a concept analysis. *Int J Older People Nurs*. 2016. 11(1):55-69. doi: 10.1111/opn.12089. Epub 2015 Jun 29. PMID: 26118350.
 12. Bowling, A. The concept of quality of life in relation to health. In *Quality of Life in Older Age* 2013. (pp. 1-14). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6408-8_1
 13. Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González-Gross, M., Joyanes, M., Marques-Lopes, I., y Vaquero, M. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo "Salud pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutrición hospitalaria*, 2003.18(3), 109-137.
 14. Cárdenas-Valladolid, J., Martín-Madrazo, C., Salinero-Fort, M.A. et al. Prevalence of Adherence to Treatment in Homebound Elderly People in Primary Health Care. 2010. *Drugs Aging* 27, 641–651 <https://doi.org/10.2165/11537320-000000000-00000>
 15. Bao, Y., Shao, H., Bishop, T.F. et al. Inappropriate Medication in a National Sample of US Elderly Patients Receiving Home Health Care. *J GEN INTERN MED* 27, 304–310 (2012). <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1905-4>
 16. Pérez, I. C., García, M. G., García, O. G., y Cueto, T. C. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *MediSur*, 2020. 18(1), 112-125.
 17. Sánchez-Rodríguez JR, Escare-Oviedo CA, Castro-Olivares VE, Robles-Molina CR, Vergara-Martínez MI, Jara-Castillo CT. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. *Revision de literatura [Polypharmacy in older adults and impact on their quality of life. Literature review]*. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2019 Mar-Apr;21(2):271-277. Spanish. doi: 10.15446/rsap.V21n2.76678. Epub 2020 Oct 5. PMID: 33027340.
 18. Tangalos EG. Get Up and Go. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Aug 1;16(8):638-9. doi: 10.1016/j.jamda.2015.04.011. Epub 2015 Jun 3. PMID: 26047905.
 19. Downs S. The Berg Balance Scale. *J Physiother*. 2015 Jan;61(1):46. doi: 10.1016/j.jphys.2014.10.002. Epub 2014 Dec 1. PMID:

25476663.

20. Miranda-Cantellops N, Tiu TK. Berg Balance Testing. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 34662032.

21. Downs S, Marquez J, Chiarelli P. The Berg Balance Scale has high intra- and inter-rater reliability but absolute reliability varies across the scale: a systematic review. *J Physiother*. 2013 Jun;59(2):93-9. doi: 10.1016/S1836-9553(13)70161-9. PMID: 23663794.

22. Quick Medical Diagnosis y Treatment McGraw-Hill Education. "Immobility." 2024. *Essentials of Clinical Geriatrics, 8e* Eds. Robert L. Kane, et al. McGraw-Hill Education, 2017.

23. Soler, P.A., Hidalgo, J.L.T., Rizos, L.R., Jurado, P. M. S., Nogueras, I.G., y Requena, J. L. E. (2012). Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. *Atención Primaria*, 44(3), 162-171.

24. Elsayy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *Am Fam Physician*. 2011 Jan 1;83(1):48-56. PMID: 21888128.

25. Wong YG, Hang J-A, Francis-Coad J, Hill A-M. Using comprehensive geriatric assessment for older adults undertaking a facility-based transition care program to evaluate functional outcomes: a feasibility study. *BMC geriatrics*. 2022;22(1):598. doi:10.1186/s12877-022-03255-5

26. Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970, 10:20. Copyright © 1970 Oxford University Press.

27. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental

activities of daily living. *Gerontologist* 1969, 9:179. Copyright © 1969 Oxford University Press

28. Altieri M, Garramone F, Santangelo G. Functional autonomy in dementia of the Alzheimer's type, mild cognitive impairment, and healthy aging: a meta-analysis. *Neurol Sci*. 2021 May;42(5):1773-1783. doi: 10.1007/s10072-021-05142-0. Epub 2021 Mar 18. PMID: 33738665.

29. Acosta MC. (2013). Capacidad funcional en las personas mayores según el género. (Trabajo de fin de grado). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4794/4/tfg-h8.pdf>

30. Jiménez-Caballero PE, López-Espuela F, Portilla-Cuenca JC, Pedrera-Zamorano JD, Jiménez-Gracia MA, Lavado-García JM, Casado-Naranjo I. Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody [Evaluation of the instrumental activities of daily living following a stroke by means of the Lawton and Brody scale]. *Rev Neurol*. 2012 Sep 16;55(6):337-42. Spanish. PMID: 22972575.

31. Boyd PA, Wilks SE, Geiger JR. Activities of Daily Living Assessment among Nursing Home Residents with Advanced Dementia: Psychometric Reevaluation of the Bristol Activities of Daily Living Scale. *Health Soc Work*. 2018 May 1;43(2):101-108. doi: 10.1093/hsw/hly010. PMID: 29554326.

32. Hernández Bager, R., Triana Casado, I., Bueno Arrieta, Y., y Cid Vázquez, B. Capacidad funcional, repercusión psicológica y social y calidad de vida de ancianos con degeneración macular involutiva. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2013. 12(3), 387-398.

33. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and

Prevention. Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (10/6/09) Vaccine Information Statement. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/VIS/downloads/vis-ppv.pdf> accessed 6/05/09

34. Kwong JC, Campitelli MA, Gubbay JB, Peci A, Winter AL, Olsha R, et al. Vaccine effectiveness against laboratory-confirmed influenza hospitalizations among elderly adults during the 2010-2011 season. *Clin Infect Dis* 2013;57(6):820-7. Epub 2013 Jun 20.

35. Public Health Agency of Canada. An Advisory Committee Statement (ACS), National Advisory Committee on Immunization (NACI): re-immunization with polysaccharide 23-valent pneumococcal vaccine (Pneu-P-23). Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada; 2015. Available from: <http://publications.gc.ca/site/eng/9.629954/publication.html>. Accessed 2016 Jul 22.

36. Centers for Disease Control and Prevention. Tetanus surveillance—United States, 2001-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60(12):365-9

37. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (10/6/09) Vaccine Information Statement. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/VIS/downloads/vis-ppv.pdf> accessed 6/05/09

38. Irwin GM. Urinary Incontinence. *Prim Care*. 2019;46(2):233-242. doi: 10.1016/j.pop.2019.02.004. Epub 2019 Apr 5. PMID: 31030824.

39. Kesiktas N, Karan A, Erkan H, Gungor F, Eskiuyurt N, Yalcin O. Is There a Relationship between Vitamin B12 and Stress Urinary Incontinence? *Low Urin Tract Symptoms*. 2012 May;4(2):55-8. doi: 10.1111/j.1757-5672.2011.00116.x. Epub 2011 Dec 28. PMID: 26676525.

40. Gacci M, Sakalis VI, Karavitakis M, Cornu JN, Gratzke C, Herrmann TRW, Kyriazis I, Malde S, Mamoulakis C, Rieken M, Schouten N, Smith EJ, Speakman MJ, Tikkinen KAO, Gravas S. European Association of Urology Guidelines on Male Urinary Incontinence. *Eur Urol*. 2022 Oct;82(4):387-398. doi: 10.1016/j.eururo.2022.05.012. Epub 2022 Jun 11. PMID: 35697561.

41. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 2013 Apr 15;87(8):543-50. PMID: 23668444.

42. Bardsley A. An overview of urinary incontinence. *Br J Nurs*. 2016 Oct 13;25(18):S14-S21. doi: 10.12968/bjon.2016.25.18.S14. PMID: 27734727.

43. Manrique-Abril, F. G., Rodríguez-Díaz, J., y Ospina-Díaz, J. Rendimiento diagnóstico del parcial de orina como predictor de infección urinaria en pacientes de Tunja, Colombia. *CES Medicina*, 2014. 28(1), 21-34.

44. Fuentes, L. G., Álvarez, I. C., y Triana, F. C. y Nutrición y enfermedades metabólicas en el anciano. Estrategias alimentarias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2014. 11(62), 3691-3704.

45. Cases, A., Egocheaga, M. I., Tranche, S., Pallarés, V., Ojeda, R., Górriz, J. L., y Portolés, J. M. (2018). Anemia en la enfermedad renal crónica: protocolo de estudio, manejo y derivación a Nefrología. *Atención primaria*, 50(1), 60-64.

46. Cruz, G., y Maeshiro, K. Importancia de descartar factor de riesgo por edad en la deficiencia de vitamina B12 inducida por uso de metformina. *Nutrición Hospitalaria*, 33(1), 189-189.

47. Gallardo Pérez, U. D. J., Seuc Jo, A.

- H., Chirino Carreño, N., Puentes Madera, I., y Rubio Medina, Y. Mortalidad por enfermedades vasculares periféricas en Cuba en el año 2005. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 2018. 27(2), 0-0.
48. Vrdoljak D, Borovac JA. Medication in the elderly - considerations and therapy prescription guidelines. *Acta Med Acad*. 2015;44(2):159-68. doi: 10.5644/ama2006-124.142. PMID: 26702910.
49. Yang J Ma B, Wong FKY, et al. Artificial intelligence in elderly healthcare: A scoping review. *Ageing Research Reviews*. 2023;83. doi:10.1016/j.arr.2022.101808
50. Lessig MC, Scanlan JM, Nazemi H, Borson S. Time that tells: critical clock-drawing errors for dementia screening. *Int Psychogeriatr Jun;2008* 20(3):459–70. Epub 2007 Oct 1. [PubMed: 17908348]
51. Gallo JJ, Hwang S, Joo JH, Bogner HR, Morales KH, Bruce ML, et al. Multimorbidity, depression, and mortality in primary care: randomized clinical trial of an evidence-based depression care management program on mortality risk. *J Gen Intern Med*. 2015. doi:10.1007/s11606-015-3524-y
52. Adriaenssens J, Benahmed N, Ricour C. Improving mental healthcare for the elderly in Belgium. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2019;34(4):e1948. doi:10.1002/hpm.2858
53. Karji B, Lam R, Lee S, Meiyappan S. Approach to preventive care in the elderly. *Can Fam Physician*. 2016 Sep;62(9):717-21. PMID: 27629666; PMCID: PMC5023341.
54. Teixeira PJ, Porto L, Kristensen CH, Santos AH, Menna-Barreto SS, Do Prado-Lima PA. Post-traumatic stress symptoms and exacerbations in COPD patients. *COPD*. 2015;12(1):90–5. doi:10.3109/15412555.2014.922063
55. Woolley JD, Khan BK, Murthy NK, Miller BL, Rankin KP. The diagnostic challenge of psychiatric symptoms in neurodegenerative disease: rates of and risk factors for prior psychiatric diagnosis in patients with early neurodegenerative disease. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(02):126–33.
56. Matcham F, Norton S, Scott DL, et al. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized trial. *Rheumatology (Oxford)* 2015.
57. Hemmy LS, Linskens EJ, Silverman PC, et al. Brief Cognitive Tests for Distinguishing Clinical Alzheimer-Type Dementia from Mild Cognitive Impairment or Normal Cognition in Older Adults With Suspected Cognitive Impairment. *Ann Intern Med* 2020; 172:678.
58. Demurtas J, Ecarnot F, Cernesi S, et al. Comprehensive Geriatric Assessment in Cardiovascular Disease. *Adv Exp Med Biol* 2020; 1216:87.
59. Thompson K, Shi S, Kiraly C. Primary Care for the Older Adult Patient: Common Geriatric Issues and Syndromes. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016 Jun;43(2):367-79. doi: 10.1016/j.ogc.2016.01.010. Epub 2016 Mar 18. PMID: 27212097
60. Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? *Maturitas*. 2014;79(2):184–90.
61. Kennedy GJ, Castro J, Chang M, Chauhan-James J, Fishman M. Psychiatric and Medical Comorbidity in the Primary Care Geriatric Patient-An Update. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Jul;18(7):62. doi: 10.1007/s11920-016-0700-7. PMID: 27222136.

62. Morrison, J. (2015). DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. Editorial El Manual Moderno.
63. Thakur, R. P.; Banerjee, A.; Nikumb, V. B. Health problems among the elderly: a cross-sectional study. *Annals of medical and health sciences research*, 2013, 3 (1):19-25.
64. Bao, Y., Shao, H., Bishop, T.F. et al. Inappropriate Medication in a National Sample of US Elderly Patients Receiving Home Health Care. *J GEN INTERN MED* 27, 304–310 (2012). <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1905-4>
65. Sánchez-Rodríguez JR, Escare-Oviedo CA, Castro-Olivares VE, Robles-Molina CR, Vergara-Martínez MI, Jara-Castillo CT. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revision de literatura [Polypharmacy in older adults and impact on their quality of life. Literature review]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2019 Mar-Apr;21(2):271-277. Spanish. doi: 10.15446/rsap.V21n2.76678. Epub 2020 Oct 5. PMID: 33027340.
66. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015;44(2): 213–8.