

Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años

Prevalent medical conditions in adults over 60 years

ALEXANDER MORALES, GIOVANA MARCELLA ROSAS, EUNICE YARCE, YENNY VICKY PAREDES, MILDRED ROSERO, ARSENIO HIDALGO • SAN JUAN DE PASTO (COLOMBIA)

Resumen

En el acto médico cotidiano cada día es más palpable el fenómeno del envejecimiento poblacional, no obstante, la población anciana colombiana ha sido poco estudiada. En la ciudad de Pasto se realizó un estudio que pretende conocer las características multidimensionales de la población adulta mayor. En el presente artículo se muestran hallazgos relevantes desde la dimensión médica.

Objetivo: determinar las características multidimensionales más relevantes en un grupo representativo de los adultos mayores de la ciudad San Juan de Pasto.

Material y métodos: estudio de carácter cuantitativo, con un nivel descriptivo, transversal y analítico. La población estuvo conformada por 426 adultos mayores; el tipo de muestreo fue no probabilístico, a conveniencia y por cuotas (en cada comuna) estratificado por edad y sexo. Se aplicó el instrumento de evaluación diseñado para el estudio que comprendía valoraciones desde las dimensiones demográfica, médica, psicológica, funcional y social. El análisis estadístico se elaboró con el paquete SPSS versión 20.

Resultados: en relación con el aspecto médico se encontró 50.5%, los adultos consideran que su salud es regular; entre las cinco condiciones más prevalentes se encontró la HTA (55.6%), insuficiencia venosa (40.4%), dislipidemia (40.3%), infección urinaria (38%) y artrosis/artritis (34.7%). Los medicamentos que más consumen los adultos mayores son los que actúan sobre el sistema cardiovascular (51.9%). Finalmente 82.8% de los adultos investigados no han sido hospitalizados.

Conclusiones: en los adultos mayores de la ciudad de Pasto se evidenció, como se ha descrito en otras poblaciones geriátricas, el predominio en la prevalencia de condiciones crónicas no infecciosas, lo cual plantea nuevos desafíos para enfrentar la carga de enfermedad en este grupo etáreo. (*Acta Med Colomb* 2016; 41: 21-28).

Palabras clave: *adulto mayor, envejecimiento, comorbilidad, valoración geriátrica.*

Abstract

In the daily medical act the phenomenon of population aging is every day more evident; however, the elderly Colombian population has been little studied. In the city of Pasto a study aiming to know the multidimensional characteristics of the older population was carried out. Relevant findings from the medical dimension are shown in this article.

Objective: to determine the most relevant multidimensional characteristics in a representative group of seniors from San Juan de Pasto.

Materials and Methods: quantitative study with a descriptive, transversal and analytical level. The population consisted of 426 older adults; the type of sampling was non probabilistic at convenience and by quotas (in each commune) stratified by age and sex. The assessment instrument designed for the study comprising evaluations from the demographic, medical, psychological, functional and social dimensions was applied. Statistical analysis was made using SPSS version 20 package.

Results: regarding the medical aspect was found that (50.5%) of older adults consider their health is not good; among the five most prevalent conditions, HBP (55.6%), venous insufficiency

Dr. Alexander Morales Erazo: Internista y Geriatra Universidad de Caldas. Docente de Geriatria Universidad de Nariño – Universidad Cooperativa. Maestrante en Epidemiología, Universidad CES – Universidad Mariana. Médico Especialista, Hospital Universitario Departamental de Nariño; Dra. Giovana Marcella Rosas Estrada: Fisioterapeuta. Magíster en Gerontología, Envejecimiento y Vejez, Mg. y Esp. en Intervención Integral en el Deportista; Doctoranda en Proyectos, Unini México. Docente Investigadora Universidad Mariana; Dra. Eunice Yarce Pinzón: Terapeuta Ocupacional, Especialista en Gestión para el Desarrollo Empresarial, Maestrante en Pedagogía, Docente Investigadora Universidad Mariana; Dra. Yenny Vicky Paredes Arturo: Psicóloga. Magíster en Neuropsicología. Ph.D. Psicología con Orientación en Neurociencias Cognitivas. Docente Investigadora Universidad Mariana; Sra. Mildred Rosero Otero: Enfermera. Magíster en Salud Ocupacional; Candidata a Doctora en Enfermería. Docente Investigadora Universidad Mariana; Sr. Arsenio Hidalgo: Asesor Metodológico. Mg. En Estadística, Esp. en Epidemiología Universidad de Nariño. San Juan de Pasto (Colombia). Correspondencia. Dr. Alexander Morales, San Juan de Pasto (Colombia). alexandermoraleserazo@gmail.com Recibido: 11/V/2015 Aceptado: 23/II/2016

(40.4%), dyslipidemia (40.3%), urinary tract infection (38%) and osteoarthritis / arthritis (34.7%), were found. The drugs most commonly used by older adults are those acting on the cardiovascular system (51.9%). Finally (82.8%) of adults surveyed have not been hospitalized.

Conclusions: In older adults of the city of Pasto, as described in other geriatric populations, the predominance in the prevalence of chronic non-infectious conditions was evidenced, posing new challenges to face the burden of disease in this age group. (*Acta Med Colomb* 2016; 41: 21-28).

Keywords: *elderly, aging, comorbidity, geriatric assessment.*

Introducción

El término envejecimiento se refiere a un proceso de cambios a medida que pasan los años en el transcurso de la vida y en sentido estricto se diría que es todo lo que sucede en el organismo desde el momento de la fecundación. Si se habla de “vejez” o senescencia de los individuos, se enfatiza a los cambios que se presentan después de alcanzar un pico máximo de desarrollo. Un límite arbitrario definido por la OMS se refiere al hecho de vivir más allá de los 60 años (1).

Por otro lado el envejecimiento poblacional o demográfico es un proceso que evidencia la velocidad del cambio en la estructura por edades de una población (2). Las últimas épocas en la evolución mundial se han caracterizado por cambios acelerados en los índices de natalidad y de mortalidad, dando como resultado que aumente el número de personas de 60 y más años de edad. Estos cambios han afectado el mundo en general, y Colombia no es la excepción. Según el Departamento Nacional de Estadística (DANE), en nuestro país para el año 2013, la población mayor (60 y más años de edad) fue de 4 962 491 (10.53% del total de la población), para 2020 se espera que sean 6 435 899 (13%), y se calcula la esperanza de vida al nacer para el periodo comprendido entre 2010 y 2015 es de 75 años para ambos sexos, siendo para los hombres de 72.1 años y para las mujeres de 78.5 (3).

Este envejecimiento poblacional es en sí mismo, un fenómeno complejo con consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud, representando uno de los mayores desafíos para el país (2). Podría plantearse como una falacia el hecho de que la prolongación de la expectativa de vida sea un éxito en la evolución del hombre, si predominan problemas de salud, tales como el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, que generan dependencia y discapacidad (4).

En consecuencia el tema del envejecimiento de la población debe tener un lugar prioritario en las políticas de salud y como aspecto relevante la educación de recursos humanos para la atención en salud de las personas mayores. Todo parte de conocer las características básicas y las problemáticas que afectan al adulto mayor. Sin embargo y de forma proporcional a otros grupos de edad, son escasos los estudios que los caracterizan; esta situación es notoria en Colombia donde los estudios poblacionales sobre vejez aún son pocos (5). Ya lo mencionaba el Dr. Jaime Márquez en 1992, “para el final de esta década, ningún médico egresará

de una facultad de medicina sin haber tenido una importante experiencia en la atención de pacientes mayores de 65 años” (6); sin embargo esta frase que debió ser marcadora de las políticas educativas médicas en Colombia, aún está lejos de ser real.

Como referente a nivel latinoamericano se encuentra la encuesta “salud y bienestar en el adulto mayor” (SABE), estudio multicéntrico que se creó con el objetivo de evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores de siete ciudades de América Latina y el Caribe: Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; La Habana, Cuba; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile; México, D.F., México y São Paulo, Brasil (7). A éstas se han sumado otras regiones, entre ellas la encuesta SABE, Bogotá, impulsada por el Instituto de Envejecimiento de la Universidad Javeriana (5). De forma similar al presente estudio, en la encuesta SABE también se usó el modelo de evaluación multidimensional.

En este contexto y con el afán de profundizar en el conocimiento la población de la tercera edad a nivel local, se plantea la investigación titulada “Caracterización Multidimensional de los Adultos Mayores de 60 años de la Ciudad de San Juan de Pasto”, desarrollada entre los años 2012 y 2014 y en la cual se realizó una valoración integral de los ancianos incluidos, utilizando el modelo de “valoración geriátrica multidimensional”, ampliamente aceptado tanto en el campo clínico como investigativo (8). Se aplicaron evaluaciones y mediciones desde el punto de vista socio-demográfico, médico, funcional y neuropsicológico. En el presente artículo se presentan los principales hallazgos de la dimensión médica.

Material y métodos

Estudio de carácter cuantitativo, de nivel descriptivo, de corte transversal, analítico. La población se seleccionó de adultos mayores de 60 años o más, de la zona urbana de la ciudad de San Juan de Pasto. El marco muestral se determinó considerando los datos del Censo DANE y su estimación para el año 2013, sobre la población adulto mayor de la ciudad de Pasto, con un nivel de confiabilidad de 95% y un error máximo de muestreo de 5%, lo cual correspondió a 382 personas, valor que se ajustó con un factor de no respuesta de 11%, obteniéndose 426 unidades, las cuales se seleccionaron en cada una de las comunas, además se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de muestreo es no probabilístico, a conveniencia y por

cuotas (en cada comuna) estratificado por edad y sexo. Se realizó prueba piloto con un grupo de 42 adultos mayores. Se aplicó formato de consentimiento informado.

El estudio se realizó por fases: en un primer momento se programaron diferentes reuniones con los líderes para sensibilizarlos de la importancia de la investigación para los adultos mayores y motivarlos a su vez para la participación activa en este proceso, se ejecutó una convocatoria pública con perifoneo, carteles e informantes claves; el trabajo de campo se desarrolló en once jornadas en cada una de las comunas de la ciudad contando con la colaboración de los líderes comunitarios quienes citaban a los adultos mayores el día y hora establecidos. Los lugares para el desarrollo de esta actividad fueron colegios, salones comunales, canchas deportivas, parroquias y auditorios.

Para caracterizar este grupo de sujetos se consideraron variables sociodemográficas (datos generales, nivel educativo, cuidadores, seguridad social, etc), aspectos médicos generales y específicos del envejecimiento, medidas neuropsicológicas (incluyendo test de valoración emocional y cognitiva: *Minimental Test*, *Montreal Cognitive Assessment-MOCA*, escala de depresión geriátrica de Yesavage) y funcionales (escalas de valoración funcional, evaluación de caídas, índice de fragilidad, batería corta de desempeño físico). Desde la dimensión médica se indagó sobre la autopercepción de salud, presencia de comorbilidades, consumo de medicamentos formulados y autoprescritos,

hospitalizaciones, cirugías, trastornos del sueño, grandes síndromes geriátricos, hábitos de vida y tóxicos, estado de vacunación y estado nutricional.

La técnica utilizada fue la encuesta, el instrumento fue adaptado por el grupo de investigadores, compuesto por escalas ampliamente utilizadas en la valoración geriátrica, algunas validadas en Colombia y todas validadas en idioma español. Se indagaron las variables de interés para cada dimensión.

Análisis estadístico

Los resultados son expresados como valores promedio \pm desviación estándar para las variables medidas en escala numérica y en porcentaje para las medidas en escala nominal. Se usó la prueba de chi cuadrado para las variables dicotómicas y t de student para el análisis bivariado de las variables continuas que distribuían normal. Las diferencias entre las variables serán consideradas significativas con un valor de $p < 0.05$.

Para el registro y procesamiento de la información se utilizó la aplicación informática Microsoft Excel 2007 y el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 19.

Resultados

Se identificaron 426 adultos mayores, de 60 años o más, de las 12 comunas de la ciudad San Juan de Pasto. Entre

Tabla 1. Principales características sociodemográficas en ancianos ambulatorios en el municipio de Pasto, 2014. Fuente: la presente investigación.

Característica		Mujeres n (%) n= 248	Hombres n (%) n=157	Total de la Población n= 426
	Edad (promedio)	70.9 a (DS 6.9)	74 a (DS 7.7)	72 a (DS 7.4)
Grupos de edad	60-64	55 (22.2)	13 (8.3)	68 (16.8)
	65-69	60 (24.2)	39 (24.8)	99 (24.4)
	70-74	59 (23.8)	38 (24.2)	97 (24)
	75-79	38 (15.3)	25 (15.9)	63 (15.6)
	80 o +	36 (14.5)	42 (26.8)	78 (19.3)
Estado civil	Soltero	61 (23.2)	17 (10.4)	78(18.3)
	Casado	98 (37.3)	98 (60.1)	196 (46)
	Viudo	76 (28.9)	28 (17.2)	104 (24.4)
	Separado/divorciado	23 (8.7)	7 (4.3)	30 (7)
	Unión libre	5 (1.9)	13 (8.0)	18 (4.2)
Años de escolaridad	0-5	223 (85.1)	130 (81.3)	353 (83.6)
	6-12	34 (13)	21 (13.1)	55 (13)
	Más de 12	5 (1.9)	9 (5.6)	14 (3.3)
Estrato socioeconómico	Bajo	205 (80.7)	125 (78.6)	330 (79.9)
	Medio	43 (16.9)	33 (20.8)	76 (18.4)
	Alto	6 (2.4)	1 (0.6)	7 (1.7)
Dependencia económica de su familia	Si	189 (72.1)	79 (49.1)	268 (63.4)
	No	73 (27.9)	82 (50.9)	155 (36.6)
Vive solo	Si	24 (9.2)	10 (6.3)	34 (8.1)
	No	236 (90.8)	149 (93.7)	385 (91.9)

Tabla 2. Relación número de enfermedades y número de individuos afectados. Fuente: la presente investigación.

No.	Número de enfermedades	Número de individuos
	n	%
0	14	4
1	38	10.8
2	53	15
3	66	18.7
4	54	15.3
5 o más	128	36.2
Subtotal	353	100
NS/NC	73	
Total	426	

Tabla 3. Relación número de enfermedades por sexo y grupo etáreo. Fuente: la presente investigación.

Variable		Número de enfermedades			
		Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Sexo	Mujer	4.3	2.3	0	11
	Hombre	3.2	2.0	0	10
Grupos de edad	60-64	3.6	2.0	0	9
	65-69	3.7	2.5	0	11
	70-74	3.9	2.2	0	9
	75-79	4.0	2.0	1	11
	80 o +	4.4	2.4	0	11

otros hallazgos, se destacó que los ancianos que viven en la comunidad presentaron una edad promedio de 72 años, el sexo predominante es el femenino (61.7%), la mayoría son casados (46.0%), se dedican al hogar (63.8%), dependen económicamente de otra persona para su subsistencia (63.4%), el nivel educativo predominante fue primaria con 56.4%, pertenece al estrato uno (79.9%), en lo referente a la red de apoyo, se destaca que ellos no están solos, la mayoría viven acompañados. En la Tabla 1 se resumen los principales hallazgos demográficos.

Como en otros grupos poblacionales de ancianos, en la ciudad de Pasto se evidencia un mayor número de comorbilidades, así como el aumento del número de estas a medida que avanza la edad. Es así como de 353 pacientes con quienes se pudo obtener el dato de enfermedades previas o actuales, el 96% de la muestra presentaba al menos una comorbilidad (Tablas 2 y 3).

Las cinco primeras comorbilidades identificadas en este grupo corresponden a HTA, insuficiencia venosa, dislipidemia, infección urinaria y artritis y/o artrosis. En la Figura 1 se puede observar el total de las condiciones identificadas en orden de frecuencia.

En las Tablas 4 y 5 se muestran las patologías más frecuentes identificadas, diferencias por sexo y grupos de edad.

Se observó que los medicamentos que más consumen los adultos mayores son los que actúan sobre el sistema cardiovascular (51.9%), seguido de los analgésicos (39.7%), medicamentos metabólicos (se agrupan fármacos para la diabetes y tiroideo) (29.5%), y en menor proporción vitaminas

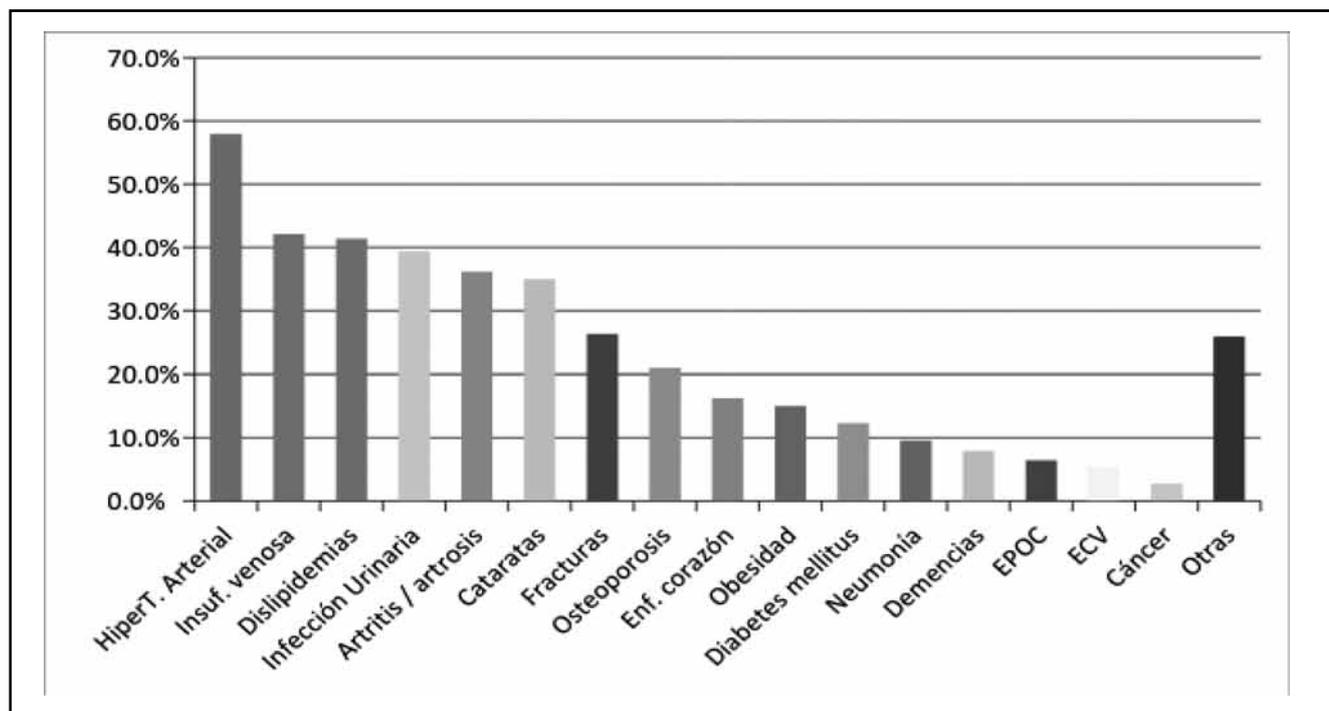


Figura 1. Enfermedades más frecuentes en ancianos ambulatorios en el municipio de Pasto, 2014. Fuente: la presente investigación.

Tabla 4. Enfermedades más frecuentes en ancianos ambulatorios en el municipio de Pasto, 2014 y su relación por sexo. Fuente: la presente investigación.

Enfermedad	Sexo				Total		p valor
	Mujer		Hombre		Casos	p (%)	
	Casos	P (%)	Casos	P (%)			
Hipertensión arterial	153	58.4	82	50.9	235	55.6	0.154
Dislipidemias	121	47.1	47	29.6	168	40.4	0.002*
Insuficiencia venosa	133	50.8	38	23.5	171	40.3	0.000*
Infección urinaria	113	43.5	47	29.2	160	38.0	0.013*
Artritis o artrosis	112	42.7	35	21.6	147	34.7	0.000*
Cataratas	88	34	54	33.3	142	33.7	0.842
Fracturas	69	26.3	38	23.6	107	25.3	0.064
Osteoporosis	70	26.8	15	9.3	85	20.1	0.000*
Enferm. corazón	35	13.4	31	19.1	66	15.6	0.280
Obesidad	47	18.1	14	8.6	61	14.5	0.023*
Diabetes mellitus	30	11.5	20	12.4	50	11.9	0.180
Neumonía	29	11.1	10	6.2	39	9.2	0.027*
Demencias	16	6.1	16	9.9	32	7.5	0.272
EPOC	13	5.0	13	8.0	26	6.2	0.377
ECV	15	5.7	7	4.3	22	5.2	0.699
Cáncer	9	3.4	2	1.2	11	2.6	0.379
TBC	0	0	0	0.0	0	0.0	0.055
Otras	67	28.3	38	28.6	105	28.4	0.088

* Estadísticamente significativas

Tabla 5. Enfermedades más frecuentes en ancianos ambulatorios en el municipio de Pasto, 2014 y su relación por grupo de edad. Fuente: la presente investigación.

Enfermedad	Grupos de edad										Total		p valor
	60-64		65-69		70-74		75-79		80 o +		Casos	p (%)	
	Casos	p (%)	Casos	p (%)	Casos	p (%)	Casos	p (%)	Casos	p (%)			
Hipertensión arterial	28	41.2	42	42.4	55	57.9	42	66.7	55	71.4	222	55.2	0.001*
Insuficiencia venosa	31	45.6	44	44.4	39	40.6	24	38.1	28	36.4	166	41.2	0.571
Dislipidemias	31	45.6	41	43.2	37	38.5	24	39.3	30	39.5	163	41.2	0.805
Infección urinaria	27	39.7	34	34.7	34	35.8	25	40.3	34	44.2	154	38.5	0.894
Artritis o artrosis	27	39.7	30	30.3	37	38.5	19	30.2	27	35.1	140	34.7	0.593
Cataratas	18	26.5	27	27.6	25	26	30	49.2	38	49.4	138	34.5	0.001*
Fracturas	15	22.1	26	26.3	27	28.4	15	23.8	21	27.3	104	25.9	0.709
Osteoporosis	16	23.5	17	17.3	24	25	11	17.5	12	15.8	80	20.0	0.739 .
Enferm. corazón	9	13.2	13	13.1	13	13.5	9	14.3	20	26	64	15.9	0.093
Obesidad	13	19.1	15	15.3	9	9.5	11	17.5	10	13.2	58	14.5	0.580 .
Diabetes mellitus	3	4.5	15	15.3	8	8.3	7	11.3	16	20.8	49	12.3	0.039*
Neumonía	5	7.4	7	7.1	10	10.4	6	9.5	10	13	38	9.4	0.059
Demencias	5	7.4	5	5.1	7	7.3	6	9.5	9	11.7	32	7.9	0.068
EPOC	2	2.9	5	5.1	5	5.3	5	7.9	9	11.8	26	6.5	0.298
ECV	4	5.9	4	4.0	5	5.2	5	7.9	4	5.2	22	5.5	0.847
Cáncer	1	1.5	3	3.0	2	2.1	0	0	5	6.5	11	2.7	0.517
TBC	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0	0.044*
Otras	16	26.2	27	31.0	26	30.2	18	32.7	15	23.1	102	28.8	0.403

* Estadísticamente significativas

y suplementos nutricionales (19.8%). En los medicamentos autoprescritos sobresalen los analgésicos (31.5%), seguido de las vitaminas y suplementos nutricionales (17.1%).

Discusión

El envejecimiento normal implica una serie de cambios en todos los sistemas orgánicos, resaltando el aspecto anatómico, cognitivo, y funcional, conocidos como cambios fisiológicos del envejecimiento. Estos últimos sumados a los estilos de vida y a la genética en menor proporción, hacen al anciano más o menos vulnerable; por tanto se hace necesario el conocimiento multidimensional de esta población, evitando así que en esta fase del ciclo vital se perjudique la calidad de vida y el funcionamiento de los individuos (8).

La noción de edad cronológica se refiere a la suma de los años desde el nacimiento. Por el contrario, el concepto del envejecimiento biológico entendido como el estado integral de un individuo como resultante de los desgastes asociados a la edad más sus condiciones de enfermedad, funcionalidad, bienestar mental y apoyo social (9). El envejecimiento biológico es individual e independiente de la edad cronológica y explica por qué dos personas de la misma edad poseen características de salud diferentes. Como sea, la senescencia no deja de ser una etapa normal en el ciclo de vida y debe ser vista como tal, alejándose de la idea de que vejez es lo mismo que enfermedad. Por eso es importante en el momento de evaluar y tomar decisiones en un paciente anciano, no tener como único criterio la edad cronológica, sino más bien su edad biológica o de forma resumida, su funcionalidad. Una forma de aproximarse al mencionado envejecimiento biológico, es la valoración geriátrica multidimensional, esquema que fue aplicado en esta investigación.

Desde la dimensión médica en el presente estudio, es importante además de otros aspectos, valorar las condiciones clínicas prevalentes, sobre las cuales se debe enfocar la atención sanitaria. La presencia de varias enfermedades concomitantes en un problema común en el anciano y aumenta a medida que aumenta la edad. Datos del "Medicare" sugieren que 32% de la población en el grupo de 65-69 años sufre de tres o más condiciones crónicas. Entre los 80-84 años la prevalencia de multimorbilidad aumenta 52% (10). Entre los ancianos en general 76% sufren de tres o más condiciones crónicas (11). Este exceso de comorbilidades es asociado significativamente con mortalidad, discapacidad, deterioro funcional y baja calidad de vida, con el consecuente aumento en el uso de los servicios de salud y costos. En el presente estudio se encontró que de forma más frecuente se presentan entre tres y cuatro enfermedades en el mismo individuo, 70.2% presentaba al menos tres enfermedades. Los mayores de 80 años presentan 4.4 enfermedades en promedio, lo cual es alto si no se pierde de vista que son ancianos ambulatorios. La media para el sexo femenino es 4.3 y para el sexo masculino de

3.2. El reto son los extremos, pues 6% presenta 8, 9, 10 y hasta 11 enfermedades concomitantes, lo cual se vuelve complicado de manejar.

Así como en otros estudios de prevalencia, en poblaciones ancianas y no ancianas, la HTA sigue siendo la patología más frecuente, se ha reportado prevalencias de 20-30% en población general y de 60% en mayores de 60 años (12). En el año 2006, en la ciudad de Cali, se reportó una prevalencia de HTA de 64%, en adultos mayores (13). En población entre 25 y 64 años en Bogotá, el estudio CARMELA reportó una prevalencia de 13.4% (14). Es evidente al analizar estas cifras que la HTA es una enfermedad de personas envejecidas. En adultos mayores en Pasto la prevalencia encontrada fue de 55.6%, dato que fluctúa entre lo reportado en otras poblaciones de adultos mayores, pero que no deja de ser alarmante si tenemos en cuenta los problemas que giran alrededor de esta patología como son la alta tasa de no diagnosticados, los tratamientos insuficientes y sin lograr metas adecuadas y un hecho de resaltar es que los pacientes no reconocen a la HTA como una enfermedad, de hecho es frecuente que no la refieran entre sus antecedentes si no se pregunta de forma específica y es obvio que este desconocimiento de su enfermedad trae consecuencias negativas. Al igual que en otros estudios, se encontró mayor prevalencia en ancianas, pero sin diferencia significativa.

La comparación de la prevalencia de la insuficiencia venosa crónica entre los diferentes estudios que abordan este tema es una tarea sumamente difícil por la escasez de estudios, el espectro amplio de la enfermedad que va desde teleangiectasias asintomáticas hasta severos cuadros de ulceración y lipodermatoesclerosis, y las diferentes metodologías empleadas en sus diseños, además hay que reconocer que datos apoyados en encuestas carecen de confiabilidad en comparación con métodos más objetivos de medición; por esto los datos de prevalencia de "algún grado de desorden venoso crónico" van desde 7% hasta 86.5% (15). En Colombia, Buitrago et al en 2011 reportan 19.2% en hombres y 35.5% en mujeres en una muestra de 273 pacientes (16). Si se ha reportado como factores de riesgo no modificables el sexo femenino y la edad, de hecho la prevalencia se incrementa de manera lineal con la edad (17). Encontramos una prevalencia de insuficiencia venosa crónica de 40.3%. De un total de 171 pacientes, 133 corresponden al sexo femenino (50.8%) y 38 al sexo masculino (23.5%), siendo significativa la diferencia.

El tema de las dislipidemias es de suma importancia por todas sus implicaciones ampliamente conocidas. No hay un límite de edad establecido para el estudio del perfil lipídico, ya que se ha demostrado utilidad de la corrección de los trastornos lipídicos hasta en personas de 85 años, dependiendo de su estado funcional y expectativa de vida; además a mayor el riesgo, mayor el beneficio y se considera que en mayores de 85 años la primera causa de morbimortalidad es la enfermedad cardiovascular (18). Es más, ahora además de la edad cronológica se habla del

concepto de edad vascular (19). En el *Cardiovascular Health Study* se encontró que 46% de 48 738 individuos mayores de 65 años tenían dislipidemias (20); nosotros encontramos una cifra de 40.4%, que es una cifra alta si se compara con el estudio de la referencia anterior y que sin duda refleja la “occidentalización” de los estilos de vida y hábitos nutricionales.

En el cuarto lugar de prevalencia en la ciudad de Pasto en ancianos se encontraron a las infecciones del tracto urinario. En general las patologías infecciosas deben ser consideradas de interés especial en este grupo etario dadas sus condiciones de inmunosenescencia. En particular, las infecciones de vías urinarias son consideradas las más comunes en ancianos ambulatorios y asociadas con morbilidad y mortalidad significativas (21). Muchas veces el diagnóstico de esta patología en el anciano es un reto ya que no se presenta con fiebre, ni con síntomas irritativos urinarios, ni con aumento de reactantes de fase aguda (22); en lugar del cuadro clásico se presenta de manera atípica en forma de grandes síndromes geriátricos (delirium, caídas, incontinencia, inmovilidad y declinación funcional). En el presente estudio se encontró un reporte total de 38%, y de forma significativa más en mujeres.

La incidencia de algunas enfermedades músculo esqueléticas aumenta con la edad y algunas sólo ocurren en pacientes mayores, por ejemplo polimialgia reumática, osteoporosis, artrosis y las enfermedades por depósito de microcristales (23). Más de la mitad de los individuos mayores de 60 años, sufre de alguna forma de enfermedad articular lo cual limita su funcionalidad y calidad de vida (24). En este estudio se encontró una prevalencia total de 34.7%, lo que sugiere un posible subdiagnóstico.

Ya que se describe asociado al aumento de la edad alteraciones en la glicemia plasmática en ayunas, en la hemoglobina glicosilada y resistencia a la insulina (25), no es sorprendente que se encontró una cifra elevada de prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (11.9%); no obstante se debe mencionar que ya se ha determinado que la mitad de los pacientes con esta condición están por encima de los 60 años, y es aún más alta prevalencia por encima de los 80 años con cifras que oscilan entre 10 y 16%, asociando este aumento de la prevalencia de diabetes en ancianos a pobres condiciones de vida (26). A nivel nacional no contamos con cifras de prevalencia específicamente en ancianos. Se describen cifras de prevalencia nacional que oscilan en el orden de 7.4 en hombres y 8.6% en mujeres (27), incluyendo pacientes de todas las edades, e inclusive una referencia anterior en la ciudad de Pasto da una cifra de 2.4% en hombres y 3.6% en mujeres (28). La relación de diabetes y envejecimiento, es interesante, ya que se ha visto a la diabetes como una forma de envejecimiento acelerado, comparten eventos fisiopatológicos comunes y desenlaces similares como deterioro cognitivo, depresión y discapacidad.

La polifarmacia es un fenómeno que complica aún más el panorama del paciente geriátrico. Se destaca en los hallazgos

de este estudio la autoprescripción de analgésicos, en casi la tercera parte de la muestra evaluada, lo que puede reflejar el pobre manejo que se hace del dolor en el anciano, lo que lo lleva a acudir a la autoformulación.

Conclusión

Los adultos mayores de la ciudad de Pasto presentan características similares a los del contexto colombiano, en donde predominan situaciones de pobreza, bajo nivel de escolaridad, comorbilidad y factores asociados que en poco tiempo producirán condiciones de salud negativas empeorando su funcionamiento o discapacidad.

Es importante que se cuenta ahora con un insumo que permitirá ejecutar acciones interdisciplinarias, intersectoriales e interinstitucionales que promuevan mayor bienestar en la población en proceso de envejecimiento y en aquella que se encuentra ya en la etapa de “vejez”.

Al igual que lo descrito en otras poblaciones de ancianos, también se evidencio marcado el fenómeno de transición epidemiológica hacia las enfermedades crónicas no infecciosas, lo cual obviamente plantea nuevos retos en la formación del personal en salud y en el diseño de programas sanitarios dirigidos a esta población. Con este nuevo panorama, ningún médico, ni personal sanitario, puede sustraerse de evaluar y tratar correctamente sus pacientes ancianos y el camino más adecuado a esta meta es el conocimiento formal.

Ya que se trata de un estudio multidimensional y dada la naturaleza del envejecimiento, no se puede tomar la información de las variables clínicas de forma aislada, es así que en otras publicaciones se analizarán las interrelaciones con otras variables funcionales, neuropsicológicas y sociales.

Agradecimientos

Universidad Mariana.

Declaración de fuentes de financiación y conflictos de interés

El estudio fue financiado en su totalidad por la Universidad Mariana, Pasto, Nariño. Ninguno de los autores presenta conflictos de interés.

Referencias

1. **Bonita R.** Women, Aging and Health: Achieving Health across the Lifespan [Internet]. *Organización Mundial de la Salud*; 1998 [cited 2015 Apr 26]. Available from: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>.
2. **Cardona D.** El envejecimiento poblacional en el siglo XXI: factor determinante en el desarrollo [Internet]. 2010. Available from: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/08/Conferencia-Magistral.Doris-Cardona-Arango>.
3. **Sardi E.** Cambios sociodemográficos en Colombia: periodo intercensal 1993-2005 [Internet]. *Revista ib virtual: DANE*. [cited 2015 Feb 12]. Available from: https://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r4/articulo2_r4.htm.
4. **Dulcey-Ruiz E, Sanabria F P.** Envejecimiento y vejez en Colombia 2010. [Internet]. Bogotá: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano; 2013. Available from: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS%201990%20-2010/Estudio%20a%20profundidad%20-%20Envejecimiento%20y%20vejez%20-%20Final.pdf>.
5. **Cano C.** Experiencias a partir de la encuesta SABE [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 20]. Available from: <http://www.almageriatria.info/>.
6. **Marquez J.** Educación en Geriátrica. *Acta Médica Colomb*. 1992; **14**: (4).
7. **Albala C, Lebrao M L, Leon M E.** Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; **17**(5): 307–22.

8. **Morales A, Ocampo J.** Valoración geriátrica integral. In: Texto de medicina Interna: aprendizaje basado en problemas. 1st ed. *distribuna*. 2013. p. 2019–25.
9. **Gomez JF, Curcio CL.** Salud del anciano: valoración. 1 ed. *Blanecolor*. 2014. 870 p.
10. **Wolff JL, Starfield B.** Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002; **162** (2): 2269–76.
11. **Fortin M, Bravo G.** Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. 2005; **3**: 223–8.
12. **Kearney PM, Whelton M, Reynolds K.** Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2004; **365** (9455): 217–23.
13. **Ocampo J., Romero N.** Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia. *Colomb Médica*. 2006; **37** (2): 26–30.
14. **Schargrodsky H, Hernandez M.** CARMELA: Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *Am J Med*. 2008; **121**: 58–65.
15. **Jaramillo J, Duque J.** Epidemiología de los desórdenes venosos crónicos [Internet]. 2011; Available from: <http://blog.utp.edu.co/cirurgia/files/2011/07/>.
16. **Buitrago J, Cano AF.** Factores de riesgo y prevalencia de venas varicosas como factor de riesgo de tromboembolismo venoso en pacientes hospitalizados. *Rev Colomb Cir Vasc*. 2011; **11** (2): 43–52.
17. **Heit JA, Rooke TW.** Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: A 25-year population-based study. *J Vasc Surg*. 2001; **33**: 1022–7.
18. **Villamizar M, Ruiz A, Aschner P, Manzur F.** Segundo consenso nacional sobre detección, evaluación y tratamiento de las dislipoproteinemias en adultos. *Rev Colomb Cardiol*. 2005; **11** (2): 407–9.
19. **Reiner Z, Catapano A.** ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2011; **32**: 1769–818.
20. **Ettinger WH, Wahl PW.** Lipoprotein lipids in older people. Results from the Cardiovascular Health Study. *Circulation*. 1992; **86**: 858–69.
21. **Marquez L P, Flores J T.** Epidemiological and clinical aspects of urinary tract infection in community-dwelling elderly women. *Braz J Infect Dis*. 2012; **16** (5): 436–41.
22. **Mahesh E, Indumathi V A.** Community-acquired urinary tract infection in the elderly. *Br J Med Pract*. 2011; **4** (1): 6–9.
23. **Moreno I.** Patología articular inflamatoria del anciano en Atención Primaria. *Medifam*. 2002; **12** (4): 266–71.
24. **Wilmańska J, Gułaj E.** Coincidence of arthrosis and depression in elderly patients - therapeutic implications. *Ortop Traumatol Rehabil*. 2006; **8** (6): 686–92.
25. **Rothberg A, Halter J.** Obesity and Diabetes in an Aging Population Time to Rethink Definitions and Management?. *Clin Geriatr Med*. 2015; **31**: 1–15.
26. **Mohapatra T.** Prevalence of Diabetes Mellitus among the Elderly. *Indian J Gerontol*. 2014; **28** (2): 303–16.
27. **Aschner P.** Epidemiología de la diabetes en Colombia. *Av Diabetol*. 2010; **26**: 95–100.
28. **Suárez MA, Lopez C.** Prevalencia de diabetes mellitus en la ciudad de Pasto, Nariño, Colombia. *Biomédica*. 1993; **13**: 187–94.