

Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid

Javier Damián^a / Emilianita Valderrama-Gama^b / Fernando Rodríguez-Artalejo^c / José María Martín-Moreno^d

^aCentro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

^bCentro de Salud de General Ricardos. Área 11. IMSALUD. Madrid.

^cDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

^dDirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España.

Este trabajo ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (expediente 96/0201).

Correspondencia: Javier Damián Moreno. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Sinesio Delgado, 6. 28029 Madrid. España. Correo electrónico: jdamian@isciii.es

Recibido: 26 de noviembre de 2003.

Aceptado: 15 de abril de 2004.

(Health and functional status among elderly individuals living in nursing homes in Madrid)

Resumen

Objetivos: Los estudios epidemiológicos sobre muestras probabilísticas de población institucionalizada en España son muy escasos. El objetivo de este trabajo es describir el estado de salud y la capacidad funcional de una población de personas mayores que viven en residencias.

Sujetos y método: Se realizó un estudio epidemiológico transversal. Mediante un muestreo estratificado por conglomerados, se seleccionó a 800 residentes de 19 residencias públicas y 26 privadas de Madrid. Se entrevistó a los residentes, a los cuidadores principales, a los médicos y a las enfermeras. Se valoraron el estado cognitivo, la salud percibida, la depresión, el dolor, la capacidad funcional, las enfermedades crónicas, las úlceras por presión, la incontinencia urinaria y fecal, el consumo de fármacos y los ingresos hospitalarios.

Resultados: El 75% eran mujeres. La edad media \pm desviación típica fue de 83,4 \pm 7,3 años. El 44% presentó algún grado de deterioro cognitivo. El 46% presentó independencia total o dependencia leve en las actividades básicas de la vida diaria. El 55% declaró una salud percibida muy buena o buena. El 30% presentó síntomas depresivos. El 31% refirió dolor diario en los últimos 7 días. El 3% tenía úlceras por presión. Las enfermedades más prevalentes fueron hipertensión, artrosis, demencias y trastorno de ansiedad (45, 34, 33 y 27%, respectivamente). La prevalencia de demencia de Alzheimer fue del 14%. El 53% tenía incontinencia urinaria y el 26% fecal. El 26% fue trasladado a urgencias en el año anterior.

Conclusiones: Las estimaciones en las principales variables, como estado cognitivo y capacidad funcional, son en general más favorables que en otras poblaciones de residentes en Europa y Norteamérica. Esto se explica en parte por la mayor proporción de personas con baja necesidad de cuidados en las residencias de Madrid.

Palabras clave: Residencias de ancianos. Personas mayores. Epidemiología.

Abstract

Objectives: Epidemiologic studies on probabilistic samples of the institutionalized elderly in Spain are very scarce. The aim of this study was to describe the health and functional status of a population of older people living in nursing homes.

Subjects and method: A cross-sectional epidemiologic study was carried out. A sample of 800 subjects living in 19 public and 26 private nursing homes in Madrid was obtained through a stratified cluster method. Residents, main caregivers, doctors and nurses were interviewed. Cognitive status, perceived health, depression, pain, functional capacity, chronic illnesses, pressure ulcers, urinary and fecal incontinence, drug consumption and hospitalizations were assessed.

Results: Seventy-five percent of the sample were women. The mean age was 83.4 (standard deviation, 7.3) years. Forty-four percent had some degree of cognitive impairment. Forty-six percent were independent or mildly dependent in basic activities of daily living. Fifty-five percent reported very good or good perceived health. Thirty percent had depressive symptoms. Thirty-one percent had experienced daily pain in the previous 7 days. Three percent had pressure ulcers. The most prevalent illnesses were hypertension (45%), osteoarthritis (34%), dementia (33%) and anxiety (27%). The prevalence of Alzheimer's disease was 14%. Fifty-three percent had urinary incontinence and 26% had fecal incontinence. Twenty-six percent had been transferred to an emergency unit in the previous year.

Conclusions: The estimates of the main variables, such as cognitive impairment and functional status, were in general more favorable than those in other populations of nursing home residents in Europe and North America. This is partly explained by the greater proportion of persons with a low need for care in the nursing homes in Madrid.

Key words: Nursing homes. Aged. Epidemiology.

Introducción

Actualmente, el número de plazas en residencias por cada 100 personas mayores de 65 años es de 2,98 en España y de 2,35 en Madrid¹. Se trata de una proporción más bien baja, similar a la de países como Italia o Japón, donde las tradiciones tienden a mantener a los mayores en sus domicilios (2,5-3,0%)², y menor que la de otros países desarrollados (5-14,5%)². Las tendencias en la institucionalización en España se encuentran afectadas al menos por 2 factores. Por una parte, se están produciendo cambios sociológicos relevantes, sobre todo la rápida incorporación de la mujer al mundo laboral, que pueden aumentar la proporción de personas en residencias, ya que su cuidado es tradicionalmente desempeñado por familiares (sobre todo mujeres, esposas e hijas); es el denominado apoyo informal³. Por otra parte, se pretende evitar o retrasar la institucionalización facilitando que las personas se mantengan de forma autónoma y con relativa independencia en sus domicilios. A pesar de todo ello, es probable que, en algunos años, el número absoluto de personas que vivan en residencias de mayores sea notablemente más elevado.

El estado de salud de la población anciana institucionalizada es relativamente poco conocido. En Estados Unidos se realizan, con cierta periodicidad desde 1963, encuestas nacionales en muestras probabilísticas de población institucionalizada⁴. En España no se realiza periódicamente ningún estudio nacional de esas características. Por otra parte, es difícil encontrar estudios realizados en muestras representativas. Hay estudios aislados, en general de tamaño reducido, con muestreos no probabilísticos o en residencias únicas y con temas de estudio muy específicos. Por ello, no se conocen bien las estimaciones de prevalencia de muchas condiciones en nuestra población. El presente trabajo, eminentemente descriptivo, está orientado a ofrecer estimaciones de aspectos esenciales de la salud de la población que vive en residencias de mayores en Madrid, incluyendo la salud percibida, el estado cognitivo, el dolor, la depresión, los déficit sensoriales, la incontinencia urinaria y fecal, la prevalencia de trastornos crónicos y sus síntomas, el uso de los servicios sanitarios y el consumo de medicamentos.

Sujetos y método

Realizamos un estudio transversal en la población de personas mayores que vive en residencias en el municipio de Madrid y sus áreas próximas. El trabajo de campo se completó en 12 meses, finalizando en junio de 1999.

Población de estudio y selección de participantes

El marco muestral estaba definido por los ancianos residentes en instituciones públicas y privadas en el municipio de Madrid y un radio de 35 km. Dentro de esta área, había 22 residencias públicas, 25 residencias concertadas con el sistema público y 139 residencias privadas. El tamaño muestral predeterminado fue de 800 residentes, 500 en residencias públicas y 300 en residencias privadas.

Se definieron 2 estratos: uno comprendía las residencias públicas y concertadas, y otro las residencias privadas. En ambos casos se realizó un muestreo por conglomerados bietápico, con probabilidades proporcionales a los tamaños de las unidades de primera etapa (las residencias). Se eligieron así 19 residencias públicas y concertadas y 30 residencias privadas. Para garantizar tamaños muestrales adecuados, los varones fueron sobremuestreados. Dentro de cada residencia pública se eligió a 20 residentes al azar estratificados por sexo (10 varones y 10 mujeres). En 6 residencias de gran tamaño se eligió en total a 40 residentes. De forma similar, se seleccionó a 10 residentes en cada residencia privada (5 varones y 5 mujeres).

En la tabla 1 se muestran los datos de participación. Todas las residencias públicas y concertadas seleccionadas aceptaron colaborar en el estudio, mientras que de las 30 residencias privadas seleccionadas, 4 rechazaron participar (participación del 87%). La participación de los residentes fue del 93% en las públicas y del 98% en las instituciones privadas. Los residentes que no respondieron fueron sustituidos por un residente de igual sexo elegido al azar. Globalmente, la participación de los residentes fue del 95%.

Recogida de información y variables de estudio

El trabajo de campo fue realizado por médicos especialistas o residentes en geriatría. La información se recogió mediante 3 cuestionarios: uno dirigido al residente, otro al cuidador principal y otro al servicio médico.

El cuestionario dirigido al residente contenía información sociodemográfica y general, como la edad, el número de hijos, la fecha de ingreso en la residencia, el nivel de instrucción y el domicilio anterior. El cuestionario abordaba también aspectos estrictamente subjetivos de la salud, como el dolor en los últimos 7 días, la sintomatología depresiva o la autopercepción de la salud. Aunque se incluyeron los ítems de visión y audición del Minimum Data Set (MDS)⁵ en el cuestionario dirigido al cuidador, el hecho de que las respuestas proporcionadas por personas próximas al residente referentes a la visión y la audición representasen adecuadamente los problemas de los sujetos suscitó

Tabla 1. Características de la muestra

	Residencias públicas y concertadas	Residencias privadas	Total
Población			
Residencias existentes	47	139	186
Varones, n (%)	2.017	1.425	3.442 (25)
Mujeres, n (%)	5.418	5.053	10.471 (75)
Total residentes, n (%)	7.435 (53)	6.478 (47)	13.913
Muestreo			
Residencias elegidas	19	30	49
Residentes elegidos por residencia	20	10	-
Total de residentes a entrevistar	500	300	800
Participación residencias			
Participaron, n (%)	19 (100)	26 (86,7)	45
Participación residentes			
Responden, n (%)	466 (93,2)	254 (98,1)	720 (94,9)
No responden y se sustituyen, n (%)	34 (6,8)	5 (1,9)	39 (5,1)
Causas de no respuesta, n (%)			
Negativa a participar	6 (1,2)	1 (0,4)	7 (0,9)
Fallecidos	5 (1,0)	0 (0,0)	5 (0,7)
Menor de 65 años	0 (0,0)	3 (1,2)	3 (0,4)
Ausencia prolongada	21 (4,2)	1 (0,4)	22 (2,9)
Hospitalización prolongada	2 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,3)
Número de residentes entrevistados	500	259	759

dudas⁶, por lo que también se incluyeron preguntas de estas áreas en el cuestionario dirigido al residente. Estas preguntas (Lambeth Disability Scale) son las recomendadas por la Sociedad Británica de Geriátrica⁷ para realizar un cribado de problemas sensoriales en los ancianos (¿tiene dificultad para reconocer a otras personas cuando se las cruza por el pasillo, incluso con gafas?, sí/no; ¿tiene dificultad para leer el periódico o un libro, incluso con gafas?, sí/no; ¿tiene dificultad para oír una conversación, incluso con audífono?, sí/no).

La sintomatología depresiva se valoró utilizando la versión de 10 preguntas de la Geriatric Depression Scale (GDS)⁸. Se utilizó el punto de corte 3/4^{9,10}.

Para la valoración del estado cognitivo, se utilizó una versión española del Short Portable Mental Status Questionnaire, conocido como test o cuestionario de Pfeiffer¹¹, levemente modificado para el medio residencial. La puntuación fue corregida por nivel de estudios y las preguntas no contestadas fueron contabilizadas como errores.

El cuestionario dirigido al cuidador principal (o al residente, en caso de que éste sea válido), basado parcialmente en el Minimum Data Set⁵, aborda cuestiones sobre trastornos sensoriales, continencia, patrón cog-

nitivo, relaciones sociales, restricciones físicas de movilidad (para evitar caídas o desprendimiento de sondas o sueros, como barandillas en las camas, muñequeras, sillones con tabla) y problemas de salud. La capacidad funcional en actividades de la vida diaria (AVD) fue valorada mediante el índice de Barthel (modificación de Shah et al¹²). Este índice se obtiene asignando puntuaciones en función del grado de dependencia del sujeto en la realización de una serie de actividades básicas de la vida diaria (en la versión utilizada son 10 actividades). El rango de puntuaciones va de 0 (dependencia total) a 100 (independencia total). Con el objeto de facilitar las comparaciones, y siguiendo el criterio utilizado en un estudio comparativo¹³, se ha definido como residente con baja necesidad de cuidados (*low-care cases*) al que puede realizar sin ayuda (se permite supervisión) 3 AVD: comer, traslado sillón-cama y uso del retrete. En un estudio¹³ se añade la actividad de movilidad en la cama, pero nosotros no disponemos de información sobre esa AVD. Son las 4 actividades en las que la dependencia tiende a aparecer más tarde.

El cuestionario fue cumplimentado mediante entrevista al cuidador en unos casos, y de forma autoadministrada por el cuidador en otros, dependiendo de la opción que este último prefiriese. En el caso de que fuese autoadministrado, el cuestionario se recogía días después con el objeto de facilitar la cumplimentación en los momentos más apropiados, sin interrumpir su trabajo. En los casos en que el residente era «válido» sin que, por tanto, hubiera una persona responsable de su cuidado, el entrevistador cumplimentó este cuestionario mediante una entrevista directa al residente.

El cuestionario dirigido al servicio médico fue contestado por un médico o enfermera, mediante entrevista o autoadministrado (cuando era necesario consultar la historia clínica o por razones de conveniencia). Se preguntó por la presencia de síndromes y enfermedades, como neumonía (en el último año), enfisema/asma/bronquitis crónica, insuficiencia cardíaca, hipertensión, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular agudo (en el último año), demencia de Alzheimer y otras demencias, enfermedad de Parkinson, epilepsia o crisis convulsivas, anemia, cáncer, diabetes, artritis o artrosis severa, trastorno de ansiedad y depresión. También se preguntó sobre presencia de úlceras por presión (definiéndose como de grado 1 las lesiones eritematosas que no desaparecen a la presión, y de grados 2-4, diferentes grados de pérdida del espesor de la piel¹⁴), así como sobre el uso de medicamentos y de servicios médicos.

Análisis estadístico

Se calcularon factores de ponderación para restablecer la proporcionalidad en las variables: tipo de

residente (pública o privada) y sexo. Los análisis se realizaron con el programa estadístico STATA 6¹⁵, que permite obtener estimaciones adecuadas de la varianzas en el caso de muestreos por conglomerados. Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales.

Resultados

Las características básicas de los participantes se muestran en la tabla 2. El 75% eran mujeres. La edad media \pm desviación típica fue de $83,4 \pm 7,3$ años, $82,1 \pm 7,4$ años en los varones y $83,7 \pm 7,26$ años en las mujeres. El 49% vivía con anterioridad en el domicilio con familiares y el 29%, en el domicilio solo; el 13%, en otras residencias, y un 1%, en albergues u otros medios residenciales. En cuanto al estado cognitivo, el 55% presentó un funcionamiento intelectual normal. En relación con la capacidad funcional, el índice de Barthel medio fue de 69,7 puntos (74,1 en varones y 68,3 en mujeres; $p = 0,054$). El 46% presentó independencia total o dependencia leve (91-100 puntos). La proporción de residentes de bajo nivel de cuidados fue del 79%.

En la tabla 3 se presentan los resultados de las características autodeclaradas. El 55% percibía su salud como buena o muy buena. El 31% refirió dolor diario de cualquier localización en los últimos 7 días. El 31% sobrepasó el punto de corte (más de 3 puntos) para depresión. La puntuación media en la escala fue de 2,6 (2,5 en varones y 2,7 mujeres; $p = 0,31$). El 37% expresó dificultad para leer y el 17% para ver de lejos; el 60% usaba gafas. El 18% expresó dificultad para oír; el 6% tenía audífono.

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes (tabla 4) se encuentran la hipertensión (45%), la artrosis (34%), las demencias (33%) y el trastorno de ansiedad (27%). En cuanto a diferencias entre varones y mujeres, destaca la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (el 38% en varones y el 13% en mujeres; $p < 0,01$) y el trastorno de ansiedad (el 18% en varones y el 30% en mujeres; $p < 0,01$).

El 53% había tenido incontinencia urinaria en los últimos 14 días y el 26%, incontinencia fecal. El 51% había utilizado pañales de incontinencia. El 3% portaba sonda urinaria y el 1%, colostomía. El 11% había presentado disfagia en los últimos 7 días. El 2% portaba sonda nasogástrica.

Entre las condiciones más prevalentes en los últimos 7 días, destacaron el dolor articular (40%), el estreñimiento (33%), el insomnio (31%), los pies hinchados (26%) y el mareo o el vértigo (18%). El 3% presentaba alguna úlcera por presión (cualquier estado). El número medio de medicamentos consumidos en los últimos 7 días fue de $4,2 \pm 2,5$. En el último año,

Tabla 2. Características generales, estado cognitivo y capacidad funcional de los participantes según el sexo

	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)	p
Edad, años (n = 745)				0,04
65-74	12,6	17,6	11,0	
75-84	40,5	42,7	39,8	
> 85	46,9	39,8	49,2	
Estado civil (n = 727)				< 0,01
Casado	14,9	27,2	10,9	
Soltero	27,9	21,7	29,9	
Viudo	54,2	45,8	56,9	
Separado	3,1	5,3	2,3	
Estudios (n = 693)				0,11
No sabe leer ni escribir	10,1	6,6	11,3	
Sabe leer y escribir	34,1	36,4	33,4	
Estudios primarios	40,3	37,5	41,2	
Estudios secundarios	9,4	10,6	9,0	
Estudios universitarios	6,0	8,9	5,1	
Estado cognitivo (n = 460) ^a				0,36
Normal (0-3 errores)	55,2	61,8	53,2	
Deterioro leve/dudoso (4-5)	14,2	14,1	14,2	
Moderado (6-8)	15,0	12,1	15,9	
Importante (9-10)	15,6	12,0	16,7	
Capacidad funcional (n = 741)				0,02
Independientes (IB, 100)	21,6	29,3	19,2	
Dependencia leve (IB, 91-99)	24,5	26,1	24,0	
Dependencia moderada (IB, 61-90)	22,4	16,7	24,1	
Dependencia severa (IB, 21-60)	14,7	12,3	15,4	
Dependencia total (IB, 0-20)	16,8	15,3	16,8	

IB: índice de Barthel.

^aPor problemas logísticos no se obtuvo el cuestionario de Pfeiffer en 297 (39%) sujetos. Tras un análisis de sensibilidad, el patrón fue muy similar al del grupo analizado.

el 26% había sido trasladado a urgencias y el 17% había tenido algún ingreso hospitalario.

El 19% de los residentes había requerido algún tipo de restricción de la movilidad por medios mecánicos.

Discusión

En general, y en comparación con otras poblaciones similares de nuestro entorno, hemos encontrado algunas variables clave, como la capacidad funcional y el estado cognitivo, de las que resulta una alta proporción de personas con una baja necesidad de cuidados. Las comparaciones entre poblaciones en este ámbito deben hacerse con precaución, ya que hay una gran heterogeneidad entre los países en cuanto al tipo de residencia, los criterios de admisión y los niveles de

Tabla 3. Características autodeclaradas según el sexo

	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)	p
Salud autovalorada (n = 674)				0,46
Muy buena	15,4	13,7	16,1	
Buena	39,7	41,6	39,0	
Regular	29,9	32,7	28,9	
Mala	10,5	8,3	11,3	
Muy mala	4,5	3,7	4,8	
Dolor (en los últimos 7 días) (n = 673)				< 0,01
No ha tenido	45,3	58,2	40,9	
Una vez	6,6	6,7	6,6	
Cada 2-3 días	17,0	14,0	18,0	
Todos los días	31,1	21,0	34,5	
Escala de depresión geriátrica ^a (n = 632)				0,93
0-3 puntos	68,9	69,4	68,8	
4-7 puntos	26,7	25,9	26,9	
8-10 puntos	4,3	4,7	4,3	
Dificultad visión (n = 671)				
Leer	37,0	31,6	38,9	0,10
Reconocer personas	16,9	12,7	18,2	0,05
Dificultad audición (n = 671)	17,7	14,4	18,8	0,18

^aHasta 3 puntos se ha considerado normal.

cuidado, entre otras variables. Por ello, se ha propuesto que es mejor basar las comparaciones en variables de residente¹⁶. En este sentido, los niveles de cuidado de los residentes son determinantes y presentan una notable variabilidad en las distintas poblaciones. En nuestro estudio, la proporción de personas con un bajo nivel de cuidados fue muy alta (79%), sobre todo cuando se compara con la de otros países de nuestro entorno^{13,23-26} (tabla 5). Además, encontramos un número relativamente elevado (56,7%) de personas tradicionalmente clasificadas como «válidas», aunque esta terminología para la clasificación de las plazas ya no se utiliza de forma reglada. Este tipo de consideraciones se suele utilizar como un indicador de la eficiencia de la atención: con mayor proporción de personas con bajas necesidades de cuidados en los centros, los servicios tienden a ser menos eficientes^{2,13}. También encontramos una prevalencia de deterioro cognitivo menor que la del resto de las poblaciones comparadas (tabla 5).

En cuanto a la capacidad funcional, en la tabla 6 se muestra una comparación entre los valores de capacidad funcional en las AVD en la Encuesta Nacional de Residencias de Estados Unidos de 1997¹⁷ y en nuestro estudio, observándose unos valores más favorables en nuestra población. Particularmente, en el número de dependencias se aprecia un patrón bimodal, con mayores proporciones de personas que tienen pocas o mu-

Tabla 4. Prevalencia de trastornos crónicos según el sexo

	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)	p
Neumonía (en el último año) (n = 746)	9,0	11,7	8,2	0,10
Enfiseema, asma, bronquitis crónica (n = 749)	19,2	37,5	13,4	< 0,01
Arritmia (n = 746)	23,2	21,7	23,7	0,52
Insuficiencia cardíaca (n = 742)	20,1	20,1	20,1	0,99
Hipertensión (n = 741)	45,1	37,7	47,5	< 0,01
Cardiopatía isquémica (n = 638)	16,7	19,1	15,9	0,39
Ictus (en el último año) (n = 750)	6,5	4,1	7,3	0,10
Demencia de Alzheimer (n = 741)	14,2	11,6	15,0	0,17
Otra demencia (n = 743)	18,8	16,3	19,6	0,34
Enfermedad de Parkinson/ parkinsonismo (n = 739)	7,8	9,0	7,4	0,40
Epilepsia o crisis convulsivas (n = 743)	4,0	3,4	4,1	0,67
Anemia (n = 754)	17,8	15,5	18,6	0,26
Cáncer (n = 754)	8,6	12,4	7,4	0,03
Diabetes (n = 755)	17,6	22,8	16,0	0,01
Artritis o artrosis severa (n = 752)	34,0	26,8	36,2	0,01
Trastorno de ansiedad (n = 740)	26,8	18,2	29,6	< 0,01
Depresión (n = 735)	21,1	17,7	22,2	0,15

chas dependencias. Este patrón concuerda con la idea de que personas dependientes, con necesidades de cuidados, conviven con personas en mejor estado de salud y capacidad funcional, con otro tipo de necesidades.

En relación con el estado de salud percibida, nuestro estudio refleja una menor proporción de personas que declaran una salud regular, mala o muy mala en comparación con los mayores que viven en sus domicilios¹⁸ (el 45 y el 51%, respectivamente). Esto puede deberse a que los fenómenos adaptativos que también se aprecian en los mayores que viven en la comunidad son más evidentes en las residencias (en la comunidad se observó que los de 85 y más años percibían su salud mejor que los de 65-74 años). Hay que recordar que la población que puede responder a la pregunta presenta, por término medio, mejor salud.

Encontramos que el 48% refiere dolor, de cualquier localización, entre 2-3 días y a diario¹⁹. En una revisión sobre el tema se informa de prevalencias entre el 45 y el 80%, pero las definiciones y el método de valoración son muy diferentes. Nuestra valoración del dolor estuvo basada en averiguar su frecuencia en la semana anterior. En cualquier caso, se aprecia que nos encontramos ante valores altos y ante la necesidad de estandarizar las mediciones para facilitar las comparaciones y la investigación de sus determinantes.

No se han encontrado muchos estudios comparables que estimen la prevalencia de depresión en la po-

Tabla 5. Características seleccionadas^a de la población anciana institucionalizada en residencias en 8 países

	España (%)	Dinamarca (%)	Francia (%)	Islandia (%)	Italia (%)	Japón (%)	Suecia (%)	Estados Unidos (%)
Edad ≥ 85 años	47	50	44	52	39	35	43	47
Mujeres	76	76	70	67	86	72	66	73
Bajo nivel de cuidado	79	43	–	52	37	51	27	30
Estado cognitivo ^b	45	60	72	54	66	53	67	65
Uso de restricciones físicas	19 ^c	2	17	9	17	5	15	16
Incontinencia urinaria	53	52	65	56	54	43	62	46
Incontinencia fecal	26	22	55	23	45	31	39	29

^aEn España se muestran los datos del presente estudio. Los datos del resto de países proceden de residencias de cuidados (*nursing homes*) y no de otro tipo de instituciones de menor nivel de cuidados (*residential homes*).

^bDeterioro cognitivo leve o peor. En nuestro estudio medido por la escala de Pfeiffer. En el resto, por la escala del MDS (MDS-Cognitive Performance Scale^{23,26}).

^cEn el trabajo de Ljunggren G et al²⁴ aparece un dato referido a España de un 40%, pero no se cita ninguna fuente ni se aporta ninguna información adicional.

blación de residencias. Nosotros hemos encontrado una prevalencia de sintomatología depresiva del 31% mediante la Geriatric Depression Scale. En algunos estudios se han observado prevalencias de síntomas depresivos del 31-44%²⁰⁻²².

La determinación de úlceras por presión es un aspecto en el que la estandarización de las definiciones ha facilitado las comparaciones aunque, por otra parte, su presencia tiende a relacionarse con deficiencias en el cuidado de los pacientes, por lo que las cifras encontradas en estudios basados en entrevista pueden estar infravaloradas. También hay que mencionar que una proporción de residentes ya presenta úlceras cuando ingresa (17-35%, en general, provenientes de hospitalización de agudos)¹⁴. Las prevalencias encontradas que se citan en la bibliografía van del 7 al 23%¹⁴. En el presente estudio encontramos un 3%.

Las diferencias más importantes entre varones y mujeres se han encontrado en la capacidad funcional, el dolor, la dificultad de visión y enfermedades como la hipertensión, el trastorno de ansiedad y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Salvo en el último caso, los valores menos favorables los presentaron las mujeres, si bien parte de estas diferencias puede ser atribuida a una mayor edad media. En el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las diferencias pueden ser reflejo de lo que ocurre en población general, explicándose por un mayor consumo de tabaco entre los varones.

El presente estudio tiene algunas limitaciones potenciales. Algunos instrumentos de medida utilizados en esta encuesta, como el índice de Barthel, el Minimum Data Set y la Geriatric Depression Scale, son traducciones simples de los originales en lengua inglesa. Aunque sin el rigor de validaciones transculturales, no apreciamos que se puedan producir desviaciones notables, ya que la traducción de los conceptos esenciales es sencilla. Además, en el caso concreto del índice de Barthel, se trata de un instrumento bien conocido

y utilizado por la mayor parte del personal cuidador. Sin embargo, el cuestionario de Pfeiffer puede ser más sensible a los cambios transculturales, por lo que los resultados relacionados con el estado cognitivo deben interpretarse con precaución. En cuanto a la prevalencia de enfermedades, se ha obtenido por declaración del médico, consultando o no la historia clínica, sin establecer *a priori* unos criterios diagnósticos definidos. En todo caso, creemos que la sobre o subestimación que puedan producirse serán de escasa magnitud.

En conclusión, la población de personas que viven en residencias de mayores en Madrid es más heterogénea que la de otras poblaciones comparables, con una gran proporción de personas clasificadas como de bajo nivel de cuidados. En este sentido, es posible que

Tabla 6. Porcentaje de residentes dependientes^a y número de dependencias en actividades de la vida diaria. Comparación con la Encuesta Nacional de Residencias de Estados Unidos de 1997¹⁷

	Estados Unidos (%)	Madrid (%)
AVD	(%)	(%)
Bañarse/ducharse	96,2	65,7
Vestirse	87,2	44,2
Comer	45,0	31,4
Traslados sillón-cama	25,4	37,1
Uso del retrete	56,2	37,2
Número de dependencias		
0	3,0	33,0
1	7,9	19,7
2	14,4	7,9
3	35,1	4,5
4	30,5	11,7
5	9,3	23,3

AVD: actividades de la vida diaria.

^aCon algún grado de necesidad de ayuda. En Estados Unidos se preguntaba al cuidador si el residente necesitaba ayuda para realizar la actividad.

se necesite reorganizar el sector para aumentar la eficiencia de provisión de atención. La proporción de personas con bajo nivel de cuidados es el factor determinante fundamental a la hora de explicar los buenos resultados de muchas variables en comparación con los de otras poblaciones. Particularmente favorables son los valores del estado cognitivo y de la salud autovalorada. El uso de restricciones físicas aparece como uno de los hallazgos desfavorables más destacables, así como la presencia frecuente de síntomas depresivos. Es muy conveniente valorar la posibilidad de realizar una encuesta nacional en la población de residencias de personas mayores, similar a las que se efectúan en Estados Unidos.

Agradecimientos

A la Gerencia del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid. Al Servicio de Atención a Personas Mayores (Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid), a la Asociación Profesional de Médicos de Residencias de Ancianos de la Comunidad Autónoma de Madrid. A los directores de las residencias seleccionadas y al personal de éstas.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Geriátría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos, 2000.
2. Ribbe MW, Ljunggren G, Steel K, Topinkova E, Hawes C, Ikegami N, et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age Ageing* 1997;26(Suppl 2):3-12.
3. Rodríguez Rodríguez P. La sociedad española y los cuidados de larga duración. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. Atención al anciano en el medio sanitario. Madrid: Editores Médicos, 1998; p. 211-22.
4. Gabrel C, Jones A. The national nursing home survey: 1995 summary National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 2000;13:146.
5. Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, et al. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist* 1990;30:293-307.
6. Zimmerman SI, Magaziner J. Methodological issues in measuring the functional status of cognitively impaired nursing home residents: the use of proxies and performance-based measures. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994;8(Suppl 1):S281-90.
7. Royal College of Physicians of London, British Geriatric Society. Standardised assessment scales for elderly people. London: The Royal College of Physicians of London and the British Geriatric Society, 1992.
8. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression rating scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
9. Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. *Age Ageing* 1997;26:217-21.
10. Shah AK, Phongsathorn V, Bielawska C, Katona C. Screening for depression among geriatric inpatients with short versions of the Geriatric Depression Scale. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:915-8.
11. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-41.
12. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42:703-9.
13. Ikegami N, Morris JN, Fries BE. Low-care cases in long-term care settings: variation among nations. *Age Ageing* 1997; 26(Suppl 2):67-71.
14. Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995;123:433-42.
15. Stata Statistical Software. College Station: Stata Corporation, 1999.
16. Fries BE, Ribbe MW. Cross-national aspects of geriatrics: comparisons of nursing homes residents. En: Hazzard W, Blass JP, Ettinger WH, Halter J, Ouslander JG, editors. Principles of geriatric medicine and gerontology. Nueva York: McGraw-Hill, 1999. p. 227-38.
17. Gabrel CS. Characteristics of elderly nursing home current residents and discharges: data from the 1997 National Nursing Home Survey. Advance data from Vital and health Statistics, n.º 312. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 2000.
18. Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martín-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:412-6.
19. Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995;123:681-7.
20. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramírez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:613-20.
21. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. Incidence of depression in long-term care settings. *J Gerontol* 1992;47:M189-96.
22. Rovner BW, German PS, Brant LJ, Clark R, Burton L, Folsstein MF. Depression and mortality in nursing homes. *JAMA* 1991;265:993-6.
23. Fries BE, Schroll M, Hawes C, Gilgen R, Jonsson PV, Park P. Approaching cross-national comparisons of nursing home residents. *Age Ageing* 1997;26(Suppl 2):13-8.
24. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing* 1997; 26(Suppl 2):43-7.
25. Sgadari A, Topinkova E, Bjornson J, Bernabei R. Urinary incontinence in nursing home residents: a cross-national comparison. *Age Ageing* 1997;26(Suppl 2):49-54.
26. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, et al. MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol* 1994; 49:M174-82.