

Determinantes del adulto mayor frágil atendidos en la cartera del adulto mayor del Hospital Tingo María Essalud.

Determinants of frail elderly treated in the portfolio of the elderly Tingo María Hospital Essalud.

Claudio G. Cava Goicochea¹

RESUMEN

Objetivo: Establecer los determinantes del adulto mayor frágil atendidos en la cartera del adulto mayor del Hospital I Tingo María – Essalud. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio analítico de casos y controles, de tipo retrospectivo. Se estudió 66 casos de adultos mayores frágiles y 112 controles de adultos mayores no frágiles atendidos en el Hospital I Tingo María – Essalud en el año 2006, quienes fueron seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó una encuesta estructurada como instrumento de recolección de datos a cada persona incluida en el estudio y para el análisis estadístico se utilizó el SPSS versión 12.0 para windows. **Resultados:** Los determinantes que presentan asociación estadística significativa luego del análisis bivariado con la entidad del adulto mayor frágil, son las variables grado de instrucción no superior, el tipo de familia disgregada, el ingreso económico < 450 soles y el tener alguna enfermedad crónica, siendo sus O.R. respectivamente 2,001 – 2,499 - 2,461 - 2,496. **Conclusión:** La variable que presenta la mayor fuerza de asociación con la entidad del adulto mayor frágil, es el ingreso económico menor a 450 nuevos soles, presenta un OR de 2,461, a un nivel de confianza del 95%. Las variables edad, sexo, estado civil, actividad física, con quien vive y religión, no presentan asociación estadísticamente significativa con la entidad del adulto mayor frágil. A nivel de políticas públicas y fundamentalmente salud, es imprescindible generar condiciones de vida saludables aptas para el desarrollo pleno de las personas con énfasis en los adultos mayores, implementando, fortaleciendo y reforzando las medidas de promoción, prevención y control de los factores que determinan la entidad del adulto mayor frágil, incluyéndose en las guías de atención integral del adulto mayor.

Palabras Clave: Adulto Mayor Frágil – Geriatría

ABSTRACT

Objective: Establish the determinant of the major fragile adult attended in the portfolio of the major adult of the Hospital I Tingo Maria - ESSALUD – 2006. **Materials and methods:** I realize an analytical study of cases and controls, of retrospective type. I study 66 cases of major fragile adults and 112 controls of major not fragile adults attended in the Hospital I Tingo Maria - ESSALUD in the year 2006, who were selected of, those who were selected in agreement to criteria of incorporation and inclusion and exclusion. I apply to him, a survey structured like instrument of data collection to every person included in the study, and for the statistical analysis I use the SPSS version 12.0 for windows. **Results:** The determinants that present statistical significant association after the analysis bivariado with the entity of the major fragile adult, are the variables degree of instruction not superior, the type of disintegrated family, the economic revenue <450 suns and to have some chronic disease, being his O.R. respectively 2,001 - 2,499 - 2,461 - 2,496. **Conclusion:** The variable that presents the major force of association with the entity of the major fragile adult, is the economic minor revenue to 450 new suns, presents an OR of 2,461, to a confidence level of 95 %. The variables age, sex, marital status, physical activity, with whom it lives and religion, do not present statistically significant association with the entity of the major fragile adult. To level of policies you publish and fundamentally health, it is indispensable to generate healthy suitable living conditions for the full development of the persons emphatically in the major adults, helping, strengthening and reinforcing the measures of promotion, prevention and control of the factors that determine the entity of the major fragile adult, being included in the guides of integral attention of the major adult.

Key words: Major Fragile Adult - Geriatrics

¹ Médico Internista. Docente Facultad de Medicina, Universidad de San Martín de Porres – Lima 36, Perú.

INTRODUCCION

La transición epidemiológica y la transición demográfica en el Perú es un hecho y la expectativa de vida en América Latina y el Caribe está en franco aumento, enfrentando un proceso de envejecimiento de su población que resulta uno de los más acelerados del mundo, por lo que la brecha entre el número de trabajadores activos y los retirados podría aumentar más en los próximos años.

Así lo dice un reciente informe dado a conocer por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), donde se asegura que la región tendrá que hacer cambios para reducir las condiciones de pobreza y elevar la calidad de vida de los adultos mayores en la región (1).

Además sólo cuatro de cada diez personas mayores de 70 años recibe algún tipo de ingreso por jubilación o pensión en la región, el resto hace malabarismos para sobrevivir; mientras que el 70% de los adultos mayores vive en hogares multigeneracionales compuesto por hijos, nietos u otros familiares. Entre los países de envejecimiento avanzado se encuentran países como Uruguay Argentina y Perú donde aproximadamente 15% de la población tiene más de 60 años, mientras que entre los de envejecimiento incipiente están Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, con alrededor de 5% y 7%. Cuba dentro de 10 años va a ser el país más envejecido de América y dentro de 25 años será uno de los más envejecidos del mundo (1).

En el departamento de Huánuco el crecimiento de la población anciana esta en incremento sostenido; y en la ciudad de Tingo María se tiene que por cada diez casas de la población en general, en cada siete casas habita al menos un geronte y en lo que respecta a prestaciones de salud el año 2006 se han atendido 128 ancianos con las características de un adulto mayor frágil, estado con reservas fisiológicas disminuidas, lo que conlleva asociado un aumento de riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad manifestada por mayor morbilidad y mortalidad del adulto mayor frágil, siendo este un número significativo de casos, es ineludible conocer las variables asociadas y/o determinantes del problema.

La población mundial está envejeciendo y Perú es parte de esta realidad, son los adultos mayores

de 60 años los que proporcionalmente más han crecido anualmente en comparación con la población general. Este cambio en la sociedad peruana, plantea nuevos desafíos en salud pública, uno de ellos es el adecuado manejo de los adultos mayores que requieren cuidados continuos (crónicos) o de largo plazo, para lo cual se han desarrollado programas de apoyo para ellos y sus familiares, con la intención de evitar o retardar el ingreso a una institución de larga estadía.

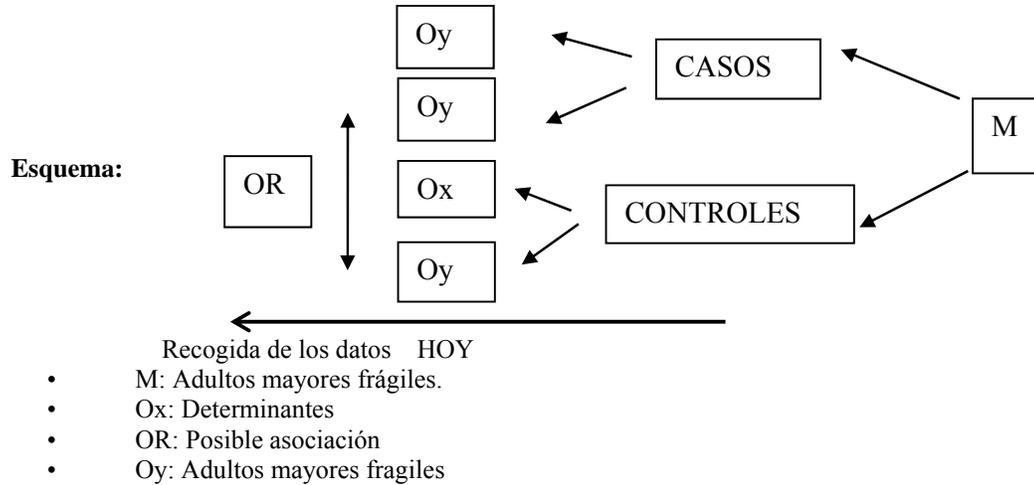
En el Perú, se desconoce el número de adultos mayores que vive en instituciones (hogares o casas de reposo). Tampoco hay publicaciones nacionales acerca de las técnicas de detección de adultos mayores frágiles y las variables asociadas a dicho evento y en el contexto latinoamericano aún no se ha podido enfocar adecuadamente los factores vinculados a la problemática de la población mayor de 75 años, a las características de los adultos mayores, su nivel de fragilidad, el nivel de apoyo que requieren ni el tipo de servicio que reciben.

Uno de los problemas del cuidado institucional, es el alto costo que implica atender a una población de adultos mayores que es cada vez más frágil y con mayores limitaciones y dependencia. El costo del cuidado en instituciones como el Seguro Social de Salud va a depender, en gran medida, del tipo de adultos mayores que se atiende y de la calidad de atención que se desee entregar. En muchos países desde la década de los 80 y 90, se ha analizado la forma de optimizar recursos económicos y humanos para disminuir los costos de salud, intentando mantener un alto estándar de atención. Así surgió el diseño de los sistemas de clasificación de pacientes. El concepto se basa en que a pesar de que cada paciente es único, hay características comunes entre los sujetos ingresados que determinan el nivel de servicios que requerirán y por lo tanto su costo puede ser predecible. Se trata de estimar las necesidades reales de cada paciente (tipo de personal, tiempo de dedicación, etc.), considerando su edad, situación clínica, diagnóstico clínico y el estado funcional en el diario vivir. Sin embargo debemos de manifestar que los estudios analíticos tipo caso / control nos muestran la fuerza de asociación de la variable dependiente con la variable independiente, más no relaciones de causalidad, lo cual es una limitación del estudio, es menester decir que queda una agenda pendiente en esta línea de investigación a partir de estudios con diseños cuasi experimentales y/o experimentales.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de Investigación: Retrospectivo, transversal, observacional y diseño tipo caso / control, se

comparan grupos de sujetos; con el problema (casos) y sin el problema (controles) (2).



Población: La población en estudio estuvo conformada por 76 personas adultos mayores frágiles de 75 años quienes conformaron el grupo de casos (n = 66). La conformación de los controles se hará de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión y serán 112 personas adultos mayores no frágiles de 75 años a más, aceptándose la relación de 1: 2 de caso / control.

Muestra: No es pertinente realizar cálculo de tamaño muestral, como tampoco muestreo porque se trabajara con todas las unidades de estudio según criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Casos
- Asegurados de ambos sexos, edad 75 a más años.
- Presencia de pluripatología relevante (problemas médicos múltiples y complejos).
- Polifarmacia (uso simultáneo de más de cinco medicamentos)
- Algún grado de deterioro mental acompañante o predominante.
- Presencia de trastornos afectivos (ansiedad o depresión)
- Hospitalización repetida en el último año
- Presencia de problemática social en relación con su estado de salud (vive solo, viudez reciente, cambio de domicilio reciente, bajo nivel socioeconómico, institucionalizado, etc.).
- Controles
- Asegurados de ambos sexos, edad 75 a más años.

- No presencia de pluripatología relevante (problemas médicos múltiples y complejos).
- No polifarmacia (uso simultáneo de más de cinco medicamentos)
- No hay deterioro mental acompañante o predominante.
- No hay presencia de trastornos afectivos (ansiedad o depresión)
- No hospitalización repetida en el último año
- No hay presencia de problemática social en relación con su estado de salud (vive solo, viudez reciente, cambio de domicilio reciente, bajo nivel socioeconómico, institucionalizado, etc).
- Asegurado mayor de 75 años con cuestionario Barber positivo que involucra todos los ítems anteriores

Criterios de exclusión:

- Casos
- Asegurados de sexo femenino y masculino que reúnen los criterios de inclusión para casos, que fueron atendidos en el Hospital I Tingo María en el año 2006 y que presenten desnutrición grave, neoplasias, quimioterapia o radioterapias, sida y otros cuadros crónicos degenerativos sistémicos.
- Controles
- Asegurados de sexo femenino y masculino, de 75 a más años, que fueron atendidos en el Hospital I Tingo María en el año 2006 y que presenten desnutrición grave, neoplasias, quimioterapia o radioterapias, SIDA y otros cuadros crónicos degenerativos sistémicos

- Asegurado mayor de 75 años con cuestionario Barber negativo que involucra todos los ítems anteriores.

Instrumentos de recolección de datos:

Historia clínica

La historia clínica permitió obtener datos relevantes intrínsecos y extrínsecos al adulto mayor frágil, que tienen que ver con la anatomía, fisiología y patología propia y que puede estar asociado al evento en estudio. Se consideró adulto mayor frágil a los mayores de 75 años con cuestionario Barber positivo, de acuerdo a las Normas Técnicas de la Cartera del Adulto – Adulto Mayor, cuya media aritmética el año 2006 correspondió a un valor de 3.8 (Cartera Adulto HITM – 2006)

Ficha Adhoc

Encuesta estructurada construida para el estudio y validada por juicio de expertos, este instrumento permitirá consignar los datos de las variables más relevantes que determinan al adulto mayor frágil, en asegurados atendidos en el Hospital I Tingo María Essalud.

Procesamiento y pruebas de análisis estadístico

Para procesar los datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 12,0 para Windows y para el análisis de los datos y medir el nivel de asociación de las variables en estudio, la prueba del odds ratio y el OR múltiple, aceptándose como significativo valores $p < 0,05$.

Aspectos éticos:

El estudio fue conducido de acuerdo a la Declaración de Helsinki II y sus respectivas modificatorias incluido Edimburgo del año 2000. Los pacientes fueron informados en forma adecuada y de acuerdo al nivel sociocultural de cada uno de ellos del propósito del estudio y a todos se les solicitó un consentimiento informado.

RESULTADOS

La presentación de los resultados de la investigación por el tipo de diseño metodológico de caso / control y la búsqueda de la fuerza de asociaciones entre la variable dependiente (adulto mayor frágil) y la independiente (determinantes), se realiza sobre la base de la ficha ad hoc utilizada en el estudio, que nos brinda información pertinente de las variables más relevantes asociadas a esta entidad nosológica, permitiendo de esta manera realizar inferencias válidas para el estudio.

Análisis y comprobación estadística

Un estudio de casos y controles, comienza con la identificación de las personas que tienen la

enfermedad y un grupo de control o testigo de personas que no tienen la enfermedad. Los dos grupos se comparan respecto a características (factores de exposición) que podrían predecir o estar asociados a la enfermedad. El efecto del factor de exposición sobre la enfermedad se mide mediante la razón de posibilidades (odds ratio), se calcula la razón de posibilidades dividiendo las posibilidades de exposición de los casos por las posibilidades de exposición de los controles.

La hipótesis a contrastar, en este caso la hipótesis nula indicaría que no existe asociación significativa entre el factor de interés y el evento resultado, aunque de la razón de momios/posibilidades OR se haya obtenido un resultado diferente a la unidad. La hipótesis alterna indica que sí existe asociación significativa desde un punto de vista estadístico entre el factor de interés y el evento resultado y que la razón de momios en realidad es diferente de la unidad. La hipótesis nula será rechazada, si el resultado obtenido en la es mayor a $\pm 1,96$, que es el punto crítico para indicar que la probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo verdadera (Error α) es menor de 5% ($p < 0,05$), lo cual como se mencionó anteriormente, es aceptable, e indicará que la asociación encontrada mediante la razón de momios, no es debida al azar. La interpretación cuando el valor obtenido no es mayor a 1,96 (en negativo o en positivo), es en términos de que no tiene evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula (pero tampoco para aceptarla), por lo que es posible que la asociación encontrada mediante la razón de momios, esté influida por el azar. Cabe remarcar que esto no significa que no exista asociación, sino que mediante el estudio realizado, no fue posible identificarla.

En este caso para el presente estudio se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, siendo las variables asociadas el grado de instrucción no superior, el tipo de familia disgregada, el ingreso económico y el tener alguna enfermedad crónica (hipertensión, diabetes), por lo tanto se comprueba la hipótesis de investigación formulada.

En la tabla 4, podemos apreciar de las diez variables más relevantes en estudio, cuatro son las que presentan asociación estadística significativa con la entidad del adulto mayor frágil siendo estas el grado de instrucción no superior, el tipo de familia disgregada, el ingreso económico < 450 soles y el tener alguna enfermedad crónica, siendo sus O.R. respectivamente 2,001 – 2,499 - 2,461 - 2,496.

Tabla 4: Factores determinantes de la presencia de la entidad adulto mayor frágil en asegurados del Hospital I Tingo María Essalud - 2006

Factores	Categorías	Adulto Mayor Frágil		P	OR
		NO (n=112)	SI (n=66)		
Edad	75 – 79			0,751	
	80 - 84				
	85 a más				
Sexo	Masculino			0,176	
	Femenino				
Grado de instrucción	No superior	49	42	0,0084*	2,001
	Superior	63	24		
Estado civil	Casado			0,767	
	Divorciado				
	Viudo				
Tipo de familia	Unida (nuclear)	77	17	0,080**	2,499
	Disgregada	35	49		
Actividad física	Si			0,174	
	No				
Ingreso Económico	< 450 soles	42	39	0,016*	2,461
	450 a 1000 soles	49	15		
	> a 1000 soles	21	12		
Con quien vive	Solo			0,450	
	Acompañado				
Tiene Ud. Alguna enfermedad crónica	Si	69	40	0,091**	2,496
	No	43	26		
Religión	Católico			0,198	
	Evangelista				
	Ateo				

* Significativo con un nivel de confianza del 95%

** Significativo con un nivel de confianza de 90%

DISCUSION

En el Perú el incremento de la población adulta mayor es un hecho de gran importancia a nivel de salud pública. Según datos recientemente publicados, se estima que en el año 2010 existirán 50 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. El gran problema de la transición demográfica o del envejecimiento poblacional en países como el nuestro, es que los adultos mayores se ven afectados fuertemente por la pobreza. Se sabe que la pobreza es un factor de riesgo de institucionalización, que surge como una alternativa de cuidado y protección al adulto mayor frágil sin una red de apoyo suficiente (3,4). En el Perú no existe datos nacionales de los hogares de larga estancia ni se conoce el número total de adultos mayores institucionalizados,

menos aún se conocen las características de ellos, su nivel de dependencia ni fragilidad, como tampoco si los hogares que los acogen cumplen con los requerimientos mínimos de cuidado.

Destaca que el número de mujeres y varones adultos mayores frágiles no presenten diferencias estadísticas significativas en la población asegurada adscrita al Hospital I Tingo María Essalud, hallazgo que no concuerda con lo descrito en la literatura (5,6), siendo necesario realizar un estudio en particular en la zona del Alto Huallaga que responde a un escenario medio ambiental de selva, para conocer las variables que están asociadas a la presencia por igual de la entidad del adulto mayor frágil, conociendo que la mujer tiene una mayor esperanza de vida al nacer

y un promedio de vida mayor en términos de población total en el Perú.

La mayoría de los autores concuerda en que la fragilidad es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica. Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad (7). Otra característica del envejecimiento es su heterogeneidad, que resulta de interacciones complejas entre los factores genéticos y ambientales, llevando a una variabilidad individual de edad fisiológica que no coincide exactamente con la edad cronológica y la presencia de la comorbilidad y discapacidad.

En este marco el presente estudio encontró del total de las variables consideradas para su contrastación, a cuatro variables que presentan asociación estadística significativa con la entidad adulto mayor frágil, siendo estas el grado de instrucción no superior, el tipo de familia disgregada, el ingreso económico menor a 450 nuevos soles y el presentar alguna enfermedad crónica siendo sus O.R. respectivamente 2,001 – 2,499 - 2,461 - 2,496, este hallazgo concuerda con el estudio realizado por Varela Pinedo, Luis Fernando, et al sobre funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional, quien encontró relación significativa entre funcionalidad y edad, situación socioeconómica, caídas entre otras variables. De las variables que presentan asociación estadística, la que presente mayor fuerza de asociación es el ingreso económico menor a 450 nuevos soles, presenta un OR de 2,461 a un nivel de confianza del 95%, hallazgo que es concordante con los resultados obtenidos por otros investigadores que han estudiado distintos aspectos de la salud de los Adultos Mayores, destacando un novedoso estudio que analiza las necesidades de salud desde la perspectiva de los propios adultos mayores, es decir, auto percepción de salud y funcionalidad, según los propios ancianos, sus problemas más importantes estaban relacionados con las necesidades económicas y de salud (8).

Es menester manifestar que los factores determinantes vinculados a la entidad del adulto mayor frágil hallados en el presente estudio, corresponden básicamente a determinantes de carácter social y que ameritan intervenciones desde el estado para mejorar la salud pública y la calidad de vida de estas personas adultas mayores.

Es importante también remarcar que el hallazgo encontrado de presentar alguna enfermedad crónica como factor determinante de la entidad del adulto mayor frágil, es concordante con otros estudios donde la hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus fueron las patologías de mayor prevalencia, siendo la mayor frecuencia de estas enfermedades como causa de defunciones y el grupo de enfermedades del sistema circulatorio llega a tasas de hasta 155 por 100.000 en hombres y 148 por 100.000 en mujeres (año 1999) representando 26 y 30% de todas las muertes (9), habiéndose establecido diversas estrategias nacionales para lograr disminuir estas cifras a través de los programas de control de hipertensión, obesidad y diabetes, sin embargo los datos reflejan que la adherencia a los programas es aún baja.

Por otro lado debemos de manifestar la necesidad de realizar estudios cuasiexperimentales y/o experimentales con probables intervenciones de alto impacto en el control de esta entidad del adulto mayor frágil, a partir de la evidencia científica del presente estudio, que permitan en el mediano o largo plazo disminuir la prevalencia de estos casos y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, sin embargo existen algunas limitaciones básicamente de carácter bioético que se deben de manejar bien para llevar a cabo dichas intervenciones.

Conclusiones:

- La entidad del adulto mayor frágil es una patología frecuente en población asegurada adscrita al Hospital I Tingo María Essalud, zona tropical como es el caso de la ciudad de Tingo María.
- Los determinantes que presentan asociación estadística significativa con la entidad adulto mayor frágil son el grado de instrucción no superior, el ingreso económico menor a 450 nuevos soles, el presentar alguna enfermedad crónica y el tipo de familia disgregada, siendo sus O.R. respectivamente 2,001 - 2,461 - 2,496 – 2,499.
- La variable que presenta la mayor fuerza de asociación es el ingreso económico menor a 450 nuevos soles, presenta un OR de 2,461 a un nivel de confianza del 95%.
- Las variables edad, sexo, estado civil, actividad física, con quien vive y religión, no presentan asociación estadísticamente significativa con la entidad del adulto mayor frágil.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Claudio Cava Goicochea.
Universidad de San Martín de Porres
Av. Alameda del Corregidor 1531
Urb. Los Sirius, Las Viñas, La Molina, Lima 12 -
Perú.
Teléfono: +51-1- 365-2300.
E-mail: cgcava@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Publicación de las Naciones Unidas ISBN: 978-92-1-323215-6. LC/G.2389-P. Santiago de Chile. Abril de 2009.
2. Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Callado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la Investigación. 6ta Edición México DF: Mc Graw Hill/Interamericana Editores. 2014.
3. Brosky J, Habib J, Hirschfeld M. Key Policy issues in Long Term Care. The cross-cluster initiative on long-term care, World Health Organization. WHO 2003.
4. Hirschfeld M, Lindsey E. Community Home-based care in resource-limited settings: a framework for action. WHO 2002.
5. Perfil del Adulto Mayor en Chile. Desarrollando respuestas integradas de Sistemas de Cuidados de Salud para una población de rápido envejecimiento (INTRA). Publicación Ministerio de Salud y OPS-OMS, 2002.
6. Bird C, Shugarman L, Lynn J. Age and gender differences in health care utilization and spending for medicare beneficiaries in their last years of life. J Palliat Med 2002; 5: 705-12.
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: Evidence for phenotype. J Gerontol 2001;56A(3):146-56.
8. González Montalvo J, Salgado A. La evaluación de la "calidad de vida" una nueva dimensión de la evaluación geriátrica integral. Rev. Esp. Geriat. Geront. 1995; 30:9-16
9. Anuarios demográficos INE. Enfoques estadísticos. Mortalidad, 2001.

Recibido: 28 /09/2015 Aceptado: 18 /12/2015
--