



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS
PACIENTES DE 100 A MÁS AÑOS EN EL PROGRAMA DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA ESSALUD 2015**

**PRESENTADA POR
RODRIGO ERNESTO VINCES BLANCO**

**TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON
MENCIÓN EN UROLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2016



**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/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS
PACIENTES DE 100 A MÁS AÑOS EN EL PROGRAMA DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA ESSALUD 2015**

TESIS

**PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN EN
UROLOGÍA**

PRESENTADA POR

RODRIGO ERNESTO VINCES BLANCO

LIMA – PERÚ

2016

Asesor

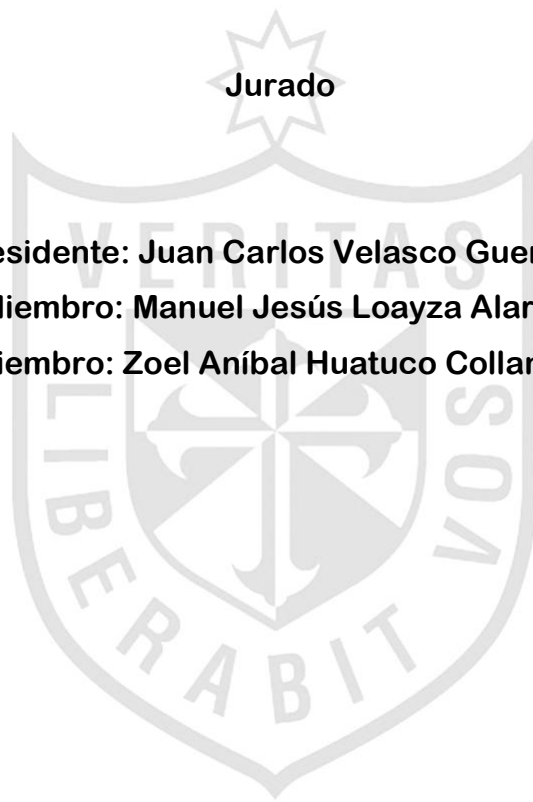
Pedro Javier Navarrete Mejia, doctor en Salud Pública, Centro de Investigación de Salud Pública. Instituto de Investigación. Facultad de Medicina Humana. Universidad de San Martín de Porres.

Jurado

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero

Miembro: Manuel Jesús Loayza Alarico

Miembro: Zoel Aníbal Huatuco Collantes





A mis padres, Ida y Raúl

A Patricia



Agradecimiento

A Pedro Javier Navarrete, doctor en medicina, por su apoyo y asesoramiento.

A Hilda Rivera Córdova, doctora en educación, por su orientación y oportunas sugerencias.

ÍNDICE

	Pág
Asesor y Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	vi
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
I.1 Antecedentes de la investigación	5
I.2 Bases teóricas	7
I.3 Definición de términos básicos	21
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	23
II.1 Tipo y diseño de investigación	23
II.2 Diseño muestral, población de estudio, criterios de selección	23
II.3 Características del lugar o institución donde se ejecutó la investigación	23
II.4 Métodos de recolección de datos. Instrumentos.	23
II.5 Procesamiento de datos	23
II.6 Aspectos éticos	24
CAPITULO III: RESULTADOS	25
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	30
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
V.1 Conclusiones	35
V.2 Recomendaciones	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
ANEXO 1. Estadística Complementaria	
ANEXO 2. Ficha de Recolección de Datos	

RESUMEN

Objetivo: Estudiar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes de 100 a más años pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud 2015.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Población constituida por pacientes de 100 a más años inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud en el año 2015.

Resultados: Se identificaron 290 pacientes de 100 a más años; la edad promedio fue 101 años, la mínima fue 100 y la máxima 110, predominando el sexo femenino con el 67,93%, el 50,34% de los pacientes fueron viudos y 35,52% casados, más de la mitad de la población fueron provenientes de provincia (59,23%). Las patologías más frecuentes encontradas en los pacientes fueron osteoartritis (71,38%), hipertensión arterial (67,59%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (39,66%); las cinco patologías más frecuentes encontradas son comunes en ambos sexos, habiendo un mayor porcentaje de mujeres padeciéndolas, los distritos con mayor población de pacientes de 100 a más años fueron Santiago de Surco (10,00%), Miraflores (5,86%), San Borja (5,17%); casi la totalidad de pacientes del distrito de Santiago de Surco padecen de hipertensión arterial (96,55%), en el distrito de Miraflores ocupaban el primer lugar las enfermedades de hipertensión arterial e infección de vías respiratorias bajas con el mismo porcentaje (57,89%) y en San Borja la principal enfermedad fue osteoartritis (73,33%).

Conclusiones: Se identificó que el 67,93% de pacientes eran mujeres, la edad promedio 101 años, la mínima 100 y la máxima 110, 50,34% fueron viudos, la mayor cantidad de estos pacientes fueron provenientes de provincia con 59,23%, Arequipa, Ancash y Lambayeque fueron las ciudades con más pacientes centenarios con 14%, 12%, 11% respectivamente, el 71,38% de pacientes padecían de osteoartritis, el 67,59% de hipertensión arterial y 39,66% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica; en los distritos de Santiago de Surco, Miraflores y San Borja los pacientes padecían de hipertensión arterial (96,55%), hipertensión arterial e infección

de vías respiratorias bajas (ambas 57,89%) y osteoartritis (73,33%) respectivamente.

Recomendaciones: Realizar más estudios que permitan conocer las características y necesidades de esta población y así lograr un mejor entendimiento de los factores que giran alrededor de un envejecimiento saludable y que ayuden a prolongar la esperanza de vida.

Palabras Claves: Centenario, PADOMI.



ABSTRACT

Objective: To study the clinical and epidemiological characteristics of patients from 100 to more years belonging to Home Care Program - EsSalud 2015.

Methodology: descriptive, retrospective, cross-sectional study. Population comprised 290 patients with 100 or more years enrolled in the Home Care Program PADOMI- EsSalud in 2015.

Results: 290 patients from 100 to more years were identified; the average age was 101 years, the minimum was 100 and maximum 110, predominantly female with 67.93%, 50.34% of the patients were married widowers and 35.52%, more than half of the population were from the province (59.23%). The most frequent pathologies were found in osteoarthritis patients (71.38%), hypertension (67.59%) and chronic obstructive pulmonary disease (39.66%); the five most common diseases found are common in both sexes, having a higher percentage of women, districts with larger patient population with 100 or more years were Santiago de Surco (10.00%), Miraflores (5.86%) San Borja (5.17%); almost all patients from Santiago de Surco suffer from hypertension (96.55%), in the district of Miraflores ranked first in hypertension and lower respiratory tract infection with the same percentage (57.89 %) and in San Borja the main disease was osteoarthritis (73.33%).

Conclusions: We identified that 67.93% of patients were women, average age 101 years, the minimum 100 and maximum 110, 50.34% were widowers, as many of these patients were from the province with 59.23 %, Arequipa, Ancash and Lambayeque were cities with more patients with 14%, 12%, 11% respectively, the 71.38% of patients had osteoarthritis, 67.59% of hypertension and 39.66% of chronic obstructive pulmonary disease; in the districts of Santiago de Surco, Miraflores and San Borja patients suffered from hypertension (96.55%), high blood pressure and lower respiratory tract infection (both 57.89%) and osteoarthritis (73.33%) respectively.

Recommendations: Conduct more studies to know the characteristics and needs of this population and thus achieve a better understanding of the

factors that revolve around healthy aging and help prolong life expectancy.

Keywords: Centenary, PADOMI.



INTRODUCCIÓN

Prolongar la esperanza de vida ha sido siempre un anhelo para la humanidad. Es así, que el envejecimiento puede ser considerado un logro al que ha contribuido el desarrollo científico. Sin embargo, la longevidad es un reto para la ciencia médica, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica, y la oferta de servicios de salud de calidad a un segmento de la población que, por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad.¹

La población mundial está envejeciendo, siendo éste un fenómeno nunca antes visto en la humanidad; en los últimos años, la epidemiología del envejecimiento ha sufrido cambios importantes, debido a una reducción de la natalidad asociada a una disminución de la mortalidad, todo esto ha contribuido a que los ancianos sean hoy una porción considerable de la población mundial.²

La esperanza de vida ha ido en aumento gracias a los avances científicos, las mejores condiciones de salubridad, nutrición, estilo de vida, hábitos más saludables y un ambiente físico más sano, por lo que la población de adultos mayores ha aumentado.

Actualmente existen 650 millones de personas de 60 años o más, aproximadamente 400 millones habitan países subdesarrollados. Existe la previsión que para el 2025 esta cifra alcance a 1.2 billones; siendo Europa el continente más envejecido del mundo.³

En el 2050 las personas que sobrepasen los 65 años de edad constituirán el 20% de la población mundial si se mantiene la tendencia actual del aumento de la expectativa de vida.

Para el año 2050 se cree que la población de centenarios será 16 veces mayor que en 1998 (2,2 millones frente a 135.000), por lo tanto, será una

parte importante de la población mundial, reto para el cual nos debemos preparar partiendo de la poca información e investigaciones acerca de este grupo que existe actualmente.⁶

Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, publicadas el 15 de mayo del 2014 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas están viviendo más años en todo el mundo. Si nos basamos en los promedios mundiales, la esperanza de vida de una niña nacida en 2012 es de alrededor de 73 años, mientras que la de un niño varón nacido el mismo año, es de 68 años. Estas cifras representan seis años más que el promedio mundial de esperanza de vida para un niño nacido en 1990.⁶

El envejecimiento poblacional y el aumento del mismo y en especial el crecimiento de los centenarios justifican la necesidad de que se estudie este grupo poblacional, que además es muy vulnerable en cuanto a salud.^{4,5}

En América Latina existe la misma tendencia, encontrándose un incremento en la proporción y el número de personas de 60 años y más, actualmente, estas personas representan el 12% de la población que equivale a 107.3 millones de habitantes.⁴

El proceso de envejecimiento seguirá aumentando en los próximos años, la tasa de crecimiento de la población de personas mayores de 60 años será de 2.3% en el período 2010-2030; en el período de 2030-2050 la tasa disminuirá a un 1.5%, sin embargo, continuará siendo la tasa de crecimiento más alta de la población en su conjunto, las personas de este grupo poblacional serán de 182 millones, lo que equivale a la cuarta parte de los habitantes de la región.⁴

Se observa que cada vez hay más personas que llegan a los niveles máximos de edad para la especie humana, entre los 100 y 120 años; lo que nos aproxima a nuevos niveles dentro del ciclo vital, entonces llegar a una longevidad satisfactoria con calidad supone un nuevo reto.⁵

Según la clasificación de la OMS los adultos mayores se clasifican en tres categorías: los viejos jóvenes (60 a 75 años); los viejos (75 a 90 años) y los viejos-viejos (más de 90 años), a este último grupo se le denomina también mayores-mayores o cuarta edad, etapa relacionada con la pérdida de la independencia y de la autonomía. En América Latina la población ha sumado 21.6 años de vida para ambos sexos en los últimos 60 años.⁶

Según los indicadores demográficos publicados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Perú registra una población de 30.38 millones de habitantes y la esperanza de vida al nacer para las mujeres es de 76.8 años y para los hombres de 71.5, indicadores similares a los países del primer mundo.⁷

Un hecho significativo es que no existen pautas para abordar la atención clínica y sanitaria de estos individuos, así como valorar su estado clínico y epidemiológico.

Conociendo estos antecedentes se tomó la decisión de realizar en Lima el estudio de este grupo poblacional inscrito en el Programa de Atención Domiciliaria de EsSalud. Perú cuenta con una población de 100 y más años nunca antes estudiada como tal, muchos de ellos han logrado la llamada longevidad excepcional, funcionales y con el mínimo de discapacidad.

Entonces vamos a estudiar las características clínicas y características epidemiológicas de los pacientes de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud 2015.

Siendo un grupo poblacional poco estudiado, al generar información, será útil para ampliar nuestro conocimiento acerca del tema y ser la base para estudios de mayor complejidad.

Uno de los beneficios de esta investigación en el Perú es que es el primer estudio realizado a pacientes de 100 años o más, siendo este segmento de

la población casi siempre excluido en las investigaciones de personas mayores y ancianos; el impacto científico se centra en dar respuesta a la necesidad de conocer las características clínico epidemiológicas de este grupo poblacional.

Conociendo los factores que influyen sobre la vejez, estudiando las características clínico epidemiológicas estaríamos aportando nuevos elementos que ayuden a la comprensión de factores inherentes a ellos, favoreciendo la prolongación de la vida con calidad en los ancianos.

Los resultados estarán circunscritos a la población y período de estudio.



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

I.1 Antecedentes de la investigación

En un estudio realizado en el 2010, acerca de la Diabetes Mellitus en pacientes centenarios, nos dice que los pacientes con esta patología tienen síntomas de menor intensidad y condiciones metabólicas superiores; comparadas con centenarios sanas. Lo que conlleva a hacer un uso menor de insulina; así como también la suspensión de fármacos en el tratamiento de esta patología en un longevo extremo.⁸

En un estudio realizado en el 2007 en Nueva Inglaterra, se demuestra que los pacientes centenarios observados han sido independientes en su estado funcional hasta los 92 años promedio y el 75% de los pacientes observados hasta los 95. Lo que supone que vivir hasta los 100 años es ventajoso cuando la calidad de vida es buena.⁹

En un estudio realizado en el año 2001 en Alemania, con 91 centenarios observados, tuvo como objetivo evaluar si la supervivencia de los centenarios se debía al proceso de envejecimiento físico, psicológico y social más lento; así como también evaluar la variabilidad mostrada por estos pacientes en factores psicosociales; se encontró gran variabilidad en el estado cognitivo.¹⁰

En un estudio realizado en 1997 en Oklahoma, se entrevistó a 20 longevos extremos entre 100 y 109 años; lo que se dedujo fue, que el significado de la vida es un factor importante para el centenario, así como también el cuidado de su salud y la apreciación de lo valioso.¹¹

En un estudio realizado en el 2008 con centenarios de la ciudad de Okinawua en Japón, que comenzó en 1976 investigando a más de 600 centenarios, se encontró menor riesgo cardiovascular y bajos niveles de homocisteína,

estilos de vida saludables, bajos niveles de radicales libres, bajo riesgo para cánceres hormono dependientes, una proporción bastante baja de demencia y bajos niveles de tensión con una buena capacidad de afrontamiento.¹²

En un estudio realizado en el año 1988 en Georgia, presentado en el 2011, se estudiaron más de 150 centenarios, donde se encontró que la actividad física tenía gran importancia, la mayoría de los centenarios permanecían activos y gozaban de una relativa buena salud física y mental; eran independientes o semi independientes, el 50% de los centenarios ingería una dieta sana, 60% tenía una buena o excelente percepción de su salud y poca frecuencia de depresión.¹³

En un estudio realizado en el año 2010 en China, se investigó aproximadamente 4000 centenarios, tuvo como objetivo entender los determinantes de una longevidad satisfactoria, los centenarios observados gozaban apoyo económico y cuidado diario de parte de sus hijos, la mayoría realizaban trabajos de la casa o de agricultura; se encontró al matrimonio como factor de protección, una dieta saludable y equilibrada, con un estilo de vida adecuado y una percepción positiva de su vida y eran relativamente saludables.¹⁴

En un estudio publicado en Dinamarca en el año 2001, en el que se estudiaron 276 centenarios, se encontró que la mayoría tenía una o más enfermedades crónicas, de las cuales la enfermedad cardiovascular fue la más frecuente, lo mismo que la osteoartritis, la demencia y la incontinencia urinaria; se encontraron altos niveles de apolipoproteína E (ApoE) gen de la longevidad. La mayoría de centenarios se encontraban funcionalmente activos.¹⁵

En un estudio realizado en New England en el año 2004, el objetivo fue valorar la prevención de la demencia de Alzheimer y otras demencias y determinar los factores protectores para llegar a los 100 años. Se encontró

que había muy pocos obesos, la mayoría nunca había fumado, la mayor parte de las mujeres tuvo al primer hijo después de los 35 años y que el 50% tenía parientes de primer grado con edades extremas.¹⁶

En un estudio realizado en España en el año 2007, se encontró que la enfermedad de infección urinaria prevalece en las mujeres con respecto a los hombres con 23% sobre un 11%.⁴⁸

En un estudio realizado en Lima en el año 2001, demuestra que, en cuanto al estado civil, la mayor parte está constituido por ancianos viudos (46,9%), llegando a alcanzar a casi la mitad del total; seguidos por los ancianos casados (39.3%), ancianos divorciados (2.2%), separados (2.7%) y solteros (8%).¹⁷

En un estudio realizado en Lima en el año 2010, se encontró que las personas mayores de 60 años padecen en primer lugar de enfermedades neuropsiquiátricas (16,19%), además de enfermedades cardiovasculares (14,7%), cáncer (14,1%), lesiones no intencionales (11,7%) y enfermedades osteomusculares (7,9%).⁴⁶

En un estudio realizado en Perú en el año 2014, se demostró que la enfermedad de hipertensión arterial prevalece en hombres (17,4%) en relación a las mujeres (14,8%).⁴⁷

I.2 Bases teóricas

El envejecimiento, biológicamente, es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Sin embargo, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones

de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.¹⁸

Envejecer, significa aumentar el número de años vividos, en paralelo con la evolución cronológica, coexisten fenómenos bio-psíquicos y sociales, importantes en la percepción de la edad y envejecimiento.¹⁹

Envejecer es un proceso que se inicia con el nacimiento, algunos sitúan este acontecimiento en torno a los 30 años, donde el individuo ha alcanzado la plenitud y los fenómenos catabólicos empiezan a dominar sobre los fenómenos anabólicos.²⁰

El denominador común más importante es la pérdida de mecanismos de reserva del organismo, esto determina que el individuo se haga más vulnerable frente a diversos tipos de agresión, entonces será más probable sucumbir a cualquier enfermedad y llegar a la muerte. También se puede definir como el deterioro de las estructuras y funciones que llegan a un pico o meseta máximos durante el desarrollo, crecimiento y maduración de todos los individuos de una especie dada.¹⁷

Desde 1840, la expectativa de vida máxima ha crecido a razón de tres meses aproximadamente por año, es una tendencia que se mantiene.²²

El envejecimiento normal se da con la pérdida progresiva de rendimiento fisiológico; todas las funciones fisiológicas pierden eficiencia. Se pierde la capacidad de mantener estable el medio interno del individuo frente a las perturbaciones del ambiente; la fuerza y elasticidad en el sistema músculo-esquelético se deterioran, se produce un descenso de la filtración glomerular de la ventilación de los pulmones y del flujo máximo sanguíneo;

aumenta la intolerancia a la glucosa, la pérdida de visión, memoria audición, coordinación motora entre otras.

La mayoría de los órganos vitales sufren fenómenos de atrofia o degeneración. Esto es más notable en aquellos órganos compuestos por células pos-mitóticas como las neuronas, células miocárdicas, musculares o las del parénquima renal.^{19,20,22}

Algunos cambios que aparecen como consecuencia del envejecimiento se dan en el sistema y órganos, en la composición corporal y metabólicos.

Cambios Asociados al Envejecimiento

Cambios Digestivos

El tracto digestivo tiene una considerable capacidad de reserva y una función fisiológica normal o casi normal, durante el proceso de envejecimiento, incluso al llegar a edades muy avanzadas como es el caso de las personas centenarias.²²

La mayoría de los trastornos gastrointestinales son de origen fisiológico, muchos de ellos disfunciones sin base orgánica demostrable o resultado de efectos adversos de los medicamentos que el paciente de edad avanzada ingiere de forma crónica o por las interacciones de fármacos-alimentos, bidireccionales. En el estómago se produce la antralización del cuerpo gástrico condicionando disminución del volumen de secreción gástrica y del rendimiento clorhidropéptico.²⁰

No hay cambios en la longitud del órgano no en la superficie absortiva pero si en el peso del órgano, el patrón mucoso del órgano adopta una imagen más tosca a nivel yeyunal y/o engrosada a nivel ileal que puede llevar a confusión con la presencia de lesiones propias de algunas entidades como la enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca o linfomas

gastrointestinales.²² La reducción de la actividad lactásica del borde en cepillo de los enterocitos relacionada con el avance de la edad parece responsable de la intolerancia a la lactosa en aproximadamente el 50% de los ancianos, la reducción de las demás enzimas carece de significado clínico.^{22,23}

Disminución de la cantidad de agua corporal

El mayor componente del organismo es el agua; con el paso de los años ésta disminuye, por lo tanto, en un adulto el porcentaje de agua corporal es aproximadamente el 60% de su peso total y el porcentaje de agua corporal en un anciano es aproximadamente el 50%.²³

La disminución del porcentaje de agua corporal, hace que los ancianos sean más vulnerables a sufrir deshidratación, ya que al disminuir el agua corporal genera que la función renal disminuya y la sensación de sed también.²⁴

Disminución de masa muscular

Conforme pasan los años las personas envejecen y con esto la masa magra (masa celular activa), en especial la masa muscular disminuye 6.3% aproximadamente cada diez años a partir de los 30 años, esta disminución en la masa muscular produce una reducción de la tasa metabólica basal, por lo tanto, habrá menor necesidad de energía, menor fuerza muscular y menor nivel de agilidad; aumenta el riesgo de caídas, el equilibrio y la marcha sufrirán alteraciones, con esto la capacidad muscular se verá alterada negativamente.²⁵

Piel y Fanéras

Por su extensión, la piel es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en adultos mayores presentan púrpura senil. Sistema Músculo Esquelético Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular.²³

Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Las enzimas glicolíticas reducen su actividad más que las oxidantes. La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular.²³ La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Los cambios óseos son de particular importancia por sus implicancias clínico- epidemiológicas. Hay disminución en la actividad osteoblástica, decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical.²⁵

En los hombres la masa ósea es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitor de éstos sobre los osteoclastos. Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras.²⁵

Con el tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento. La epidermis sufre depresiones irregulares por pérdida de la polaridad de los queratinocitos, hay disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular.²⁵ La dermis pierde parte de su contenido colágeno, produciéndose arrugas; la pérdida de la elastina e incremento de los glicosaminoglicanos inducen la formación de pseudoelastina, que causa el color amarillento a la piel. La hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso. Los folículos pilosos se atrofian y disminuyen su densidad, se pierde la producción de pigmentos por el decremento de los melanocitos.

Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras por aumento proporcional de la queratina, llegando a presentar onicogрифosis.²⁵

El tejido conectivo disminuye su contenido de colágeno y los fibroblastos

reducen su recambio. Por pérdida del soporte elástico, los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares apareciendo trasvasación de sangre, con menor degradación. A los 90 años el 70% de los adultos mayores presentan púrpura senil.²⁶

Sistema Músculo Esquelético

Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Las enzimas glicolíticas reducen su actividad más que las oxidantes. La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular.^{26,27}

La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. los cambios óseos son de particular importancia por sus implicancias clínico-epidemiológicas. Hay disminución en la actividad osteoblástica, decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical. En los hombres la masa ósea, es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibidor de éstos sobre los osteoclastos. Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras.^{25,39}

También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.³⁹

Sistema Nervioso

Se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo sanguíneo cerebral se reduce en un 20%, produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo.

Existe pérdida de neuronas inhomogénea; por ejemplo, la circunvolución temporal superior pierde la mitad de su masa neuronal, mientras que la inferior sólo un 10%. Las mayores pérdidas son de los grupos de neuronas largas, como los haces piramidales, células de Purkinje, haces extra piramidales; por el contrario, los grupos de núcleos del tronco, neuronas pontinas e hipotalámicas tienen pérdidas reducidas.²⁶

La mielina disminuye, al igual que la densidad de conexiones dendríticas, enlenteciendo el sistema. Aparecen inclusiones de lipofucsina en el hipocampo y la corteza frontal. Hay disminución de la síntesis de catecolaminas, VIP y sustancia P. Los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen. Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de modificaciones lo que provoca dichas variaciones.³⁹

Los reflejos osteotendíneos disminuyen en intensidad de respuesta. La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo.³⁹

Oído y Audición

En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos; éstos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas.²⁶

Ojo y Visión

La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La laxitud de los párpados puede provocar entropión o ectropión. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el “arco senil”. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente. A nivel de retina se reduce la fagocitosis de pigmentos, produciéndose acumulación de ellos, hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años.²⁶

Sistema Endocrino

Pituitaria. Sólo hay tendencia a la formación de adenomas, la ADH se encuentra más activa frente a fenómenos de alteración osmótica, mientras que la renina disminuye y la aldosterona aumenta. La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad, la prolactina no sufre mayores cambios.^{21,39}

Glucosa e Insulina. No hay disminución de la secreción pancreática de insulina, pero se observa mayor resistencia de los tejidos periféricos a su acción, el ciclo de Krebs se encuentra preservado mientras que la vía de glicolisis anaeróbica se ve mucho menos activa. La secreción y efecto del glucagón están conservados.²⁶

Tiroides. Con los años el tiroides se vuelve más fibroso y nodular. Disminuye la secreción de T4, pero su depuración también disminuye hasta un 50%. Los niveles de TBG se mantienen constantes, la conversión de T4 a T3 se ve reducida mientras que la conversión reversa está incrementada. Con los años aumenta la incidencia de fenómenos autoinmunes contra el tiroides.³¹

Paratiroides. El nivel de hormona paratiroidea se encuentra incrementado para mantener los niveles de calcio. Por otro lado, aunque la calcitonina disminuye su concentración, mantiene su actividad.³¹

Suprarrenales. El envejecimiento provoca incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroides en la zona fasciculata y disminución de la secreción de hormonas esteroideas, las que se mantienen en el plasma por decremento de su metabolización. Se pierde la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides.²⁶

Sistema Inmune

La inmunidad del anciano presenta cambios que se traducen en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos. El timo se transforma en un órgano vestigial, aunque puede presentar a edades avanzadas algunos nódulos funcionales; en general no hay otros cambios en los órganos linfoides. La stem-cell no evidencia reducción de su función, pero pierde capacidad para reparar efectos deletéreos de radiaciones ionizantes. Los macrófagos no presentan alteraciones, pero debido a la reducción de los linfocitos T y a la reducción de la respuesta humoral, su función se ve deprimida. Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de clones celulares malignos.^{26,39}

Sistema Renal y Vías Urinarias

Los riñones sufren importantes cambios con el envejecimiento, los cuales no se hacen notorios dada la gran reserva funcional de estos órganos; sin embargo, situaciones de estrés para la actividad excretora de este sistema, tales como hipoperfusión, uso de nefrotóxicos o patologías que afecten directamente a un riñón pueden provocar la aparición de insuficiencia renal.²⁶

Cerca de un 50% de las nefronas desaparecen entre los 30 y 70 años y la tasa de filtración glomerular decae en 8 ml/min cada 10 años. Es probable que la disminución normal del flujo renal, que equivale a un 10% por década en los adultos, la mayor permeabilidad de la membrana glomerular, la menor superficie disponible de filtración y el aumento de uso de nefrotóxicos con la edad sean los factores que expliquen la disminución de la función renal.²⁶

Las vías urinarias se ven afectadas por una mayor tendencia a la producción de cálculos, por los cambios producidos por la caída de los estrógenos en mujeres y por la presencia de obstrucción prostática por crecimiento normal de la glándula en los hombres.²⁶

Sangre y Coagulación

Aunque la anemia se asocia al envejecimiento, una adecuada nutrición y la ausencia de enfermedades que lleven a esta condición debería evitar su aparición. Por el momento es controvertido que la edad per se esté ligada al aumento de la ferritina o a la disminución de la hemoglobina.⁴²

El tiempo de protrombina y el TTPK no cambian con la edad, pero el fibrinógeno aumenta sustancialmente, así como los factores VII, VIII y el dímero D, que se encuentran en valores que alcanzan el doble de los hallados en jóvenes. La VHS puede incrementarse con la edad sin traducir enfermedad.⁴²

Sistema Cardiovascular

Es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años. Por otra parte, estos cambios afectan de manera variable otros órganos que dependen estrechamente del sistema cardiovascular para su funcionamiento.⁴²

El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor. Este cambio, generado por hipertrofia de los miocitos, puede producir disminución de la distensibilidad miocárdica y un tiempo mayor de fase de relajación. Posteriormente se produce una disminución de la cantidad de miocitos por fenómenos aún no bien aclarados, dentro de los cuales se ha postulado a la apoptosis como mediador.^{42,43}

A nivel miocárdico se deposita lipofucsina, hay degeneración celular con infiltración grasa que puede comprometer al sistema excitoconductor. Puede aparecer infiltración amiloide, incremento de los depósitos de colágeno que provoca fibrosis y por ende rigidez ventricular.^{43,44}

El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones. El tejido excitoconductor tiene pérdida progresiva de su actividad marcapasos; por ejemplo, a los 75 años sólo hay un 10 a 15% del número de células marcapaso del nodo sinoauricular que normalmente tiene una persona de 20 años, por lo tanto, es mucho más frecuente la aparición de arritmias en el adulto mayor.⁴⁴

Aparece una mayor activación intracardiaca de angiotensina lo que derivaría en cambios estructurales con mayor fibrosis cardíaca. El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir las necesidades, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años. El consumo de O₂ máximo disminuye, así como las frecuencias máximas en ejercicio.^{43,44}

Hay disminución de la respuesta de los receptores beta adrenérgicos, a lo cual contribuye la reducción de la actividad de la enzima adenilato ciclasa del músculo cardíaco.⁴⁴

Las arterias se comprometen por depósitos de lípidos, lo que deriva en cambios aterotrombóticos y riesgo de cardiopatía coronaria y eventos embólicos. El incremento de las presiones sistólicas y diastólicas con la edad es un hecho cuestionable, este fenómeno se observa en varios estudios de poblaciones de países desarrollados y se atribuye a una disminución de la elasticidad arterial.⁴⁴

Sistema Respiratorio

Junto al envejecimiento aparecen alteraciones anatómicas y funcionales del sistema respiratorio. Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada, con aumento del diámetro anteroposterior del tórax, por lo que la distensibilidad de la caja torácica disminuye.^{42,44}

Disminuye la elastina de la pared bronquial, así como el colágeno. Hay aumento de la secreción mucosa con un aumento relativo de las células caliciformes. La capacidad vital y el VEF1 disminuyen hasta un 30% a los 80 años. El esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del pulmón, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular de los músculos respiratorios. Todos estos cambios repercuten en una disminución de la PaO₂.^{38,44}

Sistema Digestivo

Se produce una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación. Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales. La meta de la OMS para la salud de un adulto mayor es la conservación de 20 a 22 dientes.^{18,44}

A nivel de todo el tubo digestivo se produce una tendencia a la aparición de dilataciones saculares o divertículos, esto es especialmente frecuente en el colon de personas que sufren de constipación. Un 10% de los octogenarios pierde la coordinación de los músculos esofágicos por alteraciones de los plexos entéricos.⁴⁴

El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. La reducción de elasticidad de la pared del recto y la disminución de la motilidad general del intestino puede conducir a la presencia de constipación y génesis de fecalomas. A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en incontinencia fecal.^{26,44}

La presencia de enfermedad ateromatosa es causa de isquemias mesentéricas o de colon. A nivel gástrico la incidencia de *Helicobacter pylori* aumenta, lo que sumado a una reducción de los mecanismos de defensa de la mucosa hace más frecuente la existencia de úlceras. La capacidad de metabolización hepática es menor, provocando cambios en la farmacocinética de muchas drogas.⁴⁴

Longevidad

Para la palabra longevidad, están incluidos dos conceptos diferentes: longevidad máxima y longevidad media. La longevidad media se define como la media de la esperanza de vida al nacer de los individuos de una determinada especie.²⁵ La longevidad máxima es la edad máxima que un individuo de una especie puede alcanzar.²⁵ La longevidad media de la especie humana ha aumentado considerablemente a lo largo de la historia. Esto ha tenido lugar debido al descenso de la mortalidad infantil, del neonato y de la madre, al descubrimiento de los antibióticos, de las vacunas y en general al mejor control de las enfermedades infecciosas, así como una nutrición más elaborada, mejores condiciones higiénicas y mejor tratamiento de enfermedades como el cáncer, diabetes, etc.²⁶

En los últimos años se ha demostrado que existe un incremento significativo en los individuos que se aproximan al límite de edad para la especie humana, los 120 años por lo que la longevidad máxima también ha sido objeto de ascenso. Los centenarios parecen haber estado presentes en cualquier época de la historia de la humanidad, independientemente del tamaño de la población y el nivel de mortalidad, ejerciendo una indiscutible fascinación.²⁷

Algunas investigaciones sobre grupos poblacionales y sobre gemelos univitelinos, llegaron a la conclusión de que alrededor del 25-30% de los factores condicionantes de la duración de la vida están genéticamente determinados, mientras que los restantes 70-75% guardan una estrecha relación con los hábitos de vida: actitud mental positiva, ricas relaciones humanas, aceptación de las propias limitaciones, actividad física, oportunidades y responsabilidades socioculturales y hábitos saludables de alimentación y nutrición, a su vez los límites de la esperanza de vida también están determinados por las diferencias biológicas y fisiológicas.^{39,44}

Los centenarios son el mejor ejemplo del envejecimiento satisfactorio, más que víctimas son sobrevivientes y la mayoría han desarrollado mecanismos que le han permitido enfrentarse a múltiples limitaciones logrando sobrevivir o retrasar las enfermedades relacionadas con la edad y alcanzando el límite extremo de vida humana. Aproximadamente el 30-50% de los centenarios presentan un estado biomédico, funcional y psicológico relativamente bueno, a pesar de su edad avanzada y como grupo varían entre sí y con otros grupos similares, varían principalmente en sus características socio demográficas, socioeconómicas, perfil de salud y estilo de vida.^{28,29,30}

Los centenarios pueden realizar sus actividades básicas de la vida diaria, pueden manejar sus medicamentos, realizar los quehaceres de la casa. El 30% aproximadamente de los centenarios llega a los 100 años con un estado cognoscitivo adecuado.³¹

A pesar de los estudios realizados, se observan pequeñas muestras de población donde principalmente el enfoque es el estado mental y el desempeño de los centenarios en la vida diaria.²⁶

Teniendo en cuenta que envejecer implica que diferentes factores interactúen entre sí, se tendrá un abordaje desde el punto de vista clínico y epidemiológico.³⁰

I.3 Definición de términos básicos

- Centenario: Palabra que se aplica a la persona que tiene cien o más años de edad.³²
- Envejecimiento: El envejecimiento, biológicamente, es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.³³
- Envejecimiento saludable: la teoría de la desconexión nos dice que el envejecimiento con salud implica un corte con los vínculos laborales, sociales o incluso familiares. La persona desconectada puede sentir una mayor satisfacción con otro tipo de actividades (recuerdos). La teoría de la actividad, nos dice que para envejecer con salud hay que mantenerse lo más activo posible, así el anciano activo encontraría un sentido al mantener su trabajo de forma voluntaria o profesional, actividades sociales, familia, hobbies e intereses.^{37,45}
- Longevidad: Cualidad de la persona que vive muchos años. Larga duración de la vida.³⁸
- PADOMI: Programa de Atención Domiciliaria. Atención preferencial que brinda ESSALUD en el domicilio a los pacientes con incapacidad

para desplazarse a los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna.⁴⁰

- **Súper Longevo:** Que tiene mucha edad o ya es muy viejo. Que vive 100 o más años.⁴¹



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

II.1 Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo de investigación fue descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional. Investigación de diseño no experimental.

II.2 Diseño muestral, población de estudio, criterios de selección

Pacientes de 100 o más años inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud durante el año 2015.

Criterios de inclusión: pacientes de 100 o más años inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud 2015.

Criterios de exclusión: pacientes con información incompleta en la base de datos del Programa de Atención Domiciliaria.

II.3 Características del lugar o institución donde se ejecutó la investigación

Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), programa de atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio de los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna.

II.4 Métodos de recolección de datos. Instrumentos

Se utilizará una Ficha de recolección de datos, basada en los datos de la oficina de informática de PADOMI. La recolección de datos será realizada exclusivamente por el investigador.

II.5 Procesamiento de datos

La data obtenida a través de la recolección de la base de datos de la oficina de informática de PADOMI se ordenará y procesará con el programa Excel.

Las variables obtenidas en la consolidación, se estudiarán y se procesarán estadísticamente.

II.6 Aspectos éticos

Se dará prioridad al mantenimiento de la confidencialidad, privacidad y anonimato de las historias de los pacientes sujetos a estudio con base en la declaración de Helsinki que dice:

“El médico tiene como misión natural la protección de la salud del hombre. La finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el perfeccionamiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad.”



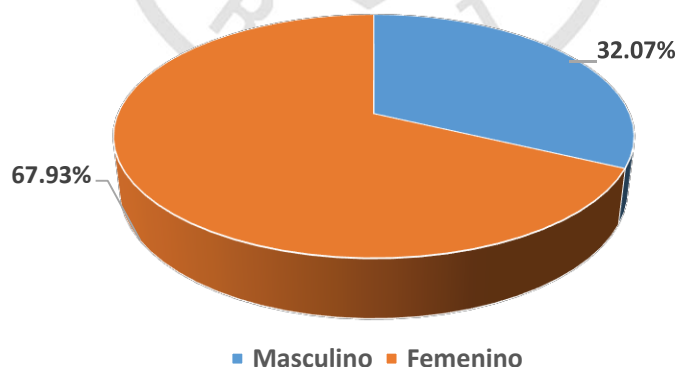
CAPÍTULO III RESULTADOS

Tabla 1. Medidas de tendencia central para las edades de los pacientes de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud 2015.

Promedio	101.84
Moda	100
Mínimo	100
1er cuartil	100
Mediana	101
3er cuartil	103
Máximo	110

Se observa en la tabla que la edad promedio de los pacientes es de 101 años, siendo la mínima 100 años y la máxima 110 años.

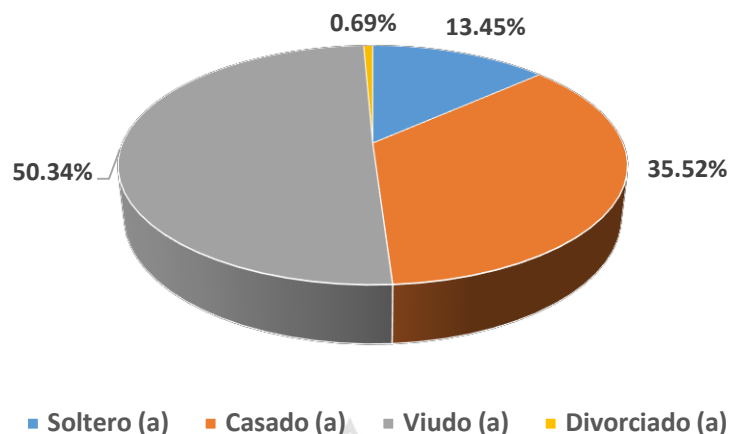
Gráfico 1. Distribución de la población de estudio por sexo - pacientes de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud 2015.



Se observa en la gráfica que 67.93% de la población son de sexo femenino.

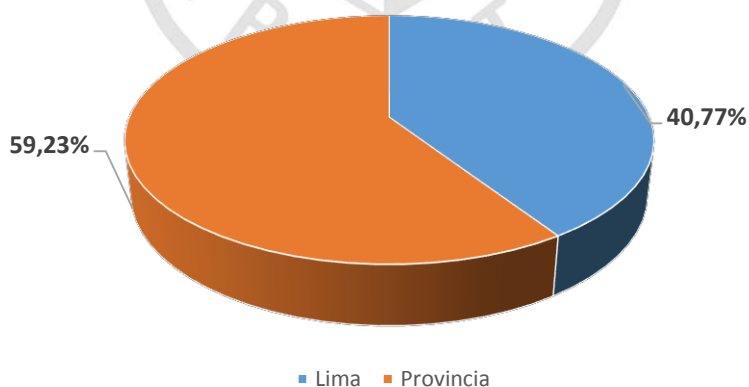
Gráfico 2. Distribución de la población de estudio por estado civil - pacientes

de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud 2015.



Se observa en la gráfica que el 50.34% de los pacientes son viudos y el 35.52% de los pacientes son casados.

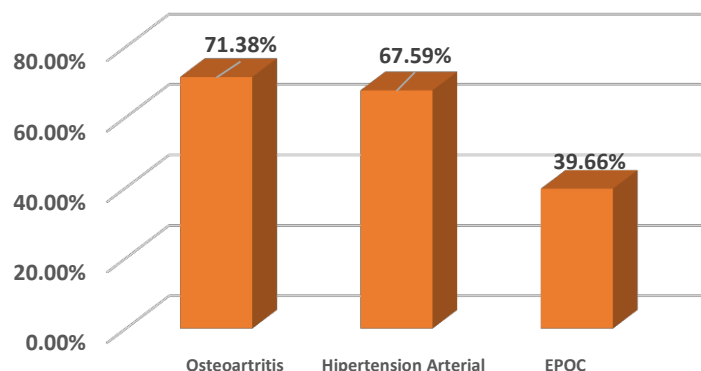
Gráfico 3. Distribución de la población de estudio por procedencia - pacientes de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud 2015.



En la gráfica se observa que el 59,23% de la población son de provincia.

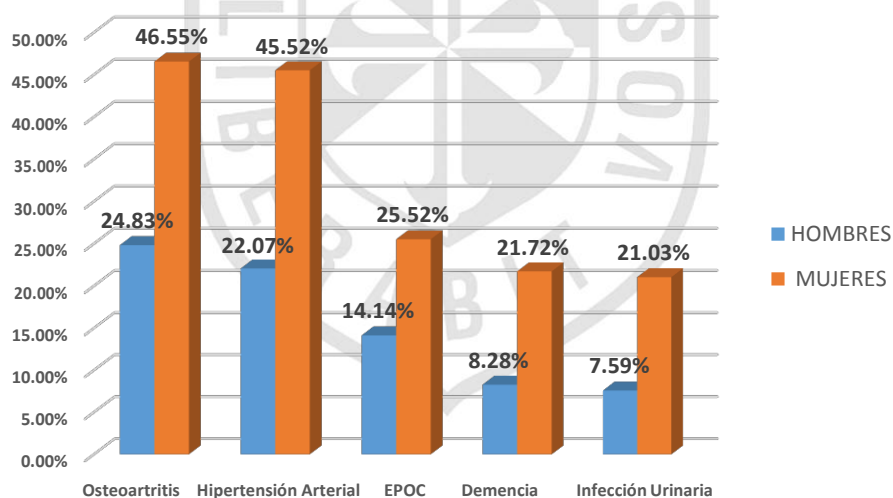
Gráfico 4. Distribución de la población de estudio por patologías más frecuentes en pacientes de 100 a más años del Programa de Atención

Domiciliaria - EsSalud 2015.



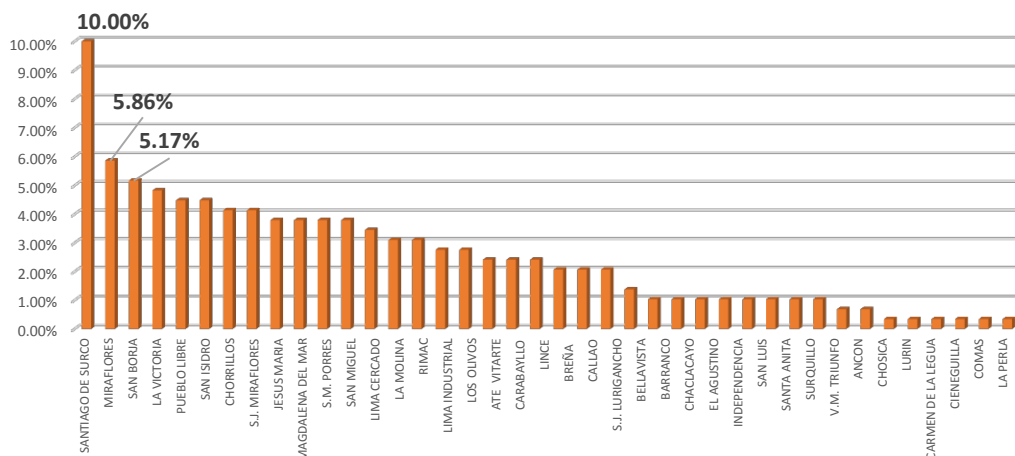
Se observa en la gráfica que la patología más frecuente encontrada es la osteoartritis con 71,38%.

Gráfico 5. Relación de patologías más frecuentes con el género – pacientes de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud 2015.



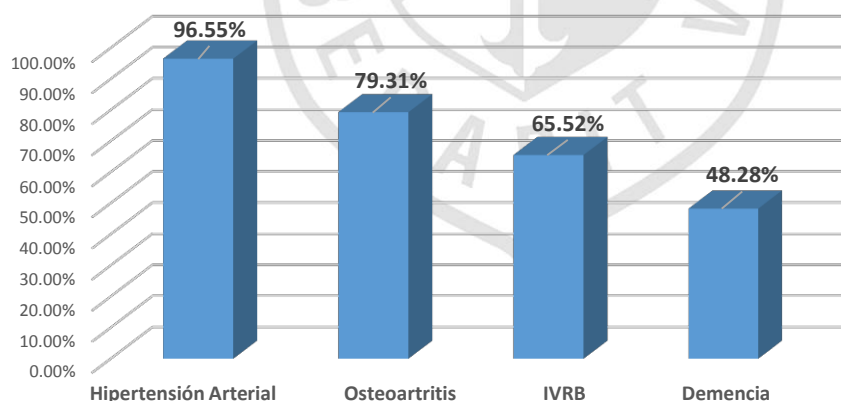
La gráfica nos muestra que las cinco patologías más frecuentes encontradas son comunes en ambos sexos, habiendo un mayor porcentaje de mujeres padeciendo de las mismas.

Gráfico 6. Distribución de la población por distrito - pacientes de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud 2015.



Se observa en la gráfica que la mayor parte de pacientes centenarios se encuentran en los distritos de Santiago de Surco (29 pacientes), Miraflores (17 pacientes) y San Borja (15 pacientes).

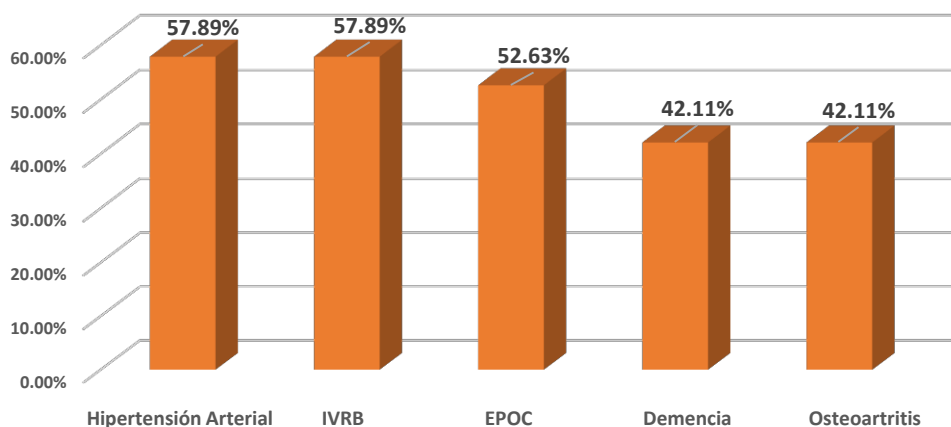
Gráfico 7. Relación de enfermedades más frecuentes con el distrito de Santiago de Surco - pacientes de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud 2015.



En la gráfica se observa que casi la totalidad de pacientes del distrito de Santiago de Surco padecen de hipertensión arterial con 96,55%.

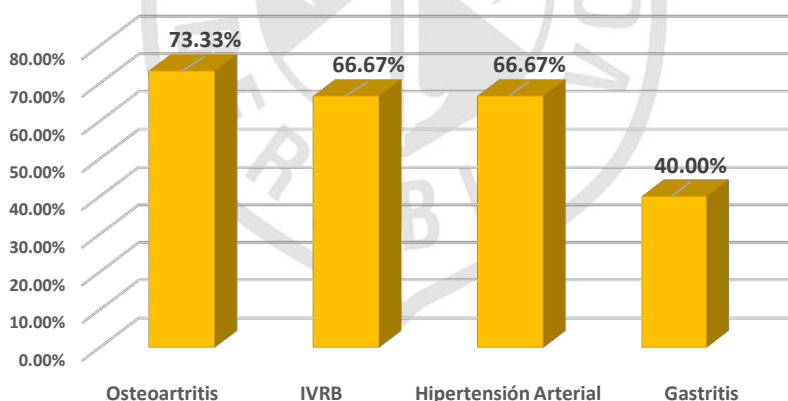
Gráfico 8. Relación de enfermedades más frecuentes con el distrito de Miraflores - pacientes de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud 2015.

Domiciliaria - EsSalud 2015.



En la gráfica se observa que las enfermedades más comunes en el distrito de Miraflores son hipertensión arterial e infección de vías respiratorias bajas con 57,89%.

Gráfico 9. Relación de enfermedades más frecuentes con el distrito de San Borja - pacientes de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria - EsSalud 2015.



Se observa en la gráfica que en el distrito de San Borja los pacientes padecen principalmente de la enfermedad de osteoartritis con 73,33% seguida de infecciones de vías respiratorias bajas e hipertensión arterial con 66,67%.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El Programa de Atención Domiciliaria contó en el año 2015 con 25 500 pacientes inscritos en promedio, de los que 290 pacientes eran centenarios y representan el 1,14%.

La disparidad en la proporción de género en los ancianos en el mundo, se da a favor de las mujeres en cuanto a la esperanza de vida, situación que se da también en nuestro país. 76,8 años mujeres, 71,5 años hombres (INEI, 2015). Existen dudas de si ésta desproporción se presenta también en pacientes centenarios.⁶

En el presente estudio se puede observar que esta disparidad se mantiene, lo que nos lleva a pensar que la acción protectora de los estrógenos juega un papel importante a favor de las mujeres centenarias, coincidiendo con otro estudio realizado en donde el porcentaje de mujeres centenarias es similar en comparación con el nuestro.

En nuestro estudio se encontró que la mayoría de pacientes son viudos o casados (50.34 % y 35.52% respectivamente). De esto se puede inferir que a diferencia de los solteros o divorciados, han tenido o tienen una pareja sentimental, demostrando que el matrimonio, apoyo y cuidado, moral y económico de los hijos ejerce un factor protector respecto de la longevidad.¹⁴

Hay estudios cuyos resultados coinciden con los nuestros, en cuanto al estado civil de los pacientes, siendo la mayoría viudos, seguidos de ancianos que aún conservan su pareja (casados).¹⁷

En nuestro estudio encontramos que, de 290 pacientes estudiados, 287 son de nacionalidad peruana, mientras que 3 son extranjeros; de estos extranjeros podemos decir que son de sexo femenino, viudas; una de 101

años, otra de 103 y la última de 104, de nacionalidad croata, chilena e italiana respectivamente.

En el presente estudio se encontró que el lugar de procedencia de los pacientes (nacimiento), la mayor parte de estos son de provincia, lo que podría apoyarse en que probablemente una gran parte realizaron mayor actividad física, como labores de agricultura, quehaceres de la casa, entre otros; se criaron en un ambiente menos estresante y contaminado que el de la capital.

Existen estudios realizados donde se demuestra como determinante de una longevidad satisfactoria una dieta saludable y equilibrada, un bajo nivel de estrés y vida activa.¹⁴ Así como también la mayor parte de mujeres tuvo hijos a partir de los 35 años y más de la mitad de sus parientes cercanos tuvieron edades extremas.

En cuanto a las patologías más frecuentes encontradas, vemos que la Osteoartritis ocupa el primer lugar con 71,38% (207 pacientes), seguida de Hipertensión Arterial con 67,59% (196 pacientes) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con 39,66% (115 pacientes).

En publicaciones encontradas en España, se incluyen a la osteoartritis y a la hipertensión arterial dentro de las enfermedades más comunes en la tercera edad, coincidiendo con los resultados anteriormente mencionados.

En otros estudios realizados en nuestro medio, en personas mayores de 60 años, se consigna a las enfermedades neuropsiquiátricas en primer lugar con 16,19% seguidas de enfermedades cardiovasculares con 14,7%, cáncer con 14,1%, lesiones no intencionales 11,7% y enfermedades osteomusculares con 7,9%.⁴⁶ Cabe señalar que los resultados descritos anteriormente, difieren de los nuestros, teniendo en cuenta que el grupo poblacional estudiado no es exclusivamente en pacientes centenarios; por lo que suponemos nuestro grupo poblacional puede tener características

propias en cuanto a la prevalencia de las enfermedades más frecuentes.

En lo concerniente a las patologías más frecuentes separadas por género, encontramos que los tres primeros lugares son similares para ambos sexos, sin embargo, se ve que un mayor porcentaje de mujeres (46,55%) presenta osteoartritis en relación a los hombres con 24,83%; lo mismo se repite con la hipertensión y el EPOC con 45,52% y 25,52% en relación a un 22,07% y 14,14% respectivamente.

En un estudio realizado en nuestro medio, sobre la prevalencia de la hipertensión arterial, se encontró a diferencia de nuestro estudio una mayor prevalencia en hombres con 17,4% en relación a las mujeres con 14,8%.⁴⁷

Otra enfermedad común encontrada en nuestro estudio es la demencia, ocupó el cuarto lugar en ambos géneros, siendo mayor el porcentaje de mujeres que lo padecen con 21,72% (63 pacientes) en comparación con un 8,28% (24 pacientes).

Resultados similares a los nuestros fueron encontrados en un estudio realizado en Estados Unidos en pacientes ancianos, donde se halló una prevalencia mayor de esta enfermedad en las mujeres.

En una revisión realizada en nuestro medio, estudiando la prevalencia de la demencia en pacientes mayores de 90 años en Europa, Latinoamérica y Perú, se encontró que las mujeres la presentan en un mayor porcentaje, coincidiendo con los hallazgos descritos en nuestro estudio.

Como quinta enfermedad más frecuente para ambos sexos, se encuentra la infección del tracto urinario con un 21,03% para las mujeres y un 7,59% para los hombres.

En otro estudio realizado en España, los resultados fueron similares donde el 23% de la población fueron mujeres las que padecen la infección urinaria sobre el 11% de varones.⁴⁸

Se podría explicar que la mayor prevalencia de infecciones urinarias en mujeres se debe a varios factores, que incluyen, el déficit estrogénico, características anatómicas propias del sexo femenino, estreñimiento concomitante, presencia de cistocele, disfunción neurogénica vesical, uso de pañales, presencia de catéter urinario, entre otras.

El sexto lugar lo ocupa la hiperplasia prostática benigna (6,55%) en hombres y gastritis crónica (20,69%) en mujeres.

Hay estudios que demuestran que la prevalencia de la hiperplasia prostática benigna es alrededor del 90% en pacientes de 80 a 90 años, lo que difiere de nuestros resultados.

Cabe señalar que la hiperplasia prostática benigna es una enfermedad muy frecuente en el varón, lo que nos sugeriría los hallazgos arriba descritos que no representan necesariamente la totalidad de pacientes con hiperplasia prostática, ya que existen pacientes asintomáticos, por lo tanto, no se diagnostica la enfermedad. Queda la duda de si el curso natural de esta enfermedad sufre algunos cambios en pacientes centenarios.

En el presente estudio se encontró que el distrito con mayor número de pacientes centenarios es de Santiago de Surco con un 10,00% (29 pacientes), seguido del distrito de Miraflores con 5,86% (17 pacientes) y San Borja con un 5,17% (15 pacientes).

Otro estudio realizado en nuestro medio, nos dice que los tres distritos con mayor población de ancianos son San Martín de Porres, San Juan de Lurigancho y Santiago de Surco con 9 141 ancianos (7,98%), 7 810 ancianos (6,82%) y 7 629 ancianos (6,66%) respectivamente; estos resultados difieren de los nuestros.

En relación a las enfermedades más frecuentes encontradas en los tres

distritos con mayor cantidad de pacientes, podemos decir que en Santiago de Surco son Hipertensión y osteoartritis seguida de infección de las vías respiratorias bajas, mientras que en Miraflores las infecciones de vías respiratorias bajas ocuparon el primer lugar junto con hipertensión arterial y en San Borja el segundo lugar luego de osteoartritis.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1 Conclusiones

En nuestro estudio se identificó que el 67,93% de pacientes de 100 a más años del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud 2015 correspondía a sexo femenino, siendo la edad promedio 101 años, la mínima 100 años y la máxima 110 años. Un poco más de la mitad de los pacientes fueron viudos con 50,34%.

La mayoría de los pacientes fueron provenientes de provincias con 59,23%. siendo Arequipa la ciudad de origen de la mayoría de pacientes.

La gran mayoría de pacientes de nuestro estudio fueron de nacionalidad peruana, encontrándose solo tres extranjeros, los tres de sexo femenino.

Se determinó que el 71,38% de pacientes padecían de osteoartritis, el 67,59% padecen de hipertensión arterial y el 39,66% padecían de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Casi en la totalidad de pacientes en Santiago de Surco padecían de hipertensión arterial con 96,55%, en el distrito de Miraflores las enfermedades más comunes fueron hipertensión arterial e infecciones de vías respiratorias bajas, ambas con 57,89% y en San Borja la enfermedad más común fue osteoartritis con 73,33%.

V.2 Recomendaciones

Tener en cuenta que la sociedad cuenta con un grupo de población que tiene 100 o más años de edad; por lo tanto, se recomienda difundir la importancia de incluirlo de forma especial en todos los ámbitos posibles de nuestra sociedad.

Realizar más estudios que permitan establecer valores referenciales de esta población.

Concentrar esfuerzos dirigidos a la prevención y tratamiento precoz de las infecciones respiratorias en todos los pacientes, en especial en el distrito de Miraflores.

Considerar a los pacientes residentes de Miraflores para estudios relacionados con las enfermedades respiratorias bajas

Impulsar en el adulto mayor la importancia del apoyo familiar como factor importante para el alcance de la longevidad.

Entender que los centenarios como expresión del alcance humano de la longevidad máxima son, un grupo poblacional que con el tiempo ira en aumento, lo que significa que la oportunidad de tener contacto con ellos como profesionales de la salud también lo hará.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso-Fernandez P, De la Fuente M. Role of the immune system in aging and longevity. *Curr Aging Sci*. 2011; 4(2): 78-100
2. Calzadilla E, Borroto M, Rodriguez J, Prado C, Guevarra A, Gámez M. Dimorfismo sexual somático y funcional en la población centenaria de Ciudad de la Habana. Proyecto Centenario. In E. Gutierrez-Redomero, Á. Sánchez y V. Galera (Eds.), *Diversidad Humana y Antropología Aplicada*. Alcala de Henáres. España. 2010; 379-391.
3. 10 datos sobre el envejecimiento de la población. [Internet]. Perú: OMS; [updated 2015 Sep; cited 2015 Sep]. available from: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>.
4. Población y Salud en América Latina y el Caribe. Retos pendientes y nuevos desafíos (LC/L.3216-CEP.2010/3), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas. CEPAL, 2010.
5. Hausman D, Fischer J, y Johnson M. Nutrition in centenarians. *Maturitas*. 2011;68:203-209.<http://www.maturitas.org/article/S0378-5122%2811%2900004-1/fulltext>. Accessed May 4, 2011.
6. Thomas G, Chaib F. Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS. 2014. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>. Accessed May 15, 2014.
7. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025. Boletín de Análisis Demográfico N° 37. Instituto Nacional de Estadística e Informática – PERÚ. 2015.
8. Motta M, Bennati E, Vacante M, Stanta G, Cardillo E, Malaguarnera M, et al. Autopsy Reports in Extreme Longevity. *Arch Gerontol Geriatr*. Enero-Febrero, 2010.
9. Corrada M, Brookmeyer R, Berlau D, Paganini-Hill A, Kawas C. Prevalence of Dementia After age 90: results from the 90+ study. *Neurology*. Julio, 2008.

10. Rott C, d'Heureuse V, Kliegel M, Schönemann P. "Heidelberg Centenarian Study: theoretical and methodological principles for social science research of the oldest old", 2001.
11. Rott C, d'Heureuse V, Kliegel M, Schönemann P. "Heidelberg Centenarian Study: theoretical and methodological principles for social science research of the oldest old", 2001.
12. Motta M, Bennati E, Ferlito L, Malaguarnera M, Motta L. "Successful aging in centenarians: myths and reality", Archives of Gerontology and Geriatrics, 2005.
13. Willcox D, Willcox B, He Q, Wang N, Suzuki M. They really are that old: a validation study of centenarian prevalence in Okinawa, 2008.
14. Hausman D, Johnson M, Davey A, Poon L. Body mass index is associated with dietary patterns and health conditions in georgia centenarians, 2011.
15. Zho Y, Flaherty J, Huang C, Lu Z, Dang B. Association between body mass index and cognitive function among Chinese nonagenarians / centenarians. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010;30:517-524.
16. Andersen-Ranberg K, Schroll M, Jeune B. Healthy centenarians do not exist, but autonomous centenarians do: a population – based study of morbidity among Danish centenarians. 2001;49:900-908.
17. Perls T. Dementia-free centenarians. Exp Gerontol. 2004;39:1587-1593.
18. Vasquez C. Salud Mental y Vejez: Un estudio en ancianos de Lima Metropolitana. Psiquiat.com [internet]. 2001 [citado 12 oct 2015]; 02:2. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicogeriatría/salud-mental-y-vejez-un-estudio-en-ancianos-de-lima-metropolitana/#>
19. Envejecimiento y Salud. OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>. Accessed Sep, 2015.
20. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos, Brasil. Publicación de las Naciones Unidas. CEPAL, 2000.
21. Blagosklonny M. Why human lifespan is rapidly increasing: solving "longevity riddle" with "revealed-slow-aging" hypothesis, 2010.
22. Vasquez C. Salud Mental y Vejez: Un estudio en ancianos de Lima Metropolitana. Psiquiat.com [internet]. 2001 [citado 12 oct 2015]; 02:2.

- Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicogeriatría/salud-mental-y-vejez-un-estudio-en-ancianos-de-lima-metropolitana/#>
23. Candore G, Caruso C, Colonna-Romano G. Inflammation, genetic background and longevity, 2010.
 24. Gil A. Tratado de Nutrición: Bases Fisiológicas y Bioquímicas de la Nutrición. Bases Biológicas del Envejecimiento. Segunda Edición, 2010.
 25. Basile G, Cucinotta M, Figliomeni P, Lo Balbo C, Maltese G, Lasco A. Electrocardiographic Changes in Centenarians: A Study on 42 Subjects and Comparison with the Literature. Gerontology. <http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?DOI=000330801&typ=pdf>. Accessed Sep 3, 2011.
 26. von Gunten A, Ebbing K, Imhof A, Giannakopoulos P, Kovari E. Brain aging in the oldest-old, 2010.
 27. Cascales M. ¿Por qué envejecemos? UNED. <http://www.uned.es/caplasencia/DocumentosPDF/libros/Envejecimiento.pdf>. Madrid, 2008.
 28. Biagi E, Nylund L, Candela M, Ostan R, Bucci L, Pini E, et al. Through ageing, and beyond: gut microbiota and inflammatory status in seniors and centenarians, 2010.
 29. Capo M. (Ed.). Importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada. Barcelona: Novartis Consumer Health S.A., 2002.
 30. Aparicio A. Relación del Estado Nutricional y los Hábitos Alimentarios en la Capacidad Funcional, Mental y Afectiva de un Colectivo de Ancianos Institucionalizados de la Comunidad de Madrid, 2005.
 31. Gac H. Algunos Cambios Asociados al Envejecimiento, Vol. 20, N° 1-2, 2000.
 32. Camps E. Características Antropométricas, Funcionales y Nutricionales de los Centenarios Cubanos, Cuba, 2012.
 33. Poon L, Martin P, Bishop A, Cho J, da Rosa G, Deshpande N, et al. Understanding centenarians' psychosocial dynamics and their contributions to health and quality of life, 2010.

34. Cho J, Martin P, Margrett J, Macdonald M, Poon L. The Relationship between Physical Health and Psychological Well-Being among Oldest-Old Adults, 2011.
35. Li Y, Zou X, Lv J, Yang L, Li H, Wang W. Trace Elements in Fingernails of Healthy Chinese Centenarians, 2011.
36. Szewieczek J, Dulawa J, Gminski J, Kurek A, Legierska K, Francuz T, et al. Better cognitive and physical performance is associated with higher blood pressure in centenarians, 2011.
37. Richmond R, Law J, Kay-Lambkin F. Physical, mental, and cognitive function in a convenience sample of centenarians in Australia, 2011.
38. De Bruyne J. El Sufijo –ón en Indicaciones de edad. Actas X. Universidades de Amberes y Gante, 1989.
http://cvc.cervantes.es/literatura/aih/pdf/10/aih_10_4_033.pdf.
Accessed October 22, 2015.
39. Ham R, Sloane P. El Envejecimiento con Salud. Atención Primaria en Geriatría. Segunda Edición, 1995.
40. Álvarez L, Álvarez A. Estilos de Vida y Alimentación. Gazeta de Antropología, artículo 27.
http://www.ugr.es/~pwlac/G25_27Luis_Alvarez-Amaia_Alvarez.html.
41. PADOMI, Programa de Atención Domiciliaria. ESALUD, 2015.
<http://www.essalud.gob.pe/atencion-domiciliaria-padomi/>.
42. Ruiz A. El Mito de la Longitud Ilimitada. Nuevas Miradas sobre el Envejecimiento. Ministerio de Sanidad y Política Social. España. Primera Edición, 2009.
[http://www.uhu.es/auladelaexperiencia/documentos/1516/AEXPERIENCIA-NuevasMiradasSobreElEnvejecimeinto\[2009\].pdf](http://www.uhu.es/auladelaexperiencia/documentos/1516/AEXPERIENCIA-NuevasMiradasSobreElEnvejecimeinto[2009].pdf)
43. Gac H. Algunos Cambios Asociados al Envejecimiento. Bol Esc Med (CI).2000;29:1-2.
44. 3er Congreso Internacional de Nutriología y Obesidad. Monterrey; 8 y 9 de Julio 2005. p. 10-12.
45. Albala C, Concha M, De la Paz M, Gac H. et al. Manual de Geriatría y Gerontología.1era ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile;2006.

46. Penny E, Melgar F. Geriatria y Gerontología Para el Médico Internista. Bolivia. Primera Edición, 2012.
47. William V, Jorge M. Estudio de Carga de Enfermedad en la Provincia de Lima y la Región Callao, MINSA. 2010;30:1-3.
48. Revilla L, López T, Sanchez S, Sixto S, Yasuda M, Sanjinés G. Rev Peru Med Exp. Salud Publica vol. 31 n.3 Lima Jul/ Sep 2014.
49. Gomez-Busto F. Rev Española de Geri y Geront. vol 42 n1 España Sep 2007.



ANEXOS

Anexo 1. Estadística complementaria

Tabla 1. Distribución de pacientes por género. PADOMI - EsSalud 2015.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	93	32.07%
Femenino	197	67.93%
TOTAL	290	100.00%

Tabla 2. Distribución de pacientes por estado civil. PADOMI - EsSalud 2015.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	39	13.45%
Casado (a)	103	35.52%
Viudo (a)	146	50.34%
Divorciado (a)	2	0.69%
TOTAL	290	100.00%

Tabla 3. Distribución de pacientes por nacionalidad. PADOMI - EsSalud 2015.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Perú	287	98.97%
Extranjeros	3	1.03%
TOTAL	290	100.00%

Tabla 4. Distribución de pacientes por lugar de nacimiento. PADOMI - EsSalud 2015.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Lima	117	40.77%
Provincia	170	59.23%
TOTAL PERÚ	287	100.00%

Tabla 5. Distribución de pacientes por cantidad de centenarios en las tres primeras ciudades. PADOMI - EsSalud 2015.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Arequipa	24	14.12%
Ancash	21	12.35%
Lambayeque	20	11.76%
TOTAL PROVINCIAS	170	100%

Tabla 6. Distribución de pacientes por lugar de procedencia. PADOMI - EsSalud 2015.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Amazonas	1	0.345%
Ancash	21	7.241%
Apurímac	9	3.103%
Arequipa	24	8.276%
Ayacucho	10	3.45%
Cajamarca	12	4.14%
Callao	7	2.41%
Cusco	4	1.38%
Huancavelica	1	0.34%
Huánuco	4	1.38%
Ica	18	6.21%
Italia	1	0.34%
Junín	14	4.83%
La Libertad	10	3.45%

Lambayeque	20	6.90%
Lima	117	40.34%
Loreto	3	1.03%
Moquegua	1	0.34%
Pasco	5	1.72%
Rijeka (Croacia)	1	0.34%
San Martín	2	0.69%
Santiago de Chile	1	0.34%
Tacna	2	0.69%
Tumbes	1	0.34%
Ucayali	1	0.34%
TOTAL	290	100.00%

Tabla 7. Distribución de pacientes por distrito de residencia. PADOMI - EsSalud 2015.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Santiago De Surco	29	10.00%
Miraflores	17	5.86%
San Borja	15	5.17%
La Victoria	14	4.83%
Pueblo Libre	13	4.48%
San Isidro	13	4.48%
Chorrillos	12	4.14%
S.J. Miraflores	12	4.14%
Jesús María	11	3.79%
Magdalena Del Mar	11	3.79%
S.M. Porres	11	3.79%
San Miguel	11	3.79%
Lima Cercado	10	3.45%
La Molina	9	3.10%
Rímac	9	3.10%
Lima Industrial	8	2.76%
Los Olivos	8	2.76%
Ate Vitarte	7	2.41%
Carabayllo	7	2.41%
Lince	7	2.41%
Breña	6	2.07%
Callao	6	2.07%
S.J. Lurigancho	6	2.07%
Bellavista	4	1.38%
Barranco	3	1.03%
Chaclacayo	3	1.03%
El Agustino	3	1.03%

Independencia	3	1.03%
San Luis	3	1.03%
Santa Anita	3	1.03%
Surquillo	3	1.03%
V.M. Triunfo	3	1.03%
Ancón	2	0.69%
Chosica	2	0.69%
Lurín	1	0.34%
Carmen De La Legua	1	0.34%
Cieneguilla	1	0.34%
Comas	1	0.34%
La Perla	1	0.34%
Puente Piedra	1	0.34%
TOTAL	290	100.00%

Tabla 8. Distribución de pacientes por tres principales enfermedades. PADOMI - EsSalud 2015.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Osteoartritis	207	71.38%
Hipertensión arterial	196	67.59%
EPOC	115	39.66%
TOTAL PACIENTES	290	

Tabla 9. Relación entre patologías más frecuentes y género masculino. PADOMI - EsSalud 2015.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaj e
Osteoartritis	72	77.42%
Hipertensión arterial	64	68.82%
EPOC	41	44.09%
Demencia	24	25.81%
Infección urinaria	22	23.66%
Hiperplasia prostática	19	20.43%
IVRB	18	19.35%

Gastritis	15	16.13%
Senilidad	14	15.05%
Otros trastornos funcionales del intestino	11	11.83%
Úlcera de decubito	9	9.68%
Insuficiencia cardíaca	8	8.60%
Secuelas de enfermedad cerebrovascular	7	7.53%
Secuelas de fractura del fémur	4	4.30%
TOTAL HOMBRES	93	100.00%

Tabla 10. Relación entre patologías más frecuentes y género femenino. PADOMI - EsSalud 2015.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Osteoartritis	135	68.53%
Hipertensión arterial	132	67.01%
EPOC	74	37.56%
Demencia	63	31.98%
Infección urinaria	61	30.96%
Gastritis	60	30.46%
IVRB	52	26.40%
Secuelas de enfermedad cerebrovascular	40	20.30%
Úlcera de decubito	36	18.27%
Insuficiencia cardíaca	26	13.20%
Otros trastornos funcionales del intestino	25	12.69%
Secuelas de fractura del fémur	20	10.15%
Senilidad	14	7.11%
Hiperplasia prostática	0	0.00%
TOTAL MUJERES	197	100.00%

Tabla 11. Relación entre patologías más frecuentes y el distrito de Santiago de Surco. PADOMI - EsSalud 2015.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	28	96.55%
Osteoartritis	23	79.31%
Infección de Vías Respiratorias Bajas	19	65.52%
Demencia	14	48.28%
TOTAL S. DE SURCO	29	

Tabla 12. Relación entre patologías más frecuentes y el distrito de Miraflores. PADOMI - EsSalud 2015.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	11	57.89%
Infección de Vías Respiratorias Bajas	11	57.89%
EPOC	10	52.63%
Demencia	8	42.11%
Osteoartritis	8	42.11%
TOTAL MIRAFLORES	19	

Tabla 13. Relación entre patologías más frecuentes y el distrito de San Borja. PADOMI - EsSalud 2015.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Osteoartritis	11	73.33%
Infección de Vías Respiratorias Bajas	10	66.67%
Hipertensión Arterial	10	66.67%
Gastritis Crónico	6	40.00%
TOTAL SAN BORJA	15	

Tabla 14. Distribución de personas mayores de 80 años en los distritos de Lima. INEI - 2015.

DISTRITO	NÚMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE
San Martín De Porres	9,141	7.98%
San Juan De Lurigancho	7,810	6.82%
Santiago De Surco	7,629	6.66%
Lima	6,129	5.35%
Comas	5,713	4.99%
Ate	4,872	4.25%
San Juan De Miraflores	4,572	3.99%
Miraflores	3,940	3.44%
Chorrillos	3,811	3.33%
Villa María Del Triunfo	3,790	3.31%
Los Olivos	3,777	3.30%
La Victoria	3,593	3.14%
Rímac	3,502	3.06%
San Miguel	3,272	2.86%
San Borja	3,128	2.73%
Magdalena Vieja	3,029	2.64%
La Molina	2,920	2.55%
Villa El Salvador	2,766	2.41%
Jesús María	2,745	2.40%
San Isidro	2,691	2.35%
Independencia	2,401	2.10%
Breña	2,240	1.95%
Lurigancho	2,239	1.95%
Surquillo	2,166	1.89%
El Agustino	2,097	1.83%
Puente Piedra	2,089	1.82%
Carabayllo	2,075	1.81%
Magdalena Del Mar	1,844	1.61%
Santa Anita	1,761	1.54%
Lince	1,667	1.45%
Barranco	1,064	0.93%
San Luis	947	0.83%
Chaclacayo	757	0.66%
Lurín	677	0.59%
Pachacámac	569	0.50%
Cieneguilla	410	0.36%
Ancón	343	0.30%
Santa Rosa	102	0.09%
Pucusana	93	0.08%
San Bartolo	74	0.06%
Punta Negra	72	0.06%
Punta Hermosa	58	0.05%
Santa María Del Mar	11	0.01%
TOTAL	114,586	100.00%

Anexo 2. Ficha de Recolección de Datos.

Ficha N° : _____

Código de Paciente : _____

1. Edad : _____

2. Sexo:

Masculino

Femenino

3. Estado Civil:

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

4. Procedencia:

5. Distrito

de

Residencia:

6. Patologías

más

frecuentes:
