

Efectividad en la atención brindada al adulto en el Policlínico III de Manzanillo

Effectiveness in the care offered to the elders in the Polyclinic # 3 in Manzanillo

Tamara Belkis Oliva Polanco;¹ Leonor Núñez Ramírez;² Xiomara Rodríguez Barroso;³ Sandra Claver Fonseca.⁴

1-Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. "Celia Sánchez Manduley"

2-Especialista de segundo grado en Medicina General Integral. Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. "Celia Sánchez Manduley"

3-Especialista de primer grado en Enfermería Comunitaria. Auxiliar. Policlínico III de Manzanillo.

4-Especialista de primer grado en Enfermería Comunitaria. Asistente. Policlínico III de Manzanillo.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal en el Policlínico Docente René Vallejo Ortiz del municipio Manzanillo provincia Granma para evaluar la atención integral que se brinda al adulto mayor. Para lograr los objetivos propuestos se analizaron las estadísticas del área de salud del programa del adulto mayor, las fichas familiares y las historias clínicas. Se tuvieron en cuenta un conjunto de métodos teóricos y estadísticos que permitieron penetrar y explorar la realidad del problema. Los datos obtenidos se procesaron de forma computarizada y se utilizaron la estadística descriptiva, inferencial y la determinación de proporciones para corroborar hipótesis estadística. Los mismos se presentaron en tablas de doble entrada para su mejor comprensión y

análisis; se trabajó con número y porcentaje como medida resumen. Se llegó a la conclusión que predominó la población de adultos mayores del sexo femenino entre 60 a 69 años con hipertensión arterial y diabetes mellitus, clasificadas en el grupo dispensarial III y adecuado nivel de inmunitario. Se demostró incremento significativo en el número de ancianos frágiles, con ayuda técnica basada en espejuelos y prótesis dentales. Se destaca en la incorporación a instituciones o agrupaciones comunitarias la afiliación a círculos de abuelos. Se aumentó el porcentaje de exámenes periódico de salud realizados pero aún es insuficiente para cumplir el indicador establecido. Se recomendó sugerir a otras instituciones del nivel primario realizar evaluación de la efectividad del programa de atención integral al adulto mayor que permita mejorar la atención en la calidad de este grupo poblacional.

Descriptores DeCS: ANCIANO; SERVICIOS DE SALUD PARA ANCIANOS

ABSTRACT

It was performed an analytical, observational and transversal study in the Educational Polyclinic René Vallejo Ortiz in Manzanillo, Granma province, to evaluate the integral attention offered to the elderly. In order to obtain the proposed objectives there were analyzed the statistics of the health area of the elderly program, the family records and the clinical antecedents. There were taken into account a group of theoretical and statistical methods that allowed penetrating and exploring the reality of the problem. The data obtained was processed in through a computerized form and it was used the inferential and descriptive statistics, and the determination of proportions to corroborate the statistical hypothesis. They were presented in double entrance charts for the best understanding and analysis; there were used numbers and percentages like a summary measure. As a conclusion, there was a prevalence of elderly females between 60 to 69 years with hypertension and diabetes mellitus, classified in the clinical group III and a suitable immunity level. It was evidenced a significant increase in the amount of fragile elders, with technical support based in glasses and dental prostheses. It was emphasized the affiliation of houses for the elderly in the incorporation to community institutions or groups. The percentage of periodic health examinations increased but it is still insufficient to fulfil the indicator established. It was recommended to suggest other institutions of the primary level to perform the evaluation of the effectiveness of the integral care program to the elderly that allows to improve the attention in the quality of this population group.

Subject heading: AGED; HEALTH SERVICES FOR THE AGED

INTRODUCCIÓN

La vejez, sino un divino tesoro, sí es un apreciable don que en la actualidad disfrutan unos 600 millones de personas mayores de 60 años en el planeta. El fenómeno no solo refleja las tasas más altas de poblaciones de la tercera edad en la historia de la humanidad, sino que la tendencia en el presente siglo es hacia el aumento de los ancianos, incluso en los países subdesarrollados.¹

Erick Ericsson (1902-1994) considerado el autor más relevante, de tradición psicoanalítica, en una de sus últimas obras, *Vital involvement in Old Age*, define la vejez como la edad en que se adquieren comportamientos de dependencia, ligada a una fragilización del estado de salud; reconoce que los comportamientos de adaptación suponen el reconocimiento y la aceptación de una relación de interdependencia -dependencia del organismo que impone limitaciones motrices, sensoriales o mentales- hacia un entorno social donde la calidad de vida actual depende completamente de esta relación.²

Ricardo Moragas, sociólogo dedicado al estudio de la gerontología social, ha tenido una influencia notoria en el estudio de la vejez. En su teoría, considera que el estudio de la vejez debe hacerse desde una concepción amplia e integradora que supere los prejuicios sociales y actitudes negativas hacia la misma; que la edad no es algo determinante de las posibilidades vitales de una persona, sino que es una variable más de las que condicionan su situación. Al respecto, considera que se trata de no disminuir la importancia de la edad, sino solamente encuadrarla en su auténtica dimensión, una condición personal más que proporciona información sobre el sujeto y debe ser considerada objetivamente como cualquier otra variable más sobre las que el sujeto no tiene influencia alguna: sexo, raza, lugar de nacimiento, familia de origen, entre otras.³

En relación con la definición ante el mito, la ancianidad no comienza a una edad cronológica uniforme, sino variable e individualizada. Considerar vieja a toda persona de más de 65 años, tiene una explicación arbitraria y poco racional, definida por las fronteras de la jubilación, pues hoy se reconoce que los topes cronológicos de derecho a trabajar infringen los derechos especiales de la persona y que a los 65 años las personas se pueden desempeñar perfectamente en un trabajo, para lo que se deben tener en cuenta otras características personales (estado físico, enfermedades, historia personal y profesional, equilibrio familiar y social).³

Según el Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la población mundial continúa incrementándose a razón de 76 millones de personas por año, por lo que la cifra actual, que es de 6 400 millones pudiera llegar para el 2050 a convertirse en 9 200 millones de personas. La población mayor de 65 años en el mundo de hoy alcanza los 600 millones, de los cuales 200 viven en países desarrollados y el resto en países pobres o en vías de desarrollo.¹¹ De acuerdo con las proyecciones demográficas de la ONU, a partir del año 2003, una cuarta parte de la población del planeta tiene ya más de 60 años, y 1 de cada 3 adultos será una persona de edad.¹

En el municipio Manzanillo la aplicación de El Programa Integral de Atención al Adulto Mayor abarca varias áreas de salud donde se prioriza a los pacientes con necesidad de ayuda social, así como a los adultos mayores solos que no tengan familiares encargados de su cuidado. Se les brinda atención y control con el cumplimiento del programa, en las instituciones como Casas de Abuelos y Hogar de Anciano. Aun así se pudo constatar que existen insuficiencias que desfavorecen una óptima atención a estas personas debido a la gran población existente perteneciente a esta avanzada edad, con relación al déficit de instituciones destinadas para el ingreso de este grupo etáreo.

En el Policlínico 3 René Vallejo Ortiz de Manzanillo existe una atención integral al adulto mayor a través de un equipo multidisciplinario gerontológico, en los consultorios de médico de la familia y Casa de Abuelo, detectándose la insuficiente capacidad y déficit en las instituciones especializadas para esto, en el caso de la presencia de un solo un Hogar de Anciano. A pesar de que se trabaja con el programa para la atención al adulto mayor, este no se cumple con la calidad requerida. Los gerontes reciben la atención de especialistas en geriatría, pero estos no son del área de salud, pertenecen a la atención secundaria, dificultándose los traslados de estas personas hasta el hospital por su avanzada edad. El adulto mayor es un paciente que ha experimentado cambios tanto físicos como psicológicos en todo el trayecto de su vida a partir de que entre otros, ha sufrido pérdidas de familiares allegados o han sido objetos de abandono familiar. Es un grupo vulnerable a muchos problemas por lo que se requiere de una atención por un grupo de especialistas para lograr una vejez feliz.

El problema de la investigación Existencia de limitaciones metodológicas para evaluar la efectividad en algunos indicadores del programa del adulto mayor en el policlínico 3 René Vallejo Ortiz de Manzanillo.

Objetivo:

Evaluar la atención integral que se brinda al adulto mayor en el Policlínico 3 René Vallejo Ortiz de Manzanillo.

Tareas científicas

1. Expresar los presupuestos teóricos que caracterizan al objeto de investigación.
2. Caracterizar a la población de adulto mayor según edad, sexo, enfermedades crónicas no trasmisibles presentes en ellos, grupo dispensarial y nivel de inmunización alcanzado.
3. Analizar los resultados obtenidos en dos años en el programa de atención integral al adulto mayor en cuanto a:
 - Clasificación de ancianos como frágiles
 - Incorporación a instituciones o agrupaciones comunitarias
 - Examen periódico de salud realizados
 - Tipos de ayudas recibidas por los ancianos

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal., para caracterizar la atención a los adultos mayores del Policlínico 3 de Manzanillo, durante el período enero - diciembre 2011. El universo estuvo constituido por la totalidad de la población mayores de 60 años en 2 años, 4272 para el año 2010 y 4300 para el 2011.

Para la realización del estudio se utilizaron las siguientes variables: Edad, sexo, enfermedades crónicas no trasmisibles, nivel de inmunización, fragilidad, incorporación a instituciones o grupos comunitarios, examen periódico de salud y tipos de ayudas técnicas recibidas.

Procesamiento estadístico:

Se utilizó la estadística descriptiva: cálculo de frecuencia absoluta y relativa en porcentaje.

Estadística Inferencial: Prueba de hipótesis para la proporción bajo un nivel de significación de $p<0.5\%$.

Las **hipótesis estadísticas** se establecieron como:

P_0 (hipótesis nula): Los resultados son iguales para cada año en estudio .No existe incremento en relación el año anterior

P_1 (hipótesis alternativa): Los resultados son mejores al final de la investigación existiendo incremento en relación con el anterior.

Para el trabajo con las hipótesis se utilizó el cálculo de la proporción donde se dividió el total de implicados de cada año con la población total para cada año.

La población total se consideró $Q = 4272$ para el año 2010 y $N= 4300$ para el año 2011. Los resultados se presentaron en tablas con números absolutos y porcento. Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de los mismos, lo cual permitió arribar a conclusiones.

RESULTADOS

Tabla 1.Estructura de la población adulta mayor según edad y sexo.

Grupo etáreo	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-69 años	1132	58,23	1401	59,47	2533	58,90
70-79	602	30,97	654	27,76	1256	29,21
80-89,	171	8,79	243	10,31	414	9,63
90 y más	39	2,01	58	2,46	97	2,26
Total	1944	100	2356	100	4300	100

Al referirse a la estructura de la población adulta mayor según edad y sexo podemos decir que predominó el grupo etáreo de 60 a 69 años para 58.9 %, seguido del grupo de 70 a 79 años con 29.21%, el sexo femenino fue el que mayor número de pacientes presentó con 1401 para el 59.47% y 654 para el 27.76% respectivamente.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según enfermedades crónicas no transmisibles y sexo.

Enfermedades asociadas	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HTA	786	61.7	317	28.73	1103	46.40
Diabetes Mellitus	261	20.5	540	48.10	801	33.70
Asma Bronquial	93	7.29	134	12.14	227	9.55
Cáncer	110	8.63	89	8.07	199	8.37
Enfermedades Cerebro Vasculares	24	1.88	23	2,09	47	1.98
Total	1274	100	1103	100	2377	100

Se encontró una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles; 46.40 % de los gerontes presentaron hipertensión arterial, seguido de la diabetes mellitus en 33.70 %. Le siguieron en orden decreciente por debajo del 10 % el asma bronquial, el cáncer y la enfermedad cerebrovascular. El análisis diferencial por sexo muestra tasas superiores en el sexo masculino para las causas seleccionadas, excepto en la diabetes mellitus y el asma bronquial con una prevalencia mayor en las mujeres.

Tabla 3. Distribución de la población adulta mayor según sexo y grupo dispensarial.

Sexo	Grupos Dispensariales								Total	%		
	I		II		III		IV					
	No	%	No	%	No	%	No	%				
Femenino	111	45,68	227	40,25	1904	57,52	99	54,10	2341	54,44		
Masculino	132	54,32	337	59,75	1406	42,48	84	45,90	1959	45,56		
Total.	243	100	564	100	3310	100	183	100	4300	100		

Se describe la dispensarización de los adultos mayores del área de salud estudiada, observándose que 3310 adultos mayores se encuentran dispensarizados en el grupo III, es decir enfermos con padecimientos crónicos, de ellos 1904 pertenecieron al sexo femenino para 57.52% y 1406 al masculino para 42.42%.

Tabla 4. Nivel inmunitario de los adultos mayores.

Nivel de inmunización	No.	%
Toxoide Tetánico	1518	*103
Antigripal	503	**98.8

En el estudio Calidad de la atención en salud al adulto mayor se encontraron similares resultados en cuanto porcientos de cumplimiento en la vacunación con toxoide tetánico en un 103% de cumplimiento. La vacunación con antigripal solo alcanzó el 98.8%, aun existiendo la disponibilidad del 100% de la vacuna, porque algunos pacientes se encontraban fuera del área de salud y otros se negaron a vacunarse.

Tabla 5. Comparación de adultos mayores en relación con la clasificación de anciano frágil de acuerdo al sexo.

Sexo	Anciano frágiles					
	Año 2010		Año 2011		Evaluación	
					Incremento	Disminución
	No	%	No	%	No	%
Femenino	730	58.8	1011	58.5	281	
Masculino	510	41.1	717	41.4	207	
Total	1240	30.8	1728	42.5	488	

Se clasificaron como ancianos frágiles en el año 2010 el 30,8 %, aumentando el mismo al 42.5 % en el año 2011. Comparando los resultados por sexo no se muestran diferencias concluyentes. Se mostró un incremento en ancianos frágiles en 488 pacientes en el año 2011. Se muestra una diferencia de proporciones de $p<0.5$ por lo tanto los resultados fueron estadísticamente significativos

Tabla 6. Comparación de la incorporación a instituciones o grupos comunitarios de los adultos mayores.

Incorporación a instituciones o grupo comunitarios	Año 2010		Año 2011		Evaluación	
					Incremento	Disminución
	No	%	No	%	No	No
Círculos de abuelos	891	20.8	1032	24	141	
Grupos de orientación y recreación	32	0.74	45	1.05	13	
Casa de abuelo	16	0.37	23	0.53	7	
Hogar de ancianos	0	0	0	0	0	
Total	939	21.9	1100	25.5	161	

La incorporación a instituciones o grupos comunitarios se mostró fundamentalmente a través de la afiliación a círculos de abuelos, se logró en 20.8 % en el año 2010 aumentando a 24 % en el año 2011, con un incremento de 141 ancianos. A pesar que se observa movimiento de un año a otro, no se cumple con el indicador de incorporación al mismo, que se debe corresponde con el 47 % de la población adulta mayor. Varió de 0.74 al 1.05 % la inclusión de los ancianos a grupos de orientación y recreación con un incrementos solo de 13 gerentes. Solo 7 pacientes fue el incremento en incorporación a casa de abuelos, los porcentajes no muestra resultados significativos para esta indicador.

DISCUSIÓN

En investigaciones realizadas en nuestro municipio Alternativa metodológico para elevar el nivel de vida del adulto, se encontraron resultados que no coinciden en cuanto a los grupos etáreos que predominaron, mostrando similares resultados con relación al sexo en nuestra investigación, lo que se puede apreciar en la tabla 1.¹⁶

En la tabla 2 se muestra que en casi todos los países de América Latina y el Caribe, las transformaciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas de las últimas décadas han contribuido a la aparición de nuevas prioridades de salud. Entre estas últimas destacan, por su importante aumento, las enfermedades no transmisibles (ECNT), que incluyen problemas

cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitas (DM) y padecimientos renales relacionados con la hipertensión, entre otros.¹⁷

En el proceso establecido para la atención al adulto mayor, el paciente acude al consultorio, es dispensarizado y se le realiza la pesquisa primaria de salud o evaluación gerontológica, y una vez realizado este procedimiento se puede remitir al EMAG, donde se le efectúa una evaluación psicológica, social, epidemiológica y clínica más profunda, es allí donde se decide si el paciente se remite a un centro hospitalario, si se comienzan los trámites de expediente para una institución social, o si el problema del adulto mayor se resuelve en el área con el equipo de salud.

En el estudio Calidad de la atención en salud al adulto mayor se encontraron similares resultados en cuanto a porcentaje de cumplimiento en la vacunación con toxoide tetánico en un 98.30% de cumplimiento.⁽¹⁸⁾ La vacunación anual contra la influenza es una acción estratégica fundamental para reducir la morbilidad, la mortalidad y las complicaciones ocasionadas por esta enfermedad. Su aplicación se recomienda en los grupos de riesgo, sobre todo en los ancianos con peligro de desarrollar una influenza severa o complicada.⁽¹⁹⁾

La mayoría de las investigaciones se han centrado en la comunidad, por lo que no existe evidencia que estos sean los marcadores que han de tenerse en cuenta en la atención secundaria; en el marco comunitario se debe diagnosticar la fragilidad, siendo la prevención de la pérdida funcional, discapacidad y mortalidad el papel clave del médicos de familia, en el marco asistencial hospitalario el adulto mayor enfrenta una problemática distinta, por ello las investigaciones deben desarrollarse en este sentido y ampliarse los estudios en la atención primaria de salud, ya que no existen en Cuba caracterizaciones de esta población que nos permitan establecer nuestros propios marcadores, sobre todo cuantitativos.^(14,15)

El policlínico 3 cuenta con una casa de abuelo con 25 capacidades, en la tabla se muestra la afiliación de 23 de los adultos mayores en el año 2011 no completándose todas las capacidades de esta institución que brinda atención integral diurna a los ancianos carentes de amparo filial en absoluto o de familiares que puedan atenderlos durante el día, pues no existían abuelos que cumplieran con los criterios de ingreso. Es importante destacar que comparado con la incorporación que existía en él. No se encontraron investigaciones, en bibliografías revisadas y consultadas, que ofrezcan datos para la comparación con el estudio.

Lo anterior indica que no se está cumpliendo adecuadamente con las indicaciones de este programa, lo que influye negativamente y de forma importante en la detección precoz mediante la realización de la EGEF, que es un componente del EPS, de los adultos mayores frágiles, sobre los que el programa tiene muy bien establecidos estrategias que impiden que estos se conviertan en adultos en estado de necesidad. No existen referencias bibliográficas para realizar la discusión comparativa de esta variable que se muestra en el estudio.

En la bibliografía revisada no encontramos referencias ni materiales de apoyo que permitan realizar la comparación, ya que no existen estudios similares a este.

CONCLUSIONES

- Se expresaron los presupuestos teóricos que caracterizan al objeto de investigación.
- Predominó la población de adulta mayor del sexo femenino entre 60 a 69 años con hipertensión arterial y diabetes mellitus, clasificadas en el grupo dispensarial III y adecuado nivel de inmunitario.
- En relación con el programa de atención integral al adulto mayor en el análisis comparativo en dos años se demostró incremento significativo en el número de ancianos frágiles, con ayuda técnica basada en espejuelos y prótesis dentales. Se destaca en la incorporación a instituciones o agrupaciones comunitarias la afiliación a círculos de abuelos. Se aumentó el porcentaje de exámenes periódicos de salud realizados pero aún es insuficiente para cumplir el indicador establecido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda A; Hernandez L; Rodriguez, A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr [online]*. 2009, vol.25, n.3. <http://scielo.sld.cu/scielo>
2. Villanueva M. Abordaje histórico de la psicología de la vejez. *Rev haban cienc méd* 2009;8 (3): 2-10.
3. Moragas R. Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona:Editorial Herder; 2004.

4. Hayflick L. The future of ageing. *Nature*. 2000; 408:267-9.
5. Kirkwood TB, Austad SN. Why do we age? *Nature*. 2000; 408:233-8.
6. Ordovas JM. Nutrigenetics, plasma lipids, and cardiovascular risk. *J Am Diet Assoc*. 2006; 106:1074-81.
7. Ordovas JM. Genetic interactions with diet influence the risk of cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr*. 2006; 83:443-6.
8. Prado Martínez Consuelo. La antropología y la salud de los mayores. Disponible en: <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/antropometria/Biologia%20del%20Envejecimiento-PRADO.pdf>
9. Espinosa JM. El anciano en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2000 Jun [citado 2011 oct.14], 26(1): 515-06. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd>
10. Martín FC. Proyectos para el futuro de la asistencia sanitaria a los ancianos en Inglaterra .*Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet].2001; [citado 2011 oct 13] 36:253-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd>
11. Velázquez J. Supervivencia excepcional y longevidad satisfactoria: un enfoque desde la Bioética. La Habana. Ciencias Medicas, 200912. Han C. Geriatric mental health system for the management of geriatric depression and dementia Korea; Seishin Shinkeigaku Zasshi; 2006. ; 108(11):1176-7.
12. Solomon G. A primary care perspective. *Age Ageing* [Internet]. 2001 [citado 2011.
13. L P. Fried, C M. Tangen, J Walston, A B. Newman, C Hirsch, J Gottdiener, for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. "Frailty in older adults: Evidence for a phenotype" *Journal of Gerontology Medical Sciences*. 2001: Vol. 56A, No. 3, M146-M156.

14. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. 2008. Dirección Nacional de Estadísticas. República de Cuba. La Habana: 2009. [citado 1 Jun 2009] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anuario_2008_3e.pdf.

Recibido: 11 de marzo de 2014.

Aprobado: 28 de marzo de 2014.