

CONSIDERACIONES ACERCA DEL PACIENTE GERIÁTRICO

Manolo Gómez Juanola,¹ Mario Jesús Machín Díaz,² Kenia Roque Acanda² y Guillermo Hernández Medina³

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con el objetivo de conocer algunos aspectos del paciente geriátrico en 3 consultorios del municipio Mantua, en el período comprendido desde julio de 1998 hasta junio de 1999. El universo estuvo conformado por los 3065 ancianos del territorio, y la muestra la integraron los 271 gerontes de dichos consultorios. Prevalcieron las edades entre los 60-79 años y el sexo masculino. El café y el tabaquismo fueron los hábitos tóxicos más frecuentes, se corroboró una alta prevalencia de hipertensión arterial en los seniles (41,69 %), prevaleció el grado I de validismo y el ítem 5 en la aplicación de la escala geriátrica de evaluación funcional.

DeCS: CONSULTORIOS MEDICOS; ANCIANO; ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION; SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA; INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD.

Ningún ser humano tiene deseo real de envejecer. Tampoco hay ningún ser racional capaz de contemplar con ecuanimidad la decadencia gradual de su eficiencia física, y nadie puede permanecer impasible ante el deterioro progresivo de su apariencia física, mientras la naturaleza graba en ella las crudas marcas de la edad.¹

El envejecimiento poblacional es un fenómeno al que todos los países prestan atención, aunque con enfoques diferentes. En las últimas décadas la población cubana está evolucionando aceleradamente hacia la senilidad. El desarrollo, en especial en la educación y la salud, el pleno empleo y la

incorporación mayoritaria de la población femenina al trabajo remunerado y a la vida social del país, como consecuencia de los profundos cambios políticos, económicos y sociales generados por el proceso revolucionario a partir de 1959, son el origen del acentuado descenso en la fecundidad y la mortalidad en la población cubana.²

El estudio de la problemática del anciano constituye un elemento de primordial importancia y aparece como factor decisivo en las investigaciones médicas. Mediante los estudios de morbilidad se mide y se valora el nivel de salud alcanzado por la colectividad, lo cual permite optimizar la pla-

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

³ Especialista de I Grado en Pediatría.

nificación de la prestación de los servicios, la docencia y el desarrollo científicotécnico.³ Motivados por lo antes expuesto, realizamos el presente trabajo para profundizar en el conocimiento de algunas particularidades del paciente de la tercera edad en nuestra comunidad.

Métodos

Con el objetivo de estudiar algunos aspectos del paciente geriátrico, se realizó un estudio longitudinal, descriptivo y retrospectivo en 3 consultorios del municipio Mantua, en el período comprendido entre los meses de julio de 1998 hasta junio de 1999. El universo estuvo constituido por los 3 065 ancianos del territorio, y la muestra la conformaron los 271 gerontes de dichos consultorios, a los que les fue aplicado el test de Hasegawa para determinar el estado mental, y obtuvieron puntuación normal la totalidad de ellos.

Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, los hábitos tóxicos, los antecedentes patológicos personales, el grado de validismo y la evaluación geriátrica funcional. Sometimos los datos al cálculo porcentual y fueron expresados de forma descriptiva.

Resultados

Las características generales (edad y sexo) de nuestros pacientes se muestran en la tabla 1, observándose que la edad media de presentación fue de 70,3 años, con una mínima de 60 y una máxima de 97. Se evidencia además que la mayor concentración de casos, para ambos sexos, correspondió a las séptima y octava décadas, y en los 271 gerontes hubo predominio del sexo masculino (58,30 % vs 41,70 %), con una relación de 1,3:1.

En la figura 1 se representan los hábitos tóxicos en los seniles, apreciándose que sólo 47 casos (17,34 %) no practicaban ninguno de estos flagelos de la salud. Se

TABLA 1. Consideraciones del paciente geriátrico según edad y sexo

Grupos de edades (en años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
60-64	54	34,18	42	37,17	96	35,42
65-69	32	20,25	21	18,59	53	19,56
70-74	29	18,35	13	11,50	42	15,50
75-79	22	13,92	17	15,04	39	14,39
80-84	11	6,97	13	11,50	24	8,86
85-89	6	3,80	3	2,66	9	3,32
+ 90	4	2,53	4	3,54	8	2,95
Total	158	100	113	100	271	100
		58,30		41,70		100
Edad mínima: 60	Edad media: 70,3		Edad máxima: 97			

Fuente: Encuesta.

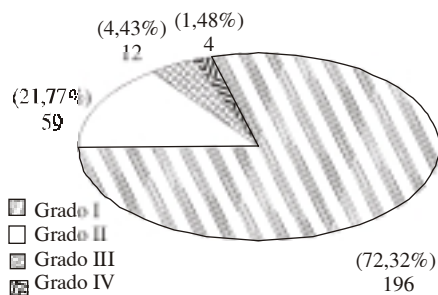


FIG1 Consideraciones del paciente geriátrico según hábitos tóxicos.

observa, además, que el 78,22 % eran tomadores habituales de café, y que el 45,01 % practicaban el tabaquismo.

En la tabla 2 se plasman los antecedentes patológicos personales, que a su vez reflejan las enfermedades actuales de los ancianos, patentizándose que la hipertensión arterial fue lo más común (41,69 %), seguida de los trastornos circulatorios (arteriales y/o venosos) y las enfermedades del SOMA, con 40,59 y 12,17 % respectivamente.

TABLA 2. Consideraciones del paciente geriátrico según antecedentes patológicos personales

Antecedentes patológicos personales	n	%
Hipertensión arterial	113	41,69
Trastornos circulatorios	110	40,60
Enfermedades del SOMA	33	12,17
Cardiopatía isquémica	32	11,80
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	22	8,11
Diabetes mellitus	22	8,11
Accidente vascular encefálico	7	2,11
Demencias	5	1,84
Neoplasias	4	1,74
Úlcera péptica	3	1,10
Insuficiencia renal crónica	1	0,37

Fuente: Encuesta.

El grado de validismo queda representado en la figura 2, demostrándose que el mayor número de casos (n=196), que representan el 72,32 % se encuentran dispensarizados en el grado I, seguido de los grados II y III.

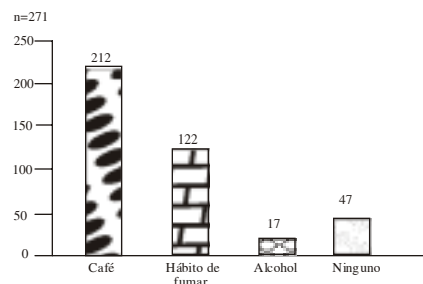


FIG. 2. Consideraciones del paciente geriátrico según grado de validismo.

La escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF-CITED/1997) es reflejada en la tabla 3, en la que se aprecia que el mayor porcentaje de casos se encuentra en el ítem 5, lo cual presupone menor riesgo de discapacidades. Solo presentamos comportamiento diferente en las esferas relacionadas con el uso de medicamentos y con la situación económica, en los que el mayor número recayó en el ítem 4.

Discusión

La población geriátrica nacional e internacional se caracteriza por un mayor número de representantes del sexo femenino y por la disminución de esta a medida que avanza la edad y se sobrepasa la expectativa de vida, que en Cuba es de 75 años.⁴ Otros autores igualmente han reportado predominio del sexo femenino, explicado sobre la base de la mayor preocupación de la mujer por su salud y por la protección

TABLA 3. Consideraciones del paciente geriátrico según evaluación geriátrica funcional

	Í 5		T 4		E 3		M 2		S 1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Continencia	238	87,83	25	9,22	6	2,20	-	-	2	0,73
Movilidad	172	63,47	65	23,99	30	11,08	2	0,73	2	0,73
Equilibrio	162	59,78	91	33,58	15	5,53	1	0,37	2	0,73
Visión	126	46,50	113	41,70	31	11,43	1	0,37	-	-
Audición	158	58,30	99	36,54	11	4,06	3	1,10	-	-
Uso de medicamentos	65	25,10	156	57,57	46	16,98	1	0,37	-	-
Sueño	120	44,29	115	42,43	33	12,18	3	1,10	-	-
Estado emocional	155	57,20	95	35,05	19	7,01	1	0,37	1	0,37
Memoria	174	64,20	73	26,93	20	7,40	1	0,37	3	1,10
Apoyo familiar	224	82,66	38	14,02	7	2,59	-	-	2	0,73
Apoyo social	244	90,03	23	8,50	2	0,73	1	0,37	1	0,37
Situación económica	92	33,94	107	39,49	60	22,14	5	1,84	7	2,59
Estado funcional global	154	56,82	94	34,69	16	5,90	3	1,10	4	1,49

Fuente: Encuesta.

estrogénica.³ En nuestra casuística se registraron más hombres que mujeres, fenómeno explicable quizás por la estructura de la muestra estudiada.

La hipertensión arterial en el anciano se ha convertido hoy en un importante problema de salud en los países desarrollados con una muy alta prevalencia (al menos 40 % según criterios OMS, y entre el 60 y 80 % según criterios del JNC-VI), y es además, el principal factor de riesgo de morbimortalidad cardiovascular en la tercera edad.^{5,6} Los datos del *Framingham Heart Study* han demostrado que la presión sistólica aumenta y la diastólica disminuye, después de los 60 años de edad.^{6,7} Entre los factores que influyen en las diferentes prevalencias se encuentran los criterios de hipertensión arterial utilizados, el número de mediciones efectuadas y también a fenómenos como la pseudohipertensión, entre otros.⁸

La posibilidad de que existan ancianos sanos ha suscitado amplios debates en la

actualidad, pues los cambios que acompañan al proceso de envejecimiento provocan insuficiencias funcionales en los ancianos. Esto entorpece como es natural el desenvolvimiento físico y social, lo que hace difícil hablar de "ausencia de enfermedad" o "pleno bienestar", por lo que la salud en los seniles se valora como la capacidad de atenderse a sí mismos y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad.¹ El hecho de existir en nuestro trabajo un elevado porcentaje para el grado I de validismo, habla a favor de una mayor autonomía en la tercera edad.

En nuestro trabajo obtuvimos los mayores registros en el ítem 5, excepto en las esferas relacionadas con el uso de medicamentos y la situación económica. Referente a la medicación, se plantea que la automedicación es más frecuente en la mujer que en el hombre, y son sus principales causas las enfermedades somáticas y los trastornos del sueño, y este fenómeno viene

dado por la trasmisión de la información de los efectos farmacológicos de las sustancias y las características propias de la población, máxime en la edad senil.¹⁰

Podemos concluir planteando que la evaluación geriátrica funcional se ha convertido en la piedra angular del trabajo de la

geriátrica, y constituye un instrumento para el reconocimiento precoz de las alteraciones en las funciones vitales, evitar discapacidades y prolongar la vida activa del geronte, así como contribuir a la identificación del anciano frágil.

SUMMARY: A retrospective longitudinal and descriptive study aimed at finding some aspects of the elderly patient in three physician's offices in Mantua municipality, was carried out from July 1998 to June 1999. The universe of study was composed by 3 065 aged persons in the territory and the sample was made up of 271 seen at these physician's offices. Male sex and 60-79 y age group prevailed. Coffee consumption and smoking were the most frequent toxic habits. The high incidence of blood hypertension was confirmed (41.69%); self-care grade I and item 5 in the implementation of the geriatric scale of functional evaluation predominated.

Subject headings: **PHYSICIAN'S OFFICE; AGED; DEMOGRAPHIC AGING; COMMUNITY HEALTH SERVICES; INDICATORS OF MORBIDITY AND MORTALITY.**

Referencias bibliográficas

1. Senado Dumoy J. Los factores de riesgo en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(4):453-60.
2. Rojas Ochoa F. Editorial. *Rev Cubana Salud Pública* 1993;19(2):77-9.
3. Reyes Tornés R, Cand Huerta CM. Morbilidad y mortalidad geriátrica en medicina interna. *Rev Cubana Med* 1996;35(2):99-105.
4. González Sánchez RL, Fernández Torrente E, Rodríguez Sánchez R, Romero Guardes M. Características biopsicosociales de los ancianos de dos consultorios del Policlínico California. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(1):38-42.
5. Guillén Llera F. Hipertensión en el anciano. En: Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. Factores de riesgo en la patología geriátrica. 1 era. ed. Madrid: Editores Médicos, 1996; vol 12:31-47.
6. Cordiés Jackson J, Vazqu ez Vigoa A, Cordi es Jackson MT. Hipertensión arterial en el anciano. *Acta Med* 1997;7(1):133-43.
7. Norman Kaplan M, Burton Rose D. Tratamiento de la hipertensión en el anciano. *Rev Cubana Med* 1999;38(2):143-8.
8. Barrizonte Meneses F, Manzo Fern andez R, Corona Martínez LA. Hipertensión arterial en el anciano: Aspectos clínico-epidemiológicos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(2):133-8.
9. Vega García E. Comentario al artículo: La evaluación geriátrica exhaustiva. *Rev Cubana Salud Pública* 1993;19(2):102-3.
10. Santalla Vasallo O, Bembibre Taboada R, García N n ez R, González Avalos E. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(4):316-9.

Recibido: 9 de mayo de 2001. Aprobado: 12 de octubre de 2001.

Dr. Manolo Gómez Juanola. Calle F # 24 entre 4ta y Norte, Reparto Celso Maragoto, Pinar del Río, Cuba.