

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
"DR. ERNESTO CHE GUEVARA DE LA SERNA"  
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO "TURCIOS LIMA"  
PINAR DEL RÍO

**ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES DEL ADULTO MAYOR. DOS CONSULTORIOS MÉDICOS, POLICLÍNICO UNIVERSITARIO "TURCIOS LIMA" 2006**

**Chronic non-infectious diseases on the aged of two Doctor's Offices at "Turcios Lima" Teaching Outpatient Clinic. 2006**

Miriela Rodríguez Martínez (1), Dr. Eduardo Crespo Ramírez (2).

1. Alumna de 2do. Año de la Carrera de Medicina.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.

## **RESUMEN**

Se realizó una investigación descriptiva y longitudinal de la población mayor de 60 años en dos Consultorios Médicos, ubicados en el área urbana del Policlínico Universitario "Turcios Lima" del municipio Pinar del Río, en el periodo comprendido de Enero-Abril del año 2006, con el objetivo de determinar las enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor. El universo de nuestro trabajo estuvo representado por 1296 habitantes pertenecientes a los consultorios médicos 217 y 218 tomándose como muestra 354 ancianos de dichos consultorios. Para esta investigación se revisaron los análisis de la situación de salud del sector de los consultorios, las historias de salud familiar e individual obteniéndose como resultado que los ancianos del estudio se encuentran en mayor proporción que en las estadísticas nacionales, con predominio del sexo femenino siendo la enfermedad crónica no transmisible más frecuente, la hipertensión arterial.

Palabras Clave: ANCIANO, HIPERTENSIÓN/epidemiológica.

## **ABSTRACT**

A descriptive, longitudinal research was conducted on a population older than 60 years old in two Doctor's Offices located in the urban area belonging to "Turcios Lima" Teaching Outpatient Clinic in Pinar del Rio municipality from January to April 2006. It was aimed at determining chronic non-infectious diseases in the aged. The universe was constituted by 1296 inhabitants belonging to Doctor Offices No- 217 and 218 and the sample took 354 aged people from these doctor offices. To carry it out, the health situation of the sector was analyzed. Besides; clinical, familial and individual records were examined obtaining as a result that the proportion of the aged is greater in this study than in the national statistics, female sex prevailed and the most frequent chronic non-infectious disease was hypertension.

Key words: THE AGED, HYPERTENSION/epidemiology.

## INTRODUCCIÓN

El progresivo aumento de la población senil en los últimos años ha sido uno de los fenómenos demográficos más significativos a nivel mundial. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud señalan que nuestro planeta en 1950 estaba habitado por 200 millones de personas con 60 años y más, esta cifra se elevó a 350 millones en 1975 y a 590 millones en el 2000.(1)

Nuestro país no ha estado ajeno a este aumento en el número de personas con más de 60 años, según el censo de población del año 2002 constituía en 14.8 % de la población, el 14.9 % en el 2004 según el anuario estadístico y de acuerdo a esas estadísticas el 13.8 % de la población de nuestra provincia. (2)

Este logro es inherente al desarrollo socio-económico alcanzado por Cuba en todos estos años de poder revolucionario, lo que unido al desarrollo específico de los servicios de la salud, al fortalecimiento de los sistemas de seguridad social, los adelantos científicos y tecnológicos en el campo de la medicina han producido un incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población. (3)

A la ancianidad se llega con limitaciones del orden físico y psíquico que son la base de los problemas de salud y a la vez riesgos en esta etapa de la vida, por lo que debemos un cuidado especial a mantenerlos activos, incorporarlos a actividades de la sociedad y evitarles riesgos inherentes a su edad para asegurarles una vida feliz. (4-7).

El paso de los años exige adaptarse a nuevas situaciones en la vida, abandonando anteriores comportamientos, obligaciones y derechos o a la vez asumir nuevas tareas, deberes y derechos. Se proponen como tareas o actividades en la tercera edad la adaptación a la pérdida, carencias, limitaciones y defectos que se acumulan con los años, mediante la búsqueda de nuevas actividades y la acomodación más satisfactoria a las carencias y limitaciones irremediables, ocupando un lugar relevante las enfermedades crónicas no trasmisibles, y entre otros como el déficit y la torpeza. (8). Las enfermedades crónicas no trasmisibles presentes en esta población la cual posee características biológicas, psicológicas y sociales van a demandar un incremento de asistencia médica preventiva, curativa y de rehabilitación y como se conoce las actividades de prevención que se puedan realizar son limitadas a esta edad, pero pudieran tener un impacto mayor si se comenzara en edades tempranas. De ahí que existe el criterio generalizado que plantea que la tercera edad debe ser anticipada y la gerontoprofilaxis debe ser ofrecida lo más temprano posible y nunca después de los años medios de la vida. (3-4).

Las enfermedades crónicas no trasmisibles constituyen las primeras causas de muerte en nuestro país y a su vez se convierten en el objetivo estratégico de mayor prioridad ya que mediante su reducción logramos nuevas transformaciones en el estado de salud, acordes con el nivel de desarrollo de nuestra salud pública.

Agrupar las acciones encaminadas a la lucha contra estas enfermedades es posible ya que tienen factores, precursores y condicionantes en lo común, capaces de modificarse actuando sobre los niveles y planos siguientes:

- Cambios en los estilos de vida (promoción).
- Control del medio ambiente y factores de riesgo (prevención).
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades para evitar complicaciones y mantener al enfermo crónico compensado (recuperación).

- Tratamiento de limitaciones y secuelas, además la incorporación del paciente a su vida social, laboral y afectiva. (rehabilitación).

Para cada uno de estos niveles de acción existe un complejo sistema de actividades que deben ser ejecutadas por el Ministerio de Salud Pública, organismos estatales y la sociedad en su conjunto; todo ello traerá como resultado un aumento en la expectativa y calidad de vida de la población en su conjunto y en especial la población mayor de 60 años y deben ver esta nueva etapa de la vida con ilusión y sentir que vale la pena vivir. (5).

Estas enfermedades revisten gran importancia en el anciano puesto que los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles dejan sentir el daño de sus efectos acumulativos afectando la calidad de vida. La senectud puede representar una edad para vivirla, el envejecimiento creciente de la población pone de manifiesto la necesidad de tomar medidas para que la transición hacia un mundo en que la longevidad sea la norma y se realice normalmente sin sacudida. (6).

No cabe duda que la prescripción de medicamentos a pacientes ancianos ha aumentado en los últimos años, por lo que se debe prestar especial atención en mejorar el cumplimiento terapéutico en los ancianos, incluyendo reducir el número de prescripciones y la dosis, además de la duración del tratamiento. (9-12).

- Ø Identificar las Enfermedades Crónicas no Transmisibles más frecuentes en el Adulto Mayor en dos Consultorios Médicos del Grupo Básico de Trabajo No.2 del Policlínico Universitario "Turcios Lima" Enero – Abril 2006.
- Ø Determinar la proporción de adultos mayores en relación a la población total.
- Ø Analizar la distribución de la población anciana según edad y sexo.
- Ø Determinar las Enfermedades Crónicas no Transmisibles más frecuentes que afectan a la población mayor de 60 años.
- Ø Identificar la presencia de hábitos tóxicos en los ancianos.
- Ø Analizar la prescripción de medicamentos y la relación con posibles efectos secundarios

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

En Cuba ya el 14,6 % de la población tiene 60 años o más mientras que la esperanza de vida al nacer es de más de 75 años , a los 60 años es más de 20 y a los 80 es más de 7 años. Para el año 2015 habrá por primera vez más adultos mayores que niños, y ya en el 2025, uno de cada cuatro cubanos, será una persona de 60 años de edad. (13).

Este resultado es muy superior a lo obtenido por el investigador Rodríguez Castells en un estudio similar, donde los ancianos constituían el 11,08 % del total de los habitantes. (14).

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos, la magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado nuestra pirámide poblacional constituye una preocupación para los años futuros ; la actual esperanza

de vida al nacer 72,5 años coloca a nuestro país en una situación privilegiada dentro del hemisferio.(15).

En Europa según otros autores (16) donde hacia el año 1996 el 16,8 % del total de la población eran ancianos, la relación entre los sexos era de 6 mujeres por cada 4 hombres. Según estudios realizados por la UNESCO (17), no ocurre así en otros países por ejemplo: en el Medio Oriente la relación inter-sexo se invierte y el número de mujeres senescentes enfermas es mucho mayor dado por las desigualdades existentes entre el hombre y la mujer y la discriminación a las que estas son sometidas.

Nuestros resultados estadísticamente son significativos y al realizar su discusión es destacable el hecho de que según la literatura, la expectativa de vida es superior en la mujer que en el hombre, explicables por diferentes factores, por lo que encontramos una mayor representación de ellas en nuestra investigación y a la vez son las que predominan en el grupo enfermo, pues la vulnerabilidad a padecer enfermedades crónicas no trasmisibles en el anciano es elevada por las propias características biológicas, psicológicas y sociales de este grupo poblacional (18). A pesar de los resultados encontrados es importante resaltar que en nuestro país es remarcable la expectativa de vida Geriátrica de los hombres cubanos, la cual es de 21,1 años para las mujeres y 19,5 años para los hombres. El porque la natalidad masculina es tan baja y por tanto no existen altas diferencias entre la expectativa de vida de hombres y mujeres, es algo que ha sido muy observado y muy poco explicado. (19).

Además el hecho de encontrar un mayor número de hombres en el grupo II, como todos conocemos obedece a que la presencia de hábitos tóxicos y estilos de vida no adecuados son más frecuentes que en el sexo femenino. (14)

Las enfermedades crónicas no trasmisibles constituyen la primera causa de muerte en nuestro país y a su vez se convierten en el objetivo estratégico de mayor prioridad ya que mediante su reducción logramos nuevas transformaciones en el estado de salud, acordes con el nivel de desarrollo de nuestra salud pública.

Agrupar acciones encaminadas a la lucha contra estas enfermedades es posible ya que tienen factores precursores y condicionantes en lo común, capaces de modificarse actuando sobre los niveles o planos siguientes:

- Cambios en los estilos de vida.
- Control de factores de riesgo.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad para evitar complicaciones.
- Tratamiento de limitaciones y secuelas, además la incorporación del paciente a su vida social.

Estas enfermedades revisten gran importancia en el anciano ya que los factores de riesgos asociados a las enfermedades crónicas no trasmisibles dejan sentir el daño de sus efectos acumulativos afectando la calidad de vida. La senectud puede representar una edad para vivirla.

La frecuencia de la hipertensión arterial aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50.0 % de la población padece de hipertensión arterial , la prevalencia encontrada en Cuba está alrededor de 2 millones de hipertensos; no obstante el informe de dispensarización de hipertensos del MINSAP

aportó que solo el 8,8 % de la población adulta está bajo método activo de control muy lejos de la prevalencia demostrada, es de suponer por ello que una gran masa de hipertensos no está detectada, muchas no tratadas y similar cuantía no controlados.(14,15).

La distribución de la población según el sexo se observa que la mayoría de las enfermedades predominan en las mujeres. Estos resultados coinciden con la bibliografía revisada y la existencia de un predominio del sexo femenino sobre el masculino en los grupos de edades estudiados (20,21). Otros estudios realizados además del antes mencionado plantean que el por ciento de hombres enfermos hacia la vejez es mayor que el de mujeres. Este es un factor demográfico de primer orden cuya influencia en análisis teórico y en política social ha sido escasamente abordado, lo cual encierra la llamada feminización de la vejez donde se evidencia una tendencia a que los hombres ancianos enfermen más y por tanto su mortalidad aumente, a diferencia de las féminas. (22).

Al analizar los hábitos tóxicos más frecuentes, es llamativo elevado el número de ancianos que toman café, lo que no constituye algo relevante pues es conocido que este hábito se encuentra muy arraigado en nuestra población, sobre todo la de más edad, asociado al café existe un elevado número de ancianos que fuman, es reconocido a nivel mundial y en nuestro país donde en la actualidad fuman unos 3 millones de cubanos, aunque la tendencia de estos es actualmente a incrementarse. (23).

Otros estudios han coincidido con el nuestro en que los hábitos tóxicos se mantienen en la vejez con una alta prevalencia afectando o alterando la respuesta inmunitaria y condicionando procesos de desnutrición y de otra índole, dando como resultado su asociación a disímiles enfermedades (249).

Al referirnos a la ingestión de alcohol, no es frecuente en la población mayor de 60 años; es reconocido que la toxicomanía causa muchos efectos entre los que se encuentran las enfermedades mentales, físicas y los problemas sociales y observado fundamentalmente en las edades medias de la vida. (25). Otros estudios realizados coinciden con el nuestro donde el alcoholismo se detectó como factor de riesgo muy frecuente pero que decrecía su aparición a medida que aumentaba la edad. (22).

El envejecimiento lleva de forma general al organismo con sus sistemas y aparatos, a una involución, que se manifiesta por la pérdida progresiva de sus funciones, dentro de las que tenemos que revisten gran importancia:

- Disminución de la masa muscular.
- Disminución de la talla y masa corporal.
- Disminución de la grasa corporal.
- Disminución del flujo sanguíneo a nivel de todos los órganos y sistemas.
- Disminución de la albúmina plasmática.
- Disminución del filtrado glomerular.

Como hemos mencionado el número elevado de enfermedades que se presentan en esta etapa de la vida trae consigo un mayor consumo de medicamentos y asociado a la ingestión de medicamentos, se presentan alteraciones dadas por los cambios descritos anteriormente como son los farmacocinéticos y farmacodinámicos dando lugar a la aparición de un gran número de efectos secundarios al consumo de estos.

El aumento creciente de la población de personas mayores en nuestro país ha provocado importantes cambios de actitud y mentalidad, tanto entre sus protagonistas como en la sociedad en general. Esta situación ha llevado a la adopción de programas de atención y promoción de actividades de todo tipo, dedicadas a la satisfacción de sus aspiraciones, exigencias y necesidades, tanto económicas, culturales, lúdicas y otras de carácter social.

## MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva y longitudinal de la población mayor de 60 años perteneciente a los Consultorios Médicos No. 217 y 218 del Grupo Básico de Trabajo No.2, ubicados en el área urbana del Policlínico Universitario "Turcios Lima" del municipio Pinar del Río, en el período comprendido desde el 1<sup>ro</sup> de enero de 2006 al 30 de abril. Con el objetivo de identificar las enfermedades crónicas no trasmisibles más frecuentes en el adulto mayor. El universo de nuestro trabajo estuvo representado por los 1296 habitantes pertenecientes a los Consultorios Médicos 217 y 218 y la muestra (354 ancianos de dichos consultorios).

Se revisaron los análisis de la situación de salud de los consultorios médicos, las historias de salud familiar e individual de la población mayor de 60 años, con el propósito de ampliar o verificar la información de la fuente anteriormente expuesta, donde se analiza la edad, el sexo, las enfermedades crónicas no trasmisibles, los grupos dispensariales, los hábitos tóxicos y la prescripción de medicamentos, teniendo en cuenta la consulta inicial y posteriores, además de síntomas o efectos secundarios. Toda la información recogida se procesó estadísticamente y se llevó a cuadros para su mejor análisis; utilizamos la prueba de dependencia u homogeneidad de proporciones para datos cualitativos y cuantitativos, para determinar la existencia de diferencias significativas de acuerdo a la categoría de las variables estudiadas.

Todo el marco teórico disponible, la información contenida en los cuadros y la valoración estadística fue utilizada para el análisis y discusión de los resultados para arribar a conclusiones.

Variable.	Tipo.	Escala de clasificación.	Definición de las categorías de la escala.
		- de 60.	
Grupo (edad)	etáreo Cuantitativa	60 a 64.	Edad en años cumplidos para el estudio.
		65 a 69.	
		70 a 74	
		75 y más.	
Sexo.	Cualitativa	Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.

	Nominal	Masculino.	
	Dicotómica.		
Enfermedades Crónicas no Trasmisibles.	Cualitativa	Hipertensión Arterial.	Según la presencia de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles
	Nominal	Diabetes Mellitus	
	Politómica	Cardiopatía Isquémica	Si y No
		Enfermedades Cerebro vasculares	
		Asma Bronquial	
		Insuficiencia Cardiaca.	
		Otras.	
Hábitos Tóxicos	Cualitativa	Ninguna. Tabaco.	Según el consumo de alguno de los tóxicos.
	Nominal	Alcohol	
	Politómica	Café.	
		Ninguna.	
Uso de medicamentos	Cualitativa	Metil Dopa.	Según el consumo de medicamentos en la primera consulta y en la reconsulta
	Nominal	Reserpina	
	Politómica..	Diazepan	
		Beta Bloqueadores	
		Antiinflamatorios	
		Antihistamínicos	
		Meprobamato	
Grupos Dispensariales.	Cualitativa	Grupo I: Sano	Según el grupo dispensarial en el momento del estudio.
	Ordinal	Grupo II: Con riesgo	
	Politómica	Grupo III: Enfermo	
		Grupo IV: Con	



secuelas.

Síntomas o efectos indeseables.	Cualitativa	Confusión.	Según la presencia de estos síntomas en la primera consulta y en la reconsulta.
	Nominal	Depresión	
	Politómica	Caída.	
		Constipación.	
		Incontinencia.	
		Parkinsonismo, Otros	

---

### **Criterios y parámetros**

**Enfermedades Crónicas no Trasmisibles:** Se consideran a todos aquellos pacientes que reúnan los criterios para el diagnóstico de cada enfermedad según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud de acuerdo con el libro "Epidemiología de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles".

Parámetros para los hábitos tóxicos:

**Café:** Todo el que toma café diariamente independientemente de la cantidad.

**Alcohol:** Toda persona que tomaba bebidas alcohólicas cuando se realizó la investigación más de dos veces por semana, independientemente de la cantidad.

**Fumador:** Es la persona que ha estado fumando como mínimo un cigarro, puro o pipa diariamente durante seis meses o más y mantiene este hábito hasta el presente o que lo ha abandonado en un período menor de seis meses.

Distribución según grupos dispensariales atendiendo a las normas establecidas. (7).

**Grupo I-** Supuestamente sano. Después de haber sido examinado no se le detecta ninguna enfermedad, ni factor de riesgo para su salud.

**Grupo II-** Con riesgo. Persona que después de haber sido examinada no padece alguna enfermedad pero está sometida a factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden enfermarla.

**Grupo III-** Enfermo. Persona que padece de una o más enfermedades debidamente diagnosticada y clasificada.

**Grupo IV-** Con secuelas. Persona que como resultado de una enfermedad o accidente, presenta alguna alteración temporal o definitiva de su actividad motora, funcional, sensorial o psíquica.

## RESULTADOS

La tabla **I** nos muestra la distribución de la población estudiada, observamos que de un total de 1296 habitantes pertenecientes a los Consultorios Médicos 217 y 218 del Policlínico Universitario "Turcios Lima", 354 son ancianos, para un 27.3 % del total de la población. En este mismo cuadro se observa además un mayor número de mujeres con 240 para un 18.6 % por un total de 114 hombres (8.8 %) de todas las personas mayores 60 años cifra considerable ya que según las proyecciones demográficas de la ONU, a partir del año 2003 una cuarta parte de la población del planeta tiene más de 60 años y de cada 3 adultos será una persona de edad.

**Tabla I**

*Distribución de la población*

*Consultorios Médicos 217 y 218. Policlínico "Turcios Lima". Enero-Abril 2006.*

Distribución de	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
-de 60 años	340	26.2	602	46.4	942	72.7
+de 60 años	114	8.8	240	18.6	354	27.3
Total Población	454	35.0	842	65.0	1296	100

Fuente: Historia de salud familiar.

Historia clínica individual

La tabla **II** nos muestra la distribución de la población según grupos de edades y sexo; observamos que el grupo de 65-69 años es el mayor con 122 ancianos que representan el 34,5 % del total, también debemos considerar que es el de mayor número de ancianos del sexo femenino, a continuación aparece el grupo de 60 – 64 años con 102 ancianos que representa el 28,8 % del total a diferencia del anterior, con predominio del sexo masculino con un 16,4 %. Posteriormente aparecen en orden decreciente las edades de 70-74 y 75 años y más.

**Tabla II**

*Distribución del adulto mayor según grupo de edades y sexo*

*Consultorios Médicos 217 y 218. Policlínico "Turcios Lima". Enero-Abril 2006.*

<b>Grupo de Sexo</b>	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
60-64	58	16.4	44	12.4	102	28.8
65-69	28	7.9	94	26.5	122	34.5
70-74	18	5.2	64	18.1	82	23.2
75 y más	10	2.8	38	10.7	48	13.5
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>32.2</b>	<b>240</b>	<b>67.7</b>	<b>354</b>	<b>100</b>

Fuente: Historia de salud familiar.

Historia clínica individual

La tabla **III** aparece la dispensarización de la población anciana según el sexo, donde en el grupo III que es el que predominó, las mujeres son la mayoría pues de 240 que representa el total de nuestro estudio 187(52.8 %) son enfermas, mientras que para los hombres de 114, 73(20.6 %) presentan alguna enfermedad; objeto de dispensarización de este grupo con respecto al grupo II, seguido por el número de ancianos con 42, predominando en este caso los hombres con 26 casos para un 7.4 %. A continuación en el grupo I predominan los del sexo femenino con 28 ancianos (7.9 %) sobre el sexo masculino con 12 para un (3.4 %) y en el grupo IV vuelven a predominar las mujeres con 9 casos (2.6 %).

**Tabla III**

*Distribución de la población anciana según sexo y grupo dispensarial.*

*Grupos dispensariales y sexo. Consultorios Médicos 217 y 218. Policlínico "Turcios Lima". Enero-Abril 2006.*

<b>Grupos Dispensariales</b>									
<b>Sexo</b>	<b>I</b>		<b>II</b>		<b>III</b>		<b>IV</b>		<b>Total</b>
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	
Masculino	12	3.4	26	7.4	73	20.6	3	0.8	114
Femenino	28	7.9	16	4.5	187	52.8	9	2.6	240
<i>Total</i>	40	11.3	42	11.9	260	73.4	12	3.4	354

Fuente: Historia de salud familiar.

Historia clínica individual

Las enfermedades crónicas no trasmisibles más frecuentes en la población estudiada aparecen en la tabla **IV** ocupando el primer lugar la hipertensión arterial con 136 ancianos (38.4 %), lo cual constituye una enfermedad del sistema cardiovascular en la población adulta; en nuestro país es considerada un factor de riesgo modificable mayor y el principal después de los 45 años, siendo una causa importante de accidentes cerebro vasculares y de insuficiencia cardiaca, siguiéndole en orden de frecuencia la cardiopatía isquémica representando el 15.8 % y la diabetes mellitus el 12.9 %.

#### **Tabla IV**

*Enfermedades crónicas no trasmisibles más frecuentes que afectan a la población mayor de 60 años.*

*Consultorios Médicos 217 y 218. Policlínico "Turcios Lima". Enero-Abril 2006.*

<b>Enfermedades Crónicas</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>		<b>Total</b>		
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
<b>No trasmisibles</b>							
Hipertensión Arterial.	136	38.4	218	61.5	354	100	
Diabetes Mellitus.	46	12.9	308	87.0	354	100	
Cardiopatía Isquémica.	56	15.8	298	84.1	354	100	
Enf. vascular.	Cerebro	12	3.3	342	96.6	354	100

Insuficiencia Cardíaca.	22	6.2	332	93.8	354	100
Asma Bronquial.	26	7.3	328	92.7	354	100

Fuente: Historia de salud familiar.

Historia clínica individual

La distribución de la población según el sexo aparece en la tabla **V**, donde se observan que la mayoría de las enfermedades predominan en las mujeres y dentro de ellas las más notables fueron la hipertensión arterial con 102 enfermos (75.0 %), la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica. En los hombres se presentaron las mismas enfermedades prevaleciendo la cardiopatía isquémica sobre la diabetes mellitus.

#### Tabla V

*Enfermedades Crónicas no Trasmisibles más frecuentes en el adulto mayor según sexo.*

*Consultorios Médicos 217 y 218. Policlínico "Turcios Lima". Enero-Abril 2006.*

Enfermedades Crónicas	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No.	%
<b>No trasmisibles</b>						
Hipertensión Arterial.	102	75.0	34	25.0	136	100
Diabetes Mellitus.	34	73.9	12	26.1	46	100
Cardiopatía Isquémica.	33	58.9	23	41.1	56	100
Enf. Cerebro vascular.	9	75.0	3	25.0	12	100
Insuficiencia Cardíaca.	14	63.6	8	36.4	22	100
Asma Bronquial.	18	69.2	8	30.8	26	100

Fuente: Historia de salud familiar.

Historia clínica individual

Al analizar los hábitos tóxicos más frecuentes según el sexo, como aparece en la tabla **VI**, es llamativo el elevado número de ancianos que toman café con 343 para el 96.9 %, lo que no constituye algo relevante pues es conocido que este hábito se encuentra muy arraigado en nuestra población sobre todo de más edad, asociado al café existe un elevado número de ancianos que fuman con 160 para el 45.2 % del total; este hábito es reconocido a nivel mundial y en nuestro país, donde en la actualidad fuman unos 3 millones de cubanos y se presenta el alcoholismo como la toxicomanía menos habitual en esta población.

### **Tabla VI**

*Presencia de hábitos tóxicos en el adulto mayor*

*Consultorios Médicos 217 y 218. Policlínico "Turcios Lima". Enero-Abril 2006.*

<b>Hábitos tóxicos</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Hábito de fumar.	160	45.2
Café.	343	96.9
Alcohol.	22	6.2

Fuente: Historia de salud familiar.

Historia clínica individual

En la tabla **VII** analizamos el consumo de medicamentos en el anciano que por la edad están más propensos a padecer enfermedades, un gran grupo de ellos presenta una enfermedad crónica no trasmisible, otros pueden presentar más de una de ellas y nos propusimos la reducción del número de medicamentos atendiendo a cada caso, teniendo en cuenta que muchos síntomas son efectos secundarios, lográndose de la primera consulta a reconsultas una reducción del Meprobamato, Diazepan y los antiinflamatorios como más significativos e incrementándose la indicación de fitofármacos y apifármacos disminuyendo el costo de los tratamientos.

### **Tabla VII**

*Uso de medicamentos en el adulto mayor.*

*Consultorios Médicos 217 y 218. Policlínico "Turcios Lima". Enero-Abril 2006.*

<b>Medicamentos</b>	<b>Uso de medicamentos antes de consulta</b>	<b>Uso de medicamentos después de consulta</b>
Metil Dopa.	32	12
Reserpina.	8	2
Diazepan.	86	11
B Bloqueadores.	54	10
Antiinflamatorios.	79	23
Antihistamínicos.	24	6
Meprobamato.	134	17

Fuente: Historia de salud familiar.

Historia clínica individual

En la tabla **VIII**, analizamos síntomas o efectos secundarios de medicamentos, donde podemos observar la correlación entre la primera consulta y posteriores, lográndose la reducción de un gran número de ellos, dentro de los que predominaron; la depresión y la constipación, concluyendo que la mayoría de ellos eran efectos secundarios a los medicamentos.

### **Tabla VIII**

*Síntomas y/o efectos indeseables por el uso de medicamentos en el adulto mayor.*

*Consultorios Médicos 217 y 218. Policlínico "Turcios Lima". Enero-Abril 2006.*

<b>Síntomas y/o efectos indeseables</b>	<b>Primera Consulta</b>	<b>Reconsulta</b>
Confusión.	24	2
Depresión.	46	8
Caída.	14	2
Constipación.	36	14
Incontinencia.	14	6
Parkinsonismo	3	

Fuente: Historia de salud familiar.

Historia clínica individual

## CONCLUSIONES

Los ancianos en nuestro estudio se encuentran en mayor proporción que en las estadísticas nacionales, donde el grupo más numeroso fue el de 65 a 69 años con predominio del sexo femenino. La enfermedad crónica no transmisible más frecuente fue la hipertensión arterial siendo más afectado el sexo femenino y el grupo dispensarial más frecuente fue el grupo III, también el sexo femenino fue el dominante. El hábito tóxico más frecuente fue la ingestión de café. Existía un gran consumo de medicamentos a partir de productos químicos, incrementándose el consumo de medicamentos a partir de la medicina verde, disminuyendo el costo de su consumo, estos provocaron que se presentaran un gran número de síntomas, concluyendo que la mayoría de ellos eran efectos secundarios a los medicamentos.

## RECOMENDACIONES

- F Continuar elevando la atención integral al anciano por la tendencia al aumento del número de personas en la tercera edad y en especial a edades superiores.
- F Incrementar las actividades de educación para la salud encaminadas a prolongar una vida con mayor calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vega E. Atención del anciano en Cuba, desarrollo y perspectivas. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1996.
2. Rocabado FS. La salud del anciano en las Américas. El adulto mayor en la América Latina. Sus necesidades y problemas médicos sociales. México: Editorial Médica; 2001.
3. Espinosa Bruto A, Romero Cabrera J. Temas de gerontogeriatría. Rev. Finlay; 2001, 3 (1): 15-26.
4. Organización de salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. OMS; 2002.
5. Villaseca Silva P. El senescente y su familia. Salud familiar, corporación de promoción universitaria. 2002; 145-160
6. Rao A. las edades de la vida y el sentido de la madurez avanzada para una nueva civilización. Rev. Psiquiatría Clínica; 2003; 24(1); 5-18
7. Devesa Colina E, Manresa Naranjo J.M. Conservación de la salud en el anciano. Rev. Cubana Medicina general Integral; 2001
8. Valdés Mier M. La Geriatría. Objetivos y proyecciones. Revista Cubana Médica. 1999; 27(10); 1-2
9. Suárez Terry R.L. Geriatría ¿Nueva Especialidad? Rev. Cubana MGI; 2000; 9(1); 6-9



10. García Rodríguez C.M. Aspectos psicosociales a considerar por el médico de la familia en la tercera edad. Rev. Cubana de MGI. 2001; 7(3); 27; 1-5.
11. Editorial. Planificación estratégica de la promoción y protección del Adulto. Bol of Sanit Panam. 2002, 103 (2)152-5
12. Hernández Montesino AM, Núñez Blanco N, Peña Valdés G, Estudio del estado anímico de los ancianos atendiendo al lugar donde se realizan sus actividades. Revista Cubana de Enfermería. 2002; 4 (3); 33-41
13. La salud del adulto mayor en el siglo XXI 1999 –2006. Rev. Cubana Enfermería v.21n.3 Cuidad de la Habana sep.-dic.2005
14. Cuba anuario estadístico. Ciudad de la Habana. MINSAP, 2002.
15. Rocabrino Mederos, JC, Prieto Ramos, Gerontología y Geriatria clinica. Editorial Ciencias Medicas 2002.
16. Gil Mary. A, Cortés Vizcaíno C. Jiménez F.J Alfonso Sánchez J.M, Suiz Sánchez Ma C y otros. Evolución de la Mortalidad diferencial por sexos en España. (2002)Revista Española de Geriatria y Gerontología.2002. Sept-Oct.23 (5):287-293.
17. Garrau Giner.M. Estudios Socio Clínico de una residencia asistida de ancianos Rev. Iberoamericana de Geriatria y Gerontología. 2004 Jul-Sept: 21-24.
18. Programa. Objetivos, Propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. Rev. cubana de Med Gral. Integral 2000. Jul-Sep; 8(3):271-287.
19. Padrón Velásquez Quintana Galeno M.L. Espinosa Brito A. Bermúdez López J. M. Rolla Fernández A.F: Caracterización del anciano en la comunidad. Rev.Cubana.Médica.2002.Jul-Sept: 4(3):15-27.
20. González Sánchez RL, Fernández Torrentes E, Rodríguez, Sánchez R, Romero Cuaidés M, Características biopsicosociales de dos consultorios del policlínico California. Revista Cubana Medicina Gral. Integral 1999; 14(1):38-40.
21. Vega Atención del anciano en Cuba, Desarrollo y perspectivas.2 ed. La Habana, 2000.
22. Chaleco, Onelia: Ancianidad I-Cienfuegos, 5 de sept 2001 Jun.
23. Zaldivar Pérez D.F.: Estrategias para el control, la disminución y el cesa del hábito de fumar. Rev Cubana.Med.Gral.Integral.2000.Abril-Jun.6 (2):210-246.
24. Porrata C, Hernández M, Argüelles J, Recomendaciones nutricionales y guías de alimentación para la población cubana.Edit Pueblo y educación 2001; 14-27.
25. Martínez Jiménez A.Moram Disotuar J., Ortiz Castellanos E. Mojena Silva L., Fonseca Rodríguez L.: El alcoholismo .Algunos aspectos epidemiológicos y sociales en la población atendida en 2 consultorios del medico de la familia.Rev.Cubana.Med.Gral.Integral.2001.Ene.-Mar 7(1):19-26.