

Condiciones de enfermedad en una población geriátrica

José Fernando Gómez, Carmen Lucía Curcio

Propósito: El aumento considerable de la población anciana ha hecho que se incremente la presencia de enfermedades crónicas, que en muchas ocasiones son confundidas con el proceso de envejecimiento. Por lo cual se requiere un conocimiento del tipo de condiciones de enfermedad crónica prevalente en el anciano.

Diseño: Estudio descriptivo.

Sujetos: Personas mayores de 60 años, tomados al azar, que viven en la comunidad, en el área urbana.

Metodología: Cuestionario precodificado, aplicado mediante entrevista personal y guía de observación.

Resultados: Fueron entrevistados 370 ancianos (55.4% mujeres, 44.6% hombres). Se encontró una edad promedio de 72 años (DE 8.12), la mitad de la población refirió sufrir algún problema de salud crónico, el promedio de enfermedades por anciano fue de 2.8 y las condiciones crónicas prevalentes fueron: hipertensión arterial (29.1%), osteoartritis (21.7%), bronquitis o enfisema (7.6%), enfermedades del corazón (6.1%), várices (6.1%), diabetes mellitus (5.8%), cataratas y fracturas de extremidades (5.0%), ACV y úlceras gástrica

y duodenal (3.4%). La mitad de la población refirió problemas de visión y en los pies y el 23% problemas de audición, la prevalencia de incontinencia urinaria es de 15%.

Conclusiones: La mitad de los ancianos que viven en la comunidad se encuentran en buenas condiciones; sin embargo, el promedio de enfermedades encontrado implica la presencia de multipatología en ellos; existen tendencias similares en la presentación de enfermedades entre ancianos de diferentes poblaciones y una tendencia al aumento de patologías y discapacidades, especialmente en los mayores de 80 años.

INTRODUCCION

Una de las situaciones que más dificulta la aproximación a la valoración de un paciente anciano es lograr diferenciar entre el envejecimiento en sí y procesos de enfermedad agregados, puesto que la sutil diferencia existente entre uno y otro hace que tanto el médico como el paciente asuman cambios normales como enfermedad o en el peor de los casos síntomas de enfermedad como parte del proceso de envejecimiento.

Otro aspecto que dificulta aun más la diferenciación entre lo normal y lo patológico son las enfermedades relacionadas con la edad y el envejecimiento, las cuales pueden dividirse en dos grupos: enfermedades dependientes o limitadas, en las cuales el mismo proceso de envejecimiento posibilita su manifestación clínica, como la osteoporosis, adenocarcinoma prostático, polimialgia reumática y arteritis temporal. Las enfermedades relacionadas o asociadas tienen una mayor pre-

Este trabajo fue presentado en forma parcial en el XII Congreso Colombiano de Medicina Interna (agosto 29-septiembre 2 1992).

Dr. José Fernando Gómez Montes: Geriatra Clínico. Docente Sección de Geriatria Clínica. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Caldas. Docente. Facultad de Fisioterapia. Corporación Autónoma Universitaria de Manizales; Dra. Carmen Lucía Curcio Borrero: Terapeuta Ocupacional. Docente Facultad de Fisioterapia. Corporación Autónoma Universitaria de Manizales. Docente Facultad de Educación. Universidad de Caldas.

Solicitud de separatas al Dr. Gómez

valencia en grupos mayores, pero no tienen relación con el proceso de envejecimiento, como el edentulismo, la diabetes de comienzo en el adulto, la hipertensión y la enfermedad de Parkinson (1).

Un acercamiento inicial al problema de la multipatología del anciano es el reconocimiento y descripción de las condiciones prevalentes, dado por estudios epidemiológicos realizados en la comunidad, los cuales cobran importancia cuando se trata de hacer una planeación adecuada de los servicios de atención al anciano.

Con base en el estudio "Evaluación Socio-Médica de la Población Geriátrica en la ciudad de Manizales" (2) que describe las características de los ancianos en los campos físico, mental y social, se hizo la descripción del estado de salud de los ancianos, evaluando la presencia de enfermedades y condiciones crónicas discapacitantes.

MATERIAL Y METODOS

El estudio "Evaluación Socio-Médica de la Población Geriátrica en la ciudad de Manizales" (2) fue descriptivo y se usaron como instrumentos de valoración, un cuestionario precodificado y una guía de observación, aplicados mediante entrevista personal, previo entrenamiento de los entrevistadores; instrumento y metodología similares a los utilizados en los estudios en los cuales se basó "The elderly in eleven countries" (3-4) y "Aging in the Western Pacific" (5). Se realizó un estudio piloto con un grupo de ancianos tomados al azar, con el fin de obtener una mayor confiabilidad del instrumento. Se hizo un muestreo polietápico de conglomerados, con una muestra de 370 ancianos mayores de 60 años, que viven en la comunidad, seleccionados al azar, distribuidos en grupos de edad quinquenales; sólo se tomó el área urbana de la ciudad.

A los ancianos se les preguntó si tenían alguna enfermedad, problema de salud crónico o habían sufrido accidentes que afectaran sus actividades de la vida diaria. Además se incluyeron preguntas acerca de la presencia de condiciones crónicas discapacitantes en visión, audición, masticación y continencia y las ayudas existentes para corregirlas.

Se utilizó una base de datos y lenguaje: Clipper y Statgraphics para el procesamiento de la información: las variables se analizaron a un nivel simple: proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. De otro lado se hizo un cruce dicotómico y estratificado de variables, tomando grupos de edad y sexo y a su vez estos dos con las demás variables.

RESULTADOS

El estudio incluyó una muestra de 205 (55.4%) mujeres y 165 (44.6%) hombres, con una edad promedio de 72 años, distribuidos en 6 grupos de edad quinquenales, cuyo mayor porcentaje, 24.3% se encuentra en el grupo de 70-74 años y el menor, 7.8% corresponde a los ancianos de 85 y más años.

Presencia de enfermedades

El 55% de la población refirió sufrir algún problema de salud crónico o haber sufrido accidentes que afectaran sus actividades de la vida diaria (ABC), el porcentaje es igual en ambos sexos; en la Tabla 1 se muestra discriminada por grupos de edad esta distribución.

Las enfermedades informadas generalmente eran las que el médico había diagnosticado: el promedio de enfermedades por anciano es de 2.8 y para su clasificación se utilizó la lista nacional de 183 grupos de causas para tabulaciones de morbilidad y mortalidad, basado en la Clasificación Internacional

Tabla 1. Distribución en porcentaje de presencia o ausencia de enfermedades en personas mayores de 60 años.

	Masculino							Femenino						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Total
Presencia	40.0	61.3	45.2	72.0	59.1	80.0	56.4	51.2	58.5	45.8	56.8	59.1	50.0	53.2
Ausencia	60.0	38.7	54.8	28.0	40.9	20.0	43.6	48.8	41.5	54.2	43.2	40.9	50.0	46.8

Tabla 2. Prevalencia de enfermedades por sistemas en mayores de 60 años.

Enfermedades por sistemas	Prevalencia(%)
Sistema cardiovascular	37.6
Hipertensión arterial	29.1
Infarto agudo de miocardio	2.1
Enf. isquémica del corazón	0.3
Otras enf. del corazón	6.1
Sistema osteomuscular	24.4
Osteoartritis-espondilitis	21.7
Anquilosis	1.5
Otras enfermedades	1.1
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	12.4
Enfermedades vasculares periféricas	9.8
Várices	6.1
Enf. de arterias-arteriolas	1.3
Otras enfermedades	2.3
Sistema digestivo	9.2
Úlceras gástrica-duodenal	3.4
Gastritis-duodenitis	1.8
Colelitiasis	1.5
Otras enfermedades	2.1
Sistema respiratorio	9.0
Bronquitis-enfisema	7.6
Neumonías	1.3
Traumatismos	8.7
Fracturas de extremidades	5.0
Luxaciones-fracturas	1.8
Fracturas cuello-tronco	1.0
Trauma intracraneano	0.8
Sistema endocrino	8.2
Diabetes mellitus	5.8
Bocio simple	0.5
Otras enfermedades	1.8
Alteraciones de la visión	7.1
Cataratas	5.0
Glaucoma	1.1
Enf. del ojo-anexos	1.1
Otras enfermedades bien definidas	28.1

de Enfermedades (CIE-IX revisión) (6). El mayor porcentaje de enfermedades corresponde al sistema cardiovascular con un 37.6%; el segundo lugar lo ocupa el sistema osteomuscular con 24.4%; cabe destacar el porcentaje tan alto, 12.4%, de síntomas, signos y estados morbosos mal definidos. En la Tabla 2 se muestra la distribución de enfermedades por sistemas.

Las patologías que ocupan los diez primeros lugares son en su orden: hipertensión arterial 29.1%, osteoartritis 21.7%, bronquitis y enfisema 7.6%, enfermedades del corazón 6.1%, várices de miembros inferiores 6.1%, diabetes mellitus 5.8%, cataratas y fracturas de los miembros 5.03%, enfermedades cerebro vasculares y úlceras gástricas y duodenales 3.4%.

Condiciones crónicas discapacitantes

El 53% del total de la población tiene dificultades para la visión, no existen diferencias entre hombres y mujeres y es notable el aumento de personas con problemas de visión a medida que aumenta la edad (Figura 1). El 31% de los encuestados presentaba dificultades para la lectura, el 8% no puede leer y el 7% no sabe. El 77% de la población oye bien cuando habla con otra persona en un tono normal, el 4% de los hombres y 3% de las mujeres referían no oír en estas circunstancias, siendo evidente la disminución de la audición en grupos de edad mayores (Figura 2).

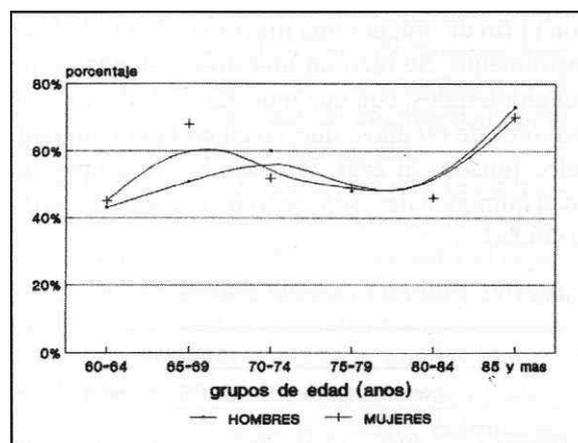


Figura 1. Distribución en porcentaje de personas con problemas de visión.

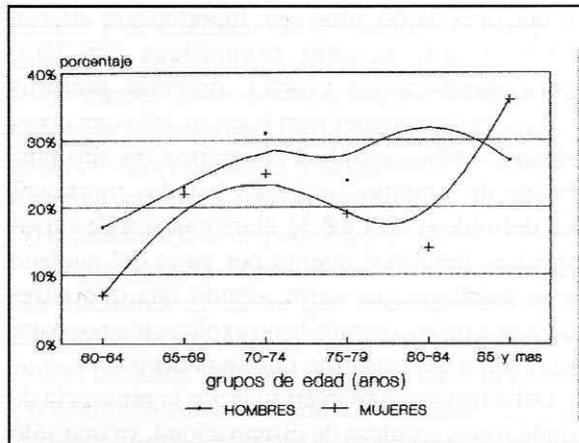


Figura 2. Distribución en porcentaje de personas con problemas de audición.

Sólo el 4% usa prótesis auditiva.

Solamente el 18% de la población entrevistada refiere problemas para masticar, siendo la proporción igual en ambos sexos; al discriminar por grupos de edad se encontró que la mayor dificultad estaba en el grupo más viejo; el 80% de las mujeres usa prótesis, frente al 55% de los hombres.

La mitad de las personas encuestadas manifestaron tener problemas en extremidades inferiores como várices, callos, *hallux valgus*, entre otros, pero sólo al 24% de los hombres y 35% de las mujeres les restringe sus ABC, sin una diferencia notable entre los grupos de edad.

El 7% de los hombres y 11% de las mujeres informaron tener dificultades para ir al sanitario a tiempo; existe un aumento progresivo de "incontinencia" a medida que aumenta la edad. La prevalencia de incontinencia urinaria en la comunidad es de 15%, con 5% en hombres y 10% en mujeres. La prevalencia de incontinencia fecal es mucho menor, 4% en el total de la población.

DISCUSION

El primer punto que puede destacarse del análisis de este estudio, es el de encontrar condiciones de enfermedad y condiciones crónicas discapacitantes, entre un tercio y la mitad de la población encuestada, lo que significa que la mitad restante se halla en buenas condiciones de salud,

por lo cual el concepto estereotipado de que el envejecimiento es sinónimo de enfermedad, no tiene fundamento real. Si se encuentra un aumento de problemas a medida que se envejece, especialmente después de los 80 años cuando se presenta una mayor limitación funcional y mayor deterioro de la salud física, hallazgo acorde al concepto de la edad como factor de riesgo para desarrollar pérdida de la independencia (7).

Llama la atención el encontrar porcentajes similares de condiciones de enfermedad crónica entre hombres y mujeres, a diferencia del estudio de Davies y Fleishman (8) en 652 ancianos mayores de 60 años, de una zona de Jerusalem, realizado también mediante entrevista personal, el cual muestra 64% de los hombres y 77% de las mujeres con al menos una enfermedad crónica, pero se observan los mismos altibajos entre los hombres en diferentes grupos de edad.

El promedio de enfermedades por anciano, 2.8, refuerza el concepto de multipatología, por lo que la recomendación en Medicina Interna, de englobar los síntomas en un solo diagnóstico, no es conveniente cuando se evalúan ancianos, insistiéndose más en identificar las condiciones que requieran prioridad en su manejo (9).

En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas, no aparecen algunas de las esperadas para los países en desarrollo en este grupo de edad, como son infecciones del aparato digestivo y vías respiratorias y deficiencias nutricionales (10); el cambio poblacional y la estructura de atención en salud han dado paso al aumento de las condiciones crónicas que requieren esquemas diferentes de evaluación y manejo.

En lo que respecta a la prevalencia de condiciones crónicas, comparando estos datos con los informados en el diagnóstico de salud de Colombia de 1984 (11) se hallan algunas similitudes en cuanto a las diez primeras causas de morbilidad en mayores de 60 años, a pesar de no utilizar el código de Clasificación de Enfermedades: alteraciones en la visión, fatiga importante al subir escaleras o hacer ejercicio (bien por proceso pulmonar o cardiovascular), hipertensión arterial, limitación en brazos y piernas, problemas en los

pies (no se detalla su causa específica), molestias digestivas y diabetes mellitus.

En relación con las diez primeras causas de enfermedad crónica en la población de 60 años y más en U.S.A., reportadas mediante entrevista entre 1973-1984 por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (12), se encontraron algunas diferencias: en ellos hay mayor prevalencia de osteoartritis que de hipertensión e incluyen patologías como cáncer, arteriosclerosis, glaucoma y enfermedades de la próstata, que aunque en este estudio se encontraron, tienen una prevalencia menor (Figura 3). La diferencia encontrada en los porcentajes de prevalencia podría deberse a subdiagnóstico, como es sugerido en el estudio de Williamson (13) sobre condiciones no detectadas de ancianos en la comunidad, que muestra que el 35% tenían una enfermedad cardíaca o del sistema nervioso central no reconocida y casi la mitad sufrían enfermedades gastrointestinales desconocidas para el médico.

Al comparar los mismos resultados, con las principales causas de morbilidad en una población con patrón de envejecimiento similar, en este caso Costa Rica, se hallan similitudes con los hallazgos obtenidos en la Encuesta Nacional de Necesidades (14), que utilizó también un cuestionario precodificado, pero tampoco se basó en el CIE IX, las cinco primeras causas de morbilidad

en mayores de 60 años son: hipertensión arterial (18.5%), alteraciones reumáticas (16.2%), cervicolumbopatías (7.4%), diabetes mellitus (7.0%), enfermedades nerviosas (6.1 %) (sin especificar). Ambos estudios comparten un alto porcentaje de síntomas, signos y estados morbosos mal definidos (12.4 y 8.3), clara muestra de varios aspectos: desconocimiento por parte del anciano de la patología que sufre, siendo una queja frecuentemente encontrada la no explicación por parte del médico del trastorno que se padece.

Debe insistirse en averiguar por la presencia de condiciones crónicas de discapacidad, ya que sólo se tienen en cuenta cuando el paciente consulta por ellas o refiere que le están interfiriendo en su vida diaria. Los porcentajes de dificultades encontradas en visión (53%) y audición (23%), son similares a los informados en el estudio, ya referido, de Davies y Fleishman (8): 48.9% y 24.7%; como también al de la Encuesta de Necesidades en América Latina y el Caribe (15), que pretendió investigar las condiciones de vida de los ancianos mayores de 60 años en 13 países, en el cual de un tercio a la mitad de los encuestados manifestaron presentar problemas. Al comparar los resultados con los de la Encuesta Nacional sobre Conocimiento, Actitudes y Prácticas en Salud: 1986-1989 (CAPS) (16) se observa que en éste se encuentra un deterioro mayor de visión (dos terceras

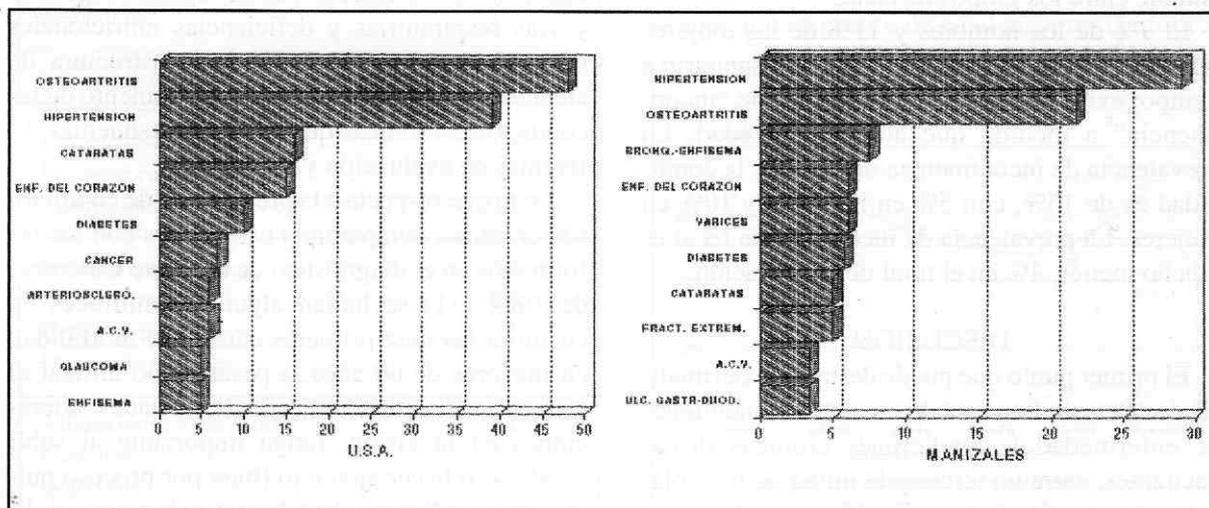


Figura 3. Presentación de la prevalencia de condiciones de enfermedad crónica en ancianos en Manizales y U.S.A.

partes) y de audición (31%), aunque la escala de valoración empleada es diferente.

En cuanto a los problemas para masticar, los hallazgos concuerdan con la Encuesta de Necesidades en América Latina y el Caribe (15): 20-30%, mientras que en el estudio de Davies y Fleishman (8) el porcentaje es un poco mayor, 38.5%.

La prevalencia de problemas en las extremidades inferiores es menor que la encontrada en el estudio de Jerusalem (8): 29% vs. 50%. pero en ambos estudios aumenta en los grupos mayores. Comparando con el estudio de Williamson y cols (13) anteriormente referido, en mujeres el porcentaje es igual y entre los hombres se informa una prevalencia menor. A pesar de que los ancianos no informan problemas de incontinencia urinaria, bien por vergüenza o porque los asumen como proceso de envejecimiento, la prevalencia encontrada es acorde al rango (8-34%) informado en la revisión de la literatura, sobre prevalencia de incontinencia urinaria en la comunidad, hecha por Herzog y Fultz (17).

Como conclusión, se plantea la necesidad de estudios más específicos de las patologías encontradas, realizando en lo posible comprobaciones mediante evaluación médica, que conduzcan al establecimiento de programas de manejo, control y seguimiento de pacientes.

SUMMARY

Objective: The growth of geriatric population has increased the prevalence of chronic diseases; sometimes these are confused with the aging process. As a consequence, knowledge about the prevalence of chronic conditions in the elderly is necessary.

Design: A descriptive study.

Subjects: Three hundred-seventy urban community-dwelling men and women aged 60 and older.

Methods: A precoded questionnaire and a guide for interviewers.

Results: 55.4% were women. 44.6% were men; the mean age was 72 years (SD 8.12). Half of participants were suffering some chronic health problems. The mean of diseases was 2.8, and the

disease prevalences were as follows; hypertension 39.1%, osteoarthritis 21.7%, chronic obstructive pulmonary disease 7.6%, heart disease 6.1%, venous conditions 6.1%. diabetes mellitus 5.8%, cataracts 5%, fractures of extremities 5%, stroke 5% and gastric or duodenal ulcers 3.4%. Half of subjects had sight or feet problems and 23% hearing problems. The prevalence of urinary incontinence was 15%.

Conclusions: Half of older community-dwelling men and women are in good conditions. The mean number of disease found suggests the presence multipathology

These findings are similar to those of other aged populations. There is an increasing number of problems in the elderly aged 80 years and older.

REFERENCIAS

1. **Timiras PS.** Aging and disease. In: Timiras PS. *Physiological basis of aging and geriatrics.* Macmillan Publishing Company, New York. 1988: 27-42.
2. **Gómez JF, Curcio CL.** Evaluación socio-médica de la población geriátrica en la ciudad de Manizales. Trabajo presentado para optar al título de Geriatra Clínico; Facultad de Medicina: Universidad de Caldas; Manizales 1992.
3. **Heikkinen E, Waters WE, Brezinski ZJ.** The elderly in eleven countries. A sociomedical survey. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen: 1983.
4. **Waters WE, Heikkinen E, Dontas AS.** Health, lifestyles and services for the elderly. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen; 1989.
5. **Andrews GR, Esterman AJ, Braunack-Maver AJ, Rungie CM.** Aging in the Western Pacific. A four country study. WHO Regional Office for the Western Pacific; Manila; 1986.
6. **Servicio Seccional de Salud de Caldas. Estadísticas de las actividades de salud.** Lista Nacional de 183 grupos de causas para tabulación de morbilidad y mortalidad. Manizales 1983: 1-8.
7. **OMS.** Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos: Informe de un grupo científico de la OMS sobre epidemiología del envejecimiento. Serie de Informes Técnicos No. 706: OMS; Ginebra 1984: 57-58.
8. **Davies M, Fleishman R.** Health status and use of health services as reported by the older residents of the Baka neighborhood. Jerusalem. *Isr J Med Sci* 1981; **17**: 138-144.
9. **Márquez J.** Evaluación del paciente geriátrico. Memorias del Séptimo Curso y Tercer Congreso Colombianos de Medicina General y Social. Medellín 1986: 111-115.
10. **Siegel JS, Hoover SL.** Demographic aspects of the health of the elderly to the year 2000 and beyond. *Wld Hlth statist. Quart* 1982;**35**: 133-202.
11. **Cardona T, Dulcey E.** Encuesta sobre las implicaciones socio-económicas del envejecimiento en América Latina: Colombia. Documento presentado en el XIV Congreso Internacional de Gerontología. Acapulco. México. 1989
12. **National Center for Health Statistics.** The national health interview survey design 1973-1984 and procedures 1975-1983. Citado por Harris MI. In: *Epidemiology of diabetes among the elderly in the United States.* *Clin Geriatr Med* 1990; **6** (4): 703-719.
13. **Williamson J, Stokoe IH, Gray S, et al.** Old people at home. Their

- unreported needs. *Lancet*; 1964; 1117- 1120.
14. **Raabe C.** Algunos resultados de la Encuesta sobre Necesidades de los Ancianos. Consejo Nacional de la Tercera Edad. Secretaría Técnica. Centro Latinoamericano de Demografía. Costa Rica. 1987: 67-69.
 15. OPS. La salud en la tercera edad. Resultados preliminares de la encuesta de necesidades de los ancianos en América Latina y el Caribe. *Bol Sanit Panam*; 1989; **107 (4)**: 349-356.
 16. **Carmona F, Moreno L.** Encuesta Nacional de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud: Colombia 1986-1989. La ancianidad (Proyecto: tercera edad). Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud; Santafé de Bogotá; 1991.
 17. **Herzog R, Fultz N.** Prevalence and incidence of urinary incontinence in community dwelling populations. *J Am Geriatr Soc* 1990; **38**: 273-281.