



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

**“ASOCIACIÓN ENTRE COLAPSO DEL CUIDADOR Y PRONÓSTICO DE PACIENTES
GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTA

DRA. NADIA MONSERRAT MUÑOZ CAMPOS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA INTERNA

DIRECTORES DE TESIS:

JOSÉ JUAN LOZANO NUEVO

SAÚL HUERTA RAMÍREZ

MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“ASOCIACIÓN ENTRE COLAPSO DEL CUIDADOR Y PRONÓSTICO DE PACIENTES
GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA”**

DRA. NADIA MONSERRAT MUÑOZ CAMPOS

Vo. Bo.

DR. JOSÉ JUAN LOZANO NUEVO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA INTERNA

Vo. Bo.

DR. ANTONIO FRAGA MOURET

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

**“ASOCIACIÓN ENTRE COLAPSO DEL CUIDADOR Y PRONÓSTICO DE PACIENTES
GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA”**

DRA. NADIA MONSERRAT MUÑOZ CAMPOS

Vo. Bo.

DR JOSE JUAN LOZANO NUEVO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA INTERNA

Vo. Bo.

DR. SAUL HUERTA RAMIREZ

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL TICOMAN

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mis grandes ejemplos, gracias por dedicarme tiempo, darme amor y comprensión en las largas horas de abandono y los ratos de mal humor. Gracias por siempre estar.

A los mejores compañeros de vida, gracias infinitas por los consejos y por la mejor compañía que he podido tener.

A mis dos guardianes constantes, siempre los llevo conmigo, siempre los pienso y siempre los extraño.

A Javier por hacer del camino el mejor viaje de mi vida.

A mis asesores por el tiempo dedicado y la paciencia invertida.

PORTADA

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

INDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Marco teórico.....	3
Planteamiento del problema.....	14
Pregunta de investigación.....	14
Justificación.....	14
Hipótesis.....	15
Objetivos.....	15
Material y métodos.....	16
Diseño del estudio.....	16
Definición de variables.....	17
Tipo de muestreo.....	18
Procedimientos.....	18
Análisis estadístico.....	19
Cálculo del tamaño de muestra.....	20
Resultados.....	21
Discusión.....	28
Conclusiones.....	26
Referencias bibliográficas.....	27
Anexos	
Cronograma de actividades.....	29
Hoja de recolección de datos.....	30
Consentimiento informado.....	31

RESUMEN

Introducción. El proceso de envejecimiento se caracteriza por favorecer la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas que son causa de discapacidad. México no es la excepción, según CONAPO (Consejo Nacional de Población y Vivienda) menciona que en el 2000 vivían en México, 6.9 millones de personas mayores de 60 años, lo que equivale a una proporción del 7%; además, según sus estimaciones, la discapacidad se incrementa con la edad presentándose alrededor de un 5% en los adultos de 60 a 64 años y alcanzando más de un 15% en los mayores de 70 años. El concepto de sobrecarga indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación. La presencia de sobrecarga del cuidador primario se verá reflejada entonces en el pronóstico de pacientes geriátricos en hospitalización.

Objetivo. Determinar de qué manera influye la presencia de colapso del cuidador en el pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en medicina interna

Hipótesis. La presencia de síndrome de sobrecarga de cuidador primario influye en el pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados

Diseño del estudio: Casos y controles anidado en una cohorte

Material y métodos. Analizamos una muestra de 60 pacientes por grupo en edad geriátrica hospitalizados, con síndrome de sobrecarga del cuidador primario (CSSC) y sin sobrecarga del cuidador primario (SSSC). Aplicamos un cuestionario al ingreso del paciente conformado por la prueba de Zarit, Barthel y Karnofsky.

Análisis estadístico. Se utilizó estadística inferencial, prueba exacta de Fisher para determinar relación entre colapso del cuidador y mortalidad, así como para la relación entre colapso y los tres desenlaces. Se consideró una significancia estadística de 0,05.

Resultados: En el grupo CSSC, del sexo femenino fueron 33 pacientes (55%) y 27 (45%) masculino; en el grupo SSSC 20 (33.3 femenino y 40 (66.7%) masculino. Se encontró asociación entre CSSC y la probabilidad de defunción durante el internamiento; en el grupo CSSC de 35% y 8.33% en el grupo SSSC con $p = 0.001$.

Conclusiones. Se concluye que existe relación entre la presencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario y mayor mortalidad.

Palabras clave: Sobrecarga del cuidador primario, mortalidad, pronóstico.

ABSTRACT

Introduction. The aging process is characterized by favoring the presence of chronic and degenerative diseases that cause disability. Mexico is no exception, according to CONAPO (National Population and Housing) mentions that in 2000 lived in Mexico, 6.9 million people over 60 years, equivalent to a rate of 7%; furthermore, in their estimation, disability increases with age appearing around 5% in adults 60-64 years old and reaching over 15% in those over 70 years. The concept of overload indicates mental exhaustion and anxiety before care. It is also associated with physical health difficulties due to an accumulation of stressors compared to the caregiver is devoid of appropriate coping to fit the situation strategies. The presence of overloading the primary caregiver will then reflected in the prognosis of elderly patients in hospital.

Objective. Determine how the presence influences collapse of the caregiver in the prognosis of elderly patients hospitalized in internal medicine

Hypothesis. The presence of primary caregiver overload syndrome influences the prognosis of hospitalized geriatric patients

Study design: Cases and controls nested in a cohort.

Methods: We analyzed a sample of 60 patients hospitalized geriatric age group with primary caregiver overload (CSSC) overload syndrome without primary caregiver (SSSC). We applied a questionnaire consisting patient admission test Zarit, Barthel and Karnofsky. **Statistical analysis:** Fisher exact test was used to determine relationship between caregiver and mortality collapse, a statistical significance of 0.05 was considered.

Statistical analysis. Inferential Statistics, Fisher exact test was used to determine relationship between caregiver collapse and mortality, as well as the relationship between collapse and the three outcomes. 0.05 statistical significance was considered.

Results: In the CSSC group were 33 female patients (55%) and 27 (45%) male; . in the CSSC group of 35% and 8.33% in the SSSC group $p = 0.001$; in the SSSC 20 group (33.3 female and 40 (66.7%) male association between CSSC and the probability of death during hospitalization was found.

Conclusions. We conclude that there is a relationship between the presence of primary caregiver overload syndrome and increased mortality.

Keywords: primary caregiver overload, mortality, prognosis.

INTRODUCCIÓN

Marco teórico

El envejecimiento de la población es de gran trascendencia por sus repercusiones en la economía de la familia y del país, así como en los sistemas de salud y en general en todas las áreas, por las necesidades sociales que demandan. En el año de 1900 el porcentaje de personas mayores de 60 años en el mundo era de 5.2% y para el año 2000 el porcentaje aumentó a 18%; en la actualidad hay 91 millones de adultos mayores en el continente americano con una tasa que se incrementa del 3 al 5% anual¹.

El proceso de envejecimiento se caracteriza por favorecer la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas que son causa de discapacidad. México no es la excepción, según CONAPO (Consejo Nacional de Población y Vivienda) menciona que en el 2000 vivían en México, 6.9 millones de personas mayores de 60 años, lo que equivale a una proporción del 7%; además, según sus estimaciones, la discapacidad se incrementa con la edad presentándose alrededor de un 5% en los adultos de 60 a 64 años y alcanzando más de un 15% en los mayores de 70 años

En México de acuerdo al INEGI, la esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años, en el 2000 aumentó a 75 y se ha mantenido así hasta 2009. Esto se relaciona con mayor atención médica y cuidados personales de

modo permanente. De la información obtenida en la primera vuelta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México se identificó que las personas mayores de 60 años de edad que cursan dependencia; presentaban mayor número de enfermedades crónicas (Hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus, osteoartrosis, así como deficiencia auditiva y visual) aunado a síntomas depresivos y de deterioro cognitivo².

PACIENTE GERIATRICO

El concepto de «paciente geriátrico» por excelencia va a incluir los siguientes elementos en su definición: Sujeto normalmente de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas. Además, suelen ser personas que tienen problemas sociales sobreañadidos y, con mucha frecuencia, trastornos de comportamiento. Este grupo de personas quien mejor y en mayor medida puede beneficiarse de una intervención geriátrica específica, propiamente dicha ³

Existe un aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades degenerativas, en las cuales la edad avanzada constituye por sí misma un factor de riesgo. Dichas enfermedades con frecuencia tienden, en su evolución, hacia situaciones de incapacidad.⁴

Se estima que al menos un 1% de la población mayor de 65 años está totalmente inmovilizada, un 6% padece severas limitaciones en las

actividades básicas de la vida diaria y hasta un 10% más presenta incapacidad moderada; dichos porcentajes se incrementan considerablemente al analizar la población por encima de los 80 años.

La consecuencia inevitable de estos hechos es el aumento del consumo de recursos sanitarios y sociales por las personas de edad más avanzada, llegándose a una verdadera «Geriatrización de la Medicina», que se traduce en los siguientes puntos concretos:

- Mayor incidencia de enfermedad, con frecuente coincidencia de varias patologías en un mismo individuo (concepto de comorbilidad).
- Mayor tendencia a la cronicidad de las enfermedades.
- Mayor prevalencia de situaciones de incapacidad.
- Mayor utilización de la Atención Primaria de salud.
- Mayor consumo de fármacos.
- Mayor ocupación de camas hospitalarias.
- Mayor necesidad de cuidados continuados.
- Mayor utilización de recursos sociales.⁴

En 1955 en los hospitales de enfermedades crónicas en Maryland (Hospital del Estado de Montebello, Hospital Principal del Ciervo, y Hospital Occidental de Maryland) crearon un índice sencillo de la independencia para registrar la

capacidad de un paciente con desorden neuromuscular o musculoesquelético para cuidarse a sí mismo, y repitiendo la prueba periódicamente para determinar su mejoría. Este es conocido como Índice de Discapacidad de Maryland o índice de Barthel¹⁸

El Índice de Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad, que ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia¹⁹.

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación con un punto de corte en 60 (por encima de 60 implica independencia)²⁰

EL CUIDADOR PRIMARIO

Por definición es la persona familiar o no, que mantiene contacto humano más estrecho con el paciente incapacitado, que a diario satisface las necesidades básicas lo mantiene vinculado a la sociedad y le provee afecto.

Otros autores definen como cuidadores a quienes proveen asistencia no remunerada a personas de 65 o más años que experimentan dificultad en por lo menos una de las actividades básicas de la vida diaria⁵

Las principales alteraciones psiquiátricas que presenta el cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, como manifestación de su estrés emocional. De ellas, la más frecuente es la depresión, con una prevalencia del 32%, y las circunstancias favorecedoras. Esto es especialmente cierto cuando se cuida a pacientes demenciados con trastornos conductuales graves. Las consecuencias de los problemas psíquicos del cuidador influyen de gran manera en el plano individual, familiar y, lo que es más importante, en los propios cuidados del paciente incapacitado, por lo que se puede establecer una problemática de convivencia cuidador-dependiente, cada vez más complicada⁶.

Por otro lado también tienden a la aparición de conflictos familiares, alteraciones laborales (ausentismo, conflictividad laboral, dificultad para compaginar horarios.), dificultades económicas (menores ingresos económicos y mayores gastos en la adaptación de la vivienda), pérdida de

contactos sociales y disminución, o incluso abandono, de las actividades sociales y de ocio (tiempo dedicado a la familia, a los amigos)⁷

La función de cuidador puede describirse tanto en términos de cantidad de tiempo invertida en esta actividad como en la cantidad y tipo de servicios proporcionados. Alrededor de 80% de los cuidadores proveían asistencia los siete días de la semana, y 20% de ellos habían fungido como cuidadores por más de cinco años.

El tipo de tareas o servicios que ejecutan los cuidadores es variado y a veces estas tareas son diversificadas entre varios cuidadores; por ejemplo: 67% de los cuidadores asiste al paciente en la higiene personal, 80% en trabajos domésticos, 45% en la movilidad, 53% en la administración de medicamentos, 49% en el manejo de finanzas, 86% en la realización de compras y la transportación. Sólo 10% de estos cuidadores recibía un pago por el desempeño de esta carga de trabajo. Sin embargo, la mayoría de estos cuidados son realizados por una sola persona⁸.

De acuerdo con Karen Hirschman a éste se le define como la persona que traslada y acompaña al paciente con demencia a sus visitas clínicas periódicas, y que proporciona datos confiables en relación a la severidad y progresión de la demencia, además de ser quien asiste al paciente en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.⁹

El cuidado de los adultos mayores de 65 años recae, por lo general, sobre la familia. Ésta provee de asistencia instrumental, financiera y emocional, y

juega un papel preponderante en la toma de decisiones. Esta estructura familiar es común tanto en México como en Estados Unidos. Esta solidaridad nace de valores culturales añejos como el amor, la convivencia, la paciencia, la tolerancia y de una conciencia de grupo que busca el bienestar de sus integrantes. Esta conciencia se intensifica cuando alguno de sus miembros sufre de alguna incapacidad, ya sea temporal o permanente.

Un mal manejo de esta situación puede acelerar procesos como la hospitalización, la institucionalización, mayor grado de invalidez y de inmovilidad, depresión del enfermo¹⁰.

Es en este sentido cuidar de una persona dependiente es una tarea difícil, cansada y de gran responsabilidad, que demanda realizar actividades para las que no se está preparado y que no siempre son agradables. La mayor parte de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito. Los propios intereses y dolencias de la familia pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona y al final esta función se considera solo como una extensión de las tareas domésticas; condicionando que el cuidador pierda de manera progresiva sus actividades previas y oportunidades.

El género, la convivencia y el parentesco son las variables más importantes para predecir qué persona del núcleo familiar va a ser la cuidadora principal. Otros factores que hay que considerar son: edad, tiempo de dedicación y existencia de otras cargas familiares; así se pueden perfilar 2 principales situaciones de cuidadores:

1. *Esposo/a como cuidador*: es más fácil aceptar la ayuda del cónyuge. Los maridos cuidadores reciben más ayuda de otros familiares y de las instituciones que las esposas cuidadoras, e incluso es muy frecuente que las mujeres cuidadoras se resistan a buscar o recibir ayuda.
2. *Hijas e hijos como cuidadores*: —al hija soltera, la hija favorita, la que menos carga familiar o de trabajo, la que vive más cerca, la única mujer entre los hermanos”, suelen ser los principales rasgos que reúnen este tipo de cuidadoras sobre las que recae esta responsabilidad. Comienza asumiéndose como una situación —temporal”, que en muchas ocasiones termina prolongándose durante años, con una creciente demanda de cuidados¹¹.

El bienestar del cuidador está directamente relacionado con los siguientes aspectos:

- Su propia salud.
- Ayuda percibida por sus familiares (apoyo emocional y reconocimiento).
- Capacidad de las instituciones para responder a sus necesidades.
- Conocimiento acerca de la enfermedad.
- El tipo de relación que mantenían el cuidador y la persona cuidada.
- Cómo se desenvuelve en la propia tarea de cuidar y la capacidad de resolución frente a situaciones adversas¹⁰.

CONCEPTO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

El concepto de carga (tomado del inglés burden, que se ha traducido libremente como —estar quemado”) originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberguer e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación. Posteriormente continuaron las investigaciones sobre el impacto causado al cuidador durante el curso de la atención de enfermos mentales, y esto se traspoló a personas mayores con fallas cognitivas¹².

Deben distinguirse entre carga subjetiva y carga objetiva. La primera puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. La segunda se refiere al grado de perturbaciones o cambios en la vida doméstica y laboral del cuidador o cuidadores.

El agotamiento, colapso o sobrecarga del cuidador compromete su capacidad para cumplir con las demandas crecientes del familiar enfermo, además de provocar un agobio excesivo con riesgo de suicidio o muerte.

El cuidador primario puede presentar los siguientes signos y síntomas:

Problemas físicos: cansancio, cefalea, lumbalgia y/o artralgias

Problemas psicológicos: agotamiento mental, estrés, irritabilidad, angustia, miedo, tristeza que puede terminar en depresión, insomnio, sensación de soledad, aislamiento, preocupación, culpabilidad, vergüenza, impotencia,

frustración, resentimiento, pérdida de identidad, disminución de la satisfacción de la vida, alteración en la toma de decisiones.

Problemas sociales: alteración en la dinámica familiar, disminución del tiempo para actividades lúdicas y aislamiento social.

Problemas económicos: Menores ingresos por problemas laborales y mayores egresos.

De tal modo que la carga es vista como la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas¹³.

Maslach identificó tres componentes principales para identificar el Síndrome del cuidador: Impacto del cuidador, Carga interpersonal y Expectativas de autoeficacia, con los que Zarit, Reever y Bach en 1983 diseñaron la entrevista de carga del cuidador que constaba de 29 ítems, con el objetivo de evaluar la percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y se comprobó que aquellos cuidadores con mayor nivel de carga, muestran peor auto percepción de salud y mayor probabilidad de tener trastornos emocionales¹⁴

En 1985 Zarit y Orr redujeron el número de 29 a 22 reactivos, dicha revisión fue validado por Martín y Salvado en 1996 en el Hospital Virgen del Camino de California, Estados Unidos, Montori y Col en 1998 residentes en zona urbana de Madrid¹⁵.

Este instrumento es una prueba psicométrica de calificación objetiva, evaluando la presencia o ausencia sobrecarga medida en grados .A cada respuesta se le asigna una puntuación que va del 0 al 5 y al final se suma el total de los mismos de acuerdo a estos se designa:

– Menor o igual a 46: ausencia de sobrecarga

– 47-55: sobrecarga ligera

– Mayor o igual a 56: sobrecarga intensa

Dicha prueba tiene una sensibilidad del 100%, una especificad del 90,5%, un valor predictivo positivo del 95,45% y un valor predictivo negativo del 100% para determinar la sobrecarga del cuidador¹⁶

En el 2008, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de validar la prueba de Zarit en nuestro medio, y de dicho estudio concluyeron que este tiene buena consistencia interna y validez, considerándolo con confiable para evaluar la carga del cuidador de pacientes con enfermedades crónico degenerativas¹⁷.

En nuestro país se llevó a cabo un estudio con el fin de identificar el perfil del cuidador primario. En dicho estudio encontró que el 27% de los cuidadores padecía hipertensión arterial y 18%, diabetes mellitus. Según la escala de Zarit, 14% de los cuidadores experimentaba sobrecarga leve y 11%, sobrecarga intensa. Se obtuvo la relación con significado estadístico entre la carga de cuidador y el nivel de escolaridad, la hipertensión arterial y el parentesco. ²¹

Planteamiento del problema

En algunos estudios se ha observado que hay relación entre la presencia de colapso del cuidador primario y el grado de deterioro cognitivo. Sin embargo no se ha establecido si existe relación (ya sea asociación o correlación) entre las variables colapso del cuidador ya sea leve o severa y el pronóstico durante la hospitalización, lo cual sería de mucha utilidad ya que ante la presencia de colapso del cuidador se pudiese establecer una posible causalidad y determinar pronóstico en función de la graduación del mismo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En base a los antecedentes planteados, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿La presencia de síndrome de sobrecarga de cuidador primario influye en el pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna?

JUSTIFICACIÓN

El síndrome de carga del cuidador primario es un término acuñado años atrás, sin embargo se ha dado por hecho que la presencia del mismo

llevará a un mal cuidado y por consiguiente una mala evolución de los pacientes geriátricos.

Si bien se han realizado estudios en los que se ha evaluado los efectos del cuidado y patologías como el Alzheimer, Enfermedad vascular cerebral y limitaciones de tipo mecánico, no se han realizado estudios generales en los cuales se evalúe la influencia del síndrome sobre el pronóstico de pacientes en hospitalización.

HIPÓTESIS

⊙ Hipótesis Nula

- La presencia de síndrome de sobrecarga de cuidador primario no influye en el pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados

⊙ Hipótesis Alterna

- La presencia de síndrome de sobrecarga de cuidador primario influye en el pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados

OBJETIVOS

⊙ General

- Determinar de qué manera influye la presencia de colapso del cuidador en el pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en medicina interna

◎ Específicos:

- Caracterización de la población geriátrica en estudio
- Determinar lo siguiente:
- Grado de Funcionalidad y relación con colapso del cuidador
- Tiempo de ejercer la función del cuidador primario en meses y relación con colapso del cuidador
- Escolaridad del cuidador primario y del paciente y su relación con sobrecarga
- Parentesco del cuidador primario con el paciente y su relación con sobrecarga

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

- Casos y controles anidado en una cohorte

Se realizó en pacientes geriátricos en el servicio de hospitalización de Medicina Interna con cuidador primario del Hospital General de Xoco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 65 años o más, con cuidador primario y consentimiento informado firmado
- Ambos géneros

Criterios de exclusión:

- Pacientes sin cuidador primario

Criterios de eliminación:

- Pacientes que se nieguen a continuar en el estudio
- Pacientes que no contesten el cuestionario completo

Definición de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION
Edad del cuidador	Cuantitativa	Años
Edad del paciente	Cuantitativa	Años
Estado civil del cuidador	Cualitativa	Casado,soltero,etc.
Estado civil del paciente	Cualitativa	Casado,soltero,etc.
Grado de escolaridad del cuidador	Cualitativa	Primaria,secundaria,etc
Grado de escolaridad del paciente	Cualitativa	Primaria,secundaria,etc
Parentesco del cuidador	Cualitativa	Hijo,hija, conyugue
Tiempo en meses de realizar cuidado	Cuantitativa	Meses
Grado de funcionalidad por Barthel	Cuantitativa	Considerándose como dependiente a los puntajes menores a 60 e independiente 60 o mayor

Grado de funcionalidad por Karnofsky	Cuantitativa	Considerándose como dependiente a los puntajes menores a 60 e independiente 60 o mayor
Grados de sobrecarga del cuidador por Zarit	Cuantitativa	Menor o igual a 46: ausencia de sobrecarga 47-55: sobrecarga ligera Mayor o igual a 56: sobrecarga intensa
Días de estancia intrahospitalaria	Cuantitativa	Días
Desenlace de la hospitalización	Cualitativa	Mejoría, muerte, hospitalización prolongada

Tipo de muestreo

En función del universo para la obtención de la muestra y para satisfacer las características requeridas para el ingreso al estudio, se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas.

Procedimientos

1. Se captaron pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión del área de hospitalización del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Xoco.
2. Se les planteó el ingreso al estudio explicándoles los procedimientos a realizar.
3. Una vez que aceptaron participar en el estudio se les entregó el consentimiento informado (basado en la declaración de Helsinki y en la Ley General de Salud) para que lo pudieran leer y les quedara claro su participación, para que posteriormente pudieran tomar la decisión de aceptar por escrito o no su participación.

4. A continuación a todos los pacientes se les realizó cuestionario conformado por datos generales del paciente y del cuidador primario, así como las escalas de Barthel, Karnofsky y Zarit
5. Se realizaron dos grupos de 60 pacientes cada uno:
 - a. Sin sobrecarga del cuidador primario
 - b. Con sobrecarga (ya sea leve o severa, graduada por la escala de Zarit)
6. Se realizó seguimiento durante la hospitalización y se evaluaron 3 probables desenlaces: egreso antes de 7 días, egreso posterior a 7 días o fallecimiento durante la hospitalización

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y medidas de dispersión para la descripción de las características demográficas de base y las variables en estudio.

Para evaluar la asociación entre las variables se utilizó la prueba exacta de Fisher. Se calcularon riesgo relativo e intervalos de confianza. Todos los cálculos se realizaron manualmente y también por medio del paquete estadístico STATA 11.0. Se consideró como estadísticamente significativa una p menor de 0.05.

Cálculo del tamaño de la muestra

$$N = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 * (p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)) / (p_1 - p_2)^2$$

N = tamaño de la muestra

P1: proporción en el grupo 1 = 14%

P2: proporción en el grupo 2 = 35%

Z α = 1.96, con Nivel de Confianza del 95% y α de .05

Z β = 0.84, con un poder del 80% y error β del 20%

SUSTITUYENDO:

$$N = (1.96 + 0.84)^2 * (14(1-14) + 35(1-35)) / (14-35)^2$$

N = 62

Redondeado a 60 pacientes

Tomando en cuenta una mortalidad del 14% reportada en: Tania Tello-Rodríguez¹, Luis Varela-Pinedo, Hospital stay and mortality of patients older hospitalized in a general hospital of Lima Metropolitana, 1997 to 2008, *Rev Med Hered* 22 (1), 2011

RESULTADOS

Se revisaron 60 pacientes por grupo: En el grupo CSSC, del sexo femenino fueron 33 pacientes (55%) y 27 (45%) del masculino; en el grupo

SSSC 20 (33.3%) del sexo femenino y 40 (66.7%) masculino; género del cuidador, en el grupo CSSC 27 (45%) eran hombres y 33 (55%) mujeres; en el grupo SSSC 20 (33.3%) hombres y 40 (66.7%) mujeres. . En cuanto a la edad de los pacientes: en el grupo CSSC se encontró una mediana de 81 con desviación estándar de 72.5- 89.5 (percentil 75/25), en el grupo SSSC 71 (66.5-82). De la variable parentesco, en el grupo CSSC 12 (20%) eran familiares indirectos y 48 (80%) familiares directos; en el grupo SSSC 18 (30%) fueron familiares indirectos y 42 (70%) directos. En el rubro correspondiente a la escolaridad del paciente, en el grupo SSSC 50 (83.33%) eran personas con menos de primaria completa y 10 (16.67%) mayor a primaria completa ; el grupo CSSC 37 (61.67%) con instrucción menor a primaria completa y 23 (38.33%) mayor a ésta. Respecto a la escolaridad del cuidador se encontró 31 (51.67%) menor a primaria completa y 29 (48.33%) mayor. (Tabla 1)

Se encontró asociación entre la presencia de colapso del cuidador y la posibilidad de defunción durante el internamiento, siendo en el grupo CSSC de 35% y 8.33% en el grupo SSSC; con $p = 0.001$.

En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria, se observó 11 (8-14) días en el grupo SSSC y de 13 (11-17.5) en el grupo CSSC ($p = 0.001$) y en la comparación tiempo de cuidado y colapso del cuidador se obtuvo que los pacientes CSSC tenían un tiempo aproximado de 28.5 (15-45) meses y 20.5 (8.5-39.5) los SSSC ($p= 0.46$)

Respecto a la asociación entre índices de funcionalidad y colapso del cuidador encontramos que no hay significancia si el paciente es dependiente o no según escala de Barthel ($p=0.25$) o Karnofsky ($p=0.28$) (Tabla 2)

En relación al desenlace y los subgrupos del estudio se encontró que en el grupo SSSC hubo 13.3% egresos <1 semana, 47 % >1 semana y 8.3% de mortalidad. En el grupo CSSC leve 2.78% de los pacientes egresaron antes de 7 días, 88.9% mayor a este tiempo y mortalidad de 8.33%. Finalmente en el grupo CSSC severo no hubo egresos menores a una semana, únicamente el 25% egresaba pasada esta semana y 75% restante fallecieron. (Tabla 4)

Como factores de riesgo para colapso se analizó tanto la escolaridad del paciente como la del cuidador primario, encontrándose que la escolaridad del paciente menor a primaria completa es un factor estadístico protector para mortalidad, en el caso de los pacientes con p de 0.008, OR de 0.32 e IC de 0.12-0.81. En la escolaridad del cuidador observamos p 0.001, OR de 9.6 e IC de 3.37-30.93 concluyéndose así que un cuidador con escolaridad mayor a primaria completa le confiere a los pacientes 9.6 veces el riesgo de empeorar el pronóstico de sobrevivida.

Tabla 1. Características demográficas

VARIABLE	SIN COLAPSO N=60	CON COLAPSO N=60)	P
EDAD (MEDIANA) (P 25-75)	81 (72.5- 89.5)	71 (66.5-82)	0.001*

EDAD CUIDADOR	52.96	48.46	0.05
GENERO PACIENTE HOMBRES MUJERES	20 (33.3%) 40 (66.7%)	27 (45%) 33 (55%)	0.19
GENERO CUIDADOR HOMBRES MUJERES	18 (30%) 42 (70%)	12 (20%) 48 (80%)	0.2
PARENTESCO INDIRECTO DIRECTO	18 (30%) 42 (70%)	12 (20%) 48 (80%)	0.2
ESCOLARIDAD PACIENTE MENOS PRIMARIA MAS DE PRIMARIA	50 (83.33%) 10 (16.67)	37 (61.67%) 23 (38.33%)	0.008
ESCOLARIDAD CUIDADOR MENOS PRIMARIA MAS DE PRIMARIA	6 (10%) 54 (90)	31 (51.67) 29 (48.33)	0.01

Tabla 2. Variables en estudio y asociación con colapso

VARIABLE	SIN COLAPSO N=60	CON COLAPSO N=60	P
DEFUNCION SI NO	5 (8.33%) 55 (91.67)	21 (35%) 39 (65)	0.001*
TIEMPO DE CUIDADO* MEDIANA	20.5 (8.5-39.5)	28.5 (15-45)	0.046***
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA MEDIANA Y PERCENTIL	11 (8-14)	13 (11-17.5)	0.001***
KARNOFSKY DEPENDIENTE INDEPENDIENTE	12 (20%) 48 (80%)	17 (28.33%) 43 (71.67%)	0.28**
BARTHEL DEPENDIENTE INDEPENDIENTE	35 (58.33%) 25 41.67%	41 (68.33%) 19 (31.67%)	0.25*
PARENTESCO DIRECTO INDIRECTO	41 (68.33) 19 (31.67)	44(73.33%) 16 (26.67%)	0.54

- *Prueba exacta de Fisher
- **Chi cuadrada
- ***U de Mann Whitney

Tabla 3. Factores de riesgo para colapso

VARIABLE	SIN COLAPSO N=60	CON COLAPSO N=60)	P	OR	IC
----------	------------------	--------------------	---	----	----

ESCOLARIDAD PACIENTE MENOS PRIMARIA MAS DE PRIMARIA	50 (83.33%) 10 (16.67)	37 (61.67) 23 (38.33%)	0.008*	.32	(.12-.81)
ESCOLARIDAD CUIDADOR MENOS PRIMARIA MAS DE PRIMARIA	6 (10%) 54 (90)	29 (48.33) 31 (51.67)	0.001*	9.6	(3.37-30.93)

*Chi cuadrada

Tabla 4. Relación entre colapso y desenlace de la hospitalización

	SIN COLAPSO	COLAPSO LEVE	COLAPSO SEVERO	P
	60	36 (60%)	24 (40%)	
EGRESO MENOR A UNA SEMANA	8 (13.3%)	1 (2.78%)	0	0.001*
EGRESO MAYOR A UNA SEMANA	47 (78.3)	32 (88.89%)	6 (25%)	
DEFUNCION	5 (8.33%)	3 (8.33%)	18 (75%)	

*Prueba exacta de Fisher

DISCUSIÓN

Algunas de las características sociodemográficas del presente estudio son equiparables a otros, tanto nacionales como internacionales; es decir, cuidadores del sexo femenino, en su mayoría familiares directos, con escolaridad mayor a primaria completa^{5, 8, 14, 22, 31, 37}.

La edad de los cuidadores en nuestra investigación fue de 48 años en el grupo colapsado y 53 años en el grupo sin colapso, como el observado por Islas ¹⁴, no así en otros estudios donde la tendencia es que éstos sean de mayor edad, oscilando entre 57 y 59 años^{3, 5, 15}

En relación al tiempo de ejercer la función se identificó que a mayor tiempo de ejercer la actividad de cuidador; mayor sobrecarga presentan los

cuidadores ($p= 0.046$); situación que es similar a otros estudios donde han evaluado las horas que ejercer como cuidadores encontrando que a mayor horas de ejercer dicha función, los cuidadores presentan peor estado de salud mental¹⁰.

Al hablar de sobrecarga, en nuestro estudio identificamos que el grado severo se presentaba en 40% de los cuidadores, siendo similar a otras investigaciones²²; no así en otros estudios como el realizado por López MJ quien encontró la presencia de ésta en un 66.4% de su población⁴ o los datos encontrados por Rivera y Mora donde sólo se presentó en un 25% de los cuidadores⁵; cabe mencionar que esto puede ser atribuible a que varía la población de pacientes cuidados en cada estudio, el grado de dependencia física o el deterioro cognitivo así como las redes de apoyo por familiares y sociales que pueden tener algunos cuidadores¹⁰.

En cuanto a la asociación entre grado de colapso y desenlace; en el grupo SSSC hubo 13.3% egresos <1 semana, 47 % >1 semana y 8.3% de mortalidad. En el grupo CSSC leve 2.78% de los pacientes egresaron antes de 7 días, 88.9% mayor a este tiempo y mortalidad de 8.33%.

Resultó paradójico y por ende interesante lo que encontramos sobre el nivel académico, en otros estudios se ha relacionado que a menor nivel educativo del paciente y del cuidador, existe mayor sobrecarga, sin embargo en

nuestro estudio observamos que la escolaridad del paciente menor a primaria completa es un factor protector para mortalidad. En el caso del cuidador, escolaridad mayor a primaria completa le confiere a los pacientes 9.6 veces el riesgo de empeorar el pronóstico de sobrevida.

Finalmente en el grupo CSSC severo no hubo egresos menores a una semana, únicamente el 25% egresaba pasada esta semana y 75% restante fallecieron.

Conclusiones

Identificamos que la población con mayor riesgo de fallecer es aquella que presenta colapso severo. De esta forma es prioritario realizar programas donde se evalúe y dé seguimiento al estado de salud del cuidador primario, para evitar el desarrollo de complicaciones en el paciente y la presencia de otras enfermedades, intercambiar al cuidador antes de 28 meses, asegurando así mayor calidad en el cuidado del paciente geriátrico.

Asimismo con nuestros resultados podemos decir que implementar estrategias que nos ayuden a orientar a los cuidadores respecto a la importancia en el cuidado del paciente geriátrico, realizar evaluaciones rutinarias en la consulta externa para detectar de manera temprana la presencia del síndrome de sobrecarga del cuidador, tendrá como

consecuencia alargar el tiempo de aparición o incremento del mismo, lo que podrá reflejarse en la salud a corto y largo plazo del paciente, motivo para futuros ensayos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo56&s=est&c=23600>
2. Ham Chande R. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. ENSANUT 2006. 141-155
3. Hazzard WR, Andres R, Bierman EL, Blass JP. Principles of Geriatric Medicine. Nueva York. McGraw Hill. 1990.
4. Guillén Llera F, Bravo Fernández de Araoz G. Patología del envejecimiento. Indicadores de salud. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I, editores. Manual de Geriatria. 3.^a ed. Barcelona: Masson; 2003. p. 77-88.
5. Segura Domínguez N y Col. El Anciano Dependiente y el Desgaste Físico y Psíquico de su Cuidador. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41(S1):15-20.
6. Saiz Ladera G M, Bordallo Huidobro J R, García Pascual J N. El cuidador como paciente. FMC. 2008;15(7):418-26
7. Dorantes Mendoza G, Ávila-Funes J A, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo L M. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Pan Am J Public Health 2007; 22(1):1-10
8. Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica* 2006; 37: 31-38
9. Olivera Cañadas G, López Romero A, Martín Muñoz C. Ley de Dependencia. Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria.2007;9:5-11.
10. Saiz Ladera G M, Bordallo Huidobro J R, García Pascual J N. El cuidador como paciente. FMC. 2008;15(7):418-26

11. Fernández Ortega M A. El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM* 2005; 47 (6): 251-254
12. Anderson CS, Linto J. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke* 1995; 26: 843-849.
13. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*.1980;20:649-55.
14. Mar J y Col. Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(4):200–205
15. Hayo Breinbauer K, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 657-665
16. Gort AM, Mingot M, Gómez X, Soler T, Torres G, Sacristán O, et al. Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. *Int J Geriatr Psychiatry*. En prensa 2008.
17. Pérez Peñaranda y Col Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria*.2009;41(11):621–628
18. Buzzini M y Col. Validación del Índice de Barthel. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación IREP*; 2002, 6(1): 9-12
19. Alcalde GutiÉRreZ I. Fiabilidad test-retest de la escala de Kurtzke y validez concurrente con el índice de Barthel. *Cuestiones de fisioterapia: Rev univ de infor e invest. en Fisioterapia*; 2013; 42(1): 38-46
20. Martínez Martín P. y Col. Validación de la Escala de Independencia Funcional. *Gac Sanit*.2009;23(1):49–54.
21. Domínguez Sosa G y Col. Síndrome de sobrecarga de cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas Tabasco México de Enero a Mayo del 2008 . *Méd.Uis*. 2010; 23(1):28-37

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MARZO- MAYO 2012	JUNIO 2012- FEBRERO 2013	FEBRERO DE 2013	AGOSTO- DICIEMBRE 2014	DICIEMBRE 2014	ENERO 2015	ENERO 2015	FEBRERO 2015	MARZO 2015
ELECCION DE ASESORES DE TESIS									
Elaboración de protocolo									
ENTREGA A COMITÉ DE ETICA									
Recolección de datos									
Procesamiento de datos									
Presentación de resultados									
ELABORACION DE ARTICULO									
PUBLICACION									

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO: _____
FECHA: ____/____/____

NUMERO DE AFILIACION: _____

Nombre del cuidador: _____ Edad: _____ Género: Mujer Hombre

Estado civil: Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo

Ocupación: Campesino Labores del hogar Empleado Obrero Profesionista
 Jubilado Otro: _____

Escolaridad: Sin Estudios Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Otra: _____

Parentesco del cuidador: Espos(a) Hijo(a) Padre(Madre) Pariente (tío, primo etc.) Ninguno

Tiempo de ejercer la función del cuidador _____ Años _____ Meses

Percibe remuneración por cuidar al paciente Si No

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROTOCOLO "ASOCIACION ENTRE COLAPSO DEL CUIDADOR Y PRONOSTICO DE PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA".

Yo

_____ (Nombre y apellidos del paciente) de _____ años de edad, una vez informado sobre los tratamientos que se llevaran a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación médica, y en pleno conocimiento de sus beneficios y riesgos hacia mi persona, otorgo en forma libre mi consentimiento.

Nombre del representante legal:

Parentesco: _____

Fecha de autorización: _____

Firma: _____

Nombre del informante: _____

Firma: _____

Testigo.

Testigo.

Nombre y firma.

Nombre y firma