

Estudio piloto del proyecto “Determinantes de un Envejecimiento Sano en Costa Rica”

II Parte: Morbilidad en el adulto mayor: comparación de una comunidad urbana y otra rural en Costa Rica

Adriana Laclé Murray*

Resumen

El envejecimiento de la población costarricense implica la presencia en la población senescente, a un plazo determinado (14% de la población para el 2025), de niveles de riesgo de sufrir estados patológicos específicos en especial de enfermedades crónicas. Para establecer cualquier política nacional en materia de atención en salud, tanto preventiva como asistencial para este grupo poblacional, se requiere conocer la extensión y naturaleza de las enfermedades asociadas al envejecimiento (en especial las enfermedades crónicas) y las variaciones culturales y sociales de los grupos (ej: nivel de ingresos, zona urbano/rural). El marco muestral de la investigación “Determinantes De Un Envejecimiento Sano”, permite comparar algunas variables como la prevalencia autoreferida de enfermedades crónicas y enfermedades que limitan la autonomía del anciano según su zona de residencia. El presente trabajo ilustra los resultados de la prevalencia autoreferida de la morbilidad según zona urbana o rural de enfermedades crónicas más comunes, incontinencia urinaria, nicturia, tinitus, insomnio, y capacidad auditiva. No se encontraron diferencias significativas entre las zonas de residencia excepto para el accidente vascular cerebral.

Descriptor: Adulto mayor, zona urbana/rural, morbilidad, autonomía.

* Instituto de Investigaciones en Salud, UCR.

Abreviaturas:

urbana (U); rural (R); Hipertensión Arterial (HTA); Accidente Vascular Cerebral (AVC); Diabetes (DM); Estudio de Tercera Edad de Coronado- 1984 (ETEC-)³.

Correspondencia:

Adriana Laclé, INISA,
Universidad de Costa Rica

Introducción

La dinámica actual de la población costarricense, caracterizada por la disminución de las tasas de sus componentes básicos, mortalidad y fecundidad, lleva a un cambio en la estructura de su población envejeciéndola, con lo cual la calidad de los problemas futuros en todos sus ámbitos, serán diferentes a los actuales al pasar de una sociedad joven a una sociedad envejecida, particularmente, en el campo de la atención en salud. Estos cambios demográficos implican la presencia en la población senescente, a un plazo determinado (14% de la población para el 2025)¹, de niveles de riesgo de sufrir estados patológicos específicos, en especial enfermedades crónicas. Para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional y para brindar una adecuada atención en salud, tanto preventiva como asistencial, se requiere conocer su morbilidad tanto en las enfermedades crónicas como aquellas, que afectan su autonomía. Este estudio presenta un primer acercamiento a esta problemática.

Metodología

La investigación “Determinantes de un Envejecimiento Sano” (DES) de la Organización Mundial de la Salud /Universidad de Costa Rica realizada en 1994-95,² usó un marco muestral que permite comparar algunas variables incluidas en el estudio como la prevalencia autoreferida de enfermedades crónicas y enfermedades que limitan la autonomía del anciano según su zona de residencia.

Esta condición de zona de residencia: urbana (U) vs rural (R), se estudió bajo este marco con una muestra estratificada por sexo, edad y funcionalidad de personas mayores de 55 años de dos comunidades: una urbana (distrito Gravilias, Desamparados) y otra rural (distrito Coralillo del cantón Central de Cartago). Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario preco-

dificado en visita domiciliar. Para el análisis estadístico de las muestras urbano/rural (independientes y pareadas) se usó el chi-cuadrado para variables categóricas y la prueba de t para igualdad de medias para las variables continuas; con una confianza del 95%, utilizando el paquete SPSS para Windows.

Resultados

MORBILIDAD

Enfermedades crónicas

1. Prevalencia autoreferida de algunas enfermedades crónicas

En la Tabla 1 se ilustra el porcentaje de encuestados que autorefirieron tener alguna enfermedad crónica, según el listado predeterminado en el cuestionario. La artritis/artrosis fue la condición de mayor prevalencia y la hipertensión arterial (HTA) ocupó el segundo lugar. Se encontraron prevalencias similares para cada patología al comparar la zona de residencia: urbana y rural. No se encontró diferencias significativas entre ambas zonas excepto en el accidente vascular cerebral (AVC) (Figura 1). La anemia también tuvo diferencia significativa, pero no hubo buena correlación al comparar las personas que refirieron tener anemia, y los niveles de hemoglobina, por lo que los resultados de esta variable no son confiables.

TABLA 1
Porcentaje del total de encuestados tanto urbano como rurales que respondieron tener una enfermedad crónica y su orden según orden de prevalencia

| Enfermedad crónica | % | Orden |
|------------------------|------|-------|
| Anemia | 9.0 | 9 |
| Artritis | 44.2 | 1 |
| Bronquitis | 21.1 | 3 |
| Cancer | 1.1 | 12 |
| Catarata | 15.2 | 4 |
| Diabetes | 12.0 | 7 |
| Fractura | 12.2 | 6 |
| Glaucoma | 10.3 | 8 |
| Ataque Cardíaco | 6.1 | 10 |
| Problema Corazón | 13.5 | 5 |
| Hipertensión | 33.7 | 2 |
| Acc. Vascular Cerebral | 4.3 | 11 |
| Tuberculosis | 0.6 | 13 |

El promedio por persona de las 13 enfermedades crónicas evaluadas fue de 1.76 ± 1.45 con una mediana y moda de 2; no se presentaron diferencias significativas entre zona urbana y rural. Si existe una tendencia a un mayor número de enfermedades autoreferidas en el sexo femenino que en el masculino, aunque no estadísticamente significativa.

La presencia de las 6 enfermedades crónicas que están en los primeros lugares de causa de muerte de el adulto mayor: infarto de miocardio, diabetes (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica, AVC, HTA y cardiopatía fue alta, con alrededor de 34% de los encuestados tanto urbanos como rurales con por lo menos una de ellas (Tabla 2); su promedio fue de 0.83 ± 1.01 con una mediana de 1. No se presentó diferencias significativas entre zonas ($\lambda^2=4.69$, $P>0.196$).

TABLA 2
Número total de las enfermedades crónicas* por persona según zona de residencia

| Número de enfermedades crónicas | Zona | | Zona | |
|---------------------------------|----------|-------|---------|-------|
| | Urbana n | % | Rural n | % |
| Ninguna | 36 | 40.0 | 42 | 46.7 |
| Una | 27 | 30.0 | 34 | 37.8 |
| Dos | 20 | 22.2 | 10 | 11.1 |
| Tres | 5 | 5.6 | 4 | 4.4 |
| Cuatro | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cinco | 1 | 1.1 | 0 | 0 |
| Seis | 1 | 1.1 | 0 | 0 |
| Total | 90 | 100.0 | 90 | 100.0 |

El número total de enfermedades crónicas relacionadas con mortalidad por persona en la zona urbana no presentó una tendencia a aumentar conforme a la edad, no así en la zona rural, en donde analizándolo por grupos de edad en décadas (aún con el limitante de la n pequeña) se presentó una tendencia significativa (chi cuadrado de 5.36 con una $p>0.0205$ según Mantel-Haenszel) con cada década, y una relación de desigualdad de 3.5 (I.C.al 95% = 1.06-11.84) entre los grupos de edad de 55-64 y de 75 y más.

2. Patologías frecuentes que afectan la autonomía

Se ilustra en el Figura No. 2 el porcentaje autoreferido según zona de residencia, de las patologías más frecuentes que podrían limitar la autonomía de las personas, ya sea limitándoles su movilidad (incontinencia urinaria), alterando su salud mental por falta de sueño (nicturia, insomnio, acúfenos) o limitando sus relaciones sociales (mala audición). No se encontró diferencias significativas por zona.

La incontinencia urinaria tuvo una baja prevalencia en general (8-15%), pero aumentó según la edad y fue más prevalente en las mujeres; no presentó diferencias entre zona urbana y rural.

Más del 75% de los encuestados refirieron levantarse a orinar a menudo (50%) u ocasionalmente (25%) en la noche, no se observaron diferencias entre zonas. (Figura No. 3)

Prevalencia de enfermedades crónicas DES

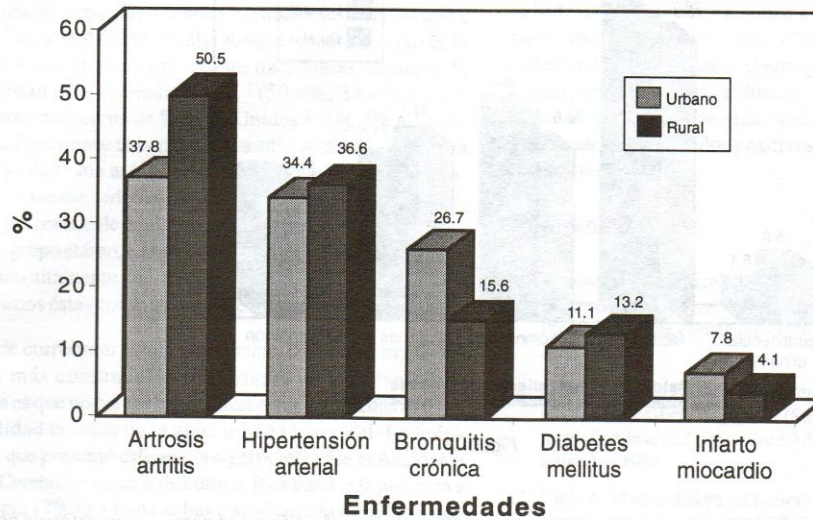


Figura 1

Prevalencia de otras enfermedades DES

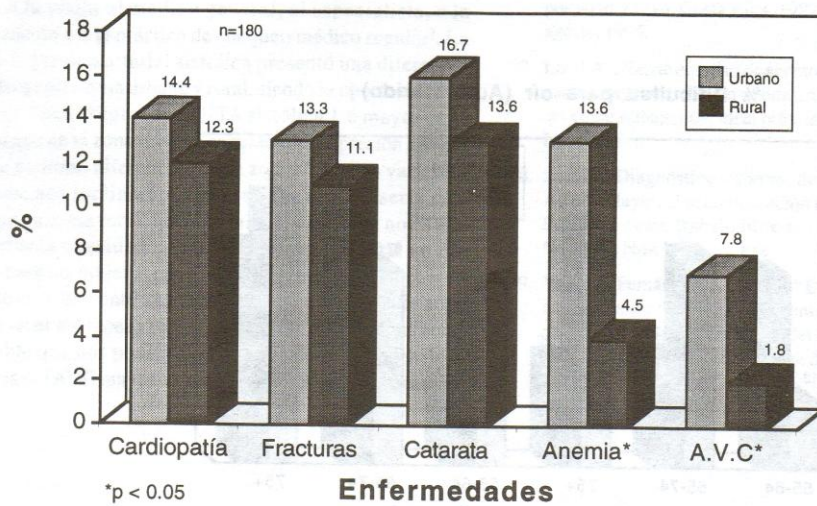


Figura 2

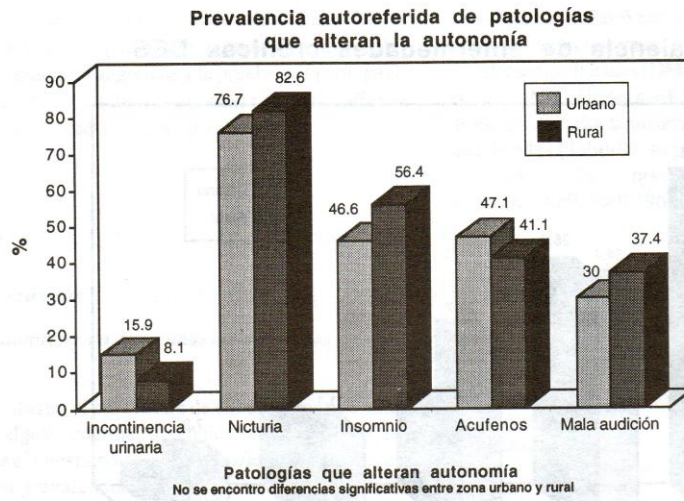


Figura 3

El insomnio es frecuente en el adulto mayor, con una prevalencia autoreferida cercana al 50% de los encuestados, tanto en zona urbana como rural, sin existir diferencia significativa entre zonas.

Los ruidos o timbres en los oídos o cabeza presentaron una prevalencia alta de alrededor del 45% en ambas zonas, sin ser éstas diferentes estadísticamente. Tampoco mostró un patrón uniforme en relación al sexo, ni de aumentar a mayor edad.

El porcentaje de dificultad para oír autoreferida no presentó diferencia entre zonas, pero sí varió entre los grupos de edad y sexo, con una ligera tendencia de que a mayor edad más problemas de audición; no así en los hombres rurales. Por el tamaño de la muestra no se puede llegar a ninguna conclusión, sólo referir las tendencias (Figura No. 4). El uso de un aparato auditivo externo fue poco común; solo dos personas lo tenían y no lo usaban.

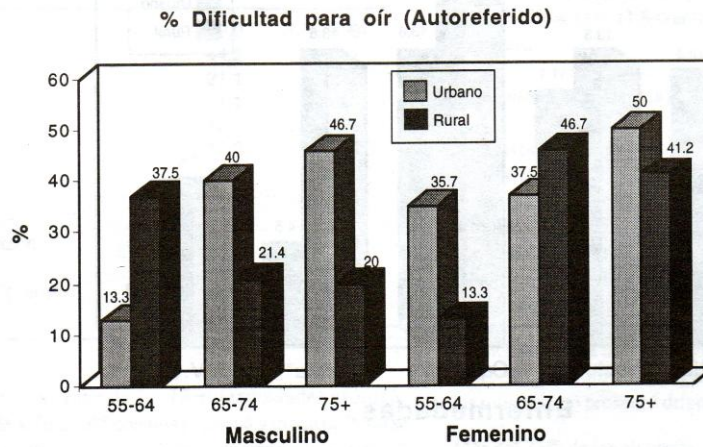


Figura 4

Discusión

La prevalencia de las enfermedades crónicas más importantes en el adulto mayor autoreferidas en este estudio, artrosis (44.2%), HTA (33.7%) y DM (12%), es alta aunque menor (excepto en la DM) que la de otros estudios tanto nacionales, Estudio de Tercera Edad de Coronado ETEC³ (50.9%, 38.4%, 13.9% respectivamente) como de Estados Unidos.^{4,5} (46.5%, 40-41% 8.5-10%). Esto puede deberse a la estratificación de la muestra por sexo y edad; aún así, mantienen su orden según su prevalencia. Concuerdan, además su posición en orden de importancia con el porcentaje de consultas externas en la C.C.S.S en 1992⁶ para este grupo etáreo. Las patologías que afectan la autonomía también son altamente prevalentes y la mayoría de los médicos no percibimos éstas como importantes de intervenir.

Además de corroborar la alta prevalencia de las enfermedades crónicas más comunes, lo importante de los resultados mostrados es que no parece haber diferencias significativas entre la morbilidad crónica de la zona urbana y la rural. La única patología que presentó diferencia significativa fue el Accidente Vascular Cerebral y merece discutirse. Esta patología tuvo una prevalencia (7%) en zona urbana similar a la de ETEC que también es población urbana en su mayoría. No tenemos estudios epidemiológicos en Costa Rica, para compararlos con otras zonas rurales. Aprovechando resultados de otras variables incluidas en este estudio que son factores de riesgo para el AVC, podríamos hacer un ejercicio hipotético, de analizar que variables nos podrían estar condicionando esta diferencia: HTA, obesidad y/o acceso a los servicios de salud? La zona rural presenta una desigualdad negativa en relación a los accesos a los servicios de salud demostrado por una diferencia significativa en relación a la visita al médico general, al especialista, a la hospitalización y a la práctica de chequeo médico regular⁷. La media de la presión arterial sistólica presentó una diferencia significativa entre zona urbana y rural, siendo la oportunidad de no tener un buen control de la HTA sistólica 1.6 mayor en la zona rural que en la zona urbana; en relación a la presión arterial diastólica no hubo diferencias entre zonas.⁸ Ambas variables analizadas, nos inclinarían a pensar que el AVC sería más prevalente en zona rural, que en zona urbana, pero no es así. Analicemos la obesidad: el índice de masa corporal no fue diferente para las mujeres entre zonas, mientras que en el sexo masculino si se presentó una razón de riesgo de 2 para la zona urbana de tener sobrepeso versus zona rural⁹. Aquí encontramos una variable que nos podría explicar una de las razones de la prevalencia del AVC mayor en zona urbana. El sedentarismo y el

estres, otros dos factores de riesgo importantes, no fueron investigados... ¿qué podemos decir? Insistimos que para poder establecer cualquier política nacional en materia de atención en salud, tanto preventiva como asistencial para este grupo poblacional, se requiere conocer la extensión y naturaleza de las enfermedades asociadas al envejecimiento, sus factores de riesgo y las variaciones culturales y sociales de los grupos, en especial, sus estilos de vida. Si no investigamos, difícil será intervenir con resultados positivos con los pocos recursos que disponemos.

Referencias

1. Ministerio de Planificación, Centro Latinoamericano de Demografía Dirección General de Estadística y Censos, Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025. Imprenta Nacional, San José, 1988.
2. Laclé A. Estudio Piloto del Proyecto "DETERMINANTES DE UN ENVEJECIMIENTO SANO" (Selección y descripción sociodemográfica de la muestra utilizada) Acta Médica, Volumen 40/ No.3, setiembre 1998.
3. Laclé A. Morbilidad en las personas de 60 años y más, Estudio de Tercera Edad de Coronado ETEC. 1990 Monografía Serie Salud del Adulto 90-01 OPS/OMS: 35-51 San José C. R. 1990.
4. Fried L & Bush T. Morbidity as a focus of preventive Health care in the elderly. Epidemiologic Reviews 1988; 10: 48-64.
5. Manton KG, Corder L, Stallard e. Chronic disability trends in elderly United States population 1982-1994. Proc Natl Acad Sci USA 1997; 94: 2593-2598.
6. Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Sección biomédica. Cambios en la morbilidad por edad y sexo. Costa Rica, 1987, y 1992. Serie de Salud No. 8 agosto, 1995.
7. Laclé A. ¿Existe equidad de acceso a los servicios de salud para el adulto mayor en relación a zona urb/rural? Datos del autor. Ponencia como trabajo libre en el próximo Congreso Médico Nacional, Nov. 1998.
8. Laclé A. Diagnóstico y control de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor. Una comparación urbana /rural. Datos del autor. Ponencia como trabajo libre en el próximo Congreso Médico Nacional, Nov. 1998.
9. Vargas S, Fernández X, Laclé A. "El estado nutricional del anciano costarricense " ponencia presentada en el Simposio, " Estado nutricional en la Tercera Edad" del XI Congreso Latinoamericano de Nutrición, 9 al 15 de noviembre de 1997 Guatemala, Guatemala.