

PERFIL CLÍNICO, FUNCIONAL Y SOCIOFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR DE LA COMUNIDAD EN UN DISTRITO DE LIMA, PERÚ

Luis Varela-Pinedo^{1,a}, Helver Chávez-Jimeno^{1,b}, Tania Tello-Rodríguez^{1,c}, Pedro Ortiz-Saavedra^{1,d}, Miguel Gálvez-Cano^{1,e}, Paola Casas-Vasquez^{1,e}, Elizabeth Aliaga-Díaz^{1,e}, Luis Ciudad-Fernandez^{1,e}

RESUMEN

Objetivos. Determinar el perfil clínico, funcional y sociofamiliar de los adultos mayores de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. **Materiales y métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal de una muestra de 501 personas mayores de 60 años que viven en el distrito de San Martín de Porres. Se aplicó un cuestionario estructurado en el que se registraron variables clínicas, funcionales y sociofamiliares, se realizó una evaluación física para la evaluación de medidas basadas en la ejecución y se tomaron muestras séricas para estudio hematológico y bioquímico. Los datos se presentaron mediante estadísticas descriptivas como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas así como medias y desviación estándar para las numéricas. **Resultados.** Se evaluaron un total de 501 adultos mayores. La media de la edad fue de 71,5 años (\pm 8,9 años), la enfermedad crónica más frecuente fue hipertensión arterial en 40,9%, seguido por las enfermedades reumatológicas con 36,9%; un 27,7% tuvo algún grado de dependencia parcial o total en las actividades de la vida diaria, 16,2% presentaron deterioro cognitivo, 8% vivían solos, 58,5% tuvieron riesgo o problema social. La autopercepción de la salud fue regular en el 61% y mala o muy mala en 16%. **Conclusiones.** Los adultos mayores de la comunidad de San Martín de Porres en Lima presentan frecuentes problemas de dependencia funcional, riesgo o problema social, enfermedades crónicas y una alta frecuencia de síndromes y problemas geriátricos.

Palabras clave: Adulto mayor; Estado de salud; Evaluación geriátrica; Comunidad (fuente: DeCS BIREME).

CLINICAL, FUNCTIONAL AND OLDER SOCIO-FAMILIAR PROFILE OF THE COMMUNITY IN A DISTRICT OF LIMA, PERU

ABSTRACT

Objectives. To determine the clinical, functional and socio-familiar profile of seniors from a community in a district of Lima, Peru. **Materials and methods.** Descriptive cross-sectional study of a sample of 501 people aged 60 and over living in the San Martín de Porres district. We used a structured questionnaire in which clinical, functional and socio-familiar variables were recorded. A physical evaluation was carried out to assess performance based measures and serum samples were taken for hematological and biochemical examination. The data were presented with descriptive statistics such as frequencies and percentages for categorical variables and means and standard deviations for the numeric variables. **Results.** A total of 501 older adults were evaluated. The mean age was 71.5 years (\pm 8.9 years). The most common chronic disease was arterial hypertension at 40.9%, followed by rheumatic diseases with 36.9%. 27.7% had some degree of partial or total dependence in activities of daily living, 16.2% had cognitive impairment, 8% lived alone, 58.5% had or were at risk of having a social problem. 61% self-rated their health as normal, while 16% rated it as bad or very bad. **Conclusions.** Seniors in the community of San Martín de Porres in Lima have frequent problems of functional dependence, have or are at risk of social problems, chronic illness and a high frequency of geriatric syndromes and problems.

Key words: Elderly; Health status; Geriatric assessment; Community (source: MeSH NLM).

¹ Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

^a Médico internista geriatra, doctor en Medicina; ^b médico internista-geriatra; ^c médico geriatra, magíster en Geriatría y Gerontología; ^d médico internista, magíster en Medicina; ^e médico geriatra.

Recibido: 30-01-15 Aprobado: 02-09-15

Citar como: Varela-Pinedo L, Chávez-Jimeno H, Tello-Rodríguez T, Ortiz-Saavedra P, Gálvez-Cano M, Casas-Vasquez P, et al. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(4):709-16.

INTRODUCCIÓN

El proceso de transición demográfica en el Perú, América Latina y el mundo, muestra en los últimos censos poblacionales un incremento progresivo del grupo de personas mayores de 60 años ⁽¹⁾. Según la última encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el 2014 los adultos mayores representan el 9,4% de la población total, hallándose que la tasa de crecimiento que se incrementa en mayor medida es la de los mayores de 80 años con el consiguiente incremento de la expectativa de vida ⁽²⁾.

Existe una transición epidemiológica por el desplazamiento de las principales causas de morbimortalidad, de enfermedades comunicables o infectocontagiosas a enfermedades no comunicables o crónico-degenerativas, las cuales promueven, en los últimos veinte años, cambios sustantivos en el patrón de enfermedad en el Perú; para lo cual no estamos preparados ni individualmente ni como sistema de salud ante la llegada del ascenso de las enfermedades crónicas no transmisibles ⁽³⁾. Un estudio nacional sobre carga de enfermedad, definido como las pérdidas de salud que representan las consecuencias mortales y no mortales de las diferentes enfermedades, encuentra que la mayor carga se atribuye a las enfermedades no transmisibles con un 58,5%, las cuales afectan más a los menores de 5 años y a los mayores de 60 años ⁽⁴⁾.

El grupo de adultos mayores, pese a no ser el segmento poblacional más numeroso, es el que más rápido crece, demanda más servicios de salud, tiene diversos tipos de dolencias que afectan su calidad de vida (problemas visuales, auditivos, cardiovasculares, motores, articulares, cognitivos, afectivos) y que los llevan a perder independencia, incrementar su necesidad de cuidado, los costos de sus atenciones y, si tuvieran buena salud, son los que tienen el mayor riesgo de perderla ⁽⁵⁾. Sin embargo, a pesar de todos estos riesgos y necesidades, paradójicamente, conocemos muy poco acerca de la realidad de la salud integral de los adultos mayores en nuestro país.

Debido a las características particulares de la población adulta mayor y a su crecimiento como grupo poblacional en nuestro país, surge la necesidad de conocer su perfil clínico, funcional, y sociofamiliar en nuestro medio, carente de información sistematizada al respecto, con el fin de realizar intervenciones que ayuden a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de este grupo poblacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal de una muestra de 501 personas mayores de 60 años de la comunidad, no institucionalizados, que viven en el distrito de San Martín de Porres, realizado durante los meses de enero a mayo de 2013.

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El distrito de San Martín de Porres está localizado en la zona norte de Lima, la capital del Perú y según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población actual alcanza a 686 702 habitantes, siendo el segundo distrito más poblado, no solo de la provincia de Lima, sino también de todo el país; en dicho distrito la población adulta mayor asciende a 70 568 habitantes y representa el 10,27% de su población total, con un índice de envejecimiento (relación entre la cantidad de adultos mayores y la de niños y jóvenes) del 36,6% ⁽²⁾.

PROCEDIMIENTOS

Se realizó la evaluación de las personas adultas mayores mediante un muestreo semiprobabilístico por conglomerados de viviendas. El distrito se subdividió en ocho sectores distribuidos de acuerdo a la población atendida en los establecimientos de salud. Se seleccionaron viviendas de cada sector utilizando una tabla de números aleatorios, y se entrevistaron a los adultos mayores que residían en cada vivienda. Si no hubo habitantes adultos mayores en la vivienda seleccionada se evaluó la vivienda contigua. Se consideró como criterio de inclusión a los adultos mayores de 60 años que viven en el distrito de San Martín de Porres y se excluyeron a aquellos que no deseaban participar del estudio y los adultos mayores institucionalizados.

Se realizaron 44 salidas de campo en las que participaron cuatro médicos geriatras capacitados, 45 adultos mayores se negaron a participar en el estudio, se encuestaron un total de 501 adultos mayores. Los datos se recolectaron en tres formas distintas, entrevista, examen físico y exámenes de laboratorio. Se usó un cuestionario estructurado por entrevista en la que se registraron variables clínicas, evaluación funcional y variables sociofamiliares. Se realizó una evaluación antropométrica utilizando una cinta métrica no elástica, un tallímetro de madera y una balanza digital calibrada cada diez mediciones además se realizó una evaluación del desempeño a través de la velocidad de la marcha ⁽⁶⁾ y la prueba "levántate y camina" ⁽⁷⁾, ambos medidos con un cronómetro calibrado. La recolección

de 7 mL de sangre periférica la realizó personal de laboratorio con la supervisión de los investigadores para el estudio hematológico y bioquímico después de ocho horas de ayuno; las muestras fueron tomadas y conservadas en refrigeración y trasladadas inmediatamente para su procesamiento en el Laboratorio del Hospital Nacional Cayetano Heredia. En total, se tomaron 314 muestras de laboratorio, los cuales correspondieron a adultos mayores que aceptaron participar en el estudio y, a su vez, consintieron la realización de la toma de muestra de sangre. Algunos pacientes no tuvieron todos los exámenes séricos planificados por problemas de transporte, conservación y procesamiento de la muestra.

VARIABLES

Entrevista

- Autopercepción de salud: autorreporte del estado de salud, catalogado como bueno, regular y malo ⁽⁸⁾.
- Enfermedades crónicas y agudas: autorreporte de la presencia de enfermedades crónicas y enfermedades infecciosas agudas en el último año, así como de inmunizaciones y hábitos nocivos.
- Evaluación cognitiva: mediante el test de Pfeiffer ⁽⁹⁾, en base a diez preguntas considerándose: normal: 0 a 2 errores, deterioro cognitivo leve: 3 a 4 errores, deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 errores y deterioro cognitivo severo: 8 a 10 errores.
- Evaluación afectiva: a través de la escala abreviada de tamizaje de depresión de cuatro preguntas validada en nuestro medio ⁽¹⁰⁾; si se obtenía dos respuestas positivas se realizaba la escala de depresión de Yesavage ⁽¹¹⁾ que consta de 15 preguntas y se clasifica en 0 a 5 puntos: normal; 6 a 9 puntos: riesgo de depresión, y más de 10 puntos: depresión establecida.
- Síndromes y problemas geriátricos autorreportados: caídas, incontinencia, edentulismo, privación visual y auditiva.
- Problemas de sueño: se exploró el autorreporte de problemas de conciliación de sueño, mantenimiento del sueño y somnolencia diurna ⁽⁸⁾.
- Evaluación funcional: en base al índice de Barthel ⁽¹²⁾ que evalúa las actividades básicas de la vida diaria, con un puntaje total de 100 que corresponde a un adulto mayor independiente, un puntaje mayor a 60 representa dependencia funcional leve y un puntaje menor de 20 representa un dependiente total.
- Evaluación social: usando la escala de valoración sociofamiliar de Gijon ⁽¹³⁾ se establecieron tres categorías: buena situación social, riesgo y problema social.
- Acceso a servicios de salud: determinado por el reporte del lugar de atención médica en situaciones de enfermedad (público, privado, otros o no acude a ningún establecimiento).
- Condición de asegurado: reporte de que el adulto mayor cuenta con un seguro de salud ya sea público o privado.
- Tipo de familia: determinado por el número de miembros que la conforman y el tipo de relaciones entre estos, se clasifican en: nuclear (cuenta con pareja con o sin hijos o solo jefe/a de familia con hijos); extendido (hogar nuclear más otros parientes); compuestos (hogar nuclear o extendido con otros no familiares); unipersonales (integrados por una sola persona), y sin núcleo (conjunto de personas, una de ellas jefe de hogar pero sin cónyuge ni hijos y que vive con otras personas con las que puede o no tener relación de parentesco) ⁽¹⁴⁾.
- Disfunción familiar: se evalúa a través del APGAR familiar ⁽¹⁵⁾ (acrónimo en inglés de las siguientes características: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución), el cual consta de cinco preguntas y evalúa la adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria de la familia, a la que clasifica de normofuncional (7 a 10 puntos), con disfunción leve (4 a 6 puntos) o disfunción severa (0 a 3 puntos).
- Presencia de cuidador: definido como la presencia de una persona encargada del cuidado del adulto mayor.
- Uso del tiempo: catalogado como el uso de su tiempo en actividades domésticas no remuneradas (comprende actividades cotidianas del hogar y el cuidado de niños y de personas con algún grado de dependencia); actividades no domésticas no remuneradas y/o personales (cualquier actividad que comprende satisfacción de necesidades personales, educativas, sociabilidad y voluntariado) ⁽¹⁶⁾ y actividades remuneradas fuera del hogar (cualquier actividad de bienes y servicios que le genere un ingreso económico).

Evaluación física

- Registro de presión arterial: medida con un tensiómetro de mercurio calibrado diariamente; se clasificó como presión sistólica elevada mayor de 140 mmHg y presión diastólica elevada mayor de 90 mmHg ⁽¹⁷⁾.
- Evaluación nutricional: evaluada según tres instrumentos: el índice de masa corporal (IMC), la evaluación mininutricional (MNA) y el perímetro abdominal. Se empleó el IMC, que clasificó las categorías según la "Guía nutricional del adulto mayor" del Ministerio de Salud de Perú ⁽¹⁸⁾ en: bajo peso (IMC menor a 23); normal (IMC: entre 23 y 28); sobrepeso (IMC entre 28 y 32), y obesidad (IMC mayor o igual a 32). El MNA ⁽¹⁹⁾ es un cuestionario que detecta la presencia de malnutrición en adultos mayores; se consideró malnutrición a un puntaje menor a 17, riesgo de malnutrición entre 17 y 23,5 y buen estado nutricional un puntaje mayor o igual a 24. Según el perímetro abdominal ⁽¹⁸⁾ se considera obesidad abdominal en

hombres, si el perímetro de cintura es de 102 cm o mayor y en mujeres si es mayor de 88 cm.

- Velocidad de la marcha ⁽⁶⁾: determinada por el tiempo requerido por el participante para caminar a la velocidad de una marcha usual, sin periodo de arranque, por una distancia de 8 metros de una distancia total de 10 metros sin considerar el primer y el último metro recorrido registrando el tiempo más rápido de dos mediciones seguidas de uno inicial no cronometrado. Una velocidad de la marcha menor a 0,7 m/s ha sido asociada con fragilidad ⁽⁶⁾.
- Prueba "levántate y camina" ⁽⁷⁾: en la que el paciente debe estar sentado en una silla con respaldo y con la espalda bien apoyada en el mismo, luego de lo cual se le pide que se levante de la silla (sin apoyarse), que camine 3 metros, gire, regrese a la silla y se siente nuevamente, se mide el tiempo que tarda en realizar la actividad. Un tiempo mayor de 20 s se considera como riesgo elevado de caídas.

Laboratorio

- Hemoglobina: valor expresado en g/dL, considerando como límite inferior normal un valor de 12 g/dL en mujeres y de 13g/dL en varones ⁽²⁰⁾.
- Albúmina: valor expresado en g/dL, considerando como límite inferior normal un valor menor a 3,5 g/dL para ambos sexos ⁽²⁰⁾.
- Colesterol: valor expresado en mg/dL, considerando colesterol elevado a valores mayor a 200 mg/dL. En relación a colesterol-LDL se consideró como nivel elevado un valor mayor a 100 mg/dL; para triglicéridos se consideró elevado un valor mayor o igual a 150 mg/dL y el colesterol-HDL se consideró como nivel disminuido un valor <40mg/dL para ambos sexos ⁽²¹⁾.
- Glucosa basal: valor expresado en mg/dL; los niveles de glucosa basal mayores o iguales a 126

mg/dL fueron considerados como sospecha de diabetes, no se completó el criterio de dos tomas para el diagnóstico definitivo de diabetes ⁽²²⁾.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos fueron incluidos y analizados en el programa SPSS 13 previa codificación. Se presentaron los datos mediante estadísticas descriptivas como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias y desviación estándar para las numéricas. Se realizó el análisis de asociaciones de variables mediante las pruebas de chi cuadrado y ANOVA. Se consideró como significativo un $p < 0,05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Un consentimiento informado fue firmado por los adultos mayores o por los familiares directos en el caso de presentar algún grado de deterioro cognitivo. Todos los participantes fueron informados sobre los resultados e implicancias de los valores encontrados, los participantes que al momento del estudio fueron detectados de presentar alguna patología clínica o examen anormal fue derivado a su centro médico del Ministerio de salud o al consultorio externo de Geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

RESULTADOS

Se evaluó un total de 501 adultos mayores, obteniéndose la información directamente del encuestado en 468 personas (93,4%), indirectamente a través de otra persona en cuatro casos (0,8%) y tanto del encuestado

Tabla 1. Características clínicas y de laboratorio de los adultos mayores de la comunidad del distrito de San Martín de Porres.

Variables	Total		60 a 69 años		70 a 79 años		80 años a más	
	Media	(DE)	Media	(DE)	Media	(DE)	Media	(DE)
Velocidad de la marcha, m/s (n=446)	1,0	(0,3)	1,1	(0,3)	0,9	(0,3)	0,8	(0,3)
Test levántate y camina, s (n= 441)	13,9	(15,6)	11,9	(13,6)	15,3	(18,5)	17,5	(14,7)
Peso, kg (n=494)	65,4	(14,1)	68,2	(14,3)	63,8	(13,5)	60,6	(13,2)
Índice de masa corporal (n=494)	27,6	(5)	28,3	(5,1)	27,1	(5)	26,5	(4,6)
Perímetro abdominal, cm (n=500)	98,9	(12)	99,3	(12,4)	98,5	(12,3)	98,6	(10,5)
Presión arterial sistólica, mmHg (n=501)	125,2	(19,9)	122,3	(20,5)	127,7	(18,7)	128,1	(19,9)
Hemoglobina, g/dL (n=311)	13,2	(1,4)	13,5	(1,2)	13,2	(1,3)	12,8	(1,7)
Glicemia en ayunas, mg/dl (n=314)	98,8	(49,9)	100,8	(55,3)	101,8	(52,4)	89,1	(26,9)
Albumina, mg/dL (n=314)	3,9	(0,4)	4,1	(0,3)	3,9	(0,4)	3,8	(0,4)
Colesterol, mg/dL (n=288)	190,6	(39,8)	195,8	(41,2)	189,8	(39,8)	181,1	(35,3)
Triglicéridos, mg/dL (n=281)	110,9	(31,9)	114,5	(30,8)	110,2	(33,9)	105,3	(29,6)
Colesterol LDL, mg/dL (n=288)	174,3	(87,9)	181,7	(92,9)	173,6	(88,8)	159,9	(73,8)
Colesterol HDL, mg/dL (n=288)	44,7	(13,5)	44,8	(13,5)	44,9	(14,3)	43,8	(12,2)

m/s= metros por segundo, s= segundos, kg= kilogramos, cm= centímetros, mmHg= milímetros de mercurio, g/dL: gramos por decilitro, mg/dL: miligramos por decilitro, DE: desviación estándar

Tabla 2. Enfermedades crónicas autorreportadas en adultos mayores de la comunidad de San Martín de Porres (n=501)

Variables	Total		60 a 69 años		70 a 79 años		80 años a más	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hipertensión arterial	205	(40,9)	78	(32,6)	79	(47,9)	48	(49,5)
Enfermedad reumatológica	185	(36,9)	80	(33,5)	66	(40)	39	(40,2)
Dislipidemia	119	(23,8)	60	(25,1)	39	(23,6)	20	(20,6)
Diabetes tipo 2	78	(15,6)	37	(15,5)	27	(16,4)	14	(14,4)
Enfermedad cardiaca	51	(10,2)	16	(6,7)	19	(11,5)	16	(16,5)
Enfermedad pulmonar	34	(6,8)	13	(5,4)	14	(8,5)	7	(7,2)
Depresión	21	(4,2)	5	(2,1)	11	(6,7)	5	(5,2)
Enfermedad cerebrovascular	19	(3,8)	7	(2,9)	9	(5,5)	3	(3,1)
Tuberculosis	10	(2)	4	(1,7)	4	(2,4)	2	(2,1)
Demencia	4	(0,8)	0	(0)	1	(0,6)	3	(3,1)

como de otra persona en 29 casos (5,8%). La media de la edad fue de 71,5 años \pm 8,9 años y el rango de edad fue de 60 a 99 años, 239 (47,7%) tenían entre 60 a 69 años, 165 (32,9%) eran de 70 a 79 años y 97 (19,4%) fueron de 80 a más años. Según sexo, fueron del sexo femenino 313 (62%), 35 (7%) adultos mayores no tenían instrucción escolar y el 19,6% (98 adultos mayores) eran solteros o viudos. Las características de la evaluación clínica y laboratorial de los adultos mayores según grupos etarios se muestran en la Tabla 1.

Respecto a las características sociofamiliares, 356 (71%) pertenecían a familias nucleares, 40 (8%) vivían solos y según el APGAR familiar 91 (18%) tuvieron disfunción familiar; en la situación sociofamiliar 255 (50,9%) tuvieron riesgo social y 38 (7,6%) problema social. Los adultos mayores que tenían cuidador fueron 29 (5,8%) del total, de los cuales 21 (72,4%) permanecían más de 12 h al cuidado del adulto mayor y eran familiares del mismo, 22 (75,8%) recibían remuneración y solo 9 (31%) estuvieron al cuidado exclusivo del adulto mayor.

En el año previo al estudio, 188 (37,5%) recibieron vacuna para influenza y 30 (6%) vacuna para neumococo. El 22% de los encuestados reportaron, en el año previo al estudio, episodios de infección aguda, las cuales fueron del tracto urinario en 84 (16,7%), neumonía en 16 (3,1%) y tuberculosis en 10 (1,9%). Con relación a la presencia de enfermedades crónicas, la más frecuente fue hipertensión arterial en 205 (40,9%), seguido por las enfermedades

reumatológicas en 185 (36,9%) y dislipidemias en 119 (23,8); las frecuencias de estas condiciones según grupos etarios se muestran en la Tabla 2.

Con relación a hábitos nocivos 48 (9,5%) adultos mayores reportaron consumir alcohol y 41 (8,2%) habían consumido tabaco. En cuanto a la distribución de las actividades en su tiempo libre, se evaluó a 443 adultos mayores, de ellos, 278 (62,7%) realizaron actividades domésticas no remuneradas; 133 (30%) actividades remuneradas fuera del hogar, y 32 (7,2%) actividades no domésticas no remuneradas.

Referente a la autopercepción de su salud, de un total de 497 encuestados que respondieron, 303 (61%) catalogaron su salud como regular; 79 (16%) como mala y muy mala, y 115 (23%) como buena y muy buena. El 65,8% (330) contaba con algún seguro de salud y en caso de presentar algún problema de salud, 365 (72,8%) acudían a algún establecimiento del sector público; 85 (17%) al sector privado; 39 (8%) a otro lugar, y 12 (2,3%) no acudían a ningún lugar. De los que no buscaron atención, 6 (50%) no lo hicieron por falta de dinero. El uso de por lo menos un fármaco en los 6 meses previos al estudio fue reportado en 323 (64%) adultos mayores. La frecuencia de síndromes y problemas geriátricos según grupos etarios se muestra en la Tabla 3.

La velocidad de la marcha tuvo una media de 1 m/s (\pm 0,3) y la media de la velocidad de la marcha fue

Tabla 3. Síndromes y problemas geriátricos en adultos mayores de la comunidad del distrito de San Martín de Porres

Variables	Total		60 a 69 años		70 a 79 años		80 años a más	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Edéntulo (n=501)	430	(85,8)	198	(82,8)	143	(86,7)	89	(91,8)
Insomnio (n=501)	358	(71,5)	171	(71,5)	123	(74,5)	64	(66)
Deprivación sensorial (n=501)	328	(65,5)	175	(73,2)	106	(64,2)	47	(48,5)
Riesgo y problema social (n=501)	293	(58,5)	129	(54)	97	(58,8)	67	(69,1)
Caídas (n=501)	179	(35,7)	73	(30,5)	62	(37,6)	44	(45,4)
Riesgo y malnutrición (n=501)	147	(29,3)	57	(23,8)	47	(28,5)	43	(44,3)
Dependencia (n=501)	139	(27,7)	44	(18,4)	48	(29,1)	47	(48,5)
Incontinencia (n=499)	121	(24,2)	44	(18,4)	50	(30,3)	27	(27,8)
Fragilidad (n=446)	72	(16,1)	11	(4,8)	30	(21,4)	31	(40,3)
Deterioro cognitivo (n= 501)	81	(16,2)	13	(5,4)	30	(18,2)	38	(39,2)
Depresión (n=501)	42	(8,4)	19	(7,9)	16	(9,7)	7	(7,2)

significativamente menor en los adultos mayores dependientes en comparación con los independientes (0,85 m/s vs 1,1 m/s, $p < 0,001$); en los frágiles versus los no frágiles (0,54 vs 1,1 m/s, $p < 0,001$) y en aquellos cuya percepción de salud fue mala y muy mala a diferencia de aquellos cuya percepción fue buena y muy buena (0,88 m/s vs 1,1 m/s, $p < 0,001$). La prueba "levántate y camina" tuvo una media de tiempo de realización de 13,9 segundos ($\pm 15,6$) y la media del tiempo requerido para realizar la prueba fue significativamente mayor en los adultos mayores dependientes en comparación con los independientes (18,5 seg vs 13,5 seg, $p = 0,041$) y en los frágiles versus los no frágiles (24,8 seg vs 12,7 seg, $p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Los adultos mayores de la comunidad del distrito evaluado muestran frecuencias más altas de enfermedades crónicas autorreportadas en comparación a las enfermedades infecciosas agudas reportadas en el último año; se encuentra que la enfermedad crónica más frecuente es la hipertensión arterial, con una frecuencia no muy distante de la reportada por el estudio Tornasol en el 2006⁽²³⁾ donde se encontró a nivel nacional una prevalencia de 52,4% en los de 60-69 años y 47,1% en los mayores de 80 años. Asimismo, el estudio de carga de enfermedad⁽⁴⁾ atribuye un 58% de las causas de la misma a enfermedades no transmisibles con frecuencias similares de enfermedades neuropsiquiátricas, cardiovasculares, neoplásicas y osteoarticulares. Huicho *et al.*⁽²⁴⁾ evaluaron el perfil de mortalidad en nuestro país considerando la transición demográfica entre los años 1996 y 2000 y encontraron un desplazamiento de la mortalidad por causas transmisibles hacia las no transmisibles, atribuyéndose a estas últimas más de la mitad de causas de mortalidad en nuestro país. En definitiva, dado que las condiciones crónicas afectan en mayor proporción a la población adulta mayor, es éste grupo poblacional quien se ve más afectado por éstas enfermedades y es el que más contribuye a la frecuencia de las mismas.

El presente estudio muestra que la mayoría de adultos mayores no tienen una buena autopercepción de su salud, y si tienen algún problema de salud prefieren acudir a un establecimiento de salud público, un mínimo porcentaje no acude a ningún lugar. El estudio SABE (salud, bienestar y envejecimiento)⁽⁸⁾, realizado en Latinoamérica y el Caribe, obtuvo similares resultados, donde la prevalencia de salud regular/mala fue bastante alta y por encima del 60%, dato explicado por los determinantes de la salud así como por las idiosincrasias culturales, además de la desigualdad de género, en donde el perfil de autorreporte de los

hombres parece ser mejor que el de las mujeres. Lo mismo considera Abellán⁽²⁵⁾ en un análisis respecto a la percepción del estado de salud, considerando que los factores relacionados con peor reporte de la salud son el incremento de la edad, el sexo femenino, un bajo grado de instrucción, un menor ingreso económico y un estilo de vida inapropiado.

La proporción de adultos mayores que no acceden a los servicios de salud en este estudio es baja, probablemente se deba a que desde hace unos años se ha implementado el Seguro Integral de Salud⁽²⁶⁾ el cual ofrece atención integral a las poblaciones de escasos recursos, venciendo la barrera que suponía el costo de la atención; ya que previamente, el estudio INTRA III⁽²⁷⁾ (Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento) realizado en nuestro país encontró que la principal razón por la que la población adulta mayor no acudía a los centros de atención primaria en salud era debido a sus escasos recursos económicos.

Con relación a los síndromes y problemas geriátricos, se encontró que estos son muy frecuentes y con tasas más altas en los mayores de 80 años; la evaluación física de desempeño, como la velocidad de la marcha y la prueba de "levántate y camina" muestran altas cifras de fragilidad y riesgo de caídas, similares a los previamente reportados^(6,7) lo cual demuestra un estado de vulnerabilidad incrementada a presentar eventos adversos⁽⁶⁾; asimismo, las elevadas frecuencias de edentulismo, insomnio, privación sensorial y riesgo y problema social influyen directamente sobre la mala autopercepción de la salud que se describe. Existe una relación recíproca entre el soporte social y familiar y la salud física y mental de sus miembros⁽²⁸⁾; en nuestro estudio se encontró que más de la mitad de los encuestados tuvieron riesgo o problema social, y cerca de una cuarta parte tuvieron disfunción familiar, hallazgos que deben alertar ya que el ámbito familiar es el lugar de intervención anticipada en el estado de salud del adulto mayor.

Se encontró que un 28% tuvo algún grado de dependencia funcional, y a su vez, fue más frecuente en los mayores de 80 años de forma significativa, habiéndose descrito que los factores asociados para desarrollar dependencia funcional son la edad y las condiciones de salud, económicas y sociales de la persona en la comunidad⁽²⁹⁾. La frecuencia de deterioro cognitivo fue de 16,2%, incrementándose en los mayores de 80 años, el de depresión fue de 8,4%, datos similares a los presentados por el Estudio de Salud Mental⁽³⁰⁾ realizado tanto en Lima como en otros lugares del Perú. Los pilares que determinan un envejecimiento exitoso son la preservación de la funcionalidad, la participación

y la seguridad, por lo que las cifras de dependencia, deterioro cognitivo y depresión que se muestran no solo son un problema de salud pública sino un reto para la comunidad para intentar preservar la salud de aquellos adultos mayores sanos y en aquellos en riesgo de presentarlo⁽⁵⁾.

La evaluación del estado nutricional detectó malnutrición y riesgo de malnutrición en casi la tercera parte de los adultos mayores evaluados; si bien es cierto no existe una "prueba de oro" para evaluar el estado nutricional en adultos mayores, el MNA constituye un instrumento aceptado, sensible, específico y precoz⁽³¹⁾. Entre los parámetros laboratoriales medidos, encontramos promedios de hemoglobina y albúmina en rangos normales, pero significativamente más bajos conforme la edad avanza, hallazgos consistentes con el deterioro nutricional encontrado, característica también reportada en estudios previos⁽³²⁾ que resulta de la elevada frecuencia de síndromes y problemas geriátricos que influyen directamente en la nutrición como lo son la mala salud oral, la privación sensorial, la depresión y el escaso acceso a comidas saludables y nutritivas. Estos hallazgos confirman la necesidad de abordar el estado nutricional del adulto mayor considerando todos los factores involucrados descritos mediante intervenciones multidisciplinarias para mejorar el estado nutricional de estas personas.

La fortaleza de este estudio recae en que es el primer estudio en nuestro país que describe las características de los adultos mayores en la comunidad de forma integral, con una muestra representativa de uno de los distritos con mayor población en Lima, en el que, además de las variables clínicas clásicas, se incluyeron una serie de variables geriátricas, sociofamiliares y

de laboratorio. Las limitaciones incluyen el sesgo del recuerdo que pudo influir en los resultados, debido a que algunas mediciones se realizaron por autoreporte, sin embargo, se intentó de forma permanente corroborar la información en aquellos casos dudosos con el familiar presente, y que los resultados obtenidos son de una población específica por lo que no se pueden extrapolar a la población adulta mayor de nuestro país, por lo que es necesario realizar estudios en este grupo poblacional a nivel nacional como el Estudio Salud Bienestar y Envejecimiento en el Perú (SABE-PERU) el cual ya ha sido aprobado para desarrollarse en nuestro país y está en espera de su ejecución.

Se concluye que el distrito de San Martín de Porres alberga a adultos mayores principalmente del sexo femenino, presentan frecuentes problemas de dependencia funcional, riesgo o problema social, enfermedades crónicas prevalentes y una alta frecuencia de síndromes y problemas geriátricos.

Agradecimientos: a la Municipalidad del distrito de San Martín de Porres por brindarnos la movilidad y personal de seguridad en las salidas del campo durante la ejecución del presente trabajo de investigación.

Contribuciones de autoría: LFVP, HCJ, y PJOS participaron en la concepción y diseño del artículo, TTR, PCV, EAD y LECF han realizado la recolección y obtención de resultados; POS realizó el análisis e interpretación de datos, PCV y TTR realizaron la redacción del artículo. POS y MGC realizaron la revisión crítica del artículo. LVP aprobó la versión final.

Fuentes de financiamiento: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Conflictos de intereses: ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Naciones Unidas. Proyección de la población. Observatorio demográfico. América Latina y el Caribe. CELADE-CEPAL, 2007;(3):14-16
- Instituto Nacional de Estadística e informática. Estado de la Población peruana 2014. Lima: INEI; 2014.
- Málaga G. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):6-8.
- Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009;26(2):222-31
- Varela L. Valoración geriátrica integral y síndromes geriátricos. En: Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. 2da Ed: Lima; Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. p. 195-216.
- Varela Pinedo L, Ortiz Saavedra PJ, Chávez Jimeno H. Velocidad de la marcha como indicador de fragilidad en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010;45(1):22-5. doi: 10.1016/j.regg.2009.07.011.
- Gálvez M, Varela L, Chavez H, Cieza J, Méndez F. Correlación del Test "Get Up And Go" con el Test de Tinetti en la evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores. Acta med peruana 2010;27(1):8-11
- Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Pública 2005;17(5-6):307-22.
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975;23(10):433-41.
- De la Torre J, Shimabukuru R, Varela L, Kruger H, Huayanay L, Cieza J, et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta Médica Per 2006;23(3):144-146

11. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum Q, Huang V, Adey M, *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17(1):37-49
12. Mahoney FI, Barthel DW. *Functional evaluation: the Barthel Index*. *Md State Med J*. 1965;14:61-65
13. Cabrera D, Ménendez A, Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, *et al.* Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999;23(7):434-40.
14. Instituto Nacional de Estadística e informática-Fondo de población de las naciones unidas. *Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares 2007*. Lima: INEI; 2010.
15. Good M, Smilkstein G, Good B, Shaffer T, Arons T. The family APGAR index: A study of construct validity. *Journal of Family Practice*. 1979;8:577-82
16. Instituto Nacional de Estadística e informática-Ministerio de la Mujer y desarrollo social. *Encuesta Nacional del uso del Tiempo 2010. Principales resultados*. Lima: INEI; 2011.
17. Ministerio de Salud de Perú. *Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención*. RM 491-2009. Lima: Ministerio de Salud; 2009.
18. Instituto Nacional de Salud. *Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor*. Lima: INS; 2013.
19. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996;54(1 Pt 2):S59-65
20. Organización Panamericana de la Salud. *Módulos de valoración clínica. Valoración nutricional del adulto mayor*. Washington, D.C: OPS/OMS; 2002.
21. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final Report*. *Circulation*. 2002;106(25):3143-421
22. Petersen JL, McGuire DK. Impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose review of diagnosis, clinical implications and management. *Diab Vasc Dis Res*. 2005;2(1):9-15
23. Segura L, Agusti R, Parodi J, Investigadores del estudio Tornasol. *Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú (Estudio TORNASOL)*. *Rev Peru Cardiol*. 2006;32(2):82-128
24. Huicho L, Trelles M, Gonzales F, Mendoza W, Miranda J. *Mortality profiles in a country facing epidemiological transition: An analysis of registered data*. *BMC Public Health* 2009;9:47. doi: 10.1186/1471-2458-9-47.
25. Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol*. 2003;13(5):340-42.
26. Ministerio de Salud. *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento. Ley 29344*. DS 008-2010-SA. Ministerio de Salud, Lima, 2011.
27. Varela L. Desarrollando respuestas integradas en sistemas de salud de una población en rápido envejecimiento. *INTRA III*. Lima; UPCH-OPS/OMS; 2005.
28. Takase L, Mendes M, Manoele M, Modesto S, Zunino R. *The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal*. *Rev Latin-Am Enfermagem* 2011;19(3):458-66. doi.org/10.1590/S0104-11692011000300003.
29. Rodrigues MA, Facchini LA, Thumé E, Maia F. *Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review*. *Cad Saúde Pública* 2009;25(S3): S464-76
30. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. *Estudio Epidemiológico de la Salud Mental en Fronteras 2005. Informe general*. *Anales de Salud Mental*. 2006;22(1-2):5-223
31. Calderón Reyes ME, Ibarra Ramírez F, García J, Gómez Alonso C, Rodríguez-Orozco AR. *Evaluación Nutricional comparada del adulto mayor en consultas de Medicina Familiar*. *Nutr Hosp* 2010;25(4):669-75.
32. Tarqui-Mamani C, Alvarez-Dongo D, Espinoza-Oriundo P, Gomez-Guizado G. *Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano*. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2014; 31:467-72.

Correspondencia: Luis Varela Pinedo
Teléfono: (+511)999708327
Correo electrónico: luis.varela@upch.pe