

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



**ASOCIACIÓN ENTRE DESNUTRICIÓN Y DEPENDENCIA EN EL ADULTO
MAYOR QUE ASISTE A CONSULTA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA**

INVESTIGACIÓN
PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POR
EDUARDO ANTONIO INTERIANO RODAS.
ROSS VALDEZ.
PREVIO A CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE
GERIATRA Y GERONTÓLOGO
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTROS
GUATEMALA DICIEMBRE DE 2,017

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I	5
MARCO METODOLÓGICO.....	5
1.1 Justificación de la investigación	5
1.2 Planteamiento del problema.....	6
1.2.1 Definición del problema	6
1.2.2. Especificación del problema	7
1.2.3 Delimitación del problema.....	7
1.2.3.1 Unidad de análisis	7
1.2.3.2 Sujetos de investigación.....	7
1.2.3.3 Tamaño de la muestra	7
1.2.3.4 Ámbito geográfico	7
1.2.3.5 Ámbito Temporal	8
1.3 Hipótesis	8
1.4 Objetivos de la investigación.....	8
1.4.1 Objetivo general.....	8
1.4.2 Objetivos específicos	8
CAPITULO II	9
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Marco Teórico	9
2.1.1 Adulto Mayor.	9
2.1.2 Estado nutricional en el adulto mayor.....	13
2.1.3 Índice de masa corporal. (IMC)	13
2.1.4 Antropometría.	15
2.1.5 Escala para valorar el estado nutricional del adulto mayor.....	16
2.1.6 Dependencia.....	16
2.1.7 Escalas de valoración de dependencia.	18
2.1.7.1 Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).	18

2.1.7.2 Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).....	18
2.1.8 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, sede Escuintla.	18
CAPITULO III.....	19
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	19
3.1 Métodos de investigación	19
3.1.1 Tipo de estudio:.....	19
3.2 Técnica:	19
3.3 Instrumentos:.....	20
3.4 Cronograma de actividades.....	21
3.5 Recursos.....	22
3.5.1 Recursos Humanos.....	22
3.5.2 Recursos materiales	22
3.5.3 Recursos financieros	22
CAPITULO IV.....	23
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	23
4.1 Resultados	23
4.1.1 Grado de dependencia en la población adulta mayor	24
4.1. 2 Estado nutricional en la población adulta mayor	25
4.1.3 Caracterización del adulto mayor	26
4.1. 4 Asociación entre dependencia y malnutrición	29
4.2 Discusión de resultados.....	30
CAPITULO V	31
5.1 Conclusiones	31
5.2 Recomendaciones	31
CAPITULO VI.....	32
BIBLIOGRAFÍA	32
CAPITULO VII	35
ANEXOS.	35

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	23
TABLA 2	24
TABLA 3	25
TABLA 4	27
TABLA 5	28
TABLA 6	29
Grafica 1	26

1. INTRODUCCIÓN

Un estado de salud óptimo es un componente crítico de buena salud a cualquier edad, pero necesita una atención particular en el grupo de adultos mayores, el propósito del presente estudio fue determinar la asociación que existe entre la desnutrición y la dependencia en el adulto mayor que asiste a consulta en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del departamento de Escuintla.

El presente estudio fue observacional, transversal y analítico, ya que se recolectaron los datos durante la investigación. El estudio se realizó en una muestra de 72 personas, las cuales el 71% eran del sexo masculino y el 29% del género femenino.

Los principales resultados mostraron que el estado nutricional en el cual se encontraban los pacientes, según la escala Mini mental assesment (MNA), fue de 30.6% en riesgo de malnutrición a pesar de estos resultados, al momento de medir el índice de masa corporal a los pacientes, se evidenció que el 76.4% se encontraban en un peso normal para su talla.

La tabla de contingencia y los datos estadísticos utilizando mostraron que no existe una relación entre la malnutrición y la dependencia, ya que la dependencia se lleva a cabo por una enfermedad aguda que el paciente pueda presentar, más que por un estado de malnutrición.

CAPITULO I

MARCO METODOLÓGICO

1.1 Justificación de la investigación

La expectativa de vida a nivel mundial ha aumentado en Guatemala, el Instituto Nacional de Estadística Guatemalteco (INE), señaló que el total de la población para el año 2017 es, de quince millones setenta y tres mil trescientos setenta y cinco (15, 073,375) habitantes; mientras que la pirámide poblacional, de la caracterización del departamento de escuintla, muestra que en el año 2013 la población adulta mayor tuvo un incremento, se debe señalar, que estos datos son los más recientes con relación al tema. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en su informe estadístico y cobertura 2015, reporta que los pacientes adultos mayores, son el 8.8 % de afiliados de un total de 269,280 pacientes.

El departamento de escuintla representa un total de 129,959 afiliados según datos del informe anual del año 2015; de los cuales 17,089 son del programa de invalidez vejez y supervivencia (IVS) y 3408 son jubilados del estado. Siendo escuintla el segundo departamento con mayor población adulta mayor, es necesario que se mejore la atención a dicha población.

Debido a la poca formación geriátrica, no se han generado suficientes datos estadísticos sobre el estado nutricional, el grado de dependencia, en la que se encuentra la población de adultos mayores; y al no contar con dicha información, no se pueden crear intervenciones que tengan repercusiones significativas en esta población.

Es de suma importancia contar con datos, sobre el tema de la dependencia y el estado nutricional, en la que puede incurrir el adulto mayor en Guatemala, específicamente en el departamento de Escuintla; ya que de esta forma, se pueden generar políticas de atención, administrando mejor los recursos con los que se cuentan en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Escuintla.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Definición del problema

La población geriátrica en Guatemala, es un grupo que se encuentra discriminado, debido a la violencia que sufren por parte del Estado, la sociedad, y la familia; ya que, existen distintos prejuicios respecto a la alimentación, y el aporte que puede realizar ellos a la sociedad.

Existen algunos estudios como, el del autor Julio Hamilton Noriega, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, llamado los “Factores determinantes del estado nutricional del adulto mayor institucionalizado”, donde su objetivo fue analizar los factores de riesgo que inciden en el estado nutricional deficitario, concluyendo que el riesgo socioeconómico fue un factor determinante para la desnutrición; también se debe mencionar el trabajo de tesis, de la Universidad Valladolid, de la Facultad de Medicina, titulado la “Asociación entre dependencia y riesgo de malnutrición en un grupo de anciano institucionalizado”, de la autora Sonia Sánchez Martín, en donde se concluye que si existe una asociación entre ellos.

La pérdida de la reserva fisiológica puede incrementar la fragilidad por lo cual puede llevar a dependencia. Estos eventos aumentan la mortalidad y el incremento de recursos sanitarios.

1.2.2. Especificación del problema

¿Cuál es la asociación que existe entre desnutrición y dependencia en los adultos mayores que asisten a consulta en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del departamento de Escuintla durante el período del 2017?

1.2.3 Delimitación del problema

La investigación se realizó en los pacientes que acudieron a consulta al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social al IGSS de Escuintla.

1.2.3.1 Unidad de análisis

Todo paciente adulto mayor que se encuentre ingresado en Hospital de Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

1.2.3.2 Sujetos de investigación

Todo paciente adulto mayor hombre y mujer que se encuentre ingresado en Hospital de Escuintla del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

1.2.3.3 Tamaño de la muestra

El cálculo de muestra se realiza en universo de 595 con una significación de 95%.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Se obtiene una muestra de n= 72.

1.2.3.4 Ámbito geográfico

La investigación se realizó, en el departamento de Escuintla, específicamente en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ubicado en la Avenida Centroamérica final. El departamento de Escuintla tiene 13 municipios. Con un extensión territorial de 4384 km².

1.2.3.5 Ámbito Temporal

Se realizó en el período junio a noviembre del 2017.

1.3 Hipótesis

1.3.1 Hipótesis nula (Ho):

Entre los adultos mayores, no existe una asociación entre desnutrición y dependencia.

1.3.2 Hipótesis alterna (Ha):

Entre los adultos mayores, si existe una asociación entre desnutrición y dependencia.

Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula debido que el cálculo estadístico no evidencia asociación.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar la asociación que existe entre desnutrición y dependencia en el adulto mayor que, asiste a consulta en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del departamento de Escuintla durante el período de junio a noviembre del 2017.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar el grado de dependencia en la población adulta mayor utilizando la Escala de Barthel.
2. Evaluar el estado nutricional del adulto mayor, utilizando la Escala de Mini Nutricional Assessment –MNA-.
3. Caracterizar al adulto mayor con desnutrición.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Adulto Mayor.

Según el concepto definido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y basados en la esperanza de vida para la ciudad de Guatemala, se entiende como adulto mayor a toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. (Restrepo et al., 2006).

El Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte. (Restrepo et al., 2006).

Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte. El elemento principal que caracteriza el envejecimiento es la pérdida progresiva de los mecanismos de reserva del organismo. Pérdidas que llevan inevitablemente al aumento de la vulnerabilidad. (Diaz, 2010).

En definición en el envejecimiento hay una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico. Cambios en órganos que incluyen el reemplazo de las células funcionales cardiovasculares con tejido fibroso, una inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución de la

memoria y otros aspectos de la cognición, y la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel. El diccionario de la Real Academia de la Lengua lo define como "la acción y efecto de envejecer"; es decir, hacer viejo a alguien o algo; hacerse viejo o antiguo; durar o permanecer por mucho tiempo. (Alvarado G, 2014).

El envejecimiento comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad, en el cuadro número 1 se ejemplifican los cambios visibles en el adulto mayor. (Bazo, 1998).

Cuadro. 1

Cambios Visibles más frecuentes en el adulto mayor.

• Enfermedades crónicas.
• Enfermedades agudas
• Antecedentes de mutilación quirúrgica o accidental.
• Influencia del ambiente sobre el cuerpo.
• Actividad física disminuida.
• Nutrición.
• Hábitos y manías.

Fuente: (Diaz, 2010)

Estos cambios, se irán presentando a nivel morfológico o estructural, alterando las características del sujeto en su conjunto y también las de cada una de sus partes. Son cambios perceptibles en el aspecto exterior de la persona, pero que comprometen igualmente los órganos y estructuras no accesibles a la vista. (Diaz, 2010)

A nivel funcional, limita en mayor o menor medida las capacidades de órganos y sistemas, obligando a modificar sus mecanismos de adaptación a cualquier tipo de sobrecarga, alcanzando igualmente, a otros planos como el psicológico, las formas de comportamiento y la actitud general ante la vida. Los cambios que suceden durante el envejecimiento afectan a las fases oral, gástrica e intestinal de la digestión y comprometen, en mayor o menor medida, las funciones motoras, secretora y de absorción del tubo digestivo, añadiendo los cambios sucedidos por las patologías acumuladas en el transcurso de la vida. (Diaz, 2010)

El sistema muscular y el óseo tienen una doble relación con la alimentación y la nutrición del anciano. Por una parte, los niveles de pérdidas en ambos sistemas en el curso del envejecimiento vienen parcialmente condicionados por el tipo de alimentación mantenido a lo largo de la vida. Pero, junto a ello, el grado de integridad de los músculos y del sistema óseo con el que se alcanza la vejez va a ser clave para facilitar la independencia a la hora de acceder a la alimentación. (Diaz, 2010)

Las pérdidas sensoriales limitan las posibilidades de acceder y preparar adecuadamente los alimentos favoreciendo por esas vías una nutrición inadecuada que, sobre facilitar la aparición de determinadas enfermedades, va a incidir negativamente en la calidad de vida del individuo. En el cuadro número 2 se especifican los cambios fisiológicos principales del aparato digestivo que hacen que la nutrición en el adulto mayor sea menor o deficiente en comparación a una persona joven. (Diaz, 2010) (Restrepo et al., 2006)

Cuadro. 2
Envejecimiento del aparato digestivo y sus principales cambios
fisiológicos.

Órgano del aparato digestivo.	Cambios fisiológicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Boca 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de dentición. • Disminución de salivación. • Tendencia a la atrofia mucosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Esófago. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la atrofia de la mucosa. • Menos respuesta peristáltica. • Aumento de la respuesta no peristáltica. • Tendencia a la incompetencia del esfínter esófago-gástrico y al reflujo.
<ul style="list-style-type: none"> • Estómago. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la gastritis atrófica. • Disminución de la secreción gástrica. • Peor respuesta vagal.
<ul style="list-style-type: none"> • Intestino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la atrofia de la mucosa. • Pérdida de la función motora. • Tendencia a la aparición de divertículos.
<ul style="list-style-type: none"> • Hígado y páncreas exocrino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del tamaño. • Mínimos cambios funcionales.

Fuente: (Díaz, 2010)

2.1.2 Estado nutricional en el adulto mayor.

En las personas adultas mayores como parte de los cambios fisiológicos, se produce la disminución de grasa magra y esto da como resultado el aumento en la proporción de masa grasa en el organismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el estudio de nutrición en el envejecimiento, señaló a la población adulta mayor como un grupo nutricionalmente muy vulnerable, debido a los cambios anatómicos y fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento. (Abreu V et al., 2008) (Jimenez S. et al., 2011)

Estadísticamente se estima que aproximadamente el 35-40% de las personas adultas mayores presenta algún tipo de alteración nutricional como: 1. malnutrición calórico-proteica, 2. déficit selectivo de vitaminas y micronutrientes, 3. inadecuado aporte hídrico y 4. Obesidad. La prevalencia de malnutrición entre las personas adultas mayores que viven en su domicilio oscila desde un 3-5% hasta cifras superiores al 60% en ancianos institucionalizados. (Abreu V et al., 2008) (Jimenez S. et al., 2011)

La valoración del estado nutricional de este grupo etario involucra diversos parámetros como la historia social, evolución clínica, encuesta dietética, indicadores bioquímicos, evaluación antropométrica y de la composición corporal. De todas las modificaciones corporales que ocurren durante el proceso de envejecimiento, las medidas antropométricas son las más afectadas. En ellas destacan la masa corporal y la estatura. (Borba de Amorin et al., 2008)

2.1.3 Índice de masa corporal. (IMC)

El índice de Masa Corporal ha sido ampliamente utilizado para la evaluación del estado nutricional de los adultos mayores, sin embargo, por las limitaciones que presenta, debe ir asociado a otros indicadores, observando que el mismo no refleja la composición corporal del individuo en cuestión. Por la complejidad de la

evaluación antropométrica del adulto mayor, es necesario adecuar los métodos e indicadores específicos a este grupo etario, utilizándose medidas que garanticen la detección precoz de los problemas nutricionales y el acompañamiento de las intervenciones dieto terapéuticas. (Borba de Amorin et al., 2008)

Para medir el estado nutricional de las personas adultas mayores, se dispone de los siguientes indicadores:

- 1) Pérdida de peso significativa en período:
 - a) La pérdida de 5Kg o más en un período de 3 meses es importante.

- 2) Índice de masa corporal (IMC), se plantea según los siguientes parámetros:

Cuadro. 3

IMC.	Descripción.
< 18kg/m ²	• Deficiencia energética crónica.
18.9-24.9 kg/m ²	• Normal.
25-29.9 kg/m ²	• Sobre peso
>30 kg/m ²	• Obesidad.

Fuente: (Abreu V et al., 2008)

- 3) Cuando se sospecha de una mala nutrición en el adulto mayor se pueden encontrar signos clínicos que pueden ser fáciles de identificar tales como:
 - a) Quilosos y/o estomatitis.
 - b) Glositis por deficiencia de vitaminas del complejo B.
 - c) Sequedad de los labios y baja eliminación de orina (deshidratación).
 - d) Falta de grasa subcutánea.
 - e) Falta de masa muscular.
 - f) Retención de líquido (edema). (Abreu V et al., 2008)

2.1.4 Antropometría.

El deterioro del estado nutricional no es un hecho repentino, sino que se va instaurando progresivamente por determinados eventos causales sociales, psicológicos o médicos que repercuten directamente y de manera negativa en la situación de salud del adulto mayor. El proceso de envejecimiento, trae consigo significativos cambios corporales, por lo que una aplicación clínica sobre la composición corporal de la población anciana es muy necesaria a los efectos de evaluar su estado nutricional. (Fernandez D. et al., 2005).

Existen numerosos métodos, de mayor o menor complejidad, para estimar la composición corporal y realizar la evaluación nutricional; sin embargo, el enfoque antropométrico continúa siendo la vía alternativa elegida para la mayoría de las investigaciones, no solo porque resulta de fácil acceso y aplicable a todas las personas, sino por lo inocuo, lo confiable y lo poco costoso del método. (Fernandez D. et al., 2005).

De los métodos antropométricos, el más utilizado para evaluar el estado nutricional es el índice de masa corporal (IMC), dado por la sencillez de su medición, que lo hace aplicable en grandes grupos de población y su fácil interpretación. Tiene mucha importancia para la epidemiología nutricional por el riesgo que constituyen para la salud los valores extremos asociados a él. (Fernandez D. et al., 2005).

No obstante a la efectividad que ha tenido el empleo indistinto de cada una de estas variables antropométricas para medir el estado nutricional, es preciso saber que la combinación de todas ellas es un indicador todavía más preciso del estado de nutrición. (Fernandez D. et al., 2005).

Por ello en esta investigación se realizó una evaluación del estado nutricional aplicando variables antropométricas para precisar el estado de nutrición del adulto

mayor, pero también se utilizó la escala de evaluación nutricional MNA (Mini Nutricional Assessment).

2.1.5 Escala para valorar el estado nutricional del adulto mayor.

El estado de salud de un individuo está a menudo comprometido por un estado nutricional deficiente (desnutrición), manifestándose clínicamente mediante pruebas bioquímicas y antropométricas. (Izaola et al, 2005) (Gonzales et al., 2005)

Para evaluar el estado nutricional del adulto mayor se utiliza el test MNA (mini nutricional assesment), Es un método validado y relativamente sencillo de utilizar, mediante 18 preguntas breves divididas en cuatro bloques. El primero bloque hace referencia a las mediciones antropométricas (índice de masa corporal, circunferencia braquial, circunferencia de la pierna y pérdida de peso), en el segundo bloque corresponde a la evaluación global del paciente con seis preguntas sobre el estilo de vida, medicación y movilidad, a continuación se hace referencia a la evaluación nutricional mediante las preguntas de número de comidas, ingesta de alimentos, líquidos y autonomía para comer y ya por último se realiza una evaluación subjetiva del estado nutricional mediante la autoevaluación del estado nutricional y comparación con otras personas de su misma edad. (Izaola et al, 2005) (Gonzales et al., 2005)

La puntuación obtenida (máximo 30 puntos) permite clasificar a los pacientes en: estado nutricional satisfactorio (24 puntos), riesgo nutricional de malnutrición (entre 23,5 y 17 puntos) y con mal estado nutricional, es decir desnutrición a todos aquellos que se encuentren por debajo de 17 puntos. (Izaola et al, 2005) (Gonzales et al., 2005)

2.1.6 Dependencia.

En 1998, el Consejo de Europa definió la dependencia como “el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de

autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”.

Según ese mismo organismo, la dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores, si bien es cierto que su incidencia aumenta con la edad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia es la “disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”.

Estas definiciones implican que debe haber otra persona que intervenga directamente en el cuidado de la persona dependiente e incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas. Esto quiere decir que la dependencia funcional se ha definido como el desempeño de las tareas de cuidado personal con supervisión, dirección o asistencia personal activa. (Salinas et al, 2011) (Dorantes M. et al., 2007)

Se puede definir como dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria como lo son: caminar dentro del hogar, comer, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, así como usar el sanitario. Se considera una persona dependiente si se tiene la necesidad de ayuda por otra persona para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria analizadas. (Dorantes M. et al., 2007)

Se puede definir como dependencia para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria como lo son: ir de compras, pagar en el banco, pagar los servicios utilizados en casa, mantener en orden y las cuentas de casa. Se considera una persona dependiente si tiene la necesidad de ayuda por otra persona para realizar al menos una de las actividades instrumentales de la vida diaria analizadas. (Dorantes M. et al., 2007)

2.1.7 Escalas de valoración de dependencia.

2.1.7.1 Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

El índice de Katz se utiliza para evaluar la capacidad de realizar sin dificultad o ayuda las siguientes funciones básicas: bañarse, vestirse, usar el sanitario, trasladarse dentro del hogar y alimentarse. Se consideró que la pérdida de alguna de estas funciones reflejaba cierto grado de dependencia. La continencia de esfínteres fue analizada como una variable dicotómica, independiente de las actividades básicas de la vida diaria. (Dorantes M. et al., 2007)

2.1.7.2 Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

El índice de Lawton y Brody se utiliza para evaluar la capacidad de realizar sin dificultad o ayuda las siguientes funciones: preparar los alimentos, tomar los medicamentos, ir de compras y administrar el dinero. Se consideró que la pérdida de alguna de estas funciones reflejaba cierto grado de dependencia funcional. (Dorantes M. et al., 2007)

2.1.8 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, sede Escuintla.

El instituto Guatemalteco de seguridad social, se encuentra ubicado en la 4ta Avenida, Centro América Final, departamento de Escuintla, inicialmente su creación era para atención de accidentes por lo que en los años 80's solo se contaban con los servicios de Cirugía y Traumatología, posteriormente en los años 90's se implementaron los programas de maternidad, pediatría y enfermedad común; actualmente cuenta con 120 camas, la unidad de cuidados intensivos y de cuidados intermedios para pacientes adultos y pacientes pediátricos.

Esta investigación se realizó con pacientes que se encontraban en los servicios de Cirugía, Traumatología, Medicina interna y ginecología.

CAPITULO III

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Métodos de investigación

3.1.1 Tipo de estudio:

Es un estudio observacional, transversal y analítico. Se observó el evento y se recolecto los datos en un momento durante la investigación se realizó un chi cuadrado de independencia para determinar si existe la asociación.

3.2 Técnica:

3.2.1 Grado de dependencia

Mediante entrevista se realizó escala de Barthel y se determinó el grado dependencia del adulto mayor.

3.2.2 Estado Nutricional

Mediante entrevista y examen físico se realizó el cuestionario de mini Nutritional assessment para clasificar si el paciente se encuentra en riesgo de malnutrición (desnutrición).

3.2.3 Caracterización del adulto mayor

Se realizó la revisión del expediente clínico para obtener información respecto a qué edad tiene el paciente, género, diagnóstico y a que especialidad consulta. Con esto se generó una caracterización del paciente adulto mayor.

3.3 Instrumentos:

3.3.1 Grado de dependencia

Se utilizó la escala de Barthel que es un instrumento para la valoración funcional del adulto mayor, evalúa 10 ítem el cual tiene un puntaje la sumatoria de estos lo clasifican en independiente, dependencia leve, modera, severa y total.

3.3.2 Estado Nutricional

Se utilizó el instrumento de Mini Nutritional assessment el cual es un método de evaluación y screening nutricional para la población adulta mayor. El cual consistió en un cuestionario 7 preguntas de cribaje y 12 preguntas de evaluación cada una con un valor. La sumatoria lo puede clasificar malnutrición, riesgo de malnutrición y estado nutricional normal.

3.3.3 Caracterizacion del adulto mayor

Se realizó la boleta de recolección de los siguientes datos edad, genero, diagnóstico, especialidad a la que consultaron, grado de dependencia y estado nutricional para realizar la caracterización.

3.4 Cronograma de actividades.

No	Descripción	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1.	Elaboración del protocolo de investigación	■	■				
2	Presentación del protocolo de investigación		■				
3	Revisión		■	■	■		
4	corrección			■	■		
5	autorización				■		
6	Recopilación de la información				■		
7	Clasificación de la información				■	■	
8	Tabulación de la información				■	■	
9	Análisis de la información				■	■	
10	Redacción del informa final				■	■	
11	Presentación del informe final				■	■	
12	Corrección de informe final				■	■	
13	Autorización del informe final					■	■
14	Entrega del informe final						■

3.5 Recursos

3.5.1 Recursos Humanos

- Médicos
- Pacientes
- Mgt. Silvia Estrada.

3.5.2 Recursos materiales

- Computadora
- Papel bond carta 80 gramos
- Impresora
- Tinta de impresora
- Lapiceros

3.5.3 Recursos financieros

- Costos de los recursos materiales
- Computadora Q. 5,000.00
- Papel bond carta 80 gramos Q. 200.00
- Impresora Q. 1,200.00
- Tinta de impresora Q. 320.00
- Lapiceros Q 20.00
- Transporte Q 600
- Alimentación Q 1000

Total: Q. 8440.00

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Grado de dependencia en la población adulta mayor

TABLA 1
ESCALA DE BARTHEL EN ADULTO MAYOR IGSS DE ESCUINTLA

ESTADO	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia total	10	13.9
Dependencia Moderada	19	26.4
Independiente	43	59.7
Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia

Al analizar el grado de dependencia de los adultos mayores que asistieron a consulta en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el período junio a noviembre se determinó que el 59.7% de la población se encuentra independiente y solo un 40 % tiene un grado de dependencia.

4.1. 2 Estado nutricional en la población adulta mayor

TABLA 2
MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT EN ADULTO MAYOR IGSS DE
ESCUINTLA

ESTADO	Frecuencia	Porcentaje
Estado Nutricional Normal	9	12.5
Riesgo de malnutrición	41	56.9
Malnutrición	22	30.6
Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia

Los datos sobre la condición nutricional mostraron que del total de personas (n=72) evaluadas más de la mitad (56.9%) presentaron riesgo de malnutrición un 30.6% presento malnutrición y un grupo pequeño tuvieron un adecuado estado nutricional.

TABLA 3
INDICE DE MASA CORPORAL EN ADULTO MAYOR IGSS DE ESCUINTLA

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición	17	23.6
Normal	55	76.4
Total	72	100.0

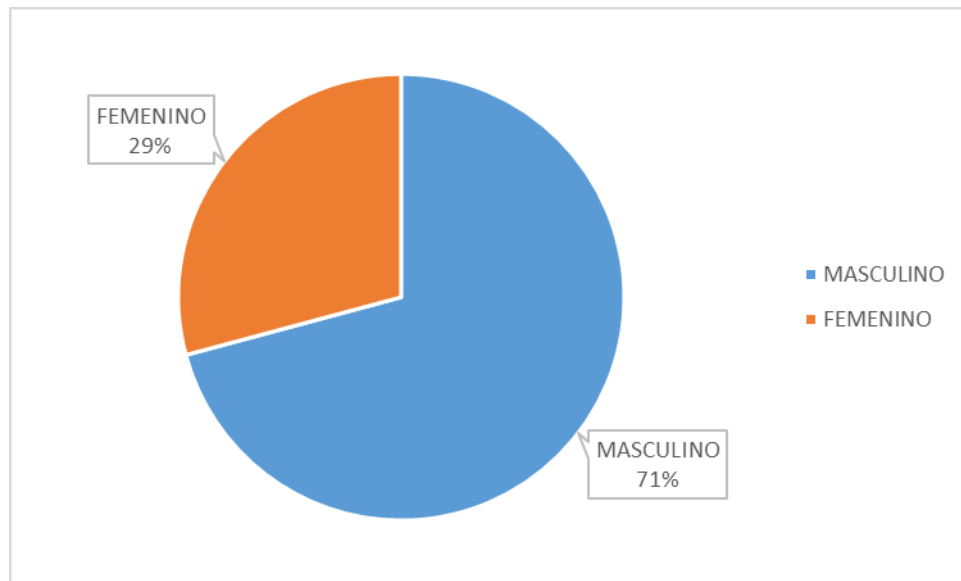
Fuente: Elaboración propia

Al evaluar el estado nutricional según el índice de masa corporal se encontraron que tres cuartas partes de los adultos mayores tuvieron un adecuado estado nutricional normal.

4.1.3 Caracterización del adulto mayor

Grafica 1

Distribución por género en la población adulta mayor IGSS escuintla



Fuente: Elaboración propia

Se observó que la población mayor representación es del género masculino con 71% y el femenino con 29%.

TABLA 4
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL IGSS DE ESCUINTLA

EDAD	FRECUENCIA	Porcentaje
61	7	9.7
65	40	55.6
69	7	9.7
76	2	2.8
78	2	2.8
82	7	9.7
86	7	9.7
Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la información sobre la edad de los adultos mayores que asistieron a la consulta al IGSS de escuintla se encontró que la mayor concentración está en el grupo de 65 años de edad (55.6%) y los que menos asisten son los de 76-78 años (2.8%).

TABLA 5
MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR IGSS DE ESCUINTLA

DIAGNOSTICO	Frecuencia	Porcentaje
FRACTURA DE CADERA	8	11.1
FRACTURA DE RADIO	11	15.3
FRACTURA DE TIBIA Y PERONE	8	11.1
ENFERMEDAD RENAL CRONICA	9	12.5
NEUMONIA	5	6.9
EVENTO CEREBRO VASCULAR	8	11.1
ARRITMIA CARDIACA	4	5.6
GASTROENTERITIS	2	2.8
PIE DIABETICO	17	23.6
Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar los datos de la población adulta mayor IGSS Escuintla se evidenció que la mayor morbilidad encontrada fue pie diabético (23.5%) y la menor incidencia es de gastroenteritis (2.8%)

4.1.4 Asociación entre dependencia y malnutrición

TABLA 6
ASOCIACIÓN ENTRE DEPENDENCIA Y MALNUTRICION DEL ADULTO
MAYOR IGSS DE ESCUINTLA

			MALNUTRICION (DESNUTRICION)			Total
			SI	NO	11.00	
DEPENDENCIA	SI	Recuento	26	2	1	29
		% del total	36.1%	2.8%	1.4%	40.3%
	NO	Recuento	34	7	2	43
		% del total	47.2%	9.7%	2.8%	59.7%
Total	Recuento		60	9	3	72
	% del total		83.3%	12.5%	4.2%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la asociación entre dependencia y malnutrición en la tabla de contingencia se evidencia que el mayor porcentaje se encuentra (47.2%). Con los siguientes datos se calcula un resultado de X^2 de 1.51 con un valor de $p = 0.469$, lo cual indica que no se puede concluir que las variables estén asociadas.

4.2 Discusión de resultados

La dependencia se incrementa en las edades ochenta en adelante en nuestra población la edad prevaleció fue 65 años por lo que se puede explicar que la gran mayoría se encuentre independiente. Un pequeño grupo se encuentra en edades extremas.

La evaluación nutricional se realizó el Mini Nutritional assesment se encontró que 87.5 % de la población adulta mayor se encuentra en riesgo o malnutrida esto se contrasta con la valoración solo por índice de masa corporal el cual la gran mayoría se encuentra normal. Esto se puede explicar ya que índice de masa no considera todos los cambios que se encuentra el tejido muscular por envejecimiento, el cambio de altura de las personas adulta mayor por problemas osteodegenerativo y los riesgos sociales que estos se enfrentan. Que el Mini nutritional assesment si considera.

Respecto a la morbilidad se debe de tomar en cuenta que la causas traumáticas tiene una prevalencia en la población evaluada representando un 37.5 % esto se debe a la disminución de los reflejos posicional debido al envejecimiento.

Se determinó que no existe asociación entre desnutrición y dependencia al realizar el chi cuadrado se obtuvo un valor 1.5 con una P asistotica de 0. 469 la cual no es significativa. Esto se puede deber que una paciente puede ser dependiente debido al evento agudo que disminuye la reserva biológica.

CAPITULO V

5.1 Conclusiones

- 1) Que la población adulta mayor que asistió a consulta al IGSS de Escuintla que más de la mitad no tiene dependencia.
- 2) La evaluación Mini Nutritional assesmente determino que la población adulta mayor que asistió a consultar al IGSS de Escuintla se encuentran con problemas nutricionales
- 3) La principal causa de morbilidad es trauma con desenlace de fracturas.
- 4) No existe asociación entre dependencia y desnutrición.

5.2 Recomendaciones

- 1) Se recomienda realizar un estudio de relación sobre que enfermedad en el adulto mayor lo predispone a convertirse de una persona independiente a dependiente.
- 2) Se recomienda no tomar en cuenta la escala del índice de masa corporal para dar un diagnóstico nutricional del paciente adulto mayor ya que por cambios fisiológicos propios de la vejez, hace que este pierda su exactitud.
- 3) Se recomienda que el estado de nutrición de las personas ancianas debe ser considerado y evaluado por todos los profesionales de la salud ya que el riesgo de desnutrición en esta etapa de la vida ha aumentado, sobretudo en personas que por diferentes razones se encuentran en instituciones de cuidado como asilos, casas de reposo o bien en hospitales

CAPITULO VI

BIBLIOGRAFÍA

Alejandra Maria Alvarado Garcia, Angela Maria Salazar Maya. (2014). Analisis del Concepto del envejecimiento. *Gerokomos*, 57-62.

Bazo, M. T. (1998). Vejez dependiente, politicas y calidad de vida. *Papers*, 143-161.

Betty Manrique Espinoza, Aron Salinas Rodriguez, Karla Moreno Tamayo, Marta M Teyes Rojo. (2011). Prevalencia de dependecia funcional y su asociacion con caidas en una muestra de adultos mayores pobres en Mexico. *Salud Publica de Mexico.*, 26-33. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n1/05.pdf>

Claudio Abreu Viamontes, Yamari de los Dolores Burgos, Daniel Cañizares Inojosa, Alfredo Viamontes Cardoso. (2008). Estado Nutricional en los Adultos Mayores. *Revista Archivo Medico de Camaguey*, 1-8. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500005

Diaz, J. H. (2 de Junio de 2010). Factores determinantes del estado nutricional deficitario del adulto mayor institucionalizado. *Estudio analitico realizado en adultos mayores de los hogares y centros ocupacionales San Vicente de Paul zonas 1 y 5 de la Ciudad de Guatemala*. Guatemala, Guatemala, Guatemala: San Carlos. Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8725.pdf

Guadalupe Dorantes Mendoza, Jose Alberto Davila Funes, Silvia Mejia Arango, Luis Miguel Gutierrez Robledo. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un analisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en Mexico, 2001. *Revista Panamericana de la Salud Publica.*, 1-11. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a01v22n1>

Ivonne Elena Fernandez Diaz, Antonio Julian Martinez Fuentes, Francisco Garcia Bertrand, Maria Elena Diaz Sanchez, Xonia Xiques Martin. (2005). Evaluacion

Nutricional Antropometrica en ancianos. *Revista Cubana de Medicina.*, 1-5. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Maria_Diaz27/publication/262742342_Evaluacion_nutricional_antropometrica_en_ancianos/links/5561e7eb08ae9963a11b46ac/Evaluacion-nutricional-antropometrica-en-ancianos.pdf

M. Jimenez Sanz, J.M Sola Villafranca, C. Perez Ruiz, M.J. Turiezo Llata, G. Lagarraña Lavin, M.A. Mancebo Santamaria, M.C Hernandez Barranco, A. Garcia Iglesias, J.L Palacios Pellon, T. Pellilo Garcia. (2011). Estudio del estado nutricional de los ancianos de Catambria. *Nutricion Hospitalaria*, 345-354. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n2/16_original_09.pdf

M.J. Gonzales Ramos, F.M. Gonzales Valverde, C. Sanchez Alvarez. (2005). Estudio del estado nutricional en la poblacion anciana hospitalizada. *Nutricion Hospitalaria*, 286-292. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n4/08EstudioNutricional.pdf>

O. Izaola, D.A.De Luis Roman, G. Cabezas, S. Rojo, L. Cuellar, M.C. Terroba, R. Aller, M. Gonzales Sagrado. (2005). Mini Nutricional Assesment como metodo de evaluacion nutricional en pacientes hospitalizados. *Anales de Medicina Interna*, 313-316. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v22n7/original2.pdf>

Renata Borba de Amorin, Maria Auxiliadora Coelho Santa Cruz, Paulo Roberto Borges de Sousa-junior, Juarema Coreña de Mota, Catalina Gonzales H. (2008). Medidas de estimacion en la estatura aplicadas al indice de masa corporal (IMC) en la evaluacion del estado nutricional de adultos mayores. *Revista Chilena de Nutricion.*, 272-279. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v35s1/art03.pdf>

Sandra Lucia Restrepo, Maria Rosa Morales, Marta Cecilia Ramirez, Maria Victoria Lopez, Luz Estela Varela. (2006). Los habitos alimentarios en el adulto mayor y su relacion con los procesos protectores y determinantes en salud. *Revista Chilena de Nutricion*, 1-8. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000500006&script=sci_arttext&tlng=en

Sandra Lucia Restrepo, Rosa Maria Morales, Martha Cecilia Ramirez, Maria Victoria Lopez, Luz Estela Varela. (2006). Los habitos alimentarios en el adulto mayor y su

relacion con los procesos protectores y deteriorantes de la salud. *Revista Chilena de Nutricion.*, 1-15. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000500006&script=sci_arttext&tlng=en

CAPITULO VII

ANEXOS.

Mini Nutritional Assessment MNA®



Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

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	J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de 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 moderada 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	K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = 0 o 1 sies 0.5 = 2 sies 1.0 = 3 sies
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
	L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/>
	M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma 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"/>
	P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <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

Ref Velaz B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Robertson LZ, Harari JO, Selva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice - Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. 187200 1299 10M
Para más información: www.mna-study.com

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel

Comer

- 0 = incapaz
- 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
- 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

- 0 = incapaz, no se mantiene sentado
- 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
- 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
- 15 = independiente

Aseo personal

- 0 = necesita ayuda con el aseo personal
- 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse

Uso del retrete

- 0 = dependiente
- 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo
- 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

- 0 = dependiente
- 5 = independiente para bañarse o ducharse

Desplazarse

- 0 = inmóvil
- 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m
- 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)
- 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador

Subir y bajar escaleras

- 0 = incapaz
- 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta
- 10 = independiente para subir y bajar

Vestirse y desvestirse

- 0 = dependiente
- 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda
- 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces:

- 0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)
- 5 = accidente excepcional (uno/semana)
- 10 = continente

Control de orina

- 0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa
- 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
- 10 = continente, durante al menos 7 días

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

(*) Para una descripción más detallada consultar referencias 10 y 34.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Universidad de Galileo

Maestría en geriatría

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Diagnostico _____

Grado dependencia: _____

Estado nutricional: _____

¡Gracias!!!