

Gestión del cuidado en pacientes del servicio Geriatria. Hospital "León Cuervo Rubio". Año 2016

Management of care in patients of the Geriatrics service. Hospital "León Cuervo Rubio". 2016

Autores:

MSc. Lidia Rosa Hernández Cuellar. Licenciada en Enfermería. Máster en Longevidad Satisfactoria. Miembro Titular de la SOCUENF. Profesora Instructor. Hospital "León Cuervo Rubio". Dirección Calle Rafael Morales Edificio 55 Apto C-4, entre Ave Borrego y Ave Viñales, Reparto Rumayor, Pinar del Río. Email: lilaura@infomed.sld.cu

MSc. María Ofelia Hernández Rivera. Licenciada en Enfermería. Máster en Longevidad Satisfactoria. Miembro Titular de la SOCUENF. Profesora Auxiliar. Hospital "León Cuervo Rubio"

MSc. Juan Miguel Benítez García. Licenciado en Enfermería. Máster en Longevidad Satisfactoria. Miembro Titular de la SOCUENF. Profesor Asistente. Hospital "León Cuervo Rubio"

Hospital Docente Clínico Quirúrgico. "León Cuervo Rubio". Pinar del Río

Resumen

Introducción: El mundo envejece vertiginosamente y Cuba no es la excepción. El número de personas que rebasa la edad de 60 años, aumentó a 700 millones en la década del año 90 del siglo XX, para el año 2025 se estima que existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. Estas personas demandarán servicios de salud especializados y personalizados por lo que es de vital importancia que identifiquen acertadamente los cuidados que requieren.

Objetivo: describir las características socio demográficas, de salud y clasificar su estado de longevidad.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, en el servicio de Geriatria del hospital "Dr. León Cuervo Rubio" de Pinar del Río durante Enero a Junio de 2016. El universo estuvo comprendido por 156 ancianos ingresados durante ese periodo, seleccionando una muestra de 142.

Resultados: La mayoría de los pacientes fueron clasificados como ancianos portadores de amenazas para una longevidad satisfactoria identificados en 89 de ellos, mientras que 77 pacientes sufren de enfermedades crónicas cardiovasculares y respiratorias. En el tratamiento farmacológico destaca que 66

pacientes ingieren entre 4 y 6 medicamentos diariamente. Positivamente significativo que 83 ancianos residen con su cuidador primario y solo 7 residen solos pero apoyados por Bienestar social.

Conclusiones: Se requiere realizar estrategias y acciones de educación continuada dirigidas a los cuidadores y profesionales de Enfermería desde la familia, la comunidad y la atención primaria de salud, a fin de optimizar los cuidados que se brindan y obtener una atención sanitaria de excelencia a fin de suplir las demandas de este creciente grupo social.

Palabras clave: Longevidad satisfactoria; anciano frágil; enfermería geriátrica.

Abstract

Introduction: The world is aging rapidly and Cuba is no exception. The number of people over the age of 60 increased to 700 million in the 1990s, by the year 2025, an estimated 1.2 billion elderly people. These people will demand specialized and personalized health services so it is vitally important that they correctly identify the care they require.

Objective: to describe the socio demographic, health characteristics and to classify their state of longevity.

Methods: A cross-sectional descriptive study in the geriatrics department of the hospital "Dr. León Cuervo Rubio "from Pinar del Río during January to June 2016. The universe was comprised of 156 elderly people admitted during that period, selecting a sample of 142.

Results: Most patients were classified as elderly with threats to satisfactory longevity identified in 89 of them, while 77 patients suffer from chronic cardiovascular and respiratory diseases. In pharmacological treatment, 66 patients ingested between 4 and 6 medications daily. Positively significant that 83 elderly reside with their primary caregiver and only 7 reside alone but supported by Social Welfare.

Conclusions: It is necessary to carry out strategies and actions of continuing education directed to caregivers and nursing professionals from the family, the community and primary health care, in order to optimize the care that is provided and obtain excellent health care in order to To meet the demands of this growing

social group.

Keywords: Satisfactory longevity; Fragile elder; Geriatric nursing.

Introducción

El mundo envejece vertiginosamente mostrando contrastes significativos entre sus áreas geográficas y sistemas sociales o políticos. Por supuesto cada continente y región experimenta un ritmo de envejecimiento distinto, según la forma en que han evolucionado componentes demográficos tales como: fecundidad, mortalidad, migración entre otros. El envejecimiento de los países se desarrolla en el contexto de sus experiencias de transición demográfica, la cual es un paso hacia una fecundidad y mortalidad bajas que a su vez provocan efectos sobre la estructura de edad de la población, típicamente, el envejecimiento poblacional es mas acentuado en países más desarrollados debido a factores como un alto nivel educativo, saneamiento ambiental, participación económica y social de la mujer, mayores servicios de salud y accesibilidad a la planificación familiar.¹ Es por estas razones que resalta, por ejemplo, que la expectativa de vida en países del primer mundo oscila entre 77 y 81 años, mientras que en pleno siglo XXI, habitantes de estados africanos como Mozambique, Zambia o Malawi no sobrepasan los 38 años de edad.²

Con el inicio de la caída de la fecundidad en los países de América Latina, empieza a observarse una disminución en la proporción de personas en edad joven. De una proporción de 15 personas de 60 años o más por cada 100 jóvenes y niños en 1970 ascendió a 25 en el año 2000. Actualmente existen más de 40 millones de adultos en América Latina, lo cual representa el 8% de la población total y se incrementará exponencialmente para el primer cuarto del actual siglo. A lo interno de los países se evidencia que países como Argentina, Cuba, Uruguay y Chile han presentado un proceso de envejecimiento más avanzado.^{3,4}

En Cuba las personas mayores de 60 años representan más del 14,7% de su población. Este grupo seguirá incrementando su representación, en los próximos 10 años será de un 18% de la población y para el 2025 uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años. Desde el 2015 habrá en Cuba más personas mayores

que niños pero en el 2025 tendremos alrededor de 156 mayores por cada 100 niños. Se puede afirmar que de cada 100 cubanos que nacen hoy, 75 vivirán más allá de los 60 años. Actualmente la esperanza de vida de las personas que cumplen 75 años es de 10.20 años, y los que arriban a 80 años es de 7,6 años para ambos sexos.⁵

Las consecuencias de esta acelerada transición demográfica han sido escasamente previstas en muchos países y en la actualidad el envejecimiento de la población y las condiciones de vida de las personas de edad avanzada emergen como una problemática social y sanitaria. El incremento relativo de la población adulta mayor es susceptible de mostrar muchas facetas. El deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al envejecimiento así como la reducción de los años previstos de esperanza de vida y estado saludable son factores indicativos de que el fenómeno conducirá a una mayor demanda de los servicios de salud. A esta situación se asocia la naturaleza crónica y progresiva de la morbilidad que hacen que los servicios tiendan a ser de carácter paliativo y a evitar o demorar el deterioro de las condiciones de salud de los adultos mayores. El rápido crecimiento de la población que esta envejeciendo plantea enormes retos a la voluntad de los sectores sociales y de salud para que proporcionen sistemas coordinados de atención para la prolongación de la esperanza de vida sin discapacidad para los ancianos.^{5. 6} Sus necesidades de salud específicas están aumentando así como la demanda de proveedores de servicios sanitarios que los comprendan. Otra arista importante es el cuidado individualizado, el envejecimiento afecta de manera diferente a las mujeres y los hombres. Este reconocimiento es crítico para lograr la igualdad entre los hombres y mujeres mayores y para satisfacer adecuadamente sus diferentes necesidades físicas, mentales y sociales a fin de proporcionar una longevidad satisfactoria. La mortalidad continua es mayor en los hombres, mientras que las enfermedades y secuelas derivadas de la ancianidad poseen una mayor incidencia en el sexo femenino, género este último más susceptible además a la violencia doméstica, la negligencia y el abandono.⁶

El reto social que el proceso de transición demográfica representa para las

sociedades, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud. A nivel estatal representa un considerable aumento de los gastos para la Seguridad y la Asistencia Social. De la misma manera que el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad.

Para todo ser humano existe la amenaza constante de la incapacidad, la dependencia y la muerte, pero los ancianos son por múltiples y lógicas razones más vulnerables de sufrirlas. Conocer a fondo la población adulta mayor, las enfermedades más frecuentes, el uso de medicamentos, su dinámica familiar, entre otros aspectos, nos ayudará en todo cuanto pueda hacerse por perfeccionar los servicios sanitarios y la atención que prestan, es siempre un paso adelante hacia la excelencia de los cuidados de salud y la motivación para la realización de este trabajo. Por todo lo anterior se pretende caracterizar la longevidad de los ancianos ingresados en el servicio de Geriatria del hospital “Dr. León Cuervo Rubio” durante el período Enero a Junio del año 2016 así como describir las características socio demográficas de los ancianos ingresados y los elementos individuales de salud que predominan en los pacientes durante el periodo analizado para gestionar acciones que optimicen sus cuidados y garantizar una longevidad satisfactoria

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, cualitativo y cuantitativo para caracterizar a los ancianos ingresados en el servicio de Geriatria del hospital “Dr. León Cuervo Rubio” durante el período de Enero a Junio del año 2016. Esta es una unidad de carácter provincial, consulta y atención médica para los adultos mayores de Pinar del Río.

Universo: 156 pacientes ingresados.

Muestra: 142 pacientes seleccionados mediante muestreo inducido.

Criterios tenidos en cuenta para el muestreo:

- 1 Edad
- 2 Voluntariedad de participación
- 3 Capacidad para la comunicación

Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos (análisis documental, búsqueda digital, libros, experiencia profesional personal) Analizándose la información obtenida de forma computarizada creando una base de datos para su procesamiento y posterior validación estadística a través de la prueba de Chi-cuadrado de homogeneidad considerando presencia de diferencias significativas cuando la p sea menor que 0,05, se utilizó el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas confeccionándose tablas de contingencia para facilitar la descripción de los resultados. Se realizó entrevista a los pacientes para la obtención de información (Anexo 2)

Todos los aspectos éticos y bioéticos fueron respetados durante la realización de la investigación, iniciada con el consentimiento informado de todas las partes participantes en ella.

Resultados

En relación con la distribución según sexo y grupos etáreos se obtuvo un predominio de pacientes femeninas, representado por 88 para un 62 % y 67 ancianos cuya edad oscila entre 70 y 79 años para el 47%, con los valores más cercanos de dicha variable constituidos por 48 pacientes con edades entre 80 y 89 años (Tabla1)

Tabla 1. Distribución de edad según el género. Hospital León Cuervo Rubio. Año 2016

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
Grupo Etáreo	Número	%	Número	%	Número	%
70 – 79 años	40	28%	27	19%	67	47%
80 _ 89 años	34	24%	14	9.85%	48	34%
90 _ 99 años	14	10%	13	9.15%	27	19%
Total	88	62%	54	38%	142	100%

Las enfermedades asociadas son lideradas por las cardiovasculares y

respiratorias, que agrupan el 54% del total, en menor incidencia la Diabetes Mellitus, enfermedades digestivas y la anemia. (Tabla 2)

Tabla 2. Enfermedades Asociadas. Hospital León Cuervo Rubio. Año 2016

Enfermedades	Número	%
Cardiovasculares	46	32%
Respiratorias	31	22%
Diabetes Mellitus	22	15%
Digestivas	20	14%
Anemias	23	17%
Total	142	100%

Relacionado con el uso de medicamentos 66 individuos ingieren cotidianamente de 4 a 6 medicamentos, significando el 46% y en relación con el alto número de ancianos con afecciones cardiorrespiratorias. (Tabla 3)

Tabla 3. Número de medicamentos según tratamiento diario. Hospital León Cuervo Rubio. Año 2016

Medicación	Pacientes	%
3 o menos	45	32
4 a 6	66	46
7 o más	31	22

La positiva dinámica familiar y soporte social fue expresada por la convivencia del 78% de los ancianos con su cuidador primario y la estabilidad de su entorno social, así como el apoyo de los restantes miembros de la familia. (Tabla 4)

Tabla 4. Dinámica familiar y apoyo social. Hospital León Cuervo Rubio. Año 2016

Residencia	Pacientes	%	Datos interés
Con familiares	83	59	
Solos	7	5	(5) apoyo Bienestar social
Rotación de domicilios	28	19	varios hijos, permanece un mes con cada uno.
Hogar de ancianos	24	17	Ausencia total de familia

Se caracteriza a 53 longevos como portadores de una longevidad satisfactoria, representando el 37%, mientras que 89 poseen amenazas para lograr propósito lo que equivale al 63%. (Tabla 5)

Tabla 5. Satisfacción con su longevidad. Hospital León Cuervo Rubio. Año 2016

Longevidad	Pacientes	%
Satisfactoria	53	37
Insatisfactoria	89	63

Discusión

El comportamiento descriptivo de la tabla uno concuerda con otras investigaciones que revelan heterogeneidad entre el sexo y la longevidad, existiendo diferencias significativas de un país a otro y la sobrevivencia de uno u otro sexo, aunque en nuestro estudio sobresalieron ligeramente las féminas con un 62%. El porcentaje mayor de ancianos correspondió al grupo etáreo de 70-79 años con 67 ancianos para un 47%. En investigaciones consultadas se coincide en que este intervalo de tiempo en la vida es el más cercano a la expectativa de vida real o estándar en el mundo desarrollado, en nuestro país la esperanza de vida es de 76 años, por lo que existen un mayor número de individuos representados en ella. Muy cercanos los resultados de 48 ancianos en el grupo entre 80-89 años, resultados más acordes con el área geográfica según Popolo, Miró, Peláez. A medida que se avanza en los años subsiguientes comienzan a decrecer las cifras, así como las capacidades funcionales y cognitivas de los sujetos de estudio, lo cual dificulta la inclusión de los mismos en los grupos de investigación y en segunda instancia la obtención de información objetiva y fidedigna, lo cual es sustentado por Pereira, Kempen.

En la tabla 2 se exponen las enfermedades asociadas en los senescentes estudiados. Las enfermedades que aparecen durante el incremento de los años de vida pueden repercutir desfavorablemente en la calidad de la sobrevivencia y en la aparición de discapacidades como secuelas directas o indirectas de las mismas. Un 54% de los ancianos presenta enfermedades asociadas cardiovasculares y respiratorias, lo cual según Dosil y Kempen incrementa la vulnerabilidad y propician el rápido deterioro del organismo. No es solo importante vivir por más años sino que esos años posean la calidad necesaria para satisfacer las expectativas del adulto mayor. El deterioro de la salud es percibido como el inicio del fin a la vez que presupone limitaciones a disímiles actividades, tanto de la vida

diaria como de recreación e intercambio social o profesional.

Se considera que la polifarmacia por la mayoría de los investigadores como un signo que incide proporcionalmente en la fragilidad del anciano, a mayor número de medicamentos, mayores las posibilidades de complicaciones e interacciones, el paciente puede omitir o incrementar las dosis voluntaria o involuntariamente, modificar los horarios de administración e incluso ingerir un medicamento por otro. La medicación requiere en ocasiones de supervisión estricta y es un rol de importancia vital para el personal de Enfermería y médico la exploración de la adherencia al tratamiento, su efectividad y la evitación de sesgos o errores.

La tabla 3 expone que la mayoría de los adultos mayores, 66 para un 46%, ingiere como tratamiento farmacéutico diario un número variable de 4 a 6 medicamentos. Se considera polifarmacia la ingestión cotidiana de 3 medicamentos o menos y solo en este rango encontramos el valor más cercano al ya mencionado con 45 pacientes o sea que en combinación, el 89% de los adultos mayores de la muestra requieren de la polifarmacia para el control de enfermedades asociadas. Cotejados con las investigaciones de Villa M., Rivadeneira L. Berkam LF, Glass T. se encuentran similares resultados, aún más cuando se avanza en la edad de los individuos y el número de afecciones asociadas.

En la tabla 4 se evidencia que los hallazgos en cuanto a las relaciones sociales y de dinámica familiar arrojaron datos muy positivos, 78% de los ancianos residen con sus familiares y/o cuidadores primarios, lo cual influye favorablemente en la satisfacción de sus necesidades esenciales y socio-psicológicas. Se corroboran las directivas del sistema de Salud Pública cubano de atender a la población de avanzada edad desde el nivel primario de salud y en el seno de la familia siempre que sea posible. Ello posibilita el mantenimiento de vínculos y roles sociales, el desarrollo de tareas especificadas culturalmente y la correcta actualización de sus potencialidades. Lynch, Prince junto a otros investigadores sostienen la gran relevancia de la esfera socio-afectiva del anciano así como a su adaptación eficaz a los nuevos roles, la ausencia de estos y de motivaciones, el aislamiento y la soledad son identificados como precursores de depresión y otras afecciones como

la demencia y el Alzheimer. Una vez que se instaura un trastorno mental se afecta la esfera cognoscitiva y muy frecuentemente, en consecuencia, las capacidades funcionales. El mantenimiento de las mismas por un mayor periodo de tiempo, la independencia social y económica favorecen la satisfacción con la vejez. La literatura revisada reporta que con la acumulación de los años varia la forma y el funcionamiento del cuerpo humano, independientemente de la salud pero la mayoría de las personas ancianas sanas no presentan alteraciones que influyan marcadamente en su funcionamiento físico, intelectual o social antes de los 80 años. Lluís-Ramos, Dosil, Berkman. Igual importancia se ha demostrado posee el mantenimiento de proyectos de vida y el vínculo con las esferas profesionales y culturales para el disfrute de una longevidad satisfactoria.

Teniendo en cuenta las variables antes mencionadas y otras exploradas durante la investigación se clasifica a la mayoría de los ancianos como poseedores de amenazas para el mantenimiento de una longevidad insatisfactoria (Tabla 5). Sufren de afecciones crónicas y por ello utilizan un variado número de fármacos de forma constante, lo cual es coadyuvante para interacciones medicamentosas y posible daño a otras esferas de la salud. Carecen de opciones de recreación y esparcimiento, ya sea por una situación real o porque han decidido no hacer uso de ellas. Planear para la vejez no debe comenzar cuando se es ya viejo, sino que debe ser un proceso atendido desde la adultez temprana. Toda información que podamos utilizar para el mantenimiento de la salud propia y el cuidado de la salud de los ancianos de la familia será siempre una información provechosa que redundará en ancianos más capaces e independientes.

Conclusión

La mayoría de los ancianos estudiados poseen amenazas para el disfrute de una longevidad satisfactoria, dadas principalmente por el deterioro de su estado de salud, la pérdida de su independencia y disminución de capacidades funcionales. La preparación especializada del personal sanitario permitirá contribuir a un cuidado de excelencia. Somos no solo observadores sino también actores de este empeño.

Recomendaciones.

Las próximas generaciones de adultos mayores tenemos que prepararnos para entablar relaciones afectivas y sanas con nuestros familiares

Desde la Familia:

- Revalorar el aporte de las personas adultas mayores dentro de la vida y economía del hogar
- Crear un ambiente que brinde afecto, respeto y constituya un real soporte para sus miembros mayores, especialmente para aquellos que tienen algún grado de discapacidad

Desde los Medios de Comunicación:

- Contribuir a mejorar la imagen de las personas adultas mayores.

Desde la Atención primaria de salud:

- Fomentar su integración, generando en la comunidad espacios integradores e intergeneracionales.
- Crear clubes de recreación para ancianos donde, además de realizar ejercicios, se les dé la oportunidad de escuchar música de su época, tejer, bordar, cuidar y sembrar un jardín, jugar dominó, en fin, muchas ideas que los conviertan en personas útiles y además con un sentido de la vida.

Referencias bibliográficas

1. Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad de América Latina. Santiago de Chile, 2014 19:9
2. Derechos Humanos y Salud: personas mayores. OPS, <http://www.onu.org>
3. Oficina Nacional de Estadísticas. El envejecimiento de la población: Cuba y sus territorios. Centro de estudios de población y desarrollo. La Habana 2001
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2010, La Habana: MINSAP 2010
5. Romero Cabrera AJ. Definición de envejecimiento. Maestría de Longevidad Satisfactoria [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2014.
6. Prieto Ramos O. Envejecimiento y salud. 1ra ed. La Habana: Científico Técnica; 2008.

7. Llanes Betancourt C. Capacidad funcional y envejecimiento sano. Maestría de Longevidad Satisfactoria [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2044.
8. Nebot M., Lafuente JM, Tomas Z., Efecto Protector del apoyo social en la mortalidad de la población anciana: un estudio longitudinal. Rev. Esp. Salud Publica 2012, 76: 673
9. Núñez de Villavicencio Porro F. Psicología y Salud. 1ra ed. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
10. Nieves Achón Z, Ojeda González JL, Curbelo AS. La calidad de vida en los ancianos y sus determinantes subjetivos. La Habana: Científico Técnica; 2009.
11. Rocabruno Medero JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, Editorial Academia, 2001.p.72
12. Katz S. Studies of Illness in the aged.The index of ADL: A standarized measures of biological and psychosocial function, JAMA 2005, 185
13. Krapp K. Activities of daily living evaluaton. Encyclopedia of Nursing and Allied, Health ed. 2006
14. Villamil C. Psicología del adulto mayor (moografía en internet) Fundación Gerontológica Argentina, 2010 Disponible en: http://www.fund_Gerontol.ar/sistema// metodologica// PDF/S35/ HTML.
15. Kempen GI, Steverink N. Ormel J.The assessment of ADL among frail elderly: selfreport versus performance based test and determinant of discrepancies. J. Gerontol 2005, 51 (5) 254-260Berkman LF, Glass T. Social Integration, social networks, social support and health.Social Epidemiology, New York:Oxford University Press, 2005.
16. Lluís Ramos GE, Libre Rodríguez JJ, Samper Noa JA. Propuesta de evaluación geriátrica para su aplicación en los centros asistenciales de las FAR, ed Medicina Militar 2005,
17. LeMone P.,Burke K.M. Medical Surgical Nursing. Critical Thinking in client care 2nd ed.Prentice Hall, Inc. 2008, p 39, 441, 1697

18. Hernández M.O., Bouza M.A. y otros , Longevity Characterization of Domica'Home for the elderly residents. 2010 National Documentation Centre, www.dominica.gov.dm, Roseau, Dominica,WI
19. Herrera PA vejez y Envejecimiento. Enfoque integral del paciente geriátrico, 3003 (citado 11 Mayo 2008) Disponible en: www.me.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/.pdf

ANEXO 2:

Entrevista realizada a pacientes en el servicio de Geriatria del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio"

Edad____ Sexo____ Raza____

¿Vive usted:

Solo____ Con familiares ____ Hijos____ Nietos____

Cuidador sin vinculo sanguíneo____?

¿Es capaz por si solo de:

Bañarse____ Vestirse____ Preparar alimentos____ Hacer compras____?

¿Realiza actividades recreativas? Si____ No____

Si su respuesta es afirmativa,¿ cuales?

Paseos____ Lectura____ Televisión____ Ejercicios____ Circulo de abuelos____

Considera que su estado de salud es: Bueno____ Regular____ Malo____

En su vejez se siente: Satisfecho____ Medianamente satisfecho____

Insatisfecho____