

■ ARTÍCULO ORIGINAL

Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay

Epidemiological-clinical profile and functional geriatric assessment in San Miguel neighborhood from Asunción, Paraguay

Autores: María Claudia Piñáñez García¹, María Lorena Re Domínguez²

Artículo recibido: 30 julio 2015

Artículo aceptado: 12 agosto 2015

Resumen

Introducción: el envejecimiento poblacional caracteriza a las últimas décadas. En Paraguay la población mayor de 60 años constituye el 10%, con edad promedio de 70 años. La funcionalidad geriátrica es la capacidad para realizar independientemente actividades básicas de la vida.

Objetivos: determinar perfil clínico epidemiológico y prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores del Barrio San Miguel de Asunción, Paraguay.

Metodología: estudio observacional, de corte transversal, descriptivo con componente analítico, realizado en adultos mayores de 65 años del Barrio San Miguel, de abril a julio del año 2014. Variables estudiadas: edad, sexo, enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y capacidad funcional. Se utilizó el índice de Katz, la escala geriátrica de depresión de Yesavage y expedientes clínicos.

Resultados: se encontró 3% de prevalencia de adultos mayores de 65 años. El perfil sociodemográfico correspondió a un adulto mayor con predominio del sexo femenino, edad media de 71,8 años, casado, con escolaridad primaria. La enfermedad crónica con mayor frecuencia fue la HTA. El 79% de los adultos mayores presentan algún síndrome geriátrico, predominando la depresión (43%). El 41% de la población estudiada presenta dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria. Se encontró asociación significativa entre depresión y funcionalidad básica.

Conclusión: la enfermedad crónica más prevalente es la hipertensión arterial. La prevalencia de dependencia funcional y de depresión es alta en los adultos mayores.

Palabras claves: valoración geriátrica, adulto mayor, dependencia funcional, índice Katz

Abstract

Introduction: The last decades are characterized by population aging. In Paraguay, the population older than 60 years old represents 10% with an average mean of 70 years. The geriatric functionality is the capacity to perform basic activities of life independently.

Objectives: To determine the epidemiological-clinical profile and prevalence of functional dependence in the older adults from San Miguel neighborhood in Asunción, Paraguay.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional observational study with analytical component carried

¹Residente de Medicina Familiar. Hospital de Clínicas. Asunción Paraguay.

²Especialista en Medicina Interna. Hospital de Clínicas. Asunción Paraguay.

Autor correspondiente:

Dra. María Claudia Piñáñez García

Dirección: Coronel Centurión N° 397 esquina Alberdi.

Teléfono: +(595) 21 371954

Correo electrónico: claupinanez@hotmail.com

out in adults older than 65 years in San Miguel neighborhood from April to July, 2014. The studied variables were: age, sex, chronic diseases, geriatric syndromes and functional capacity. The Katz index, geriatric depression scale of Yesavage and clinical records were used.

Results: There was 3% of prevalence of adults older than 65 years. The socio-demographic profile corresponded to an older adult with predominance of women, mean age of 71.8 years, married and with primary education. The most frequent chronic disease was AHT while 79% of the elderly presented a geriatric syndrome prevailing depression (43%). Forty one percent of the studied population presented functional dependence in the basic activities of daily living. A significant association was found between depression and basic functionality.

Conclusion: The most frequent chronic disease was arterial hypertension. The prevalence of functional dependence and depression is high in older adults.

Keywords: geriatric assessment, old adult, functional dependence, Katz index

Introducción

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo e irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos¹.

En América Latina y el Caribe, las proyecciones medias indican que entre el año 2000 y el 2025 los habitantes se incrementarán en 180 millones. Más de un tercio de ese incremento corresponderá a adultos mayores. La cantidad de personas de 60 años o más que viven en estas regiones aumentará a 100 millones en el 2025².

La situación demográfica en nuestro país hace referencia que la población de 60 años y más edad constituye 10% de la población total. La edad promedio de este grupo poblacional oscila alrededor de los 70 años y no existen diferencias marcadas entre hombres y mujeres³. Este fenómeno demográfico, denominado envejecimiento poblacional, es un grave problema de salud pública, dado que implica, por una parte, una disminución de la proporción de la población económicamente activa y, por otra, un inminente incremento de la prevalencia de los síndromes geriátricos.

En la vejez inciden todas las enfermedades que se ven en el adulto, no se puede hablar por tanto de enfermedades propias de la vejez, sino de enfermedades en la vejez²⁻⁴. Algunas son muy comunes y más prevalentes en los ancianos: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, artropatías, neumopatías, cáncer, deterioro cognitivo, infecciones y fractura de cadera, que constituyen la mayor parte del esfuerzo asistencial en el día a día. Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas. Es una forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos y exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento. Los más evaluados son: la incontinencia urinaria, el delirio o síndrome confusional agudo, la demencia, la inmovilidad, las caídas, la depresión⁴.

Es importante destacar que la funcionalidad geriátrica es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente las actividades básicas de la vida diaria, como ser la alimentación, continencia, uso de sanitario, vestimenta, aseo y transferencia, lo que significa poder vivir sin ayuda. Su comprometimiento tiene implicaciones importantes para el adulto mayor, familia, comunidad y sistema de salud⁴⁻⁵. La incapacidad

ocasiona mayor vulnerabilidad y dependencia en la vejez, lo que contribuye a la disminución del bienestar y calidad de vida de los adultos mayores⁶.

En ese sentido, la Atención Primaria de Salud (APS) constituye el núcleo principal y representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud del Paraguay, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen, siendo así un proceso permanente de asistencia sanitaria⁷⁻⁸.

Este trabajo quiere determinar el perfil clínico y epidemiológico de los adultos mayores, además de determinar la prevalencia de dependencia funcional en sujetos del Barrio San Miguel (Asunción, Paraguay), pues servirá de precedente de cualquier plan de acción o política a seguir.

Objetivos

- Determinar el perfil clínico epidemiológico y prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores en la Unidad de Salud Familiar (USF) del Barrio San Miguel de Asunción, Paraguay.
- Hallar la prevalencia de adultos mayores en la USF del Barrio San Miguel.
- Describir los síndromes geriátricos encontrados en la población en estudio.
- Conocer las enfermedades crónicas más frecuentes en adultos mayores.
- Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor con y sin dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Metodología

Es un trabajo de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, con componente analítico, cuya población enfocada fueron individuos de sexo masculino y femenino, adultos mayores, pobladores del barrio San Miguel, Bañado Sur-Tacumbú, Asunción. El criterio de inclusión fue que hayan sido atendidos en la Unidad de Salud Familiar en el período de abril a julio de 2014. Se tomaron como criterios de exclusión: adultos mayores que viven en dicho barrio pero están hospitalizados actualmente; adultos mayores, que a pesar de ser informados sobre el trabajo a realizar, no están de acuerdo a participar de dicho estudio. El muestro fue no probabilístico por conveniencia. Para el reclutamiento primeramente se procedió a la revisión de las historias clínicas de los pacientes que reunían los criterios de selección y que estaban completas con los datos básicos de filiación y comorbilidades asociadas, el resto de las mediciones las realizaron los investigadores. Las variables obtenidas de los expedientes clínicos fueron: edad, sexo, comorbilidades como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), accidente cerebro vascular secular, cardiopatía isquémica, todo tipo de cáncer. Los síndromes geriátricos (incontinencia urinaria, depresión, demencia, delirio, caídas, inmovilidad) y capacidad funcional se midieron con el índice de Katz (tabla 1).

Tabla 1: actividades de la vida diaria según índice de Katz

Baño	Independiente: se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía)
	Dependiente: necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.
Vestido	Independiente: coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos
	Dependiente: no se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.
Cuidado personal	Independiente: puede peinarse o afeitarse solo
	Dependiente: necesita ayuda para peinarse o afeitarse
Aseo	Independiente: va al baño y vuelve sin ayuda, se arregla la ropa y se higieniza solo (usa chata solo a la noche)
	Dependiente: no puede usar el baño solo
Continencia	Independiente: no tiene incontinencia urinaria ni fecal.
	Dependiente: es incontinente o usa colostomía
Desplazamiento	Independiente: puede entrar o salir de la cama y sentarse sin asistencia
	Dependiente: no puede desplazarse ni sentarse sin asistencia
Caminata	Independiente: puede caminar sin ayuda, excepto con bastón
	Dependiente: no puede caminar sin ayuda
Alimentación	Independiente: puede alimentarse completamente solo
	Dependiente: no puede alimentarse solo

El índice de Katz se interpretó según los puntajes sgtes:

0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

4 - 6 puntos = incapacidad severa

Los síntomas depresivos se evaluaron mediante la escala geriátrica de depresión de Yesavage en su versión de 15 enunciados. En esta escala, los participantes debían responder “si” o “no” a las preguntas sobre su estado de ánimo en los últimos 15 días (tabla 2).

Tabla 2: Escala de geriátrica de depresión modificada de Yesavage

Nº		Si	No
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo, casi todo el tiempo?		
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?		
7	¿Se siente feliz, contento, la mayor parte del tiempo?		
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?		
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
10	¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?		
11	¿Cree que es agradable estar vivo?		
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?		
13	¿Se siente lleno de energía?		
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?		
15	¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?		

El punto de corte para considerar que había síntomas depresivos fue la respuesta afirmativa en al menos de 6 de las 15 preguntas (6 puntos).

El análisis de la información recopilada se llevó a cabo empleando el software Epi Info® versión 3.5.1 en dos fases: uno descriptivo y otro asociativo. Se utilizó la prueba del X^2 para comparación entre las variables categóricas. En cuanto a las consideraciones éticas, se solicitó la autorización (mediante documento escrito) de la USF del Barrio San Miguel, Bañado Sur-Tacumbú, para el ingreso a las zonas que conforman dicha USF y para la recolección de datos. Se respetó las bases de la ética médica, obteniendo el consentimiento informado verbal, respetando la autonomía de los pacientes, en cuanto a decidir o no su participación en el estudio. La identidad de los adultos mayores implicados en el estudio se mantuvo en el anonimato.

Resultados

La USF San Miguel, Bañado Sur-Tacumbú tiene una población total de 4166 personas, población femenina de 2153 (51,68%) y masculina de 2013 (48,31%). La prevalencia de adultos mayores en dicha unidad es 3%.

La muestra estuvo constituida por 100 adultos mayores lo que representa el 2,4% de la población enfocada. El 56% es del sexo femenino y 44% del masculino.

En cuanto a la capacidad funcional, el 41% de la muestra (41/100) presentaba incapacidad funcional, con predominio en el sexo femenino con el 61% de los casos (25/41); siendo de tipo severa en el 54% de los afectados (22/41) y moderada en el 46% de los afectados (19/41).

Respecto a los síndromes geriátricos y las enfermedades crónicas, han predominado la hipertensión arterial (91%) y la depresión (43%), respectivamente (tabla 3).

Tabla 3. Características demográficas y clínicas de adultos mayores del barrio San Miguel, Bañado Sur-Tacumbú, Asunción (n 100)

	Variables	Porcentaje
Estado civil	Soltero	16%
	Casado	51%
	Viudo	19%
	Unión libre	14%
Escolaridad	Primaria	84%
	Secundaria	2%
	Analfabeto	14%
Enfermedades crónicas	HTA	91%
	DM	23%
	ACV	13%
	Cáncer	2%
Síndrome geriátrico	Depresión	43%
	Incontinencia urinaria	19%
	Inmovilidad	14%
	Caídas	1%
	Delirio	1%
	Demencia	1%

HTA: hipertensión arterial. DM: diabetes mellitus. ACV: accidente cerebrovascular

La depresión predominó en el sexo femenino con el 67% (29/43) de los casos. En el 77% (33/43) de estos afectados era depresión de tipo leve y 23% (10/43) era severa. El rango etario más afecto por esta patología era el de 76 a 80 años. Mediante la prueba chi cuadrado entre estas las variables depresión y funcionalidad básica, se halló asociación con significación estadística ($p < 0,05$).

Discusión

El perfil sociodemográfico del adulto mayor encontrado es casi similar a estudios extranjeros como el de Barrantes-Monge y cols⁹ y Zabala-González¹⁰, donde el perfil predominante es un adulto mayor entre 71 y 75 años, casado o soltero, con escolaridad primaria.

En cuanto a las enfermedades crónicas, en este estudio la HTA lleva un porcentaje alto (91%) seguida muy de lejos por la diabetes mellitus (23%); en otros estudios, como el de Barrantes-Monge y cols⁹, también se encuentra la HTA como principal enfermedad crónica en los ancianos, seguido de las caídas y la depresión. El elevado porcentaje de HTA hallado puede deberse a estilos de vida no saludables y a la falta de detección precoz de la misma, dado que la frecuencia habitual suele ser alrededor de 50%.

En relación a los síndromes geriátricos detectados, este estudio arrojó que el 79% padece de algún síndrome o problema geriátrico siendo la depresión la más frecuente, en comparación con el estudio abordado por Varela-Pinedo y cols¹¹, donde el 95% presentan síndromes geriátricos, demostrando la necesidad imperiosa de implementar sistemas de salud en esa población.

En este trabajo se encontró que la dependencia funcional para ABVD según la escala de Katz fue 41%. Estos resultados son similares a los abordados por estudios extranjeros, como González Moro y cols¹², quienes han reportado frecuencia que van desde 30 a 70%, en diferentes grupos de adultos mayores de 65 años.

La frecuencia de depresión en adultos mayores obtenida en este estudio fue 43%, este resultado es mayor al reportado por García-Peña¹³, Martínez-Mendoza¹⁴ y Zavala-González y cols¹⁰. En este último en particular se observó que 92,9% no presentaba depresión y 7,1% sí lo presentaba. Esta diferencia puede ser atribuida a factores como el uso de escalas y criterios diagnósticos para depresión en el adulto mayor distintos a los utilizados en esta investigación, intervalo de edades mayores al estudiado e inclusive a la idiosincrasia cambiante de un lugar al otro¹⁵⁻¹⁶.

En el presente trabajo se comprobó asociación entre depresión y funcionalidad básica con significación estadística ($p < 0,05$), en comparación con el estudio realizado por Zavala-González y cols¹⁰. La diferencia podría ser atribuida principalmente a la situación actual, la inundación de los barrios ribereños por la gran crecida del río Paraguay, donde sus moradores fueron evacuados e instalados en refugios provisorios, pues lo perdieron todo, quedando sus casas y pertenencias bajo las aguas del río.

Este estudio nos brinda un panorama sobre los padecimientos en los que debe incidirse para la prevención de la dependencia en los adultos mayores, donde la educación en autocuidado y promoción de conductas saludables son aspectos claves para mantener una buena calidad de vida¹⁷.

Sería interesante la creación de centros de día para adultos mayores con dependencia leve y moderada, ayuda domiciliaria y centros de larga estadía con mayor cobertura para los adultos mayores dependientes severos. La realización de este trabajo proporciona datos importantes para desarrollar programas de promoción y prevención de la salud en busca de alcanzar un envejecimiento saludable y activo¹⁷⁻¹⁸.

En conclusión, en la comunidad San Miguel, Bañado sur-Tacumbú se encontró una prevalencia de adultos mayores de 3%. El perfil sociodemográfico correspondió a un adulto mayor con predominio del sexo femenino, edad media de 71,8 años, casado, con escolaridad primaria. La enfermedad crónica con mayor frecuencia fue la HTA. El 79% de los adultos mayores presentan algún síndrome geriátrico, predominando la depresión (43%). El 41% de la población estudiada presenta dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria. Se encontró asociación significativa entre depresión y funcionalidad básica

Referencias bibliográficas

1. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile : Naciones Unidas; 2001.
2. Melgar Cuellar F. Características del envejecimiento: Teoría, envejecimiento exitoso. En: Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriatria y gerontología para el médico internista. Bolivia: Grupo Editorial La Hoguera; 2012. p. 27-36.
3. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Demografía. En Compendio estadístico 2009 /Internet/. Fernando de la Mora: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos; 2009. p.19-25. /citado 27 abr 2009/. Disponible en: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Compendio2009/Cap2.pdf>.
4. Abellán Van Kan G, Abizanda Soler P, Alastuey Giménez C, Albó Poqui A, Alfaro Acha A, Alonso Alvarez M, et al. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2009.
5. Rubinstein A. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Tomo 2. 2ª.ed. Buenos Aires: Panamericana; 2008.
6. Soberanes Fernández S, González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo YC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Rev Esp Méd Quir. 2009; 14(4):161-72.
7. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Información sobre APS en Paraguay /Internet/. S.l: MSPBS; 2011. /citado 7 abr 2015/. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/aps/informacion-aps>
8. Dullak R, Rodríguez-Riveros MI, Bursztyn I, Cabral-Bejarano ME, Ruoti M, Paredes ME, et al. Atención primaria en salud en Paraguay: Panorámica y perspectiva. Cienc. saude coletiva. 2011; 16(6): 2865-75.
9. Barrantes Monge M, García-Mayo EJ, Gutierrez-Robledo LM, Miguel-Jaime A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud pública Mex. 2007; 49(supl.4):s459-s66.
10. Zavala-González MA, Posada-Arévalo SE, Cantú-Pérez RG. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa-México. Archivos en Medicina Familiar. 2010; 12(4): 116-26.
11. Varela-Pinedo L, Chávez Jimeno H, Galvez Cano M, Méndez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Rev Med Hered. 2005; 16(3):165-71.
12. González Moro AM, Rodríguez Rivera L. Fragilidad, paradigma de la atención al adulto mayor. GEROINFO.RNPS. 2008; 3(1):1-11.
13. García-Pena C, Juárez Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Durán-Muñoz C, Sánchez-García S. Depresión en el anciano: Una perspectiva general En: Muñoz O, García Peña C, Durán L, editores. La salud del adulto mayor: Temas y debates. México D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2004.p.209-33.
14. Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM. Depression's prevalence and risk factors in hospitalized seniors. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45(1):21-8.
15. Gómez-Angulo C, Campos-Arias A. Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Univ. Psychol. 2011; 10(3): 735-43.
16. Becerra Pino M. Depresión en el adulto mayor /Internet/. /Citado 19 abr. 2014/. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf
17. Sollazo A, Savio I. Guía de cuidados de salud para adultos mayores. Montevideo: Dirección de Desarrollo Institucional, Programa del Adulto Mayor; 2011.
18. Perlado F. Valoración geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36(Supl.5): 25-31.