

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE
ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE ÁREA TAMARINDO
CIEGO DE AVILA

Título: Factores de riesgo y la morbilidad en el Adulto Mayor del CMF 12 del área de Salud de Tamarindo, Ciego de Ávila.

Autora: Dra. Marina I. Rivero Peña

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2016

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE
ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE ÁREA TAMARINDO
CIEGO DE AVILA

Título: Factores de riesgo y la morbilidad en el Adulto Mayor del CMF 12 del área de Salud de Tamarindo, Ciego de Ávila.

Autora: Dra. Marina I. Rivero Peña.

Aspirante a Médico Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dr. Alberto Gonzáles Guevara

Especialista primer grado de medicina interna.

Profesor Asistente.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2016

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal para establecer la posible correlación entre los factores de riesgo y la morbilidad en el Adulto Mayor del Consultorio Médico de la Familia No. 12 del Área de Salud de Tamarindo, Ciego de Ávila, en el período comprendido de mayo de 2014 a mayo de 2015. El universo de estudio quedó conformado por 65 pacientes mayores de 60 años de edad. Se utilizó la técnica de Chi cuadrado para asociación estadística entre variables cualitativas, la técnica de ANOVA de un factor para evaluar la igualdad de medias en variables cuantitativas con más de 2 muestras independientes, la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos o su homóloga U de Mann-Whitney para el caso de que las variables no sigan una distribución normal, la prueba de Kruskal Wallis para diferencias significativas entre evaluaciones de rangos de variables ordinales en más de 2 muestras independientes. Predominaron las féminas y la octava década de la vida sin diferencias significativas de las edades según sexo. Los pacientes clasificados como frágil según escala geriátrica funcional, presentaron una media de edades significativamente mayor que los clasificados como no frágil. La hipertensión arterial, la evaluación frágil y la osteoartrosis resultaron las entidades más frecuentes por ese orden. No se presentaron diferencias significativas de ninguna de las entidades evaluadas respecto a sexo, evaluación nutricional y hábito de fumar.

Palabras claves: Fragilidad, adulto mayor, envejecimiento, morbilidad, factores de riesgo.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
✚ Introducción.....	1
✚ Objetivos.....	5
✚ Marco teórico.....	6
✚ Métodos	19
✚ Análisis y discusión de los resultados.....	28
✚ Conclusiones.....	41
✚ Recomendaciones	42
✚ Referencias bibliográficas.....	43
✚ Anexos.....	48

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. Sin embargo, durante el pasado siglo, asistimos a una situación singular: más y más sobrepasaron el inicio de lo que el hombre ha llamado etapa de vejez y se transformó el privilegio de algunos en una oportunidad para muchos; esto convirtió al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. Bastaría señalar que desde el inicio de la historia de la humanidad hasta principios del siglo XX, los seres humanos lograron un promedio de vida de 47 años, pero de ahí hasta hoy, este promedio aumento casi 30 años. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transformo en un problema, si no se es capaz de brindar soluciones a las consecuencias que de este se derivan (1).

Se ha definido el envejecimiento poblacional como el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Aunque las causas del envejecimiento poblacional son las mismas en todos los países, a lo largo del tiempo, estas han tenido un papel diferente en cada etapa. La disminución de la natalidad y la fecundidad parecen ser la causa más importante, mientras que la disminución de la mortalidad aparece como un determinante del envejecimiento o no, en dependencia de cual es el grupo de edades donde se produce esta disminución. Las migraciones son el tercer factor que influye: los flujos migratorios, tanto internos como externos, pueden llevar al aumento de las proporciones de ancianos en una población determinada (2-5).

Según cálculos de las Naciones Unidas, en 1950 habían alrededor de 200 000 000 de personas de 60 años o más. El siglo XXI comenzó con 600 000 000 en la población mundial; 50 años después la cantidad de ellas se triplicara de nuevo y estará casi en los 200 000 000 de personas (6).

Este fenómeno no es un problema exclusivo del mundo desarrollado, hace ya más de un decenio se reconoce que es también una realidad para el Tercer Mundo. En 1950, existía igual proporción de personas de edad avanzada viviendo en países desarrollados que en países en desarrollo y desde el año 2000, 2 de cada 3 ancianos viven en las zonas menos favorecidas económicamente. En los próximos 30 años, 8 de los 11 países con mayor número de ancianos en el mundo, pertenecerán al grupo de países en vías de desarrollo (7,8).

El envejecimiento latinoamericano y caribeño ha sido muy rápido y lo será más. En el año 2000, según datos de CEPAL, había en la región un poco más de 41 millones de personas de este grupo atareo, que se incrementara en menos de 25 años a más del doble, o sea unos 98 millones. Dentro de este grupo aumentaran con mucha más velocidad los mayores de 80, a un ritmo de crecimiento del 4% anual. Se afirma que la región del Caribe es hoy la región en desarrollo más vieja del mundo. Esto implica que para adaptarse a ese proceso tendrá entonces menos tiempo que lo que tuvo el mundo desarrollado (9,10).

Pero no solo será un problema de tiempo. También el envejecimiento en nuestros países se producirá sin el respaldo del desarrollo económico que siempre caracterizó el proceso en el mundo desarrollado. Los países subdesarrollados deberán enfrentar, además de los latentes problemas de las crisis económicas, el insostenible orden económico actual y la falta de una integración económica eficaz, el envejecimiento de sus poblaciones (11-13).

La tercera característica del envejecimiento en nuestra región es su heterogeneidad. Aunque toda el área está envejeciendo, el proceso se desarrolla con características diferentes. Existen países en cada una de las etapas de la transición demográfica, algunos como Bolivia, Guatemala o Haití poseen un envejecimiento poblacional incipiente, otros como Uruguay, Argentina, Barbados y Cuba presentan un envejecimiento avanzado. La heterogeneidad no es solo demográfica, sino también económica, social y cultural (13).

Quizás si se utiliza el llamado índice de envejecimiento queda más fácilmente reflejado porque Cuba exhibe uno de los envejecimientos más importantes del mundo. En el año 2000 en Cuba había unos 64 adultos mayores por cada 100 niños, en 2025, la proporción será de 156 adultos mayores por cada 100 niños y para el 2050 esa relación será una de las más altas del mundo con 220 adultos mayores por cada 100 niños. Hay, hoy, al menos 20 municipios del país que tienen más personas mayores que niños. En fin, se estima que para el 2015 en Cuba ya habrá más personas mayores que niños (14,15).

Por lo anterior, se considera que hacer esta valoración en la práctica, es un método indispensable que sirve de norma para brindar una atención médica de alta calidad, y para ello, el personal de salud encargado de la atención general y específica a ancianos debe conocer la línea de partida de la morbilidad, que le permita establecer las estrategias de trabajo necesarias (15).

En el municipio de Florencia no existe una sistematización científica relacionada con la morbilidad que afecta al Adulto Mayor del territorio aun cuando presenta un 21,7 % de la población perteneciente a la tercera edad. En el Consultorio Médico de la Familia No. 12 del Área de Salud de Tamarindo existen 65 adultos mayores para un 30,1%, dispensarizados sobre los cuales no existe una investigación acerca de los factores de riesgo que afectan su salud en esta etapa de la vida. En dicho consultorio no ha habido estabilidad con el equipo básico de salud por lo que el estudio de este segmento poblacional es incoherente. De aquí que, la Dirección Municipal de Salud de Florencia haya encargado la realización de esta investigación (15).

A los efectos de este trabajo se considera como factores de riesgo de la morbilidad del Adulto Mayor al proceso que se identifica con el conjunto de influencias internas y externas que afectan al anciano en términos de enfermedades.

De acuerdo con lo antes expuesto se define como **problema científico**: Factores de riesgo que inciden en la morbilidad del paciente Adulto Mayor en el Consultorio Médico de la Familia No. 12 del Área de Salud de Tamarindo del Municipio de Florencia. Ciego de Ávila.

Problema:

¿Cuál sería la correlación entre factores de riesgo y la morbilidad en el Adulto Mayor del Consultorio Médico de la Familia No. 12 del Área de Salud de Tamarindo, Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Establecer la correlación entre factores de riesgo y la morbilidad en el Adulto Mayor del Consultorio Médico de la Familia No. 12 del Área de Salud de Tamarindo, Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la población de estudio según algunas variables socio-demográficas de interés.
2. Identificar la presencia de algunos factores de riesgo y enfermedades crónicas asociadas.
3. Evaluar la correlación existente entre factores de riesgo, morbilidad y la escala geriátrica de evaluación funcional en el adulto mayor.

Hipótesis: La identificación de factores de riesgo y de enfermedades crónicas en el adulto mayor y el análisis de los mismos pudieran evidenciar la correlación entre ellos y a la fragilidad del paciente adulto mayor del Consultorio Médico de la Familia No. 12 del Área de Salud de Tamarindo, Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

1. Conceptualización

El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores (AAMM) en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo (12).

En las sociedades occidentales es común asociar el envejecimiento con la salida de la vida productiva por la vía de la jubilación; se considera viejos a quienes alcanzan los 60-70 años de edad; el límite inferior para que el individuo sea denominado anciano varía, pero, en general, se localiza entre los 60 y 65 años, en todo caso, es difícil caracterizar una persona como vieja sobre la base de la edad como único criterio (12).

El proceso de envejecer se inicia con el nacimiento, hay quien lo sitúa en torno a los 30 años, a partir del momento en que se ha alcanzado la plenitud y los fenómenos catabólicos empiezan a dominar sobre los anabólicos. Es un proceso de naturaleza multifactorial. El denominador común más importante es la pérdida de mecanismos de reserva del organismo, lo que determina un aumento en la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión, y con ello mayor probabilidad de sucumbir ante la enfermedad y la muerte (16).

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que considera que si importante es vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible. La problemática del anciano adquiere primordial importancia y factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales. Las investigaciones sobre el tema se dirigen ya no sólo a los aspectos relacionados con el proceso "fisiológico" de envejecer; también se pretende conocer aquellas condiciones que colocan al adulto mayor (AM) en una situación de riesgo, o potencian la disminución progresiva de la

homeostasis y de la capacidad de reserva inherentes al envejecimiento. Es de destacar que aunque la edad constituye un elemento importante, se considera insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma (17).

Esta pérdida de vitalidad ha sido definida como la incapacidad progresiva que tiene el organismo en la realización correcta de sus funciones biológicas, que se produce por el deterioro progresivo de sus funciones fisiológicas a medida que el hombre envejece y esto ocurre incluso en ausencia de enfermedad. Envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien, habitualmente, la vejez puede verse acompañada de un gran número de padecimientos. Al describir cualquier proceso relacionado con el envejecimiento es difícil separar nítidamente el envejecimiento como un proceso biológico, del envejecimiento patológico (17,18).

Lo deseable es envejecer en las mejores condiciones posibles, sin historia clínica previa de enfermedad significativa, con ausencia de factores de riesgo importantes, con desgaste fisiológico mínimo y disponiendo de una buena influencia genética hacia la longevidad y envejecimiento satisfactorio. Cuando esto ocurre estamos en presencia de un envejecimiento con éxito, responsable de la longevidad excepcional cubana en el presente quinquenio (19).

2. Fragilidad en el adulto mayor

En el intento de encontrar términos con los cuales identificar la disminución de la capacidad funcional inherente al AM y por tanto el aumento de su dependencia del medio, surgen los conceptos de “fragilidad” y “anciano frágil”. La detección precoz de la fragilidad y el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras pueden modificar positivamente la expresión esperada de la discapacidad en el anciano, por lo que intervenir en este sentido tiene implicaciones tanto en el plano social como en la calidad de vida del AM (20).

Las bases de la valoración geriátrica se iniciaron en las décadas de los años 60 y 70 del siglo XX, en los años 80 del mismo siglo, se demostró su utilidad, mientras que en la década de los años 90, el interés en este tema se concentró

en la evaluación de la fragilidad de los ancianos. Se ha planteado incluso que la medicina geriátrica debe dirigirse concretamente al llamado “anciano frágil” (21).

La condición de fragilidad coloca al AM en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica; se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte. El concepto se refiere a una condición dinámica, dado que lo más probable es que cualquier AM no permanezca igual de frágil o de vigoroso por largos periodos de tiempo, y por otra parte, no todos los AAMM son frágiles en la misma medida (22-24).

Entre las definiciones de fragilidad encontradas se encuentra la de Buchner que la considera “el estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad”. Por su parte Brocklehurst defiende la idea de que se trata de un “equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte” (25,26).

Por otra parte, la OPS ha definido como adultos mayores frágiles a los que padecen o están en riesgo de presentar los llamados “Gigantes de la Geriatría” o las cinco I: Inmovilidad, Inestabilidad, Incontinencia, Deterioro Intelectual y la Iatrogenia (27).

Otra manera de definir la fragilidad ha sido sumando el número de deterioros, la que a pesar de su fuerte valor predictivo consume mucho tiempo y no se utiliza ampliamente en la práctica clínica. Una tercera clase de clasificaciones operacionales confía en el juicio clínico para interpretar los resultados tomados de la entrevista al paciente y el examen clínico (28-32).

En Cuba, según consenso de los especialistas en el tema, se considera que los AM frágiles son aquellos que por sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad (23).

Hasta la fecha no existe consenso sobre los instrumentos que se deben aplicar por el médico para detectar este estado. Los diferentes criterios de fragilidad han sido agrupados en cuatro categorías: médicos, funcionales, mentales y sociodemográficos (23).

El principio esencial de la definición clínica de fragilidad ha sido el concepto de que ningún sistema alterado por sí solo define este estado, sino que múltiples sistemas deben estar involucrados, de manera que estas desregulaciones (...) se hacen aparentes clínicamente cuando los factores estresantes las desenmascaran ya en un fenotipo clínico (27).

En lo que sí parece haber consenso, es en el hecho de que el reconocimiento clínico de la fragilidad sólo puede establecerse mediante la valoración integral sistemática de los antecedentes de los factores de riesgo que debiera ser del conocimiento y practicada por todo profesional que tenga a su cargo la atención a pacientes de la tercera edad, principalmente en el nivel comunitario (32).

El nivel primario de atención médica es el más cercano al AM y es donde se ha propuesto iniciar las estrategias de atención, promoción de salud, prevención y adecuación de los servicios y recursos sanitarios a sus necesidades. Entre los programas priorizados del Sistema Nacional de Salud cubano se encuentra el de Atención Integral al AM, que concibe la evaluación integral al AM y la aplicación de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) de la cual se derivan los criterios cubanos de fragilidad (33).

2.1. Criterios cubanos de fragilidad.

- Doble incontinencia.
- Alteraciones de movilidad y el equilibrio menor de 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.
- Polifarmacia (uso de tres ó más medicamentos).
- Alteración de todas las variables de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional en 4 o menos.
- APP de Síndrome demencial con:

- Alteraciones del estado emocional.
 - Alteraciones del sueño.
 - Alteraciones de la movilidad.
 - Alteraciones del uso de medicamentos.
 - Deficiente apoyo familiar.
 - Deficiente apoyo social.
 - Mala situación económica.
- Cualquier combinación de los problemas sociales (situación familiar, social y económica) menores de 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.
 - Anciano solo con alguna alteración del Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.
 - Mayor de 80 años con alguna alteración del Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.
 - Alteraciones de la memoria menor que 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.
 - Alteraciones del estado funcional global menor de 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.

Cuando se hace mención a “alteraciones” se refiere a que la variable correspondiente en la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional se ha evaluado en la categoría 3 o inferior a esta.

Cuba presenta un envejecimiento poblacional progresivo con un incremento marcado en los últimos años. Se prevé que para el año 2020 alrededor de 400 000 cubanos habrán cumplido los 80 años. 3,72 Se estima que el porcentaje de AM alcance el 25 % para el 2025, momento en el que Cuba será el país más envejecido de América Latina y para el año 2050, uno de los más envejecidos del mundo (18).

2.2. Definición de caída.

Según la Organización Mundial de la Salud, caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Es el desplazamiento del cuerpo en forma inadvertida y súbita hacia

un plano inferior con relación a la presencia de uno o varios factores, con o sin pérdida del estado de conciencia o lesión (17).

Una tercera parte de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen por lo menos una vez al año, siendo más frecuente en mujeres y personas institucionalizadas por lo que constituyen los accidentes más frecuentes en las personas mayores y en muchos casos los accidentes son fatales o, cuando menos, muy incapacitantes. La incidencia anual de caídas entre personas ancianas que viven en la comunidad aumenta del 25 % entre los 65-70 años, al 35 % después de los 75. La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces y son más frecuentes en hogares de ancianos y residencias. Las mujeres parecen sufrir más caídas que los hombres hasta los 75 años, a partir de la cual la frecuencia es similar en ambos sexos. Ellas provocan lesiones importantes y fracturas que en los pacientes de edad geriátrica conllevan a una larga y difícil rehabilitación, pudiendo llegar a ser en ocasiones fatales; además traen consigo, por leves que sean, factores físicos o psicológicos, pérdida de la movilidad y para las personas ancianas, esto es tan precioso como la vida misma (13,17,18).

La problemática que tienen las caídas accidentales es su nombre, que por su significado habitual se entiende como un suceso casual, fortuito debido a la suerte. No obstante, cuando se tiene en cuenta que pueden ocurrir, pueden evitarse o al menos disminuir la gravedad de sus consecuencias (invalidez, incapacidad y otras) (18).

Es un problema frecuentemente ignorado por los pacientes, la familia y los mismos médicos, por lo que es muy importante preguntarlo en forma directa, sin embargo cuando el paciente o la familia lo mencionan se describe como caídas accidentales, desmayos, pérdidas repentinas del estado de conciencia o como pérdida súbita de la fuerza en las piernas. Hay que tener en cuenta que muchos pacientes ocultan las caídas para evitar ser restringidos en su vida cotidiana (18).

Ante una caída, el profesional debe proponerse no solo evaluar los posibles efectos provocados por esta, sino, además, hacer una evaluación exhausta de

las causas y factores asociados que produjeron las mismas y proponer para ello un plan de manejo para evitar que otras se produzcan (18).

La mayoría de las caídas ocurren durante actividades leves o moderadas, tales como un ejercicio físico incorrecto, la presencia de animales domésticos, calzado inadecuado, soledad. Y también debido a la vestimenta larga, ingestión de bebidas alcohólicas, no utilizar aditamentos necesarios (bastón, andadera, lentes). Su mayor parte ocurre en el domicilio, debido a las condiciones del piso, mala iluminación, escalera, desorden, baño; y por peligros específicos, como cordones sin atar, alfombras, mascotas. Otros factores que constituyen riesgo son: entre otros, los trastornos de la visión, del sistema vestibular, así como el déficit en la perfusión cerebral, cambios estructurales en el Sistema Nervioso Central, los peligros del Medio Ambiente y otras enfermedades asociadas (18).

La mayoría de las caídas en el adulto mayor traducen un síntoma de enfermedad o trastorno subyacente (incluyendo iatrogenia) por lo que no es apropiado atribuir la caída solamente a peligro ambiental o a la edad. Un quinto de los adultos mayores de entre 65 a 69 años, y hasta dos quintos de los mayores de 80, relatan al menos una caída en el último año. Las caídas son más frecuentes en personas más añosas y suelen anteceder a un período de declinación gradual de las funciones y al desarrollo de estados confusionales agudos (18).

3. Factores de riesgo

Las principales causas de morbilidad de mayores de 65 años desde la antigüedad hasta la fecha, son las afecciones cardiovasculares, en la actualidad a esas causas se han adicionado las complicaciones de la diabetes, los traumatismos (en particular las fracturas), las enfermedades cerebrovasculares y las neumonías. Poco se conoce la participación de las afecciones como la alteración de la nutrición (en particular de la obesidad), la demencia y la depresión, por carecer de un adecuado registro (11-13).

En nuestra sociedad la esperanza de vida ha ido incrementándose en los últimos años, logrando una expectativa de vida del ciudadano cubano de

alrededor de 75 años para ambos sexos, lo cual se ha visto favorecido por la consolidación y organización del Sistema de salud, y enfermedades que en años anteriores pasaban inadvertidas, hoy constituyen temas de investigación científica (14).

El conocimiento y estudio de estos factores de riesgo, donde encontramos: La Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus, Enfermedades cardiacas (Isquémicas, Valvulares y Arrítmicas), la Dislipidemias y otros como la edad, sexo, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, entre otros, constituyen elementos decisivos para la prevención y promoción de la salud a nivel de la atención primaria, por ser la piedra angular y el soporte que permite el éxito en el desafío propuesto por la Salud Pública Cubana en el presente quinquenio (34,35).

El adulto mayor, es portador de una serie de factores, que favorecen la aparición de enfermedades del Sistema Cardiorrespiratorio y Óseo Muscular. Estudios al respecto, han permitido identificar los factores de riesgo predisponentes a las afecciones mencionadas (35).

De ahí la importancia de conocer entonces el concepto de factores de riesgo, que no es más que las condiciones que aumentan la posibilidad de daño a la salud, y sus distintas clasificaciones, pueden ser: biológicos, sociales y ecológicos, o pueden ser internos (aquellos que para su detección requieren de un examen metabólico o la asistencia de un especialista. Ellos son: alto nivel de Colesterol, Triglicéridos, Ácido úrico, azúcar en sangre, Hipertensión) y externos (pueden ser controlados por el propio individuo; sobrepeso tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo), entre otras clasificaciones (34,35).

Diversos estudios de población, han demostrado que las enfermedades cardiovasculares, tienen una incidencia más baja entre personas que llevan una vida activa. Por esta razón, el ejercicio físico ha sido señalado como uno de los métodos más útiles para prevenir el desarrollo de patologías coronarias (34,35).

Las lesiones vasculares del cerebro se asocian a la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Cardiopatías y a la edad. El tabaco y el

sedentarismo también aumentan el riesgo de sufrir una lesión cerebro vascular (34,35).

Aunado a estos cambios biológicos y a la presencia de patologías, algunos adultos mayores tienen que enfrentarse además a los problemas sociales, psicológicos y económicos (34,35).

En la Encuesta Nacional de Factores Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades no Transmisibles (ENT) realizada en Cuba en 2005, se reportaron cifras interesantes sobre los hábitos tóxicos y las ENT en las personas de 60 años y más. En relación con el hábito de fumar, se estimó que alrededor de 35,0 % de los adultos mayores fuma y los alcohólicos se encuentran en proporción inferior a 1,0 %; al sumar las cifras de nuevos hipertensos e hipertensos conocidos, se encontró que casi 60,0 % padece Hipertensión Arterial (HTA), 51,0 % son sedentarios sin actividad adicional y existe una mayor proporción de adultos mayores con sobrepeso que con deficiencia energética corporal (Comité Estatal de Estadísticas: Encuesta Nacional de personas de 60 años y más (4).

En la Encuesta Nacional sobre personas de 60 años y más, patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud y realizada en Cuba en 2005, se obtuvo que 69,6 % de los encuestados padecían, al menos, de una enfermedad crónica y 13,9 % alguna alteración de los sentidos (4).

Sobre prevalencia de las ENT dispensarizadas, la HTA ocupa el primer lugar, seguida de Diabetes Mellitus (DM) y de la Cardiopatía Isquémica (CI). En Cuba se han realizado varias investigaciones para evaluar la morbilidad de los mayores de 60 años; hay varios estudios locales que recogen cifras de prevalencia cercanas a las tasas nacionales (4).

Según especialistas en Medicina General Integral (MGI) y Master en Longevidad Satisfactoria del Policlínico Docente "Ramón Gonzales Coro" de Ciudad de La Habana, quienes realizaron un estudio sobre el comportamiento de las ENT este arrojó predominio de la HTA, que se presentó en el 55 % de los adultos mayores, seguida por las enfermedades del corazón, con un 32,3 %, y la DM (18,3 %). Es significativo, que el 15 % de los ancianos de la

muestra presentaba deterioro cognitivo, el 9,3 había padecido de Enfermedades Cerebro Vasculares (ECV), y que la depresión se presentara en el 6,7 % de los casos objeto de estudio (6).

La DM es una enfermedad invalidante por las diferentes complicaciones que produce, de manera que el Ministerio de Salud Pública de Cuba ha trazado estrategias para reducir sus tasas de morbilidad, pues alrededor de 3 % de los cubanos mayores de 60 años son diabéticos (7).

Estas entidades que como indican los estudios son las ENT que más afecta a los ancianos, se comportan de esta manera porque precisamente este grupo etario tienen factores de riesgo como aterosclerosis, tabaquismo, sedentarismo y la propia edad que dan al traste con este comportamiento (34,35).

En la morbilidad por Enfermedades Transmisibles (ET) se observa incremento en el riesgo de consultar y morir por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), a expensas fundamentalmente de las provincias La Habana, Ciudad de La Habana, Matanzas y Villa Clara; este riesgo disminuye en la Tuberculosis (TB) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA); no obstante, las provincias Sancti Spíritus, Ciego de Ávila y el municipio Isla de la Juventud incrementan la probabilidad de enfermar por TB y Pinar del Río, Villa Clara y Camagüey, entre otras las de morir por esta causa (4).

Datos obtenidos de la Revista Cubana de Salud Pública específicamente del artículo Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Entre las ET que más se reportan como que afectan a la población de 60 años y más, se encuentran las IRA y EDA con tasas de atenciones médicas prestadas de 265,1 y 47,2 por 1 000 habitantes de esa edad respectivamente (7).

Según la información suministrada por el Registro Nacional del Cáncer de Cuba, durante el 2011 el número total de casos nuevos de tumores malignos reportados para la población de 60 años y más fue de 17 083 (64,0 % del total del reporte para todas las edades). La incidencia fue mayor en los hombres y las principales localizaciones en orden decreciente correspondieron a pulmón, piel y próstata con tasas de 262,8, 249,6 y 230,6 por 100 000 habitantes respectivamente. Para las mujeres los En la Encuesta Nacional de Factores

Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades no Transmisibles (ENT) realizada en Cuba en 2005, se reportaron cifras interesantes sobre los hábitos tóxicos y las ENT en las personas de 60 años y más. En relación con el hábito de fumar, se estimó que alrededor de 35,0 % de los adultos mayores fuma y los alcohólicos se encuentran en proporción inferior a 1,0 %; al sumar las cifras de nuevos hipertensos e hipertensos conocidos, se encontró que casi 60,0 % padece Hipertensión Arterial (HTA), 51,0 % son sedentarios sin actividad adicional y existe una mayor proporción de adultos mayores con sobrepeso que con deficiencia energética corporal (Comité Estatal de Estadísticas: Encuesta Nacional de personas de 60 años y más 2009) (4-7).

3.1. La vejez como factor social

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo y será protagonista del siguiente, pues traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región. Estas transformaciones ya son experimentadas por el mundo desarrollado y, si bien Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias, algunas circunstancias nos diferencian de estos países, tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento como a la estructura social y económica que enfrentará las consecuencias de este proceso (36).

La vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, de la independencia económica y funcional, la modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción, la percepción que los demás tienen de nosotros, etc (37).

No se puede obviar el hecho de que edad avanzada y vejez no significan necesariamente lo mismo. La edad cronológica no admite ambigüedades: una persona, quiera o no, cumple años cada 364 días. Sin embargo, no sucede lo mismo con la "condición" de vejez, cuyo significado ha variado y probablemente seguirá transformándose en el tiempo, pues varía en un mismo momento histórico de una cultura a otra, de una región a otra, de un país a otro. Dentro de un mismo país, la salud, la situación económica, social y familiar y sus implicaciones para el bienestar de los ancianos son claramente diferenciales según clase socioeconómica, género, etnia y lugar de residencia. En las

edades avanzadas, los tiempos y causas de muerte y la presencia de enfermedades, sus formas y efectos, variarán según la clase social y el género. "Los cuidados en la salud, el acceso y el uso de servicios médicos, la capacidad de prevención y atención, las formas de nutrición y también los excesos, obedecen todos a niveles educativos, patrones culturales y disponibilidad de recursos. De la misma manera, también se determinan la capacidad y las formas de respuesta ante los problemas" (38).

Desde una óptica más positiva, el envejecimiento individual y el demográfico tienen en común que sus efectos tenderán a ser más efectivos (un incremento en el bienestar de los individuos y un mayor desarrollo de las sociedades) en la medida en que se tenga mayor conocimiento sobre cómo son actualmente los ancianos y qué significa exactamente ser viejo en nuestra sociedad. Sólo bajo estas condiciones, las personas y sociedades podrán tomar medidas y desarrollar cursos de acción adecuados, pertinentes y oportunos para lograr "una sociedad para todas las edades", donde los principios de equidad y trato justo pasen de ser una premisa bien intencionada a una realidad (38).

El acercamiento al tema de la vejez y el envejecimiento tendrá un enfoque que lo considera un fenómeno social más, dentro de los muchos existentes y posibles, y que puede ser científica y empíricamente aprehendido. Esto no significa pasar por alto el gran impacto, los enormes desafíos y la larga lista de problemas concretos que suponen para nuestras sociedades y los individuos que las componen (no sólo quienes experimentan la vejez), sobre todo en nuestra región, que presenta una serie de "desventajas comparativas" con relación a los países desarrollados. Por el contrario, uno de los objetivos de este trabajo es identificar y caracterizar los factores que hacen que un fenómeno natural dentro del ciclo de vida se experimente como una amenaza o fuente de inseguridad y riesgo para algunas personas, hogares y comunidades. No obstante, o más bien debido a ello, un primer acercamiento a este fenómeno lo considera en todas sus dimensiones, sin caer en la tan frecuente y muchas veces perniciosa práctica de reducirlo solamente a su aspecto individual y conflictivo (38).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal para establecer la correlación entre los factores de riesgo y la morbilidad en el Adulto Mayor del Consultorio Médico de la Familia No. 12 del Área de Salud de Tamarindo, Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de mayo de 2014 a mayo de 2015.

Universo y muestra

El universo de estudio quedó conformado por 65 pacientes mayores de 60 años de edad residentes del área de Salud de Tamarindo, Ciego de Ávila, en el periodo de estudio antes comprendido. La muestra quedó conformada finalmente con 65 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años de ambos sexos que dieron su disposición a participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

- Pacientes mentalmente afectados o con historia de enfermedad psiquiátrica.

Criterios de salida:

- Pacientes que fallezcan durante el periodo de estudio.

Métodos:

La recolección de la información para la investigación se aplicó una encuesta que se utilizó como fuente de información primaria (ver anexo II), confeccionada por la investigadora y validada por criterios de expertos del departamento de MGI del área de salud donde se llevó a cabo la investigación, igualmente se exploraron variables de interés a través de los métodos de la observación, entrevista y mediante la aplicación de la escala geriátrica de evaluación funcional, además se realizó revisión de documentos (historia clínica individual).

Técnicas de obtención de la información:

Pruebas documentales y análisis de documentos: Se obtendrá la información actualizada a través de la búsqueda de información, de la revisión de documentos oficiales como es el caso de la historia clínica individual.

Entrevistas: Es un método de recogida de información cara a cara. Se realizó la entrevista abierta que facilita un entorno más ameno con el objetivo de conocer el criterio de los pacientes con respecto a los factores de riesgo.

Cuestionarios: se utilizó la escala geriátrica de evaluación funcional validadas por investigaciones anteriores realizadas en la provincia con el objetivo de conocer mediante el criterio médico el validismo y fragilidad del paciente adulto mayor (ver anexo III).

Condiciones del entorno.

El ambiente de realización de la investigación se caracteriza por ser un área rural de montaña. De sus habitantes, un 26,17% pertenecen a la tercera edad y, generalmente, algunos dedicados a actividades agropecuarias y domésticas y, otros a permanecer inactivos en sus hogares, se revelan como personas tradicionalistas en lo relacionado con inadecuados hábitos alimentarios, la automedicación y el incumplimiento de orientaciones relacionadas con la necesidad de mantenerse activos.

En correspondencia al problema de investigación que se pretende generalizar, a continuación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe las manifestaciones de morbilidad y factores de riesgo asociados en pacientes de más de 60 años de edad. Por último se procedió al análisis de los resultados dando salida a los objetivos a través de las conclusiones y recomendaciones.

Definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	60 -69 años 70-79 años Más de 80 años.	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupos de edades
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según género y sexo que corresponda.	Número y porcentaje según grupos de edades
Hábito tabáquico	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica individual.	Número y porcentaje según grupos de edades
Evaluación nutricional	Cualitativa ordinal	Normopeso Bajo peso Sobrepeso	Según cálculo de índice de masa corporal (IMC).	Número y porcentaje según grupos de edades
HTA	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica individual.	Número y porcentaje según grupos de edades
Diabetes mellitus	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica individual.	Número y porcentaje según grupos de edades
Cardiopatía isquémica	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica individual.	Número y porcentaje según grupos de edades
Asma bronquial	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica individual.	Número y porcentaje según grupos de edades
AVE	Cualitativa nominal politómica.	Isquémico. Hemorrágico. No presenta.	Según si presente historia de accidente vascular encefálico.	Número y porcentaje según grupos de edades
Enfermedades ortopédicas	Cualitativa nominal politómica	Caída. Osteoartritis. No presenta.	Según historia clínica individual.	Número y porcentaje según grupos de edades
Cáncer	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica individual.	Número y porcentaje según grupos de edades
Escala geriátrica	Cualitativa	Frágil.	Según valores	Número y

	nominal dicotómica	No frágil.	de la escala (ver anexo III)	por ciento según grupos de edades
--	-----------------------	------------	---------------------------------	---

Plan de análisis de los resultados:

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables sociodemográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar

Para determinar la correlación entre factores de riesgo y morbilidad en el adulto mayor se realizó una tabla de contingencia de todas las variables de interés para el estudio. Para el análisis de los datos se utilizará el programa SPSS versión 15.0, para determinar si es significativa cada variable con un nivel de significación $\leq 0,05$. Se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables cualitativas. Se utilizó la técnica de ANOVA de un factor para evaluar la igualdad de medias en variables cuantitativas con más de 2 muestras independientes. Se realizó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos o su homóloga U de Mann-Whitney para el caso de que las variables no sigan una distribución normal. Se utilizó la prueba de Kruskal Wallis para identificar diferencias significativas entre evaluaciones de rangos de variables ordinales en más de 2 muestras independientes.

Procedimientos éticos:

En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa, respetar los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos, del mismo modo se aplicó las pautas personalistas del respeto a la dignidad humana. La información del estudio, se obtuvo a través de una entrevista individual, esta se recogió en los formularios que se llenaron por los autores de la investigación y se completó con los datos consignados en la historia clínica del paciente. De la misma manera, con privacidad y lenguaje claro, se ejecutó las entrevistas.

Se pidió a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para participar en el estudio (ver Anexo I). Se explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado. Se aplicó los principios de beneficencia y no maleficencia al procurar el bienestar de todos los participantes, sin establecer distinciones ni prioridades por lo que la justicia formará parte de toda la práctica médica implicada.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo. Ciego de Ávila. 2016.

Sexo	N	%	Edad			
			Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Masculino	31	47,7	74,8	10,3	63	97
Femenino	34	52,3	71,6	9,1	61	100
Total	65	100,0	73,1	9,7	61	100

Prueba T para la igualdad de medias. $p = 0,200$

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según el sexo biológico de pertenencia y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades de los mismos.

Los 65 pacientes presentaron una media de edades de 73,1 años y una dispersión de los datos respecto a su media de 9,7 años con valores mínimo y máximo de 61 y 100 años respectivamente.

Se presentaron más pacientes femeninas con 34 para un 52,3% del total y una media de edades ligeramente inferior a la media de la serie (71,6 años), mientras los 31 pertenecientes al sexo masculino representaron el 47,7% con media de edades de 74,8 años.

El resultado de la prueba estadística empleada indica que las medias de edades de los pacientes según sexo, no resultaron significativamente diferentes entre sí.

En un estudio similar realizado en Brasil, en el año 2010 por Trindade Radovanovic y colaboradores (39), este estudio 408 pacientes adulto mayor, los cuales eran predominantemente del sexo femenino (68,63%), pero sin diferencia significativa entre los sexos, similar a lo encontrado en el presente estudio.

Tabla 2. Pacientes según morbilidad y edad. Ciego de Ávila. 2016.

Morbilidad		N	Edad		p
			Media	Desv. típ.	
HTA	Si	34	72,5	8,2	0,608 ^a
	No	31	73,8	11,3	
Diabetes Mellitus	Si	8	75,0	6,2	0,424 ^a
	No	57	72,9	10,2	
Cardiopatía isquémica	Si	4	70,5	5,8	0,581 ^a
	No	61	73,3	10,0	
Asma bronquial	Si	9	70,4	4,8	0,153 ^a
	No	56	73,6	10,3	
AVE	No presenta	59	72,9	9,6	0,637 ^b
	Isquémico	4	77,5	14,1	
	Hemorrágico	2	71,0	7,1	
Enfermedades ortopédicas	No presenta	48	71,5	8,9	0,059 ^b
	Caída	2	83,0	5,7	
	Osteoartrosis	15	76,9	11,3	
Cáncer	Si	3	67,0	3,6	0,269 ^a
	No	62	73,4	9,9	
EGEF	Frágil	20	79,0	11,1	0,005 ^a
	No frágil	45	70,5	8,0	

EGEF: Escala geriátrica de evaluación funcional

^a Prueba T para la igualdad de medias

^b ANOVA de un factor

La tabla 2 muestra la distribución de pacientes según la morbilidad presentada y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades de los mismos.

Las medias de edades de los enfermos de hipertensión arterial (72,5 años), cardiopatía isquémica (70,5 años), asma bronquial (70,4 años), y cáncer (67,0 años), resultaron menores al compararlas con los promedios de edades de pacientes que no presentaron las mencionadas enfermedades. La media de

edades de los pacientes con diabetes mellitus (75,0 años), resultó superior a la media de los que no presentaron la misma.

El accidente vascular encefálico isquémico, presentó una media de edades superior (77,5 años), al hemorrágico (71,0 años) y en las afecciones ortopédicas se observó una media de edades superior en los pacientes con caídas (83,0 años) que en los que presentaron osteoartrosis (76,9 años).

En ninguna de las enfermedades mencionadas las medias de edades resultaron significativamente diferentes entre sí, según resultado de la prueba estadística utilizada.

Los pacientes clasificados como frágil según escala geriátrica de evaluación funcional, presentaron una media de edades superior (79,0 años) que los que resultaron clasificados como no frágil (70,5 años), con diferencias significativas entre las medias para las categorías de esta variable.

Trindade Radovanovic (39), reporta en su estudio que después del ajuste de las variables, el intervalo de edad fue estadísticamente significativo entre la presencia de la HTA, IMC y diabetes mellitus. Concluye que los individuos de más de 50 años tienen 5,35 veces más probabilidades de ser hipertensos que los de menor edad, y de los individuos hipertensos poseen cinco o más factores de riesgo cardiovascular. Los individuos con DM tienen 2,9 veces más probabilidades de ser hipertensos que los sin DM. Con un franco aumento de la prevalencia de estos factores en edades más avanzadas. Los individuos con diabetes tienen su probabilidad aumentada en casi tres veces para el desarrollo de HTA que los no diabéticos. Un estudio epidemiológico apunta que la diabetes e hipertensión son condiciones comúnmente asociadas, Niveles elevados de colesterol asociados a la hipertensión representan más de 50% del riesgo atribuible a la enfermedad de la coronaria, de forma que intervenciones terapéuticas pueden disminuir la morbilidad y la mortalidad en diversas condiciones de riesgo. Se encontró, también, que la mayoría de los individuos con HTA presentó aglomeración de más de tres factores de riesgo cardiovasculares, y conforme la edad avanzaba (40).

La variable actividad física o fragilidad en el adulto mayor no presentó asociación significativa con la presencia de HTA, sin embargo los autores de esa investigación relatan que los estudios longitudinales son más apropiados para evaluar los efectos de la actividad física sobre la presión arterial. El ejercicio físico regular es recomendado como procedimiento no farmacológico en el tratamiento de la HAS, no apenas por el efecto beneficioso sobre la presión arterial, pero, también, por la reducción de otros factores de riesgo cardiovasculares (1,41,42).

Molina (43), en su trabajo plantea que en la mayoría de las enfermedades estudiadas se produce un incremento de su frecuencia a medida que aumenta la edad, y pone el ejemplo de la HTA con una frecuencia del 52,6 % en el grupo 65-69 y del 63,6% en 80 y más.

Tabla 3. Pacientes según morbilidad y sexo. Ciego de Ávila. 2016.

Morbilidad		Sexo				Total		p *
		Masculino		Femenino				
		No.	%	No.	%	No.	%	
HTA		15	48,4	19	55,9	34	52,3	0,722
Diabetes Mellitus		1	3,2	7	20,6	8	12,3	0,080
Cardiopatía isquémica		3	9,7	1	2,9	4	6,2	0,540
Asma bronquial		4	12,9	5	14,7	9	13,8	1,000
AVE	Isquémico	2	6,5	2	5,9	4	6,2	0,390
	Hemorrágico	0	0,0	2	5,9	2	3,1	
Enf. ortopédicas	Caída	0	0,0	2	5,9	2	3,1	0,381
	Osteoartrosis	7	22,6	8	23,5	15	23,1	
Cáncer		0	0,0	3	8,8	3	4,6	0,271
EGEF (frágil)		8	25,8	12	35,3	20	30,8	0,576

EGEF: Escala geriátrica de evaluación funcional

* Chi-cuadrado de Pearson

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según el sexo biológico de pertenencia y las diferentes morbilidades referidas al interrogatorio de los pacientes.

Se pudo observar que la hipertensión arterial resultó la enfermedad más frecuente apareciendo en 34 pacientes para un 52,3% del total, seguida por la evaluación frágil en la escala geriátrica de evaluación funcional con 20 pacientes para el 30,8% y la osteoartrosis con 15 de ellos para el 23,1%.

La cardiopatía isquémica y el AVE isquémico, resultaron las únicas morbilidades que se observaron con mayor porcentaje en el sexo masculino, el resto predominó en las féminas, pero en ninguno de los casos se encontraron diferencias significativas según morbilidad para uno y otro sexo por los resultados de la prueba estadística empleada.

Trinidad Radovanovic (1), en su estudio realizado refiere que la hipertensión mostró ser mayor entre las personas de sexo femenino corroborando los

hallazgos de otras investigaciones realizadas con adultos y ancianos, y no se observó asociación estadísticamente significativa entre los sexos (44-46).

Fis Pérez (47), en su estudio realizado en el estado de Bolívar, Venezuela en el año 2010, esta relaciona las enfermedades crónicas por sexo refiriendo que existe un predominio de las enfermedades osteoarticulares (33.1%), seguida de la [Hipertensión](#) arterial (31.8%) y de las enfermedades visuales (30%), todas con un mayor porcentaje en el sexo femenino (58.6%, 52.7% y 51.5% respectivamente) siendo altamente significativa la incidencia de estas enfermedades. Con discreto predominio de los [accidentes](#) vasculares encefálicos y las [enfermedades cardiovasculares](#) en el sexo masculino (66.6% y 55.5%) respectivamente.

En un estudio realizado por Rodríguez y Martínez (48), de Prevalencia de enfermedades no transmisibles en adultos mayores de Ciudad de La Habana. demostraron tasas superiores en el sexo femenino para las causas seleccionadas y para las enfermedades cerebrovasculares prevalencia ligeramente mayor en los hombres lo que coincide con el presente estudio.

Guerra en su estudio encontró que la Hipertensión arterial constituyó una de las enfermedades crónicas no trasmisibles más frecuentes con un 55 %, coincidiendo con este estudio (49).

Coincidimos además con González Sánchez (50), que en su trabajo registra una mayor prevalencia de diabéticos en mayores de sesenta años y reporta predominio femenino (56.9%) dentro de los adultos mayores con esta patología.

Tabla 4. Pacientes según morbilidad y evaluación nutricional. Ciego de Ávila. 2016.

Morbilidad		Evaluación nutricional						Total		p
		Bajo peso		Normopeso		Obeso				
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
HTA		7	22,6	7	20,6	20	58,8	34	52,3	0,923 ^b
Diabetes Mellitus		2	6,5	1	2,9	5	14,7	8	12,3	0,973 ^b
Cardiopatía isquémica		1	3,2	0	0,0	3	8,8	4	6,2	0,666 ^b
Asma bronquial		2	6,5	1	2,9	6	17,6	9	13,8	0,747 ^b
AVE	Isquémico	1	3,2	1	2,9	2	5,9	4	6,2	0,928 ^a
	Hemorrágico	0	0,0	1	2,9	1	2,9	2	3,1	
Enf. ortopédicas	Caída	0	0,0	0	0,0	2	5,9	2	3,1	0,306 ^a
	Osteoartrosis	4	12,9	4	11,8	7	20,6	15	23,1	
Cáncer		1	3,2	2	5,9	0	0,0	3	4,6	0,063 ^b
EGEF (frágil)		3	9,7	5	14,7	12	35,3	20	30,8	0,778 ^b

EGEF: Escala geriátrica de evaluación funcional

^a Prueba de Kruskal-Wallis

^b U de Mann-Whitney

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según su evaluación nutricional por cálculo del índice de masa corporal y las diferentes patologías presentes en los mismos al momento de la investigación.

Las entidades con mayor porcentaje de aparición en los pacientes clasificados bajo peso resultaron la hipertensión arterial con el 22,6% de estos, la osteoartrosis con el 12,9% y la evaluación de escala geriátrica funcional frágil. Para el caso de las evaluaciones nutricionales de normopeso y obeso se repite la hipertensión arterial como la entidad más frecuente con 20,6% y 58,8% respectivamente, pero en estos 2 casos se observó mayor frecuencia de la clasificación frágil por escala geriátrica de evaluación funcional con porcentajes de 14,7% y 35,3% por ese orden que la osteoartrosis con 11,8% para los primeros y 20,6% para los últimos.

En ninguna de las entidades evaluadas se observó diferencias significativas para las diferentes evaluaciones nutricionales, según el resultado de las pruebas estadísticas analizadas.

En relación al IMC, Trindade Radovanovic y colaboradores (1), se verificó que una asociación significativa, semejante a los resultados de otras investigaciones que también observaron una asociación significativa con la HTA y el IMC. En este estudio, los individuos con obesidad mostraron tener 2,35 veces más probabilidades de ser hipertensos que los individuos con peso considerado normal. La prevalencia de la obesidad ha aumentado en todo el mundo y es considerada un importante factor de riesgo para la HTA. Un estudio realizado en el norte de la China describe que el IMC aumentado está fuertemente ligado a la hipertensión, pero ese indicador representa el peso total del cuerpo, siendo incapaz de distinguir entre el exceso de tejido adiposo y la alta masa muscular (51).

Tabla 5. Pacientes según morbilidad y hábito tabáquico. Ciego de Ávila. 2016.

Morbilidad	Hábito tabáquico				Total		p *	
	Fumador		No fumador		No.	%		
	No.	%	No.	%				
HTA	19	61,3	15	44,1	34	52,3	0,849	
Diabetes Mellitus	5	16,1	3	8,8	8	12,3	1,000	
Cardiopatía isquémica	1	3,2	3	8,8	4	6,2	0,380	
Asma bronquial	5	16,1	4	11,8	9	13,8	1,000	
AVE	Isquémico	1	3,2	3	8,8	4	6,2	0,357
	Hemorrágico	1	3,2	1	2,9	2	3,1	
Enf. ortopédicas	Caída	1	3,2	1	2,9	2	3,1	0,862
	Osteoartrosis	8	25,8	7	20,6	15	23,1	
Cáncer	3	9,7	0	0,0	3	4,6	0,371	
EGEF (frágil)	12	38,7	8	23,5	20	30,8	1,000	

* Chi-cuadrado de Pearson

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según la referencia al hábito de fumar al interrogatorio realizado y la presencia de diferentes entidades nosológicas al inicio de la investigación.

Las morbilidades más frecuentes en general (hipertensión, frágil según escala geriátrica de evaluación funcional y osteoartrosis) resultaron las más frecuentes en el mismo orden tanto para fumadores como no fumadores, con porcentajes de 61,35 y 44,1% para la hipertensión, 38,7% y 23,5% para la evaluación frágil y 25,8% y 20,6% para la osteoartrosis respectivamente.

Entre fumadores presentaron un mayor porcentaje la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el asma bronquial, el AVE hemorrágico, las enfermedades ortopédicas en general, el cáncer y la evaluación frágil, pero en ninguno de los casos se presentaron diferencias significativas con los no fumadores.

En relación al tabaquismo Trindade Radovanovic (39), verificó que los exfumadores presentaron mayor prevalencia de hipertensión, corroborado por los resultados encontrados en otros estudios. Además, en la presente

investigación los ex-fumadores y fumadores presentaron asociación significativa con la HTA. En una investigación realizada en Japón se observó que el tabaquismo y HTA son los dos principales factores de riesgo para la mortalidad de adultos por enfermedades no transmisibles (52).

Los factores de riesgo asociados a la morbilidad e identificados en el presente estudio muestran que esas cuestiones constituyen un desafío para el sector de la salud también en las pequeñas ciudades, ya que ellos reflejan los hábitos de la vida contemporánea, como tabaquismo, alimentación inadecuada y sedentarismo. Esos hábitos resultan en problemas de salud como la HTA, diabetes mellitus, la obesidad y la dislipidemia, que es una importante causa conocida de morbimortalidad en adultos en el mundo. Esos hallazgos refuerzan la necesidad de efectuar nuevos estudios comparando el estilo de vida y comportamientos en salud con la presencia de los factores de riesgo cardiovasculares, en poblaciones residente en pequeños y en grandes municipios.

CONCLUSIONES

Predominaron las féminas y la octava década de la vida sin diferencias significativas de las edades según sexo. Los pacientes clasificados como frágil según escala geriátrica funcional, presentaron una media de edades significativamente mayor que los clasificados como no frágil. La hipertensión arterial, la evaluación frágil y la osteoartrosis resultaron las entidades más frecuentes por ese orden. No se presentaron diferencias significativas de ninguna de las entidades evaluadas respecto a sexo, evaluación nutricional y hábito de fumar.

RECOMENDACIONES

- Generalizar los resultados de la presente investigación con el objetivo de involucrar a todas las organizaciones de salud y gubernamentales y facilitar una longevidad sana a este grupo de población.
- Elaborar una estrategia de intervención integrada para la disminución de los factores de riesgo y la morbilidad del adulto mayor para disminuir o modificar la aparición de enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Landrove O, Gámez AI. Transición epidemiológica y las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas y en Cuba: el programa de intervención cubano. Reporte Técnico de Vigilancia. 2011;10(6):1-18.
2. Rodríguez A, Álvarez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública. 2010;32(2):118-22.
3. Olivares Díez JM, Pinal Fernández B. Manejo terapéutico en urgencias psiquiátricas. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA (editores). Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2009, p. 661-672.
4. Acosta O, Gámez AI. Transición epidemiológica y las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas y en Cuba: el programa de intervención cubano. Reporte Técnico de Vigilancia. 2011;10(6):1-18.
5. Bernal A, Álvarez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública. 2010;32(2):118-22.
6. Medicina General Integral. Salud y Medicina. Sientes Álvarez Roberto; 2ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008. 1T:291_309.
7. Almansa Martínez Leocadio. Las Personas de edad en Cuba. Principales Tendencias Demográficas. Resumed.2009;12(2):77_90:<http://www>
8. Torres Vidal Rosa M, Gran Álvarez Miriam A. Revista Cubana Salud Pública. Ciudad de la Habana. abr._jun. 2005; V:3(N2).
9. Revista Cubana Medicina General Integral. Valimiento del adulto mayor v.26 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2010. <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
10. Pedelty Laura, Gorelick Philip High blood pressure multicentric study. 2008
11. Brookes, L. Sys-Eur: Systolic Hypertension in Europe Trial – Long Term Outcome Results. September 4, 2009.
12. Organización Panamericana De La Salud. 145a sesión del comité ejecutivo. 2011. <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce145.r12-s.pdf>
13. Pérez Castillo O. Homeopatía y Terapia Floral en pacientes con Hipertensión Arterial no controlada. Venezuela 2004.
14. Anuario estadístico de salud 2011, República de Cuba. La Habana, 2012. Ministerio de salud pública. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud.

15. Estadísticas a nivel provincial, provincia Ciego de Ávila, 2012. dirección provincial de salud.
16. Castañedo JF, Vicente N. Modelo de atención gerontológica en el Consejo Popular Los Sitios Ciudad de La Habana, Cuba. Rev Electrónica Geriatría. 2000;2:1-8.
17. Composortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, editor. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México DF: CIRSS, OPS, OMS;1995.
18. Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1996.
19. Kalache A. Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo, en la ciudad de Washington el 1-2 junio del 2000 [serie en Internet]. [citada 17 Nov 2013]. Disponible en: www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm
20. Vellas BJ, Wagne JS, Romero L, Baumgarten RN, Rubenstein LZ, Garry PJ. One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 1997;45:735-8.
21. Alarcón T, González Montalvo JI. Fragilidad y vejez compañeros inevitables de camino [editorial]. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32 (NM1):1-2.
22. Brown I, R enwick R, Raphael D. Frailty: constructing a common meaning, definition, and conceptual framework. Int J Rehabil Research. 1995;18:93-102.
23. Castelblanque E, Albert Cuñat V. ¿Quiénes son los ancianos frágiles – ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. Medicina General. 2012;45:443-680.
24. Redin JM. Comprehensive geriatric assessment (I). Evaluation of the geriatric patient and the concept of fragility. Anales del Sistema de Salud. 2012. SP3:3449.
25. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clin Geriatr Med. 1992; 8:1-17.

26. Brocklehurst JC. The geriatric service and the day hospital. In: Brocklehurst JC, editor. Textbook of geriatric medicine and gerontology. 3th ed. Edinburg: Churchill- Livingstone;1985.p.982-95.
27. Manual de la Organización Panamericana de la Salud para la atención al adulto mayor. Washington: OPS;2003.
28. Lipsitz LA. Physiological complexity, aging and the path to frailty [review]. Sci Aging Knowledge Environ. 2004;16.
29. Mitnitski AB, Song X, Rockwood K. The estimation of relative fitness and frailty in community-dwelling older adults using self-report data . J Gerontol Am Biol Sci Med Sci. 2004;59:M627-32.
30. Song X, Mitnitski A, MacKnight C, Rockwood K. Assessment of individual risk of death using self-report data: an artificial neural network compared with a frailty index. J Am Geriatr Soc. 2004;52:1180-4.
31. Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hebert R, et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in communitydwelling older adults: report from the Canadian Study of Health and Aging. J Gerontol Am Biol Sci Med Sci. 2014;59:1310-7.
32. Jones DM, Song X, Rockwood K. Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment. J Am Geriatr Soc. 2014;52:1929-33.
33. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor [serie en Internet]. [citada 2015]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/pronacional.html>.
34. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial. Ciudad de la Habana. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 1998. p. 11- 12.
35. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Enfermedades Crónicas no transmisibles. Programa Nacional, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. (htm) 1999 [En línea] (fecha de acceso 16 de Mayo del 2014); 38 (3):160-9 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38_3_99/med02399.htm.
36. OPS / OMS. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. N° 31. Washington D.C.: OPS/OMS; 1995. p. 9-10.

37. Jodelet D. Las representaciones sociales: fenómenos, conceptos y teorías en Psicología Social II. Barcelona: Editorial Paidós; 1989. p. 20.
38. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Galway: Universidad Nacional de Irlanda; 2003. p. 6,10.
39. Trindade Radovanovic CA. et. col. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jul.-ago. 2014;22(4):547-53. DOI: 10.1590/0104-1169.3345.2450 www.eerp.usp.br/rlae.
40. Freitas LRS de, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiol Serv Saúde. 2012;21(1):7-19.
41. Martins MSAS, Ferreira MG, Guimaraes LV, Vianna LAC. Hipertensión arterial y estilo de vida en Sinop, Municipio de la Amazonía Legal. Arq Bras Cardiol. 2010; 94(5):621-6.
42. Pontes FLI Junior, Prestes J, Leite RD, Rodriguez D. Influência do treinamento aeróbio nos mecanismos fisiopatológicos da hipertensão arterial sistêmica. Rev Bras Ciênc Esporte. 2010;32(2-4):229-44.
43. Molina Y, Juan C. Caídas en el adulto mayor. [serie en Internet] 2005 [fecha de acceso 11 de julio 2015] URL disponible en: <http://www.labomed.cl/caidas.htm>.
44. Egan BM. Prediction of incident hypertension. Health implications of data mining in the 'Big Data' era. J Hypertens. 2013;31(11):2123-4
45. Muraro AP, Santos DF dos, Rodrigues PRM, Braga JU. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(5):1387-98
46. Tavares DM dos S, Paiva MM de, Dias FA, Diniz MA, Martins NPF. Socio-demographic characteristics and quality of life of elderly patients with systemic arterial hypertension who live in rural areas: the importance of nurses' role. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013;21(2):515-22.

47. Fis Pérez Y. Factores de riesgo, ocurrencia y consecuencias de caídas en adultos mayores. parroquia Chirica San Félix municipio Caroní del estado Bolívar. Tesis de Grado. 2010.
48. Rodríguez LE, Martínez L, Pría MC, Menéndez J. Prevalencia referida de enfermedades no transmisibles en adultos mayores de Ciudad de La Habana: Rev. Cubana Hig Epidemiol. 2004; 42(1):123-7.
49. Guerra, JCL. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en ..Artículos relacionados bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4.../mgi05408.htm-En caché-Similares
50. González Sánchez RL, Fernández Torrente E, Rodríguez Sánchez R, Romero Guardes M. Características biopsicosociales del anciano de dos consultorios del policlínico California. Rev. Cubana Med Gen Integr 1998; 14(1):38-42.
51. Feng RN, Zhao C, Wang C, Niu YC, Li K, Guo FC et al. BMI is strongly associated with hypertension, and waist circumference is strongly associated with type 2 diabetes and dyslipidemia, in northern Chinese adults. J Epidemiol. 2012;22(4):317-23.
52. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto M do RG, Monego ET, Barroso WKS, Moreira HG, et al. Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil. Rev Assoc Med Bras. 2010;55(6):716-22.

ANEXOS

Anexo I

Carta de Consentimiento Informado de participación en el estudio.

Yo: _____

(Nombres y apellidos del paciente)

Recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que realicé a propósito de la investigación sobre principales factores de riesgo y morbilidad en el adulto mayor del consultorio no.12 del municipio de Florencia, sobre la que se aportó información suficiente.

Comprendo que mi participación en el estudio es ventajosa y voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio: cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que afecte mi relación con el médico.

La cual me ha explicado que los resultados son confidenciales, sin que se revele nunca mi nombre, y que los datos solo se utilizarán para esta investigación.

Por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad de participación, firmo este documento:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Firma del investigador: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Anexo II

Planilla de recogida de la información

- Nombre y apellidos:
- Edad:
- Sexo: CMF No.

Peso y talla

- ¿Practica ejercicios físicos?

Si: No: Algunas veces:

1. Hábitos tóxicos:

Fuma: Alcohol: Café:

2. ¿Padece alguna enfermedad crónica?

HTA Asma Bronquial

Diabetes Mellitus Cardiopatía Isquémica

Otra enfermedad crónica.

3. Evaluación de sus capacidades funcionales:

a) Camina

Solo: Con ayuda: No camina:

b) ¿Cómo se viste?

Solo: Con ayuda:

c) ¿Cómo se alimenta?

Solo: Con ayuda:

d) ¿Cómo se baña?

Solo: Con ayuda:

e) ¿Se comunica verbalmente? (Observación)

Bien: Regular: Mal:

f) ¿Está orientado? (Observación)

Si: No: Tiene lagunas:

¿Con quién vive?

g) Solo: Con su pareja: Con otro familiar:

Escala geriátrica de evaluación funcional

1. Continencia

- Perfectamente continente-5.
- Ha perdido ocasionalmente el control de la micción-4.
- Incontinencia urinaria con limitaciones en su vida diaria-3.
- Incontinencia urinaria impide realizar su vida diaria-2.
- Doble incontinencia, con pérdida de la autonomía-1.

2. Movilidad

- Se moviliza sin limitaciones-5.
- Algunas limitaciones con la movilidad-4.
- Dificultad de movilidad que limitan su vida diaria-3.
- Depende para moverse de la ayuda de otra persona-2.
- Se encuentra totalmente confinado en cama o sillón-1.

3. Equilibrio

- No refiere trastornos del equilibrio-5.
- Refiere trastornos pero no afecta su vida diaria-4.
- Trastornos del equilibrio con caídas y limitaciones-3.
- Trastornos con dependencia de ayuda en su vida diaria-2.
- La falta de equilibrio lo mantienen totalmente incapacitado-1.

4. Visión

- Tiene visión normal-5.
- Dificultad para ver pero sin limitaciones en su vida cotidiana-4.
- Dificultad para ver que limita su vida cotidiana-3.
- Problema de la visión que depende de otra persona-2.
- Ciego o totalmente incapacitado por falta de visión-1.

5. Audición

- Tiene audición normal-5.
- Dificultad para oír pero no limita su vida diaria-4.
- Evidente dificultad para oír con repercusión en su vida diaria-3.
- Severos problemas de audición que le limitan la comunicación-2.
- Sordo o aislado por falta de audición-1.

6. Uso de medicamentos

- Sin medicamentos-5.
- Usa menos de 3 de forma habitual-4.
- Usa de 3 a 5 por más de un mes-3.
- Usa más de 6 medicamentos-2.
- Se auto médica o no lleva control de los medicamentos que toma-1.

7. Sueño

- No refiere trastornos de sueño-5.
- Trastornos ocasionales sin necesidad de somníferos-4.
- Debe usar somníferos para lograr el sueño-3.
- Pese al uso de medicamentos mantiene trastornos del sueño-2.
- Trastorno severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria-1.

8. Estado emocional

- Se mantiene con buen estado de ánimo-5.
- Trastornos emocionales que supera sin ayuda profesional-4.
- Trastornos con uso de tratamiento-3.
- Trastornos con limitación aun con tratamiento-2.
- Trastornos emocionales que lo incapacitan-1.

9. Memoria

- Buena memoria-5.
- Refiere problemas pero no limita su vida diaria-4.
- Trastornos con limitaciones en su vida diaria-3.
- Trastornos con dependencia una parte del tiempo-2.
- Incapacitado dependiente total-1.

10. Apoyo familiar

- Cuenta con el apoyo de la familia-5.
- Existe apoyo familiar pero puede tener limitaciones-4.
- Apoyo restringido cuando tiene situaciones de crisis-3.
- Apoyo de vecinos y amigos aun en situaciones de crisis-2.
- Ausencia o abandono familiar total-1.

11. Apoyo social

- Apoyo total-5.
- Apoyo limitado-4.

- Apoyo que se restringe a momentos de crisis-3.
- Apoyo inseguro aun en momentos de crisis-2.
- Ausencia total de apoyo-1.

12. Situación económica

- Cubre todas sus necesidades económicas con ingresos propios-5.
- Cubre sus necesidades con ayuda de otros-4.
- Cubre solo sus necesidades básicas aun con ayuda de otros-3.
- Tiene dificultad para cubrir todas sus necesidades básicas-2.
- Depende económicamente de la asistencia total-1.

13. Estado funcional global

- Es totalmente independiente y activo en su vida diaria-5.
- Es independiente aunque necesita ayuda pero no diaria-4.
- Con limitaciones que exige ayuda diaria, puede estar 1 día solo-3.
- Limitaciones que impiden más de 8 horas solo-2.
- Totalmente incapacitado con custodia permanente-1.