

Salud funcional y enfermedades generales asociadas en ancianos

Functional health and general diseases associated with the aged

Madelén García Otero¹, Marién García Otero², Rafael García Portela³, Liliana Taño Lazo⁴.

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Ciencias. Instructora. Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga", Pinar del Río.

²Especialista de Primero y Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Ciencias. Instructora. Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga", Pinar del Río.

³Profesor de Mérito. Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Consultante. Hospital General Docente "Abel Santamaría", Pinar del Río.

⁴Especialista Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Ciencias. Instructora. Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga", Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con el objetivo de caracterizar la salud funcional de los ancianos residentes en el área del Consultorio 10 del Policlínico "Pedro Borrás Astorga" de la ciudad de Pinar del Río, así como su relación con las enfermedades generales seleccionadas en los meses de enero a julio de 2008. Se aplicó una encuesta voluntaria y anónima a 180 ancianos, que recogió las variables sexo, enfermedades generales asociadas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica y osteoartritis. Para caracterizar su salud funcional se aplicaron los índices de Katz de independencia en las actividades básicas de la vida diaria y de Lawton-Brody de independencia en las actividades

instrumentadas de la vida diaria. Existió un predominio de ancianos del sexo femenino. No hubo asociación entre el sexo y la clasificación en dependencia e independencia. Las enfermedades generales estudiadas en la población general de ancianos mostraron una elevada prevalencia de la hipertensión arterial, sobre todo en los discapacitados. La prevalencia de osteoartritis prácticamente se cuadruplicó en ancianos dependientes. En el análisis de todas las enfermedades en los dos grupos de ancianos teniendo el sexo como variable de confusión, se encontró que sólo en la osteoartritis actuaba como el tipo de variable analizada. Se recomendó incrementar las acciones preventivas, educativas y de control en busca de cambios favorables en hábitos y estilos de vida en los ancianos estudiados, dada la alta frecuencia de hipertensión arterial.

Palabras clave: ANCIANO, DIABETES MELLITUS, ESTILO DE VIDA, HIPERTENSIÓN, OSTEOARTRITIS.

ABSTRACT

An observation, descriptive and cross-sectional research was conducted from January to July 2008 aimed at characterizing functional health and its association with certain general diseases of the aged living in the area of No-10 Medical Office belonging to "Pedro Borrás Astorga" teaching outpatient clinic in Pinar del Río city. A volunteer and anonymous survey was applied to 108 aged, collecting the variable of sex and associated general diseases: hypertension, diabetes mellitus, ischemic heart disease and osteoarthritis. To characterize functional health the rates of Katz and Lawton-Brody concerning the independence of instrumented everyday activities were used. Female sex prevailed. Disabled and able aged that presented Hypertension and osteoarthritis exceeded four times in disabled. Increasing preventive, educative and control measures to achieve favorable lifestyle changes in patients that participated in the study, due to the high frequency of hypertension.

Key words: AGED, DIABETES MELLITUS, LIFE STYLE, HYPERTENSION, OSTEOARTHRITIS.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y el medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.¹

Se ha afirmado que el siglo XX ha sido el del crecimiento de la población y que el XXI será el del envejecimiento de la misma, dicho proceso ya ha comenzado.²

Este fenómeno de envejecimiento poblacional obliga a tomar conductas en aras de mejorar la calidad de vida del adulto mayor, la cual se ve afectada por trastornos depresivos secundarios a las alteraciones de la capacidad funcional.^{1, 3}

Ante esta realidad emergió la necesidad de crear nuevas metodologías para el manejo integral de los pacientes ancianos, surgiendo en los años cincuenta del pasado siglo los primeros instrumentos de evaluación geriátrica, a las cuales se han ido sumando otros y perfeccionando los ya existentes; de modo tal que en la actualidad se emplean una gran variedad de ellos entre los que se encuentran el Índice de Barthel, el Índice de Katz de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), de Lawton- Brody de actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVB), la Escala de Yesavage, Mini examen del Estado Mental, OARS y Tinetti, los cuales sirven para evaluar el funcionamiento cognitivo, actividades de la vida diaria, estado afectivo, estado socio económico, movilidad y equilibrio, entre otros.^{4,7}

Se hace necesaria una caracterización de la salud funcional de los ancianos cubanos y pinareños, que puede aplicarse a cualquier nivel de salud, y que permite enfocar los aspectos biológicos y sociales, además, de hacer posible la observación sistemática del proceso terapéutico y el resultado de las acciones, con el objetivo de impedir o al menos retardar la aparición de incapacidades, creando un plan de atención, incluso, en el propio hogar y otras encaminadas a brindar acciones terapéuticas a los pacientes que requieran hospitalización y rehabilitación si fuera necesario, elevándose la calidad de vida y bienestar de este grupo de edades.

Por lo antes expuesto, se realizó este trabajo con el propósito de caracterizar la salud funcional de la población de 60 años y más del consultorio No. 10 del Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga", de la ciudad de Pinar del Río, así como la presencia de alguna de las enfermedades generales asociadas frecuentes en el anciano, que pudiesen influir en la salud funcional de estos adultos mayores.

MÉTODO

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal con los ancianos residentes en el área de atención del Consultorio 10. Policlínico "Pedro Borrás Astorga" de Pinar del Río, de enero a julio del 2008, a fin de caracterizar su salud funcional y la afectación de los mismos por enfermedades generales seleccionadas.

Criterio de inclusión: población de adultos mayores residentes en el área.

Criterio de exclusión: población de adultos mayores residentes del área que no deseó participar en la investigación.

La muestra, coincidente con el universo, estuvo constituida por todos los ancianos residentes en el área del Consultorio 10 perteneciente al Policlínico "Pedro Borrás Astorga" de Pinar del Río, esto es, 180 adultos mayores.

Se seleccionaron las siguientes variables:

Sexo: Femenino/Masculino

Enfermedades asociadas: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica y osteoartritis.

La discapacidad, como variable de mayor complejidad fue medida a partir del índice de Katz de independencia en las actividades básicas de la vida diaria y del índice de Lawton-Brody de independencia en las actividades instrumentadas de la vida diaria, para la clasificación de los ancianos en independientes o dependientes (capacidad o discapacidad física).

En los índices de Katz y de Lawton-Brody, si el anciano resulta dependiente en alguna de las variables se consideró anciano dependiente o con discapacidad física.

La información se obtuvo a partir de una encuesta estructurada y anónima aplicada por los autores de la investigación, utilizando el interrogatorio directo al anciano, auxiliándose de los acompañantes cuando fue necesario. Para la realización de la encuesta se solicitó el consentimiento informado verbal del anciano o su representante.

Se utilizaron los métodos de la estadística descriptiva para resumir las variables en sus frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Cuando fue necesario se utilizó la prueba de Ji cuadrado al 95 % de certeza. Para eliminar la acción de la variable confusora sexo se utilizó el análisis estratificado de Mantel y Haenszel al 95 % de certeza.

RESULTADOS

En los 180 ancianos convivientes en el Consultorio 10 del Policlínico "Pedro Borrás Astorga", existió un predominio de gerontes del sexo femenino, como lo muestra la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de ancianos estudiados por sexo. Consultorio 10. Policlínico "Pedro Borrás Astorga". Enero- julio 2008.

Sexo	No.	%
Femenino	104	57,7
Masculino	76	42,3
Total	180	100

En cuanto al sexo, resultaron con discapacidad física 14 mujeres (13,5%) y 8 hombres (10,5%), según la tabla 2, esto es, 22 ancianos de ambos sexos discapacitados. Es importante destacar que no hay asociación entre el sexo y la clasificación de dependencia e independencia, según los resultados del OR y del Ji cuadrado.

Tabla 2. Distribución por sexo de los ancianos dependientes e independientes.
 Consultorio 10. Policlínico "Pedro Borrás Astorga". Enero-julio 2008.

Ancianos	Dependientes		Independientes		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	8	36,4	68	43,0	76	42,2
Femenino	14	63,6	90	57,0	104	57,8
Total	22	100,0	158	100,0	180	100,0

(OR = 0.76; IC 95%: 0.27 - 2.06; $\chi^2 = 0.35$; gdl = 1; p = 0.55)

Si se observan las enfermedades generales estudiadas en la población total de ancianos (tabla 3), se encontró una elevada cifra de hipertensos (66,1%), siendo el por ciento más alto en el sexo femenino (69,2%) que en el masculino (61,8%). La diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica alcanzan los mismos por cientos en la población total, pero éstos son más elevados en la población femenina. La osteoartritis llega al 12,7% entre ambos sexos.

Tabla 3. Enfermedades asociadas y sexo en la población total de ancianos en estudio. Consultorio 10. Policlínico "Pedro Borrás Astorga". Enero- julio 2008.

Enfermedades	Femenino n = 104		Masculino n = 76		Total n = 180	
	No	%	No	%	No	%
Hipertensión Arterial	72	69,2	47	61,8	119	66,1
Diabetes Mellitus	21	20,2	9	11,8	30	16,6
Cardiopatía Isquémica	22	21,1	8	10,5	30	16,6
Osteoartritis	14	13,4	9	11,8	23	12,7

Estas enfermedades estudiadas, tanto en los ancianos con discapacidad física (tabla 4), como en los no discapacitados (tabla 5), muestran una elevada prevalencia de la hipertensión arterial, sobre todo en los discapacitados, que alcanza el 77,5%, llegando al 87,5 en el sexo masculino. La osteoartritis se eleva en ancianos dependientes a 36,2% y sólo al 9,4% en ancianos no dependientes.

Tabla 4 Enfermedades generales y sexo en los ancianos con discapacidad física. Consultorio 10. Policlínico "Pedro Borrás Astorga". Enero-Julio 2008

Enfermedades generales	Femenino n = 14		Masculino n = 8		Total n = 22	
	No	%	No	%	No	%
Hipertensión Arterial	10	71,4	7	87,5	17	77,3
Diabetes Mellitus	4	28,6	1	12,5	5	22,7
Cardiopatía Isquémica	2	14,3	2	25	4	18,2
Osteoartritis	5	35,7	3	37,5	8	36,4

Tabla 5. Enfermedades generales y sexo en los ancianos sin discapacidad física. Consultorio 10. Policlínico "Pedro Borrás Astorga". Enero-julio 2008

Enfermedades generales	Femenino n = 90		Masculino n = 68		Total n = 158	
	No	%	No	%	No	%
Hipertensión Arterial	62	60.7	40	59.6	102	69.5
Diabetes Mellitus	17	18.6	8	11.4	25	15.8
Cardiopatía Isquémica	20	22.2	6	8.8	26	16.4
Osteoartritis	9	10.0	6	8.8	15	9.4

Después de realizados los análisis de todas las enfermedades en los dos grupos de ancianos tomando al sexo como variable de confusión se encontró que la única enfermedad donde el sexo actuaba como variable confusora era en la osteoartritis, y el OR para las mujeres era de 5 (IC 95 %; 1.2- 1.7), mientras para los hombres OR 0.62 IC 95 %; 0.89-43), el OR crudo para todos los estratos era de 5.45, y el ponderado de Mantel-Haenszel era de 5.40, con un intervalo de confianza 1.7-16.8, que resultaba altamente significativo (X^2 M-H = 9.99; gdl = 1; p = 0.0015)

DISCUSIÓN

La evaluación del anciano resulta uno de los aspectos más interesantes, estimulantes y satisfactorios dentro de la práctica médica, ya que nos encontramos ante un individuo en el que convergen toda una gama de factores médicos, sociales y ambientales capaces de interactuar entre sí y producir procesos de complejidad pocas veces observados en la práctica clínica.⁸

Si aceptamos que el envejecimiento individual no es más que la pérdida de las capacidades funcionales de la persona, la capacidad funcional debe formar parte indispensable del concepto de salud en la tercera edad. Por lo tanto, se considera la salud del anciano como "la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, lo cual le permita, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del pleno vivir". Los índices de Katz de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y de Lawton-Brody de actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), resultaron de utilidad en la medición de la salud funcional del anciano en nuestro estudio y en otros trabajos.⁹

El sexo femenino predominó en nuestra muestra, coincidiendo con un trabajo realizado en América Latina y el Caribe (Buenos Aires, Bridgetown, Sao Paulo, Santiago de Chile, Ciudad Habana, Ciudad México y Montevideo).⁷

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) fue en nuestros ancianos, discapacitados o no, de 66,1%, superior a la encontrada en las siete ciudades referidas anteriormente, que osciló de 43,1% a 53,8%, lo que constituye un alerta para la toma de medidas higiénico-sanitarias y de control de esta afección, que constituye en sí factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Se conoce que la HTA se establece en la mitad aproximadamente de la población mayor de 60 años, aumentando a la vez la prevalencia de HTA sistólica aislada, factor de riesgo para coronariopatía, ictus e insuficiencia renal crónica. Inobjetablemente, la educación para la salud es de la mayor importancia en el cambio de estilos de vida y actitud ante la enfermedad en nuestros ancianos.¹⁰

Las cifras de diabetes mellitus y de cardiopatía isquémica no difieren significativamente de la prevalencia en otros países.¹¹

El porcentaje de afectación por osteoartritis prácticamente se cuadruplicó en ancianos con discapacidad física, contribuyendo esta enfermedad a su dependencia. También otros estudios nacionales e internacionales han reportado asociación directa entre el grado de discapacidad y la artrosis. La osteoartritis es la más común y la más costosa de las enfermedades articulares. Las alteraciones crónicas y dolorosas articulares impiden progresivamente la función de las articulaciones, debido a la desproporción que se crea entre la carga y la capacidad que tiene la articulación dañada para soportarla. El resultado de esta desproporción es un daño del cartílago articular (fibrosis, erosión, estrechamiento del espacio). El dolor constituye el síntoma principal en estos pacientes, provocándole determinado grado de discapacidad con la respectiva repercusión en la calidad de vida de los mismos.¹²

Como se observa, la hipertensión arterial y la osteoartritis constituyeron problemas de salud en la población geriátrica estudiada, con una elevada prevalencia en la primera y siendo la segunda casi cuatro veces más frecuente en la población discapacitada. Se recomienda incrementar las acciones preventivas, educativas y de control en busca de cambios favorables en hábitos y estilos de vida en los ancianos estudiados, dada la alta frecuencia de la hipertensión arterial en los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llanes Betancourt Caridad. Evaluación funcional y anciano frágil. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 20 diciembre 2008]; 24(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000200005&lng=es
2. Fernández García M, Cárdenas García S. La problemática del envejecimiento, realidades y perspectivas. Rev Hosp. Psiquiatr Hab. 2000; XXXVII (1):59-63.
3. Falero Mazón M. Evaluación de los ancianos de dos consultorios. Policlínico Primero de Enero. Consolación del Sur. 1999 (Tesis). Pinar del Río: Policlínico Docente Comunitario Primero de Enero; 2001.
4. Prieto O, Leiva B, Vega E. Evaluación geriátrica. Objetivos y perspectivas. Gerontología. La Habana: MINSAP; 2002.
5. Sheinkh JL, Yesavage JA. Escala de depresión geriátrica (GDS). Gerontología. 1996; 5:165-9.
6. Fonte Fonticoba J. Estudio del validismo y la depresión en los ancianos de una comunidad (Tesis). Pinar del Río: Policlínico de Urgencias Epifanio Rojas Gil; 2005.
7. Menéndez Jesús, Guevara Adialys, Arcia Néstor, León Díaz Esther María, Marín Clara, Alfonso Juan C.. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2009 Abr 13];17(5-6): 353-361. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500007&lng=es
8. Acosta D. Envejecimiento: el reto del siglo. Santiago de Chile. Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (Sitio en Internet) (Actualizado 2007 May 28; citado 2007 Jul 9). Disponible en: <http://www.paho.org/defaultspa.htm>
9. Tejera Concepción JF. El problema del envejecimiento en Cuba en contribuciones a las Ciencias Sociales (Sitio en Internet) (actualizado 2009 Feb 10; citado 2009 Mar 5). Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ccss/02/jftc.7.htm>
10. Equipos multidisciplinarios de atención gerontológica. Situación actual. Envejecimiento en Cuba (Sitio en Internet) (actualizado 2009 Feb 10 ;citado 2009 Mar 5). Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/carpeta/equipos.pdf>
11. Diabetes mellitus. En: Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 211-34.
12. Bavarre Veá H, Pérez Piñero, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográficas y epidemiológicas y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Rev GeroInfo [serie en Internet]. 2006[citado 25 Oct 2007]; 1(3) Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf

Recibido: 6 de Julio de 2009.
Aprobado: 20 de Noviembre de 2009.

Dra. Madelén García Otero. Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Máximo
Gómez No. 112, Pinar del Río. E-mail. madelen@minsap.pri.sld.cu