
Multimed 2015; 19(5)
SEPTIEMBRE-OCTUBRE

ARTÍCULO ORIGINAL

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS DE GRANMA
POLICLÍNICO GUILLERMO GONZÁLEZ POLANCO. GUISA**

**Cuidados del adulto mayor enfermo. Consultorio 16. Urbano
2. Guisa. Enero-Diciembre 2014**

**Care of the elderly patient. Medical office # 16. Urban 2. Guisa.
January- December. 2014**

Miriam Milán Tase;¹ Ana Luisa Rodríguez Martínez.²

1 Licenciada en Enfermería. Policlínico Guillermo González Polanco. Guisa. Granma.

2 Licenciada en Enfermería. Máster en Asesoramiento Genético. Asistente. Policlínico Guillermo González Polanco. Guisa. Granma.

Resumen

Introducción: el envejecimiento de la población en Cuba es similar al de muchos países desarrollados, y se encuentra entre los que tienen un índice más elevado dentro del grupo de países en desarrollo que jerarquiza la atención a los grupos más vulnerables de la población, para lo cual cuenta con un Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor.

Objetivo: incrementar la calidad y efectividad de la atención comunitaria al Adulto Mayor Enfermo.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo del consultorio 16, zona urbana del municipio de Guisa, el universo empleado es de todos los adultos mayores pertenecientes a dicho consultorio y la muestra estuvo dada por los 131 adultos mayores enfermos existentes en el consultorio.

Resultados: se valoró que el grupo etario de 71-80 tiene mayor cantidad de adultos mayores enfermos, la Hipertensión Arterial, seguido de la Diabetes Mellitus y las Enfermedades Cardiovasculares son las más frecuentes, el género femenino es el más afectado.

Conclusiones: el grupo etáreo más afectado es el de 71-80 años, las enfermedades más relevantes fueron la HTA, la Diabetes Mellitus y las Enfermedades Cardiovasculares, el género que más se afectó en estas enfermedades fue el femenino.

Descriptores DeCS: ANCIANO; ANCIANO FRÁGIL; CUIDADORES

Subject heading: AGED; FRAIL ELDERLY; CAREGIVERS

Abstract

Introduction: the aging of the population in Cuba is like in many developed countries and it is among those with a higher rate in the group of developing countries that hierarchizes the attention to the most vulnerable population groups, for which it counts on a National Care Program for the Elderly.

Objective: to increase the quality and effectiveness of community care for the elderly patient.

Method: a retrospective study was performed in the medical office number 16 in the urban zone of Guise, the universe concerned to the elderly belonging to the afore mentioned medical office and the sample was given by 131 elderly patients.

Results: it was assessed that the age group of 71-80 had the greatest amount of elderly patients, hypertension, followed by diabetes mellitus and cardiovascular diseases were the most common ones, the female sex was the most affected.

Conclusions: The most affected age group was about 71-80 years, the most important diseases were hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular disease, the female sex was the most affected in these diseases.

Introducción

El envejecimiento de la población en Cuba es similar al de muchos países desarrollados, y se encuentra entre los que tienen un índice más elevado dentro del grupo de países en desarrollo. Esto es el resultado, entre otros factores, del aumento de la esperanza de vida al nacer y de la disminución de la mortalidad del grupo de adultos mayores, que ha sido posible por la existencia de un sistema de salud accesible, que jerarquiza la atención a los grupos más vulnerables de la población, para lo cual cuenta con un Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor.¹

Este fenómeno, si bien se considera un logro, constituye hoy una realidad que impone grandes retos a toda la sociedad y en particular a la familia, la cual sigue siendo la principal fuente de

protección y apoyo para sus personas mayores. La familia en su conjunto sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros envejecidos presenta alguna enfermedad, sobre todo si está discapacitado, es decir, si hay una pérdida de autonomía del anciano para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y necesitan del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. Generalmente, este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del anciano, aumenta la tensión de los miembros de la familia, y se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella.²

Una de las enfermedades que más deterioro funcional y por tanto, mayor estrés proporcionan al cuidador, es la demencia. Esta es una enfermedad del sistema nervioso central, dada por alteraciones de los procesos mentales superiores, que modifica la personalidad y la conducta de las personas que la padecen. Si bien algunos tipos de demencia pueden presentarse antes de los 60 años, la gran mayoría de ellas aparecen después de esta edad y se duplica por cada década de la vida en el caso de algunas, como por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer, que se considera el tipo más frecuente. Esto quiere decir que, a medida que se incrementa el índice de envejecimiento, aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad, la cual tiene un elevado costo a nivel individual, familiar y social.³

Se estima por estudios realizados en algunas localidades del país, que la prevalencia de la demencia en Cuba es alta, y en particular de la enfermedad de Alzheimer. Esta es una afección de carácter progresivo e irreversible, que apenas cuenta con un tratamiento medicamentoso para los síntomas cognitivos y conductuales que se presentan, el que es extremadamente costoso e inaccesible, y por otra parte, apenas resuelve el problema del paciente, por lo que todas las intervenciones no farmacológicas que se realicen son válidas para mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen, y de la familia.

La aparición de afecciones óseas, cardiovasculares, y otras de índole físico; la aparición de trastornos emocionales como depresión y ansiedad, con la consecuente merma de sus recursos económicos; son algunos ejemplos de las consecuencias negativas del cuidado mantenido de una persona con esta enfermedad.⁴

Teniendo en cuenta la importancia del conocimiento de estas enfermedades me motivo a realizar este estudio para identificar algunos factores de riesgo asociados, partiendo de que constituiría la premisa fundamental para cambiar los indicadores negativos relacionadas con el propio enfermo, con las características del cuidador, o referidas a la relación anterior y actual entre los miembros de la familia. Mi objetivo sería incrementar la calidad y efectividad de la atención comunitaria al Adulto Mayor enfermo y su repercusión familiar, así como describir características del adulto mayor enfermo, y su repercusión familiar.

Método

Se realizó un estudio retrospectivo del consultorio 16 de la zona urbana del municipio de Guisa con el objetivo de valorar los cuidados del adulto mayor enfermo. El universo empleado es de todos los adultos mayores pertenecientes a dicho consultorio y la muestra estuvo dada por los 131 adultos mayores enfermos existentes en el consultorio.

Técnicas y procedimientos.

La recolección de datos estadísticos se realizó a través de un formulario, la cual se llenó de forma directa con el paciente, ya que estos fueron atendidos en el consultorio y en visitas de terrenos, otros datos fueron obtenidos de la historia clínica. Toda la información fue recogida por los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) y la autora. Se efectuó el vaciamiento de los datos primarios en una base de datos en Excel con las variables estudiadas.

Estrategia de procesamiento estadístico.

Se completó el formulario diseñado con las variables, se procesó en el programa Microsoft Excel que nos permitió agruparlos, se empleó escala ordinal o nominal según variables, y los resultados fueron estudiados mediante el uso de distribución de frecuencias y porcentajes, se presentaron en tablas simples.

Resultados

En la tabla 1 se observa que el grupo etario de 71-80 tiene mayor cantidad de adultos mayores enfermos en esta área de salud y con menor proporción el grupo etario de 91 y más con 8.39, ya que la muestra de este grupo es la menor.

Tabla 1. Relación del adulto mayor enfermo con los grupos de edades.

Grupo de Edad	Cantidad	%
60 – 70	27	20.6
71 – 80	58	44.27
85 – 90	35	26.71
otal	11	8.39

Fuente: Diagnóstico de situación de salud del consultorio.

En la tabla 2 se valora el género, donde se plantea que el femenino con un 59.54% es el de mayor incidencia, ya que ésta población es más envejecida.

Tabla 2. Relación del adulto mayor enfermo con el género.

Sexo	Cantidad	%
Masculino	53	40.45
Femenino	78	59.54
Total	131	100%

Fuente: Diagnóstico de situación de salud del consultorio

En la tabla 3 observamos cómo se relacionan las diferentes enfermedades en los ancianos estudiados y como repercute en las familias cuidadoras. Se llegó a un dato específico para este estudio, la Hipertensión Arterial, seguido de la Diabetes Mellitus y las Enfermedades Cardiovasculares son las más afectadas con un 44.27%, 19.08%, 17.55% respectivamente.

Tabla 3. Valoración del adulto mayor enfermo y su relación con otras patologías.

Patologías	Cantidad	%
Cardiopatía	15	11.45
Diabetes mellitus	25	19.08
Insuficiencia cardiaca	23	17.55
HTA	58	44.27
Demencia senil	3	2.29
Parkinson	2	1.52
EPOC	2	1.52
Insuficiencia renal	3	2.29
Total	131	100%

Fuente : Diagnóstico de situación de salud del consultorio

Discusión

Estudios realizados en EEUU por Carrasco García MR, plantea que el segmento de más rápido crecimiento de la población de adultos mayores es el de las personas de 80 años o más.⁵

Por otra parte, se admite que los hombres tienden a pedir ayuda externa más fácilmente que las mujeres. Aunque las esposas inicialmente informaban de mayor sobrecarga que los maridos, estas diferencias no se mantenían con el seguimiento, de lo que podía deducirse que, con el paso del tiempo, las mujeres vayan adoptando estrategias de enfrentamiento más parecidas a las de los hombres.⁶

En el sobre envejecimiento, desde el punto de vista epidemiológico, hay un predominio de enfermedades crónicas y degenerativas, que acompañarán al paciente por el resto de sus

vidas. También aparecen las discapacidades física y mental, que se incrementan con la edad. Las dos terceras partes de las muertes ocurren en el segmento de población de 60 años o más. Las enfermedades demenciales degenerativas forman parte de las patologías crónicas que se incrementan espectacularmente en este universo de poblaciones e individuos envejecidos. Ocupan el tercer lugar entre las enfermedades en costo económico y social, solo superada por el cáncer y las enfermedades cardíacas, así como la cuarta causa de defunciones en el mundo desarrollado del siglo pasado. Se estima que llegará a convertirse en la primera de este siglo, tanto en los estados considerados ricos, como en los que se encuentran en vías de desarrollo.⁷

Conclusiones

Con la realización de este trabajo llegamos a la conclusión que el grupo etáreo más afectado es el de 71-80 años, las enfermedades más relevantes fueron la HTA, la Diabetes Mellitus y las Enfermedades Cardiovasculares, el género que más se afectó en estas enfermedades fue el femenino.

Referencias Bibliográficas

1. Torres Vidal Rosa M, Gran Álvarez Miriam Alicia. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2015 Sep 18]; 31(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200006&lng=es.
2. Rodríguez Cabrera Aida, Álvarez Vázquez Luisa. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2015 Sep 18]; 32(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200013&lng=es
3. LLibre Guerra Juan Carlos, Guerra Hernández Milagros A., Perera Miniet Elianne. Comportamiento del síndrome demencial y la enfermedad de alzheimer. Rev Haban Cienc Méd [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2015 Sep 18]; 7(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100008&lng=es.
4. LLibre Guerra, JC, Guerra Hernández, M, Perera Miniet, E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev Cubana Med Gen

- Integr [Internet] 2008 [citado 20 de enero del 2015]; 24(4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi05408.htm
5. Carrasco García MR. Maestría de Longevidad Satisfactoria [Monografía en CD-ROM]. Ciudad La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
 6. Cruz Jentoft AJ. ¿Debemos uniformar los instrumentos de evaluación geriátrica? Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35(5): 251-253.
 7. Biurrun Unzué A. La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36(6): 325-330.

Recibido: 13 de julio del 2015.

Aprobado: 2 de agosto del 2015.