

Evolución de la incapacidad en los supervivientes de una cohorte de ancianos ingresados en una Residencia

Anía Lafuente, B. J.*; Suárez Almenara, J. L.; Betancort Mastrángelo, C. C. y Guerra Hernández, L.

* Hospital Doctor Negrín. * Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, y Residencia de Pensionistas de Taliarte. Las Palmas y Telde (Gran Canaria).

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar los cambios en la incapacidad física o mental a lo largo del tiempo entre los ancianos ingresados en una Residencia, y los factores asociados a dichos cambios.

MÉTODOS: Se obtuvieron datos de los 230 ingresados en una Residencia mixta en febrero de 1999, y se compararon con los mismos datos de esos mismos residentes obtenidos en el momento de su ingreso. La valoración física y mental se llevó a cabo mediante las Escalas de Incapacidad Física y Mental de Cruz Roja.

RESULTADOS: Los 230 ancianos estudiados tenían un promedio de edad de 81,1 años y su estancia media era algo mayor de cinco años. La valoración física mejoró en tres residentes (1,3%), se mantuvo en 121 (54,0%) y empeoró en 100 (44,7%), no pudiendo ser valorada en seis casos. La valoración mental no mejoró en ningún caso, se mantuvo en 129 (61,7%) y empeoró en 80 (38,3%), no pudiéndose obtener una valoración pareada en 21 sujetos.

Los 107 que ingresaron como válidos tenían un promedio de edad de 80,7 años y una estancia media de 7,5 años. De ellos hubo 43 (40,2%) que pasaron a ser asistidos, los cuales eran personas de mayor edad, con predominio del sexo femenino y con mayor tiempo de estancia en la Residencia que los que permanecieron siendo válidos. Su causa de incapacitación era una enfermedad física con mayor frecuencia que en los que ya ingresaron como asistidos.

CONCLUSIONES: Alrededor el 60% de los ancianos válidos mantienen la capacidad física y mental que tenían al ingreso en la Residencia tras un promedio de siete años y medio de estancia en la misma.

Palabras clave

Incapacidad. Cambio. Seguimiento. Residencia geriátrica.

Changes in disability among a cohort of elderly surviving residents of a nursing home

Correspondencia: B. J. Anía. Medicina Interna - Planta 6. Hospital Dr. Negrín. 35020 Las Palmas. E-mail: bania@correo.hpinr.rca.es

Recibido el 13-1-00; aceptado el 28-6-00.

SUMMARY

OBJECTIVES: To assess changes in physical or mental disability among the elderly during their stay in a nursing home, and the factors associated with those changes.

METHODS: We retrieved data from the 230 residents in the nursing home in February 1999, and compared them with the same data obtained on admission. Physical and mental assessment was done using the Scales of Physical and Mental Disability of the Spanish Red Cross.

RESULTS: The mean age of the 230 residents was 81.1 years, with an average stay a little over 5 years. Physical assessment improved in 3 cases (1.3%), remained unchanged in 121 (54.0%), and worsened in 100 (44.7%), there being 6 cases impossible to assess. Mental assessment improved in none, remained unchanged in 129 (61.7%), and worsened in 80 (38.3%), there being 21 subjects without paired assessments.

The 107 residents admitted as non-disabled had a mean age of 80.7 years, and an average stay of 7.5 years. Forty-three of them (40.2%) became disabled, and they were older people, with a female sex predominance, and a longer stay in the nursing home than those who remained non-disabled. Their disability was more often caused by a physical illness than in subjects who were disabled on admission.

CONCLUSIONS: About 60% of the non-disabled elderly remain disability-free after a mean stay of 7.5 years in the nursing home.

Key words

Disability. Change. Follow-up. Nursing home.

INTRODUCCIÓN

El estado funcional del anciano es un factor de evolución y pronóstico más importante que el diagnóstico de la enfermedad (1). Aunque las enfermedades crónicas son los principales factores asociados a la incapacidad funcional en los ancianos (2), los factores psicosociales juegan también un importante papel (3). En cualquier caso, la ausencia de incapacidades es un medidor de vejez saludable (4).

La aparición de incapacidades en un anciano implica la movilización de recursos tanto sanitarios como sociales, cuya disponibilidad es limitada (5). De entre estos recur-

sos, uno de los más costosos es la Residencia. Y aun dentro de la Residencia, el cuidado del anciano se complica al aumentar su grado de incapacidad.

Por estos motivos, nos hemos propuesto determinar los cambios en la incapacidad física o mental a lo largo del tiempo entre los ancianos ingresados en una Residencia, así como los factores asociados a dichos cambios.

MÉTODOS

Se obtuvieron los datos procedentes de la valoración geriátrica efectuada a los 230 ingresados en una Residencia de Pensionistas durante la primera semana de febrero de 1999, y se compararon con los mismos datos de esos mismos residentes obtenidos en el momento de su ingreso. La Residencia mencionada depende del sector público, acoge tanto a válidos como asistidos, cuenta con servicio médico y con unidades de fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, enfermería y animación sociocultural, y está desprovista de barreras arquitectónicas. La asignación de la enfermedad principalmente incapacitante fue efectuada por médicos diplomados en medicina geriátrica a partir de las historias clínicas utilizadas para el seguimiento de los ancianos residentes.

La clasificación de los ancianos en válidos y asistidos físicos o mentales se realizó con las correspondientes Escalas de Incapacidad Física y de Incapacidad Mental de la Cruz Roja (6, 7), cuya puntuación oscila desde 0 para una persona normal —que no requiere la ayuda de otra persona para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)— hasta 5 para un anciano con máxima incapacidad. Se consideraron asistidos físicos o mentales —que requieren la asistencia de otra persona para las ABVD— los casos con una puntuación de 2 o más en la correspondiente Escala de Cruz Roja. Se consideraron psiquiátricos los sujetos cuya causa fundamental de incapacidad era una psicopatía diferente a la demencia. Se clasificó como personas con déficit visual predominante a los residentes cuya agudeza visual en el ojo mejor era inferior a 0,1.

La dispersión de los datos cuantitativos se expresó como Desviación Estándar (DE). La comparación de variables cuantitativas se llevó a cabo mediante la prueba de la *t* de Student. La comparación de porcentajes se efectuó mediante la prueba de χ^2 . Se consideró significativa una $P < 0,05$.

RESULTADOS

Los 230 ancianos estudiados fueron 86 (37,4%) varones y 144 (62,6%) mujeres, con un promedio de edad en febrero de 1999 de 81,1 años (DE: 8,2). De ellos 140 (60,9%) llevaban menos de cinco años ingresados, 49 (21,3%) entre 5 y 10 años, y 41 (17,8%) entre 10 y 15 años, siendo el promedio de estancia de 1.884,2 días (DE: 1.529,8). El 13,9% tenían pensiones no contributivas.

TABLA I. Enfermedad principalmente incapacitante entre los 165 residentes asistidos.

	N.º casos	%
<i>Enfermedades físicas</i>		
Artrosis de cadera o rodilla	36	21,8
Accidente cerebrovascular	20	12,1
Enfermedad de Parkinson	9	5,4
Fractura de cadera	5	3,0
Otra	5	3,0
<i>Enfermedades mentales</i>		
Demencia tipo Alzheimer	57	34,5
Demencia no Alzheimer	14	8,5
Psicopatía	14	8,5
<i>Enfermedades sensoriales</i>		
Glaucoma	3	1,8
Degeneración macular	1	0,6
Complicaciones posquirúrgicas	1	0,6

En el momento del estudio, de los 230 residentes estaban considerados válidos el 28,3% (42 varones y 23 mujeres), asistidos físicos el 24,3% (21 varones y 35 mujeres), asistidos mentales el 23,9% (11 varones y 44 mujeres), asistidos físicos y mentales a la vez el 14,3% (seis varones y 27 mujeres), psiquiátricos el 7,0% (cuatro varones y 12 mujeres), y personas con déficit visual predominante el 2,2% (dos varones y tres mujeres). Las enfermedades principalmente incapacitantes fueron la demencia tipo Alzheimer, la artrosis de cadera o rodilla, el accidente cerebrovascular, la psicopatía, la demencia no Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la fractura de cadera (tabla I). Los asistidos por déficit visual padecían todos ellos ceguera legal, que en tres casos era secundaria a glaucoma, en uno atribuible a degeneración macular asociada a la edad, y en uno debida a complicaciones de afaquia quirúrgica.

La valoración física mejoró en tres residentes (1,3%), se mantuvo en 121 (54,0%) y empeoró en 100 (44,7%), no pudiendo ser valorada en seis casos por déficit sensorial o trastorno psiquiátrico. La puntuación en la Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja en los casos de mejoría pasó de 4 a 2 en un residente con demencia tipo Alzheimer a quien simplemente se le redujo la medicación con la que venía siendo tratado, de 5 a 2 tras el tratamiento quirúrgico de una fractura de cadera, y de 3 a 1 tras la colocación de una prótesis en un asistido físico a causa de artrosis de cadera que pasó a ser recatalogado como válido tras el tratamiento quirúrgico.

La valoración mental no mejoró en ningún caso, se mantuvo en 129 (61,7%) y empeoró en 80 (38,3%), no pudiéndose obtener una valoración pareada en 21 sujetos.

Los 107 residentes (55 varones y 52 mujeres) que ingresaron como válidos tienen un promedio de estancia de

7,5 años (DE: 4,2) y un promedio de edad en febrero de 1999 de 80,7 años. De ellos hubo 43 (40,2%) (14 varones y 19 mujeres) que dejaron de ser válidos, pasando 21 a ser asistidos físicos, ocho a asistidos mentales, 12 a asistidos mixtos, uno a incapacitado psiquiátrico y uno a déficit visual. La media de edad de los asistidos que habían ingresado como válidos fue de 86,4 años (DE: 8,4), significativamente superior ($P < 0,0001$) al promedio de edad de 77,0 años (DE: 6,3) de los que seguían siendo válidos. De los 55 varones ingresados como válidos sólo pasaron a asistidos 14 (25%), mientras que de las 52 mujeres válidas hubo 29 (56%) que pasaron a asistidas, resultando significativo ($P = 0,003$) este mayor porcentaje de mujeres. El promedio de estancia de los asistidos que habían ingresado como válidos fue de 8,7 años (DE: 4,3), significativamente superior ($P = 0,015$) al promedio de estancia de 6,7 años (DE: 3,9) de los que seguían siendo válidos. Las enfermedades físicas fueron el principal motivo de incapacidad en el 67% de los que habían ingresado como válidos, mientras que dichas enfermedades solamente eran la causa principal de incapacidad en el 38% de los que ya habían ingresado como asistidos ($P = 0,003$).

DISCUSIÓN

Alrededor del 60% de los ancianos válidos supervivientes mantiene la capacidad física y mental que tenían al ingreso en la Residencia tras un promedio de siete años y medio de estancia en la misma. El 40% de ancianos válidos que pasan a asistidos está compuesto por personas de mayor edad, con predominio del sexo femenino, con mayor tiempo de estancia en la Residencia, y la causa principal de su incapacidad suele ser con mayor frecuencia una enfermedad física. Este 40% de válidos que pasan a ser asistidos en ese período demuestra el necesario fracaso de las residencias geriátricas planteadas exclusivamente para válidos. De hecho, el concepto moderno de Residencia contempla que las personas mayores que residen en ella tienen algún grado de dependencia (8).

De entre las enfermedades identificadas como principalmente incapacitantes entre los asistidos mentales destacan las demencias, y especialmente la enfermedad de Alzheimer, frente a la que en la actualidad no disponemos de terapia preventiva (9).

En cuanto a los asistidos físicos, es de destacar que en un buen porcentaje se consideró que la causa principal de su incapacidad eran las artrosis de cadera o rodilla. Hay que hacer énfasis en el tratamiento quirúrgico de dichas artrosis, pues está demostrado que tras esta cirugía la incapacidad física mejora claramente (10). Ya hemos hecho alusión al caso de un residente que ingresó como asistido físico y fue recatalogado como válido tras la colocación de una prótesis de cadera.

El déficit visual de los asistidos sensoriales fue atribuido a glaucoma en 3 de los 5 residentes, lo que viene a corroborar la importancia de la valoración oftalmológica para

detectar precozmente esta afección en los ancianos y tratarla evitando sus complicaciones (11). Ninguno de los residentes estaba incapacitado por mala visión debida a cataratas, dado que todos los que las padecían habían ya sido intervenidos con las nuevas técnicas y recuperado su agudeza visual, salvo el caso de un residente con afectación psiquiátrica que tuvo complicaciones posquirúrgicas debido a su trastorno del comportamiento. En este sentido la atención médico-sanitaria de los sujetos del presente estudio demuestra ser mucho mejor que la de los residentes asistidos de Baltimore (12), entre los cuales la catarata era la causa principal de ceguera, alcanzando un 27% de los casos.

Hay que hacer notar que el reparto de asistidos en la Residencia estudiada no es aleatorio, sino que viene condicionado por las plazas disponibles y pre establecidas para los distintos tipos de ancianos, por lo que los porcentajes relativos de los distintos tipos de asistidos en otras residencias podrían ser diferentes, y ello podría condicionar un orden diferente en cuanto al predominio de unas u otras enfermedades incapacitantes. Como factor exógeno es de señalar que en los años recientes se está produciendo una psiquiatrización de la Residencia por ingreso de personas mayores con psicosis crónicas que han resultado afectadas por la reforma de la asistencia psiquiátrica. Sólo tenemos un caso de incapacitación por psicosis no orgánica en un residente que ingresó como válido durante un período asintomático de su esquizofrenia crónica y que desarrolló una reactivación de su enfermedad psiquiátrica estando ya viviendo en la Residencia.

El presente estudio tiene un diseño longitudinal retrospectivo o de cohortes históricas (13), y su limitación principal estriba en el hecho de no haber incluido los casos de residentes fallecidos con anterioridad. Para vencer la mencionada limitación sería preciso realizar un estudio longitudinal prospectivo o de cohorte concurrente (13). Desde el punto de vista conceptual, la muerte representa una incapacidad máxima, y así lo contempla la venerable escala de Karnofsky, utilizada por los oncólogos para la valoración funcional de sus pacientes, en la cual la puntuación de 100 corresponde a una actividad normal sin limitaciones ni evidencia de enfermedad, mientras que la puntuación de cero corresponde a la muerte (14). Como aproximación al tamaño del problema de la mortalidad de los residentes podríamos citar datos de un estudio de supervivencia realizado por nosotros ocho años antes con los datos de la totalidad de las 483 personas que habían llegado a ingresar hasta entonces en esta misma Residencia (15), en el que tras un seguimiento promedio de 845,0 días habían fallecido 119 residentes (24,6%), resultando similar la supervivencia de los que ingresaron como válidos y pasaron a asistidos y de quienes ya ingresaron como asistidos.

En conclusión, tanto la incapacidad física como la mental aumentan en alrededor de un 40% de los ancianos supervivientes, tanto válidos como asistidos, tras un promedio de más de cinco años de ingreso en la Residencia,

pese a contar con equipos interdisciplinarios de apoyo geriátrico. El tratamiento quirúrgico de las artrosis de cadera o rodilla podría eliminar o reducir la incapacidad física en el grupo de residentes afectos. Deberían tenerse en cuenta estas circunstancias a la hora de planificar la carga de trabajo, tanto actual como futura, del personal de las residencias de personas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perlado F. Teoría y práctica de la geriatría. Madrid: Díaz de Santos; 1995. p. 209.
2. Fried LP, Ettinger WH, Lind B, Newman AB, Gardin J. For the Cardiovascular Health Study Research Group. Physical disability in older adults: a physiological approach. *J Clin Epidemiol* 1994;47:747-60.
3. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essentials of clinical geriatrics. Nueva York: McGraw-Hill; 1994. p. 406-8.
4. Anía Lafuente BJ, Suárez Almenara JL, Guerra Hernández L, Santana Santana AJ, Acosta Morales CD, Saavedra Rodríguez JM. Vejez saludable e incapacidad funcional en la población anciana de Canarias. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:161-71.
5. Thorslund M, Parker MG. Strategies for an ageing population: expanding the priorities discussion. *Ageing Soc* 1995;15:199-217.
6. Guillén Uler F. Unidades geriátricas de hospitalización. En: Salgado Alba A, Guillén Uler F, Díaz de la Peña F, eds. Tratado de geriatría y asistencia geriátrica. Barcelona: Salvat; 1986. p. 59-67.
7. Regalado Doña PJ, Valero Ubierna C, González Montalvo JI, Salgado Alba A. Las escalas de la Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32:93-9.
8. Rodríguez Rodríguez P. La Residencia: concepto, destinatarios y objetivos generales. En: Rodríguez Rodríguez P, ed. Residencias para personas mayores. Manual de orientación. Madrid: SG Editores; 1995. p. 33-49.
9. Masters CL, Beyreuther K. Science, medicine, and the future: Alzheimer's disease. *BMJ* 1998;316:446-8.
10. Williams JI, Llewellyn-Thomas H, Arshinoff R, Young N, Naylor CD. The burden of waiting for hip and knee replacements in Ontario. *J Eval Clin Pract* 1997;3:59-68.
11. Elosua de Juan I, González Montalvo JI, de Pablo Martín C, López García JS, Martínez Garchitorena J, Salgado Alba A. Valoración oftalmológica en el hospital de día: detección de problemas ocultos y recomendaciones terapéuticas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:25-30.
12. Tielsch JM, Javitt JC, Coleman A, Katz J, Sommer A. The prevalence of blindness and visual impairment among nursing home residents in Baltimore. *N Engl J Med* 1995;332:1205-9.
13. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiología clínica. Barcelona: Consulta; 1989. p. 99.
14. Simone JV. Oncology: introduction. En: Bennett JC, Plum F, eds. Cecil textbook of medicine. Filadelfia: Saunders; 1996. p. 1004-8.
15. Anía Lafuente BJ, Suárez Almenara JL. Determinantes sociológicos de supervivencia en una Residencia Mixta de Pensionistas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992;27:283-8.

INFORMACIÓN INTERNACIONAL

Programa Europeo para la investigación de la diabetes

2.000 millones de pesetas para investigar la diabetes.

- Será financiado por la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes, la Fundación Internacional de la Diabetes Juvenil y los laboratorios Novo Nordisk.
- El programa tiene un presupuesto de 11,9 millones de euros, que supone casi 2.000 millones de pesetas.

El Programa Europeo para la Investigación de la Diabetes se ha presentado durante la celebración de la 36.^a Reunión Anual de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes que se está celebrando en Jerusalén desde el día 17 hasta el 21 de septiembre.

El Programa Europeo para la Investigación de la Diabetes que está financiado conjuntamente por la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), la Fundación Internacional de la Diabetes Juvenil (JDFI), y los laboratorios Novo Nordisk, tiene un presupuesto de 11,9 millones de euros, cerca de dos mil millones de pesetas, para los tres próximos años.

El programa se divide en dos partes. La primera, dedicada a la diabetes tipo 1, con una asignación de 2,25 millones de euros por año, patrocinada por la EASD, la JDFI y Novo Nordisk, en la que se investigarán las siguientes áreas: Genética, Conservación de la masa de las células beta, Tolerancia de los trasplantes de islotes, Terapia de células madre, Terapia

celular y desarrollo de células beta, Inflamación y complicaciones vasculares, Hipoglucemia y controles no invasivos de la glucosa. Según Lars Rebien Sorensen, vicepresidente ejecutivo de Novo Nordisk, este Programa europeo «ayudará a entender mejor la razón por la que algunas personas desarrollan diabetes y otras no, y poder así desvelar el misterio de esta enfermedad.»

La segunda parte, dedicada a la diabetes tipo 2, patrocinada por EASD y Novo Nordisk, con 1,7 millones de euros por año, se incluirán temas como la etiología, la patogénesis y la prevención del tipo 2, además se pondrá especial énfasis en metodología y teoría de la investigación para el desarrollo de una formación sanitaria orientada al paciente, y en investigación e intervenciones para la mejora de los conocimientos, la atención y la competencia de los proveedores de asistencia sanitaria. Este programa es igualmente importante y de gran urgencia, según Rebien Sorensen, para prestar atención a este problema cada vez más acuciante en la sociedad como es la diabetes tipo 2 y sus complicaciones, y que se encuentra en niveles epidémicos en Europa como ya ha hecho notar la OMS: «Creemos que existe una gran necesidad de investigar con mayor profundidad, y abordar los campos de la psicología y la ciencia del comportamiento en la diabetes... con el fin de intensificar los aspectos del tratamiento que tienen que ver con el comportamiento.»

Las ayudas económicas se darán a proyectos de instituciones individuales o a redes multidisciplinares, o compuestas por varias instituciones en el ámbito europeo y de sus países asociados. Las instituciones podrán ser sin ánimo de lucro, públicas o privadas.

Para más información: Leonor Muñoz del Valle. Tel.: 91 391 39 31.