



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS SOCIALES, FUNCIONALES Y MORBILIDAD
EN LA POBLACIÓN CENTENARIA ATENDIDA EN LA
SEGURIDAD SOCIAL EN LA CIUDAD DE LIMA**

**PRESENTADA POR
CAROLINA ESTHER CABALLERO ZAVALA**

TESIS PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN GERIATRÍA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS SOCIALES, FUNCIONALES Y
MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN CENTENARIA ATENDIDA
EN LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA CIUDAD DE LIMA**

TESIS

PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN GERIATRÍA

PRESENTADA POR:

CAROLINA ESTHER CABALLERO ZAVALA

LIMA- PERÚ

2015

ASESOR

Dra. Flor de María Echevarría Barriga



ÍNDICE

	Pág.
I.-INTRODUCCIÓN	1
II.-MARCO TEÓRICO	4
III.-MATERIAL Y MÉTODO	9
IV.- RESULTADOS	10
V.-DISCUSIÓN	17
VI.- CONCLUSIONES	20
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21



RESUMEN

Objetivos: Identificar las características socio, funcional y la morbilidad en la población centenaria atendida por PADOMI – EsSalud entre Septiembre a Diciembre del 2012.

Material y métodos: El estudio fue de tipo descriptivo, analítico, transversal. La muestra estuvo constituida por 50 pacientes centenarios atendidos durante el período que correspondió al estudio, para lo cual se utilizaron el Índice funcional de Barthel y la escala de valoración sociofamiliar de Gijón.

Resultados: La edad en los pacientes centenarios del sexo masculino fue de 101.8+/-1.3 años, y la media de la población femenina fue de 102.1+/-2.4 años. El 82% de centenarios fueron del sexo femenino y el 18% fueron del sexo masculino. La mayoría de centenarios viven con los hijos (60%), seguido de cuidadores (12%). La mayoría había nacido en Lima (36%), seguido de La Libertad (10%). La comorbilidad más frecuente en la población centenaria fue la hipertensión arterial (76%), seguido de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (36%). Hubo un grado de gran dependencia en el 54% de los centenarios, además encontramos que el 84% tuvo un riesgo social intermedio, seguido de riesgo social bajo en un 10%

Conclusiones: Encontramos una frecuencia elevada de riesgo social intermedio, con gran dependencia, e hipertensión arterial en los pacientes centenarios.

Palabras claves: riesgo social, grado funcional, paciente centenario.

ABSTRACT

Objectives: To identify the socio, functional characteristics and the morbidity of the centenarian population attended by PADOMI - Essalud from September to December of 2012

METHODS: The design of the study was descriptive, analytical, and cross sectional. The sample included 50 elderly patients for the evaluation used the Functional Index of Barthel and the scale of socio-familiar value of Gijon

RESULTS: The age of centenarians male patients was 101.8 + / -1.3 years, and for the female population was 102.1 + / -2.4 years. The 82% of centenarians were female. Most of the patients live with their family (60%), and 12% with their nurses. Most of them were born in Lima (36%), followed by La Libertad (10%). The co-morbidity more frequently found was of high blood pressure (76%), followed by chronic obstructive lung disease (36%). There was a big grade of dependence in 54% of centenarians; likewise we also found that 84% had an intermediate social risk, and only 10% low social risk.

CONCLUSIONS: There was a high frequency of social intermediate risk, great dependent, with high blood pressure in the elderly patients.

Keywords: social risk, functional grade, elderly

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida al nacer se ha multiplicado por más de dos durante los últimos dos siglos (1). En las poblaciones más longevas del planeta, como la española o la japonesa, la población femenina ha visto incrementarse más de tres meses cada año su esperanza de vida al nacer, durante un período de más de 160 años. (2,3).

A nivel mundial el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales. Así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, problema social, pérdida prematura de su capacidad funcional, por lo que es importante una valoración social y funcional, sobre todo, en los pacientes mayores de 100 años en atención domiciliaria que ayude a diagnosticar los problemas de manera integral a fin de lograr una mejor calidad de vida.

Se han realizado diversos estudios sobre la valoración geriátrica en población adulta mayor que acuden a hospitales del Perú, tanto en forma ambulatoria como hospitalizados (4,5,6) sin embargo, no existen datos a nivel nacional sobre la realidad de los pacientes que se atienden en el primer nivel de atención, en pacientes mayores de cien años.

Esta información es relevante, porque permitiría priorizar futuras intervenciones para mejorar la situación de salud de estos, desde la atención primaria (7,8,9).

Muchos de los estudios realizados hasta la fecha en otras poblaciones revelan que buena parte de los adultos mayores,

viven integrados en la comunidad, con un buen estado cognitivo y funcional. En el extremo más longevo de la especie humana, los centenarios ofrecen la oportunidad de extraer las claves más importantes respecto a la supervivencia, fragilidad e independencia, que permitan promover unos mejores niveles de salud e independencia en el conjunto de la población mayor (8)

El remarcable crecimiento de la población mayor ofrece tanto oportunidades como retos. Uno de esos retos vendrá de la mano del volumen de población mayor, que durante las próximas décadas alcanzará las edades de máximo riesgo de discapacidad, fragilidad y dependencia. Pero el aumento de esta población, también ofrece oportunidades sin precedentes (7, 10, 11).

Los centenarios son, por definición supervivientes, que han vivido, al menos veinte años más que la esperanza de vida media. Contrariamente a la imagen general de un individuo extremadamente frágil al final de su vida, muchos de los estudios realizados hasta la fecha en otras poblaciones revelan que buena parte de los mismos viven integrados en la comunidad, con un buen estado cognitivo y funcional (12,13).

En el extremo más longevo de la especie humana, los centenarios ofrecen la oportunidad de extraer las claves más importantes respecto a la supervivencia, fragilidad e independencia, que permitan promover unos mejores niveles de salud e independencia en el conjunto de la población mayor (14,15,7).

Consideramos de importancia la evaluación sociofuncional y morbilidad en este grupo de pacientes, razón por la cual nos planteamos como objetivo conocer las características social, funcional y la morbilidad en la población centenaria atendida por programa de atención domiciliaria (PADOMI).



MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

G. Kevin Randall, "Age differences and changes in resources essential to aging well: a comparison of sexagenarians, octogenarians, and centenarians" Es UN estudio longitudinal. Realizado en Georgia en una población de 201 Participantes, 70 sexagenarios, 63 octogenarios y 68 centenarios. Los pacientes entre 60 y 80 años los cuales fueron seguidos dentro de los 60 meses. En donde se evaluaron los cambios de los recursos sociales, económicos, mentales, físicos y funcionales en el tiempo. Debido a la alta mortalidad, los centenarios se realizaron un seguimiento a 20 meses. Centenarios experimentaron niveles más bajos de estos recursos en relación con las personas de 60 y 80 años. Con el tiempo se experimentó pérdida actividades de la vida diaria (16)

Yasuyuki Gondo "Functional Status of Centenarians in Tokyo, Japan: Developing Better Phenotypes of Exceptional Longevity" Evalúa el estado funcional (física y cognitiva), mediante, índice de Barthel, Examen Mini-Mental State y la Evaluación Clínica de Demencia en una población de 304 centenarios (65 hombres y mujeres 239) que vive en Tokio. Se clasificó en cuatro categorías en función del estado funcional. Sólo 5 (2%) fueron clasificados como: Excepcional, con todas sus funciones calificado como excelente, y 56 (18%) eran "normal", en cuanto al mantenimiento de funciones cognitivas y físicas. 167 (55%) eran frágil a cualquiera de las funciones cognitivas o físicas, y los restantes 76 (25%) eran frágiles tanto las funciones físico como cognitivas. Concluyeron que la relación entre los marcadores bioquímicos, las tasas de mortalidad, estilo de vida, y los fenotipos funcionales demostradas por este método de clasificación indica que el sistema es fiable para tratar el estado funcional de los adultos mayores. Por lo tanto, este marco sería una herramienta útil para el estudio de los factores que contribuyen a la

longevidad excepcional así como aquellas que ayudan a mantener el estado funcional de la población extremadamente mayor. (17)

Henriette Engberg. En Centenarians – a useful model for healthy aging?

A 29-year follow up of hospitalizations among 40 000 Danes born in 1905,

Es un estudio longitudinal de cohorte, que se basó en un seguimiento de 39945 personas nacidos en 1905 en Dinamarca del 01 de enero 1977.

Se realizó el seguimiento entre 1977 y 2004 con respecto al número de hospitalizaciones y a la estancia hospitalaria. Los centenarios daneses nacidos en 1905 fueron hospitalizados menos que sus contemporáneos de vida más corta. Por ejemplo, a la edad de 71-74, la proporción de centenarios no hospitalizados fue de 80,5% en comparación con el 68,4% entre las personas que murieron a los 80 años. Los centenarios constituyen una población de estudio útil en la búsqueda de rasgos fijos asociados con la longevidad excepcional, como genotipo (18)

Gloria Villarreal “Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)” 2012

Determinar las condiciones sociofamiliares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Sucre, Colombia).

Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal y de contactos múltiples en una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, residentes en 18 barrios de la ciudad de Sincelejo. Mediante encuesta se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud. Se emplearon la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, Escala de Lawton y Brody, Índice de Katz y la Escala Minimental.

El 61% de los adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de

75,4 años. Con diagnósticos de hipertensión arterial (75.2%), cardiopatías isquémicas (70.5%) y osteoarticulares (68.3%), los cuales se incrementan con la edad, y en el sexo femenino, el 51% presenta pluripatología. La comorbilidad se relacionó con polimedicación (76%), problemas bucodentales (70.1%), dolores en miembros inferiores y depresión (68 y 54.1% respectivamente). El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las mujeres ($p < 0,05$). La valoración funcional se deterioró con la edad ($p < 0,05$).

Conclusión: Los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad. (19)

Jessica Evert , “Morbidity profiles of centenarians Survivors, Delayers, and Escapers”

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo para establecer la edad de presentación de enfermedades en los centenarios. En 424 centenarios (de entre 97 a 119 años) o sus apoderados se realizó cuestionarios de historia de la salud de los 10 diagnósticos principales letales (hipertensión, cardiopatías, diabetes, accidente cerebrovascular, cáncer extra cutáneos, cáncer de piel, osteoporosis, enfermedad de la tiroides, la enfermedad de Parkinson, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y enfermedades ocular (cataratas), también fueron evaluados la edad aproximada de diagnóstico, el consumo de tabaco y alcohol .

El inicio de las 10 enfermedades asociadas con la edad, encontramos que los centenarios encajan en tres perfiles: sobrevivientes de morbilidad, retardadores, y fugitivos. 24% de los hombres y el 43% de femeninos se ajustan al perfil del sobreviviente, o los que tenían un diagnóstico de una enfermedad asociada con la edad antes de los 80 años. Retardadores eran individuos que retrasaron el inicio de la enfermedad asociada con la edad por lo menos hasta los 80 años, y 44% de hombres y 42% de los sujetos femeninos y fugitivos eran individuos que alcanzaron su

100 año de vida sin el diagnóstico de enfermedades, 32% de varones y 15% de los sujetos femeninos. Concluyen que puede haber múltiples vías para lograr una longevidad excepcional y que hay diferencias de sexo, representan diferentes fenotipos y genotipos. (15)

Christina Darviri “ Assessment of the health status of Greek Centenarians “(2008)

El presente estudio tiene como objetivo describir el estado de salud de una muestra de los 47 participantes centenarios griegas de ambos sexos de relativa funcionalmente sanos y en la exploración de las posibles diferencias de género en la salud en esta muestra. El objetivo fue contribuir a la acumulación de conocimiento sobre el estado de salud de los centenarios y por lo tanto, contribuir a la exploración de los mecanismos de la longevidad saludable.

Estos resultados indican que la longevidad excepcional no se acompaña necesariamente de discapacidad, enfermedad y algún grado de dependencia. (20)

Definiciones Conceptuales

ÍNDICE DE BARTHEL:

Es una escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.

La valoración se realiza según la puntuación de una escala de 0 a 100 (dependencia

Absoluta e independencia, respectivamente) siendo 90 la puntuación máxima si va

En silla de ruedas

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN:

Es una escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo y problemas sociales, Siendo un instrumento útil específico en medición de la situación social.

La escala consta de 5 ítems (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, a la objetivación de alguna circunstancia o problema social,

Obteniéndose una puntuación global. < 10 puntos: normal o riesgo social bajo

10-16: riesgo social intermedio > 17; riesgo social elevado



MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Diseño de la Investigación

El estudio fue descriptivo, analítico, transversal, fue realizado en la población centenaria atendida por PADOMI EsSalud en el periodo septiembre a diciembre del 2012, basado en la aplicación de dos instrumentos: el Índice de Barthel para la valoración funcional y la escala de valoración social de Gijón. Se incluyeron a 50 pacientes mayores de 100 años a quienes se les aplicó los instrumentos mencionados con la ayuda de los familiares más cercanos. Para la recolección de datos, se elaboró una ficha adjunta (Anexo 1) la cual fue validada por geriatras de PADOMI, la cual fue llenada con la ayuda de familiares y/o cuidadores.

Los resultados obtenidos fueron ordenados y procesados utilizando el programa SPSS 18 y analizados a través de la estadística descriptiva e inferencial. Para las tablas y gráficos se usaron los programas Crystal Report y Excel.

En los aspectos éticos se siguieron los lineamientos de la declaración de Helsinki, no existieron conflictos de intereses, ni tampoco se vulneró la intimidad de los pacientes en el estudio.

RESULTADOS

SEXO	MEDIA	N	MÍNIMO	MÁXIMO	% DEL TOTAL
MASCULINO	101.8	9	100.00	104.00	18.0%
FEMENINO	102.2	41	100.00	111.00	82.0%
TOTAL	102.2	50	100.00	111.00	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos.

PADOMI: Programa de atención domiciliaria.

Desv. Típ: Desviación estándar.

En cuanto a las medias de la edad según sexo de la población centenaria tenemos que la media de la edad en el sexo masculino fue de 101.8+/-1.3 años, y la media de la población femenina fue de 102.1+/-2.4 años, siendo la media global de la población de 102.1+/-2.3 años, con una mínima de 100 años y una máxima de 111 años.

TABLA N°2
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN LA POBLACIÓN
CENTENARIA

		N	%
SEXO	MASCULINO	9	18.0%
	FEMENINO	41	82.0%
VIVE CON	HIJOS(A)	30	60.0%
	CUIDADORA	6	12.0%
	NIETOS(A)	3	6.0%
	SOBRINOS(A)	3	6.0%
	ESPOSO(A)	1	2.0%
	AHIJADOS	1	2.0%
	HERMANOS(A)	1	2.0%
	CASA DE REPOSO	5	10.0%
LUGAR DE NACIMIENTO	LIMA	18	36.0%
	LA LIBERTAD	5	10.0%
	AYACUCHO	4	8.0%
	AREQUIPA	3	6.0%
	LAMBAYEQUE	2	4.0%
	HUANCAYO	2	4.0%
	ICA	2	4.0%
	CAJAMARCA	2	4.0%
	LORETO	2	4.0%
	AMAZONAS	1	2.0%
	APURÍMAC	1	2.0%
	CUSCO	1	2.0%
	CALLAO	1	2.0%
	HUARAZ	1	2.0%
	JUNÍN	1	2.0%
	MOQUEGUA	1	2.0%
	TACNA	1	2.0%
	CHILE	1	2.0%
	ITALIA	1	2.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

PADOMI: Programa de atención domiciliaria.

Observamos que en nuestra población el 82% de centenarios fueron del sexo femenino y el 18% fueron del sexo masculino. La mayoría de centenarios viven con los hijos (72%), seguido de cuidadores (12%); la mayoría había nacido en Lima (36%), seguido de La libertad (10%).



**TABLA N°3
COMORBILIDADES, SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y TRATAMIENTO**

		N	%
COMORBILIDADES	HTA	38	76.0%
	EPOC	18	36.0%
	ANEMIA	18	36.0%
	DEMENCIA	13	26.0%
	DEFICIT VIT B12	12	24.0%
	ICC	11	22.0%
	DVC	10	20.0%
	ERC	9	18.0%
	HIPOTIROIDISMO	8	16.0%
	DM	6	12.0%
	SEC. FRACTURA DE CADERA	6	12.0%
SINDROMES GERIATRICOS	DEFICIT NEUROSENSORIAL	47	94.0%
	INCONTINENCIA	35	70.0%
	DETERIORO COGNITIVO	25	50.0%
	INSOMNIO	25	50.0%
	CONSTIPACIÓN	22	44.0%
	CAIDAS	19	38.0%
	DESNUTRICION	15	30.0%
TRATAMIENTO HABITUAL	BROMURO DE IPATROPIO	18	36.0%
	IECA	17	34.0%
	A.A.S	14	28.0%
	ACIDO FOLICO	10	20.0%
	PARACETAMOL	10	20.0%
	OMEPRAZOL	10	20.0%
	LEVOTIROXINA	8	16.0%
	ALPRAZOLAM	7	14.0%
	ATORVASTATINA	7	14.0%
	ISORBIDE	6	12.0%
	LACTULOSA	4	8.0%
	ANTIDEPRESIVOS	4	8.0%
	ARA II	3	6.0%
	ATENOLOL	2	4.0%
	METFORMINA	2	4.0%
	NIFEDIPINO	2	4.0%
	RANITIDINA	2	4.0%
	RISPERIDONA	2	4.0%
	DIAZEPAM	1	2.0%
	LAGRIMAS ARTIFICIALES	1	2.0%

Fuente: ficha de recolección de datos.

PADOMI: Programa de atención domiciliaria.

La comorbilidad más frecuente en la población centenaria fue la HTA (76%), seguido de EPOC (36%): el síndrome geriátrico más frecuente fue déficit neurosensorial (94%) seguido de incontinencia urinaria (70%), insomnio (25%), deterioro cognitivo (25%), y el tratamiento medicamentoso habitual está relacionado con el tratamiento antihipertensivo: IECA (34%) ARA, ácido acetil salicílico (28%).

HTA Hipertensión Arterial, EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica ICC: Insuficiencia Cardíaca Crónica DVC: Desorden Cerebro Vascular ERC Enfermedad Renal Crónica DM Diabetes Mellitus.

TABLA N°4
GRADO FUNCIONAL EN LA POBLACIÓN CENTENARIA

		N	%
ÍNDICE DE BARTHEL (AVD)	AUTÓNOMO:100	2	4.0%
	DEPENDENCIA PARCIAL:71-99	7	14.0%
	DEPENDENCIA MODERADA:51-70	6	12.0%
	DEPENDENCIA GRAVE:21-50	8	16.0%
	GRAN DEPENDENCIA:0-20	27	54.0%

Fuente: ficha de recolección de datos, Índice de Barthel

PADOMI: Programa de atención domiciliaria.

AVD: Actividades de la vida diaria

En relación al grado funcional en la población centenaria, encontramos un grado de gran dependencia en el 50%,

TABLA N°5			
RIESGO SOCIAL EN LA POBLACIÓN CENTENARIA			
		N	%
RESULTADO	<10 PUNTOS:NORMAL O RIESGO SOCIAL BAJO	5	10.0%
	10-16 : RIESGO SOCIAL INTERMEDIO	42	84.0%
	>17 RIESGO SOCIAL ELEVADO	3	6.0%
TOTAL		50	100.0%

seguido de dependencia grave en el 18%; también observamos que el 4% de los centenarios son autónomos. Es importante señalar que 32% de la población estudiada tienen dependencia moderada a autónoma.

Fuente: ficha de recolección de datos
PADOMI: Programa de atención domiciliaria.

En cuanto al riesgo social en la población centenaria, encontramos que el 84% tuvo un riesgo social intermedio, seguido de riesgo social bajo en un 10%.

TABLA N°6			
DIMENSIONES DEL RIESGO SOCIAL EN LA POBLACIÓN CENTENARIA			
		N	%
SITUACIÓN FAMILIAR	VIVE CON FAMILIA SIN DEPENDENCIA FISICO/PSIQUICA 1	2	4.0%
	VIVE CON CÓNYUGE DE SIMILAR EDAD 2	1	2.0%
	VIVE CON FAMILIA Y/O CÓNYUGE Y PRESENTA ALGUN GRADO DE DEPENDENCIA 3	36	72.0%
	VIVE SOLO Y TIENE HIJOS PROXIMOS 4	1	2.0%
	VIVE SOLO Y CARECE DE HIJOS O VIVEN ALEJADOS 5	11	22.0%
	SITUACIÓN ECONÓMICA	MAS DE 1.5 VECES EL SALARIO MÍNIMO 1	7
DESDE 1.5 VECES EL SALARIO MÍNIMO HASTA EL SALARIO MÍNIMO EXCLUSIVE 2		14	28.0%
DESDE EL SALARIO MÍNIMO A PENSIÓN MÍNIMA CONTRIBUTIVA 3		24	48.0%
LISMI -FAS- PENSION NO CONTRIBUTIVA 4		2	4.0%
SIN INGRESOS O INFERIORES AL APORTADOR ANTERIOR ('4') 5		3	6.0%
VIVIENDA	ADECUADA A NECESIDADES 1	36	72.0%
	BARRERAS ARQUITECTONICAS EN LA VIVIENDA O PORTAL DE LA CASA (PELDAÑOS,PUERTAS ESTRECHAS, ...) 2	10	20.0%
	HUMEDADES , MALA HIGIENE , EQUIPAMIENTO INADECUADO 3	2	4.0%
	AUSENCIA DE ASCENSOR , TELEFONO 4	1	2.0%
	VIVIENDA INADECUADA (CHABOLAS,VIVIENDA DECLARADA EN RUINA,...) 5	1	2.0%
	RELACIONES SOCIALES	RELACIÓN SOCIAL SOLO CON FAMILIA Y VECINOS 2	8
RELACIÓN SOCIAL SOLO CON FAMILIA O VECINOS 3		14	28.0%
NO SALE DEL DOMICILIO , RECIBE VISITAS 4		24	48.0%
NO SALE Y NO RECIBE VISITAS 5		4	8.0%
APOYO DE LA RED SOCIAL	CON APOYO FAMILIAR Y VECINAL 1	43	86.0%
	VOLUNTARIADO SOCIAL AYUDA DOMICILIARIA 2	4	8.0%
	PENDIENTE DE INGRESO EN RESIDENCIA GERIÁTRICA 4	2	4.0%
	TIENE CUIDADOS PERMANENTES 5	1	2.0%
VÁLIDOS		50	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

PADOMI: Programa de atención domiciliaria.

En cuanto a las dimensiones del riesgo social en la población centenaria tenemos que el 88% vive con la familia y/o cónyuge, y presenta algún grado de dependencia, asimismo el 48% percibe desde el salario mínimo a pensión mínima. El 72% cuenta con vivienda adecuada a sus necesidades. En relación a lo social el 48% no sale a domicilio y el 86% recibe apoyo familiar y vecinal.

TABLA N°7							
ASOCIACIÓN DEL RIESGO SOCIAL CON EL GRADO FUNCIONAL EN LA POBLACIÓN CENTENARIA							
		RESULTADO				TOTAL	
		<10 PUNTOS: NORMAL O RIESGO SOCIAL BAJO	10-16 RIESGO SOCIAL INTERMEDIO	>17 RIESGO SOCIAL ELEVADO			
ÍNDICE DE BARTHEL (AVD)	AUTÓNOMO:100	N	1	1	0	2	
		%	20.0%	2.3%	.0%	4.0%	
	DEPENDENCIA PARCIAL:71-99	N	2	5	0	7	
		%	40.0%	11.9%	.0%	14.0%	
	DEPENDENCIA MODERADA:51-70	N	0	5	1	6	
		%	.0%	11.9%	33.3%	12.0%	
	DEPENDENCIA GRAVE:21-50	N	1	7	0	8	
		%	20.0%	16.6%	.0%	16.0%	
	GRAN DEPENDENCIA:0-20	N	1	24	2	27	
		%	20.0%	57.14%	66.6%	54.0%	
	TOTAL		N	5	42	3	50
			%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos.

PADOMI: Programa de atención domiciliaria.

En cuanto a la asociación del riesgo social con el grado funcional en la población centenaria encontramos que los pacientes con riesgo social elevado el 10% presentaron gran dependencia, y de los pacientes con riesgo social bajo el 20% tenían grado funcional de autonomía.



DISCUSIÓN

Encontramos que el 96% de centenarios tenían algún grado de dependencia y solo el 4% eran autónomos; también encontramos que el 84% tenían un riesgo social intermedio y el 6% tenía riesgo social elevado, por lo que nuestros datos coinciden con lo reportado por Pascucci (13) quien señala que en las poblaciones centenarias se han identificado ciertas características asociadas con la longevidad extrema relacionadas con hábitos dietéticos, estado civil, factores relacionados con la personalidad y la motivación, red familiar y apoyo social , todos ellos relacionados con un envejecimiento exitoso. Sin embargo estos resultados necesitan ser confirmados por un mayor número de estudios en diferentes ámbitos culturales y sociales (11, 21,14).

Encontramos que la mayoría de los centenarios viven con la familia y/o cónyuge por lo que para ellos el significado de larga vida estaría relacionado con la unión familiar, por lo que coincidimos con lo reportado por G. Kevin (8) quien demuestra que mayor porcentaje de centenarios viven en casa particular en comparación de los que viven en casa de reposo. Dominios psicosociales son importantes y tienen potencial para interactuar con los aspectos biológicos y médicos en desenterrar los secretos de la longevidad (21, 22).

Encontramos que la mayoría de los centenarios son dependientes, por lo que existe la tendencia al riesgo social elevado, además en la dimensión relaciones sociales de la escala de Gijón encontramos que el 56% de los centenarios no salen de sus domicilios por lo que la interactividad social es casi nula, datos que se relaciona con el grado funcional de

los pacientes estudiados que coinciden con lo reportado por Kirsten Avlund quien afirma que el escaso apoyo social es un factor de riesgo para el deterioro funcional entre los mayores de 80 años de edad (23)

Encontramos que solo el 4% de centenarios tiene autonomía, lo que representaría que estos pacientes gozan de un buen estado de salud por lo que aun realizan sus actividades cotidianas con total autonomía, por lo que nuestro estudio difiere con lo reportado por Yasuyuki. Et al quienes en 602 centenarios concluyen que los que se encuentran con mejor estado de salud representan el 20% del total (11).

En nuestro estudio encontramos que el 58% de los centenarios perciben una pensión inferior al salario mínimo por lo que a muchos de ellos carecen de cuidadores adecuados, de vivienda adecuada. Dato que es afianzado por LW Poon Afirma que en Suiza, los contactos familiares han demostrado que ayuda en el mantenimiento de la salud. También puede evitar una mayor discapacidad entre los más ancianos. Una proporción considerable de esta población requiere atención las 24 horas en casa o en casa de reposo. (24)

Encontramos la morbilidad de mayor frecuencia fue la hipertensión arterial, seguido de EPOC y anemia dato que no concuerda con Evert (2003) las enfermedades más comunes fueron la osteoporosis (56%) y problemas cardiacos (42%). La prevalencia de hipertensión arterial (35%), y enfermedad de tiroides (17%). (25)

Hay poca información disponible sobre el estado de salud de los mayores de cien años, este estudio tiene como objetivo proporcionar estimaciones de la prevalencia de morbilidad, así como la importancia de factores socio

funcionales en la investigación de la longevidad. Proporcionará una oportunidad para una mejor comprensión de las influencias sociales en la vida de las personas mayores, se pueden proporcionar ideas que se adapten a los procesos de envejecimiento, así como en los factores que influyen en la calidad de vida en la edad muy avanzada.



CONCLUSIONES

La relación entre la morbilidad, el factor social, y el grado funcionalidad de los mayores de cien años, es útil para investigar los factores que influyen en longevidad excepcional.

En la población centenaria estudiada adscrita al programa de Atención Domiciliaria de Essalud durante el periodo de setiembre a diciembre del 2012, existe un alto grado de dependencia, sin embargo tenemos un 30% de los pacientes alcanzaron un Barthel mayor de 50, lo que nos demostraría que si bien son dependientes, no son dependientes totales, por otro lado es rescatable un 4% independientes para las AVD (Barthel 100).

Los aspectos sociales son importantes y tienen mayor potencial para interactuar con aspectos médicos y funcionales.

En la población estudiada existe un nivel intermedio de riesgo social, debido sobre todo al bajo ingreso económico percibido por jubilación, la mayoría vive con hijos, contando con un buen apoyo familiar.

Hubo un mayor porcentaje de pacientes centenarios del sexo femenino, siendo la comorbilidad más frecuente hipertensión arterial, seguido de EPOC y anemia. Se observó menos comorbilidades en ellos, la mayoría solo tenían 1 ó 2 enfermedades crónicas.

Aunque las enfermedades crónicas y discapacidades funcionales limitan el bienestar de los ancianos, especialmente en una edad muy avanzada, hay un pequeño porcentaje de centenarios que llegan a ser autovalentes, lo que nos impulsaría a crear maneras de facilitar su bienestar a través de la mejora de su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ever J, Lawler E, Bogan H Morbidity Profiles of Centenarians Survivors Delayers, and Escapers Journal of Gerontology Gerontological Society of America (2003) Vol. 58A
- 2 Hitt R, Young-Xu Y, Perls T. "Centenarians: The older you get, the healthier you've been". Lancet 1979 Aug 21;354
- 3 Jean-Marie Robine, Siu Lan Karen Cheung, Yasuhiko Saito "Centenarians Today: New Insights on Selection from the 5-COOP Study" Current Gerontology and Geriatrics 2010, Article ID 120354
- 4 Farfan Salas. P Tesis UNMSM "Alteración del grado funcional en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en la clínica San José PNP" 2003
- 5 Rebagliati, TC. Runzer CF, Horruitiniere, IM "Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar °Rev Horiz Med: 2012 Abril – Junio Volumen 12(2)
- 6 Yábar PC, Ramos W, Rodríguez CL Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Octubre 2006 - abril 2007 Rev. Perú. epidemiol. Vol 13 No 3 Diciembre 2009
- 7 Kevin G. Martin P, Bishop, A "Age Differences and Changes in Resources Essential to AgingWell: A Comparison of Sexagenarians, Octogenarians and Centenarians" Current Gerontology and Geriatrics 2011, Article ID 357896
- 8 G. Kevin Randall, Peter Martin, Maurice McDonald "Social Resources and Longevity: Findings from the Georgia Centenarian Study" Gerontology 2010:56
- 9 M. Elaine Cress,1 Yasuyuki Gondo "Assessing Physical Performance in Centenarians: Norms and an Extended Scale from the Georgia Centenarian Study" Current Gerontology and Geriatrics Research 2010, Article ID 310610

- 10 Martin P , Hagberg B , Poon LW “Models for studying centenarians and healthy ageing” *Asian J Gerontol Geriatr* 2012; 7: 14–8
- 11 Yasuyuki Gondo, Nobuyoshi Hirose, Yasumichi Arai. “Functional Status of Centenarians in Tokyo, Japan: Developing Better Phenotypes of Exceptional Longevity *Journal of Gerontology: medical sciences*” The Gerontological Society of America 2006, 61(3):305-10
- 12 Martin P., Hagberg B., Poon L. W. “Predictors of Loneliness in centenarians: A parallel study”. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 1997 12 (3): 203-24
- 13 Pascucci MA, Loving GL “Ingredients of an old and healthy life. A centenarian perspective”. *Journal of Holistic Nursing*. 1997 15(2):200-13.
- 14 Arnold J, Dai J, Nahapetyan L, Arte A “Predicting Successful Aging in a Population-Based Sample of Georgia Centenarians”. *Current Gerontology and Geriatrics* 2010, Article ID 989315
- 15 Jessica Evert, Elizabeth Lawler, Hazel Bogan” *Morbidity Profiles Survivors, Delayers, and Escapers of Centenarians*” *Journal of Gerontology* 2003, Vol. 58A, No. 3, 232–237
- 16 G. Kevin Randall, Peter Martin, Alex J. Bishop. *Age Differences and Changes in Resources Essential to Aging Well: A Comparison of Sexagenarians, Octogenarians, and Centenarians*. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. (2011) Article ID 357896,
- 17 Yasuyuki Gondo *Functional Status of Centenarians in Tokyo, Japan: Developing Better Phenotypes of Exceptional Longevity *Journal of Gerontology: medical sciences** 2006, Vol. 61A, No. 3, 305-310
- 18 Henriette Engberg, Anna Oksuzyan, Bernard Jeune “Centenarians – a useful model for healthy aging? A 29-year follow up of hospitalizations among 40 000 Danes born in 1905”. *NIH Public Access Aging Cell*. 2009 June; 8(3): 270–276.

- 19 Gloria Villarreal: Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia) 2012 Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2012; 28 (1): 75-87
- 20 Christina Darviri a : Assessment of the health status of Greek Centenarians Archives of Gerontology and Geriatrics 46 (2008) 67–
- 21 Leonard W. Poon, Peter Martin, Alex Bishop “Understanding Centenarians Psychosocial their Contributions to Health and Quality of Live” Current Gerontology and Geriatrics Research 2010, Article ID 680657
- 22 Lourdes Ruiz-Dioses, Marisela Campos-León, Nelly Peña “Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, callao 2006” Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008; 25
- 23 Kirsten Av, Rikke Lund “Social relations as determinant of onset of disability in aging”, Arch. Gerontol. Geriatr. 2004: 38 pag 85–99
- 24 LW Poon PhD, SLK Cheung PhD “Centenarian research in the past two Decades Asian” J Gerontol Geriatr 2012; 7: 8–13
- 25 Evert J, Lawler E, Bogan H, Perls T “ Morbidity profiles of centenarians: survivors, delayers and escapers”. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. Mar; 2003: 58(3):232-7.
- 26 G. Kevin Randall, Peter Martin, Maurice Mac Donald, Comparing the Support Efficacy Model among Centenarians Living in Private Homes Assisted Living Facilities, and Nursing Homes, Journal of Aging Research, 2011, Article ID 280727
- 27 Gustafson, L.; Risberg, J.: “A multidisciplinary study of five consecutive cohorts at the age of 100” International Journal of Aging and Human Development, 2007: 45(3):223-53

- 28 Grailova, N; Grailov, L.A: "Can exceptional longevity be predicted?", *Journal of the American Academy of Actuaries*, 2008 July/August issue, pp: 82-88
- 29 Hagberg Bo and Samuelsson Gillis "Survival After 100 Years of Age: A Multivariate Model of Exceptional Survival in Swedish Centenarians" *Journal of Gerontology Medical Sciences* 2008, Vol. 63A, No. 11, 1219–1226
- 30 Henriette Engberg, Kaare Christensen, Karen Andersen-Ranberg "Cohort Changes in Cognitive Function among Danish Centenarians: A Comparative Study of 2 Birth Cohorts Born in 1895 and 1905" *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(2): 153-160
- 31 MacDonald M, Aneja A, Martin P. "Distal and Proximal Resource Influences on Economic Dependency among the Oldest Old". *Gerontology* 2010;56: 100-105
- 32 Martin, P.; Kliegel, M.; Rott, C.; Poon, L. W.; Johnson, M.A. "Age differences and changes of coping behavior in three age groups: findings from the Georgia Centenarian Study" *International Journal of Aging and Human Development*, 2008: 66(2): 97-114
- 33 Y Gondo PhD "Longevity and successful ageing: implications from the oldest old and centenarians" *Asian J Gerontol Geriatr* 2012; 7: 39–43
- 34 Willcox DC, Willcox BJ, Shimajiri S, Kurechi S, Suzuki M. "Aging Gracefully: A Retrospective Analysis of Functional Status in Okinawan Centenarians". *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2007: 15(3):252-6.

ANEXO Nº 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO
RELACION DE CARACTERISTICAS SOCIOFUNCIONALES Y
MORBILIDAD EN LA POBLACION CENTENARIA ATENDIDOS
POR PADOMI – ESSALUD ENTRE SEPTIEMBRE -
DICIEMBRE 2012

No de Ficha:..... Fecha: F. Nacim

Nombre:

Edad:

Sexo: (M) (F)

Vive con:.....

Lugar de nacimiento:.....

Comorbilidades. Tiempo de enfermedad:

- HTA.....
- DM.....
- EPOC.....
- DVC.....
- TBC.....
- Demencia.....
- ICC.....
- ERC.....
- Cirrosis.....
- UPP.....
- Hipotiroidismo.....
- Déficit Vit B12.....
- Anemia.....

Síndromes geriátricos: ..

- Desnutrición.....
- Incontinencia.....

- Insomnio.....
- Constipación.....
- Ca.....
- Caídas.....
- Deterioro cognitivo.....
- Déficit neurosensorial.....

Tratamiento Habitual.....



ANEXO N° 2

Índice de Barthel (AVD)

<u>BAÑO/DUCHA</u>		
Independiente	Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente	5
Dependiente		0
<u>VESTIDO</u>		
Independiente	Se viste, se desnuda, y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos, botones, cremalleras	10
Ayuda	Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de tareas en un tiempo razonable sin ayuda	5
Dependiente		0
<u>ASEO PERSONAL</u>		
Independiente	Se lava la cara, manos, y dientes. Se afeita, se peina	5
Dependiente		0
<u>USO DEL RETRETE</u>		
Independiente	Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa sólo	10
Ayuda	Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse, o ponerse/quitar la ropa	5
Dependiente		0
<u>USO DE ESCALERAS</u>		
Independiente	Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use la barandilla o bastones	10
Ayuda	Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras	5
Dependiente		0
<u>TRASLADO SILLÓN-CAMA</u>		
Independiente	No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente	15
Mínima ayuda	Necesita una mínima ayuda (física o verbal) o supervisión	10
Gran ayuda	Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado	5
Dependiente	no se mantiene sentado	0
<u>DESPLAZAMIENTO</u>		
Independiente	Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón, excepto andador	15
Ayuda	Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión (física o verbal)	10
Independiente en silla de ruedas	Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros	5
Dependiente		0
<u>CONTROL DE ORINA</u> (Se evalúa la semana anterior)		
Continente	No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida sólo	10
Incontinente ocasional	Episodios ocasionales, con una frecuencia máximo 1/24 hs)	5
Incontinente	Episodios de incontinencia con frecuencia <input type="checkbox"/> 1 vez al día	0
<u>CONTROL DE HECES</u> (se evalúa en el mes anterior)		
Continente	No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla sólo	10
Incontinente ocasional	Episodios ocasionales 1 vez/semana. Ayuda para usar enemas o	5

supositorios.	
Incontinente	0
ALIMENTACIÓN	
Independiente Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable	10
Ayuda Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, usar condimentos	5
Dependiente	0

Puntuación

total: _____

Puntuación

Autónomo: 100

Dependencia parcial: 60-99

Dependencia moderada: 51-70

Dependencia grave: 21-50

Gran dependencia: 0-20



ANEXO N° 3

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

SITUACIÓN FAMILIAR

Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5

SITUACIÓN ECONÓMICA

Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior (“4”).	5

VIVIENDA

Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5

RELACIONES SOCIALES

Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5

APOYO DE LA RED SOCIAL

Con apoyo familiar y vecinal	1
------------------------------	---

Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

< 10 PUNTOS: NORMAL O RIESGO SOCIAL BAJO

10-16: RIESGO SOCIAL INTERMEDIO

> 17; RIESGO SOCIAL ELEVADO



ANEXO Nº4: DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIO DE MEDICION	INDICADOR DE CALIFICACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICION
EDAD	Años cumplidos	Cuantitativa	De razón	Número de años cumplidos	Número de años	Ficha de recolección de datos
SEXO	Clasificación de los seres vivos según sus características sexuales secundarias	Cualitativa	Nominal	Femenino o masculino	Varón Mujer	
MORBILIDAD	El cáncer diferenciado de tiroides se define como un carcinoma derivado del epitelio folicular y la retención de características biológicas básicas de tejido tiroideo sano	Cualitativa	Nominal	Enfermedades metabólicas, cardiovasculares, respiratorias.	frecuencia	
RIESGO SOCIAL	la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio	Cualitativa	Ordinal	situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales	De 5 a 9 = Buena/aceptable De 10 a 14 = Existe riesgo social Más de 15 = Problema social	

EVALUACIÓN FUNCIONAL	actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia	Cuantitativa	Ordinal	capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario	Dependencia Total: ≤ 20 Dependiente Grave: 20 – 40 Dependiente Moderado: 45-55 Dependiente Leve: ≥ 60	
---------------------------------	---	--------------	---------	---	---	--



