

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina Humana



Factores asociados al estado nutricional de adultos mayores ingresados al Hospital II “Clínica Geriátrica San Isidro Labrador”, marzo del 2019 a marzo del 2020

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Roxana Ximena Uscamayta Apaza

Karen Lisset Santisteban Murga

Asesor:

Mc. Jorge Santiago Aguayo Barbachan

Lima, 18 de Abril del 2023

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Yo Jorge Santiago Aguayo Barbachan, docente de la Facultad de Ciencias de la salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES INGRESADOS AL HOSPITAL II “CLÍNICA GERIÁTRICA SAN ISIDRO LABRADOR”, MARZO DEL 2019 A MARZO DEL 2020”** del (los) autor (autores) Roxana Ximena, Uscamayta Apaza y Karen Lisset Santisteban Murga tiene un índice de similitud de 10 % verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 19 días del mes de Abril del año 2023



Jorge Santiago, Aguayo Barbachan

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a los 18 día(s) del mes de Abril del año 2023, siendo las 14:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

Mg. Edda Newhall Noriega, el (la) secretario(a): Mg. Manuel Daniel

Cocha Toledo y los demás miembros: Mg. Benjamín Jarama

Soto y el (la) asesor(a) Mg. Jorge Santiago

Aguiayo Barbachan con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado:

Factores asociados al estado nutricional de adultos mayores ingresados al

Hospital II "Clínica Geriátrica San Isidro Labrador" marzo del 2019 a

marzo del 2020 del(los) bachiller(es): a) Karen Lisset Santolaban Murga

b) Roxana Ximena Uscamayta Apaza

c)

conducente a la obtención del título profesional de: Médico cirujano

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Karen Lisset Santolaban Murga

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy bueno	Sobresaliente

Bachiller (b): Roxana Ximena Uscamayta Apaza

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy bueno	Sobresaliente

Bachiller (c):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente/a

Asesora

Bachiller (a)

Miembro

Bachiller (b)



Secretario/a

Miembro

Bachiller (c)

Factores asociados al estado nutricional de adultos mayores ingresados al Hospital II “Clínica Geriátrica San Isidro Labrador”, marzo del 2019 a marzo del 2020.

Factors associated with the nutritional status of older adults admitted to the "Clínica Geriatric San Isidro Labrador" Hospital II, March 2019 to March 2020

Roxana X. Uscamayta¹, Karen L. Santisteban¹, Jorge Aguayo²

1. Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.
2. Hospital II “Clínica Geriátrica San Isidro Labrador” Lima - Perú

1. ORCID

1. Roxana: <https://orcid.org/0000-0001-6216-4025>
2. Karen: <https://orcid.org/0000-0002-2393-7424>
3. Jorge: <https://orcid.org/0000-0002-0224-3394>

Correspondencia

- Autor: Roxana Ximena Uscamayta Apaza
- Dirección: Calle Arica 673 – Miraflores – Lima, Perú
- Correo electrónico: roxanauscamayta@upeu.edu.pe

Contribución de autoría

JAB propuso la idea de investigación participó en la revisión del manuscrito y aprobación final. RXUA y KLSM participaron en la redacción del manuscrito, diseño de trabajo, recolección / obtención de resultados y en el análisis e interpretación de datos, bajo la supervisión de JAB.

Resumen

Objetivo: Determinar los factores asociados al estado nutricional en el adulto mayor ingresado al Hospital II “Clínica Geriátrica San Isidro Labrador” marzo del 2019 a marzo del 2020. **Método:** El estudio fue retrospectivo-observacional, transversal-analítico realizado en el periodo de marzo del 2019 a marzo del 2020. La muestra estuvo conformada por un total de 1200 historias clínicas; se utilizaron el Índice de Katz, Escala de Guijón y el MNA; para obtener la asociación entre variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado y se utilizó modelos de regresión logística crudo y ajustado por el sexo y edad. **Resultados:** El 55.6% de los adultos mayores son de sexo masculino; el 56.6% posee una edad menor o igual a 80 años; el 91.8% presenta algún síndrome geriátrico; el 37.3% posee un estado mental de confusión; el 37% presentan anemia; el 80.8% posee la albúmina baja, el 88.9% presentaba deterioro social, el 61.6% eran dependientes; el 18.2% de los pacientes ingresados murieron; el 12.1% tenía desnutrición, el 45.3% tenía sobrepeso, el 63.1% presentaba malnutrición; el 46.7% presentaba hipertensión arterial (HTA), el 29.3% presentaba diabetes, el 15.8% tenía enfermedad pulmonar, el 13.2% presentaba enfermedad cardiaca; el 12.2% tenía cáncer y el 9.1% presentaba enfermedad renal. **Conclusiones:** Los factores riesgo asociados a la malnutrición fueron: tener un estado de dependencia, presentar algún síndrome geriátrico, tener un estado mental de confusión, presentar deterioro social, tener anemia, presentar albumina baja y cáncer; mientras que los factores de protección para la malnutrición fueron tener hipertensión arterial y presentar diabetes.

Palabras claves: Estado nutricional; factores de riesgo, adulto mayor; malnutrición, estado confusional, dependencia.

Summary

Objective: To determine the factors associated with nutritional status in the elderly admitted to Hospital II "Clínica Geriátrica San Isidro Labrador" from March 2019 to March 2020. **Method:** The study was retrospective-observational, cross-sectional-analytical carried out in the period of March from 2019 to March 2020. The sample consisted of a total of 1,200 medical records; the Katz Index, the Guijón Scale and the MNA were used; To obtain the association between variables, the Chi-square test was obtained and crude logistic regression models adjusted for sex and age were obtained. **Results:** 55.6% of older adults are male; 56.6% have an age less than or equal to 80 years; 91.8% present some geriatric syndrome; 37.3% have a mental state of confusion; 37% present anemia; 80.8% have low albumin, 88.9% presented social deterioration, 61.6% were dependent; 18.2% of admitted patients received; 12.1% had malnutrition, 45.3% were overweight, 63.1% had malnutrition; 46.7% had arterial hypertension (AHT), 29.3% had diabetes, 15.8% had lung disease, 13.2% had heart disease; 12.2% had cancer and 9.1% had kidney disease. **Conclusions:** The risk factors associated with malnutrition were: having a state of dependency, presenting some geriatric syndrome, having a confused mental state, presenting social deterioration, having anemia, presenting low albumin and cancer; while the protective factors for malnutrition were having high blood pressure and having diabetes.

Keywords: Nutritional status; risk factors, older adult; malnutrition; confusional state; dependence.

Introducción

A nivel mundial, se pronostica que para 2050, 1 de 6 personas llegará a tener 65 años a más, representando al 16% de la población total, cifra superior a la actual (2019); ya que solo 1 de 11 personas poseen esta edad, siendo el 9% de la población; los datos del 2018 indicaron que por primera vez la población de 65 años a más llegaron a superar la población de niños a nivel mundial, de modo que la cifra adultos de 80 a más llegará a triplicarse siendo de 143 millones (2019) a 426 millones al 2050⁽¹⁾. En Perú, el envejecimiento corresponde a una característica de relevancia en la demografía del país, pues la población adulta de 60 a más se incrementó de 5,7% (1950) a 13% para el 2021.⁽²⁾ Los adultos mayores representan a un grupo vulnerable y están expuestos a presentar distintos problemas, entre ellos, nutricionales; debido al proceso fisiológico del envejecimiento y la diversidad de factores, conllevando a cambios alimenticios, metabólicos, estados de morbilidad agudos y crónicos, deterioro de capacidad funcional y situaciones económicas y psicosociales^{(3) (4) (5) (6)}, además de comorbilidades como la DM, ERC, HTA, cáncer y síndromes geriátricos⁽⁷⁾; de esta manera se considera que la nutrición óptima es importante no sólo para la prevención y tratamiento de enfermedades, sino también para la independencia, calidad de vida; lo que promueve el envejecimiento saludable, por ello la importancia de la nutrición como medio para posponer la fragilidad. Sin embargo un obstáculo importante para el éxito de las intervenciones es el uso de múltiples métodos que midan el estado nutricional, a pesar de ellos los profesionales e investigadores se basan en historias clínicas, antropometría, exámenes bioquímicos, pruebas complementarias y cuestionarios, para la determinación de la salud y nutrición^{(8) (9) (10)}, asimismo la pérdida de apetito está asociada con la relación familiar, apoyo social e

independencia financiera ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾. Por tanto, los aspectos relacionados al estado nutricional y la calidad de vida deben ser tomados en cuenta y explorados como un conjunto para la evaluación de la salud ⁽¹³⁾. Es por ello que los adultos mayores deben someterse a pruebas de detección de problemas nutricionales al momento del diagnóstico e ingreso a hospitales o residencias de ancianos y durante el seguimiento en centros de salud ⁽⁹⁾.

La malnutrición es un predictor importante de morbilidad y mortalidad, asociado a mayor riesgo de complicaciones que conducen a la disminución del estado funcional y del tiempo de supervivencia y calidad de vida ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾, además su prevalencia es mayor en adultos mayores que ingresan a hospitales a comparación con los que se encuentran en sus domicilios ⁽¹⁷⁾. Según el informe de la OMS menciona que se observan cambios fisiológicos que afectan el estado nutricional, en el nivel sensorial; así también mencionan que el riesgo de adquirir hábitos alimenticios no favorables puede llevar a una pronta desnutrición. Por lo cual, el paciente aumenta notoriamente la fragilidad y la dependencia, necesitando de una ayuda externa ⁽¹⁸⁾ ⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾. Es por ello el objetivo del presente estudio fue “Determinar los factores asociados al estado nutricional en el adulto mayor ingresado al Hospital II "Clínica Geriátrica San Isidro Labrador" Marzo del 2019 a marzo del 2020”.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo-observacional, transversal-analítico realizado en el periodo de marzo del 2019 a marzo del 2020 en el Hospital II “Clínica Geriátrica San Isidro Labrador”. Se consideraron 100 historias clínicas por mes de pacientes adultos mayores hospitalizados de edades entre 60 a 103 años; no obstante, se excluyeron pacientes adultos cuyas historias clínicas presentaban más del 10% de datos

incompletos, de esta manera la muestra estuvo conformada por un total de 1200 historias clínicas.

Los datos recolectados a partir de las historias clínicas fueron registradas en un formulario de Google Forms el cual estuvo dividido en siete secciones: En la primera sección se recolectaron datos respecto a la edad y sexo de los adultos mayores; en la segunda sección se registraron los datos relacionados a la evaluación nutricional, el cual fue medido en base al instrumento MNA que incluye medidas antropométricas (peso, talla, IMC) para indicar el estado nutricional de la persona, acorde a este instrumento, una puntuación ≥ 17 indica un estado nutricional normal y una puntuación < 17 indica malnutrición⁽²¹⁾. La tercera sección se basó en recolectar información respecto al estado de dependencia del paciente, el cual se midió en base al índice de Katz, este instrumento posee preguntas que van en una escala desde A hasta G, siendo A independiente para todas las funciones y G dependiente en todas sus funcionalidades⁽²²⁾. En la cuarta sección se recolectó información respecto a la presentación clínica si el paciente tiene algún síndrome geriátrico y un estado mental de confusión. La quinta sección recolectó información referida al estado social del paciente, para ello se utilizó la escala de Gijón, cuyos puntos de cortes son: ≤ 9 situación social buena y > 9 deterioro social⁽⁴⁾. En la sexta sección se recolectaron los datos de laboratorio de los pacientes, en el cual se registraron los niveles de hemoglobina que de ser < 11 indican anemia y de ser ≥ 11 se considera normal; además se registraron los niveles de albúmina, el cual de ser < 3.5 se consideró baja y si es mayor a 3.5 se consideró normal; finalmente, en la séptima sección se recolectó información respecto a los antecedentes patológicos de los adultos mayores, en el cual, se registró si el

paciente presentaba hipertensión arterial (HTA), diabetes, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, cáncer o enfermedad renal crónica.

Los datos recolectados fueron posteriormente tabulados en el programa MS Excel 10. Para obtener la asociación se utilizó la prueba de Chi cuadrado, a su vez se utilizó modelos de regresión logística crudo y ajustado por el sexo y edad, los mismos que fueron analizados mediante el programa RStudio V.1.3.

Se contó con la evaluación y aprobación por el Comité de Ética Institucional de la Universidad Peruana Unión (2022-CE-FCS - UPeU-095) y Comité de Ética en Investigación del HNGAI (NOTA N° 16 CIEI-OlyD-GRPA-ESSALUD-2023). Se respetó la confidencialidad, no considerándose el número de la historia clínica.

Resultados

La tabla 1 muestra las características de los pacientes adultos mayores, de esta manera, se encontró que; el 55.6% de adultos mayores son de sexo masculino; el 56.6% posee una edad menor o igual a 80 años; el 91.8% presenta algún síndrome geriátrico; el 37.3% posee un estado mental de confusión; el 37% de adultos mayores presentan anemia; el 80.8% posee la albúmina baja, el 88.9% presentaba deterioro social, el 61.6% de los pacientes hospitalizados eran dependientes; el 18.2% de los pacientes ingresados murieron; el 12.1% tenía desnutrición, el 45.3% tenía sobrepeso y finalmente el 63.1% de adultos mayores presentaba malnutrición.

La tabla 2 muestra información respecto a los antecedentes patológicos de los adultos mayores, los resultados mostraron que el 46.7% de pacientes presentaba hipertensión arterial (HTA), el 29.3% presentaba diabetes, el 15.8% tenía una

enfermedad pulmonar, el 13.2% presentaba alguna enfermedad cardiaca; el 12.2% tenía cáncer y el 9.1% presentaba una enfermedad renal.

La tabla 3 describe la asociación entre la malnutrición según el MNA y los factores asociados; se encontró en el análisis crudo que los factores asociados fueron: ser mayor a 80 años (OR=2.932, IC:2.278-3.775), tener estado de dependencia (OR=2.912, IC:2.281-3.717), algún síndrome geriátrico (OR=2.297, IC:1.516-3.479), estado mental de confusión (OR=2.749, IC:2.114-3.576), deterioro social (OR=1.866, IC:1.298-2.680), anemia (OR=2.309, IC:1.784-2.988), albumina baja (OR=2.234, IC:1.669-2.989). Respecto a los antecedentes patológicos, los factores asociados fueron el tener hipertensión arterial (OR=0.689, IC:0.545-0.872), diabetes (OR=0.676, IC:0.524-0.871) y cáncer (OR=2.111, IC:1.411-3.158).

De acuerdo al análisis ajustado, tener estado de dependencia aumenta en 2.36 veces la probabilidad de sufrir malnutrición (OR=2.360, IC:1.831-3.042), mientras que tener algún síndrome geriátrico aumenta en 1.59 veces la probabilidad de presentar malnutrición (OR=1.591, IC:1.031-2.458), tener un estado mental (confusión) aumenta la probabilidad de malnutrición en 2.24 veces (OR=2.244, IC:1.708-2.949). Respecto al ámbito social, tener deterioro social aumenta en 1.74 veces la probabilidad de sufrir malnutrición (OR=1.749, IC:1.200-2.550). En cuanto a los análisis laboratorial asociados a malnutrición, el tener anemia aumenta en 2.18 veces la probabilidad de tener malnutrición (OR=2.181, IC:1.671-2.848) y el tener albumina baja aumenta en 2.14 veces la probabilidad de tener malnutrición (OR=2.146, IC:1.587-2.902). Según los antecedentes patológicos, el tener hipertensión arterial (OR=0.575, IC:0.448-0.739) y el tener diabetes mellitus (OR=0.719, IC:0.552-0.935) son factores protectores para la malnutrición, mientras

que tener cáncer aumenta en 2.54 veces la probabilidad de tener malnutrición (OR=2.544, IC:1.673-3.867).

Discusión

El propósito del estudio fue “determinar los factores asociados al estado nutricional en el adulto mayor ingresado al Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, marzo del 2019 a marzo del 2020”; se encontró que los factores asociados a la malnutrición fueron: tener un estado de dependencia, algún síndrome geriátrico, estado mental (confusión), deterioro social, anemia, albumina baja, tener hipertensión arterial, diabetes y cáncer.

En la investigación se halló que al presentar un estado de dependencia aumenta la probabilidad de tener malnutrición, estos resultados son similares a los de Bravo C. et al. quienes demostraron una asociación negativa entre la malnutrición y la dependencia siendo este último un factor de riesgo (OR= 1,68 p= 0,001); y que al igual que el presente estudio, su población se caracterizó por ser adultos mayores con malnutrición por exceso (IMC ≥ 32 Kg/m²) disminuyendo sus niveles de autovalencia y llegando a ser más dependientes, por lo que el autor resalta la importancia de considerar al estado nutricional como un factor para prevenir la dependencia funcional ⁽²³⁾; asimismo, Chavarro D. et al. indicaron que poseer un menor estado de dependencia resulta un factor protector ante la malnutrición siendo el OR=0.98 (IC 0.97-0.987, p=0.00) ⁽¹⁶⁾. Asimismo, se halló que tener síndrome geriátrico aumenta la probabilidad de tener malnutrición, tal como indica Zulfiqar A. et al. cuyos resultados muestran una relación directa entre la desnutrición y un síndrome geriátrico ⁽²⁴⁾, de igual manera Lopez B. et al. señalaron que la identificación, seguimiento, tratamiento y prevención del estado nutricional de los adultos mayores que poseen síndrome geriátrico como la sarcopenia o

fragilidad es de gran importancia debido a la prevalencia elevada de malnutrición que se registra en este tipo de pacientes ⁽²⁵⁾; igualmente Otero M. y Rosas G. hallaron que el 60.1% de pacientes con riesgos de malnutrición presentaban un deterioro y fragilidad; por lo que el evaluar el estado nutricional resulta de vital importancia para que se tenga un envejecimiento saludable que prevenga el desarrollo de síndromes geriátricos ⁽¹⁹⁾. Por otro lado, en la investigación se halló que tener un estado mental de confusión aumenta la probabilidad de tener malnutrición, similar a los resultados de Chavarro D. et al. cuyos resultados indican que la presencia de delirium o confusión aumenta la probabilidad de tener malnutrición (OR 2.27), de igual manera el diagnóstico de demencia (OR 2.48) ⁽¹⁶⁾; por su parte Bazalar L. et al. señalan que el deterioro cognitivo posee una relación significativa con el bajo peso siendo $p < 0.05$ esto podría deberse a que el estado nutricional es fundamental para el funcionamiento adecuado a nivel cerebral; asimismo, los pacientes geriátricos que experimentan una disminución en sus habilidades cognitivas y funcionales presentan estados de confusión que muestran déficit conductual afectando su alimentación ⁽²⁰⁾. Además, al presentar deterioro social aumenta la probabilidad de tener malnutrición, por su parte Campos J. señala que no representar riesgo social es un factor protector ante el desarrollo de malnutrición siendo el OR= 0.394 (IC:0.166- 0.934) ⁽²⁶⁾; asimismo, la investigación de Rossi P. mostró que los adultos mayores que tenían un adecuado estado nutricional poseían un buen estado social encontrando una relación significativa de ambas variables; de modo que se evidencia que la situación nutricional compromete el riesgo social de los pacientes dado que puede conllevar a estados de depresión ⁽²⁷⁾, como indican Castañeda C. et al. la depresión se presentó cuando existía riesgo de desnutrición lo cual se agrava con factores de carácter social, ello

puede deberse a la falta de convivencia familiar y opinión del adulto mayor, conllevando a que este sienta desesperanza, ira, pérdida, tristeza e inclusive frustración y falta de confianza en sí mismos ⁽²⁸⁾.

Por otra parte, la investigación mostró que tener anemia aumenta la probabilidad de tener malnutrición, ello concuerda con lo mencionado por Lozano S. et al. cuyos resultados indican que de 44.3% de adultos mayores con malnutrición, presentaban también bajos niveles de hemoglobina, pues los adultos mayores presentaron anemia al ingreso del hospital llegando a disminuir al darse de alta; de esta manera se comprobó la asociación de la hemoglobina con el estado nutricional siendo $p=0.001$ ⁽²⁹⁾, de igual manera, Salinas A. et al. reafirma estos resultados pues señala que bajas condiciones nutricionales mostraron una alta incidencia de anemia (SII=0.22, RII=2,80) ⁽³⁰⁾. La investigación también mostró que tener albumina baja aumenta la probabilidad de tener malnutrición, estos resultados son similares a Reyes E. et al. quienes demuestran una relación directa entre el estado nutricional y los niveles de albúmina ($\rho=0.207$) de los adultos mayores, asimismo, la dispersión mostrada entre ambas variables muestran una predicción de 0.363, por lo que el estado de nutrición de los adultos mayores puede llegar a alterar los niveles normales de esta proteína ⁽³¹⁾. Por su parte Miranda J. y Meza E. por medio de la evaluación de la albúmina plasmática mostró que el estado nutricional (desnutrición en el 74,7% de los casos) provocan un catabolismo de tipo acelerado de proteínas influyendo negativamente en la síntesis de albúmina por lo que se comprueba una relación bilateral entre estas dos variables ⁽³²⁾.

Respecto a los antecedentes patológicos, en la investigación se halló que tener hipertensión arterial es un factor de protección para la malnutrición, ello difiere a los resultados de Ramírez J. y Sánchez J.; quienes señalan que la hipertensión arterial

corresponde a un factor de riesgo con mayor prevalencia con el estado nutricional ⁽³³⁾, de igual manera García N. et al. evidencia que el riesgo nutricional (OR=2,16) conlleva a presentar HTA a diferencia de quienes tienen una adecuada nutrición ⁽³⁴⁾. Por otro lado, la presente investigación mostró que tener diabetes mellitus es un factor de protección para la malnutrición, contrario a lo que menciona Ramírez J. y Sánchez J. quienes indican que la diabetes mellitus es un factor riesgo demostrando una significancia de ($p < 0,001$) con la malnutrición ⁽³³⁾. Sin embargo, el control de la dieta de un paciente diabético puede llegar a mejorar los estados nutricionales de los adultos mayores, por lo que puede establecerse como un factor de protección como el caso del presente estudio, tal como indica Arévalo J. et al. una intervención nutricional a pacientes con diabetes favorece un mejor control glucémico, sobre todo aquellos que poseen malnutrición por exceso ⁽³⁵⁾; de igual manera Gonzales J. et al. ponen en relevancia que la consejería nutricional es de ayuda para incrementar los conocimientos de patrones alimentarios en pacientes con diabetes promoviendo una dieta saludable ⁽³⁶⁾.

Por otro lado, en la investigación se halló que tener cáncer aumenta la probabilidad de tener malnutrición, de manera similar, los resultados de Cieza E. encontraron asociación entre el cáncer y la evaluación nutricional ($p < 0.05$); asimismo, señala que la malnutrición corresponde a un factor pronóstico para la mortalidad de cáncer de personas mayores ⁽³⁷⁾; también el cáncer llega a afectar el estado nutricional del paciente por el deterioro a la salud causada por esta enfermedad; acorde a Cáceres H. et al. el cáncer, sus tratamientos y síntomas incrementan el riesgo de tener malnutrición llegando a complicar su estado de salud ya que el cáncer genera falta de apetito, náuseas o vómitos, lo cual puede producir una disminución o incremento de peso en ancianos ⁽³⁸⁾.

Finalmente, el envejecimiento tiene dos caminos: el envejecimiento saludable donde el manejo médico, genética y entorno favorecen a mantener un riesgo bajo de enfermar, desnutrirse y discapacitarse; por otro lado, el envejecimiento patológico en el que las enfermedades insuficientemente atendidas, el pobre cuidado domiciliario pueden generar un mayor riesgo de enfermarse, desnutrirse, discapacitarse, hospitalizarse e incluso morir a pesar de los esfuerzos que tardíamente se le pudieran ofrecer. Sin embargo, nuestro hospital recibe pacientes de la Red Almenara para continuar el manejo hospitalario de sus múltiples problemas, con lo que se podría colegir que los resultados hallados podrían ser considerados como un reflejo de las características de un grupo poblacional que ha envejecido patológicamente al extremo incluso de la discapacidad.

La limitación de la investigación fue que al depender de la información de las historias clínicas, muchos datos no se encontraban debidamente registradas y clasificadas. No obstante, el aporte de la investigación es significativo por contar con un gran tamaño de muestra, el cual permite un menor sesgo de la información.

En conclusión, se encontró que la dependencia del paciente es un factor de riesgo para la malnutrición, al igual que el síndrome geriátrico, el estado mental (confusión) y un deterioro social; asimismo, la anemia, la albumina baja y la presencia de cáncer son factores riesgo de malnutrición en pacientes geriátricos. Por el contrario, la presencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus son factores de protección ante la malnutrición.

Agradecimiento

Agradecemos a la institución y al personal que labora en el Hospital II – “Clínica geriátrica San Isidro Labrador”, por su apoyo para el desarrollo de la presente investigación

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses

Esta investigación fue autofinanciada, los autores declaramos no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423). ; 2019.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de lapoblación adulta mayor: julio-agosto-setiembre, 2021. INEI, Lima; 2021.
3. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. Perú.Med. Exp. Salud Publica. 2016; 33(2): p. 199-201.
4. Cárdenas H, Machaca M, Roldan L, Muñoz Á, Figueroa V. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayoresautónomos de la ciudad de Arequipa, Perú. Nutr Clín Diet Hosp. 2022; 42(1): p. 160-168.
5. De Jaeger C. Fisiología del envejecimiento. EMC - Kinesiterapia - Med Física. 2018 abril; 39(2): p. 1-12.
6. Tafur J, Ramírez M, Carbonell A. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. Rev Latinoam Hipertens. 2018; 13(10).
7. Moon S, Hong G. Predictive Factors of Mortality in Older Adult Residents of Long-Term Care Facilities. J Nurs Res. e82. 2020 abril; 28(2).

8. Lorenzo L, Maseda A, Labra CD, Regueiro L, Rodríguez J, Millán J. Nutritional determinants of frailty in older adults: A systematic review. *BMC Geriatrics*. 2017; 17: p. 108.
9. Govindaraju T, Sahle B, McCaffrey T, McNeil J. Dietary Patterns and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *Nutrients*. 2018; 19: p. 971.
10. Miller J, Wells L, Nwulu Uea. Validated screening tools for the assessment. *Am J Clin Nutr*. 2018; 108: p. 1196–1208.
11. Clegg M, Williams E. Optimizing nutrition in older people. *Maturitas*. 2018 Junio; 112: p. 34-38.
12. Ruiz F, Mendoza F, Bujaico M, Bernardo S. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. *An Fac Med*. 2014 junio; 75(2): p. 107-11.
13. Taberna D, Navas S, Martínez J. Current nutritional status assessment tools for metabolic care and clinical nutrition. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. 2019 September; 22(5): p. 323-328.
14. Liu C, Eriksson , Yi F. Offspring migration and nutritional status of left-behind older adults in rural China. *Econ Hum Biol*. 2021 mayo; 41: p. 100996.
15. Özkaya İ. Nutritional status of the free-living elderly. *Cent Eur J Public Health*. 2021 marzo; 29(1): p. 68-75.
16. Chavarro D, Borda M, Núñez N, Cortés D, Sánchez S, Ramírez R. Factores asociados al estado nutricional en pacientes adultos mayores hospitalizados. *Acta Médica Colomb*. 2018 junio; 43(2): p. 69-73.
17. Ramos P. Factores de riesgo nutricional en los mayores institucionalizados. [Online]. [cited 2022 Noviembre 30. Available from:

<https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20S EGG/Residencias/Factores%20de%20riesgo%20nutricional%20en%20mayores%20institucionalizados-1.pdf>.

18. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Luxemburgo. 2015.
19. Otero M, Rosas G. Valor nutricional de las personas mayores de 60 años de la ciudad de Pasto, Colombia. *Cienc Enferm*. 2017 diciembre; 23(3): p. 23-34.
20. Bazalar L, Runzer F, Parodi J. Asociación entre el estado nutricional según índice de masa corporal y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval del Perú, 2010-2015. *Acta Médica Peru*. 2019 enero; 36(1): p. 5-10.
21. Muñoz B, Molina G, Romero M, Redondo J, Aguado C, Arias C,ea. Validation (in Spanish) of the Mini Nutritional Assessment survey to assess the nutritional status of patients over 65 years of age. *Fam Pract*. 2019 marzo; 36(2): p. 172-8.
22. Yamada L, Da Silva J. Assessing functional status after intensive care unit stay: the Barthel Index and the Katz Index. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018; 30(4): p. 265–270.
23. Bravo C, Godoy J, Sánchez Y, Riveros M. Asociación entre el nivel de autovalencia y el estado nutricional en adultos mayores chilenos. *Rev. chil. nutr*. vol.48 no.5 Santiago oct. 2021. 2021; 48(5): p. 741-747.
24. Zulfiqar A., Dembele I, Andres E. Evaluation of Nutritional Status in an Acute Geriatric Unit: Retrospective Study and Analysis of Frailty Syndrome. *Medicines*. 10(3):22. 2023.

25. López B, Gómez C, Bermejo L. Problemática nutricional relacionada con la fragilidad y la sarcopenia en personas de edad avanzada. *Nutr Hosp*; 36(N.º Extra 3):49-52. 2019.
26. Campos J. Factores sociodemográficos y su relación con el estado nutricional de adultos mayores de consulta externa del hospital «dr. juan José fernández», zacamil. *Crea Ciencia Revista Científica*, 13(2), 70–83. 2021.
27. Rossi P. Situación sociofamiliar de las personas adultas mayores que concurren a la consulta clínica médica del Hospital Centenario de la ciudad de Gualeguaychú y su relación con el estado nutricional. *Diaeta*. 2017; 35(158): p. 33-37.
28. Castañeda C, Acuña A, Herrera A, Martínez R, Castillo I. Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad del estado mexicano de Zacatecas. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. 2018; 28(1): p. 28-43.
29. Lozano S, Meléndez F, Poma J, Díaz C. Estadonutricionaldelpacienteadultomayor hospitalizado usuario de sonda nasogástrica en un Hospital del Seguro Social, Peru. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 11(3): 142-148. 2018.
30. Salinas A, Manrique B, De la Cruz V, Rivera A. Socioeconomic inequalities in health and nutrition among older adults in Mexico. *Salud pública de México*. 2019 noviembre-diciembre; 61(6).
31. Reyes E, Zayas E, Sánchez T. Determinación del estado nutricional y su relación co la albúmina en adultos mayores de Tlaxcala. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 21(4), 43-47. 2011.

32. Miranda J, Meza E. Utilidad de la circunferencia de pantorrilla como marcador de desnutrición comparado con el mini nutritional assessment, nutritional risk screening 2002 y albúmina sérica en adultos mayores. *Rev. cient. cienc. salud.* 4(2):19-26. 2022 Diciembre.
33. Ramírez JSJ. Estado nutricional del adulto en relación al riesgo cardiovascular. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2010; 23(3): p. 85-91.
34. García N, Cardona D, Segura Á, Garzón M. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de Cardiología.* 2016; 23(6): p. 528-534.
35. Arévalo J, Cevallos K, Rodríguez M. Intervención nutricional en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 para lograr el control glucémico. *Revista Cubana de Medicina Militar.* 2020; 49(3).
36. González J, Valdés R, Álvarez A, Toirac K, Casanova M. Factores de riesgo alimentarios y nutricionales en adultos mayores con diabetes mellitus. *Universidad Médica Pinareña.* 2018; 14(3.): p. 210-218.
37. Cieza E. Estado nutricional como predictor de mortalidad en el adulto mayor con cáncer gástrico evaluado en un hospital de referencia. *Horiz. Med.* 18 (2): 6-10. 2018.
38. Cáceres H, Neningen E, Menéndez Y, Barreto J. Intervención nutricional en el paciente con cáncer. *Rev cubana med.* 2016; 55(1).

TABLAS

Tabla 1. Descripción de las frecuencias de las características de la población (N=100)

Variable	Categorías	N (%)
Sexo	Femenino	533 (44.4%)
	Masculino	667 (55.6%)
Edad	> 80	521 (43.4%)
	<= 80	679 (56.6%)
Algún síndrome geriátrico	Si	1101 (91.8%)
	No	83 (8.2%)
Estado mental (confusión)	Si	447 (37.3%)
	No	753 (62.8%)
Hemoglobina	< 11 anemia	444 (37.0%)
	>= 11 normal	756 (63.0%)
Albumina	< 3.5 baja	970 (80.8%)
	>=3.5 normal	230 (19.2%)
Gijón	> 9 deterioro social	1067 (88.9%)
	<=9 bueno	133 (11.1%)
Katz basal	Dependiente	739 (61.6%)
	Independiente	461 (38.4%)
IMC	Desnutrición	145 (12.1%)
	Normal	511 (42.6%)
	Sobrepeso	544 (45.3%)
MNA	<17 malnutrición	757 (63.1%)
	>=17 normal	443 (36.9%)

Nota: El 100% presento un diagnóstico de ingreso registrado.

Tabla 2. Descripción de la frecuencia de los antecedentes patológicos.

Categorías	N (%)
HTA	561 (46.7%)
Diabetes	352 (29.3%)
Enfermedad pulmonar	190 (15.8%)
Enfermedad cardiaca	159 (13.2%)
Cáncer	147 (12.2%)
Enfermedad renal	110 (9.1%)

Tabla 3. Asociación malnutrición según MNA y factores asociados.

MNA					Modelos crudos (tabla tetracótica)				Modelo Ajustado* (regresión logística)			
					OR	IC. 95%		P	OR	IC. 95%		P
	<17 Malnutrición	>=17 normal	Tota l		LI	LS			LI	LS		
Demográficos												
Sexo	Femenino	343	190	533	1.10 3	0.87 1	1.39 7	0.41 5
	Masculino	414	253	667								
Edad	> 80	399	122	521	2.93 2	2.27 8	3.77 5	0.00 0
	<= 80	358	321	679								
Estado de dependencia												
Katz basal	Dependiente	537	202	739	2.91 2	2.28 1	3.71 7	0.00 0	2.36 0	1.83 1	3.04 2	0.00 0
	Independiente	220	241	461								
Presentación clínica												
Algún síndrome Geriátrico	Si	713	388	1101	2.29 7	1.51 6	3.47 9	0.00 0	1.59 1	1.03 1	2.45 8	0.03 6
	No	44	55	99								
Estado mental Confusión	Si	344	103	447	2.74 9	2.11 4	3.57 6	0.00 0	2.24 4	1.70 8	2.94 9	0.00 0
	No	413	340	753								
Ámbito social												
Gujjón	> 9 deterioro	691	376	1067	1.86 6	1.29 8	2.68 0	0.00 1	1.74 9	1.20 0	2.55 0	0.00 4
	<= 9 bueno	66	67	133								
Asociados a malnutrición												
Hemoglobina	< 11 anemia	332	112	444	2.30 9	1.78 4	2.98 8	0.00 0	2.18 1	1.67 1	2.84 8	0.00 0
	>= 11 normal	425	331	756								
Albumina	< 3.5 baja	648	322	970	2.23 4	1.66 9	2.98 9	0.00 0	2.14 6	1.58 7	2.90 2	0.00 0
	>= 3.5 normal	109	121	230								
Antecedes patológicos												
HTA	si	328	233	561	0.68 9	0.54 5	0.87 2	0.00 2	0.57 5	0.44 8	0.73 9	0.00 0
	no	429	210	639								
Diabetes	si	199	153	352	0.67 6	0.52 4	0.87 1	0.00 2	0.71 9	0.55 2	0.93 5	0.01 4
	no	558	290	848								
Enfermedad Pulmonar	si	126	64	190	1.18 2	0.85 3	1.63 9	0.31 4	1.01 3	0.72 1	1.42 3	0.94 2
	no	631	379	1010								
Enfermedad Cardíaca	si	101	58	159	1.02 2	0.72 3	1.44 5	<u>0.90</u> 2	0.78 8	0.54 8	1.13 4	0.20 0
	no	656	385	1041								
Cáncer	si	113	34	147	2.11 1	1.41 1	3.15 8	0.00 0	2.54 4	1.67 3	3.86 7	0.00 0
	no	644	409	1053								
Enfermedad Renal crónica	si	72	38	110	1.12 0	0.74 2	1.69 1	0.58 9	1.08 7	0.70 7	1.67 3	0.70 3
	no	685	405	1090								

Nota: * valores calculados corrigiendo el factor edad y sexo mediante regresión logística.

ANEXOS

1. EVIDENCIA DE SUMISIÓN

ARTICULO - TRABAJO ORIGINAL



ROXANA XIMENA USCAMAYTA APAZA

Para: famed.revista.medica@oficinas-upch.pe



Jue 06/04/2023 20:17



Mostrar los 4 datos adjuntos (506 KB) Guardar todo en OneDrive - Universidad Peruana Unión Descargar todo

Buenas noches envío artículo original titulado "Factores asociados al estado nutricional de adultos mayores ingresados al Hospital II "Clínica Geriátrica San Isidro Labrador", marzo del 2019 a marzo del 2020". A la vez se adjunta:

- Declaración Jurada
- Carta de presentación
- Carta de Foinanciamiento

Muchas gracias, Bendiciones

Atte: Roxana Ximena Uscamayta Apaza



FAMED REVISTA MEDICA HEREDIANA <famed.revista.medica@oficinas-upch.pe>

Para: ROXANA XIMENA USCAMAYTA APAZA



Jue 13/04/2023 9:44

Estimada Dra. Uscamayta:

Recibimos su artículo titulado: **Factores asociados al estado nutricional de adultos mayores ingresados al Hospital II "Clínica Geriátrica San Isidro Labrador", marzo del 2019 a marzo del 2020.** para revisión y probable publicación.

Por favor se le solicita colocar las tablas según las directrices de la Revista.

Las tablas deben estar en formato Microsoft Excel insertas con su título correspondiente, se colocan al final del texto luego de la sección REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS, **y solo se colocarán tres líneas horizontales: una debajo del título, otra debajo de los encabezamientos de las columnas y la tercera al final de la tabla. No se deben utilizar líneas verticales.**

Esperando su pronta respuesta.

Saludos cordiales,

Martha Iriarte
Secretaria de Publicaciones

2. COPIA DE RESOLUCION DE INSCRIPCION DEL PERFIL DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN FORMATO ARTÍCULO APROBADO POR CONSEJO DE FACULTAD



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

RESOLUCIÓN N°1571-2022/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña, 15 de junio de 2022

VISTO:

El expediente de **KAREN LISSET SANTISTEBAN MURGA**, identificada con código universitario N° 201611857, de la Escuela Profesional de Psicología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión;

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la aprobación e inscripción del perfil de proyecto de tesis en formato artículo y la designación o nombramiento del asesor para la obtención del título profesional;

Que **KAREN LISSET SANTISTEBAN MURGA**, ha solicitado: la inscripción del perfil de proyecto de tesis titulado: *Características asociadas al estado nutricional de adultos mayores ingresados al Hospital "Clínica Geriátrica San Isidro Labrador", marzo del 2019 a marzo del 2020*; y la designación del Asesor, encargado de orientar y asesorar la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo;

Estando a lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 15 de junio de 2022, y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

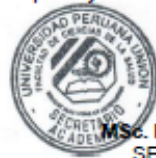
SE RESUELVE:

Aprobar el perfil de proyecto de tesis en formato artículo titulado: *Características asociadas al estado nutricional de adultos mayores ingresados al Hospital "Clínica Geriátrica San Isidro Labrador", marzo del 2019 a marzo del 2020*; y disponer su inscripción en el registro correspondiente, designar al **Mc. JORGE SANTIAGO AGUAYO BARBACHAN**, para que oriente y asesore la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo el cual fue dictaminado por la **Mg. Edda Evnet Newball Noriega**, y el **Mg. Manuel Daniel Concha Toledo**, otorgándoles un plazo máximo de doce (12) meses para la ejecución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Mtro. Roger Albornoz Esteban
DECANO



MSc. Mary Luz Solorzano Aparicio
SECRETARIA ACADEMICA

CC:

- Interesado
- Asesor
- Archivo

Villa Unión – Ñaña, altura Km. 19 de la Carretera Central, Lurigancho-CHOSICA, Lima 15, Perú Teléfono (01) 618-6300
Fax: 6186339 Casilla 3564 Web: www.upeu.edu.pe Email: universidadperuanunion@upeu.edu.pe

3. CARTA DE APROBACIÓN DE ÉTICA



Lima, Ñaña, 06 de setiembre de 2022

EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTA

Que el proyecto de investigación Roxana Ximena Uscamayta Apaza, identificada con DNI No 46262201, y Karen Liseth Santiesteban Murga, identificada con DNI No 77275094, su asesor Jorge Satiago Aguayo Barbachan, identificado con DNI No. 09299555, con el título: Características asociadas al estado nutricional de adultos mayores ingresados al Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, marzo del 2019 a marzo del 2020, fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Peruana Unión, considerando su calidad científica, consideración del bienestar de sus participantes, y conformidad con los estándares de la ética establecidas en el Código de ética para la Investigación de la Universidad Peruana Unión.

Para mantener la aprobación del Comité de Ética, se tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

- 1) Cada participante debe dar consentimiento informado. En el caso de menores de edad, por lo menos uno de sus padres o guardianes debe registrar su consentimiento informado y el menor de edad debe registrar su asentimiento informado, en caso de trabajos prospectivos. En caso de trabajos retrospectivos contar con la carta de autorización de la institución.

Los resultados de este proyecto puedan ser publicados con referencia a aprobación Número 2022-CE-FCS - UPeU-095.



Mg. Maria Magdalena Diaz Orihuel
Presidente:
Comité de Ética de Investigación



Mtro. William de Borba
Secretario:
Comité de Ética de Investigación

Peso:	
Talla:	
IMC:	

PRESENTACION LABORATORIAL

Hemoglobina	
Albumina	

INSTRUMENTOS QUE SE EMPLEARÁN EN LA FICHA:

Los siguientes instrumentos aportarán solo su resultado en la ficha mostrada anteriormente.

ÍNDICE DE KATZ:

URL: https://www.editorialufv.es/wp-content/uploads/Tablas_libros_geriatria.pdf

Índice de Katz	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (con la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.
	Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.
VESTIRSE	Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).
	Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.
USAR EL RETRETE	Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).
	Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.
MOVILIDAD	Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).
	Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.
CONTINENCIA	Independiente: control completo de micción y defecación.
	Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.
ALIMENTACIÓN	Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).
	Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse o necesita de alimentación enteral o parental.

Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar

CLASIFICACIÓN

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso de retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso de retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (abreviada y modificada) (Versión Barcelona):

URL: https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2076_anexo1_III.pdf

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (abreviada y modificada) (Versión Barcelona):	
Situación familiar	
1.	Vive con pareja y/o familia sin conflicto.
2.	Vive con pareja de similar edad.
3.	Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.
4.	Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.
5.	Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.
Relaciones y contactos sociales	
1.	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
2.	Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.
3.	Sólo se relaciona con familia, sale de casa.
4.	No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).
5.	No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).
Apoyos red social	
1.	No necesita ningún apoyo.
2.	Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
3.	Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).

4. Tiene soporte social, pero es insuficiente.
5. No tiene ningún soporte social y lo necesita.
Puntuación:
< 7 puntos: situación social buena (bajo riesgo institucionalización).
8-9 puntos: situación intermedia.
≥ 10 puntos: deterioro social severo (alto riesgo institucionalización).

Miniencuesta de valoración nutricional (MNA):

URL: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-spanish.pdf>

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
A ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por faltarle el apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: estado nutricional normal	
8-11 puntos: riesgo de malnutrición	
0-7 puntos: malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	

J ¿Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
K Consumo del paciente • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no	
0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L ¿Consumo frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
M ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toman al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
O ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>

Evaluación (máx. 16 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cribaje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación global (máx. 30 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación del estado nutricional	
De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/>	malnutrición