

## Prevalencia de Síndromes geriátricos y Fragilidad en los adultos mayores atendidos en el Centro de Especialidades Médicas de Florencia de Mora, Trujillo – Perú

Prevalence of geriatric syndromes and frailty in older people at Medical Center from Florencia Mora, Trujillo – Perú

Juan Manuel Guarniz Aguilar<sup>1,\*</sup>; Rosa Elizabeth Guarniz Lozano<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Víctor Lazarte Echegaray – EsSalud, La Libertad - Perú

<sup>2</sup> Centro de Especialidades de Florencia de Mora de la Universidad Privada Antenor Orrego, La Libertad - Perú.

\* Autor correspondiente: [j\\_guarniz@hotmail.com](mailto:j_guarniz@hotmail.com) (J. Guarniz)

DOI: [10.17268/rev.cyt.2021.01.01](https://doi.org/10.17268/rev.cyt.2021.01.01)

---

### RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de síndromes geriátricos y fragilidad en la población adulta mayor de 60 años atendida por consultorio de Geriátrica, en el Centro de Especialidades Médicas de Florencia de Mora, durante el año 2017. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, de 153 adultos mayores de 60 años a quienes se les realizó la valoración geriátrica integral, con el fin del diagnóstico oportuno y la planificación de intervenciones adecuadas para mejorar el estado de salud de los afectados. **Resultados:** el 63.40% eran mujeres, el grupo etario de 60 a 69 años lo constituían el 41,68% y el grupo de 90 a más, solo 5,88%. Se encontró dentro los síndromes geriátricos con mayor prevalencia a la deprivación sensorial visual o auditiva con 67,97%, seguido por depresión por 45,75%, deterioro cognitivo con 39,87%, síndrome de caídas con 33,99% y estreñimiento con 33,33%. El 36,6% presentaba sobrepeso y el 24,18% bajo peso. Usando los criterios de fragilidad de Fried se encontró 52,29% frágiles y solo 14,38%, robustos. **Conclusión:** se identificó los síndromes geriátricos y la fragilidad de la población atendida, ayudando a la elaboración de intervenciones oportunas para dichos pacientes dentro de la sede.

**Palabras clave:** síndromes geriátricos; fragilidad; adultos mayores; prevalencia.

---

### ABSTRACT

**Objectives:** To determine the prevalence of geriatric syndromes in the adult population older than 60 years attended at Medical center from Florencia de Mora, during the year 2017. **Material and methods:** Descriptive, cross-sectional study of 153 elderly of 60 years who underwent the integral geriatric assessment, for the purpose of timely diagnosis and planning of appropriate interventions to improve the health status of those affected. **Results:** 63,40% were women, the age group from 60 to 69 years old constituted 41,68% and the group from 90 to more, only 5,88%. Geriatric syndromes with a higher prevalence of visual or auditory deprivation were found 67,97%, followed by depression by 45,75%, cognitive deterioration with 39,87%, syndrome of falls with 33,99% and constipation with 33,33%. 36,6% were overweight and 24,18% were underweight. Using Fried's fragility criteria, 52,29% were frail and 14,38%, robust. **Conclusion:** the identification of frailty and geriatric syndromes, allows the elaboration of interventions for the integral management of these opportunely.

**Keywords:** geriatric syndrome; frailty; older people; prevalence.

---

### 1. INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la Salud, menciona que en el 2025 las personas de edad avanzada constituirán el 15% de la población mundial y para el 2050 se incrementará al 22%. En el Perú, pasaría de 3,613'000 adultos mayores estimado en 2020 a 4,470'0001 para el año 2025 (Vera, 2007).

Un síndrome geriátrico es la presentación de uno o varios síntomas únicos y/o atípicos, con alta prevalencia en esta población, generados por múltiples factores y enfermedades; su relevancia está directamente relacio-

nada con el impacto en la calidad de vida del paciente y la discapacidad es una constante amenaza a su independencia. (Luna, 2018)

En el adulto mayor, los síndromes geriátricos son definidos como condiciones de salud multifactoriales que ocurren por el acumulo de los efectos de daños en múltiples sistemas (Romero, 2010), sin embargo; no son considerados o subestimados en los diferentes niveles de atención, a pesar de ser muchas veces identificados. Por otro lado, la fragilidad del adulto mayor es definida como un síndrome de disminución de la reserva fisiológica y resistencia a los factores estresantes, que originan pérdida en la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos negativos a la salud (Abizanda, 2015). Es una situación que precede a la discapacidad y está adherida al proceso de envejecer, siendo un factor vital de eventos no favorables en adultos mayores (Chinga, 2009).

Por lo expuesto, la utilidad de la identificación tanto de los síndromes geriátricos como la fragilidad, requiere de un examen exhaustivo en los adultos mayores, para lo cual se requiere de la realización de la Valoración Geriátrica Integral. Esta es una herramienta diagnóstica multidimensional e interdisciplinaria, diseñada para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano; y, además, se ha convertido en una línea de partida para la elaboración de planes de intervención en poblaciones adultas mayores. (Cortes, 2011)

Teniendo en consideración que según, el último censo del 2017, la población de adultos mayores en el distrito de Florencia Mora, fue de 213 305 habitantes, se ha visto un incremento en relación al censo previo y así también, como los cambios físicos, mentales y sociales que se dan con el envejecimiento, independientemente de las diversas entidades clínicas que lo acompañan; estudios en adultos mayores que enfoque dichas variables, aun son pocos en nuestro país, incluyendo la localidad donde se realizó el presente estudio.

En el presente estudio se buscó determinar la presencia y prevalencia de Síndromes geriátricos y de Fragilidad de los adultos mayores de la localidad de Florencia de Mora; así como reportarlos según su frecuencia, con el fin de que sirva de base para otras investigaciones y para intervenciones sanitarias acorde. De esta manera al conocer esta realidad, se busca mejorar la salud y calidad de vida de este grupo vulnerable.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

**Tipo y diseño de estudio:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal.

**Población y muestra:** se captó a los adultos mayores de 60 años que pasaron evaluación por el consultorio de Geriatria del Centro de Especialidades Médicas de Florencia de Mora de la Universidad Privada Antenor Orrego (CEMFM), durante el año 2017. Se obtuvo una muestra de 153 adultos mayores, con residencia en el distrito de Florencia de Mora. Para ser incluido, la evaluación clínica e integral del paciente registrado debía estar completa y el paciente haber consentido a ella.

**Variabes:** para valorar síndromes geriátricos y fragilidad, se consideraron las siguientes:

### 2.1 Adulto mayor frágil

Adulto mayor en situación de alto riesgo de deterioro funcional, fundamentalmente en forma de discapacidad. Una de las escalas más usadas para su diagnóstico es la escala FRAIL, la cual es una escala validada, con preguntas, relacionadas a diferentes acápite. Los pacientes se clasifican: uno a dos como pre frágiles y tres o más como frágiles. (Fried, 2001)

### 2.2 Síndromes geriátricos auto reportados

Caídas, incontinencia, déficit visual y auditiva, dependencia, inmovilidad, estreñimiento, depresión, deterioro cognitivo, síncope, úlcera por presión, estreñimiento, problema de sueño, riesgo social y malnutrición. (Yábar-Palacios, 2009; Casas, 2012)

**Déficit sensorial:** disminución de la agudeza visual o de la función auditiva.

**Incontinencia urinaria:** pérdida involuntaria de la orina.

**Inmovilidad:** problemas para movilizarse sin ayuda. Se utilizó la Escala de incapacidad de la Cruz Roja de Madrid, clasificándolos en seis grados, de 0 a 5, desde la máxima independencia hasta la dependencia.

**Deterioro cognitivo:** presencia de déficit o deterioro cognitivo determinado mediante el cuestionario de Pfeiffer, de 0-2 errores: normal; 3-4: deterioro leve; 5-7: deterioro moderado; y 8-10: deterioro severo. (Pfeiffer, 1975)

**Síntomas depresivos:** determinado por una puntuación mayor o igual de dos en la escala de depresión geriátrica de Yesavage (De la Torre, 2006).

**Dependencia:** Incapacidad o necesidad de asistencia para realizar actividades de la vida diaria con autonomía y sin ayuda. Se utiliza el índice de Katz de actividades de la vida diaria, que clasifica en 6 grupos a los pacientes ancianos o con discapacidad, según su capacidad para realizar diferentes actividades de la vida diaria, considerándose para el estudio desde B.

**Riesgo social:** condiciones socioeconómicas o familiares predisponentes para fragilidad. Determinada mediante la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, 10-14 puntos: riesgo social y más de 15: problema social. (Varela-Pinedo, 2015)

**Problemas de sueño:** se exploró el autor reporte de problemas de conciliación de sueño, mantenimiento del sueño y somnolencia diurna.

**Malnutrición (9):** evaluada según tres instrumentos: el índice de masa corporal (IMC) y según la “Guía nutricional del adulto mayor” del Ministerio de Salud de Perú que considera bajo peso (IMC menor a 23), sobrepeso (IMC entre 28 y 32) y obesidad (IMC mayor o igual a 32).

**Síncope:** pérdida breve, transitoria de la conciencia, y del tono postural con recuperación espontánea que puede ser más o menos prolongada.

**Estreñimiento:** evacuación de heces excesivamente secas, escasas (menos de 50 g/día) o infrecuentes (menos de dos deposiciones a la semana).

**Úlcera por presión:** pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

**Caída:** ocurrencia de un evento que provoca inadvertidamente la llegada del paciente al suelo o a un nivel inferior al que se encontraba.

### 2.3 Enfermedades crónicas

**Procedimientos e instrumentos:** Todo adulto mayor de 60 años que ingresa a evaluación por el consultorio de Geriátrica es sometido a una valoración geriátrica integral por el especialista a cargo, seguido de la evaluación por el área de nutrición y de Salud mental. La recolección de los síndromes geriátricos, comorbilidades clínicas y criterios de fragilidad, fue a través del cuestionario estructurado y cuya información se deposita en la base de datos de los adultos mayores de la especialidad de Geriátrica del centro y a la cual se tuvo acceso por parte de una de nuestras investigadoras.

**Para el análisis estadístico,** los datos obtenidos de las variables en estudio, se presentaron mediante estadísticas descriptivas tales como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medias y desviación estándar para las numéricas.

## 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este estudio se halló la presencia de Síndromes geriátricos en toda la muestra (100%) y al determinar según frecuencia, encabezaba el déficit sensorial visual o auditiva (67,97%) seguido por depresión (45,75%), deterioro cognitivo (39,87%), síndrome de caídas (33,99%) y estreñimiento (33,33%). Tabla 01.

Respecto a los síndromes geriátricos, a diferencia de otros estudios hechos en diversas regiones del país (Apaza, 2018; De la Torre, 2011; Ruiz-Dioses, 2008), en donde se llega a reportar dependencia leve en las actividades básicas de vida diaria (87%), la deprivación sensorial (83%) y depresión (62,2%), deterioro cognitivo (34,4%); en nuestra población, la mayoría de adultos mayores eran independientes en actividades básicas de la vida diaria, pero si tenían al menos un déficit sensorial ya sea auditivo o visual y como se observa en la tabla 02, cifras significativas de depresión y deterioro cognitivo. Se consideró algunos factores que podrían explicarlo, tales como el bajo nivel socioeconómico y tener que seguir trabajando para mantenerse, bajo nivel de instrucción y el vivir solos.

Otro síndrome reportado con 33,9%, es el de caídas, con una prevalencia casi similar a otros estudios (Yabar-Palacios, 2009; Varela, 2015). En nuestra población se dio más en sexo femenino, esto se explicaría por ser una población de comunidad, y dentro de los factores que se correlacionan en otras literaturas y que coincide con lo de nuestra muestra, al presentar déficit sensorial, síncope, patologías articulares y efectos secundarios de medicaciones. Si bien en nuestro estudio no se midió polifarmacia, otro síndrome geriátrico, pero al repor-

te de medicaciones, el promedio de medicamentos de uso regular fue de 2 medicamentos en los pacientes atendidos, a causa de poco nivel de adquisición o poca adherencia a medicaciones.

En el aspecto social, se registró 14,3% en alto riesgo social, incluso viviendo solos y teniendo que hacer trabajos eventuales para subsistir. En otros estudios (Ruiz-Dioses, 2008; Varela, 2015) reporta hasta 35,4% casos con problema social, refiriéndose que vivían solos o tenía problemas para valerse por sí mismo; siendo este un síndrome con alta presentación en ancianos frágiles.

**Tabla 1.** Distribución de síndromes geriátricos en los adultos mayores de Florencia de Mora, 2017.

Síndromes geriátricos	Número	Porcentaje
Caídas	52	33,99
Estreñimiento	51	33,33
Déficit sensorial	104	67,97
Incontinencia	40	26,14
inmovilidad	20	13,07
Sincope	14	9,15
Ulcera por presión	7	4,58
deterioro cognitivo	61	39,87
Demencia	3	1,96
Depresión	70	45,75
Trastorno de sueño	68	44,44
Riesgo social	22	14,38

FUENTE: BASE DE DATOS DE GERIATRÍA DEL CEMFM-2017.

Usando los criterios de fragilidad de Fried (2001), la prevalencia de Fragilidad en los adultos mayores estudiados fue de 59,29 %, seguido del 33.33% de Pre frágiles y sólo el 14,38%, robusto. (Tabla 02). De los pacientes evaluados, tenían más de dos enfermedades, estado de malnutrición y riesgo social (tabla 04 y 05). Lo encontrado es menor a los hallado en otros estudios (Romero, 2009; Varela, 2010; Yabar-Palacios, 2009), que llega hasta 71,3% pero coincide en el reporte pluripatología y con algún grado de dependencia en las actividades de la vida diaria, o una alta prevalencia de los síndromes geriátricos.

**Tabla 2.** Distribución de adultos mayores de Florencia de Mora atendidos en 2017, según fragilidad.

Adultos mayores	Nro	%
Robusto	22	14,38
Frágil	80	52,29
pre frágil	51	33,33

FUENTE: BASE DE DATOS DE GERIATRÍA DEL CEMFM-2017.

En relación a los componentes para valorar fragilidad, los más frecuentes fueron disminución de la velocidad de marcha y de ingesta alimentaria; las cuales podría explicarse por las patologías articulares, riesgo social que predispone a estados de malnutrición y poco acceso a manejo de patologías presentes en dichos pacientes. Si se compara con lo hallado en el estudio de Varela (2010), donde la velocidad de la marcha es considerada como marcador de fragilidad.

**Tabla 3.** distribución de adultos mayores de Florencia de Mora atendidos en 2017, Según los componentes de fragilidad.

Criterios de fragilidad	%
fuerza muscular medida por dinamómetro disminuida	10,01
Velocidad marcha disminuida	44,44
Fatiga diaria	49,02
Actividad física reducida	53,59

<b>Criterios de fragilidad</b>	<b>%</b>
Ingesta alimentaria <3v/d	20,26
Baja de peso	24,18

FUENTE: BASE DE DATOS DE GERIATRIA DEL CEMFM-2017

Se consideró las enfermedades crónicas por sistemas más prevalentes de los pacientes evaluados, siendo las cardiovasculares y articulares las más frecuentes (tabla 04). En relación a las patologías crónicas de la población de estudio predominaron las cardiovasculares (33,3%) y las articulares (21,57%), siendo Hipertensión y Artrosis, las más prevalentes. Esto es similar a otros estudios (Casas, 2012), donde se reporta Hipertensión hasta en 69,2%.

**Tabla 4.** Distribución de los adultos mayores atendido por enfermedades crónicas

<b>Enfermedades</b>	<b>%</b>	<b>Enfermedades</b>	<b>%</b>
Cardiovasculares	33,33	Metabólicas	16,34
Neurológicas	10,46	Urológicas	6,54
Osteoarticulares	21,57	Respiratorias	6,54
Gastrointestinales	12,42	Dermatológicas	1,31

FUENTE: BASE DE DATOS DE GERIATRIA DEL CEMFM-2017

Además, se debe mencionar las características de la población estudiado, en la cual se encontró el predominio del género femenino (63,40%) y el grupo con edades entre 60 a 69 años, fue el más prevalente (41,68%). En relación al índice de masa corporal, el 36,6% presentaba sobrepeso y el 24,18% bajo peso. (Tabla 01).

**Tabla 5.** Distribución por Índice masa corporal (IMC), género y edad de los adultos mayores atendidos en 2017.

<b>Edad</b>	60 a 69 años	63	41,18 %
	70 a 79 años	61	39,87 %
	80 a 89 años	20	13,07 %
	90 a más	9	5,88 %
<b>Género</b>	Masculino	56	36,60 %
	Femenino	97	63,40 %
<b>Estado nutricional</b>	bajo peso (IMC< 23)	37	24,18 %
	Eutrófico (IMC 23-28)	60	39,22%
	Sobrepeso (IMC >28)	56	36,60 %

Al comparar con otros estudios, es similar a lo encontrado por Del Aguila (2014), donde el 56 % de adultos mayores tenían edades promedio de 73,7 años y predominó el sexo femenino con 55%. Así también, en otros estudios (Varela 2010, 2015; Casas, 2012); siendo pocos, los estudios con predominio de género masculino y con predominio del grupo septuagenario (Rebagliati, 2012); siendo explicado por la población cautiva, a diferencia de nuestro estudio que se desarrolló con población de la comunidad, similar a la mayoría de estudios mencionados.

Y al evaluar el estado de nutrición, usando el índice de masa corporal se encuentran estados de malnutrición, en el 60% de los evaluados. De estos, el 24,8% correspondía a bajo peso que podría explicarse por edad avanzada, enfermedades crónicas, depresión, entre otros; similar a lo hallado en otros estudios. (Yábar-Palacios, 2009; Casas, 2012)

Las limitaciones del estudio por su diseño por ser un estudio descriptivo, las posibles asociaciones observadas deben corroborarse con otros estudios analíticos. Sin embargo, este estudio sirvió de base a la institución para analizando lo hallado, se hicieron intervenciones por parte del área de salud mental para cuadros depresivos y en el área de nutrición, incluidas ambas, en las sesiones semanales de adulto mayor captado. Se espera ser estudio la base para otras investigaciones ya que se cuenta con el apoyo de la Universidad a la que está asociado este centro y la Municipalidad de este distrito que está interesada en el apoyo de grupo adulto mayor.

#### 4. CONCLUSIONES

La presencia de síndromes geriátricos estaban presentes en 100%, independientes de la presencia de Fragilidad. Dentro de los síndromes geriátricos identificados, el más frecuente fue el déficit sensorial. La fragilidad de la población atendida fue de 52,29% y su identificación sirvió en la base de la elaboración de intervenciones oportunas dentro de la sede de atención por el personal de salud.

#### AGRADECIMIENTOS

Agradecer a las familias de los pacientes geriátricos que asisten a su consulta y dispuestos a colaborar en las diferentes actividades del Hospital. Asimismo, no se puede obviar la gentil predisposición de la Señora Doctora CARMEN LUJAN, Directora del Hospital de Florencia de Mora, Regentado por la Universidad privada Antenor Orrego

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abizanda-Soler, P.; Rodríguez-Mañas, L. 2015. Fragilidad en el anciano. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, et al., editores. Tratado de Medicina Geriátrica. España. Pp 383-391.
- Apaza, J.; Valer, M.; Runzer-Colmenares F.M. 2018. Depresión y disminución de la función cognitiva en adultos mayores de un hospital peruano, 2010-2015. *Acta Med Peru* 35(3):191-2
- Casas, P.; Varela, L.; Tello, T.; Ortiz, P.; Chávez, H. 2012. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. *Revista Medica Herediana* 23(4), 229-234.
- Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Disponible en URL: <http://censos2017.inei.gov.pe/redatam/>
- Cortés, N.A.; Villarreal, E; Galicia, L.; Martínez, L.; Vargas, E.R. 2011. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor *Rev Med Chile* 139: 725-731.
- Chinga J. 2009. Síndromes Geriátricos del paciente Adulto Mayor hospitalizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza: noviembre – diciembre 2008. Tesis para optar título profesional de Médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Perú. 61 pp.
- De la Torre, J.; Shimabukuru, R.; Varela, L.; Krüger H.; Huayanay, L.; Cieza, J. 2006. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Médica Per* 23(3):144-146.
- Del Aguila, C.; Schérmuly, L.; Yabar, P. 2014. Adultos Mayores Del Centro De Salud I-3 San Juan (Minsa) Iquitos Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos. Peru. 107pp.
- Fried, L.P.; Tangen, C.M.; Walston, J.; Newman, A. B.; Hirsch, C. H.; Gottdiener, J.; McBurnie, M. A. 2001. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 56(3): 146-56.
- Luna, M.; Casas, A.; Antón, K.; Bruiget, S.; Burneo, M. C.; Campos, M. I.; Runzer-Colmenares, F. M. 2018. Síndromes geriátricos, los grandes ausentes en los índices de comorbilidad usados para determinar el riesgo de desarrollar demencia. *Acta Med Perú* 35(3):189-90.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Perspectivas Mundiales Demográficas*. [Serial online]. 2012; [citado 19 abril 2014]. Disponible en URL: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf> Revisión.
- Pfeiffer E. 1975. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriat Soc* 23(10):433-41.
- Rebagliati-Tirado, C.; Runzer-Colmenare, F.; Horrutiñiere-Izquierdo, M.; Lavaggi-Jacobs, G.; Parodi-García, J. 2012. Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. *Horizonte Médico (Lima)*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 21-27, jun. ISSN 2227-3530.
- Romero-Carbrera, Á. 2010. Fragilidad: Un síndrome geriátrico emergente. *MediSur* 8(6), 472-481.
- Ruiz-Dioses, L.; Campos-León, M.; Peña, N. 2008. 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 Pública* 25(4):374-9.

- Varela-Pinedo, L.; Chávez-Jimeno, H.; Tello-Rodríguez, T.; Ortiz-Saavedra, P.; Gálvez-Cano, M.; Casas-Vasquez, P.; Aliaga-Díaz, E.; Ciudad-Fernandez, L. 2015. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 32(4):709-16.
- Varela-Pinedo, L.; Ortiz-Saavedra, P.J.; Chávez-Jimeno, H. 2010. Velocidad de la marcha como indicador de fragilidad en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 45(1): 22-5.
- Vera, M. 2007. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina* 68(3), 284-290.
- Yábar-Palacios, C.; Ramos, W.; Rodríguez-Casamayor, L.; Díaz-Santisteban, V. 2009. Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Octubre 2006 - abril 2007. *Revista Peruana de Epidemiología* 13(3), 1-8 pp.