

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
CIEGO DE AVILA

**Pesquisaje de ancianos con riesgo de fragilidad y características socioepidemiológicas en el consultorio No.52 Area Norte.**

**Screening of ederly with fragility risk and socioepidemiology features in dispensary No.52 of the North Area.**

Kenia Tèllez Frandìn (1), Odania Mondejo Ortiz (2), Gerineldo Montes De Oca Morera(3), Manuel Zada Gonzàlez(4).

**RESUMEN**

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el consultorio No.52 del grupo básico de trabajo Centro del Pueblo del Área Norte del Municipio Ciego de Avila. Se seleccionaron a los pacientes de 60 años o más a los cuales se les aplicó una encuesta en un período de un año reongiéndose hábitos tóxicos, antecedentes, enfermedades crónicas y aspectos socioeconómicos como la edad el sexo, estado conyugal, escolaridad, participación en actividades sociales, ayuda económica y posibilidades económicas. Se indicaron complementarios según necesidades y posibilidades. Los resultados tras el procesamiento de los datos fueron llevados a tablas estadísticas, que muestran el comportamiento de la población estudiada, expresado finalmente en formas de conclusiones.

**Palabras Clave: ENVEJECIMIENTO.**

1. Especialista MGI. Profesor Instructor.
2. Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor.
3. Especialista MGI. Profesor Instructor.
4. Alumno 4to año de Medicina.

**INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido de interés para la Filosofía, el arte y la medicina. Durante el presente siglo más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas, transformándose en un problema si no se brindan soluciones adecuadas a sus consecuencias(1). Según la O.N.U en 1950 habían más de 250 millones de personas de más de 60 años, en 1975 350 millones, en el año 200 590 millones y en el 2025 se calcula 1500 millones, lo que significa un aumento de 224 % con respecto al 1975 (2). %.

Múltiples enfermedades características de los ancianos pueden provocar una incapacidad que dificulte o limite las actividades de la vida diaria (AVD) propias de su edad. Los accidentes Cerebrovasculares, los diferentes tipos de demencias, Síndromes Neurológicos del aparato locomotor, alteraciones de los órganos de los sentidos, las patologías vasculares periféricas y la asociación de estas patologías pueden ocasionarles con frecuencia, limitaciones funcionales importantes (4).

El porcentaje de este grupo, denominado por algunos de la tercera edad, requiere de un enfoque y área de atención multidimensional y multidisciplinaria, en sus diversos aspectos biológicos, psicológicos, socioeconómicos y funcionales (1,2,3 ).

En nuestra provincia la población de 60 años y más alcanza el 13 % (5), al igual que en el municipio y en el área de la policlínica comunitaria Docente Norte que es 13.1% (6).

Según la carpeta metodológica del MINSAP, el Programa del Adulto Mayor, entre sus objetivos, plantea: crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que permita resolver las necesidades socio – económicas, psicológicas, biomédicas y funcionales de los ancianos. Además de dispensarizar a toda la población mayor de 60 años mediante un instrumento de evaluación multidimensional que incluye la evaluación funcional, expresión máxima de salud en el Adulto Mayor (7, 8,9 ).

En un estudio de evaluación realizada en nuestra policlínica en un consultorio del Médico de la Familia, se vieron reflejados los problemas de salud y la forma de pesquisarlos, que es el primer eslabón de la evaluación del Adulto Mayor (10,11)

Por la utilidad de este pesquizado en la evaluación del anciano frágil (1) y su posterior seguimiento es que hemos decidido realizar este estudio en un consultorio del médico de la familia del área norte de Ciego de Avila, con el objetivo de mejorar la calidad en la atención y seguimiento de este grupo poblacional.

## **MÈTODO**

Estrategia General de la investigación.

Se realizó una investigación observacional descriptiva para caracterizar a los adultos mayores del consultorio 55 del GBT del Consejo Popular Centro del Pueblo de la Policlínica Docente Norte de Ciego de Avila, durante el período de octubre del 2000 a octubre del 2002. El universo estuvo constituido por los adultos de 60 años o más.

Selección de la muestra:

Criterios de inclusión

1. Todas las personas de 60 años y más del consultorio.
2. Que el paciente y el familiar estén de acuerdo con el estudio.
3. Que sean de nuestra área.

Criterios de exclusión

1. Personas o familiares que no estén de acuerdo con el estudio.
2. Que el caso abandone el área antes de aplicarle la encuesta, no pudiéndose localizar.
3. Que no sea del área de estudio.

Las unidades muestrales fueron seleccionadas de:

1. Historias clínicas individuales de cada encuestado.
2. Historia clínica familiar de los encuestados.
3. Interrogatorio al individuo, familiar o cuidador y médico de la familia.
4. Departamento de estadística y dirección de la policlínica norte, además de los informes del OPD y Diagnóstico de Salud.

Instrumentos para la recolección de la información.

La encuesta fue validada por expertos, un trabajo previo en el consultorio y la guía del CITED 1997 (Centro Iberoamericano de la Tercera Edad). (9). Además fue elaborada en función de los objetivos del estudio. Después de aplicada la encuesta se determinó el riesgo de fragilidad o no, según criterios establecidos en la investigación.

## **CONTROL SEMÀNTICO**

1. Riesgo de fragilidad: Es la persona que en condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales tenga riesgo de desarrollar un estado de necesidad.: Persona que por su capacidad física o mental, por abandono social o por privación económica necesita de un sistema de cuidados a largo plazo.

2. EMAG: Equipo multidisciplinario de atención geriátrica, constituido por el clínico, el psicólogo, trabajadora social, enfermera y el geriatra que brindan atención especializada al anciano con riesgo de fragilidad.

3. Actividades de la vida diaria: Se dividen en actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse e ir al baño, movilizarse, continencia de esfínter y alimentación) y actividades instrumentadas de la vida diaria (hablar por teléfono movilizarse fuera del hogar, ir de compras, prepararse los alimentos, hacer tareas hogareñas o manuales, tomar su medicina y manejar dinero).

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En la tabla No 1 se aprecia que en la población estudiada existió un franco predominio del sexo femenino con un 79 %, lo cual se corresponde con el comportamiento actual de la población femenina en nuestro país, siendo la expectativa de vida mayor en el sexo femenino (1,7,12). EL grupo de edad que predominó fue el de 60 a 69 años en ambos sexos con 47 pacientes.

En la tabla No. 2 el nivel escolar que más predominó fue el primario con el 62, 8 %.

En la tabla No. 3 predomina la categoría de jubilado, donde todos los ciudadanos al llegar a los 60 años tienen derecho a su jubilación así como al sistema de seguridad social vigente que protege al trabajador cubano(13).

En la tabla No. 4 el estado civil más frecuente fue el de los casados para un 55.6 % , el estado civil menos frecuente fueron los divorciados con un 6.3 %.

En la tabla 5 el antecedente personal más frecuente fue la HTA con 58 casos para un 46 %, predominando en el sexo femenino con 35 pacientes para un 29.4 %. Dueñas Herrera y Hernández Cisnero resaltan la misma como la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en los ancianos.(14,15) y su predominio en el sexo femenino. Le continúa los fumadores con 28 casos para un 20,6 % predominado en el sexo masculino con 16 casos para un 11.1 %. Nuestros resultados difieren de los encontrados en un estudio nacional(16). Si coincidimos con otros estudios realizados (17,18). Los antecedentes menos frecuentes fueron el alcoholismo, las ideas suicidas y la enfermedad de Parkinson.

En la tabla No 6 se aprecian los problemas biomédicos detectados, resultando el déficit visual el más frecuente con 85 casos para un 67.5 %, prevaleciendo en el sexo femenino con 48 pacientes para un 38.1%. Iguales resultados se obtuvo en un estudio realizado en dos consultorios de San Miguel Padrón en el año 1998(13). Le sigue el uso de medicamentos con 72 pacientes para un 57.1%, siendo más frecuente en el sexo femenino con 47 pacientes para 37.3%. Los problemas biomédicos menos frecuentes fueron: la enfermedad herniaria, la hiperlipidemia y la prostata patológica.

En la tabla No. 7 los problemas económicos constituyen el principal problema social detectado con 71 pacientes para un 56,4 %, predominando en el sexo femenino, esto se debe ya que al decrecer los recursos de que disponen como consecuencia de la jubilación, los ancianos no todos cubren sus necesidades económicas con ingresos propios sino que dependen en gran medida de sus familiares(10). El problema social menos frecuente fue el apoyo social inadecuado.

En la tabla No 8 el problema psicológico más frecuente son los trastornos del sueño con 32 pacientes para un 25 % predominando el sexo femenino con 27 pacientes para un 21 %, las cuales en su mayoría refieren que deben tomar algún somnífero para lograr el sueño. Le continúa las alteraciones emocionales con 22 pacientes para un 17 % siendo más frecuente en el sexo femenino con 18 pacientes para un 14 %, donde la depresión juega un papel importante. La insatisfacción sexual es el problema psicológico que menos afecta a esta población a pesar de ser un problema frecuente en los ancianos.

En la tabla No 9 observamos que la mayor alteración fue en el uso de medicamentos evaluada por las menores puntuaciones, donde 72 pacientes consumen medicamentos y de ellos 12 toman hasta 6 medicamentos diarios indicados por su médico. Le continúan los trastornos del sueño con 9 pacientes debido a las razones explicadas anteriormente. Las alteraciones menores fueron en el apoyo familiar y el apoyo social demostrándose que en general existe una buena relación entre familiares y pacientes. La tabla No 10 refleja el riesgo de fragilidad detectado en los ancianos estudiados el cual fue de un 32,5 %, el 67 % de los ancianos no tiene riesgo manifiesto de fragilidad. Estos resultados fueron obtenidos según los indicadores de fragilidad expuestos en la tabla No. 9 que mide el estado funcional del anciano. Estos pacientes deben ser remitidos al EMAG, donde serán evaluados por un equipo multidisciplinario.

## **CONCLUSIONES**

1. La mayoría de los individuos de la tercera edad estudiados son del sexo femenino, entre 60 y 69 años de edad, de escolaridad primaria, jubilados y de estado civil casados.
2. La HTA fue el antecedente patológico personal más frecuente.
3. Los problemas biomédicos sociales y psicológicos más frecuentes fueron respectivamente el déficit visual, los problemas económicos y los trastornos del sueño.
4. El 32,5 % de los ancianos evaluados tienen riesgo de fragilidad. Este riesgo tuvo como componente más representativo el uso de medicamentos y las alteraciones del sueño.

## ABSTRACT

An observational, descriptive study was carried out in dispensary No.52 of the working basic group town center of North area of Ciego de Avila municipality. Patients of 60 years old or older were selected they were surveyed in a one year period as to toxic habits, background, chronic illness and socioeconomic aspects such as age, sex, marital status, educational level, participation in social activities, economic help and economic possibilities. Complementary tests were indicated according to needs and possibilities the results after data processing were introduced in statistical tables that show the behaviour of the studied population finally expressed in conclusion ways.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto O, Vega E, Menéndez J, Heredia L. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. Habana: MINSAP; 1996.
2. Vega E, Prieto O. Temas de gerontología. La Habana: Ciencias Médicas; 1996.
3. Garay J, Gómez M. Gerontología preventiva. Actualizaciones en la prevención del envejecimiento. Rev Geriátrica 1998; 4 (8): 1005.
4. Ortuño MA. Envejecimiento patológico y discapacidad. Rev Geriátrica 1997;13(2): 1190-25.
5. Ciego de Avila. Sectorial Provincial de Salud. Departamento del adulto mayor. Informe de la provincia Ciego de Avila. 1998.
6. Ciego de Avila. Policlínico Docente Norte. Diagnóstico de la situación de salud del policlínico comunitario norte de Ciego de Avila. Ciego de Avila: Policlínico Norte; 1998.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica. Programa adulto mayor. Línea puntuales en el trabajo con el adulto mayor 1998-1999 y 1999-2001. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1998.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de trabajo del MINSAP para la prevención y atención social. La Habana: MINSAP; 1996.
9. CITED. Escala de evaluación funcional del CITED para el adulto mayor docente Norte (EGEF). La Habana: Ciencias Médicas; 1997.
10. Mercedes J, Cruz J. Evaluación funcional del anciano en geriatría. IDEPESA 1991; 13 (2): 7014.
11. Falcón A, González R, Linares A, Licor M. Evaluación multidisciplinaria en un consultorio del policlínico comunitario de Ciego de Avila; 1998.
12. Rantanen T, Gurinik J M, Salcari R, Leville S. La invalidez, actividad física y fuerza del músculo en mujeres viejas. La soledad de las mujeres y el estudio del envejecimiento. Arq Phys Med Rehab. 1998 Feb; 80(2): 1300-5.
13. Características biopsicosociales de los ancianos de los consultorios del Policlínico California, San Miguel del Padrón. Revista Cubana Med Gen Integr 1998; 14(1): 28024.
14. Dueñas Herrera. Hipertensión arterial. Su control en el nivel primario de salud. Revista Cubana Med Gen Integr 1992; 8 (83): 1950-213.
15. Hernández Cisneros F. Hipertensión arterial: Prevalencia en 5 consultorios del médico de la familia. Revista Cubana Med Gen Integr 1992;8 (1): 43048.
16. Pons Branet P, Ordoñez Canciller C. Prevalencia del hábito de fumar según edad y sexo en el área de salud Plaza de la Revolución. Rev Cubana Adm de Salud 1999, 11: 66079.
17. Organización Panamericana de la Salud. Tabaco o salud: Situación de las Américas. Un informe de la Organización Panamericana de la salud. Washington: OPS; 1999.
18. Horta BL, Ramos EO, Victoria CG. Determinants of the smoking habit in the city of Pelotas, Brazil. Bull of Sanit Panam Org 1998; 113 (2): 13106.

## ANEXOS

**Tabla No 1. Distribución de la población estudiada según grupo de edad y sexo.**

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60 – 69	18	38,3	29	61,7	47	100
700 79	14	33,3	28	66,7	42	100
80 – 89	10	35,7	18	64,3	28	100
90 o más	5	55,6	4	44,4	9	100
Total	4	37,3	79	62,7	126	100

Fuente Encuesta.

**Tabla No 2. Distribución de la población según nivel escolar. N=126**

Grupo de edad	Analfabeto		Primaria		Medio		Universitaria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
69069	0	0	26	55,3	15	31,9	6	12,9	47	100
70079	0	0	24	57,1	16	38,1	2	4,8	42	100
80089	0	0	23	82,1	5	17,9	0	0	28	100
90 o más	1	11,1	6	66,7	2	22,2	0	0	9	100
Total	1	0,8	79	62,8	38	30	8	6,4	126	100

**Tabla No. 3. Distribución de la población según situación laboral. N=126**

Grupo de edad	Pensionados		Trabajadores		Ama de casa		Jubilados		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
69069	2	4,3	8	17	9	19,1	28	59,6	47	100
70079	5	11,9	0	0	11	26,2	26	61,9	42	100
80089	8	28,6	0	0	6	21,4	13	46,4	28	100
90 o más	3	33,3	0	0	1	11,1	5	55,6	9	100
Total	18	14,3	8	6,3	27	21,4	72	58	126	100

**Tabla No. 4. Distribución de la población según el estado civil.**

Grupo de edad	Soltero		Casado		viudo		divorciado		total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
69069	3	6.3	29	61.7	9	19.2	6	12.8	47	100
70079	3	7.1	28	66.7	10	23.8	1	2.4	42	100
80089	2	7.1	9	32.1	16	57.2	1	3.6	28	100
90 o más	1	11.2	4	44.4	4	44.4	0	0	9	100
Total	9	7.1	70	55.6	39	30.9	8	6.3	126	100

**Tabla No 5. Distribución de la población según APP. N=126**

A.P.P	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Cardiopatía isquémica	6	4.7	14	11.1	20	15.9
Enf. cerebrovascular	1	0.8	1	0.8	2	1.6
HTA	23	16.7	35	29.4	58	46
Diabetes Mellitus	8	6.4	12	9.5	20	15.9
EPOC	5	3.9	4	3.2	9	7.1
Enfermedades articulares	5	3.9	21	16.7	26	20.6
Glaucoma	3	2.4	1	0.8	4	3.1
Depresión	3	2.4	13	10.3	16	12.7
Parkinson	1	0.8	0	0	1	0.8
Síndrome demencial	2	1.6	0	0	2	1.6
Ideas suicidas	0	0	1	0.8	1	0.8
Otros trastornos mentales	0	0	4	3.2	4	3.2
Alcoholismo	1	0.8	0	0	1	0.8
Fumador	16	11.1	12	9.4	28	20.6

**TABLA No. 6 Distribución de la población según los problemas biomédicos detectados.**

problemas biomédicos	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Incontinencia	6	4.8	8	5.4	14	11.1
Otros trastornos urinarios	3	2.4	2	1.6	5	3.9
Próstata patológica	2	1.6	0	0	2	1.6
Alteración de la movilidad	12	9.5	22	17.5	34	26.9
Alteraciones podológicas	10	7.9	10	7.9	20	15.9
Síndrome insuf. Arterial periférica	2	1.6	7	5.6	9	7.4
Trastornos del equilibrio	6	4.8	12	9.5	18	14.3
Déficit visual	37	29.4	48	38.1	85	67.5
Déficit auditivo	10	7.9	10	7.9	20	15.9
Uso de medicamentos	25	19.8	47	37.3	72	57.1
Tensión arterial elevada	9	7.1	2	1.6	11	8.8
Alteración de la cavidad bucal	4	3.2	2	1.6	6	4.8
Malnutrición por exceso	22	17.5	29	23	51	40.4
Malnutrición por defecto	3	2.4	2	1.6	5	3.9
Síndrome anémico	0	0	3	2.4	3	2.4
Hiperlipidemia	1	0.8	0	0	1	0.8
Enfermedad herniaria	1	0.8	0	0	1	0.8

**Tabla No. 7 Distribución de la población según los problemas sociales detectados. N=126.**

Problemas Sociales	Masculino		Femenino		Total	
	NO	%	No	%	No	%
Apoyo social inadecuado	4	3.2	3	2.4	7	5.6
Apoyo familiar inadecuado	5	3.9	5	3.9	10	7.9
Problemas económicos	27	21.4	44	29.9	71	56.4
Problemas de vivienda	6	4.8	6	4.8	12	9.5

**TABLA No. 8: Problemas psicológicos detectados según sexo.**

Problemas Psicológicos	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Trastornos cognoscitivos	3	2	14	11	17	13
Alteraciones emocionales	4	3	18	14	22	17
Trastornos del sueño	5	4	27	21	32	25
Insatisfacción social	14	11	2	1.5	16	12.8

**TABLA No 9: Estado funcional según EGEF.**

Estado funcional	1		2		3		4		5	
	No	%	No	%	No	%	No.	%	No	%
Movilidad	1	0.8	2	1.6	6	3.9	26	20.6	92	73
Equilibrio	0	0	0	0	0	0	18	14.3	108	85.7
Visión	1	0.8	1	0.8	1	0.8	82	65	41	32.5
Audición	0	0	0	0	1	0.8	19	15	106	84
Sueño	0	0	1	0.8	8	6.35	23	18.3	94	74.6
Estado emocional	0	0	0	0	1	0.8	21	16.7	104	82.5
Memoria	0	0	0	0	1	0.8	16	12.7	109	86.5
Apoyo familiar	0	0	0	0	1	0.8	9	7.14	116	92
Apoyo social	0	0	0	0	0	0	7	5.6	119	94.4
Situación económica	0	0	1	0.8	3	2.4	67	53.1	55	43.6
Estado funcional global	0	0	4	3.1	2	1.6	8	6.3	112	88.9
Uso de medicamentos	0	0	0	0	12	9.5	60	47.6	54	42.9
Continencia	0	0	0	0	2	1.6	12	9.5	112	88.9

**Tabla No 10. Riesgo de fragilidad según escala geriátrica de evaluación.**

Grupo de Edades	Con riesgo		Sin riesgo		Total
	No.	%	No	%	
60069	5	10.7	42	89.3	47
70079	4	9.5	38	90.4	42
80089	24	85.7	4	14.3	28
90 ó más	8	88.9	1	11.1	9
total	41	32.5	85	67	126