

## Geriatría en la comunidad

Por los Dres.:

MANUEL HERNANDEZ PACHECO,\* RAFAEL PILA PEREZ,\*\* MANUEL LICEA PUIG,\*\*\* JORGE E. PUIG  
FUENTES\*\*\*\* y HATUEY ALVAREZ GUILLIAN\*\*\*\*\*

Hernández Pacheco, M. y otros. *Geriatría en la comunidad*. Rev Cub Med 18: 4, 1979.

Se presentan los resultados del estudio de 1 128 pacientes procedentes de la consulta domiciliar de los policlínicos Centro y Oeste en la ciudad de Camagüey, en el período comprendido del 1.º de septiembre de 1976 al 28 de febrero de 1977. Todos fueron vistos por un mismo médico. Del total, 594 correspondían al área de salud Centro; y 534 al Oeste. Hubo predominio de pacientes del sexo femenino en ambas áreas, y el grupo de edad más afectado fue el integrado por pacientes con más de 75 años. Sólo 37 tenían menos de 65 años, quienes eran impedidos físicos. La gripe, artropatía degenerativa e insuficiencia cardíaca fueron los motivos de consulta más frecuentes, seguidos de: hipertensión arterial, diabetes mellitus, accidentes vasculares encefálicos (residuales), demencia senil, neumopatía inflamatoria y linfangitis aguda. Se señalan criterios acerca de una visión integral del anciano desde el punto de vista biopsicosocial.

### INTRODUCCION

Las transformaciones en la estructura social que han seguido al triunfo de nuestro proceso revolucionario, han determinado cambios importantes en el sistema de salud en nuestro país.<sup>1</sup>

Residente de 2do. año de medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel A. Domenech". Camagüey.

Especialista de I grado en medicina interna. Jefe del servicio de medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel A. Domenech". Camagüey.

Especialista de I grado en endocrinología. Jefe del servicio de endocrinología. Hospital provincial docente "Manuel A. Domenech". Camagüey.

Especialista de I grado en medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel A. Domenech". Camagüey.

\*\*\*\* Especialista de I grado en medicina interna. Subdirector docente. Hospital provincial docente "Manuel A. Domenech". Camagüey.

Antes del Primero de enero de 1959 el anciano no era objeto de atención especial alguna, salvo en los casos que pudieran significar algo económicamente dentro del ámbito en el cual se desenvolvían. Con el criterio de minusvalía hacia el anciano carente de recursos, decurso el colonialismo español en Cuba y su heredera directa, la pseudo-república.

Nuestro Ministerio de Salud Pública ha desarrollado planes de atención al adulto y dentro de éstos, a los pacientes mayores de 65 años.

El propósito de este trabajo es presentar el resultado de un estudio de la morbilidad en pacientes geriátricos en dos áreas de salud en la ciudad de Camagüey.

### MATERIAL Y METODO

Para la confección de la muestra se

tomaron las hojas de cargo de la consulta a domicilio, en el período de tiempo comprendido del primero de septiembre de 1976 al 28 de febrero de 1977. En todos los pacientes se recogió: procedencia, sexo, edad y diagnóstico. Fueron estudiadas dos áreas de salud de la Ciudad de Camagüey: policlínico Centro y policlínico Oeste; el primero sólo consta de sectores urbanos, el segundo de sectores urbanos y múltiples suburbanos.

Todos los pacientes fueron atendidos por un mismo médico especialista de primer grado en medicina interna.

El servicio a domicilio se crea para la atención a pacientes mayores de 65 años, pero también para los impedidos físicos, aunque estén por debajo de dicha edad, por lo que en nuestra muestra se incluye un pequeño porcentaje de pacientes que no cumplen los requisitos de la edad para ser considerados geriátricos.

### RESULTADOS

En total se estudiaron 1 128 pacientes, de los cuales 594 correspondían al área de salud Centro y 534 al área Oeste (cuadro I).

Encontramos predominio del sexo femenino con 744 pacientes, lo que se observó en las dos áreas de salud estudiadas (cuadro II).

El grupo de edad más afectado fue el de más de 75 años (664 pacientes), seguido del de 65 a 75 años. Sólo 37 pacientes eran menores de 65 años; estos últimos eran impedidos físicos (cuadro III).

En el cuadro IV se muestran las diez afecciones más frecuentes observadas en ambas áreas de salud. La gripe, la artropatía degenerativa y la insuficiencia cardíaca ocuparon los primeros lugares. Le siguieron

en orden de frecuencia: hipertensión arterial, diabetes mellitus, accidentes vasculares encefálicos (residuales), demencia senil, neumopatía inflamatoria y linfangitis aguda (cuadro IV).

CUADRO I

#### DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN SU PROCEDENCIA

Area de salud	No.	%
Centro	594	52,7
Oeste	534	47,3
Total	1 128	100,0

CUADRO II

#### DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ATENDIENDO AL SEXO Y PROCEDENCIA

Area de salud	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Centro	188	49,0	406	54,6
Oeste	196	51,0	338	45,4
Total	384	100,0	744	100,0

CUADRO III

#### DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN SU PROCEDENCIA Y GRUPO DE EDAD

Area de salud	Grupo de edad					
	< 65		65-75		> 75	
	No.	%	No.	%	No.	%
Centro	12	67,6	211	47,0	371	55,9
Oeste	25	32,4	216	53,0	293	44,1
Total	37	100,0	427	100,0	664	100,0

CUADRO IV  
ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS DIEZ AFECCIONES MAS FRECUENTES ENCONTRADAS  
EN AMBAS AREAS

	Area centro No. 594		Area oeste No. 534	
	No.	%	No.	%
Estado gripal	106	17,8	115	21,4
Artropatía degenerativa	81	13,6	67	12,5
Insuficiencia cardíaca	67	11,2	64	11,9
Insuficiencia cardíaca	40	6,7	52	9,7
Urosepsis	33	5,5	35	6,5
Diabetes mellitus	26	4,3	28	5,2
AVE (residual)	13	2,1	10	1,8
Demencia senil	8	1,3	9	1,6
Neumopatía inflamatoria	11	1,8	8	1,5
Linfangitis aguda	10	1,6	9	1,6

AVE: (accidente vascular encefálico).

#### COMENTARIOS

Aún no ha sido posible establecer si el envejecimiento es un proceso de involución normal o si es una desviación patológica debida a la acción de factores externos; a pesar de lo antes señalado, *Nasher*, en 1914 introduce el término geriatría y lo define como la rama de las ciencias médicas que se ocupa del cuidado de los ancianos y de las enfermedades de la vejez. Gerontología es el estudio científico de la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de ésta.<sup>2</sup>

Autores como *Lefroy*<sup>3</sup> y *Dahh* consideran que está justificado un cuidado especial del paciente viejo, así como del joven que sea portador de enfermedades crónicas invalidantes.

En nuestro estudio la morbilidad fue mayor en el sexo femenino; necesitamos estudios comparativos para determinar la influencia del sexo en la morbilidad del paciente viejo. No hubo diferencia entre ambas áreas de salud, lo cual pudiera explicarse por el mayor poder adquisitivo de nuestra población, así como los distintos planes de educación para la salud y preventivo-curativo que se desarrollan en nuestro pueblo.<sup>1,5</sup>

Durante muchos años la prestación de servicios descansó exclusivamente en el hospital, y el grado de satisfacción profesional y nivel de prestigio han estado y continúan muy ligados al trabajo de nuestros profesionales en estas instituciones, por lo que es necesario realizar el mayor esfuerzo para superar esta etapa y lograr que el policlínico alcance su total desarrollo en la prestación de servicio, la docencia y la investigación.<sup>1,3,8</sup>

*Callender*<sup>8</sup> plantea que las relaciones futuras del policlínico y su comunidad serán de persona-salud-equipo, más que de paciente-diagnóstico-tratamiento.

*Cosme Ordóñez* señala que nuestro sistema de salud es único en el Continente Americano; su cobertura es universal, y la prestación de servicio mé-

dico integral; por otra parte, nuestro país posee una comunidad organizada donde nuestro pueblo exige sus derechos y ejerce sus deberes participando activamente en la solución de sus problemas. Por el contrario, en los países capitalistas su sistema socioeconómico conspira en que la salud se convierta en un derecho de todos y sólo las clases privilegiadas tienen acceso a ella.<sup>1-5,8</sup>

En nuestro estudio la morbilidad fue más elevada en los pacientes mayores de 75 años, independientemente del área de salud en cuestión. Pudiera explicarse este hallazgo por los cambios específicos en la estructura, actividad funcional y respuesta inmunológica, entre otros, que trae consigo la vejez.<sup>10,11</sup> Ello ha determinado que la medicina geriátrica se haya convertido en una disciplina científica, y se hace necesario su estudio para todos cuantos ven pacientes viejos, tanto para el médico general como para el especializado.

Existe una falsa creencia de que esta especialidad sólo se refiere a los pacientes seniles, sin tener en cuenta que ésta interesa todavía más para los que están envejeciendo, así como en la prevención de la senilidad prematura.

Los estados gripales fueron el principal motivo de consulta en nuestros pacientes, tanto en el área centro (17,8%) como en la oeste (21,4%); el ligero aumento en esta última pudiera ser explicado por tener esta área varios sectores suburbanos e influir en su génesis los factores ambientales.<sup>11</sup> Por otra parte, el paciente viejo es más susceptible a padecer enfermedades crónicas respiratorias en general, y éstas, condicionar crisis de agudización.<sup>1</sup> *Petty y Pierson* plantean que el 80% o más de las urgencias respiratorias agudas se presentan en viejos.

Es excepcional no recibir quejas de algún tipo referentes a las articulaciones en los individuos después de los 50 años; nosotros observamos artropatía degenerativa en un número considerable de pacientes. Debe evitarse la indiferencia y el pesimismo del

médico ante este tipo de paciente.<sup>14</sup>

En las edades avanzadas son comunes los trastornos del ritmo cardíaco, la cardiopatía isquémica y la descompensación cardíaca. En nuestra serie la Insuficiencia cardíaca fue motivo de consulta frecuente. Los cambios arterioscleróticos que acompañan a la edad, repercuten sobre los vasos sanguíneos y el corazón y constituyen el principal factor causal.<sup>11-15</sup> *Librach y colaboradores* concluyen en su trabajo, que los factores de riesgo en el infarto del miocardio son más frecuentes en las personas de mediana edad y no necesariamente en los mayores de 65 años.

Otras enfermedades, tales como: hipertensión arterial, urosepsis, diabetes mellitus, accidentes vasculares encefálicos, demencia senil, neumopatías inflamatorias y linfangitis aguda se presentaron en un bajo porcentaje en nuestro estudio.

Son numerosos los autores que señalan que la gerontología social es una nueva disciplina médica, y plantean la necesidad en programas de salud para el paciente viejo y sus familiares.<sup>17,20</sup>

No queremos terminar este trabajo sin destacar que el viejo no debe ser considerado un pobre ser caduco, anquilosado y "quisquilloso" que pesa como un molesto parásito sobre sus familiares. Se deben revalorizar sus potencialidades, ampliando el período de su utilidad para los demás y para sí mismo, y acortar con ello, en lo posible, la etapa de su forzosa invalidez e involuntario parasitismo.

Debemos encaminar nuestros pasos a un estudio profundo del anciano desde el punto de vista biopsicosocial; sus procesos de envejecimiento; sus bases nutricionales; el estudio de su psiquismo; la corrección de su autominusvalía; y la reintegración a la sociedad como individuo aún útil.<sup>21,26</sup>

## SUMMARY

Hernández Pacheco, M. et al. *Community geriatrics*. Rev Cub Med 18: 4, 1979.

The results of the study of 1 128 patients from the home services of the Centro and Oeste Policlinics in the Camagüey city are presented. The study started on September the 1st, 1976 and finished on February the 28th, 1977. All patients were assisted by the same physician. Five hundred and ninety four of the total belonged to the Centro health area and 534 belonged to the Oeste health area. A predominance of females in both areas was found, and the most affected age group was that involving patients over 75 years old. Only 37 were under 65 years old; these were physically handicapped. Most frequent causes for seeking medical advice were influenza, degenerative arthropathy and heart failure; these were followed by high blood pressure, diabetes mellitus, cerebral vascular accidents (residual), senile dementia, inflammatory pneumonopathy and acute lymphangitis. Criteria for an integral approach of the elderly from a biopsychosocial view- point are suggested.

## RÉSUMÉ

Hernández Pacheco, M. et al. *Gériatrie dans la communauté*. Rev Cub Med 18: 4, 1979.

Présentation des résultats de l'étude de 1 128 patients provenant de la consultation domiciliaire des policliniques Centro et Oeste, de la ville de Camagüey, dans la période comprise du 1er septembre 1976 au 28 février 1977. Tous les patients ont été vus par le même médecin. Du total, 594 correspondaient à la région de santé Centro, et 534 à l'Oeste. Il y a eu une prédominance de patientes du sexe féminin dans les deux régions, et le groupe d'âge le plus fréquemment touché a été celui intégré par des patients âgés de plus de 75 ans. Il n'y avait que 37 individus âgés de moins de 65 ans, et c'étaient des handicapés. La grippe, l'arthrose et l'insuffisance cardiaque ont été les causes de consultation les plus fréquentes, suivies d'hypertension artérielle, diabète mellitus, accidents vasculaires encéphaliques (résiduels), démence sénile, pneumopathie inflammatoire et lymphangite aiguë. Des critères sont signalés à propos d'une vue intégrale des vieilles personnes du point de vue biopsychosocial.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ferrer, H. Panel informativo "La Medicina en la Comunidad". En: Medicina en la Comunidad. 23, pág. 5. Información de Ciencias Médicas, 1975.
2. Nasher: citado por Stieglitz, E. J. en Medicina geriátrica. Cuidado médico de la madurez. I ed., pág. XVII. Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1956.
3. Lefroy, R. B. The medical care of the elderly. Med J Aust 2: 204, 1966.
4. Dahl, S. Can geriatric medicine be justified as speciality. Med J Aust 2: 1153, 1968.
5. Ordóñez Carceller, C. "La Medicina en la Comunidad". Medicina en la Comunidad, No. 23, pág. 11. Información de Ciencias Médicas, 1975.
6. Escalona, M. Panel Informativo: "La Medicina en la Comunidad" "El Policlínico" presente y futuro. Medicina en la Comunidad, No. 23, pág. 23. Información de Ciencias Médicas, 1975.
7. Pelayo, E. Experiencia en el plan estudio- trabajo y sus perspectivas médicas en la Facultad de Ciencias de la Universidad de La Habana. Medicina en la Comunidad, No. 23, pág. 35. Información de Ciencias Médicas, 1975.
8. Fernández, J. A. II Forum Nacional de Higiene y Epidemiología. Panel Informativo "La Medicina en la Comunidad"; Ponencia: Formación del especialista en la comunidad. Medicina en la Comunidad, No. 23, pág. 41. Información de Ciencias Médicas, 1975.
9. Callender, M. Citado por Ordóñez Carceller (5).
10. Bancroft, G. Housing the Elderly. Lancet I: 683, 1972.
11. Editorial. Problemas de la geriatría. Notas terapéuticas 53: 28, 1960.
12. Proetz, A. VI. Enfermedades de las vías respiratorias altas. Medicina geriátrica. Cuidado médico de la madurez. I ed., pág. 444, Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1956.
13. Petty, T. L.; Pierson, D. J. Role of the community hospital in managing acute respiratory failure. Geriatric 30: 49, 1975.
14. Solomon, W. M. Enfermedades de las articulaciones. Medicina geriátrica. Cuidado médico de la madurez. I ed., pág. 915. Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1956.
15. Rossman, I. Why we sky away from geriatrics. Geriatrics 31: 36, 1976.
16. Librach, G. et al. Assessing incidence and risk factors in myocardial infarction. Geriatric 30: 79, 1975.

17. *Stangle, E. K.* Geriatric psychiatry and social gerontology. *J Am Geriatric Soc 17: 612, 1969.*
18. *Zimberg, N. E.* Geriatric psychiatry: need and problems. *Gerontologist 4: 130, 1964.*
19. *Hader, M.* The need for involvement of psychoanalysis with age people. *Gerontologist 5: 260, 1965.*
20. *Anderson, F.* How geriatric medicine is being taught at the university of glasgow. *Geriatric 31: 102, 1976.*
21. *Bansmer, G.* The smaller hospital in the health care system. *JAMA 48: 127, 1974.*
22. *Manes, D. B.* Part III. Rehabilitation therapy: physical therapy for the geriatric patient. *J Am Geriatric Soc 17: 1151, 1969.*
23. *Ragel, M. A.* Occupational therapy for the geriatric patient. *J Am Geriatric Soc 17: 1152, 1969.*
24. *Thomas, D. U.* Corrective therapy maintenance program in geriatric wards. *J Am Geriatric Soc 17: 1153, 1969.*
25. *Sparks Hackler, E.* Expanding the role of nurse in rehabilitation. *Geriatric 31: 77, 1976.*
26. *Wingerson, E.* The value of occupational therapy in rehabilitation. *Geriatric. 31: 99, 1976.*