

11226
31



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"

I. S. S. S. T. E.

VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS; UTILIZANDO EL INDICE DE MASA
CORPORAL EN LA POBLACION DE LA CLINICA
GUSTAVO A. MADERO

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. EMMA MONDRAGON GALICIA



MEXICO, D. F.

1993

DICIEMBRE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

	PAGINA
INTRODUCCION	I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACION	4
MARCO TEORICO. ANTECEDENTES	5
CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FISIO- LOGICOS EN LA SENECTUD	7
TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO	10
EPIDEMIOLOGIA	12
REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES	14
VALORACION NUTRICIONAL DEL ANCIANO	18
OBJETIVOS Y TIPO DE ESTUDIO	27
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	28
INFORMACION A RECOLECTAR	30
PROCEDIMIENTO DE ELABORACION	31
PLANES PARA EL ANALISIS E INTERPRE- TACION DE LA INFORMACION	32
RESULTADOS Y ANALISIS	33
CONCLUSIONES	35
ANEXOS	36
BIBLIOGRAFIA	37

INTRODUCCION

La población mayor de 60 años ha ido en aumento y se calcula que para el año 2025 , América Latina y del Caribe serán 865 millones.

Es importante conocer los cambios fisiológicos del envejecimiento, y los factores que interactúan para tener un proceso de envejecimiento sano.

El envejecimiento es multifactorial y se produce a nivel celular, molecular, de tejidos, de órganos y del organismo intacto ; depende fundamentalmente de la - constitución genética de la persona, del estilo de vida y de factores ambientales. (4) (8).

Investigadores han valorado la influencia de la nutrición en el envejecimiento, sin resultados de que indiquen que las manipulaciones en la dieta, amplíen la vida más de 110 años.

Los problemas nutricionales están relacionados con - la declinación fisiológica , el bajo status económico

limitación al consumo de alimentos, a la multitud de enfermedades y a la prescripción de regímenes terapéuticos para su curación. (5).

Los Requerimientos Nutricionales Recomendados (RDA) por la Academia Nacional de Ciencias de E.U. para personas de 51 a 75 años, es de 2000-2800 Kcal. en hombres y en mujeres de 1400-2200 Kcal.; en personas de más de 75 años es de 1650-2450 Kcal en hombres y de 1200-2000 Kcal. en mujeres, según el peso/talla, nivel de actividad y de la edad.

Conociendo todos estos factores, que influyen para una buena salud del anciano; es importante que el médico los valore adecuadamente e identifique los problemas nutricionales e indique medidas de prevención o de curación.

La valoración del estado nutricional en pacientes mayores de 60 años, se lleva a cabo por medio de una historia clínica, haciendo énfasis en los antecedentes nutricionales/médicos y por índices bioquímicos y antropométricos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los pacientes mayores de 60 años, no se les valora adecuadamente el estado nutricional en clínicas de primer nivel, ya que el médico muchas veces no toma en cuenta el peso y la talla corporal en una consulta, pues a veces se vuelven importantes las patologías que ya presenta el anciano, siendo que, valorando si es obeso o malnutrido se puede prevenir, evitar o exacerbar alguna enfermedad.

JUSTIFICACION.

La falta de antecedentes y estudios para valorar el estado nutricional de individuos mayores de 60 años, que han presentado cambios fisiológicos de envejecimiento y en donde éste proceso se acelera por alguna patología, hace más difícil, al médico de primer contacto, identificar algún problema de malnutrición o de obesidad en el anciano de una población determinada, para prevenir y orientar sobre éstos factores de riesgo que pueden exacerbar una enfermedad o la presentación de alguna patología y darle más importancia a la valoración del estado nutricional del anciano.

Los parámetros utilizados para ésta valoración ; son los antecedentes médicos y nutricionales; parámetros bioquímicos y antropométricos.

El índice de masa corporal es uno de los parámetros antropométricos, que se obtiene utilizando el peso y talla corporal, teniendo una relación con la adipocidad, y detectar algún problema del estado nutricional

MARCO TEORICO.

ANTECEDENTES.

El término Geriatria fué creado por el médico americano Igmás Nasher (1863-1949). Lo utilizó en un artículo publicado en el Medical Journal de New York , el 21 de agosto de 1909. (1).

Gerontología proviene del vocablo etimológico Gerón-Viejo o Anciano; y Logos-Tratado, es la ciencia biológica que se ocupa del envejecimiento y por lo tanto estudia los fenómenos vitales, en sus aspectos fisiológicos, sociales y económicos, que tienen lugar en las etapas avanzadas de la vida.

Geriatria proviene del griego Gerón-Viejo o Anciano y del vocablo Iateia-Curar, es la especialidad médica derivada de la Gerontología, que estudia y trata los cambios y enfermedades del organismo. (2).

En el estudio de la Geriatria y la Gerontologia, ante todo se necesita establecer una definicion de Anciano y, en general, de las edades que interesan a estas disciplinas despues de la infancia, adolescencia y edad adulta:

Edad Intermedia: Abarca aproximadamente de los 45 a 60 años, y también se le denomina, - presentil, primer envejecimiento o - crítica.

Senectud Gradual: Es el período de los 60 a 70 años.

Senilidad o Vejez declarada: Período comprendido de los 70 a 90 años de edad.

Longevidad: Comprende a los de más de 90 años. (3).

Definición de Anciano Sano: Es un individuo con alteraciones morfológicas y funcionales, en el límite entre lo normal y lo patológico, en equilibrio inestable y con adaptación de la capacidad funcional a las posibilidades reales de rendimiento. (3).

CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FISIOLÓGICOS EN LA SENECTUD.

Desde el nacimiento hasta la madurez, todos los cambios biológicos son en el sentido de avanzar y desarrollarse. De la madurez en adelante la situación, cambia, y la suma total de las variaciones lleva al deterioro y a la involución.

Uno de los principales problemas, quizá el más confuso de la Gerontología, es el de identificar los cambios debidos exclusivamente a la edad y diferenciarlos de procesos patológicos específicos.

En 1977, Strehler propuso que la senectud tiene 4 características:

- 1) Afecta a todos los organismos.
- 2) Es progresiva.
- 3) Produce deterioro.
- 4) Es intrínseca.

Así como el crecimiento y el desarrollo, aunque con manifestaciones distintas, son fenómenos biológicos -

universales, y el envejecimiento también es universal pues se trata de un fenómeno normal. Este fenómeno - de universalidad es lo que aparta a la senectud del grupo de los procesos patológicos y la caracteriza - como un fenómeno normal.

El proceso de envejecimiento puede ser considerado - en término de células, moléculas, tejidos, órganos, animales intactos, poblaciones.

El envejecimiento de un animal representa la agonía de las células.

La pérdida de células con la edad, puede ser grande - como para causar una alteración significativa en la función del órgano. Con la edad no hay una pérdida - normal masiva del número de células en órganos vitales. La pérdida de células son insignificantes en el número o en su tipo, no necesarios para la vida.

Sin embargo, hay una pérdida de células que es secundario a enfermedades específicas, que pueden acompañar o acelerar la edad.

Las células con fenotipo y cariotipo normal tienen una capacidad proliferativa infinita, que varía entre los diferentes tipos de células. En otras palabras, la longevidad de las células postmitóticas de diferentes células varía grandemente; como por ejemplo, las neuronas, su longevidad es de 80 años y los polimorfonucleares es de 3 días.

Con la edad hay cambios característicos intracelulares, con aparición de pigmentos de lipofucina y oro, acumulaciones celulares observados en el corazón, músculo esquelético y neuronas, que se correlacionan con la edad celular.

El factor hereditario es importante en la determinación de la longevidad en los individuos.

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO.

Hay dos teorías del envejecimiento celular que tienen gran interés.

Una teoría, sugiere que el envejecimiento es un programa genético específico, evento relacionado para la expresión de genes específicos de la edad o una exhaustiva información genética. Una teoría semejante del estado de envejecimiento, resulta de una serie acumulativa de daño a genes que causan error letal en la codificación genética.

Otra hipótesis que ha sido propuesta para explicar el mecanismo del envejecimiento celular relacionado con la edad, es un daño de oxidación crónico en los componentes celulares, desequilibrio hormonal, deterioro enzimático o deterioro de la membrana celular.

Las modificaciones del sistema inmune con la edad es bien documentada, hay cambios en la inmunidad celular como el tipo y número de linfocitos a la respuesta -

de inmunoglobulinas y a la de antígeno-anticuerpo.

El linfocito T dependiente retarda el fenómeno de hipersensibilidad y parece ser sensitivo al proceso de envejecimiento, y puede explicarse, al incremento de la susceptibilidad con la edad para las lesiones infectadas o malignas de la piel o de otros tejidos.

La autoinmunidad se incrementa con la edad, lo cual sugiere que el sistema inmune es menos hábil para distinguir antígenos extraños, ocasionando destrucción o lesión de células específicas por ejemplo ; la anemia perniciosa, enfermedad que se presenta frecuentemente en los ancianos. (4) (5).

EPIDEMIOLOGIA.

La edad de la población anciana continúa aumentando, al iniciar el siglo, el 4% (cerca de 3.1 millones de personas) fueron de 65 años de edad o más.

Hoy, el porcentaje se incrementó al 12% (27.4 millones) y para el siglo XXI, puede incrementarse al 17% (estadísticas de E.U.). (6).

Los países de América Latina y el Caribe, comparten una serie de características y tendencias demográficas que afectarán significativamente. Estos países experimentarán un crecimiento demográfico explosivo en las próximas 4 décadas, se estima que en el año 2025, la población latinoamericana habrá aumentado hasta 865 millones. (7).

El envejecimiento es multifactorial y se produce a nivel celular, de órganos y del organismo intacto. Gracias a los progresos en la medicina y la tecnología actual, un porcentaje mayor de seres humanos ha vivido hasta llegar a etapas avanzadas, con la posibilidad de que desde el punto de vista técnico su existencia pueda llegar a 120 años.

El envejecimiento individual depende fundamentalmente de la constitución genética de la persona (predeterminada y constante), del estilo de vida (opcional y variable) y de factores ambientales.

Muchos investigadores han valorado la influencia de la nutrición en el envejecimiento. En algunos modelos animales se han obtenido pruebas de que la modificación de la cantidad de calorías, proteínas y grasas de los alimentos puede influir en la supervivencia de las especies en cuestión ; sin embargo en seres humanos no se han hecho estudios que indiquen que las manipulaciones en la dieta, amplíen la vida a más de 110 años. (8).

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES.

Ha, aumentado notablemente el número de estudios acerca de los requerimientos nutricionales en el anciano y de la relación que hay entre la longevidad y prevención de enfermedades; así como del deterioro funcional de la senectud y el consumo de nutrientes en cantidades mayores o menores que las requeridas.

Los problemas nutricionales están relacionados con la declinación fisiológica, el bajo status económico, limitación al consumo de alimentos y a la multitud de enfermedades y a la prescripción de regímenes terapéuticos para su curación. (6).

Para valorar las necesidades nutricionales, son útiles como norma los Requerimientos Nutricionales Recomendados (RDA), que estipula la Academia Nacional de Ciencias de E.U., donde menciona; que las calorías requeridas para la edad de 51 a 75 años, en hombres, es de 2000-2800 Kcal. y en mujeres de 1400 a 2200 Kcal. Y para las personas de más de 75 años,

es de 1650 a 2450 Kcal., en hombres y de 1200 a 2000 Kcal. en mujeres; basados en el peso/talla; nivel de actividad y de la edad. (8) (10).

Cuando se emplea la RDA como norma de referencia, no debe de haber enfermedad crónica que pudiera modificar las necesidades nutricionales.

Hay que recordar que el verdadero estado nutricional de grupos de personas en buen estado de salud, se valora según observaciones del estado físico, bioquímico y clínico de cada individuo, junto con la evaluación del alimento o cantidad de nutrientes que ingiere el anciano.

Las pautas de la RDA se establecieron como un nivel mínimo para evitar enfermedades carenciales en caso de no haber estrés o malabsorción ;y sugiere:

- 1) Mayor ingreso de calcio en postmenopáusicas que comprende de 1000 a 1500 mg.
- 2) Administrar 5000 UI de vitamina A.

3) 150 mg. de vitamina C para hombres y 75 mg para mujeres.

Proteínas 0.8 gr/Kg. en personas de 51 a 74 años y en mayores de 75 años es de 1.0 gr/Kg.

El consumo de líquidos recomendado es de 30ml/Kg/día en hombres y en mujeres es de 1 ml/Kg/día.

La cantidad de oligoelementos permanecen relativamente constantes y , guardan menor relación con la edad, ingreso de calorías o actividad. (8).

Es importante vincular la nutrición adecuada con el ejercicio, por varias razones: En primer lugar , la disminución del consumo energético basal (BEE) propia de la edad, guarda un vínculo directo con la menor actividad en muchos ancianos y ello estimula la pérdida de masa corporal magra (células metabólicamente activas) y un incremento en la grasa corporal total (células metabólicamente inactivas). (8).

Al aumentar el gasto de energía sin cambios en el peso corporal, disminuye la grasa y aumenta la masa magra, aspectos que mejorarán muchos parámetros metabólicos, incluyendo el metabolismo de glucosa y lípidos.

Se menciona que la meta de gastar 2000 Kcal. por semana, en exceso de las actividades diarias, logra la disminución máxima en la tasa de muerte cardiovascular, y también los ejercicios que consumen de 1000 a 2000 Kcal. por semana son benéficos. Por tal motivo las recomendaciones nutricionales adecuadas, dependen de los cambios en el estilo de vida, que incluyan ejercicio regular para combatir los cambios fisiológicos del envejecimiento.

VALORACION NUTRICIONAL DEL ANCIANO.

La valoración nutricional del anciano es un factor importante que debe realizar el médico , tomando en cuenta lo siguiente:

Por los cambios fisiológicos del envejecimiento ,es importante adaptar a la población geriátrica, la interpretación de los parámetros de valoración nutricional corrientes.

Para una valoración exacta hay que realizar una historia clínica completa:

En los antecedentes nutricionales ,se investiga la historia de los ingresos dietéticos, los factores que ocasionan menor ingesta de alimentos, el consumo de laxantes, hábitos de tabaquismo, consumo de alcohol, exposición a la luz solar , así como los aspectos sociales como la calidad de los alimentos que consumen , ambiente dentro del hogar , vida solitaria , y la capacidad de preparar y cocinar los alimentos.

En los antecedentes médicos, son fundamentales las enfermedades crónico-degenerativas, estados de malabsorción, operaciones recientes o cáncer, se menciona que la depresión es una causa común de anorexia y pérdida de peso en los ancianos. (9) (10).

La exploración física es importante, ya que, las enfermedades carenciales en el anciano, se manifiestan en diferentes aparatos y sistemas.

También la valoración incluye índices bioquímicos y antropométricos.

Dentro de los parámetros bioquímicos tenemos; a las determinaciones de proteínas séricas, el índice de creatinina/talla, el recuento de linfocitos, los más utilizados.

Los parámetros antropométricos son el índice de masa corporal utilizando el peso y la talla corporal; las mediciones del grosor de los pliegues de la piel; la circunferencia media del brazo.

Los datos antropométricos son modificados por la edad, en mayor grado que por cualquier otro índice, para valorar el estado nutricional.

El peso aumenta hasta el quinto decenio de la vida en las mujeres y permanece constante durante todo el sexto decenio; fecha en la cual comienza a disminuir. El patrón es semejante en varones, pero la ganancia ponderal, suele cesar por el cuarto decenio de la vida (8).

Según el estudio de Peso Corporal y Presión Arterial realizado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar, en 1980, sugiere que el peso corporal alcanza su máximo de los 60 a los 69 años, y después declina lentamente; éste proceso incluye la pérdida continua de masa muscular y la acumulación de tejido adiposo, metabólicamente menos activo.

En el hombre promedio se espera una pérdida del 50% de la masa muscular a la edad de 70 años (Weg 1978).

Casi siempre el aumento de peso es gradual, incrementándose de 1 a 1.5 Kg. cada año. Si ésta tendencia persiste desde los 20 a los 50 años, al final, la persona pesará 20 a 30 Kg. más de lo que pesaba en su juventud. (10).

Es importante considerar los cambios anteriores, cuando se trata de precisar el peso ideal y es una de las tareas difíciles en el estudio del anciano.

Hay tablas que nos reflejan límites de pesos ideales para personas de 25 a 59 años solamente, pero no hay para las personas mayores de 60 años.

Master y col. en 1960 señaló pesos promedios según la talla de personas de 65 a 94 años.

Andrés que generó una tabla con límites ponderales para personas de 65 años, éstas, reflejan a las poblaciones estudiadas, pero no son universales, ya que hay otro factor, que se debe tomar en cuenta y es la talla.

La talla es importante para calcular el peso corporal ideal , teniendo en cuenta que la talla en el anciano disminuye con la edad. Esta disminución depende de cambios que se presentan en la altura de los discos intervertebrales, las vértebras, la postura y los cambios en la densidad ósea, factores que generan una disminución calculada de unos 3 cms. (8).

La estatura disminuye considerablemente en el viejo, pero éste fenómeno es difícil de evaluar, sino se cuenta con datos a lo largo de la existencia de la persona. Tomando como base para estimar la estatura de los adultos, la longitud de los brazos extendidos, medida que no cambia con la edad, se calcula que la pérdida promedio es de 3.75 cms. entre los 65 a 74 años, incrementándose hasta 7.5 cms. de los 85 a los 94 años. De éste modo el esqueleto y los músculos , contribuyen bastante a la apariencia del anciano. La masa total muscular disminuye con la edad, aunque una persona pueda mantener el peso corporal normal con la edad, la proporción de la masa muscular para el tejido adiposo disminuye.

La masa muscular gastada junto con un aumento relativo en los depósitos de grasa, es también importante porque afecta la distribución de ciertas drogas.

Se menciona que después de los 40 años, la densidad del hueso disminuye aproximadamente del 5 al 10% por década. Este cambio, es universalmente cierto para todos los grupos raciales, sin hacer caso del estado nutricional o social, y éste proceso es más pronunciado en mujeres que en hombres. (4).

El peso corporal, aunque es el índice más sencillo no siempre refleja con exactitud la proporción relativa de tejido adiposo en el cuerpo o de masa adiposa total. El peso ajustado a la talla corporal constituye, un índice mayor que el peso aislado.

Con fines de investigación se ha recurrido a diversos métodos para evaluar la grasa corporal como la densidad del cuerpo, estudios radiológicos, distribución de gases liposolubles, agua corporal total y K total en el cuerpo.

El índice de masa corporal es la medida antropométrica más útil, sencilla y le resta importancia al efecto de la talla en peso corporal y también tiene una relación clara con la adiposidad.

El índice de masa corporal se define, como el peso del cuerpo dividido por la talla corporal al cuadrado. (II) (I2) (I3).

La obesidad puede definirse, como el índice de masa corporal mayor de 27 Kg/m². en hombres y 25 en mujeres (lo que es equivalente a 120% del peso corporal ideal). (II).

En varios estudios demostraron que el índice de masa corporal se correlaciona con el alcance de la grasa corporal, que con la densitometría y el grosor de los pliegues de la piel; según Womersley y Durnin 1977; Baecke, Bunema, y Deurenberg 1982; Rookus 1985.

Es utilizado como el índice de la "grasura" corporal

Garrow en 1981 y el Colegio Royal de Médicos en 1983 propusieron la clasificación del índice de masa corporal:

Normal= 20-25 Kg/m².

Sobrepeso= mayor o igual de 25 Kg/m².

Obesidad= mayor o igual de 30 Kg/m². (I2).

Como se había mencionado la grasa corporal generalmente aumenta hasta los 70 años y después disminuye, por lo tanto la relación entre grasa del cuerpo y el índice de masa corporal cambia con el avance de la edad.

Harris realizó un nomograma de tabulación para las personas mayores de 60 años, de su peso/talla y definió al índice de masa corporal como:

Sobrepeso= mayor o igual de 27.8 Kg/m². en hombres y en mujeres de 27.3 Kg/m². (I3).

Harris menciona que el índice de masa corporal es un factor de riesgo independiente de la mortalidad cardiovascular entre las personas ancianas.

Expertos de la nutrición y epidemiólogos del Instituto Nacional de Conferencias de Salubridad, sobre las implicaciones de la Salud en 1985, para la obesidad, refieren que es una enfermedad, asociada claramente con hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus no insulino dependiente. (I3).

Se realizó un estudio en París por Lemonnier, sobre las discrepancias entre estudios antropométricos y bioquímicos, para la valoración del estado nutricional, en donde encontraron que los que tenían un índice de masa corporal mayor o igual de 24 y menor o igual de 21; mostraban parámetros bioquímicos dentro de niveles normales, como la albúmina, transferrinas y apolipoproteínas y sólo presentaron deficiencia de hierro y zinc, lo que sugirió que los parámetros bioquímicos no se relacionan con la antropometría para evaluar el estado nutricional. (I4).

Toda la información disponible, relacionada con el peso y talla del anciano, son una guía para identificar a pacientes ancianos con riesgo de obesidad, sino también a aquellos con riesgo de malnutrición.

OBJETIVO GENERAL

Valorar el estado nutricional del paciente mayor de 60 años , en la población de la Clínica Gustavo A. Madero.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- I.- Aplicar los parámetros antropométricos del peso y la talla corporal.
- 2.- Obtener el índice de masa corporal.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo , transversal y , clínico.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en la Clínica de Medicina - Familiar Gustavo A. Madero , ubicada en Calzada de Guadalupe # 712 Col. Insurgentes Tepeyac.

Se escogió una población de 35 pacientes , que acudieron a consulta externa , durante el período comprendido del 1o. de Junio al 31 de Agosto de 1992 , y que presentaron los siguientes criterios:

A) CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes mayores de 60 años.
- Ambos sexos.
- Ser derechohabientes.
- Encontrarse en ayunas.
- No presentar deformidades clínicas de columna vertebral.

- No presentar manifestaciones clínicas de edema corporal.
- Aceptación para el estudio.
- Medición del peso y talla corporal sin zapatos y sin ropa.

B) CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Pacientes menores de 60 años.
- No ser derechohabientes.
- Que no se encuentren en ayunas.
- Presentación de deformidades clínicas de columna vertebral.
- Presentación de manifestaciones clínicas de edema corporal.
- No aceptación del estudio.
- Medición del peso y la talla corporal con ropa y zapatos.

INFORMACION A RECOLECTAR.

- Se obtendrán datos personales de los pacientes.
- Mediciones del peso y la talla corporal.
- Factores médicos que influyen sobre el peso y la talla corporal.

PLANES PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION.

La recolección de los datos se realizará a través de una historia clínica, obteniéndose los parámetros de los criterios de inclusión formando un cuestionario para su evaluación.

Para las mediciones del peso y talla se utilizará una báscula para adulto con estadímetro con capacidad de 140 Kg. y las mediciones serán sin ropa y sin zapatos.

Utilizando el peso y la talla corporal, se obtendrá el índice de masa corporal, utilizando el siguiente criterio: Peso/Talla^2 = índice de masa corporal con siglas de IBM.

PROCEDIMIENTO DE ELABORACION.

Se captaron 35 pacientes que acudieron a consulta externa de la Clínica Gustavo A. Madero, durante el período comprendido del 10. de junio al 31 de Agosto de 1992, recopilándose la información de la historia clínica en relación a la ficha de identificación los antecedentes personales patológicos, exploración de columna vertebral y de signos clínicos de edema corporal, los cuales pueden modificar las mediciones del peso y la talla corporal en el anciano, así como, el no encontrarse en ayunas.

Si no hay ninguna alteración en los parámetros antes mencionados, se prosiguió a las mediciones del peso y la talla corporal sin zapatos y sin ropa. Posteriormente se obtuvo el índice de masa corporal con el peso/talla^2 de cada paciente.

PLANES PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION
DE LA INFORMACION

Se utilizó medidas de resumen ; de tendencia central y de dispersión ; para la interpretación de los resultados , y la información obtenida se agrupó en - tablas de frecuencia simple y gráficas sectoriales.

RESULTADOS Y ANALISIS

De los 35 pacientes estudiados tuvieron un rango de edad de 60-83 años, con un promedio de edad de 71.5 años, predominando el sexo femenino en un 74% ; y un 26% del sexo masculino.

Predominando en un 40% el grupo de edad de los 60 a 64 años ; el 23% de los 65 a 69 años ; el 14% de 70 a 74 años y de 75 a 79 años, respectivamente y solamente el 9% de 80 a 84 años. Como se muestra en la tabla I y 2.

El índice de masa corporal de los 35 pacientes fué de 26.06 ± 3.98 ; con malnutrición el 14% con un índice de masa corporal menor de 22.08 Kg/m^2 .

El 9% con obesidad, con un índice mayor de 30.04 Kg/m^2 . y el 77% se encontró dentro de lo normal de 22.08 a 30.04 Kg/m^2 . tabla 3

El índice de masa corporal según el sexo , se encontró, en el sexo femenino de 25.91 ± 4.37 ; con el un 8% de malnutrición menor de 21.54 ; y el 8% de obesidad mayor de 30.28 Kg/m^2 y pacientes dentro de parámetros normales el 85% de 21.54 a 30.28 Kg/m^2 .
tabla 4.

El índice de masa corporal del sexo masculino es de 26.49 ± 2.72 ; con obesidad el 11% mayor de 29.21 K/m^2 y un 89% son normales con un índice de 23.77 a 29.21 Kg/m^2 . tabla 5

En los resultados de los índices de masa corporal el valor promedio se compara con los resultados de Harris, Garrow y del Colegio de médicos, pero éstos autores no proponen valores límites de acuerdo a la distribución de normalidad, y es por eso que nuestros valores se encuentren altos ; además de que - Garrow, incluye al sobrepeso como parámetro, y que le resta validez a nuestros resultados; y es por ésta razón que la mayoría de nuestros pacientes quedaron dentro de parámetros normales.

T A B L A I

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE
EDAD

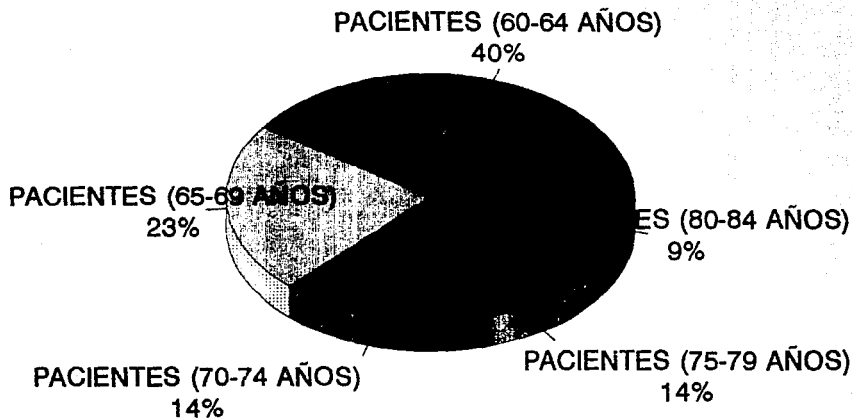
EDAD	No.	%
60 - 64	14	40
65 - 69	8	23
70 - 74	5	14
75 - 79	5	14
80 - 84	3	9

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

No. 35.

PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

POR GRUPOS DE EDAD



GRAFICA 1

FUENTE: Cédula de Recolección de datos. No. 35

T A B L A 2

DISTRIBUCION POR SEXO

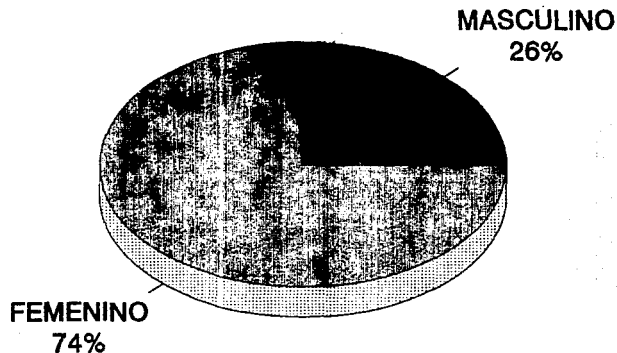
SEXO	No.	%
MUJERES	26	74
HOMBRES	9	26

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

No. 35.

PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

POR SEXO



GRAFICA 2

FUENTE: Cédula de Recolección de datos. No. 35

T A B L A 3

DISTRIBUCION DEL INDICE DE
MASA CORPORAL EN PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS

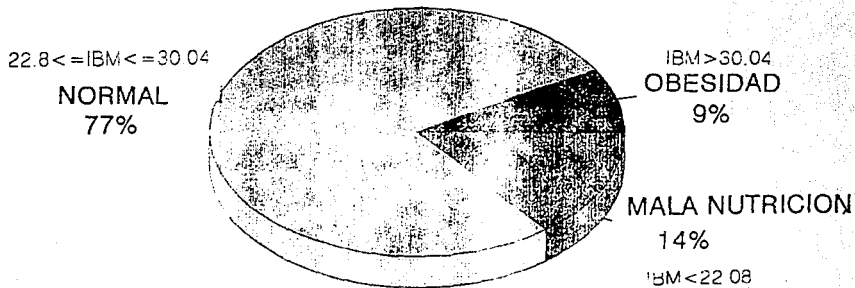
IBM	No.	%
MENOR DE 22.08	5	14
22.08 - 30.04	27	77
MAYOR DE 30.04	3	9

IBM= Indice de masa corporal.

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

No. 35.

INDICE DE MASA CORPORAL EN Kg/m² EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS



GRAFICA 3

FUENTE: Cédula de Recolección de datos. No. 35

T A B L A 4

DISTRIBUCION DEL INDICE DE
MASA CORPORAL EN PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS DEL
SEXO FEMENINO

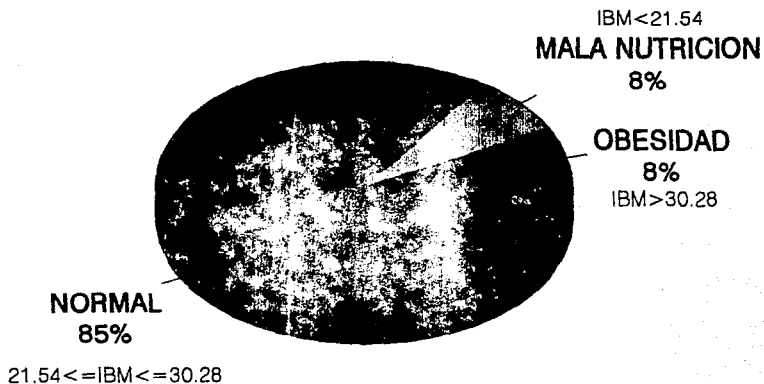
IBM	No.	%
MENOR DE 21.54	2	8
21.54 - 30.28	22	85
MAYOR DE 30.28	2	8

IBM- INDICE DE MASA CORPORAL.

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

No. 26.

INDICE DE MASA CORPORAL EN Kg/m² DEL SEXO FEMENINO



GRAFICA 4

FUENTE: Cédula de Recolección de datos.

T A B L A 5

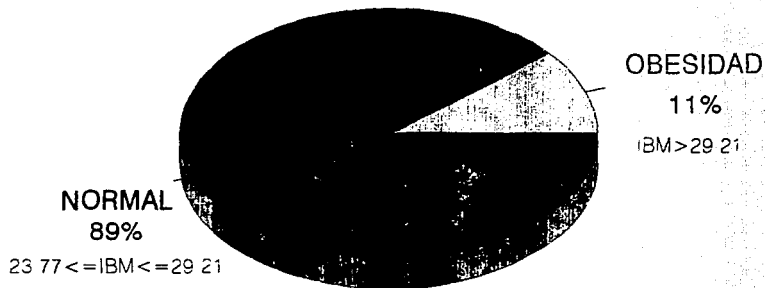
DISTRIBUCION DEL INDICE DE
MASA CORPORAL EN PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS DEL
SEXO MASCULINO

IBM	No.	%
MENOR DE 23.77	0	0
23.77 - 29.21	8	89
MAYOR DE 29.21	1	11

IBM= Indice de masa corporal.

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

INDICE DE MASA CORPORAL EN Kg/m² DEL SEXO MASCULINO



GRAFICÀ 5

FUENTE: Cédula de Recolección de datos.

CONCLUSIONES

Los valores obtenidos a pesar de la no relación con otros parámetros, son una guía para la valoración del estado nutricional en los pacientes ancianos ya que la obesidad y malnutrición son factores de riesgo y más la obesidad, considero que éstos parámetros se pueden relacionar y evaluar mejor su estado nutricional con los demás estudios como datos de una historia clínica en donde el médico familiar puede utilizar como los antecedentes médico/nutricionales, además del índice de masa corporal, su estilo de vida, estados emocionales, patologías agregadas y así darle una prevención, orientación para mejorar o no acelerar el proceso de envejecimiento y tener ancianos sanos.

ANEXO

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

CONSULTORIO:

CEDULA:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

PESO:

TALLA CORPORAL:

INDICE DE MASA CORPORAL:

BIBLIOGRAFIA.

1. A.W Grekm, J. Definición. Basic problems and historic of. Gerontology and Geriatrics. VSR 1985. pag. I.
2. Payno M. Problemas gerontológicos de México. Rev. de la Fac. de Med. Vol. 23 No.5 1980 pag.25.
3. Pietro de Nicola. Aspectos generales del envejecimiento. Geriatria. Ed. 1985. Edit. Manual Moderno pags. 20-35.
4. Joseph R. Bianchine, Nicholas Gerber. Biología del Envejecimiento. Geriatric Medicine Current Concepts. The Upjohn Company 1981. pags. 6-II.
5. Harrison W. Biología del Envejecimiento. Principios de Medicina Interna Vol. I Ed. 12a. Edit. Interamericana. McGraw-Hill. pags. 84-87.
6. Bidlack-WR. Smith-CH. Nutritional Requirements of The Aged. Crit. Rev. Food. Sci. Nutr. Vol. 27 No. 3 1988. pags. 189-218.

7. La Edad de la Tercera Edad. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 112 No. 4. Abril - 1992 pag. 364.

8. Bradley S. Bender, George J. Caranasos. Nutrición y Senectud. Clínicas Médicas de Norteamérica. Medicina Geriátrica. No. 6 1989. Edit. Interamericana, pags. 1675-1696.

9. Morley JE, Mooradian AD, Silver AJ. Nutrition in the elderly clinical Conference. Ann. Intern. Med. Vol. 109 No. 11 Dec. 1988. pag. 890-904.

10. Salgado Alba A. Nutrición. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Ed. 7. 1990. Edit. Interamericana. pag. 223-255.

11. Cecil. Obesidad. Tratado de Medicina Interna - Vol. 1. Ed. 16a. Edit. Interamericana. pas. 1495 a 1500.

12. Deurenberg P., Van der Kooy., Body Mass Index As A Measure Of Body Fatness In The Elderly., European - Journal of. Clinical Nutrition Vol. 43 1989. pag. 231 a 236.

13. Harris.T.,Andres R. Morley JE. Body Mass Index
And. Mortality in the Elderly., Jama Vol. 260 No.2
1988. pag 182-183.

14. Lemonier D.,Acher S.,Boukaiba N. Discrepancy
Between Anthropometry and. Biochemistry in the -
Assessment of the Nutritional status of the elderly.
European Journal of Clinical Nutrition Vol. 45 -
1991. pags. 281-286.