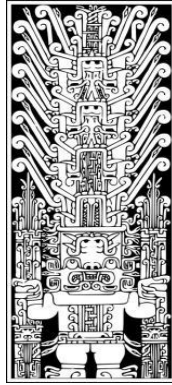


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”**

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Oficina de grados y títulos



**“PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO**

NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2017”

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

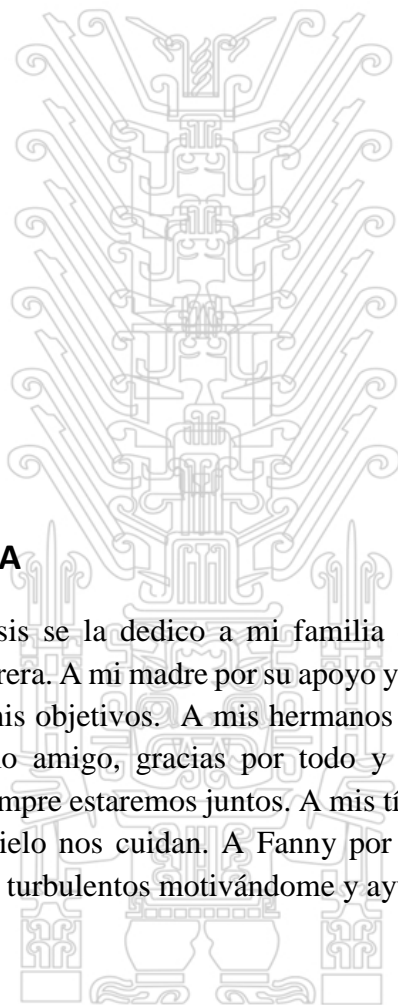
ASESOR:

DR. LA ROSA BOTONERO JOSE LUIS

AUTOR: DIAZ TORRES WINDSOR CESAR

LIMA – PERÚ

2018



DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mi familia que gracias a su apoyo pude concluir mi carrera. A mi madre por su apoyo y confianza en todo lo necesario para cumplir mis objetivos. A mis hermanos por estar siempre a mi lado y apoyarme como amigo, gracias por todo y a pesar de las peleas somos hermanos y siempre estaremos juntos. A mis tías María y Octavia y todos los que desde el cielo nos cuidan. A Fanny por estar conmigo incluso en los momentos más turbulentos motivándome y ayudándome.

ÍNDICE

CARATULA	
DEDICATORIA	2
INDICE	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION	6
METODOS	20
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
ANEXOS	36



I RESUMEN

La desnutrición en el anciano es el desequilibrio entre el aporte de nutrientes y las necesidades del individuo, resultado de una dieta inapropiada o por el uso defectuoso de los nutrientes por el organismo. Esto se da por la menor reserva orgánica y a la fragilidad del anciano, hay una relación directamente proporcional entre desnutrición y enfermedad, lo cual relaciona la aparición de un círculo.

Este trabajo tiene como objetivo Determinar la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017. Material y métodos Investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo, diseño de corte transversal. Tipo de muestra no probabilístico. Para ello evaluamos 69 pacientes mayores de 60 años que ingresaron de forma consecutiva, mediante la aplicación valoración global subjetiva, medidas antropométricas y datos bioquímicos en las primeras 48 horas de ingreso. Resultados: la distribución por sexo el 47 % corresponde al sexo masculino y 53 % al sexo femenino. La delgadez con relación al IMC evidenció en las mujeres un 13 % (9 personas) a diferencia de 10 % en varones (7 personas). La desnutrición severa relacionada a CMB, fue predominante en el sexo masculino con 41% (28 personas) y 33% en mujeres con (23 personas). La desnutrición severa relacionada a PCT, fue predominante en el sexo femenino con 25% (17 personas) y solo 4% en varones con (3 personas). la prevalencia de desnutrición relacionado a VGS, en ambos sexos fue de riesgo de desnutrición con 42% (29 personas) y que 3 % de varones (2 personas) y 9% de mujeres (6 personas) estuvieron dentro del rango bien nutrido. Conclusión el porcentaje de pacientes mayores de 60 años en riesgo nutricional en nuestro centro es muy alto. Palabras claves: Desnutrición, IMC, PCT, CMB,

II ABSTRACT

Malnutrición in the elderly is the body disorder produced by an imbalance between the contribution of nutrients and the needs of the individual motivated by an inappropriate diet or because the body uses the nutrients poorly. Due to the lower organic reserve and the frailty of the elderly there is a reciprocal relationship between nutrition and disease, which leads to the appearance of a vicious circle that is difficult to break: the elderly become more malnourished and the sick elderly become more malnourished. This work aims to determine the prevalence of malnutrition in elderly patients hospitalized in the medical service of the National Hospital San Juan de Lurigancho in the months of November to December 2017.

Material and methods Research with a quantitative, descriptive approach, design of cross-section. Type of non-probabilistic sample. For this, we evaluated 69 patients older than 60 years admitted consecutively, through the application of subjective global assessment, anthropometric measures and biochemical data in the first 48 hours of admission. **Results:** the distribution by sex 47% corresponds to the male sex and 53% to the female.

Thinness in relation to BMI showed in women 13% (9 people) as opposed to 10% in men (7 people). Severe malnutrition related to CMB was predominant in males with 41% (28 people) and 33% in women with (23 people). Severe malnutrition related to PCT was predominant in females with 25% (17 people) and only 4% in males with (3 people). the prevalence of malnutrition related to VGS, in both sexes was at risk of malnutrition with 42% (29 people) and that 3% of men (2 people) and 9% of women (6 people) were within the well-nourished range. **Conclusion** The percentage of patients over 60 years of age at nutritional risk in our center is very high.

Key words: Malnutrition, IMC, PCT, CMB, Anemia, Albumin.

III INTRODUCCION:

En el proceso de envejecimiento influyen diferentes factores. Como los cambios biológicos, los psicológicos, sociales (los mismos que son modificables). Es difícil diferenciar los cambios aparecidos durante el envejecimiento y los que se dan a lo largo de enfermedades crónicas.

No todos los órganos envejecen igual, pese a que el paso del tiempo es el mismo para todo el cuerpo, los efectos son progresivos e irreversibles en muchos casos y estos afectan directa o indirectamente la fisiología de la nutrición.

La complicación de la desnutrición se presenta frecuentemente en los pacientes hospitalizados principalmente en los adultos mayores desarrollando altos índices de morbimortalidad, haciendo que se incrementen los días de estancia y aumentando los costos para el sistema de salud. (Chima, CS. Barco, K. Dewitt, MLA. Maeda, M. Terán, JC. Mullen KD).

El pronóstico hospitalario en un paciente adulto mayor se encuentra directamente relacionado con una adecuada valoración nutricional al ingreso y un buen apoyo nutricional durante la estancia hospitalaria; factores asociados al incremento de la desnutrición en este grupo poblacional son, la ausencia de dentadura, el deterioro cognoscitivo, la movilización limitada , el insuficiente aporte nutricional, ayunos prolongados debido a procedimientos diagnósticos, apoyo nutricional a destiempo , catabolismo aumentado por la enfermedad en curso, alto riesgo de infecciones por un sistema inmunitario deficiente, que condicionan a que el paciente no cubra sus requerimientos incrementando su morbimortalidad.

La desnutrición hospitalaria, en adultos mayores como en pacientes más jóvenes, en un

problema conocido, en la actualidad se ha realizado estudios que han mostrado una alta
Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

prevalencia de desnutrición en el paciente hospitalizado, oscilando desde un 20 a un 50%.

(Norman K. Y Col 2007, p.3)

Mención especial requiere el hecho que a pesar de ser un gran problema, con impacto en la salud del adulto mayor hospitalizado, la evaluación nutricional no se realiza constantemente en los hospitales, aun siendo un factor determinante de la estancia hospitalaria, por lo tanto este problema pre lejos de resolverse, cada día es más grave, no sólo en nuestro entorno, sino en todo el mundo.

En conclusión los adultos mayores son una población vulnerable por lo que es de interés determinar su estado nutricional para iniciar medidas de intervención tanto a nivel clínico y de gestión y así corregir el déficit nutricional del paciente durante su estancia hospitalaria, mejorar la calidad de atención del profesional de salud y monitoreo.

ANTECEDENTES:

María Teresa Fernández López, Olga Fidalgo Baamil , Carmen López Doldán ,María Luisa Bardasco Alonso , María Trinidad de Sas Prada , Fiz Lagoa Labrador , María Jesús García Garcíay José Antonio Mato Mato. Prevalencia de desnutrición en pacientes ancianos hospitalizados no críticos.

Se realizó un estudio transversal, observacional. Para ello se evaluó 174 pacientes mayores de 65 años que ingresaron de forma consecutiva, mediante la aplicación del Nutritional Risk Screening 2002 (NRS2002) y el Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) en las primeras 48 horas de ingreso. Los pacientes oncológicos también se evaluaron mediante la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP). Al alta se realizó de

Tesis publicada en autorización de la UNFV
nuevo en NRS-2002. Encontrándose en el 29,31% de los pacientes estaban en situación de
No olvide citar esta tesis

UNFV

riesgo nutricional según los resultados del NRS-2002 al ingreso. Este porcentaje aumentaba hasta el 57,89% al alta. El MNA-SF objetivó alteración nutricional en el 70,35% (54,65% riesgo de desnutrición, 15,7% desnutrición). Según el NRS-2002 el 34,14% de los pacientes con cáncer presentaban riesgo nutricional; sin embargo, la VGS-GP mostraba deterioro nutricional en el 56,41% de los casos (46,15% desnutrición moderada y 10,26% desnutrición grave).

Ortiz, P. Méndez, S. Varela, P. Pao, R. 2007 En-Mar. Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina de un hospital general.

Se evaluaron a un total de 90 pacientes adultos mayores desde el ingreso hasta el alta. Encontrándose un promedio de edad de la muestra fue de 72,7 +8,5 años, perteneciendo al sexo femenino el 64% (58 pacientes), proporción que corresponde a la distribución por sexo de la población del hospital estudiado. El tiempo de hospitalización promedio fue de 9,8 +5,4 días, habiendo permanecido por más de una semana hospitalizado el 42% del total de pacientes.

El diagnóstico más frecuente fue el de neumonía adquirida en la comunidad (21%), seguido de enfermedad cerebro-vascular (16%) y de diabetes tipo 2 descompensadas (8%). El 21% (19 pacientes) presentaba historia de postración previa y el 3,3% (3 pacientes) presentaba escaras.

Gutiérrez, J. Serralde, A. Guevara, M. nov.-dic. 2007. Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario

La Mini Valoración Nutricional en el presente estudio clasificó a 69% de los pacientes con riesgo franco asociado a desnutrición (18% severa y 50% moderada) correlacionándose a la

versión corta de este instrumento que identificó a 73% de los individuos en riesgo. La Valoración Global Subjetiva clasificó a 46% de pacientes con desnutrición moderada y 20% con desnutrición severa. Concluyéndose que la desnutrición al ingreso hospitalario de los adultos mayores es un hallazgo frecuente a partir de los diferentes métodos aplicados que pueden ser fácilmente aplicados y replicados, útiles para establecer la frecuencia de desnutrición en esta población de pacientes. La Mini Valoración Nutricional podría tener más utilidad como predictor de morbi-mortalidad tanto en los ancianos institucionalizados como los hospitalizados.

Calderón, m. Ibarra, f. García, j. Gómez, c. Rodríguez, a. Jul.- ago. 2010 “evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar”

En este estudio al finalizar la evaluación se encontró que los adultos mayores con el MNA tenían malnutrición a 47 pacientes (29,9%), riesgo de malnutrición 86 (54,8%), y sin riesgo de malnutrición 24(15,3%). El MNA expresó una (sensibilidad = 96%, especificidad = 98%, valor predictivo positivo = 97% y valor predictivo negativo = 88%). Siendo un instrumento efectivo para valorar el estado nutricional. Se concluyó que la MNA predice en forma oportuna el riesgo de malnutrición en el adulto mayor previo a los parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos y sugerimos su uso al menos una vez al año para evaluar el estado nutricional del adulto mayor, el cual deberá completarse con la determinación de otros parámetros bioquímicos, inmunológicos y antropométricos en aquellos adultos con riesgo de malnutrición y malnutridos.

*Contreras, A. Gualber, A. Romaní, D. Tejada, S. Yeh, M. Ortiz, P. Tello, T. 2013
Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín,
Perú.*

En este estudio la prevalencia de malnutrición fue 29,9%; 57,9% en riesgo de malnutrición. Tesis publicada con autorización del autor
No olviden visitar el artículo en www.unfv.edu.pe
El 69,4% presentaban depresión y riesgo de la misma; 27,8% mostró deterioro cognitivo;

UNFV

93,1% presentaba percepción negativa de su salud oral; 51,4% eran dependientes funcionales y el 100% poseía algún problema social. Se encontró asociación de malnutrición con las variables, sexo masculino y presencia de depresión. Se concluyó que la población con desnutrición representa la tercera parte y que esta se encuentra asociada a desnutrición y sexo masculino.

Mota, M. Levin, V. Rivas, L. Jul. - Sep. 2012 "Estado de nutrición de adultos mayores de un sector marginado en la Ciudad de México"

En este estudio la prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición fue de 59.7 y 11.3% respectivamente. Se concluyó que en el primer nivel de atención la desnutrición en adultos mayores es altamente frecuente y de interés por los riesgos que conlleva.

MARCO TEORICO

El aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad en los países desarrollados se acompaña del envejecimiento poblacional, lo que conlleva una alta prevalencia de enfermedades crónicas. Los cambios fisiológicos propios del envejecimiento junto con los procesos patológicos, que con más frecuencia afectan a la población anciana, predisponen a este grupo poblacional a la aparición de complicaciones nutricionales; de hecho la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya declaró en 1992 a la población mayor como uno de los grupos más vulnerables desde el punto de vista nutricional. El estado nutricional es un importante factor pronóstico en los ancianos. La desnutrición es un problema relevante en este grupo de edad, especialmente en los pacientes hospitalizados, pues conduce a un aumento de la morbimortalidad. Se asocia a alteración en la respuesta inmune, tasas más altas de infección, retraso en la cicatrización de heridas, pérdida de

función muscular, lo que va a conducir a deterioro del estado funcional, estancias hospitalarias más prolongadas, reingresos, aumento en el número de prescripciones.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

necesidad de institucionalización; con el consiguiente aumento de los costes económicos y deterioro de la calidad de vida. De hecho una nutrición adecuada se asocia con una reducción en los eventos adversos relacionados con la inmovilización, como úlceras por presión, trombosis venosas, incontinencia y deterioro funcional; y las intervenciones dirigidas a mejorar el estado nutricional conllevan una mejoría significativa en la calidad de vida. Además, la desnutrición es un predictor independiente de mortalidad en el anciano hospitalizado.

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS: los principales parámetros bioquímicos analizados son las proteínas en plasma, como indicador indirecto de la masa proteica muscular, podemos valorar el aspecto calórico de la desnutrición y La albumina son indicativos de la pérdida proteica y de las defensas a consecuencia de la desnutrición. Estos parámetros son fáciles de obtener puesto que al ingreso a los pacientes se les realiza una analítica pudiendo obtenerlos de esta.

Se ha observado que a medida que aumenta el grado de desnutrición disminuye la concentración sérica de proteínas, si comparamos a pacientes con un buen estado nutricional con aquellos que están en situación de desnutrición. La albumina tiene elevada vida media 20 días, es fácil de obtener. No es un buen marcador de los cambios agudos en el estado nutricional, pero es un marcador no específico que puede predecir la mortalidad, las estancias y las readmisiones hospitalarias además predicen presencia de UPP y cambios de peso. Su principal limitación como marcador es que se afecta por estados inflamatorios, cambios en la volemia, patología.

PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS: más empleados para el diagnóstico de la desnutrición son peso (pérdida de peso involuntaria en tres meses) talla, IMC circunferencia muscular braquial (CMB) y pliegue cutáneo tricipital (PCT). Tras la revisión de los artículos

seleccionados el IMC es poco sensible para la valoración de desnutrición en ancianos, puesto que en muchas ocasiones una pérdida ponderal moderada de peso, este lo cataloga dentro de normo nutridos. Un pliegue cutáneo tricípital < al percentil 25 es indicativo de desnutrición. La circunferencia muscular braquial también se encuentra disminuida en las personas con desnutrición y refleja discapacidad y se correlaciona con la concentración de albúmina. Es el mejor parámetro para el diagnóstico del estado nutricional.

EDAD: todos los estudios consultados, muestran que la mayor prevalencia de desnutrición ocurre en personas de más edad, estadísticamente significativo en sobre todo en personas >60 años.

SEXO: la mayoría de los estudios no hacen distinciones por sexo tratan a la población >65 como un grupo homogéneo en cuanto a esta variable, para el estudio de la desnutrición, tan solo cinco de estos estudios muestran una mayor prevalencia o mayor probabilidad de desnutrición en mujeres, esto lo relacionan con que en ellas hay mayor prevalencia de patologías que afectan al apetito y por aislamiento a la hora de comer

PATOLOGÍA DE BASE: las principales patologías que han mostrado relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de desnutrición son: enfermedades neurodegenerativas (demencias), depresión, disfagia, procesos infecciosos, patología cardiovascular, EPOC reagudizado, ACV, insuficiencia renal, alteraciones músculo esqueléticas, neoplasias, patología digestiva no neoplásica, diabetes mellitus.

CAPACIDAD FUNCIONAL: se ha observado que un mayor grado de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria esta estadísticamente relacionado con un mayor riesgo de encontrarse en situación de desnutrición (Sandoval R. y Col. 1998, p.140). Se observó que los pacientes en riesgo de desnutrición tenían un índice de Barthel

la fuerza de prensión que está relacionada positivamente con la función muscular, un deterioro funcional grave también se encuentra relacionado con un peor estado nutricional. También se ha observado que la malnutrición compromete el estado funcional y a la vez el mal estado nutricional hace al anciano más vulnerable a una menor ingesta de alimentos haciendo mayor el riesgo de inmovilidad.

DEFINICIÓN DE CONCEPTO DE VARIABLES:

El estado nutricional normal es el equilibrio entre la ingesta adecuada de alimentos y el consumo de energía necesario para mantener las funciones diarias del organismo. Existe un riesgo inminente de que un individuo desarrolle desnutrición cuando un factor interfiere en cualquiera de las etapas de este equilibrio, como trastornos de la deglución, del tránsito, de la digestión, de la absorción o del metabolismo, (López y otros, 2002).

Nuestro país tiene una tasa de envejecimiento acelerado que se desarrolla en un contexto social particular y con una transición epidemiológica que muestra un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. El año 2012 la población peruana proyectada ascendía aproximadamente a 30 millones de habitantes, correspondiendo el 9,2% de ella los adultos mayores. La velocidad con que crece este grupo poblacional duplica el ritmo de crecimiento de la población total, estimándose que para el año 2025, la población adulta mayor alcanzará casi cuatro millones y medio de habitantes y para el año 2050 serán alrededor de 9 millones (Instituto Nacional de Estadística e Informática. PERU: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por años calendario y Edades simples 1995-2025. Boletín Especial Nro. 22. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2010)

Por las frecuencias de trastornos nutricionales tan altas, encontradas en la población adulta

Tesis publicada con autorización del autor. No olvide citar esta tesis

UNFV

geriátrica integral, entendiendo ella como el “proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario que permite identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar su calidad de vida”(Varela L. Valoración Geriátrica integral y síndromes geriátricos. En: Varela L. Principios de Geriátrica y Gerontología. Segunda Edición.

El problema de la desnutrición en pacientes hospitalizados se reveló en 1974, en un artículo, "El Esqueleto en el Armario del Hospital", de Charles Butterworth, Jr., MD, publicado en Nutrition Today, citando varios casos de negligencia en el cuidado de la nutrición, Butterworth, señaló que los cambios en la práctica se necesitan con urgencia para diagnosticar y tratar adecuadamente los pacientes desnutridos y prevenir la malnutrición iatrogénica. En 1976, Bistran y sus colegas informaron una prevalencia de 44% malnutrición en 251 pacientes hospitalizados (Bristian, Blackburn, Vitale, 1979).

En 1996, la Sociedad Brasileña de Nutrición desarrolló un estudio de desnutrición hospitalaria, conocido por sus siglas en portugués IBRANUTRI, considerado el estudio más grande sobre desnutrición hospitalaria. Involucró a 4,000 pacientes, en 12 estados, y en él se encontró que el 48.1% de los pacientes padecían desnutrición, 12.6% grave, y que entre mayor tiempo de hospitalización, mayor era la desnutrición; esto representó mayores gastos hospitalarios (Correira, Caiafa, 1998).

El estudio multicéntrico ELAN realizado en 13 países de Latinoamérica a 9 348 pacientes hospitalizados, encontró una prevalencia de desnutrición en pacientes adultos mayores de

53% siendo los factores asociados la edad mayor de 60 años, el tiempo de hospitalización y

Tesis publicada con autorización de la UNFV
No olvide citar esta tesis

UNFV

las patologías infecciosas y neoplásicas, concluyendo que la percepción médica hacia la desnutrición es débil, la terapia nutricional no se usa de rutina y la política gubernamental hacia la desnutrición es escasa (Correira, Campos, 2003). Dentro de este se encuentra el estudio multicéntrico realizado en Cuba sobre la prevalencia de la desnutrición hospitalaria, este incluyó centros hospitalarios que prestaban atención médica de segundo y tercer nivel en diferentes ciudades del país, dentro de los cuales destacan el Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” y el Hospital “Amalia Simoni Argilagos”, los cuales reportaron una incidencia del 35,9% y 40.5% respectivamente, donde las áreas de mayor riesgo nutricional fueron cuidados intensivos, medicina interna, geriatría y neumología (Barreto y col, 2003), (De la vega, García, Collado, 2003).

El estado nutricional en los adultos mayores resulta un problema importante en los pacientes hospitalizados, habiéndose encontrado 68,2% de prevalencia de malnutrición en un estudio realizado en Perú, la cual concuerda con el 52,8% encontrado en un estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Valera y col, 2004).

La prevalencia de desnutrición hospitalaria en Panamá fue de 41.4%, de estos la mayor incidencia fue en pacientes provenientes de medios rurales, ancianos y personas de baja escolaridad (Matos y col, 2003).

En España, según datos aportados por un estudio realizado en la comunidad de la Rioja se evidencia tasas de morbilidad por desnutrición similares a las de Latinoamérica, con un predominio de desnutrición tipo Kwashorkof en ancianos y tipo marasmo en personas de mediana edad, así como también se observó que la mitad de los pacientes normo nutridos al ingreso, experimentaban una depleción leve en su estado nutricional al cabo de una semana de hospitalización y en los pacientes con algún grado de desnutrición se observó que

empeoraba su estado nutricional a medida que se prolongaba la estancia (González y col, 2001)

En México, se evaluaron 561 pacientes, de los cuales se observaron diferentes frecuencias de desnutrición de acuerdo a varios indicadores: 21,17% de acuerdo al IMC, 38,07% y 19,57% por porcentaje de peso habitual e ideal respectivamente y una pérdida de peso en 69,57% de los pacientes (Fuchs, Mostkoff y Gutiérrez, 2008).

Se describen prevalencias de malnutrición de 23 a 62% en pacientes hospitalizados, 85% en casas de reposo, y mayor de 15% en la comunidad según el empleo de diferentes metodologías para la evaluación de la propia heterogeneidad de la población (Yitshal N. Nutrición enteral en pacientes geriátricos. *Mediterr J Nutr Metab.* 2009)

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en el trimestre 2012 en nuestro país, revela que en 26,3% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico (Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013).

El grupo de profesionales pertenecientes a ASPEN (Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral) en sus guías del año 2002 recomiendan utilizar la Evaluación Global Subjetiva (EGS) para establecer un diagnóstico nutricional. Aunque este método es preciso, requiere la experiencia del observador, ya que la valoración nutricional se realiza de forma subjetiva. En cambio los profesionales integrantes de ESPEN (Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral) en sus guías del 2002 recomiendan el uso del sistema Nutritional Risk Screening (NRS-2002) como herramienta para la valoración del estado nutricional en pacientes hospitalizados (Valero y otros, 2005).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017?

Problema Específico 1

¿Cuál la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017 diferenciada por sexo?

Problema Específico 2

¿Cuál es la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017 en relación con la patología de base?

Problema Específico 3

¿Cuál es la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017 Comparando los indicadores bioquímicos (hemoglobina, albúmina y proteínas totales) y antropométricos (IMC, PCT y CMB)?

HIPÓTESIS

Hipótesis General

Como este estudio corresponde a un diseño descriptivo de tipo transversal, carece de hipótesis centrales o generales sin embargo se han generado hipótesis descriptivas específicas.

Hipótesis Descriptivas Específicas

Hipótesis Descriptiva Específica 1

Existe relación en la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017 diferenciada por sexo.

Hipótesis Descriptiva Específica 2

Existe relación en la prevalencia de desnutrición en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017 con la patología de base.

Hipótesis Descriptiva Específica 3

Existe relación en la prevalencia de desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017 Comparando los indicadores bioquímicos (hemoglobina, albúmina y proteínas totales) y antropométricos (IMC, PCT y CMB)

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.

A pesar, de las devastadoras consecuencias de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados, en nuestro país no contamos con datos suficientes sobre la incidencia y prevalencia de la desnutrición hospitalaria en esta población, también se desconoce el tiempo de hospitalización necesaria para provocar algún grado de desnutrición; al aplicar este proyecto podremos conocer dichos datos, mejorar las complicaciones propias de la patología que presenten, crear conciencia en los profesionales de salud y de esta manera brindarles una mejor atención y calidad de vida.

Contribuciones de la realización del proyecto

Al crear conciencia en los profesionales de salud se evitaría algunos comportamientos que se presentan y que son los grandes responsables de la desnutrición hospitalaria en los adultos mayores como los siguientes: falta de asistencia por parte del personal de salud en el momento de la alimentación del paciente, los adultos mayores se encuentran con imposibilidad de alimentarse por sí mismo (en pacientes con dificultades motoras); suspensión de la ingesta y dietas restrictivas por causas no justificadas, ayuno innecesarios para la preparación de exámenes complementarios, realización de estudios o visita del staff médico en el momento de la comida, indicación médica de “nada por vía oral”, sin administrar alimentación por otra vía, retraso del comienzo de la alimentación sin causa que lo justifique, indicación por tiempo prolongado de dietas modificadas sin ser estrictamente necesarias (hipo sódica, blanda, líquidas etc.)

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017.

Objetivos Específicos

Objetivo específico 1

Determinar la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017 diferenciada por sexo.

Objetivo específico 2

Relacionar la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017 con la patología de base predominante.

Objetivo específico 3

Relacionar la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017 Comparando los indicadores bioquímicos (Hemoglobina, albúmina y proteínas totales) y antropométricos (IMC, PCT y CMB).

IV MÉTODO

Método Utilizado

Método de entrevista, evaluación y recolección de datos:

Instrumentos utilizados

- Consentimiento Informado para la participación en el proyecto

- Recolección de datos.

Ficha de Recolección de Datos.

Valoración Global Subjetiva.

- Para la obtención de las medidas Antropométrica se utilizaran:

Cáliper medidor de pliegues corporales

Cinta métrica no extensible ni deformable con divisiones de 1 mm

Balanza de precisión graduada cada 0,1 kg.

Procedimientos de Recolección

Estos serán planteados de la siguiente manera:

Autorización

Se solicitará autorización o permiso a las autoridades competentes para realizar el proyecto

Procesos

El presente proyecto se iniciará con la entrega del consentimiento informado (anexo N° 1) a cada paciente ya seleccionado, se realizará el interrogatorio en base al cuestionario dispuesto

para tal fin (anexo N°2) que consta de los siguientes datos: Datos personales, examen físico

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

y diagnóstico clínico. Luego aplicaremos la escala de valoración global subjetiva (anexo N°

UNFV

3) que consta de toda la información nutricional del paciente; luego se procederá a la revisión de las historias clínicas, para observar los datos de valores bioquímicos necesarios, se tomarán las medidas de peso mediante la balanza de precisión graduada cada 0,1 kg. La talla se determina sin Zapatos, o en el caso que se requiera se procederá a sacar la talla por el método de medición de altura de rodilla, con la cinta métrica se realizara la circunferencia del brazo medio y se continuará midiendo los pliegues con el Caliper

CONSIDERACIONES:

Tipo de estudio

El nivel metodológico empleado en esta investigación según la profundidad o amplitud de las variables es de tipo descriptivo, dentro de la modalidad de trabajo observacional, prospectivo y comparativo, de corte transversal.

Área o sede:

Servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017

Población De Estudio

La población de estudio está conformada por 69 pacientes adultos mayores (mayores de 60 años) hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017.

Criterios de Inclusión

Pacientes mayores de 60 años.

Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de

Pacientes con datos bioquímicos.

Pacientes que deseen participar en el proceso de investigación.

Criterios de Exclusión

Obesidad

Anorexia

Bulimia

Edema

Imposibilidad de colaborar en el estudio

MUESTRA

a) Unidad de Análisis

Paciente adulto mayor hospitalizado en servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho

b) Marco Muestral

El marco muestral se obtuvo tomando en cuenta el número total de pacientes hospitalizados (118) al inicio de la presente investigación en servicio de medicina del hospital Nacional San Juan de Lurigancho.

Características del Diseño Muestral

El diseño de la muestra corresponde a un estudio transversal por muestreo a conveniencia

c) Tamaño de Muestra

El tamaño de la muestra consta de 69 pacientes adultos mayores hospitalizados. Que

cumplieron con los criterios de inclusión ya mencionados.

PROCESO DE RECOLECCIÓN PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Se plantean las siguientes fases:

Revisión de datos

Se examinará de forma crítica cada uno de los instrumentos utilizados a fin de poder hacer las correcciones pertinentes y evitar errores.

Codificación de datos

Se transformará los datos en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en el instrumento, según el dominio de la variable.

Clasificación de datos

Se realizará a base de la codificación, escala de medición e indicadores-valores de cada variable identificada en el estudio.

Procesamiento de datos

Se realizará haciendo uso de las pruebas estadísticas del programa EXCEL 2013 necesarias para el procesamiento de datos.

Recuento de datos-Plan de Tabulación

Acorde con el método utilizado y haciendo uso de la computadora se harán las tablas o cuadros estadísticos necesarios para dar respuesta al problema planteado en el presente trabajo.

Presentación de datos

Sobre la base del plan de tabulación de datos, se presentarán los datos en cuadros y gráficos necesarios en esta investigación

V RESULTADOS

TABLA N° 1: Distribución de la muestra según sexo.

SEXO	N°	%
FEMENINO	37	53
MASCULINO	32	47
TOTAL	20	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Se estudiaron un total de 69 pacientes. Al realizar la distribución por sexo el 47 % corresponde al sexo masculino y 53 % al sexo femenino.

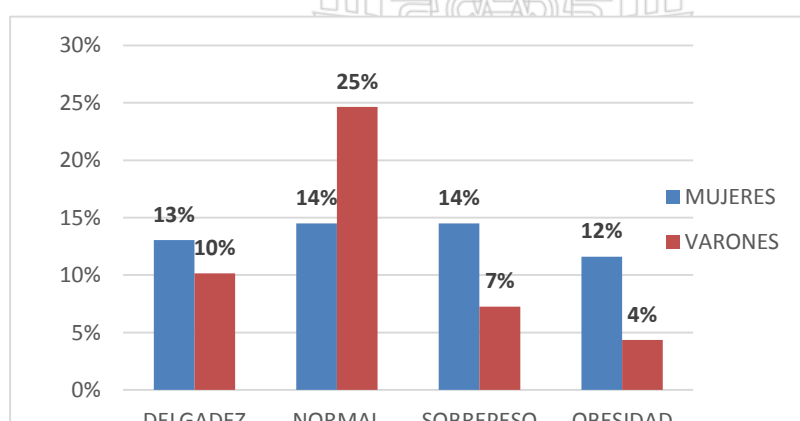
TABLA N° 2: Prevalencia de desnutrición en pacientes según IMC y sexo

IMC (Kg/m²)	TOTAL %	VARONES %	N	MUJERES %	N
DELGADEZ <23	23%	10%	7	13%	9
NORMAL >23 a <28	39%	25%	17	14%	10
SOBREPESO ≥ 28 a < 32	22%	7%	5	14%	10
OBESIDAD ≥ 32	16%	4%	3	12%	8

Fuente: hoja de recolección de datos

IMC: Índice de Masa Corporal

Figura N° 2: Prevalencia de desnutrición en pacientes según IMC y sexo



En esta figura podemos observar la distribución de desnutrición según IMC y el sexo, un predominio de delgadez en el sexo femenino. Con un 13 % a (9 personas) a diferencia de 10 % en varones (7 personas).

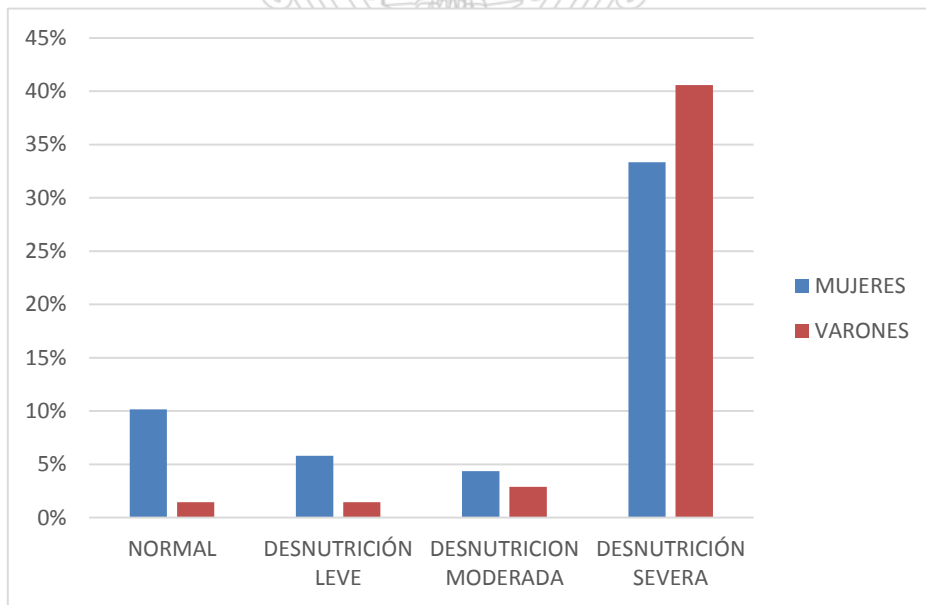
TABLA N° 3: Prevalencia de desnutrición en pacientes según CMB y sexo

CMB		%	HOMBRE %	N	MUJER %	N
NORMAL	> p25	12%	1%	1	10%	7
DESNUTRICIÓN LEVE	<p25	7%	1%	1	6%	4
DESNUTRICIÓN MODERADA	<P10	7%	3%	2	4%	3
DESNUTRICIÓN SEVERA	<P5	74%	41%	28	33%	23
TOTAL		100%	46	32	54%	37

Fuente: hoja de recolección de datos

CMB: Circunferencia Muscular del Brazo

FIGURA N° 3: Prevalencia de desnutrición según CMB y sexo



Se encontró que la prevalencia de desnutrición severa relacionado a CMB, fue predominante en el sexo masculino con 41% (28 personas) y 33% en mujeres con (23 personas) y que el 10 % de mujeres (7 personas) estuvieron dentro del rango normal y 1 % de varones (1 persona) estuvieron dentro del rango normal

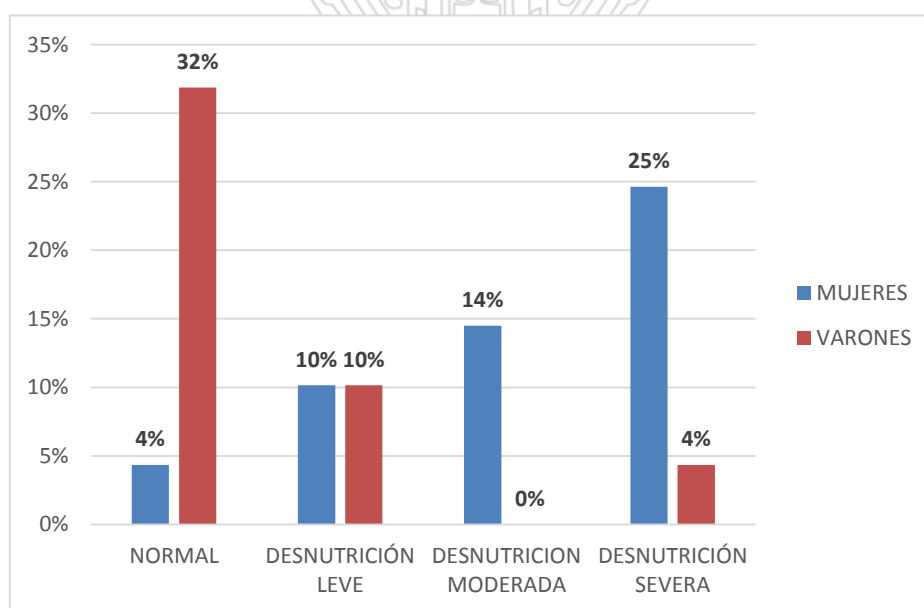
TABLA N° 4: Prevalencia de desnutrición en pacientes según PCT y sexo

PCT		%	HOMBRE %	N	MUJER %	N
NORMAL	> p25	36%	32%	22	4%	3
DESNUTRICIÓN LEVE	<p25	20%	10%	7	10%	7
DESNUTRICIÓN MODERADA	<P10	14%	0%	0	14%	10
DESNUTRICIÓN SEVERA	<P5	29%	4%	3	25%	17
		100%	46%	32	54%	37

Fuente: hoja de recolección de datos

PCT: Pliegue Cutáneo Tricipital

FIGURA N° 4: Prevalencia de desnutrición en pacientes según PCT y sexo



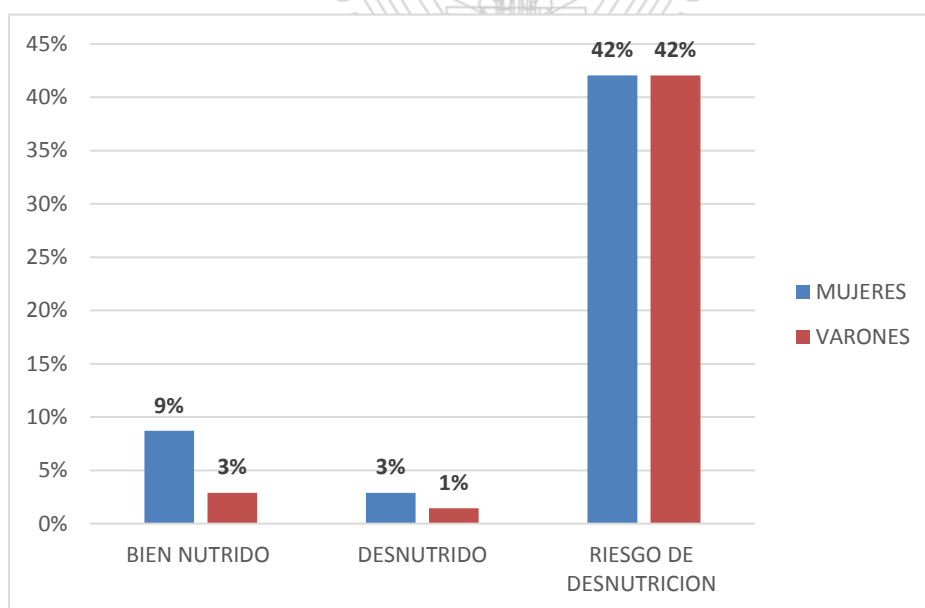
Se encontró que la prevalencia de desnutrición severa relacionado a PCT, fue predominante en el sexo femenino con 25% (17 personas) y solo 4% en varones con (3 personas) y que el 32% de varones (22 personas) estuvieron dentro del rango normal y 4% de mujeres (3 personas) estuvieron dentro del rango normal.

TABLA N° 5: Prevalencia de desnutrición según la escala de valoración global subjetiva para la persona adulta mayor según sexo.

VGS	%	HOMBRE %	N	MUJER %	N
BIEN NUTRIDO	≥ 24	3%	2	9%	6
RIESGO DE DESNUTRICIÓN	17 a 23,5	42%	29	42%	29
DESNUTRIDO	< 17	1%	1	3%	2
	100%	46%	32	54%	37

VGS: Valoración global subjetiva para la persona adulta mayor

FIGURA N° 5: Prevalencia de desnutrición según la escala de valoración global subjetiva para la persona adulta mayor según sexo.



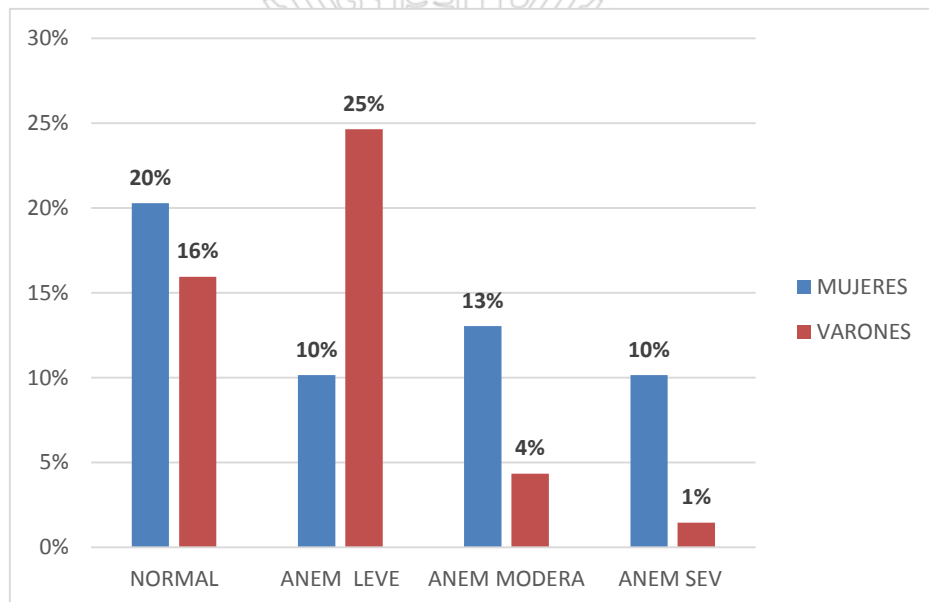
Se encontró que la prevalencia de desnutrición relacionado a VGS, en ambos sexos fue de riesgo de desnutrición con 42% (29 personas) y que 3 % de varones(2 personas) y 9% de mujeres (6 personas) estuvieron dentro del rango bien nutrido.

TABLA N° 6: Prevalencia de anemia para la persona adulta mayor según sexo.

HEMOGLOBINA	%	HOMBRE %	N	MUJER %	N
NORMAL	36%	16%	11	20%	14
ANEMIA LEVE	35%	25%	17	10%	7
ANEMIA MODERADA	17%	4%	3	13%	9
ANEMIA SEVERA	12%	1%	1	10%	7
	100%	46%	32	53%	37

HEMOGLOBINA: Para la persona adulta mayor

FIGURA N° 6: Prevalencia de anemia para la persona adulta mayor según sexo.



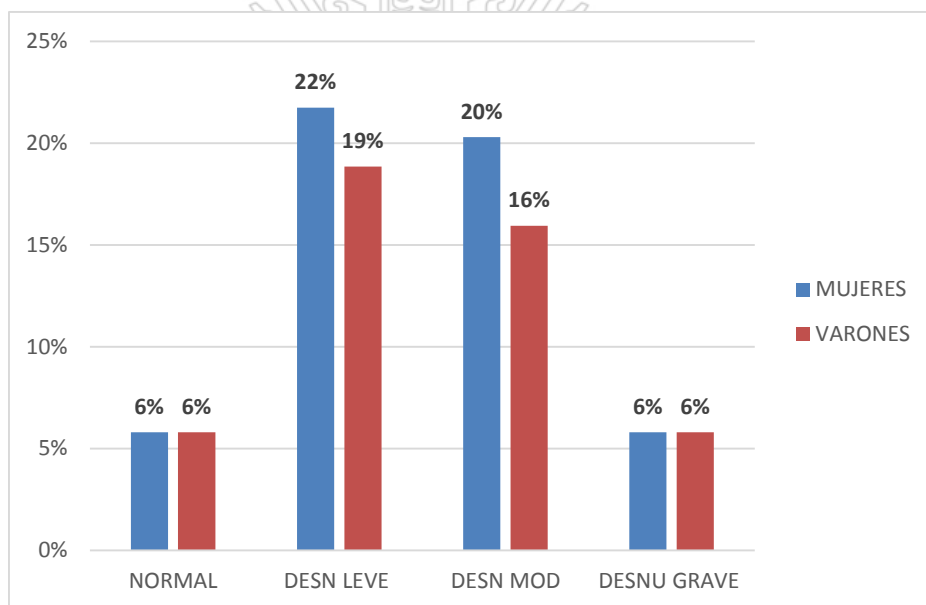
Se encontró que la prevalencia de anemia severa fue a predominio del sexo femenino 10% (7 personas) y en varones 1% (1 persona). Y que la mayor prevalencia de anemia leve fue en hombres con un 25% (17 personas).

TABLA N° 7: Prevalencia de desnutrición severa relacionado a albumina para la persona adulta mayor según sexo.

ALBUMINA	%	HOMBRE %	N	MUJER %	N
NORMAL	12%	6%	4	6%	4
DESN LEVE	41%	19%	13	22%	15
DESN MODERADA	36%	16%	11	20%	14
DESN GRAVE	12%	6%	4	6%	4
	100%	46%	32	54%	37

ALBUMINA para la persona adulta mayor

FIGURA N° 7: Prevalencia de desnutrición severa relacionado a ALBUMINA. Para la persona adulta mayor según sexo.



Se encontró que la prevalencia de desnutrición severa relacionado a ALBUMINA, fue en ambos sexos de 6% (4 personas) y que la desnutrición leve fue a predominio del sexo femenino con 22% (15 personas).

VI DISCUSION

En el estudio de María Teresa Fernández López, Olga Fidalgo Baamil ,(2016) transversal, observacional donde se evaluó 174 pacientes mayores de 65 años se evidenció mediante la valoración global subjetiva que el 29,31% de los pacientes estaban en situación de riesgo nutricional. En nuestra investigación se evidencio que el 42 % en ambos sexos se encontraba en riesgo de desnutrición. Observándose una diferencia remarcada .pudiendo explicarse como un deterioro aumentado del estado nutricional al momento del ingreso.

En el estudio realizado por Ortiz, P. Méndez, S. Varela, P. Pao, R. 2007 En-Mar “Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina de un hospital general” se evidenció que el promedio de edad de la muestra fue de 72,7 +8,5 años, perteneciendo al sexo femenino el 64% (58 pacientes), proporción que corresponde a la distribución por sexo de la población del hospital estudiado. El diagnóstico más frecuente fue el de neumonía adquirida en la comunidad (21%), seguido de enfermedad cerebrovascular (16%) y de diabetes tipo 2 descompensadas (8%). El 21% (19 pacientes) presentaba historia de postración previa y el 3,3% (3 pacientes) presentaba escaras. En nuestro estudio se evidencio que el promedio de edad de a muestra fue de 73.8 +- 8, perteneciendo al sexo masculino 47% (32 personas) y femenino 63 % (37 personas), el diagnóstico más frecuente fue el de infección del tracto urinario con 18.8 % (13 personas) , seguido de neumonía con 17.39 % (12 personas) , insuficiencia respiratoria 8.6% (6 personas), diabetes mellitus 7.24 % (5 personas). No encontrándose una relación entre los resultados de ambas investigaciones.

Gutiérrez, J. Serralde, A. Guevara, M. nov.-dic. 2007 “Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario”

En este estudio Se concluyó que la desnutrición al ingreso hospitalario de los adultos mayores es un hallazgo frecuente a partir de los diferentes métodos aplicados. El 69% de los pacientes con riesgo franco asociado a desnutrición (18% severa y 50% moderada). La Mini Valoración Nutricional y la Valoración Global Subjetiva son métodos estructurados de bajo costo que pueden ser fácilmente aplicados y replicados, útiles para establecer la frecuencia de desnutrición en esta población de pacientes. La Mini Valoración Nutricional podría tener más utilidad como predictor de morbi-mortalidad tanto en los ancianos institucionalizados como los hospitalizados. En nuestro estudio se evidencio que la prevalencia de desnutrición relacionado a VGS, en ambos sexos fue de riesgo de desnutrición con 42% (29 personas) y que 3 % de varones (2 personas) y 9% de mujeres (6 personas) estuvieron dentro del rango bien nutrido.

Mota, M. Levin, V. Rivas, L.Jul. - Sep. 2012 “Estado de nutrición de adultos mayores de un sector marginado en la Ciudad de México”

Evidenció en su estudio que la prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición fue de 59.7 y 11.3% respectivamente. Se concluyó que en el primer nivel de atención la desnutrición en adultos mayores es altamente frecuente y de interés por los riesgos que conlleva. En nuestra investigación se evidencia que la prevalencia de riesgo de desnutrición es alta con un 84% (58 pacientes) y la desnutrición corresponde a un 4% (3 pacientes) concluyéndose que la desnutrición en los adultos mayores es altamente frecuente en el nivel hospitalario.

VII CONCLUSIÓN

Está claro que la prevalencia de desnutrición hospitalaria es elevada aunque es complicado conocerla de manera fiable. También es posible que sea más elevada debido a que las unidades de media larga estancia albergan pacientes con pluripatología y edad avanzada. No hay una herramienta que podamos considerar como “GOLD STANDARD” pero si podemos utilizar métodos de cribado combinados, en cuanto a método de cribado cada herramienta tiene sus ventajas, se necesita más evidencia y continuar investigando hasta lograr un método de cribado más eficaz. Lo que si se ha observado que la aplicación de un cribado nutricional y posterior evaluación nutricional más exhaustiva de las personas con diagnóstico de desnutrición puede ser muy beneficiosos, puesto que se reducen las consecuencias asociadas a la desnutrición, disminuye la estancia hospitalaria, mejora la calidad de vida del paciente y se reducen los costes asociados a este problema.

VIII RECOMENDACIONES

Dada la prevalencia de desnutrición encontrada, es imprescindible la implementación de cribados nutricionales en todos los ámbitos sanitarios para detectarla de forma rápida e instaurar medidas terapéuticas asociadas a un plan de acción definido. La variabilidad de prevalencias encontradas en la literatura hace indispensable la utilización protocolizada de unos patrones, que permita la comparación de resultados entre estudios.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Barreto J, Santana S, Martínez C, Salas A. Grupo de Apoyo Nutricional hospitalario: 2000, Diseño, Composición y Programa de Actividades. Rev Cub Aliment Nutr; 14:55-64.
2. Mota V, Levin G, RivasV, Levin G, Lourdes Rivas Ayala , Jul. - Sep. 2012, " Estado de nutrición de adultos mayores de un sector marginado en la Ciudad de México", anales médicos MEDIGRAPHYC p. 205 – 209. Vol. 57, Núm.
3. GabrielMonti. Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada.Revista de la Asociación Médica Argentina, 2008,Vol. 121, N° 4
4. González L , Coloma R , AscorbeP , Indo O , Rodríguez B , Martínez M,et al. Estado actual del grado de desnutrición en los pacientes hospitalizados de la comunidad de La Rioja. NutrHosp 2001, 16:7-13.
5. Varela, L. Nutrición en el Adulto Mayor Núm Rev Med Hered. 2013; 24:183-185. Vol. 57,
6. Cárdenas H, Bello C, Feijóo F, Huallpa E, Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores residentes en Perú. Rev Cubana Salud Pública v.30 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2004.
7. WaitzbergD, Caiaffa W y Correia M. La desnutrición hospitalaria: el brasileño encuesta nacional (IBRANUTRI): un estudio de 4000 pacientes. Nutrición, 2001, 17:573-580.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. PERU: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por años calendario y Edades simples 1995-2025. Boletín Especial Nro. 22. Lima, Perú; 2010.

9. Gálvez M. Demografía del envejecimiento: La transición demográfica. En: Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. Segunda Edición. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.p. 25-32.
10. Contreras A, Mayo G, Romaní D, et al. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. RevMed Hered 2013; 24:186-191.
11. Varela L. Valoración Geriátrica integral y síndromes geriátricos. Principios de Geriátría y Gerontología. Segunda Edición. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.p 195-207.
12. García E, Gómez S, Hernández N, González M, Gómez R, y Sánchez C. Estudio comparativo de dos dietas enterales en ancianos hospitalizados: proteína de soja frente a proteína caseína. Nutr. Hosp. v.25 n.4 Madrid jul.-ago. 2010.
13. Villalobos J, Guzmán M, García N, Galindo R, Rioja A, et al. justificación y utilidad en el cribaje de riesgo por desnutrición dentro del proceso informutFarm Hosp. 2010;34(5):231–236 Recibido el 9 de septiembre de 2009; aceptado el 10 de diciembre de 2009 Disponible en Internet el 13 de julio de 2010.
14. García P, Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 261-262.
15. Ramos A, Asensio A, Núñez S, Millan I. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. Med Interna (Madrid) 2004; 21: 263-268.
16. Pinedo C, Parodi J, Gamarra M, Utilidad del CONUT frente al MNA en la valoración del estado nutricional del paciente adulto mayor hospitalizado. Horiz Med. vol.13 no.3 Lima jul. /oct. 2013.

17. Socarrás M, Bolet M, Castañeda I y Betancourt D. Desnutrición de los pacientes de la tercera edad ingresados en el Hospital General Calixto García. Rev Cubana Invest Bioméd v.25 n.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2006.
18. Gonzalez R, Fernández E, Rodríguez R, Romero M. Características biosociales de los ancianos de 2 consultorios del policlínico California. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(1):38-42.
19. Berdasco A. Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría Rev Cubana Aliment Nutr2002;16(2):146-52.
20. Salvà A. Nutrición en el anciano. Salud Rural 2000;17(7):103-12.
21. Organización Panamericana de la Salud. Instituto Internacional de Ciencias de la vida. Conocimientos actuales de nutrición Washington DC:OPS/ILSI;1997. (Publicación científica No. 565)
22. Ortiz P, Méndez F, Varela L, Pamo O. Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina de un hospital general. (Rev Med Hered 2007;18:3-9).
23. Aguilar L, Contreras M, Del Canto Juan, et al. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor Lima Ministerio de salud , Instituto Nacional de Salud, 1era ed ., Sept 2013.
24. Norman,K, Pichardb, C., Lochsa, H., Pirlich, M. (2007). Prognostic impact of disease-related malnutrition, 25 (10), 5-15.
25. Fernández, M., Fidalgo, O., López, C., Bardasco, M., de Sas, M., Lagoa, Fiz., García, M. y Mato, J. (2015). Prevalencia de desnutrición en pacientes ancianos hospitalizados no críticos, 31(6), 2676-2684.
26. SANDOVAL, L. y VARELA, L., (1998). Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes

adultos mayores ambulatorios y hospitalizados, 9 (4), 138 – 142.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

X ANEXOS

N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

N°

Se está realizando el proyecto de tesis titulado: Prevalencia de desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital de San Juan de Lurigancho. En los meses de noviembre a diciembre del 2017

Yo, _____ DNI: _____

Siendo mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito e inconvenientes relacionados con el estudio que se me indicó, declaro mediante la presente:

- 1.- Haber sido informado(a) de manera clara y sencilla, por parte de los encargados del proyecto de tesis, de todos los aspectos relacionados a ella.
- 2.- Tener conocimiento claro de que el objetivo del trabajo antes señalado es: Determinar la prevalencia de la desnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el el servicio de medicina del hospital de San Juan de Lurigancho en los meses de noviembre a diciembre del 2017.
- 3.- Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido, ni pretendo recibir, ningún beneficio de tipo económico mediante la participación de mi persona o por los hallazgos que resulten del estudio.
- 4.- Conocer el protocolo expuesto por los encargados (Investigadores) del proyecto de tesis.

FIRMA

DECLARACIÓN DE LOS INVETIGADORES

Luego de haber explicado detalladamente al voluntario la naturaleza del protocolo mencionado, certifico mediante la presente que, a mi leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza, requerimiento, riesgos y beneficios de esta investigación, sin que ningún problema de índole médico, de idioma, o de instrucción hayan impedido tenerle una clara comprensión del mismo.

Mi intervención en el trabajo consiste:

A.- Evaluar de forma voluntaria la prevalencia de desnutrición en la población en estudio mediante indicadores antropométricos (IMC, pliegue cutáneo tricipital, circunferencia braquial,) y compararlo con los indicadores bioquímicos (hemoglobina, proteínas totales y albumina).

B.-Que cualquier pregunta o duda que tenga de este estudio, me será respondida oportunamente por parte del equipo de personas antes mencionado.

NOMBRES Y APELLIDOS

A) FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (PARTE 1):

N°

NOMBRES Y APELLIDOS:		
DNI:		
HC:		
FECHA DE EVALUACIÓN:		
EDAD:	SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:
EXAMEN FISICO:		
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		
OBSERVACIONES:		
INVESTIGADOR(A):		

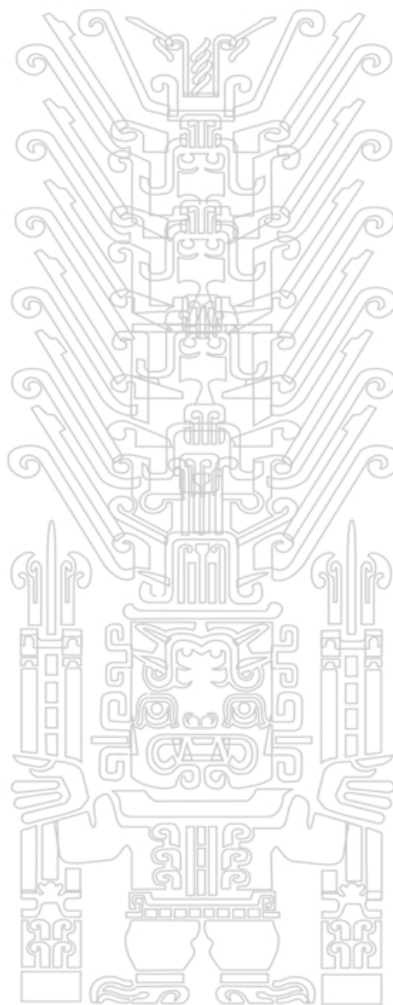
B: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (PARTE 2)

NOMBRES Y APELLIDOS:
DNI:
HC:
FECHA DE EVALUACIÓN:

N°

A:PARAMETROS BIOQUIMICOS	DATO 1	DATO 2	OBSERVACIONES
HEMOGLOBINA:			
ALBÚMINA			
PROTEÍNAS TOTALES			
EVALUADOR:			

B:PARAMETROS ANTROPOMÉTRICOS	DATO 1	DATO 2	OBSERVACIONES
PESO:			
TALLA			
IMC: (Índice de masa corporal)			
CB: (circunferencia de brazo)			
PCT: (pliegue cutáneo tricipital)			
CMB: (circunferencia muscular del brazo)			
Diagnóstico Nutricional:			
EVALUADOR:			



Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV