



# Problemas de salud en personas con discapacidad intelectual en la consulta de medicina general: un estudio comparativo

H. M. J. VAN SCHROJENSTEIN LANTMAN-DE VALK, J. F. M. METSEMAKERS<sup>a</sup>, M. J. HAVEMAN<sup>b</sup> Y H. F. J. M CREBOLDER<sup>a</sup>

Centro Pepijn, PO Box 40, 6100 AA Echt,  
<sup>a</sup>Departamento de Medicina General, Universidad de Maastricht, Países Bajos, y <sup>b</sup>Departamento de Educación Especial y Rehabilitación en Discapacidades Intelectuales, Universidad de Dortmund, Alemania.

En una base de datos de médicos generales, 318 personas con discapacidad intelectual (DI) parecían tener 2,5 veces más problemas de salud que las personas sin DI. Este breve informe trata de la naturaleza de los problemas de salud. Se comentan las consecuencias para la política de asistencia sanitaria.

## Introducción

Hoy en día, se ve a las personas con discapacidad intelectual (DI) como ciudadanos normales que necesitan apoyo individual. Se ha comunicado que sus necesidades de salud después de la desinstitucionalización no se han satisfecho (1) y que la mortalidad parecía es-

tar notablemente aumentada en este grupo (2). La información sobre la morbilidad es escasa. Se necesita una prestación de asistencia sanitaria efectiva (*evidence-based*) para estas personas, que a menudo son malas defensoras de sí mismas.

El propósito del presente estudio era examinar las diferencias en las tasas de prevalencia de los problemas de salud en personas con y sin DI que son atendidas actualmente por un médico general.

## Pacientes y métodos

### Base de datos

Este estudio se realizó dentro de las consultas de medicina de familia de la Red de Registro (RNH) de la Universidad de Maastricht en los Países Bajos. En esta base de datos informática anónima, los problemas de salud se codifican según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) (3). Los médicos generales que participan en la RNH almacenan y actualizan continuamente las historias clínicas de todos los pacientes registrados en su consulta. El presente estudio se basó en los datos en archivo en enero de 1996.

### Personas implicadas en el estudio

La identificación de casos de personas con DI se logró por el uso de cuestionarios que definían la DI según la Asociación Americana de Retraso Mental (4,5).

Esto resultó en 318 personas con DI. Sus datos se compararon con los de 48.459 personas sin DI dentro de la misma base de datos. El 20% de las personas con DI y el 30% de las personas sin DI eran mayores de 50 años. En las personas con DI, el 62% eran varones, comparado con el 49% de las personas sin DI.

### Análisis estadístico

Se comparó entre sí a los pacientes con y sin DI en cuanto al número de diagnósticos y la naturaleza de éstos.

El número de diagnósticos se calculó sumando el número de códigos de diagnóstico que se había asignado a cada persona. En las personas con DI, el número de diagnósticos se redujo en 1, para tener en cuenta el código para la DI. Se compararon entonces las diferen-



**Tabla 1. Tasa de prevalencia de problemas de salud<sup>a</sup> (en %) por aparatos y sistemas**

Aparato	DI+	DI-	Cociente de posibilidades bruto	Cociente de posibilidades ajustado <sup>c</sup>
N Neurológico	22,3	8,8	3,0 (2,3-4,0)	3,5 (2,6-4,5)
P Psicológico	16,7	7,8	2,4 (1,7-3,2)	3,5 (2,7-4,7)
H Oído	16,0	9,5	1,8 (1,3-2,5)	1,9 (1,4-2,6)
F Ojo	11,9	7,4	1,7 (1,2-2,4)	2,0 (1,4-2,9)
A General y no especificado	22,3	15,4	1,6 (1,2-2,1)	1,7 (1,3-2,3)
T Endocrino, metabólico y nutricional	17,9	12,9	1,5 (1,1-2,0)	2,0 (1,5-2,7)
L Mísculo-esquelético	34,0	30,7	1,2 (0,9-1,5)	1,3 (1,0-1,7)
Y Sistema genital masculino <sup>b</sup>	11,2	9,2	1,2 (0,8-2,0)	-
S Piel	17,6	15,7	1,1 (0,8-1,5)	-
B Sangre/órganos de la sangre	2,2	2,1	1,0 (0,5-2,3)	-
R Aparato respiratorio	22,6	26,3	0,8 (0,6-1,0)	0,8 (0,6-1,0)
D Aparato Digestivo	15,1	20,2	0,7 (0,5-1,0)	-
U Urología	4,4	6,0	0,7 (0,4-1,3)	-
X Sistema genital femenino <sup>b</sup>	13,9	19,2	0,7 (0,4-1,2)	-
K Aparato circulatorio	15,1	20,7	0,7 (0,5-0,9)	-

Cocientes de posibilidades brutos de las diferencias entre las personas con DI (DI+, n = 318) y sin DI (DI-, n = 48.443) en las consultas generales y resultados del análisis de regresión matemática hacia atrás por pasos (el intervalo de confianza del 95% figura entre paréntesis).  
<sup>a</sup>Los códigos de la ICPC que indican DI (N85, P24 o P85), se excluyeron de este cálculo.  
<sup>b</sup>Estas tasas de prevalencia se calcularon para hombres o mujeres sólo.  
<sup>c</sup>Los resultados de esta columna se refieren a los del análisis de regresión matemática hacia atrás por pasos.

cias en problemas de salud para cada sitio anatómico principal. Posteriormente, se analizaron las diferencias en la tasa de prevalencia por código diagnóstico en el sistema de la CIAP. Como medida de la diferencia, se escogió el cociente de posibilidades (*odds ratio*). Para ajustar las diferencias en la distribución de la edad y el sexo, se realizaron análisis de regresión matemática. La presencia de un trastorno era la variable dependiente. Como grupo de referencia para la DI, se escogió a las personas sin DI.

## Resultados

El 12% de las personas con DI no mostró problemas de salud, mientras que la ausencia de problemas se cumplía para el 21% de los que no tenían DI. El análisis de regresión matemática reveló que el riesgo de problemas de salud era 2,5 veces mayor para las personas con DI que para las personas sin ella.

La diferencia en la tasa de prevalencia de problemas de

salud por aparato corporal entre las personas con o sin DI se muestra en la tabla 1. Los cocientes de posibilidades más altos encontrados son para los problemas neurológicos y psicológicos, seguidos por los problemas auditivos y oculares.

Los resultados para los problemas de salud por código diagnóstico se muestran en la tabla 2. Se presentan sólo los trastornos que se registraron en 10 personas con DI o más y para los que el cociente de posibilidades bruto no incluía uno. Para evitar resultados significativos falsos, se calcularon IC del 99%. Estos intervalos mostraron 16 cocientes de posibilidades significativos en el nivel del 1%.

La probabilidad de padecer epilepsia, deficiencias músculo-esqueléticas y anomalías congénitas estaba por encima de 10 para las personas con DI. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en los varones, el estrabismo, la morbilidad perinatal, la sordera, las fracturas de la pierna, la obesidad y los problemas dermatológicos reflejaron probabilidades entre 2 y 7 en las personas con DI.

## Discusión

No se encontró ningún otro estudio que comparara los problemas de salud de las personas con y sin DI en una muestra.

Era esperable que los problemas perinatales, la minusvalía motora y la epilepsia se encontrarían más a menudo en las personas con DI. Los problemas perinatales pueden haber causado la disfunción cerebral, que se manifestaría como DI, minusvalía motora, epilepsia o alguna combinación de ellas. Sin embargo, algunos otros resultados requieren más atención.

En el presente estudio, las tasas de prevalencia de las deficiencias sensoriales para las personas con DI eran mucho más altas que en las personas sin DI. La mayoría de personas con DI experimentan problemas en la comunicación con los demás. La comunicación puede ser obstaculizada por las deficiencias sensoriales. Por tanto, los médicos generales deberían asegurarse de que las capacidades sensoriales de sus pacientes con DI se valoran de modo regular. Se propone una otoscopia anual para detectar tapones de cerumen o infección del oído medio no identificada, y controles del uso adecuado de las gafas y los audífonos.

Mientras que los problemas de salud anteriores están claramente relacionados con la causa de la DI, otros trastornos, como la falta de información, la falta de ejercicio, la mala movilidad, los malos hábitos alimenticios, el uso de medicación, etc., que son característicos en el momento presente de las personas con DI, parecen más relacionados con circunstancias externas. Los anticonvulsivos y la medicación psicótropa pueden estimular el apetito y la obesidad. Los locales de ejercicio para personas con DI son poco comunes. La elevada tasa de prevalencia de las

**Tabla 2. Número absoluto de pacientes (*n*) en las personas con DI (DI+, *n* = 318) y tasas de prevalencia (%) de problemas de salud en personas con DI y sin DI (DI-, *n* = 48.443)**

Código	Problemas de Salud	<i>n</i>	DI+	DI-	Cociente de posibilidades bruto	Cociente de posibilidades ajustado*
A90	Anomalías congénitas múltiples	16	5,0	0,4	14,7 (7,1-29,7)	13,8 (8,2-23,4) (6,9-27,6)
N88	Epilepsia	35	11,0	0,8	15,0 (9,1-24,5)	15,4 (10,7-22,2) (9,5-25,0)
L28	Discapacidad/deficiencia músculo-esquelética	19	6,0	0,5	11,8 (6,1-22,5)	14,0 (8,6-22,7) (7,4-26,6)
F95	Estrabismo	17	5,3	1,1	5,0 (2,6-9,8)	4,8 (2,9-7,8) (2,5-9,2)
A93	Bebé prematuro/inmaduro nacido vivo	13	4,1	0,9	4,7 (2,2-10,0)	4,4 (2,5-7,8) (2,0-9,4)
N99	Otros trastornos del SNC	14	4,4	1,1	4,0 (1,9-8,2)	4,4 (2,6-7,7) (2,2-9,1)
A94	Toda la morbilidad perinatal	17	5,3	1,5	3,7 (1,9-7,2)	3,4 (2,0-5,7) (1,7-6,6)
H86	Sordera	20	6,3	2,3	2,8 (1,5-5,2)	3,3 (2,1-5,2) (1,8-6,0)
L73	Fractura de la pierna	16	5,0	1,9	2,8 (1,3-5,5)	2,8 (1,7-4,6) (1,4-5,4)
T82	Obesidad IQ > 30	28	8,8	3,5	2,6 (1,6-4,5)	3,3 (2,2-4,9) (1,9-5,6)
L82	Anomalías congénitas del sistema músculo-esquelético	10	3,1	1,3	2,5 (1,0-5,8)	2,3 (1,2-4,4) (1,0-5,4)
S96	Acné	13	4,1	1,6	2,5 (1,2-5,4)	2,4 (1,3-4,1) (1,1-5,0)
S88	Dermatitis de contacto u otro eccema	18	5,7	2,9	2,0 (1,0-3,8)	2,2 (1,3-3,5) (1,2-4,1)
K96	Hemorroides	11	3,5	1,8	2,0 (0,8-4,4)	2,2 (1,2-4,0) (1,0-4,8)
T83	Sobrepeso IQ > 25	13	4,1	2,3	1,8 (0,8-3,8)	2,1 (1,2-3,6) (1,0-4,3)
Y71	ETS (varones)	5	2,6	0,4	7,0 (2,5-18,2)	7,7 (3,0-19,2) (2,3-25,6)
Y83	Criptorquidia	7	3,6	1,3	2,8 (1,2-6,3)	2,4 (1,1-5,2) (0,9-6,6)
H72	Otitis media adhesiva	10	3,1	1,7	1,9 (1,0-3,7)	1,7 (0,9-3,2) (0,7-4,0)
R90	Hipertrofia/infección crónica de las amígdalas/vegetaciones	35	11,0	7,0	1,6 (1,0-2,6)	1,5 (1,0-2,1) (0,9-2,4)

\*Esta columna se refiere a los resultados del análisis de regresión matemática hacia atrás por pasos. Cocientes de posibilidades brutos y resultados del análisis de regresión matemática hacia atrás por pasos (IC del 95% e IC del 99% entre paréntesis).

fracturas de pierna están correlacionada con tener ataques epilépticos, utilizar anticonvulsivos y tener menos movilidad. La elevada prevalencia de las ETS en los varones está causada probablemente por un conocimiento limitado de la higiene sexual.

El hecho de que las personas con DI tengan el doble de problemas de salud que las personas sin DI justifica una actitud más activa hacia este grupo de sus médicos generales. Las personas con DI experimentan problemas de comunicación. Esto los limita en la expresión de su preocupación sobre su propia salud. Las personas con DI pueden tener un conocimiento limitado con respecto a su propia salud. Es concebible que se produzca infranotificación con mayor frecuencia en estas personas. La mayor tasa de mortalidad para ellas se puede reducir aumentando la experiencia en los médicos. Se deberían incorporar destrezas de comunicación con respecto a las personas con DI y conocimiento de los patrones de morbilidad característicos en la educación de los médicos.

Las actividades preventivas para las personas con DI, utilizando un lenguaje básico con un amplio uso de dibujos, historietas y vídeos, se concentrarían en reducir la morbilidad debida al estilo de vida.

## Agradecimientos

Damos las gracias a la señora P. Rinkens por su rápida ayuda en la realización del análisis estadístico.

## Bibliografía

1. Moss S, Goldberg D, Patel P, Wilkin D. Physical morbidity in older people with moderate, severe and profound mental handicap and its relation to psychiatric morbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28:32-39.
2. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11-54.
3. Metsemakers JFM, Höppener P, Knottnerus JA, Kocken RJ, Limonard CB. Computerized health information in the Netherlands: a registration network of family practices. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 102-106.
4. Lucasson R, Coulter DL, Polloway EA, et al. Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports. Washington DC: AAMR, 1992.
5. van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Metsemakers JFM, Soomers -Turlings MSJG, Haveman MJ, Crebolder HFJM. People with intellectual disability in general practice: case definition and case finding. *J Intell Disabil Res* 1997; 41: 373-379.