



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

**“EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO EN
EL HGZ/UMF No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO CON LA ENCUESTA DE
MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL.”**

TESIS

**PARA OBTENER TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. ARGUMEDO JIMÉNEZ LUZ ANGÉLICA
MEDICO RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR
Cel: 5542434116 Email: angieajtwin@hotmail.com

DIRECTOR DE TESIS
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx

ASESOR METODOLÓGICO
DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com

ASESOR CLÍNICO
DRA. ANA TORO FONTANELL
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR
Cel: 5544907941 Email: anafontanell@hotmail.com

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CD. DE MÉXICO, D. F. NOVIEMBRE 2015
NO. DE REGISTRO: 2015-3605-06**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE GERIATRICO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Autores: Argumedo Jiménez Luz Angélica¹, Espinoza Anrubio Gilberto², Vilchis Chaparro Eduardo³, Toro Fontanell Ana⁴. **Adscripción:** ¹HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

1. Médico Residente en Medicina Familiar. 2. Coordinador clínico de educación e investigación en salud del HGZ/UMF. N°. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. 3. Titular De La Especialidad De Medicina Familiar del HGZ/UMF. N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. 4. Adscrito al servicio de Consulta Externa de Medicina Familiar del H.G.Z./U.M.F. N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional del paciente geriátrico mediante la Mini Valoración Nutricional en el HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Materiales y Métodos: Tipo de estudio transversal, descriptivo. El tamaño de la muestra fue de 250 pacientes. Criterios de inclusión: pacientes geriátricos de la consulta externa, criterios de exclusión: pacientes que no acepten participar, que no aceptaron firmar el consentimiento informado y en los que no se pudieron realizar las mediciones antropométricas de la Mini Valoración Nutricional (MNA).

Resultados: Se estudiaron 250 pacientes geriátricos, 133 (53.2%) del sexo femenino, 117 (46.8%) del sexo masculino con una media de edad de 72.7 años. Se obtuvo un promedio de IMC de 27.5. Referente al estado nutricional se encontró que 121 (48.4%) no contaban con riesgo de desnutrición, 124 (50%) con riesgo de desnutrición y 4 (1.6%) con desnutrición.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados de esta investigación en un alto número de pacientes con IMC corporal normal o incluso con sobrepeso, existe riesgo de desnutrición detectado con la Mini Valoración Nutricional. Sugerimos aplicar al menos una vez al año la evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico con MNA en la consulta externa de medicina familiar, aun cuando estos tengan valores normales del IMC y de esta manera disminuir el riesgo de desnutrición.

Palabras claves: Pacientes geriátricos, estado nutricional, MNA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
DIRECTOR DE TESIS

DRA. ANA GLORIA TORO FONTANELL
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESOR CLINICO

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESOR METODOLÓGICO

AGRADECIMIENTOS

Estar dispuestos a sacrificar lo que somos por aquello en que podemos convertirnos. Eso es lo importante.

CHARLES DU BOS

A Dios: Por darme la oportunidad de llegar hasta donde estoy y de poder cumplir un logro más en mi vida profesional.

A mi Familia: A mis Padres, sabiendo que no existirá forma de agradecer todo el apoyo que me dan, quiero que sepan que el objetivo logrado también es suyo y que si he podido llegar a donde estoy es porque siempre he contado con ellos. Los amo gracias por todo. A mi hermana porque siempre estuvo en los momentos difíciles y porque siempre cuento con ella.

Gracias a mis amigos de residencia, con los cuales pase momentos increíbles y que hicieron de estos tres años algo inolvidable.

Agradezco a mis profesores por su apoyo no solo para la realización de esta tesis, también por el tiempo que dedicaron a mi enseñanza durante estos tres años de residencia.

¡GRACIAS!

INDICE

	Página
MARCO TEÓRICO.....	7
ANTECEDENTES.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVO.....	16
HIPÓTESIS.....	17
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
POBLACIÓN O UNIVERSO.....	20
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL.....	20
MUESTRA.....	21
CRITERIOS.....	22
VARIABLES.....	23
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	26
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	26
MÉTODO DE RECOLECCIÓN.....	28
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	29
CRONOGRAMA.....	30
RECURSOS.....	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
RESULTADOS.....	34
DISCUSIONES.....	52
CONCLUSIONES.....	58
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	60
ANEXO.....	62

MARCO TEÓRICO

Un aspecto importante para el desarrollo del presente trabajo es definir que se considera como paciente geriátrico, adulto mayor o también llamado adulto en plenitud. Según la OMS se define a las personas de 60 a 74 años como de edad avanzada (adulto en plenitud), de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos¹

La Norma Oficial Mexicana (NOM) I67-SSA-11997.4.1 define adulto mayor aquella persona de 60 años de edad o más.²

Por otra parte la ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años (cuyo caso no es el de México).³

Los diferentes cambios relacionados con el envejecimiento como son la menor capacidad de absorción a nivel intestinal, el consumo prolongado de medicamentos, la dificultad en la masticación o la falta de actividad física, hacen que este grupo de población presente un mayor riesgo de sufrir desequilibrios o carencias nutricionales que conducen a una mayor probabilidad de afectar al estado nutricional de los ancianos. Existe evidencia de que la desnutrición es frecuente en esta población y que este hecho puede influir en el pronóstico asociado a diversos procesos patológicos, así como que el soporte nutricional puede mejorar el desenlace de los mismos.⁴

Definamos ahora que es el estado nutricional: es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo en relación con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.⁵

Nos basaremos en la definición proporcionada por la NOM, ya que según ésta, es el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo. En México, para el 2050 se estima que los adultos mayores conformarán cerca de 28.0% de la población. La ENSANUT 2012 recabó información de 8 874 hombres y mujeres de 60 años o más, que al aplicar los factores de expansión representan a 10 695 704 de adultos mayores en el país.⁶

Los datos del Censo 2010 muestran que en el Distrito Federal más de 10% de la población tiene 60 años o más. Con el cambio demográfico viene la modificación del perfil epidemiológico. Según la INEGI en nuestro país en el último censo somos 112 millones 336 mil 538 habitantes. En el Distrito Federal se encuentran 8 millones 851 mil 080 habitantes. De esta cantidad, la población de adultos mayores en el Distrito Federal representa el 14.68%.⁷

La Organización Panamericana de la Salud realizó en 1999 la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) para evaluar el estado de salud de la población de individuos mayores de 60 años en siete ciudades de América Latina y El Caribe, incluida la Ciudad de México. Las enfermedades registradas con más frecuencia fueron las siguientes: hipertensión arterial, problemas articulares, reumatismo, **desnutrición** y osteoporosis.⁸

México cuenta con poca información de las características del entorno del adulto mayor y su perfil de salud y nutrición. La información disponible procede de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC-1993). Que reporta en base a la ENSANUT 2006, una prevalencia de desnutrición en varones de 60 años o más de 2.2% y en mujeres de la misma edad de 2.6%.

En cuanto a la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en varones de la misma edad fue de 59.3% y en mujeres, de 67.5%, respectivamente.⁹

Una vez teniendo claro lo que se entiende por estado nutricional y adulto mayor para poder evaluar dicho estado en el paciente geriátrico se debe conocer el concepto de **riesgo de malnutrición y desnutrición**: el primero se define como la potencialidad de desarrollo de desnutrición por déficit de alimentación, debido al incremento de los requerimientos causados por el estrés metabólico de la condición clínica, o a causa de situaciones o características del individuo que pueden predisponer al deterioro nutricional; el segundo hace referencia al resultado de una incorporación y/o utilización inadecuada de nutrientes por la células del organismo, que progresa hasta la aparición de cambios funcionales y estructurales.¹⁰

Por otro lado tenemos la nueva pandemia del siglo XXI la obesidad que es el exceso de tejido adiposo que determina una elevación del peso corporal, un trastorno integral que afecta a todos los niveles de la persona. Se considera obesidad a valores de Índice de Masa Corporal (IMC) > de 30.¹¹

La prevalencia de la desnutrición en los ancianos varía en los distintos reportes, dependiendo del método empleado para diagnosticarla. La desnutrición en ancianos está relacionada con múltiples consecuencias, que incluyen: alteración en la función muscular, disminución de la masa ósea, disfunción inmunitaria, anemia, repercusión en el estado cognitivo, pobre cicatrización, pobre recuperación posterior a una cirugía, incremento del riesgo de institucionalización, mayor estancia hospitalaria, fragilidad, mortalidad y reducción en la calidad de vida. En promedio, el peso corporal y, por consiguiente, el índice de masa corporal se incrementa a lo largo de la vida adulta hasta, aproximadamente los 50-60 años de edad, después sobreviene un declive. Las causas de la desnutrición en ancianos son múltiples y pueden clasificarse en: alteraciones de la homeostasis relacionada con la edad, causas no fisiológicas y causas fisiológicas.¹²

En las últimas décadas se ha incrementado el número de casos de obesidad en todas las edades, incluidos los ancianos. La prevalencia de obesidad aumenta hasta los 60 a 69 años en hombres y mujeres y luego disminuye, debido en parte a que los individuos susceptibles a los efectos nocivos de la obesidad tienen más probabilidades de fallecer a una edad más temprana.¹³

Así como ha aumentado el número de ancianos, aparentemente también ha aumentado entre ellos la incidencia de problemas relacionados con su nutrición. Esto es preocupante, ya que la nutrición es un factor de riesgo para la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas y discapacitantes. Debido a lo anterior, el envejecimiento demográfico puede significar para los adultos mayores una disminución en su calidad de vida, lo que a su vez, implica un aumento en los costos por parte de los sistema de salud y por parte de los ancianos.¹⁴

Los sistemas de salud en el mundo difícilmente podrán solventar estos gastos debido a que la mayoría ha entrado en una situación crítica cuyo futuro es incierto. La nutrición es pues en el anciano un problema de salud pública que está posicionándose entre los primeros. Con este fin, se pretende diseñar programas de nutrición dirigidos al anciano, ya que dentro de los principales factores de riesgo modificables para la prevención de las enfermedades crónicas y sus complicaciones, está la nutrición.¹⁵

El estado de nutrición de las personas ancianas debe ser considerado y evaluado por los profesionistas de la salud ya que el riesgo de desnutrición en esta etapa de la vida ha aumentado, sobretodo en personas que por diferentes razones se encuentran en instituciones de cuidado como asilos, casas de reposo o bien en hospitales. La desnutrición se ha asociado con un estado de decline funcional que afecta el estado de salud por lo que es importante su detección temprana. La evaluación nutricional en los pacientes geriátricos permite identificar personas en riesgo de desnutrición para brindarles apoyo nutricio tan pronto como sea posible y de igual forma, a través de las diferentes herramientas metodológicas se pueden hacer seguimientos y diseños de programas de intervención nutricional para optimizar el manejo médico integral. El uso de la terapéutica nutricional a través de suplementos por la vía oral o enteral debe ser considerada en pacientes con riesgo de desnutrición, quienes no pueden cubrir sus requerimientos nutricionales.¹⁶

La Mini Valoración Nutricional (MNA) fue creado a principios del 1990 y fue diseñada para ser un instrumento rápido, económico y no invasivo para la valoración nutricional de los individuos mayores. Fue desarrollado y validado por Vellas y Guigoz, del equipo geriátrico de Toulouse. Validado para ser utilizado en personas mayores a través de tres estudios consecutivos. El primer estudio se realizó en Francia en 1991 en 155 adultos mayores en residencia geriátrica cuyo estado nutricional era con un rango entre muy bueno hasta malnutrido. En 1993 se realizó otro estudio en Toulousen y al mismo tiempo otro estudio en Albuquerque en Nuevo México con 347 adultos mayores que vivían independientes en su domicilio.¹⁷

La MNA ha sido validada en población mexicana para determinar riesgo de desnutrición en estudios epidemiológicos.¹⁸

Desde que fue validada en 1994 la MNA ha sido traducido en más de 20 idiomas, es una herramienta sencilla con alta sensibilidad (96%), especificidad (98%) y confiabilidad para desnutrición del 97%.¹⁹

La MNA comprende mediciones antropométricas (8 preguntas sobre peso, talla y pérdida de peso), evaluación global (8 preguntas sobre el estilo de vida, la medicación y la movilidad), evaluación nutricional (10 preguntas sobre el número de comidas, la ingesta de alimentos y líquidos y la autonomía para comer) y una evaluación subjetiva con 4 preguntas sobre autopercepción de la salud y la nutrición. Categoriza a los pacientes según los puntajes globales como sigue: < 17 desnutrición, 17 - 23,5 con riesgo de desnutrición y > 23,5 sin riesgo de desnutrición. La Mini Valoración Nutricional fue previamente validado (consistencia interna) con alfa de Cronbach (0,825), por lo cual se aceptó para las mediciones propuestas y su duración de aplicación es de 10 a 15 minutos.²⁰

ANTECEDENTES

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto es evidente la importancia del estado nutricional del anciano el cual está determinado por los requerimientos y la ingesta de alimentos; ellos a su vez son influenciados por otros factores, como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la salud mental y el estado de salud o enfermedad así como las restricciones socioeconómicas en las que generalmente se encuentran nuestra población anciana. No resulta fácil el diagnóstico del estado nutricional en el anciano debido a que no hay un “estándar de oro” aceptable. La valoración clínica (signos y síntomas) continúa siendo un elemento importante, aunque a menudo puede resultar tardío e inespecífico. Toda valoración nutricional de un adulto mayor debe basarse en:

Identificar situaciones de riesgo frecuentes: polimedicación, comorbilidad, demencia, depresión, pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria, incapacidad para realizar la compra de alimentos o para alimentarse por sí mismo, nivel cultural, hospitalización o viudez reciente. La identificación del deterioro y la intervención nutricia temprana pueden evitar algunas de las complicaciones de la desnutrición y disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad en el anciano, estableciendo oportunamente acciones de prevención. El estado nutricional del anciano está relacionado con el propio proceso de envejecimiento y este proceso está influenciado por el estado nutricional mantenido a lo largo de la vida. Durante el envejecimiento, se producen cambios corporales (aumento de masa grasa, disminución de masa magra), aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias, coexisten enfermedades crónicas y agudas. De acuerdo a esto, en caso de verse afectado cualquiera de estos elementos, se pone en riesgo la situación nutricional de los ancianos.²⁰

Es decir si un anciano tiene una funcionalidad limitada, difícilmente podrá alimentarse por sí mismo, si vive solo, será aún más difícil que se alimente, por lo que correrá mayor riesgo de desnutrirse. Por tanto la evaluación del estado nutricional debe incluir preguntas sobre independencia funcional y actividad física, así mismo debe evaluar patrones de alimentación, ingesta de nutrientes y medidas antropométricas.²¹

Para evaluar las alteraciones del estado nutricional es importante conocer cuáles son los indicadores que proporcionan información confiable, cuáles reflejan el estado de nutrimentos específicos relacionados con riesgo de morbilidad. Se recomienda hacer el Tamizaje del Estado Nutricional a todos los adultos mayores, enfermos o saludables. La Iniciativa de Tamizaje Nutricional (Nutrition Screening Initiative) de los Estados Unidos, ha delineado una serie de indicadores para la identificación de personas con factores de riesgo de desnutrición. Las medidas antropométricas son esenciales como información descriptiva básica y por su sencillez, las más importantes en el adulto mayor son: **peso, talla, circunferencias de brazo y pantorrilla**. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables pues resultan útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los adultos mayores. El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas. Solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global. El peso es un indicador necesario ya que esta información es de utilidad, considerando que las pérdidas significativas son predictivas de discapacidad en el adulto de edad avanzada.²²

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de Quetelet (peso en kg / talla² en m²) o índice de masa corporal (IMC). Se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias del estado nutricional. El IMC ideal para los adultos mayores no está definido, No existe evidencia de que en el adulto mayor las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o bajos que este rango no son recomendables, especialmente si se asocian a otros factores de riesgo.²³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención de los adultos mayores es actualmente una de las prioridades para el sector salud por el aumento de esta población en nuestro país, manifestada en los diversos programas de asistencia social que buscan el bienestar de este grupo poblacional, sin dejar de lado el aspecto nutricional. Aspecto en el que intervienen no únicamente el factor económico sino que existen otros como el aspecto cultural, psicológico y fisiológico que de una forma u otra pueden alterarlo. Es por esta razón que surge la siguiente pregunta a investigar:

¿Cuál es el estado nutricional del paciente geriátrico en el HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN

En el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid, en el 2002, generó el “Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento 2002”, cuyo objetivo consiste en “garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan seguir participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos”.

La tendencia demográfica proyecta un incremento de la población geriátrica en México, en quienes se invertirá gran parte del presupuesto para garantizar su derecho a la salud. Lo cual da incertidumbre de seguridad social a este grupo poblacional, sin embargo, con el envejecimiento los procesos fisiológicos del sistema digestivo como la absorción de nutrientes se ve comprometida, de tal manera que una dieta completa no asegura la disponibilidad de los elementos nutricionales por el organismo.

Por lo tanto la forma de identificar si una persona se encuentra sin riesgo de desnutrición es a través de una evaluación del estado de nutrición completa la cual debe incluir: historia clínica, examen físico, indicadores antropométricos, composición corporal, determinaciones de albúmina y otras proteínas séricas, datos de ingestión diaria, aspectos socioeconómicos e indicadores de independencia funcional, actividad física, así como de algunos otros indicadores de riesgo, los aspectos antes mencionados son abordados en la MNA.

Sin embargo y a pesar de que cada día aumenta la población geriátrica en nuestro país no se da la importancia que merece al estado nutricional que presentan y como esto puede influir en su salud. Es por ello que el presente estudio pretende mostrar el aspecto nutricional de dicha población y así conocer si se encuentran en desnutrición, si están en riesgo de desnutrición o si no están en riesgo.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el estado nutricional del paciente geriátrico mediante la Mini Valoración Nutricional en el HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo.”

HIPÓTESIS

Se coloca hipótesis con fines de enseñanza.

HIPÓTESIS NULA (H_0): Los pacientes geriátricos del HGZ /UMF No.8 no presentan riesgo de desnutrición.

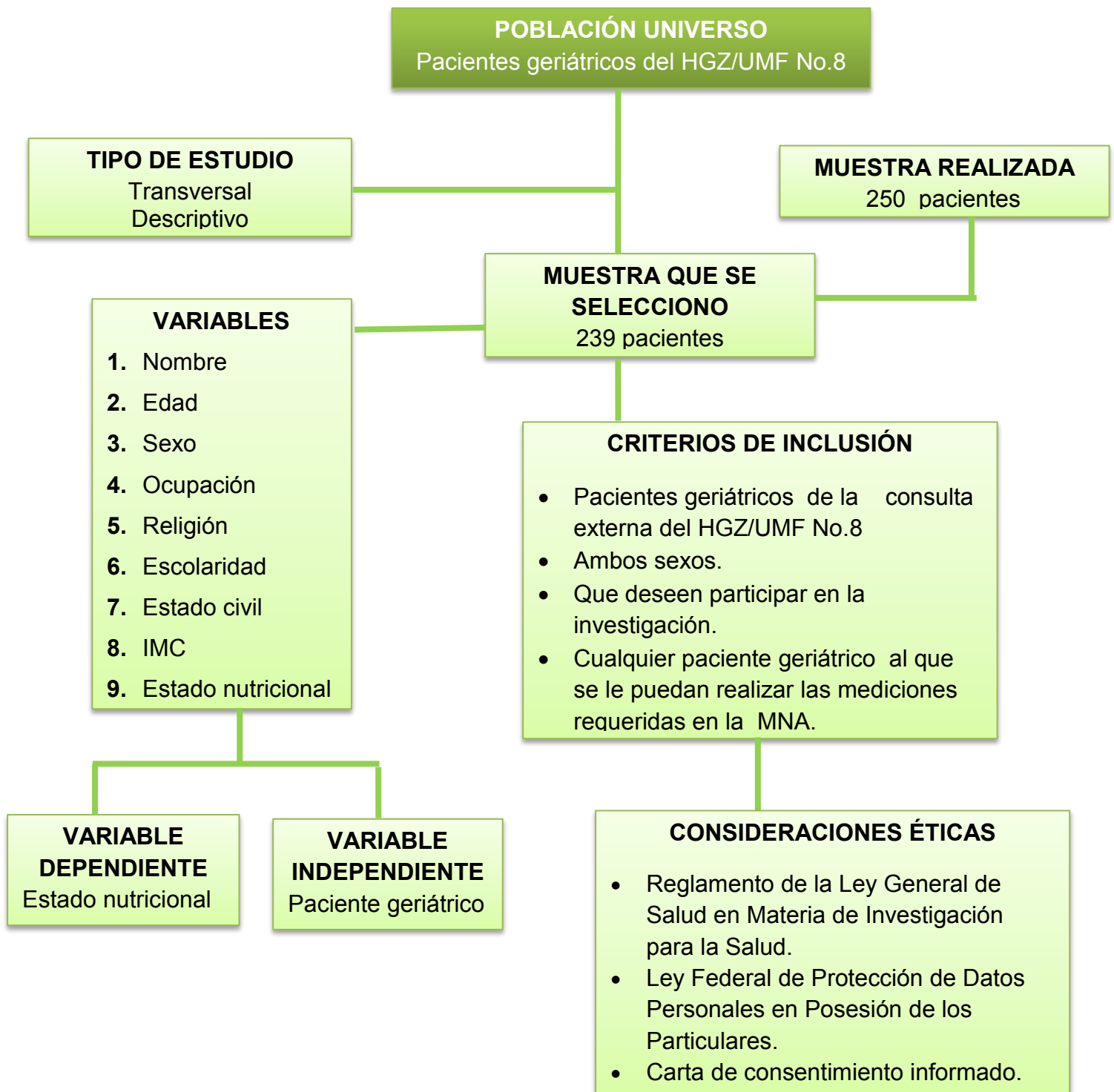
HIPÓTESIS ALTERNA (H_1): Los pacientes geriátricos del HGZ No.8 presentan riesgo de desnutrición.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **Prospectivo**
- Según el número de una misma variable o el periodo de secuencia del estudio: **Transversal.**
- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **No Comparativo.**
- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los estudios: **Descriptivo.**
- De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **Observacional.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Argumedo Jiménez Luz Angélica

POBLACIÓN O UNIVERSO

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La muestra de la población se obtuvo en una zona urbana de los pacientes geriátricos de la consulta externa en el HGZ/UMF No.8 del IMSS sin importar sexo, aplicando el instrumento Mini Valoración Nutricional.

Se realizó en un periodo comprendido del mes de Enero del 2014 al mes de Junio del 2014 en el HGZ/UMF No.8 del IMSS “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, ubicado en Río Magdalena No.289 Col. Tizapan San Ángel, Delegación Álvaro Obregón, México Distrito Federal.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con variable dicotómica para una población según su prevalencia fue de: 239 pacientes, con un intervalo de confianza del 99%, con una proporción del 0.10 y una amplitud total de intervalo de confianza de 0.10.

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo:

$$N=4Z_{\alpha}^2 P (1-P) / W^2$$

N= Número total de pacientes requeridos

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P= proporción esperada

(1-P)= Nivel de confianza (99%)

W= Amplitud del intervalo de confianza.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes geriátricos de la consulta externa del HGZ/UMF No.8
- Ambos sexos.
- Que aceptaron participar en la investigación.
- Cualquier paciente geriátrico al que se le pudo realizar las mediciones antropométricas requeridas en la MNA.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes geriátricos que no desearon participar en la investigación.
- Que tuvieron alguna discapacidad física.
- Pacientes que no supieran leer ni escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes a los que no se les pudo realizar las medidas antropométricas del MNA.
- Aquellos pacientes que no respondieron la totalidad de los reactivos del MNA.

VARIABLES

LISTA DE VARIABLES

1. Nombre
2. Edad
3. Sexo
4. Ocupación
5. Religión
6. Escolaridad
7. Estado civil
8. Clasificación de sobrepeso y obesidad de acuerdo a la OMS (IMC)
9. Estado nutricional

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Paciente Geriátrico

VARIABLE DEPENDIENTE

Estado Nutricional

VARIABLE DEL INSTRUMENTO

Estado Nutricional

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES
(SOCIODEMOGRAFICAS/IDENTIFICACION/UNIVERSALES)**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL
Nombre	Se trata de una denominación de carácter verbal que se le atribuye a un individuo, un animal o un objeto o a cualquier otra entidad, con el propósito de individualizarlo y reconocerlo frente a otros.
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos que dan por resultado la especialización de organismos en variedades mujer u hombre.
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.
Religión	Conjunto de creencias, normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano.
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia en una escuela para estudiar y recibir enseñanza adecuada.
Estado Civil	La situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Elaboró: Dra. Argumedo Jiménez Luz Angélica

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES
(PATOLOGIA PRINCIPAL)**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL
Clasificación de sobrepeso y obesidad según la OMS (IMC)	El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. EL IMC es una medida de asociación entre el peso y la talla.
Estado nutricional	Conjunto de fenómenos biológicos, psicoemocionales y socioculturales asociados con la obtención, asimilación y metabolismos de los nutrientes.

Elaboró: Dra. Argumedo Jiménez Luz Angélica

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
Nombre	Cualitativa	Textual	Nombre
Edad	Cuantitativa	Ordinal	1=60-80 2= >80
Sexo	Cualitativa	Nominal	1=Mujer 2=Hombre
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1=Empleado 2=Desempleado
Religión	Cualitativa	Nominal	1=Con religión 2=Sin religión
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1=Analfabeta 2=Primaria 3=Secundaria 4=Bachillerato 5=Licenciatura
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	1=Casado 2=Soltero 3=Viudo 4=Otro
Clasificación de sobrepeso y obesidad según OMS (IMC)	Cualitativa	Nominal	1=Desnutrición 2=Normal 3=Sobrepeso 4=Obesidad grado 1 5=Obesidad grado 2 6=Obesidad mórbida
Estado Nutricional	Cualitativa	Nominal	1=Bien nutrido 2=Riesgo de desnutrición 3=Desnutrido

Elaboró: Dra. Argumedo Jiménez Luz Angélica

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 21 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo). Se calculó distribución de frecuencia y proporciones con intervalos de confianza de 99% así como porcentajes. El tipo de muestra fue representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El MNA fue creado a principios del 1990 y fue diseñado para ser un instrumento rápido, económico y no invasivo para la valoración nutricional de los individuos mayores fue desarrollado y validado por Vellas y Guigoz, del equipo geriátrico de Toulouse. Fue validado para ser utilizado en personas mayores a través de tres estudios consecutivos. El primer estudio se realizó en Francia en 1991 en 155 adultos mayores en residencia geriátrica cuyo estado nutricional era con un rango entre muy bueno hasta malnutrido. En 1993 se realizó otro estudio en Toulousen y al mismo tiempo otro estudio en Albuquerque en New México con 347 adultos mayores que vivían independientes en su domicilio.

Desde que fue validada en 1994 la MNA ha sido traducido en más de 20 idiomas, es una herramienta sencilla con alta sensibilidad (96%), especificidad (98%) y confiabilidad para desnutrición del 97%.

La MNA comprende mediciones antropométricas (8 preguntas sobre peso, talla y pérdida de peso), evaluación global (8 preguntas sobre el estilo de vida, la medicación y la movilidad), evaluación nutricional (10 preguntas sobre el número de comidas, la ingesta de alimentos y líquidos y la autonomía para comer) y una evaluación subjetiva con 4 preguntas sobre autopercepción de la salud y la nutrición. Categoriza a los pacientes según los puntajes globales como sigue: < 17 desnutrición, 17 - 23,5 con riesgo de desnutrición y > 23,5 sin riesgo de desnutrición.

La MNA fue previamente validado (consistencia interna) con alfa de Cronbach (0,825), por lo cual se aceptó para las mediciones propuestas y su duración de aplicación es de 10 a 15 minutos.

La evaluación nutricional es una herramienta útil en la práctica para medir el estado nutricional de las personas mayores. Se aplicó el instrumento para determinar el estado nutricional, la Mini Valoración Nutricional (MNA) por parte del encuestador, con una duración aproximada de 10 a 15 minutos.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó la identificación de adultos mayores en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 sin distinción de turno. Solicitando autorización por parte del médico de base de dicha consulta y explicando los objetivos del mismo.

Se explicó al paciente en qué consistía el instrumento de valoración y si deseaba participar en el estudio dando lectura textual a las especificaciones de la carta de consentimiento informado, procediendo a la firma del mismo.

Se aplicó el instrumento para valorar el estado nutricional (Mini Valoración Nutricional). Realizando en primera instancia las mediciones antropométricas (variables cuantitativas) para continuar posteriormente con la recolección de la información del cuestionario (variables cualitativas).

El examinador no debía discutir ninguna pregunta con el paciente, no dar opiniones sobre las preguntas del instrumento o de forma personal incitando al paciente a plasmar percepciones u opiniones propias, solo se otorgaron definiciones desconocidas incluidas en el cuestionario.

Una vez completada la muestra del estudio, se procedió a aplicar los criterios de eliminación y por último se procedió a recolectar los datos en una hoja de cálculo para formar la unidad de análisis.

MANIOBRAS PARA CONTROLAR Y EVITAR SEGOS

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura con fuentes de información confiable con la mejor evidencia con revisión en la medicina basada en la mejor evidencia.
- Los cuestionarios deben ser claros.
- Los participantes no deben ser conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación.

CONTROL DE SEGOS DE MEDICIÓN

- Capacitación integral para la realización de las mediciones antropométricas.
- Utilización de instrumentos calibrados.
- Todas las encuestas fueron realizadas por un solo aplicador.

CONTROL DE SEGOS DE SELECCIÓN:

- Evaluar cuidadosamente las implicaciones en los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.
- Calcular la muestra representativa de la población.

CONTROL DE SEGOS DE ANÁLISIS:

- Registrar y analizar los datos correctamente.
- Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recabados.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:
EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTES GERIATRICOS EN EL HGZ/UMF#8 DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO

2013

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
IDEA A ESTUDIAR												
TITULO												
ANTECEDENTES												
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA												
JUSTIFICACION												
OBJETIVOS												
HIPOTESIS												
MATERIAL Y METODOS												
DISEÑO METODOLOGICO												
ANALISIS ESTADISTICO												
CONSIDERACIONES ETICAS												
RECURSOS												
BIBLIOGRAFIA												
ASPECTOS GENERALES												
ACEPTACION												

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:
 EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTES GERIATRICOS EN EL HGZ/UMF#8 DR. GILBERTO FLORES
 IZQUIERDO

2014

FECHA	MR 2014	ABR 2014	MA 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO												
RECOLECCION DE DATOS												
ALMACENAMIENTO DE DATOS												
ANALISIS DE DATOS												
DESCRIPCION DE DATOS												
DISCUSIÓN DE DATOS												
CONCLUSION DEL ESTUDIO												
INTEGRACION Y REVISIÓN FINAL												
REPORTE FINAL												
AUTORIZACIONES												
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												
PUBLICACION												

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS

Para la realización de este proyecto se contó con el apoyo de un asesor clínico (Dra. Ana Toro Fontanell), además de un aplicador de cuestionarios y un recolector de datos (Dra. Luz Angélica Argumedo Jiménez). Para la realización de la parte estadística e interpretación de datos se contó con la participación del Dr. Eduardo Vilchis Chaparro. Además de un director de tesis para la planeación de dicha actividad (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio). Pacientes geriátricos que desearon participar de la consulta externa de en el HGZ/UMF No. 8.

RECURSOS MATERIALES Y FISICOS

Se utilizó el cuestionario MNA impreso, copias fotostáticas para reproducir el cuestionario, hojas recolectoras de información, lápices, plumas, gomas, computadora con Software Windows 8 para hoja de texto, hoja de cálculo y presentador multimedia así como software SPSS 20 para el análisis estadísticos. Una memoria USB para el almacenamiento de la información, así como cinta métrica para la medición de medidas antropométricas y bascula calibrada para la obtención de peso y talla de los encuestados. Se utilizó para realizar dicha investigación las instalaciones del HGZ/UMF No.8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos de la investigación fueron costeados por la Dra. Luz Angélica Argumedo Jiménez (Residente de Medicina Familiar).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente tesis no desobedece la Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial, El reglamento de La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la Carta de Consentimiento Informado del protocolo de investigación: Evaluación del estado nutricional del paciente geriátrico en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8. Se encuentra el Consentimiento Informado (Ver Anexo).

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y aceptado por el comité local de investigación.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS

Se estudió a 250 pacientes geriátricos del HGZ/UMF N°.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Los rangos de edad fueron: 190 (76%) de 60 a 80 años y 60 (24%) 81 a 100 años. (Ver

Tabla y Gráfica 1)

En relación a la edad se obtuvo un valor mínimo de 60 años, valor máximo de 94 años, y una desviación estándar de 7.6 años. Media de 72.3 años, moda 81 años y la mediana 73 años.

De acuerdo a sexo se encontró 133 (53.2%) femenino y 117 (46.8%) masculino. (Ver

Tabla y Gráfica 2)

En el rubro correspondiente a ocupación el resultado fue 46 (18.4%) empleados y 204 (81.6%) desempleados. (Ver Tabla y Gráfica 3)

Referente a la religión se observó 216 (86.4%) con religión y 34 (13.6%) sin religión. (Ver

Gráfica y Tabla 4)

Dentro del rubro de escolaridad se detectó 49 (19.6%) analfabetas, 114 (45.6%) primaria, 53 (21.2%) secundaria, 28 (11.2%) bachillerato y 6 (2.4%) licenciatura. (Ver

Tabla y Gráfica 5)

Sobre el estado civil se encontró 144 (57.6%) casados, 23 (9.2%) solteros, 79 (31.6%) viudos y 4 (1.6%) otros. (Ver Gráfica y Tabla 6)

Respecto a la clasificación de la OMS de sobrepeso y obesidad se encontró un valor mínimo de 14.7 kg/m², valor máximo de 41 kg/m² y con desviación estándar de 4.5 kg/m². Media de 27.5 kg/m², moda de 27.8 kg/m² y mediana 27.6 kg/m²

En referencia a la clasificación de la OMS de sobrepeso y obesidad se detectó 2 (8%) con desnutrición, 62 (24.8%) peso normal, 125 (50%) sobrepeso, 45 (18%) con obesidad grado 1, 10 (4%) con obesidad grado 2 y 6 (2.4%) con obesidad mórbida. (Ver Tabla y Gráfica 7)

En relación al estado nutricional se presentó 121 (48.4%) sin riesgo de desnutrición, 125 (50%) con riesgo de desnutrición y 4 (1.6%) desnutrición. (Ver Gráfica y Tabla 8).

Se encontró de acuerdo a edad y estado nutricional en el rango de 60 a 80 años: 98 (39.2%) sin riesgo de desnutrición, 89 (35.6%) con riesgo de desnutrición y 3 (1.2%) desnutridos; mientras que en el rango de 81 a 100 años: 23 (9.2%) sin riesgo de desnutrición, 36 (14.4%) con riesgo de desnutrición y 1 (0.4%) con desnutrición. (Ver Tabla y Gráfica 9)

De acuerdo a sexo y estado nutricional la información obtenida en mujeres fue: 65 (26%) sin riesgo de desnutrición, 65 (26%) con riesgo de desnutrición y 31 (1.2%) desnutridas; por otra parte para el sexo masculino se obtuvo: 56 (22.4%) sin riesgo de desnutrición, 60 (24%) con riesgo de desnutrición y 4 (1.6%) desnutrición. (Ver Tabla y Gráfica 10)

Con respecto a la ocupación y el estado nutricional se presentó empleados: 22 (8.8%) sin riesgo de desnutrición y 24 (9.6%) con riesgo de desnutrición; y en relación a desempleados: 99 (39.6%) sin riesgo de desnutrición, 101 (40.4%) con riesgo de desnutrición y 4 (1.6%) desnutrición. (Ver Tabla y Gráfica 11)

En relación a la religión y estado nutricional se obtuvo con religión: 111 (44.4%) sin riesgo de desnutrición, 103 (41.2%) con riesgo de desnutrición y 2 (0.8%) con desnutrición; mientras que sin religión: 10 (4.0%) sin riesgo de desnutrición, 22 (8.8%) con riesgo de desnutrición y 2 (0.8%) desnutridos. (Ver Tabla y Gráfica 12)

Se obtuvo de acuerdo a escolaridad y estado nutricional con respecto a analfabetas: 16 (6.4%) sin riesgo de desnutrición, 30 (12.0%) con riesgo de desnutrición y 3 (1.2%) desnutrición; para primaria: 54 (21.6%) sin riesgo de desnutrición y 60 (24.0%) con riesgo de desnutrición; para secundaria: 33 (13.2%) sin riesgo de desnutrición y 20 (8.0%) con riesgo de desnutrición; para bachillerato: 14 (5.6%) sin riesgo de desnutrición y 13 (5.2%) con riesgo de desnutrición; finalmente para licenciatura: 4 (1.6%) sin riesgo de desnutrición y 2 (0.8%) con riesgo de desnutrición. (Ver Tabla y Gráfica 13)

En relación con el estado civil y estado nutricional en casados se encontró: 77 (30.8%) sin riesgo de desnutrición y 67 (26.8%) con riesgo de desnutrición; en solteros 12 (4.8%) sin riesgo de desnutrición y 11 (4.4%) con riesgo de desnutrición; en viudos 31 (12.4%) sin riesgo de desnutrición, 44 (17.6%) con riesgo de desnutrición, 4 (1.6%) con desnutrición y en otros: 1 (0.4%) sin riesgo de desnutrición y 3 (1.2%) con riesgo de desnutrición. (Ver Tabla y Gráfica 14)

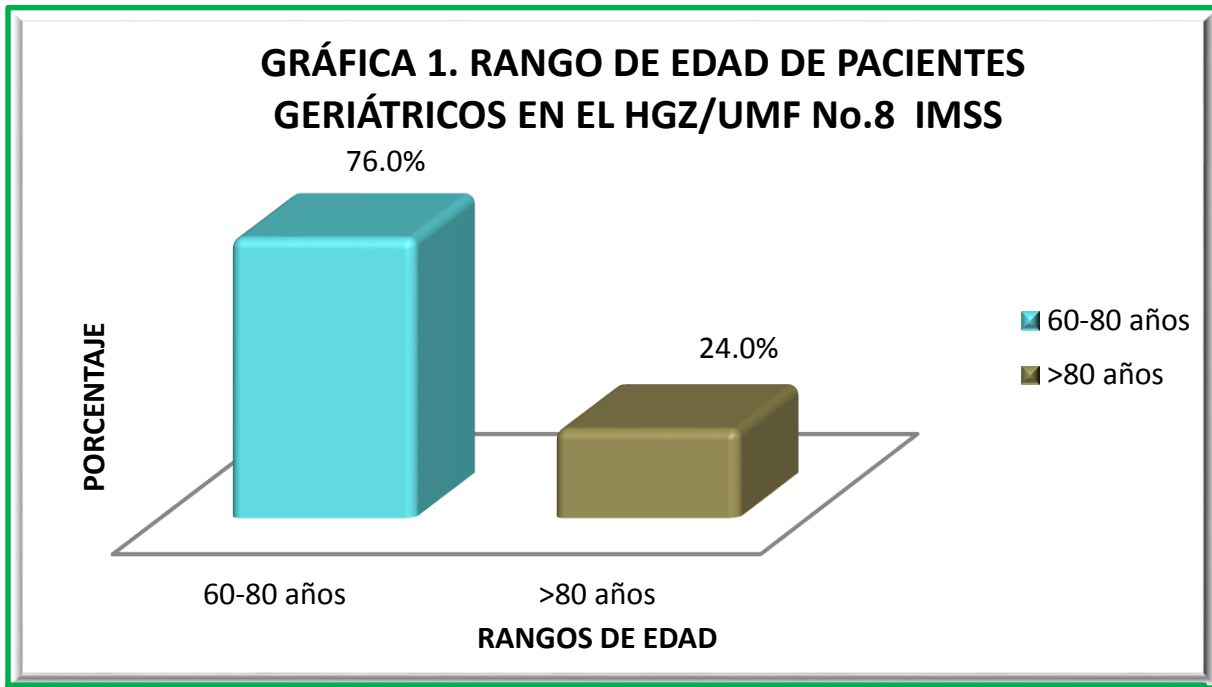
En cuanto a la clasificación de la OMS de sobrepeso y obesidad se encontró que en la categoría de desnutrición: 2 (0.8%) con riesgo de desnutrición; categoría de normal : 23 (9.2%) sin riesgo de desnutrición, 36 (14.4%) con riesgo de desnutrición, 3 (1.2%) desnutrición; para sobrepeso: 63 (25.2%) sin riesgo de desnutrición, 61 (24.4%) con riesgo de desnutrición, 1 (0.4%) desnutrición; con obesidad grado 1: 26 (10.4%) con riesgo de desnutrición y 19 (7.6%) con riesgo de desnutrición; respecto a obesidad grado 2; 7 (2.8%) sin riesgo de desnutrición y 3 (1.2%) con riesgo de desnutrición, finalmente para obesidad mórbida: 2 (0.8%) sin riesgo de desnutrición y 4 (1.6%) con riesgo de desnutrición. (Ver Tabla y Gráfica 15)

TABLA 1. Rango de edad de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
60-80	190	76
81-100	60	24
Total	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

GRÁFICA 1. RANGO DE EDAD DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL HGZ/UMF No.8 IMSS



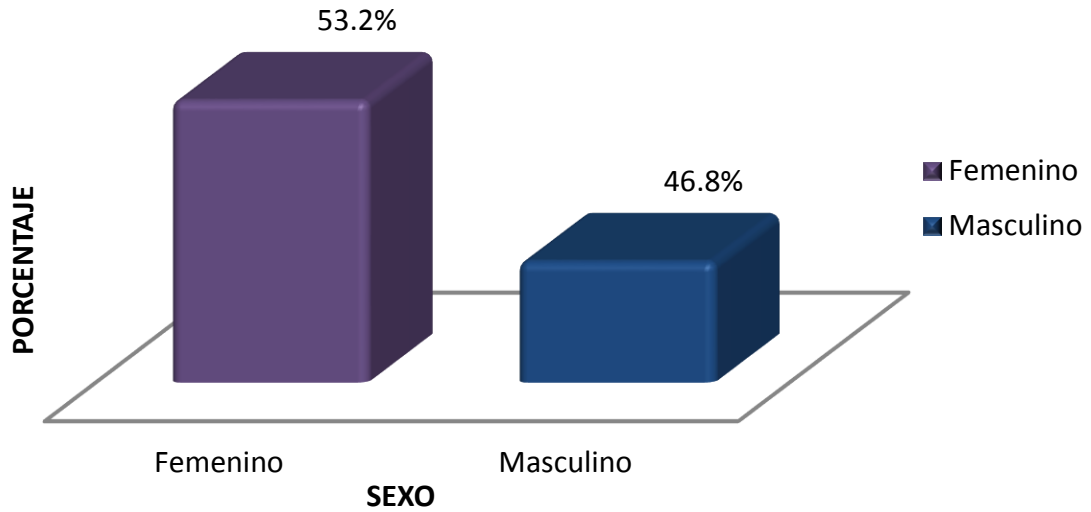
FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

TABLA 2. Sexo de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	133	53.2
Masculino	117	46.8
Total	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 2. SEXO DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL HGZ/UMF No.8 IMSS



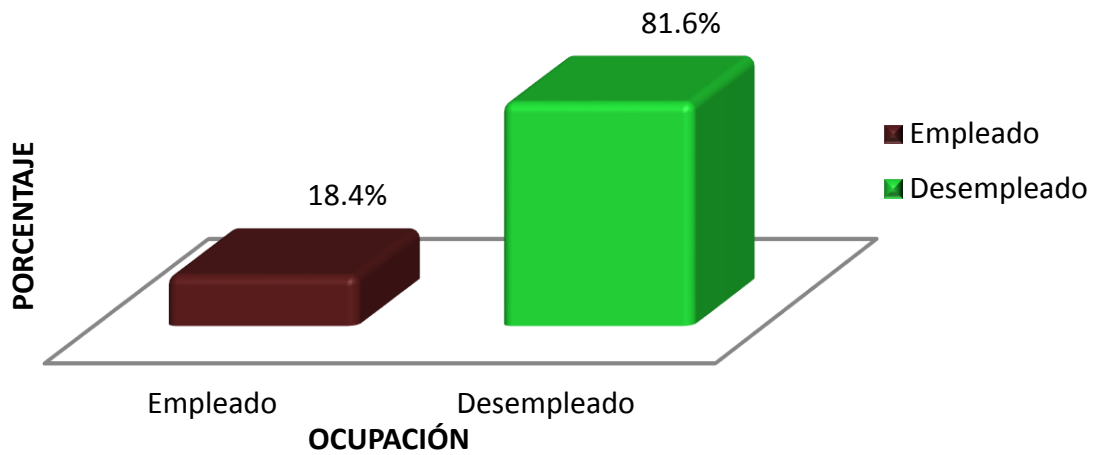
FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

TABLA 3. Ocupación de pacientes geriátricos del HGZ/UMF No.8 IMSS

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	46	18.4
Desempleado	204	81.6
Total	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

GRÁFICA 3. OCUPACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL HGZ/UMF No.8 IMSS



FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

TABLA 4. Religión de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No. 8 IMSS		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con religión	216	86.4
Sin religión	34	13.6
Total	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

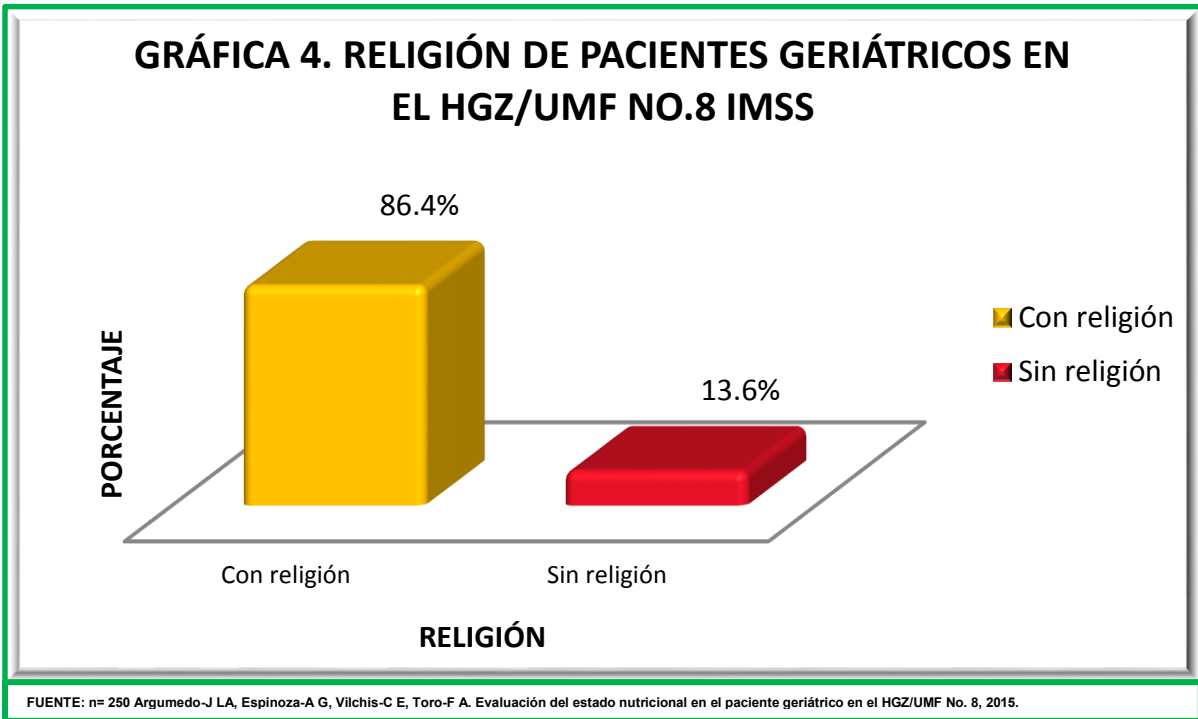
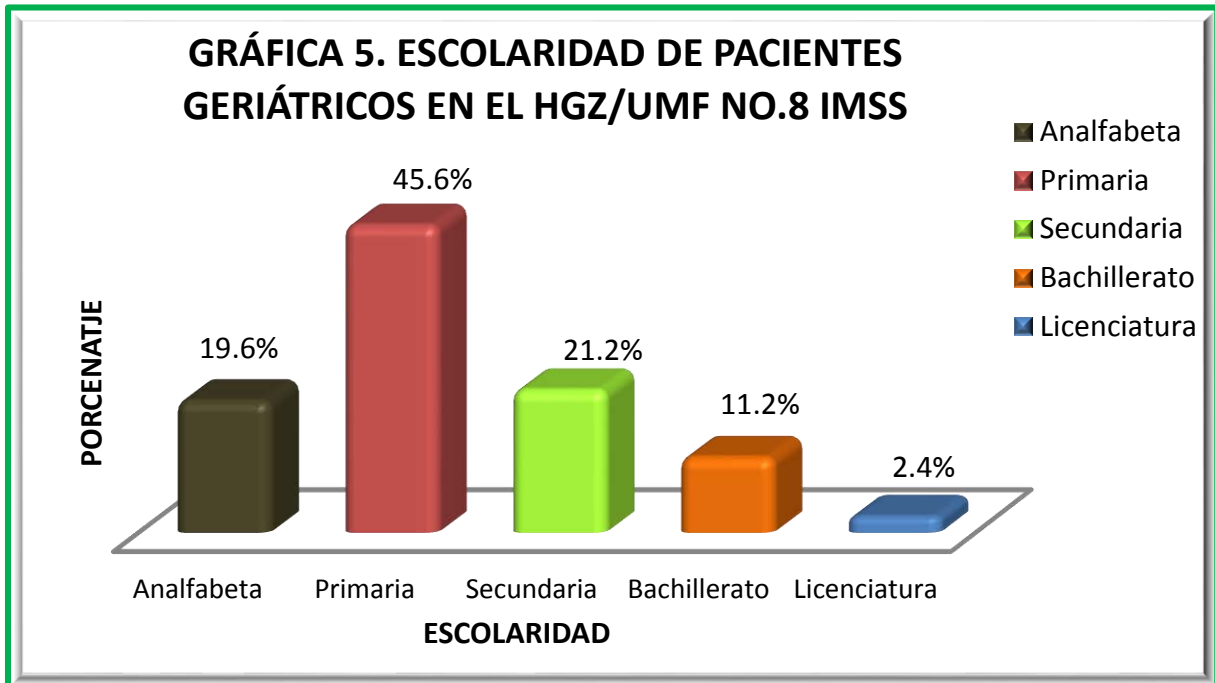


TABLA 5. Escolaridad de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeta	49	19.6
Primaria	114	45.6
Secundaria	53	21.2
Bachillerato	28	11.2
Licenciatura	6	2.4
Total	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

GRÁFICA 5. ESCOLARIDAD DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL HGZ/UMF NO.8 IMSS



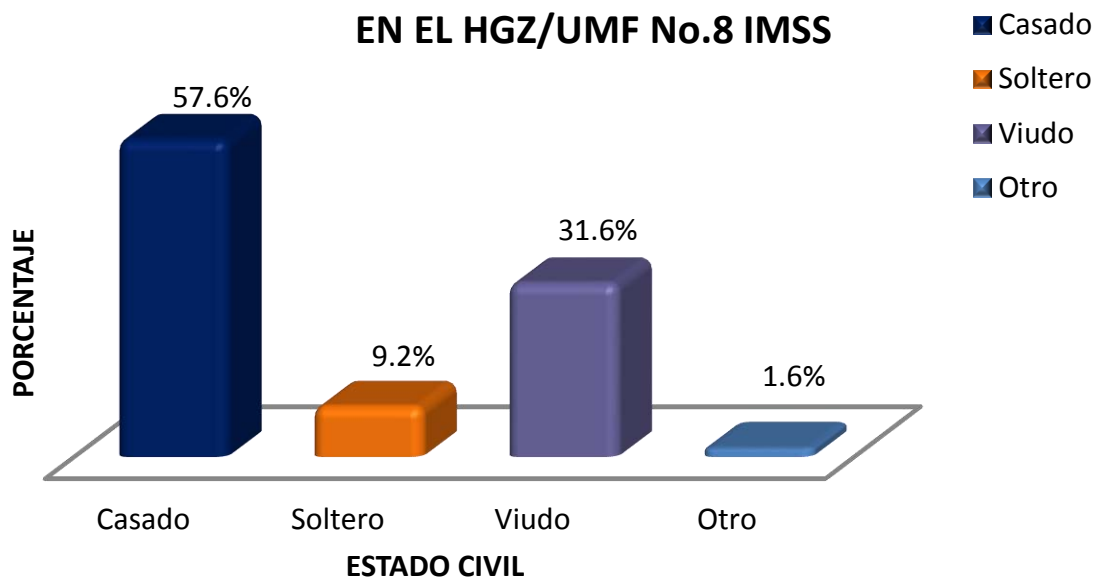
FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

TABLA 6. Estado civil de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No. 8 IMSS

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casado	144	57.6
Soltero	23	9.2
Viudo	79	31.6
Otro	4	1.6
Total	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

GRÁFICA 6. ESTADO CIVIL DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL HGZ/UMF No.8 IMSS



FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

TABLA 7. Grado de sobrepeso y obesidad según la OMS del paciente geriátrico en el HGZ/UMF No.8 IMSS

Clasificación de sobrepeso y obesidad según la OMS (Kg/m ²)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Desnutrición	2	0.8
Normal	62	24.8
Sobrepeso	125	50
Obesidad Grado 1	45	18
Obesidad Grado 2	10	4
Obesidad Mórbida	6	2.40
Total	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

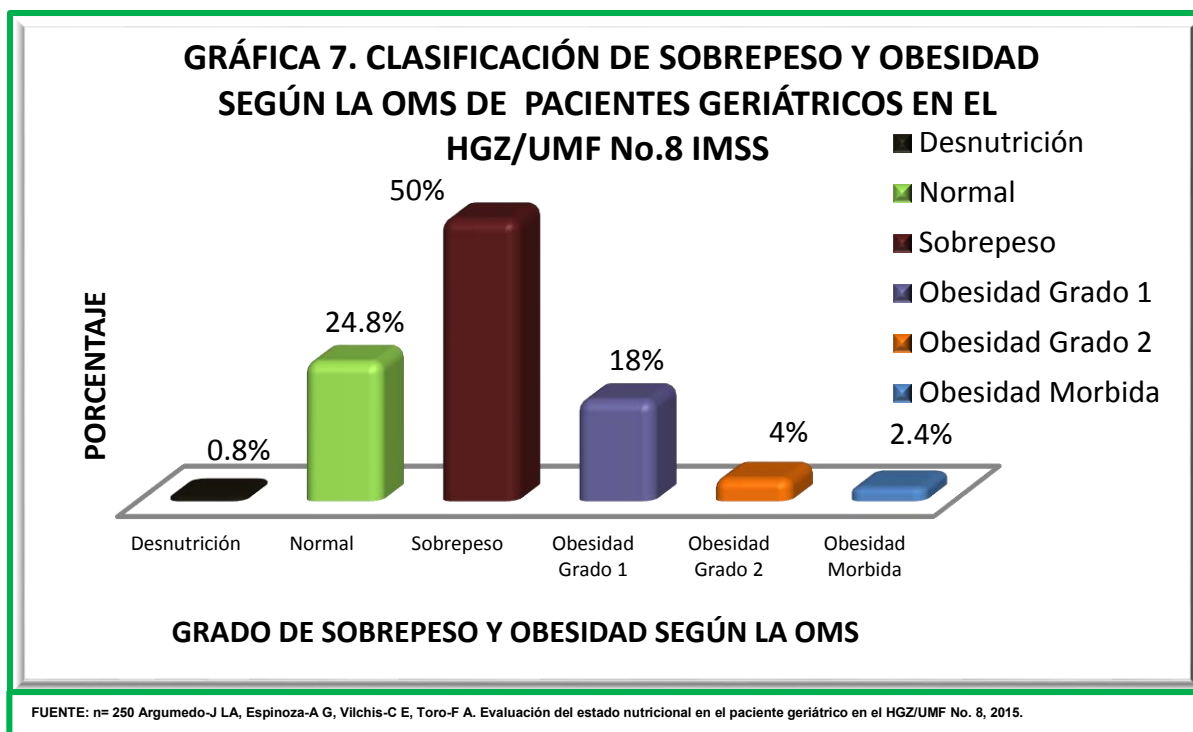
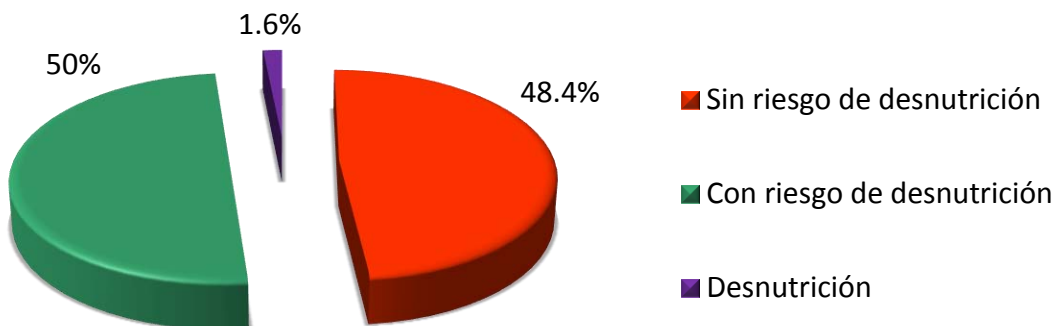


TABLA 8. Estado nutricional de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bien Nutrido	121	48.4
Riesgo de Desnutrición	125	50
Desnutrición	4	1.6
Total	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

GRÁFICA 8. ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES GERIÁTRICOS ENE EL HGZ/UMF No. 8 IMSS



FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

Tabla 9. Rango de edad y estado nutricional de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

Edad (años)	Sin riesgo de desnutrición		Con riesgo de desnutrición		Desnutrición		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia.	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
60-80	98	39.2	89	35.6	3	1.2	190	76
81-100	23	9.2	36	14.4	1	0.4	60	24
Total	121	48.4	125	50	4	1.6	250	100

Fuente: n= 250 argumedo-j la, espinoza-a g, vilchis-c e, Toro-f a. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el hgz/umf no. 8, 2015.

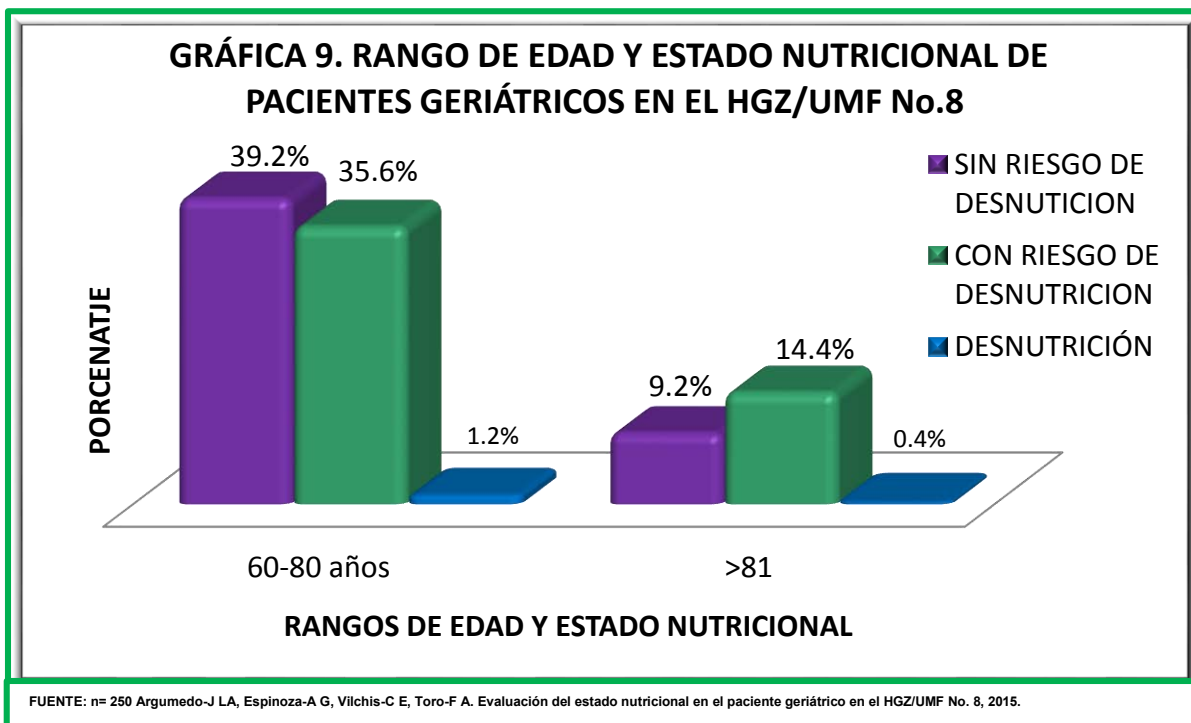
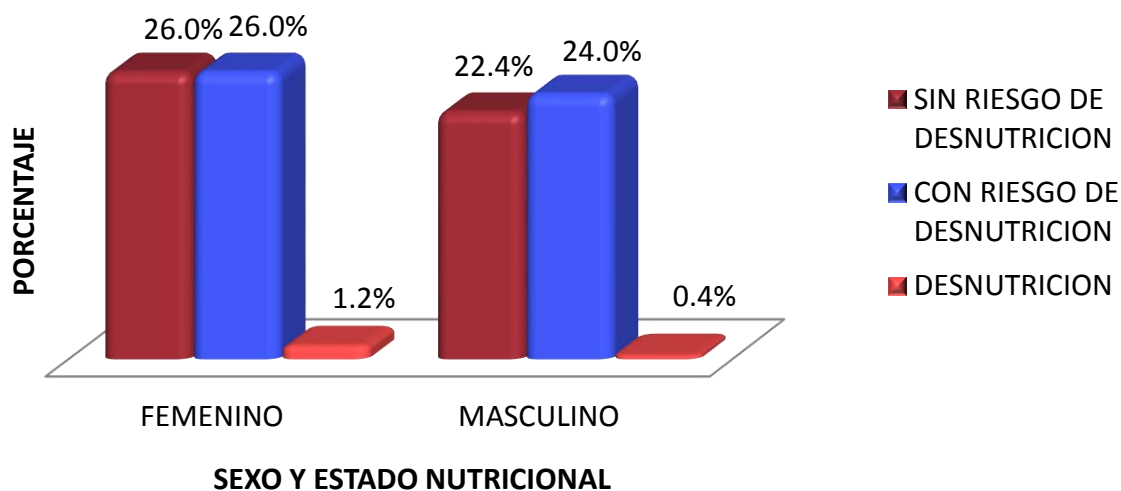


TABLA 10. Sexo y estado nutricional de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

SEXO	Sin riesgo de desnutrición		Con riesgo de desnutrición		Desnutrición		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	65	26	65	26	3	1.2	133	53.2
Masculino	56	22.4	60	24	1	0.4	117	46.8
Total	121	48.4	125	50	4	1.6	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

GRÁFICA 10. SEXO Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL HGZ/UMF No.8 IMSS



FUENTE: n= 250 Aruamedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

TABLA 11. Ocupación y estado nutricional de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

OCUPACIÓN	SIN RIESGO DE DESNUTRICIÓN		CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN		DESNUTRICIÓN		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Empleado	22	8.8	24	9.6	0	0	46	18.4
Desempleado	99	39.6	101	40.4	4	1.6	204	81.6
Total	121	48.8	125	50.0	4	1.6	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

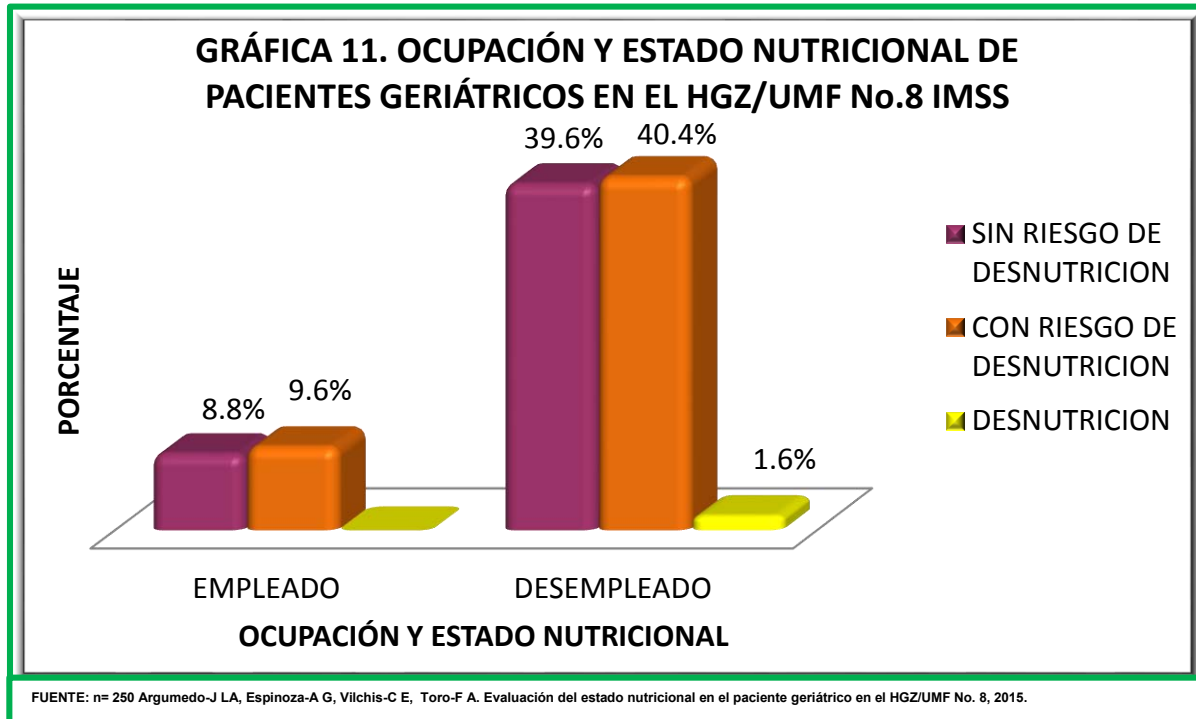
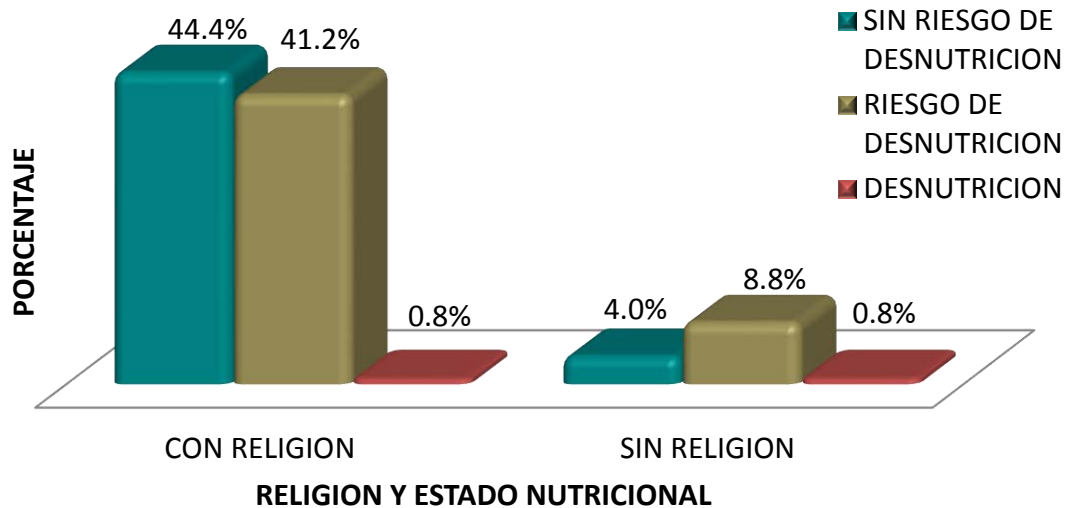


TABLA 12. Religión y estado nutricional de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

Religión	Sin riesgo de desnutrición		Con riesgo de desnutrición		Desnutrición		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Con religión	111	44.4	103	41.2	2	0.8	216	86.4
Sin religión	10	4	22	8.8	2	0.8	34	13.6
Total	121	48.4	125	50	4	1.6	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

GRÁFICA 12. RELIGIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL HGZ/UMF No.8 IMSS



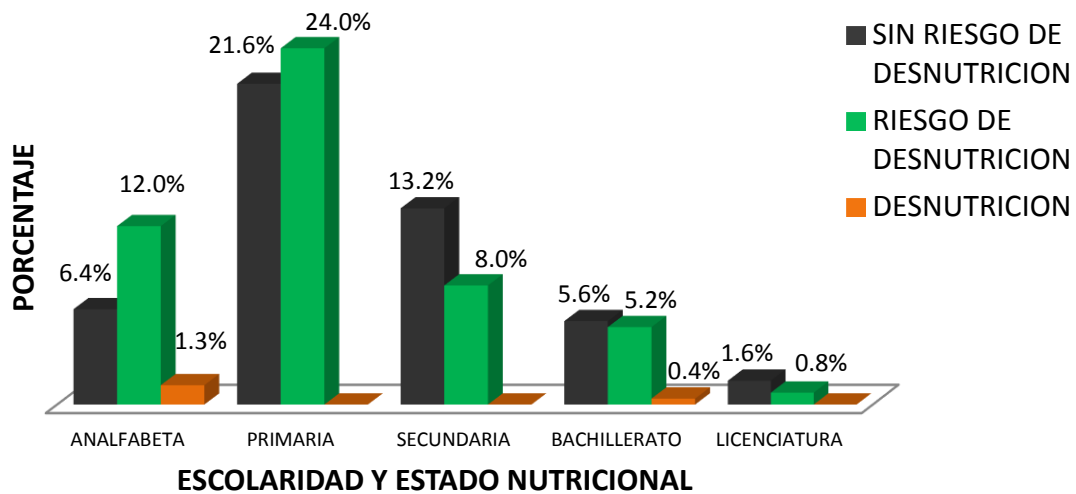
FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

TABLA 13. Escolaridad y estado nutricional de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

Escolaridad	Sin riesgo de desnutrición		Con riesgo de desnutrición		Desnutrición		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Analfabeta	16	6.4	30	12	3	1.2	49	19.6
Primaria	54	21.6	60	24	0	0	114	45.6
Secundaria	33	13.2	20	8	0	0	53	21.2
Bachillerato	14	5.6	13	5.2	1	0.4	28	11.2
Licenciatura	4	1.6	0.8	0	0	0	6	2.4
Total	121	48.4	125	50	4	1.6	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

GRÁFICA 13. ESCOLARIDAD Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL HGZ/UMF No.8 IMSS



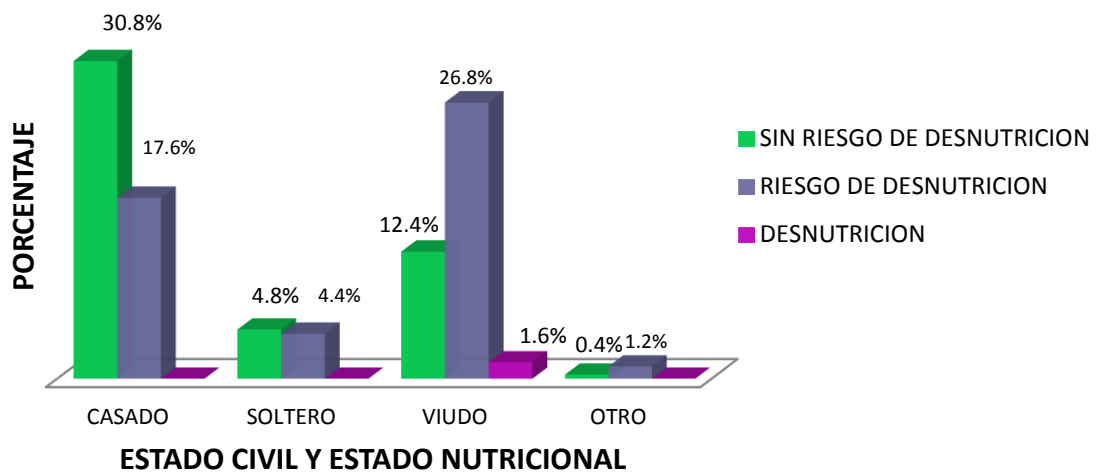
FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

TABLA 14. Estado civil y estado nutricional de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

Estado civil	Sin riesgo de desnutrición		Con riesgo de desnutrición		Desnutrición		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Casado	77	30.8	67	17.6	0	0	144	57.6
Soltero	12	4.8	11	4.4	0	0	23	9.2
Viudo	31	12.4	44	26.8	4	4	79	31.6
Otro	1	0.4	3	1.2	0	0	4	1.6
Total	121	48.4	125	50	4	1.6	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Del Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

GRÁFICA 14. ESTADO CIVIL Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL HGZ/UMF No.8



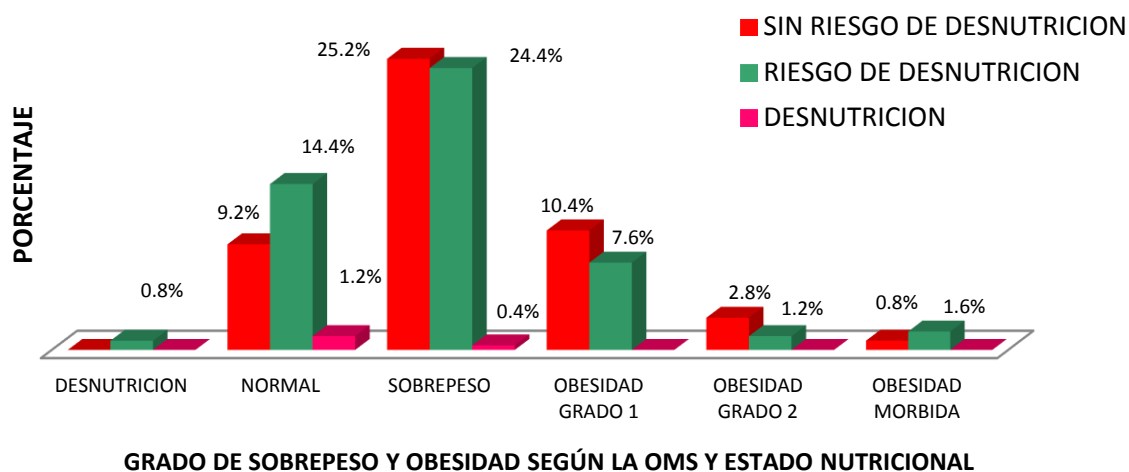
FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

TABLA 15. Grado de sobrepeso y obesidad según la OMS y estado nutricional de pacientes geriátricos en el HGZ/UMF No.8 IMSS

Clasificación de sobrepeso y obesidad según la OMS (Kg/m ²)	Sin riesgo de desnutrición		Con riesgo de desnutrición		Desnutrición		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Desnutrición	0	0	2	0.8	0	0	2	0.8
Normal	23	9.2	36	14.4	3	1.2	62	24.8
Sobrepeso	63		61	24.4	1	0.4	125	50
Obesidad grado 1	26	10.4	19	7.6	0	0	45	18
Obesidad grado 2	7	2.8	3	1.2	0	0	10	4
Obesidad Mórbida	2	0.8	4	1.6	0	0	0	0
Total	121	48.4	125	50	4	1.6	250	100

FUENTE: n= 250 Argumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

GRÁFICA 15. GRADO DE SOPRESPESO Y OBESIDAD SEGÚN LA OMS DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL HGZ/UMF No.8 IMSS



FUENTE: n= 250 Araumedo-J LA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del estado nutricional en el paciente geriátrico en el HGZ/UMF No. 8, 2015.

DISCUSIONES

En el estudio de Calderón et al, en Michoacán en 2010 en su estudio “Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar” utilizando la Mini Valoración Nutricional observó que la desnutrición fue de 29.9%. En nuestra investigación se encontró con desnutrición 1.6%. Existiendo diferencias por el hecho de que nuestra población es en primera instancia de zona urbana, con nivel socioeconómico medio, mayor poder adquisitivo lo que se ve reflejado en una dieta asentada en alimentos procesados y en un marcado sedentarismo, polo opuesto a lo que encontramos en población michoacana donde por ser un estado predominantemente agrícola la forma de alimentarse es de características muy distintas aunado al nivel socioeconómico medio bajo lo que condiciona que su alimentación sea baja en proteínas, carbohidratos y grasas. Se puede entonces considerar que estos pueden ser factores asociados a la discrepancia que se presentó entre ambas investigaciones. Por otro lado Montejano et al, en España (2013) en su “Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizadas”, no encontró desnutrición. Reconociendo que en nuestro país no existen condiciones sociales ni económicas similares a las de Europa, se puede atribuir que sea una de las principales causas de porque no encontramos desnutrición en esta última. Si bien el DF representa una gran metrópoli también existe una polarización de la riqueza lo que marca a una población netamente pobre y por ende desnutrición.

En el artículo de Ortiz Saavedra et al, (2007) en Perú “Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina de un hospital general” encontró una media de edad de 72.7 años, coincidente con lo que se presentó en nuestro estudio con una media de 74.3 años. Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas están viviendo más años en todo el mundo. Si nos apoyamos en los promedios mundiales con una esperanza de vida de alrededor de 73 años, nos daremos cuenta que si bien es cierto que la población geriátrica está en aumento, esto no quiere decir que México esté preparado para afrontar lo que esto conlleva.

Y una de las principales áreas a considerar son los cambios que de manera fisiológica se irán presentando en nuestros adultos mayores, entre ellos y de relevancia para el ámbito nutricional son una disminución en la absorción de nutrientes, la mengua en la ingesta de alimentos, la limitación de las funciones básicas y la escasa actividad física que ya ellos pueden realizar se manifestara en un elevado riesgo de desnutrición.

Por otro lado en el rubro de sexo citaremos el trabajo realizado por Shamah-Levy et al, (2008) “Estado de salud y nutrición de los adultos en México: resultados de una encuesta probabilística nacional” encontrando: femeninos 57% y masculinos 43%. En nuestro estudio se observó del sexo femenino 53.2% y sexo masculinos 46.8%. Lo que traduce la demografía actual de nuestro país donde existe un predominio de mujeres por que la esperanza de vida es mayor en este género (78.8 años).

En relación a sexo y estado nutricional Jiménez Sanz y colaboradores (2011) en España con su investigación: “Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria” observó que el sexo femenino presentó mayor riesgo de desnutrición en un 22%. Nuestros resultados arrojaron un porcentaje similar entre ambos sexos del 26%. Esto refleja que aunque las poblaciones sean de distintos continentes el riesgo de desnutrición es similar, esto nos hace pensar que si bien es cierto que en edades tempranas es la mujer quien acude con mayor regularidad a una revisión médica y tiene mayor cuidado de su alimentación, en la edad geriátrica por depender de terceras personas generalmente de un miembro de su familia o incluso por el hecho de vivir solos, ambos sexos se ven limitados en decidir la forma de alimentarse, en su atención médica, por lo tanto ambos sexos desfilan a ostentar riesgo de desnutrición.

La escolaridad es un elemento de gran importancia en las oportunidades de bienestar y desarrollo personal, según Ham Chande (SABE 2000) “Salud y Bienestar del adulto mayor en México” encontró: analfabetas 19.1% y primaria 40.2%. En relación a nuestro estudio se observó analfabetas 19.6% y primaria 45.6%. Al analizar la similitud entre ambos estudios podemos darnos cuenta que los adultos mayores presentan desventajas, debido a que estas personas estaban en edad escolar cuando el sistema educativo era escaso, selectivo y segregaba a un grupo importante de la población.

Conforme el país se ha desarrollado también han crecido las oportunidades educativas lo cual refleja que los grados académicos alcanzados decrecen conforme las generaciones son más antiguas, siendo muy pocos los mayores de 60 años que llegaron a cursar un grado mayor a la primaria. Lo que se demuestra en nuestra investigación donde la cuarta parte de los pacientes geriátricos se encuentran con riesgo de desnutrición y su nivel de escolaridad es primaria.

Aspecto importante es el estado Civil de los adultos mayores, Morillas et al, (2006) España “Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados” reportó: 60% casados y 30% viudos, resultados similares presentó nuestro estudio con 57.6% casados y 31.6% viudos. Esta concordancia refleja que existe a nivel mundial una mayor esperanza de vida, podría representar un factor protector el hecho de aun contar con el cónyuge pues de esta forma pueden lograr tener una mejor forma de alimentación, cuentan con un apoyo emocional y muchas veces económico lo que logra de cierta manera que uno se preocupe por el otro de su estado de salud y aunque como ya se comentó se dependa del núcleo familiar para poder realizar cierto tipo de actividades entre ellas el alimentarse, o el asistir a su clínica familiar para su revisión médica se encontraran en un menor riesgo de desnutrirse.

Cárdenas Quintana et al, (2004) en Perú realizaron el estudio “Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores residentes en Perú, encontrando respecto al IMC: Desnutrición 3.9%, normopeso 23.6 % y sobrepeso 54.9%. En nuestro estudio se observó respecto a esta variable: Desnutrición 8%, normopeso 24.8% y sobrepeso 50.9%. Si bien es cierta la concordancia que se presenta respecto al sobrepeso demostrando así la globalización que se vive actualmente y que de forma directa repercute en la forma de alimentarse en ambas poblaciones. En cambio respecto al grado de desnutrición la diferencia entre ambos estudios es mayor, esto debido probablemente que a pesar de que México cuenta con un mejor nivel adquisitivo que Perú, quizá este último realiza una detección más oportuna de riesgo de desnutrición que nuestro país.

Con esto nos damos cuenta que los problemas tanto de desnutrición como de sobrepeso en los adultos mayores es más común de lo que pensamos, ya que en la actualidad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en este grupo poblacional está en aumento (mayor al 20%), lo que se ve reflejado en nuestros resultados, por lo tanto un IMC normal no es lo bastante útil para lograr una detección temprana de riesgo de desnutrición en adultos mayores de 65 años.

Un alcance obtenido en la presente investigación fue que a pesar de que los pacientes se encontraron en su mayoría en sobrepeso de acuerdo a la clasificación de sobrepeso y obesidad según la OMS, con la aplicación del MNV presentaron riesgo de desnutrición. Lo que sugiere que no sólo la desnutrición se presenta en nuestros pacientes geriátricos y por lo tanto no debemos dejar a un lado el sobrepeso y la obesidad que ellos llegaran a presentar. La relación del IMC con la longevidad y la calidad de vida es un tema aún sin resolver por el hecho que durante la vejez la estatura va disminuyendo y por lo tanto ya no representa un parámetro fidedigno de tomar en cuenta, pero aún no parece existir un consenso sobre que determinado rango de valores de IMC se correlacionan con la longevidad y el peso.

Entre las limitaciones de esta investigación podemos hacer mención que durante la selección de sujetos de estudio la población solo se centró en los pacientes que acudieron al HGZ/UMF No.8, razón por la cual los resultados de este estudio no pueden ser extrapolados a otras poblaciones, futuras investigaciones deberán incluir poblaciones que permitan estudiar el riesgo de desnutrición de acuerdo a la institución de salud que acuden, razón por la cual se sugiere la realización de estudios multicéntricos.

Otra limitación fue el hecho de que no se contempló la presencia de enfermedades crónico degenerativas, pudiendo ser este un factor de riesgo importante en el desarrollo de desnutrición de los adultos mayores, ya que en México un alto porcentaje de nuestra población mayor de 65 años presenta Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial Sistema por lo que sería de utilidad en próximas investigación hacer una asociación entre ambas enfermedades y el riesgo de desnutrición que pueden desarrollar estos pacientes.

A pesar de haber realizado maniobras para evitar sesgos, una situación que pudo ocasionar que se presentarán es que dentro de los criterios de inclusión no se tomó en cuenta si el paciente era sano o portador de alguna enfermedad crónico degenerativa, esta consideración es importante porque probablemente el estado nutricional se puede ver más afectado con la presencia de alguna comorbilidad.

Los porcentajes sobrepeso reportada en esta encuesta debe verse con cierta precaución, toda vez que podría sobreestimarse en la población geriátrica cuando se utilizan los criterios establecidos por la OMS. Sin embargo, no existen otros criterios disponibles, por lo que se considera prioritaria la tarea de validar nuevos criterios para la población geriátrica.

En cuanto a la aplicabilidad del presente estudio en la medicina de primer contacto es el hecho que a este nivel es donde se puede hacer una detección temprana del estado nutricional del adulto mayor, por el seguimiento periódico que se puede llevar acabo y evitar que los pacientes geriátricos lleguen a la desnutrición o en su caso sobrepeso.

Desde el punto de vista educativo podemos decir que la Mini Valoración Nutrimental hace posible y efectiva la identificación de estos pacientes con la finalidad de implementar estrategias oportunas desde el primer nivel de atención para evitar alteración en el estado nutricional de las personas de 65 años y más.

En la investigación se encontró que los adultos en plenitud predomina una tendencia a la obesidad más que a la desnutrición, por lo que resultaría de interés en próximas investigaciones la evaluación del riesgo que presenta esta población para desarrollar no solo desnutrición sino obesidad, tomando en cuenta si los pacientes presentan factores de riesgo como lo son enfermedades crónicas como lo son Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, tabaquismo, sedentarismo o alguna discapacidad física, para de esta forma poder realizar un mejor abordaje asistencial durante nuestra consulta diaria.

Desde el punto de vista administrativo se deberá proponer maniobras de prevención como lo son la creación grupos de población geriátrica, citas a nutrición, así como revisión periódica odontológica para disminuir los costos que pudiera traer consigo tener adultos mayores desnutridos o con sobrepeso.

La vulnerabilidad de la población de adultos es temible, si se toma en cuenta que tienen una baja escolaridad aunado a la gran demanda de servicios de salud vinculados con la elevada prevalencia de diabetes e hipertensión, sin olvidar los problemas de nutrición, por lo tanto el desafío consiste en contar con recursos suficientes y adecuados que nos permita identificar y abordar las causas básicas y subyacentes de su deficiente estado de salud, nutrición y alimentación, a fin de mejorar su calidad de vida mediante la planeación de intervenciones dirigidas a este grupo de poblacional y lograr de esta manera que nuestros pacientes mayores de 65 años se encuentren con un adecuado estado nutricional que se verá reflejado en una mejor forma de vida.

CONCLUSIONES

En la presente investigación, se cumplió el objetivo al evaluar el estado nutricional en el paciente geriátrico mediante la Mini Valoración Nutricional en el HGZ/UMF No.8. En los resultados alcanzados en este estudio, la puntuación obtenida con la escala MNA nos indica que la situación general de los adultos mayores institucionalizados, es que la mitad de nuestra población está en riesgo de desnutrición. Sin embargo, hemos detectado que la cuarta parte de los adultos mayores estudiada no presento riesgo de desnutrición pero si sobrepeso. En concreto, las personas que presentan mayor riesgo de desnutrición son personas viudas, sin distinción de sexo, desempleadas con sobrepeso y con estudios mínimos.

Con los resultados obtenidos se acepta la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula que con fines educativos fue planteada, concluyéndose que existe riesgo de desnutrición en el paciente geriátrico que acude al HGZ/UMF No.8.

La situación de riesgo nutricional si no se detecta a tiempo y no se trata, puede llegar a alcanzar malnutrición, una situación patológica grave con consecuencias muy negativas para la salud de los adultos mayores, sin olvidar el costo socio-sanitario que esta conlleva. Por ello, conociendo que la mitad de nuestros pacientes geriátricos están en esta situación, si se consigue detectar a tiempo utilizando herramientas prácticas como el MNA en las consultas de atención primaria se podrá tratar anticipadamente a los afectados, evitando, así, posteriores complicaciones. Solamente si logramos disminuir este porcentaje se estará contribuyendo a proporcionar un mejor estado de salud y una mejor calidad de vida en los adultos mayores de nuestra población.

En el binomio nutrición-envejecimiento, juegan un papel primordial las acciones preventivas orientadas al mantenimiento de la salud por medio de una correcta ingesta de nutrientes. Verificar periódicamente los parámetros que reflejan el estado nutricional del adulto mayor debe ser considerado un proceder de rutina en nuestra consulta de primer contacto. Por lo que se propone que la realización semestral o anual de la MVN ayudara a una detección temprana de desnutrición en ellos y por lo tanto la realización de estudios complementarios para de esta forma evitar que el riesgo de desnutrición progrese a un estado de desnutrición severo.

Entre dichas acciones que se podrían implementar en nuestra población conociendo que el mayor porcentaje de nuestros adultos mayores con riesgo de desnutrición se encuentran en sobrepeso, destacaría contar con programas nutricionales que tomen en cuenta los cambios fisiológicos que se presentan en esta edad, modalidades de actividad física aptos para esta población así como la medición antropométrica (peso, talla, IMC, circunferencia braquial, circunferencia de pantorrilla. Un aspecto importante que podría lograr una mejor respuesta sería el hecho de involucrar al núcleo familiar, pues recordemos que es el principal sistema de apoyo con el que el ser humano cuenta y que en esta etapa del ciclo vital es fundamental.

Entre las relaciones familiares cruciales para el bienestar de la población envejecida destaca el aun contar con el cónyuge. Este hecho representa beneficios primordiales como la posibilidad de una mejor atención y cuidado mutuo, la oportunidad de quizá contar con algún apoyo de tipo monetario, todo esto reflejado en una mejor forma de alimentación, de vida y por lo tanto menos desnutrición. En el otro lado de la balanza, se ha comprobado que la soledad es un gran factor de depresión en la vejez, cuestión que afecta particularmente a los hombres que se quedan solos. Asimismo, la dependencia a otros miembros de la familia para los cuidados y el soporte económico no es tan constante como el de la pareja.

Consideramos que nuestra investigación marca trascendencia porque al ser la Medicina Familiar el pilar de la medicina preventiva e institucionalizada, es en donde se deberá resolver el mayor porcentaje de padecimientos, por lo tanto si logramos que nuestros adultos mayores al ser el mayor número de derechohabiente atendidos mantengan un adecuado estado nutricional estaremos previniendo importantes complicaciones de enfermedades cronicodegenerativas.

La Mini Valoración Nutricional identifica en forma temprana el riesgo de desnutrición en el paciente geriátrico a diferencia de los marcadores bioquímicos y el hecho de que los parámetros que la integran sean además sencillos de medir, fáciles de interpretar, de bajo costo y que puedan ser realizados por cualquier persona capacitada permite su aplicación extensa en unidades de medicina familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2008). Programa envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Especial. Geriatria de Gerontología; 37 (supl.2) 74-105.
2. Norma Oficial Mexicana, I67-SSA-11997, [página en internet]. Disponible en: www.sideso.df.gob.mx/documentos/legislacion/NOM_167_SSA1.pdf.
3. Cuesta TF, Rodríguez GC y Matía MP, Valoración Nutricional en el Anciano, Medicine, 2006; 9(62): 4037-4047.
4. Instituto para la atención de los adultos mayores en el distrito federal. [página en internet]. Disponible en: <http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html>.
5. Levy ST, Cuevas MN, Morales MC, Cervantes TL, Villalpando HS, Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México, resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud Pública de México. Sep-Oct 2008; 50(5).
6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. [página en internet]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010 [página en internet]. Disponible en <http://inegi.org.mx>.
8. Salud Bienestar y Envejecimiento. [página en internet]. Disponible en: <http://sabe.org.mx>.
9. ENEC. [página en internet]. Disponible en: <http://enec.org.mx>.
10. Muñoz MY, Determinación de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados. Parte 1: Enfoque Teórico. INVENIO. 2009; 12 (22): 121-143.
11. Wanden BC, Camilo ME, Culebras J, Conceptos y definiciones de la desnutrición Iberoamericana. Nutrición Hospitalaria. 2012; 3(251): 1-9.
12. García ZT, Villalobos SJ, Mal nutrición en el anciano parte1: Desnutrición un viejo enemigo. Med Int Mex. 2012; 28(1): 57-64.
13. Macías MA, Quintero SM, Camacho RJ, Sánchez SJ, La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. Rev Chil Nutr, 2009; 36 (4): 1129-1133.
14. García ZT, Villalobos SJ, Mal nutrición en el anciano parte2: Obesidad la nueva epidemia, Med Int Mex; 2012; 28(2): 154-161.
15. SABE, Valoración Nutricional del adulto mayor; (5):58-69.

16. Velázquez Alva María del Consuelo, Desnutrición en los adultos mayores: la importancia de su evaluación y apoyo nutricional, Rev. Salud Pública y Nutrición, Abril-Junio 2011, 12 (2).
17. Mota SV, Levin PG, Rivas AL, Estado de nutrición de adultos mayores de un sector marginado en la Ciudad de México, Anales Médicos. Jul-Sep; 2012; 57(3):205 – 209.
18. Kameyama FL, Valoración geriátrica integral, 2010; 1(2)2010: 55-65. Bernal M.F, Vizmanos B, Celis de la Rosa A.J, La nutrición del anciano como un problema de salud pública, Antropo.2008; 16; 43-55.
19. Woo J, Nutritional Strategies for Successful Aging, Med Clin. Febrero: 2009; 477-493.
20. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P. Overview of the MNA—Its history and challenges. J Nutr Health Aging. 2006 Nov-Dec; 10(6), 456-63.
21. Pérez H, Álvarez CT, Dr. Pérez ER, Dra. Bello HV, Evaluación de una población anciana desde los puntos de vista dietético, antropométrico y clínico, MEDISAN. 2010; 14(9):2112.
22. Calderón ME, Ibarra R J, García C, Gómez A, Rodríguez OA, Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar, Nutr Hosp. 2010; 25(4):669-675.
23. Calderón RM, Ibarra RF, García J, Gómez AC y Rodríguez OR, Evaluación nutricional del adulto mayor en consultas externas de medicina familiar.
24. Berdoso Gomez Antonio, Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría, Revista Cubana Aliment Nutr 2002; 16 (2): 146-52
25. Montejano LR, Ferrer DR, González CM y Martínez AN, Estudio del riesgo nutricional en el adulto mayor autónomo no institucionalizado, Nutr. Hosp: 2013; 28 (5); 1438-1446.
26. Ortiz SP, Méndez SF, Varela PL y Pamo RO, Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de un hospital general, Rev Med Hered; 2007; 18(1).
27. Shamah LT, Cuevas NM, Mundo RV, Morales RC, Cervantes TL y Villalpando HS, Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional, Salud pública de México, Sep. 2008; 50(5).
28. Ham CR, Gutiérrez RL, Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México, SABE 200, Publicación Científica y Técnica No. 608.



Nombre: _____ . No. Afiliación: _____

Edad: 60-65 () 66-70 () 71-75 () 76-80 () >80 () Sexo: 1.Mujer () 2.Hombre () Estado Civil: 1.Casado () 2.Soltero () 3.Viudo () 4.Otro () Ocupación: 1.Jubilado () 2.Otro () .Peso: _____ kg. Estatura: _____ cm Fecha: _____

Valoración antropométrica

1. Índice de masa corporal:
 - a) IMC <19
 - b) IMC 19 a <21
 - c) IMC 21 a 23
 - d) IMC >23
2. Circunferencia de antebrazo (cm)(CA):
 - a) CA <21
 - b) CA 21 a 23
 - c) CA >22
3. Circunferencia de pantorrilla (cm)(CP):
 - a) CP <31
 - b) CP >31
4. Pérdida de peso durante los últimos 3 meses:
 - a) Pérdida de peso mayor de 3kg
 - b) No sabe
 - c) Pérdida de peso entre 1 y 3 kg
 - d) Sin pérdida de peso

Valoración Global

5. Vive independiente (no en residencia u hospital):
 - a) No
 - b) Si
6. Toma más de tres medicamentos al día:
 - a) Si
 - b) No
7. Ha sufrido un estrés psicológico o una enfermedad:
 - a) Si
 - b) No
8. Movilidad:
 - a) Tiene que estar en la cama o en una silla
 - b) Capaz de levantarse de la cama o silla pero no de salir
 - c) Puede salir
9. Problemas neuropsicológicos:
 - a) Demencia o depresión grave
 - b) Demencia leve
 - c) Sin problemas psicológicos
10. Úlceras en la piel o por presión
 - a) Si
 - b) No

Valoración dietética

11. ¿Cuántas comidas completas toma el paciente al día?
 - a) 1 comida
 - b) 2 comidas
 - c) 3 comidas

12. Indicadores seleccionados de ingesta de proteínas:
¿Al menos una servicio de productos lácteos (leche, queso, yogurt) al día? Si No
¿Dos o más servicios de legumbres o huevos a la semana?
Si No
¿Carne, pescado, pollo cada día?
Si 0 o 1
Si 2
Si 3
13. ¿Consume dos o más derivados de frutas o verduras al día?
a) No
b) Si
14. ¿Ha reducido el consumo alimenticio durante los últimos 3 meses debido a la falta de apetito, problemas digestivos o dificultades al masticar o tragar?
a) Gran falta de apetito
b) Falta de apetito moderada
c) Sin falta de apetito
15. ¿Cuánto líquido (agua, zumo, café, té, leche...) consume diariamente? (1taza= ¼ litro)
a) Menos de 3 tazas
b) De 3 a 5 tazas
c) Más de 5 tazas
16. Manera de alimentarse
a) Incapaz de comer sin ayuda
b) Se autoalimenta con dificultad
c) Se autoalimenta sin ningún problema

Valoración subjetiva

17. ¿Cree que tiene problemas nutricionales?
a) Desnutrición importante
b) No sabe o desnutrición moderada
c) Sin problemas nutricionales
18. Comparándose con gente de su misma edad ¿Cómo considera su estado de salud?
a) No tan bueno
b) No sabe
c) Igual de bueno
d) Mejor

Valoración total (máximo 30 puntos)

Puntuación indicadora de desnutrición

- >24 puntos Bien nutrido
- 17 a 23.5 puntos Riesgo de desnutrición
- <17 puntos Desnutrido

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:
 EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTES GERIATRICOS EN EL HGZ/UMF#8 DR. GILBERTO FLORES
 IZQUIERDO

2013

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
IDEA A ESTUDIAR	■											
TITULO		■										
ANTECEDENTES			■									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				■								
JUSTIFICACION				■								
OBJETIVOS					■							
HIPOTESIS					■							
MATERIAL Y METODOS						■						
DISEÑO METODOLOGICO							■					
ANALISIS ESTADISTICO								■				
CONSIDERACIONES ETICAS								■				
RECURSOS								■				
BIBLIOGRAFIA								■				
ASPECTOS GENERALES									■			
ACEPTACION									■			

2014

FECHA	MR 2014	ABR 2014	MA 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
PRUEBA PILOTO				■								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				■								
RECOLECCION DE DATOS					■	■	■	■				
ALMACENAMIENTO DE DATOS							■					
ANALISIS DE DATOS								■				
DESCRIPCION DE DATOS									■			
DISCUSIÓN DE DATOS									■			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										■		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										■		
REPORTE FINAL											■	
AUTORIZACIONES											■	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												■
PUBLICACION												■



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“Evaluación del estado nutricional del paciente geriátrico en el HGZ/UMF No.8. Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Lugar y Fecha:	Servicios de consulta externa de medicina familiar en I HGZ UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Junio 2013 – Diciembre 2014 En trámite
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio: ...	La tendencia demográfica proyecta un incremento de la población geriátrica en México, en quienes se invertirá gran parte del presupuesto para garantizar su derecho a la salud. Lo cual da certidumbre de seguridad social a este grupo poblacional, sin embargo, con el envejecimiento los procesos fisiológicos del sistema digestivo como la absorción de nutrientes se ve comprometida por defecto natural, de tal manera que una dieta completa no asegura la disponibilidad de los elementos nutricionales por el organismo. Por lo tanto la forma de identificar si una persona se encuentra bien nutrida es a través de una evaluación del estado de nutrición completa y, ésta debe incluir historia clínica, examen físico, indicadores antropométricos, composición corporal, determinaciones de albúmina y otras proteínas séricas, datos de ingestión diaria, aspectos socioeconómicos e indicadores de independencia funcional, actividad física, así como de algunos otros indicadores de riesgo, los aspectos antes mencionados son abordados en la mini valoración.
Procedimientos:	Se aplicara un cuestionario de manera única a pacientes geriátricos, realizando medidas antropométricas.
Posibles beneficios que recibirá al participar En el estudio	Reflexión y sensibilización de los propios hábitos alimenticios y el riesgo de Desnutrición de población geriátrica.
Participación o retiro:	El paciente tendrá la facultad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.
Privacidad y confidencialidad:	Prevalecerá el criterio de confidencialidad, asegurando datos personales y respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

NA	No autorizo que se tome la muestra
NA	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
NA	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Conocimiento del riesgo de desnutrición de nuestra población geriátrica.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Luz Angélica Argumedo Jiménez. Cel: 5542434116. Email: angieajtwin@hotmail.com
Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx
Dr. Vilchis Chaparro Eduardo. Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com
Dra. Ana Toro Fontanel Cel: 5544907941 Email: anafortanell@hotmail.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____	_____
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma