

ORIGINAL

Análisis multifactorial de los ancianos de un consultorio de Medicina Familiar

Pérez Pérez R¹, Marín Rodríguez IM², López Martínez A³.

¹ Profesor de Medicina Interna. Especialista en Medicina Interna. Especialista en Medicina Familiar. Diplomado en Medicina Intensiva. Diplomado en Investigaciones Médico Sociales Comunitarias. Miembro de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar; ² Especialista en Medicina Familiar; ³ Especialista en Medicina Familiar. Miembro de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar. Policlínico docente "Dr. Tomás Romay".

ANÁLISIS MULTIFACTORIAL DE LOS ANCIANOS DE UN CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR

Objetivos: Conocer el grado de funcionalidad, el estado cognitivo y el riesgo de caída a través de tres instrumentos y relacionar sus resultados con el estado ocupacional y emocional y las condiciones de la vivienda.

Diseño: Estudio con un enfoque cuantitativo, de tipo retrospectivo, transversal, con un diseño no experimental y alcance explicativo.

Emplazamiento: Estudio realizado en el consultorio de medicina familiar # 32 perteneciente al Policlínico-Docente "Dr. Tomas Romay Chacon" en el periodo comprendido entre febrero del 2003 y febrero del 2004.

Población y muestra: Se estudiaron el 100% de los 96 ancianos atendidos en dicho consultorio.

Intervenciones: Los datos se recogieron en una encuesta de vaciamiento y realmacenaron en una base de datos diseñada e implementada en Microsoft Access, estos fueron procesados en los programas estadísticos Epi Info y Estadística.

Resultados: Fueron estadísticamente significativas la relación entre la situación social, los trastornos del sueño y el estado emocional; la situación económica y el hábito de fumar también estuvieron significativamente relacionados con el estado ocupacional, la situación económica estuvo relacionada con el estado de la vivienda, entre otros resultados de interés.

Conclusiones: Concluimos en nuestro estudio que la situación económica y el tabaquismo están relacionados con el estado ocupacional, que la situación social y los trastornos del sueño pudieran influir en el estado de la vivienda. Se recomienda evaluar integralmente a los ancianos para tener una información más completa y exacta de su calidad de vida.

Palabras clave: anciano/ocupación; anciano/depresión; anciano/vivienda; anciano/demencia; anciano / accidentes.

A MULTIFACTORIAL ANALYSIS OF ELDERLY PATIENTS IN A GENERAL MEDICINE PRACTICE

Aim: Use three instruments to explore the degree of functionality, cognitive state and risk of falling in elderly patients and to correlate the results with occupational and emotional status, as well as housing conditions.

Design: A retrospective, explicative study based on a cross-sectional, quantitative focus and a non-experimental design.

Setting: The study was carried out by a general medicine practitioner, situated in office number 32 of the "Dr. Thomas Romay Chacon" Teaching Polyclinic, from February of 2003 through February of 2004.

Population and sample: 100% of the 96 elderly patients seen in this practice were studied.

Methods: A questionnaire was used to collect information which was then transferred to and stored in a Microsoft Access data base. The data was then processed using Epi-Info and statistical programs.

Results: A statistically significant relationship was found between social status, sleep disorders, and emotional status; economic status and smoking habits were also found to be statistically related to occupational status, economic status and living conditions within the home, among others.

Conclusions: Our study concludes that economic status and the habit of smoking are related to occupational status and that social status and sleep disorders can have an influence on household conditions. It is recommended that an integral evaluation be made of the elderly in order to obtain more complete and accurate information on their quality of life.

Key words: elderly/occupation; elderly/depression; elderly/housing; elderly/demencia; elderly/accidents.

Correspondencia: Roidel Pérez Pérez. Sol 254, Apto. 5, entre Habana y Aguiar, Habana Vieja, Ciudad de la Habana. Correo electrónico: roidel@infomed.sld.cu. Teléfono Particular: 00 53 7 8 610979.

Recibido el 28-01-2005; aceptado para publicación el 14-03-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 1; 34-39

Introducción

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, sino que ha estado presente en todas las etapas de desarrollo social, siendo de interés para la filosofía, el arte y la medicina en todas las épocas. Sin embargo durante el presente siglo, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez y que convierte el envejecimiento poblacional quizás, en uno de los retos más importantes de las sociedades modernas^{1,2}.

A partir del 1994 el país ha establecido un nuevo programa de Atención Comunitaria al adulto mayor. En esta propuesta se destaca la creación de Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológico (EMAG), encargado de la atención del anciano frágil o de alto riesgo en la comunidad. Dentro de los objetivos de dicho Programa se incluye la necesidad de proveer a la atención comunitaria de instrumentos, métodos y estructuras que le ayuden a diagnosticar, prevenir y encontrar soluciones a las necesidades de los ancianos³.

En varios estudios donde se ha evaluado el estado funcional de los ancianos los trastornos en la automedicación y la situación económica han sido los problemáticos. Algunos estudios han demostrado además la fuerte relación que existe entre los trastornos de la visión y de la movilidad con el riesgo de caídas^{4,5}.

Investigaciones realizadas en varios países también abogan a favor de una alta relación entre la situación económica, la adicción al tabaco y el status ocupacional del anciano⁶.

Muchos estudios han aportado evidencia a favor de la clara relación existente entre los trastornos del sueño y la situación social con el estado emocional de los ancianos⁷.

No encontramos estudios en la literatura que hicieran referencia a una relación entre el estado de la vivienda y la situación económica del anciano.

Consideramos importante esta investigación en nuestra comunidad porque al evaluar de forma multidimensional todos los factores físicos, sociales, psicológicos y económicos que determinan la salud de este grupo poblacional, podemos no solo conocer el estado del mismo, sino valorar precozmente cualquier cambio que en ellos se produzca y de esta forma en correspondencia con dichos factores establecer un plan de acción que los modifique ya sea con medidas de prevención u otras formas de intervención, manteniendo al anciano el mayor tiempo posible en la comunidad, garantizando su bienestar y seguridad.

Las preguntas a las cuales daremos respuesta en nuestra investigación son:

1. ¿Qué factores están relacionados con el estado ocupacional?

2. ¿Qué factores están relacionados con el estado emocional de los ancianos?

3. ¿Qué factores están relacionados con el estado de la vivienda?

4. ¿Qué factores están relacionados con el resultado del Miniexamen del Estado Mental (MEM)?

5. ¿Qué factores están relacionados con los resultados de la Escala de la Marcha y el Equilibrio (EME)?

Dentro de las hipótesis planteadas en este trabajo tenemos:

1. Pensamos que la situación económica es un factor que obliga al anciano a continuar con vínculo laboral.

2. Somos partidarios de que la situación social influye en el estado emocional de los mismos.

3. Pensamos que en el estado de la vivienda puede influir la situación económica del anciano.

4. Planteamos la hipótesis de que la tristeza y los trastornos de la visión pueden influir en el resultado del MEM.

5. Finalmente somos partidarios de la idea de que la visión y los trastornos de la movilidad pueden influir en el resultado de la EME.

Factibilidad de la investigación: Esta investigación se considera que es factible, debido a los escasos recursos que se utilizaron para realizarla, por lo que su reproducción en otras comunidades es fácil y viable.

Repercusión de la investigación: Este estudio tendrá gran impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de dichos ancianos y un importante ahorro de recursos económicos por atención médica debido a la cantidad de accidentes y complicaciones que serán prevenidos con la información que la misma aporta.

Objetivos

General

Precisar los factores que influyen negativamente en la calidad de vida de nuestros ancianos.

Específicos

1. Identificar los factores relacionados con el estado ocupacional de los ancianos.

2. Determinar las variables relacionadas con el estado emocional de los mismos.

3. Precisar los factores relacionados con el estado de la vivienda.

4. Establecer las variables que influyen en el resultado del MEM.

5. Evaluar los factores relacionados con la EME.

Definiciones

1. *Vivienda no segura*: Toda vivienda con barreras arquitectónicas o con defectos en los peldaños o barandas de las escaleras, con mala iluminación u otra característica que aumente el riesgo de accidentes domésticos en el anciano.
2. *Alteración en la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)*: Consideramos alterado el parámetro cuya puntuación sea menor de cuatro.
3. *Alteración de la Escala de la Marcha y el Equilibrio (EME)*: Consideramos que todo paciente con menos de diecinueve puntos tiene cinco veces más riesgo de caída y por lo tanto tiene un alto riesgo.
4. *En el Miniexamen del Estado Mental*: Consideramos con trastorno cognitivo moderado aquellos que tenían entre doce y veintitrés puntos.

Metodología

Se estudiaron 96 ancianos de nuestro consultorio los cuales representan el 100% del universo del mismo. Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo retrospectivo, transversal, con diseño no experimental, con un alcance explicativo en los pacientes de 60 años y más edad del consultorio No. 32 perteneciente al Policlínico Docente "Tomás Romay Chacón" del municipio Habana Vieja.

Se aplicaron instrumentos conocidos como son la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional, el Miniexamen del Estado Mental, y la Escala Motora y del Equilibrio, para valorar los factores que inciden significativamente en el estado ocupacional y emocional, en el estado de la vivienda, así como en el resultado del MEM y del EME en dicha población.

Se realizaron encuestas de vaciamiento, por personal previamente entrenados en el Centro Geriátrico del territorio, con vistas a la adecuada utilización de dichos instrumentos. En la encuesta se valoraron las siguientes variables, consumo de café y tabaco, donde solo se recogió si consumían o no los mismos. El estado de la vivienda fue evaluado de segura según nuestro criterio que esta definido en el acápite de definiciones. Cada ítem de la conocida escala geriátrica de evaluación funcional (situación familiar, social, económica, trastorno del sueño, de la visión, de la memoria, la continencia, la movilidad, el equilibrio, la visión y la audición) fueron evaluados según los criterios de dicha escala con su correspondiente calificación. La variable ocupación fue clasificada en jubilada los ya jubilados y sin otro vínculo laboral, los jubilados y ocupados aquellos que a pesar de estar jubilados tenían algún vínculo laboral por contratos de trabajo y ama de casa aquellas mujeres que nunca tuvieron vínculo laboral. Se utilizó la escala de la

marcha y del equilibrio y cada paciente obtuvo un puntaje y además se le aplicó el mini examen del estado mental con su correspondiente evaluación.

Análisis Estadístico: Previa codificación de los ítem de cada variable recogida en la encuesta y del puntaje obtenido por cada paciente en los diferentes instrumentos aplicados se procedió a establecer un análisis de regresión múltiple entre las variables ocupación, hábito de fumar, ingestión de café, estado de la vivienda, resultados del Miniexamen del estado mental, resultados de la Escala de la marcha y el equilibrio y el resto de los diferentes acápite que evalúa la Escala geriátrica de evaluación funcional, incluso se relacionó el acápite Estado emocional de esta última con otros puntos evaluados en la misma. Se establecieron la relación estadística y su significación. Los resultados de las encuestas de vaciamiento, fueron introducidos en una base de datos diseñada en Microsoft Access y los mismos fueron procesados en los Programas Estadísticos Epi Info y Statistic. Los resultados fueron llevados a tablas para una mejor comprensión de los mismos.

Recursos humanos:

- Dos residentes de Medicina Familiar.
- Un especialista en Medicina Familiar y en Medicina Interna.

Recursos materiales:

- 100 modelos de encuestas
- Una computadora Pentium IV
- Programa Microsoft Access
- Programa Estadístico Epi Info
- Programa Estadístico "Statistic"
- Dos bolígrafos
- Programa Microsoft Word.
- Programa Microsoft Excel.

Resultados

Las pruebas estadísticas aportaron evidencias a favor de que el hábito de fumar y la situación económica están asociados al estado ocupacional (tabla 1).

También las pruebas realizadas evidenciaron de que los trastornos del sueño y la situación social tienen relación con el estado emocional (tabla 2).

La regresión múltiple aportó también evidencia a favor de que la que la situación económica está relacionada con el estado de la vivienda (tabla 3).

También arrojó evidencias de que los trastornos de la visión, de la memoria y el estado emocional estuvieron relacionados estadísticamente con los resultados del Miniexamen del Estado Mental (tabla 4).

Por último el análisis estadístico evidenció una relación entre los trastornos de la visión, la movilidad y el riesgo de caídas (tabla 5).

Discusión

En nuestro estudio el hábito de fumar y la situación económica están asociados a el estado ocupacional. Esto se explica porque como hemos podido observar casi la mitad de nuestros pacientes fuman y más de la mitad tienen bajos ingresos económicos, ya sea por jubilación, peritaje médico, pensión o por seguridad social, viéndose en la necesidad de vincularse nuevamente al trabajo para sufragar los gastos que este hábito ocasiona⁸.

El análisis estadístico de los datos aportó evidencia a favor de que el estado emocional de los pacientes está relacionado con los trastornos del sueño y la situación social. Al aumentar la edad los pacientes experimentan cambios normales de sus patrones de sueño, motivo por el cual en su gran mayoría se impacientan al no poder conciliar un sueño profundo trayendo consigo alteraciones del estado emocional, que van desde la depresión hasta la irritabilidad. Por otra parte en estudios realizados por María Elena Oquendo se encontró que en el 100% de los ancianos que tenían depresión la causa fue la situación social coincidiendo con los resultados de nuestra investigación. Esto se justifica por la pérdida de vinculación laboral, la muerte de algún familiar, dificultades económicas y materiales, la convivencia, y además debido a que se ha encontrado que los pacientes que viven con sus familias padecen menos depresión que aquellos que viven solos. Todo esto está relacionado con los trastornos en el estado emocional de los pacientes^{9, 10}.

El estado de la vivienda en nuestros pacientes está estadísticamente asociado a la situación económica. Pensamos que se deba a que como ya mencionamos anteriormente, este grupo tiene bajo ingreso económico, lo cual impide mejorar sus condiciones de vivienda. No encontramos en la literatura revisada estudios que relacionaran la situación económica y el estado de la vivienda.

Resultó estadísticamente significativa la relación existente entre los trastornos de la visión, de la memoria y el estado emocional con el resultado final del Miniexamen del Estado Mental. Es importante señalar que dentro de las causas frecuentes de pérdida de memoria están los trastornos del sueño y el estado depresivo. También consideramos de suma importancia a partir de estos resultados la adecuada valoración de los trastornos de la visión y del

insomnio para así lograr detectar muchos estados depresivos y trastornos en la esfera cognitiva que puedan alterar la calidad de vida del anciano así como la relación con su familia y que pueden ser fácilmente reversibles¹¹.

Otros estudios han demostrado similar relación entre la depresión y un pseudo estado demencial de los pacientes debido a pérdida de la visión, la audición y otras habilidades de la juventud¹².

En otro grupo de ancianos los trastornos de la visión y la movilidad está relacionados con el riesgo de caídas y aunque solo un 8% tiene 5 veces más riesgo de caídas, otro porcentaje presenta riesgo menor pero superior a la población en general. Pensamos que esta relación se puede explicar debido a que la marcha en el anciano es rígida y menos coordinada, se reducen el control postural, los reflejos de orientación del cuerpo, el tono muscular y la altura del paso. También en el anciano hay merma de la visión, debido a una disminución de la capacidad de acomodación, de la agudeza visual, de la visión periférica y adaptación a la oscuridad¹³⁻¹⁶. Todas estas alteraciones tanto de la visión como de la motilidad propias de los cambios fisiológicos de la edad asociado a otros factores, predisponen a nuestros pacientes a las caídas.

Conclusiones

- Los factores relacionados con el vinculo laboral fueron la situación económica y el habito de fumar.
- Los factores que se relacionaron con el estado emocional fueron la situación social y los trastornos del sueño.
- La variable que estuvo estadísticamente relacionada con el estado de la vivienda fue la situación económica.
- Los factores relacionados con el resultado del Miniexamen del Estado Mental fueron los trastornos de la visión, del estado emocional y de la memoria según el puntaje de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF).
- Finalmente los factores relacionados con los resultados de la Escala Motora y del Equilibrio fueron los trastornos de la Visión y la Movilidad según la evaluación realizada por la EGEF.

Bibliografía

1. Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica 1996; 1: 102-15.
2. Álvarez Sintés R. Temas de medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001; 1:167-166.
3. Bonet de la Nuez M. Procedimiento para el diagnóstico del deterioro cognitivo en el adulto mayor a nivel comunitario. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriátria]. Ciudad de la Habana; 1998.

4. Oquendo González ME, Saublet Maestry O. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor? Rev Cubana Enfermer 2003; 19.
5. Vega E, Menéndez J, Triguero MC, Trujillo O. Estudios de la capacidad y discriminación diagnóstico en los ancianos: EGEF. Geriatrka 1994; 10: 23-9.
6. Morales López TC. Estado Funcional de los adultos mayores Consejo Popular "Los Sitios". Policlínico Reina. 1997. [Trabajo para optar por el título de Master en Gerontología Médica y Social]. Ciudad de la Habana; 1997.
7. Gómez Juanola M. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17: 468-72. URL:<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>. Última actualización: Enero 2005.
8. Fumero Naranjo M. Estado funcional de ancianos con enfermedades no transmisibles de cinco consultorios del Policlínico "Reina". [Trabajo para optar por el título de Master en Gerontología Médica y Social]. Ciudad de la Habana; 1997.
9. Guibert Reyes W. Intento suicida del anciano en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15: 509-15. URL:<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>. Última actualización: Enero 2005.
10. Garay Lillo J. Síndrome del olvido benigno senil. Geriátrica 1996; 9: 402.
11. González Curra M. Depresión en ancianos: un problema en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17: 306-20. URL:<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>. Última actualización: Enero 2005.
12. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Minimental state" A practical method for grading the cognitive state of patient for de clinical. J. Psychiat. Res 1975; 12: 198-189.
13. Casanova Carrillo P. Estudio clínico de las principales causas de trastornos cognoscitivos en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17 : 309-15. URL:<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>. Última actualización: Enero 2005.
14. Close J, Ellis N, Hooper R, Glucksman E. Prevention of falls in the elderly trial (profej): A randomized controlled trial. Lancet 1999; 353: 93-7.
15. García López M, Rodríguez Ponce C, Toranjo Gómez A. Enfermería del anciano. DAE año 2001.
16. Vera Sánchez M. Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo de caída en el anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19. URL:<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>. Última actualización: Enero 2005.

ANEXOS

Tabla 1. Regresión Múltiple entre Ocupación y Estado de la Vivienda, Situación Familiar, Social y Económica, Hábito de Fumar e Ingestión de Café

Regresión-Variable Dependiente: <u>Ocupación</u>		
	B	P-Level
Vivienda	-.0807	0.429729
Situación Familiar	-.0900	0.529348
Situación Social	. 1075	0.453492
Situación Económica	. 2596	0.014875
Tabaco	. 3630	0.000412
Café	. 0394	0.690506

R =.47 R² =.22

Fuente: Base de Datos

Tabla 2. Regresión Múltiple entre Estado Emocional y Trastorno del Sueño, Situación Familiar, Social y Económica de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.

Regresión-Variable Dependiente: <u>Estado Emocional</u>		
	B	P-Level
Trastornos del Sueño	. 3565	0.000068
Situación Familiar	-. 0218	0.858202
Situación Social	. 4388	0.000715
Situación Económica	. 0274	0.752028

R =.63 R² =.39

Fuente: Base de Datos

Tabla 3. Regresión Múltiple entre Estado de la Vivienda y los ítem Situación Familiar, Social y Económica de la Escala Geriátrica de la evaluación funcional.

Regresión-Variable Dependiente: <u>Vivienda</u>		
	B	P-Level
Situación Familiar	. 0855	0.564471
Situación Social	-. 1845	0.218464
Situación Económica	. 3225	0.002640

R =.32 R²=.10
Fuente: Base de Datos

Tabla 4. Regresión Múltiple entre Miniexamen del Estado Mental y los ítem Trastornos de la Visión, Sueño, Memoria, Estado Emocional, Situación Familiar y Social de la Escala geriátrica de evaluación funcional.

Regresión-Variable Dependiente: Miniexamen Mental		
	B	P-Level
Trastornos de la Visión	. 2483	0.002018
Trastornos del Sueño	. 0791	0.328958
Estado Emocional	. 2890	0.000518
Trastornos de la Memoria	. 3497	0.000159
Situación Familiar	. 0484	0.607112
Situación Social	. 0410	0.688063

R =.81 R²=.66
Fuente: Base de Datos

Tabla 5. Regresión Múltiple entre Escala de la Marcha y del Equilibrio y los ítem Continencia, Movilidad, Equilibrio, Visión y Audición de la Escala geriátrica de evaluación funcional.

Regresión-Variable Dependiente: <u>Escala Marcha y Equilibrio</u>		
	B	P-Level
Continencia	. 0255	0.762414
Movilidad	. 5567	0.000533
Equilibrio	. 1943	0.236736
Visión	. 1428	0.031211
Audición	. 0348	0.626174

R =.85 R² =.73

Fuente: Bases de Datos.