

Comportamiento del programa de atención al adulto mayor en la policlínica “Belkis Sotomayor Alvarez”. Enero 199801999.

Behaviour of the Attention Program for the elderly at the “Bekis Sotomayor “ Polyclinic, January 199801999.

Aramis Paz Reyes (1), María del Rosario Hernández Fabelo (2), Reinel Antonio Pardo Machado (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con el objetivo de conocer el comportamiento del Programa de Atención al Adulto Mayor en el área del Belkis, durante el año 1998. Los datos fueron recogidos a través de las Historias Clínicas, Departamento de Estadística y Asistencia Social y se expresaron en tablas de frecuencia y unidades de por ciento; obteniéndose como resultado que el área cuenta con una población de Adulto Mayor de 3 134 pacientes y un índice de envejecimiento de 13.5%, evaluados por EMAG 306 pacientes para un 9.7%. El 51.6% de los pacientes evaluados correspondieron al nivel III; las causas principales de muerte estuvieron representadas por las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares. La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica más frecuente seguida de la cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus. Los servicios que mayormente se ofrecieron fueron la realización de prótesis dental, la corrección oftalmológica y la vinculación a comedor obrero.

Palabras claves: EMAG, ADULTO MAYOR.

- (1) Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral
- (2) Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructora
- (3) Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Verticalizado en Terapia Intensiva.

INTRODUCCION

Si nos atenemos a la etimología de la palabra senectud, como también se le llama a la ancianidad, tenemos que convenir diciendo que se le debe aplicar a todo ser que ha cumplido 60 años y más de existencia (SENECTUD en latín, quiere decir eso), el problema de la ancianidad no reside en una definición, pues no es sólo la edad lo que la define, es por ello que se ha determinado a estas edades llamarlas Adulto Mayor (1).

La senectud puede representar una edad para vivirla, el envejecimiento creciente de la población pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para la transición hacia un mundo mejor, en que la longevidad sea la norma y se realice normalmente sin sacudidas (2).

En la actualidad la ancianidad constituye un serio problema de salud mundial, de manera especial en los países desarrollados que van emergiendo del subdesarrollo, en los súper explotados del tercer mundo esto no existe, sencillamente porque sus habitantes no llegan a ser viejos; el promedio de vida puede ser tan bajo como en Haití, Bolivia y muchas naciones africanas, que van desde 30 hasta 45 años (3). En Etiopía el apoyo y cuidado de las personas mayores han sido considerados tradicionalmente como la responsabilidad de

la familia extendida de la persona mayor; pero ahora se hace cada vez más claro que la estructura de la familia extendida está bajo tensión por los efectos de la guerra, la sequía, la migración económica, el SIDA y otras fuerzas destructivas. Cada vez un mayor número de personas enfrentan la vejez sin el apoyo de miembros de la familia y sin mecanismos de apoyo alternativos (4). Sin embargo, la Comunidad Económica Europea se ha trazado una política social y económica para la población anciana, basada en el mantenimiento de la seguridad económica durante la vejez y la conservación de la solidaridad intergeneracional, combatiendo la exclusión social creada por la discriminación al anciano y permitiéndoles a las personas más viejas que participen en la sociedad como ciudadanos íntegros (5).

El envejecimiento de la población americana ha llevado a muchas organizaciones al incremento y formación de geriatras clínicos, que ejercen la práctica médica basados fundamentalmente en la relación médico 0 paciente, profundizando en la falta de atención a los problemas contextuales de los cuidados de salud en adultos más viejos (6), (7). La Escuela Médica de Minnesota, en Estados Unidos, ha llevado a cabo la aplicación de un proyecto denominado EverCare, el cual representa un acercamiento creativo dirigido a proporcionar servicios médicos a los pacientes de edad avanzada, donde se les brinda alimentación en sus casas y cuidados más intensivos proporcionados por personal de enfermería, todo esto se realiza con el objetivo de disminuir los servicios de atención hospitalaria (8).

En nuestro país, en 1959 había casi 400 000 personas de 60 años o más (6.7 % de la población total) y en 1985 este grupo alcanzaba un total de 1 151 140 personas (11.3%) y los estimados para este año 2000 son aproximadamente 1 600 000 (14%), por lo que se hace evidente un aumento creciente en la esperanza de vida, en dependencia de la satisfacción de las necesidades psicológicas y de salud a lo largo de este tiempo (9).

El envejecimiento comienza con la vida misma, es parte de ella y con ella termina; tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados no se ha dado mucha atención al tema del envejecimiento, ni por los gobiernos ni por la población en general. En particular, en los países en desarrollo, el principal problema poblacional ha sido reducir la mortalidad infantil y al mismo tiempo incrementar la esperanza de vida.

Actualmente con los éxitos logrados en el área, nuestras sociedades deben enfrentarse con poblaciones que están envejeciendo (10); de aquí la importancia a tener en cuenta al adulto mayor como un individuo, por lo que se hace necesario el estudio de este y la constante preocupación del Estado cubano por mejorar la calidad y expectativa de vida de esta población, creándose para ello el equipo multidisciplinario de atención geriátrica (EMAG) y el Programa de Atención al Adulto Mayor.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el período comprendido entre enero de 1998 y enero de 1999, utilizándose la población mayor de 60 años, de la Policlínica Belkis Sotomayor de la provincia de Ciego de Ávila, estimada en 3 134 habitantes, particularizando en algunos aspectos con el total de 306 pacientes atendidos por el EMAG, consulta que se efectuó con una frecuencia de ocho horas semanales, previa programación por cada consultorio hecha por el equipo de atención al adulto mayor, los pacientes fueron llevados a consulta por el médico y la enfermera de la familia, los cuales aportaron los datos necesarios dados por el conocimiento que estos poseen sobre la población: Después de haber sido interrogado y examinado, cada miembro del equipo plasmó en la historia clínica el criterio de evaluación correspondiente según el EMAG; posteriormente se realizó una

evaluación integral por el grupo que es la que se plasma en la hoja de cargo y en la historia clínica. Se recogió por parte de la trabajadora social la necesidad de servicios de asistencia social, se le sugiere al abuelo y gestiona la vinculación a Hogares de Ancianos, Casas de Abuelos u otras organizaciones si lo requieren. En los pacientes evaluados, se tuvieron en cuenta las enfermedades crónicas.

Nos dirigimos al departamento de estadísticas y de asistencia social para conocer la población total de adulto mayor y los ancianos solos del área del Belkis y las principales causas de muerte en el adulto mayor. Se determinó el índice de envejecimiento. Los datos se reflejaron en tablas de frecuencias, utilizándose el por ciento como medida de resumen.

Para una mejor organización de la asistencia social, la población mayor de 60 años está dividida en grupos de edades: la tercera edad de 60 a 69, la cuarta edad de 70 a 79, los longevos de 80 a 99 y 100 años y más los centenarios (11), (12).

Se le dio a conocer al médico y la enfermera de la familia la necesidad de interconsultas del anciano con otras especialidades y se orientó la posterior conducta con este en el área. En el caso de los ancianos que no deambulaban fueron visitados en su domicilio.

La constitución de este equipo multidisciplinario fue explicada anteriormente y la clasificación de cada esfera es la siguiente:

Esfera Psicométrica:

Nivel III: No presenta alteraciones de la esfera psicoafectiva.

Nivel II: Alteraciones psicoafectivas que lo limitan en sus funciones.

Nivel I: Alteraciones psicoafectivas y/o deterioro cognoscitivo que lo mantiene discapacitado psíquicamente.

Evaluación Social:

Nivel III: Se caracteriza por pacientes con buen funcionamiento familiar y social.

Nivel II: Pacientes con alteraciones del funcionamiento familiar y social.

Nivel I: Severa disfunción familiar y social, o abuelos que viven en Hogares de Ancianos.

Evaluación Biomédica:

Nivel III: Pacientes sin enfermedades crónicas, sin o con problemas detectables que no repercuten en sus funciones.

Nivel II: Pacientes sin enfermedades crónicas y con problemas que lo limiten o pudieran repercutir en las actividades de la vida diaria, o con enfermedades crónicas compensadas que lo limiten o puedan repercutir en las actividades de la vida diaria.

Nivel I: Pacientes con enfermedades en estadio terminal, inestable medicamentosamente o portadores de problemas que lo mantengan incapacitados al menos por un año.

Clasificación Integral del EMAG:

Nivel III: Ancianos que presentan afectación o limitación de una o dos esferas sin afectación de sus funciones.

Nivel II: Ancianos que presentan afectación de dos esferas, con limitación de sus funciones.

Nivel I: Ancianos que presentan afectación de la esfera psíquica, biomédica y social.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la **tabla #1**, apreciamos que nuestra área tiene una población total estimada en 23 203 habitantes, con un índice de envejecimiento de 13.5, por lo que se considera que nuestra población se encuentra envejecida. Se expresa, además, la relación entre la población de adulto mayor de la Policlínica Belkis Sotomayor y el total de pacientes atendidos por el EMAG, donde de un total de 3 134 mayores de 60 años fueron vistos 306, lo cual representa el 9.7% de la población del Adulto Mayor.

En la **tabla #2** puede apreciarse que el total de pacientes atendidos, el 6.8% correspondió al nivel I, donde se afectan las tres esferas (psíquicas, biomédicas y social); el nivel II estuvo representado por 127 pacientes (41,5%) donde existía afectación en dos esferas. En Nivel III, caracterizado por ser el más representado con un total de 158 pacientes (51.6%) lo que demuestra que el mayor porcentaje de la población evaluada tenía una buena expectativa en la calidad de vida.

En la **tabla #3** podemos observar que de 306 pacientes atendidos por el EMAG, el 61.4% correspondió al sexo femenino, representando el masculino el 38.5%. El grupo de edades con mayor asistencia fue el comprendido entre 60 y 69 años para uno y otro sexos, que representa el 44.4%, comportándose en orden decreciente los demás grupos de edades. No fue valorado ningún paciente mayor de 100 años.

En la **tabla #4** y en correspondencia con el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en nuestro país, las que con más frecuencia padece nuestra población geriátrica son: la hipertensión arterial representada por un 19.2% de la población estudiada, la cardiopatía isquémica 10.7%, la diabetes mellitus 9.1 correspondiéndose esto de forma similar con estudios realizados por el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas en Estados Unidos durante el período 1995-1996. (13). La demencia sola ocupó el 1.3%, correspondiéndose con estudios realizados en los Estados Unidos donde siempre esta enfermedad ha tenido una baja incidencia, sin embargo, un estudio realizado por Tintorero, arrojó como resultado un predominio alto de la demencia en ancianos, constituyendo este el primer estudio que resalta cifras elevadas de la demencia (14).

En la **tabla #5** se expresa las necesidades de los servicios de asistencia social y las soluciones a estos servicios donde de 23 ancianos que necesitaban de corrección oftalmológica, se le brindó este servicio a todos para un 100%, esto no se corresponde con estudios realizados por el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas en los Estados Unidos, donde el deterioro de la visión se presentó en 55 pacientes y pensamos que no se corresponde debido a que el estudio se realizó en un período de tiempo más largo (1993 – 1997) y nuestro trabajo se hizo en el período de un año (15).

Existían un total de 58 pacientes con necesidad de prótesis dental, y de acuerdo con la disponibilidad de los recursos se realizaron 41 prótesis, lo que representa el 70.6%.

Aunque las solicitudes para la vinculación a comedores obreros fueron de un total de 20 pacientes, se logró la vinculación a 10 ancianos, que representa el 50%. En cuanto a la vinculación a Hogar de Ancianos, solamente se incorporaron tres abuelos (20%) y no se logró una mayor incorporación debido a que en este período dicha institución se encontraba en reparación, por lo que estos pacientes se distribuyeron en Hogares de Ancianos de otros municipios. Fueron vinculados 4 pacientes a Casas de Abuelos para un 33.3%

En la **tabla #6** refleja las principales causas de muerte donde las enfermedades del corazón con un 25.8%, seguidas de los tumores malignos con un 15.8% y las enfermedades cerebrovasculares con un 9.1% de los pacientes; esto se corresponde con estudios

realizados en los Estados Unidos acerca de la mortalidad en el adulto mayor durante el período 1995-1996 (13). Es de señalar que de los 31 fallecidos por enfermedades del corazón, 14 murieron por IMA, existiendo un predominio del sexo femenino.

CONCLUSIONES

- La población del adulto mayor del área del Belkis es de 3 134 pacientes con un índice de envejecimiento de 13.5%.
- Fueron atendidos por el EMAG 306 pacientes (9.7%) de la población adulto mayor, el grupo de edad de mayor asistencia fue entre 60 y 69 años, predominando el sexo femenino.
- El 51.6% de los pacientes atendidos pertenecieron al nivel III de la clasificación integral con un total de 158 pacientes.
- Las enfermedades crónicas que más frecuentemente padecen los pacientes atendidos fueron la hipertensión arterial (19.2%), la cardiopatía isquémica (10.7%) y la diabetes mellitus (9.1%).
- Están vinculados a Círculos de Abuelos el 70.9% de los pacientes atendidos por el EMAG, representados por el sexo femenino (51.9%).
- Los servicios que mayormente se prestaron a través del EMAG fueron la realización de prótesis dental, corrección oftalmológica, y la vinculación a comedor obrero.
- El 2.9% de los ancianos solos fueron evaluados por el EMAG.
- Las enfermedades del corazón fueron las principales causas de muerte (25.8%), seguidas de los tumores malignos (15.8%) y las enfermedades cerebrovasculares (9.8%).

RECOMENDACIONES

- Incrementar la vinculación de las organizaciones políticas y de masas con el EMAG, para de esta forma brindar una mejor atención al anciano.

ABSTRACT

A descriptive-observational study was done with the objective of knowing the behaviour of the attention program for the elderly in the area of "Belkys Sotomayor" Polyclinic during the year 1998. The data were collected through the medical records statistics department and social assistance and were expressed in frequency charts and percent units, obtaining as a result that the area has an elderly population of 3134 patients and an aging index of 13.5%, evaluated by means of EMAG 306 patients for a 9.7%. The 51.6% of the evaluated patients correspond to the III level; the main death causes were represented by heart diseases, malignant tumors and brain injuries. The high blood pressure was the most frequent chronic disease followed by ischaemic heart disease and diabetes mellitus. The services mostly used were dental prosthesis, ophthalmic correction and dining room.

Key words: AGING

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Un mundo que envejece. Datos y cifras. El Correo de la UNESCO 1982; 35(10):20.
- 2- García Rodríguez CM. Aspectos psicosociales a considerar por el Médico de la Familia en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integral 1991;7(3):2710275.
- 3- Rigol Ricardo O, Pérez Carballa F, Perea Corral J, Fernández Sacasa J, Fernández Mirabal JE. Medicina General Integral t 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985.
- 4- O'Donoghue G. Construyendo una red. Horizontes 1999; 49(9):25026.
- 5- Walker A. Ageing in Europe 0 challenges and consequences. Gerontol Geriatr 1999 Dec; 32(6):39007.
- 6- Core competencies for the care of older patients: recomendations of the American Geriatrics Society. The Education Committee Writing Group of the American Geriatrics Society. Acad Med 2000 Mar; 75(3):25205.
- 7- Waitzkin H, Cook MA. Managed care and the geriatric patient0physician relationship. Clin Geriatr Med 2000 Feb; 16(1):133051.
- 8- Kane RL, Huck S. The implementation of the Ever Care Demostration Project. J Am Geriatr Soc 2000 Feb; 48(2):218023.
- 9- Vergara Fabian E, Fernández Sacasa J, Morales Cateyud F, Cabaña Dávila LA. Influencia del círculo de abuelos sobre la salud. Estudio comparativo entre un grupo de integrantes y un grupo control. Rev Cubana Med Gen Integral 1994; 10(4):3210325.
- 10- Jeffrey J. ¿Qué son los consejos nacionales? Rev Horizontes 1999; 48(4): 17018.
- 11- Hoffman N. Dieta en ancianos. Necesidades y riesgos. Rev Cubana Med Gen Integral 1994; 2(10):1380149.
- 12- Delgado Fernández Y, Sánchez Naranjo D, Torres Díaz H, González Rodríguez JF. Valoración morfológica de pacientes en edades geriátricas por el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integral 1993; 2(9):1100114.
- 13- Desai MM, Zhang P, Hennessy CH. Surveillance for morbidity and mortality among older adult United States, 199501996. Mor Mortal Wkly Rep CDC Surveill Summ 1999 Dec 17; 48(8):7025.
- 14- Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. J Am Geriatr Soc 2000 Feb; 48(2):20508.
- 15- Campbell VA, Crews JE, Moriarty DG, Zack MM, Blackman DK. Surveillance for sensory impairment, activity limitation, and health0related quality of life among older adults. United States, 199301997. Mor Mortal Wkly Rep CDC Surveill Summ 1999 Dec 17; 48(8):131056.

ANEXOS

Tabla No 1. Población total de la Policlínica Belkis Sotomayor en relación con la Población de Adulto Mayor y su índice de envejecimiento.

Población total del Área Belkis	Población total de Adulto Mayor	Población atendida por el EMAG	%	Índice De Envejecimiento
23 203	3 134	306	9.7	13.5

Fuente: Departamento de Estadísticas.

Tabla #2. Distribución de los pacientes atendidos por el EMAG según niveles.

Pacientes atendidos	Nivel I		Nivel II		Nivel III	
		%		%		%
306	21	6.8	127	41.5	158	51.6

Fuente: Departamento de Estadísticas.

Tabla #3. Población de Adulto Mayor del área del Belkis atendidos por el EMAG. Distribución por sexos y grupos de edades. Año 1998.

Grupos de Edades (años)	Femeninos		Mascullinos		Total	%
	No	%	No	%		
60 – 69	77	25.1	59	19.2	136	44.4
70 – 79	62	20.2	36	11.7	98	32.0
80 – 89	45	14.7	23	7.5	68	22.2
90 – 99	4	1.3	0	0	4	1.3
Total	188	61.4	118	38.5	306	100.0

Fuente: Departamento de Estadísticas.

Tabla #4. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes atendidos por el EMAG.

Afecciones crónicas	No	%
Hipertensión arterial	59	19.2
Cardiopatía isquémica	33	10.7
Diabetes mellitus	28	9.1
EPOC	21	6.8
Artrosis generalizada	20	6.5
Asma bronquial	15	4.9
Enfermedad cerebrovascular	6	1.9
Epilepsia	6	1.9
Demencia	4	1.3
Total	192	62.7

Fuente: Departamento de Estadísticas.

Tabla #5 Servicios de Asistencia Social proporcionados a través del EMAG.

Servicios de Asistencia Social	Necesidad	Solución	%
Corrección oftalmológica.	23	23	100.0
Realización de prótesis dental	58	41	70.6
Vinculación a comedor obrero	20	10	50.0
Servicios de reparación de equipos	10	3	30.0
Vinculación a casas de abuelos	12	4	33.3
Asistencia social monetaria y medicamentos	12	4	33.3
Vinculación a Hogar de Ancianos	15	3	20.0
Servicio de limpieza a domicilios	6	2	33.3

Fuente: Departamento de Asistencia Social.

Tabla #6. Principales causas de muerte de los pacientes mayores de 60 años en el área del Belkis. En el período comprendido 1998 0 1999.

Causas de Muerte	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
<i>Enf. corazón (IMA)</i>	8 (3)	6.6	23 (11)	19.1	31(14)	25.8
<i>Tumores malignos</i>	11	9.1	8	6.6	19	15.8
<i>AVE</i>	7	5.8	4	3.3	11	9.1
<i>Bronconeumonías</i>	5	4.1	4	3.3	9	7.5
<i>Fractura de cadera</i>	4	3.3	5	4.1	9	7.5
<i>Accidentes</i>	3	2.5	5	4.1	8	6.6
<i>Diabetes mellitus</i>	4	3.3	0	0	4	3.3
<i>EDA</i>	3	2.5	0	0	3	2.5
<i>Tuberculosis</i>	1	0.8	0	0	1	0.8
<i>Otras causas</i>	13	10.8	12	10.0	25	20.8
<i>Total de fallecidos mayores de 60 años</i>	59	49.1	61	50.5	120	100.0

Fuente: Departamento de Estadísticas.