



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“VALORACIÓN NUTRICIONAL MEDIANTE EL ÍNDICE DE
MASA CORPORAL EN ADULTOS MAYORES QUE
ASISTEN AL CENTRO DE SALUD LA
TINGUINA ICA- MARZO
2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

PRESENTADO POR: SANDRA LIZBETH ORMEÑO ESPINOZA

ICA- PERÚ

2016

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Quienes me han alimentado con su amor, confianza y cariño, ya que gracias a su apoyo he logrado grandes metas, como lo es la presente tesis que ha complementado los valores que he recibido de Ustedes:

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y dado salud para lograr mis objetivos.

A mis padres.

Por darme su apoyo en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

RESUMEN

La población adulta mayor es uno de los grupos de mayor riesgo frente a problemas nutricionales, tanto por el propio proceso de envejecimiento, el cual aumenta las necesidades de algunos nutrientes y produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, como por otros factores asociados a los cambios físicos, psicológicos, sociales y económicos. La investigación titulada “Valoración nutricional antropométrica mediante el índice de masa corporal en adultos mayores que asisten al Centro de Salud La Tinguña Ica, marzo – 2016” de diseño descriptivo, de tipo observacional y de corte transversal, la población estuvo constituida por 267 pacientes adultos mayores atendidos durante el mes de diciembre 2015 y la muestra fue de 212 adultos mayores, los cuales fueron tomados a través del muestreo no probabilístico intencional según los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados fueron: Respecto a la edad el 54% tiene edades de 60 a 69 años, seguido del 38% en edades de 70 a 79 años, y de 80 años a más con el 8%, El 52% tienen grado de instrucción secundaria, seguido del 27% con grado de instrucción superior y el 21% con primaria; en relación al lugar de procedencia el 64% son de la costa, seguido del 31% de la sierra y el 5% son de la selva; asimismo, el 47% viven con más de tres personas, el 32% con dos personas, y viven solos en 21%. Respecto a la variable estado nutricional según índice de masa corporal de los adultos mayores es normal en 45%, seguido del 27% con sobrepeso, el 15% con delgadez y por último el 13% con obesidad.

Palabras clave: **Valoración nutricional, índice de masa corporal, adultos mayores**

ABSTRACT

The elderly population is one of the groups most at risk from nutritional problems, both by the very process of aging, which increases the need for some nutrients and produces a reduced ability to regulate food intake, as other factors associated with physical, psychological, social and economic changes. The research entitled "Anthropometric Nutritional assessment by BMI in older adults who attend the Health Center Tinguíña Ica, March - 2016" To do a descriptive, observational and cross-sectional, designed the population consisted 267 elderly patients seen during December 2015 and the sample was 212 older adults, which were taken through intentional non-probabilistic sampling according to the criteria of inclusion and exclusion. The results were: Regarding age 54% are aged 60 to 69 years, followed by 38% aged 70-79 years and 80 years to over 8%, 52% have high school degree , followed by 27% with higher education degree and 21% with primary; in relation to the place of origin 64% are from the coast, followed by 31% of the Sierra and 5% are of the jungle also 47% live more than three people, 32% with two people, and live alone in 21%. Regarding the nutritional status varies according to body mass index in the elderly is normal in 45%, followed by 27% overweight, 15% with thinness and finally 13% with obesity.

Keywords: Nutritional assessment, body mass index, older adults

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	10
1.2 Formulación del problema	12
1.2.1. Problema general	12
1.2.2 Problemas específicos	12
1.3. Objetivos de la investigación	12
1.3.1. Objetivo general	12
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4. Justificación del estudio	13
1.5. Limitaciones de la investigación	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	15
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Definición de términos	32
2.4. Hipótesis	32

2.5. Variables	32
2.5.1. Definición conceptual de la variable	33
2.5.2 Definición operacional de la variable	33
2.5.3 Operacionalización de la variable.	34
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	35
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	35
3.3. Población y muestra	36
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	36
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	39
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	52
Matriz	57
Instrumento	66

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

N°		PÁG.
1	DATOS GENERALES SEGÚN EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD LA TINGUIÑA ICA MARZO -2016.	39
2	DATOS GENERALES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD LA TINGUIÑA ICA MARZO -2016.	40
3	DATOS GENERALES SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD LA TINGUIÑA ICA MARZO -2016.	41
4	DATOS GENERALES SEGÚN PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD LA TINGUIÑA ICA MARZO -2016.	42
5	VALORACIÓN NUTRICIONAL MEDIANTE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD LA TINGUIÑA ICA MARZO -2016.	43

INTRODUCCIÓN

La edad se acompaña de una serie de circunstancias fisiológicas, económicas y sociales que contribuyen a afectar de manera adversa el estado de nutrición de la población adulta mayor. Es frecuente que esta población presente trastornos nutricionales, estos incluyen desde el sobrepeso y la obesidad potenciados, en parte, por la falta de actividad. Un estado nutricional saludable contribuye, a mejorar el estado funcional y mental del individuo.

En relación a los problemas nutricionales en los adultos mayores de la región de América Latina, se subraya que los cambios en el estilo de vida y la urbanización han influido en el proceso denominado “transición nutricional”, el cual acompaña el proceso de transición epidemiológica y demográfica. El envejecimiento de la población representa un reto para el sistema de salud, no sólo porque el gasto per cápita aumenta con la edad, sino por los cambios en infraestructura, espacios para la atención geriátrica así como la necesidad de profesionales especialistas en el área que priorice el enfoque preventivo.

El presente estudio se encuentra organizado por V capítulos: en función de que en su Capítulo I contiene el Planteamiento del Problema, la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación del mismo que es la base de la investigación; en el Capítulo II; se detalla los Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas, y definición de términos Básicos sobre el cual se fundamenta el conocimiento científico; en el Capítulo III, se detalla las hipótesis de investigación y variables respectivamente; en el Capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y en el Capítulo V se presenta la discusión, recomendaciones y referencias bibliográficas finalmente los anexos que contiene la matriz de consistencia, y el instrumento de recolección de datos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), revela que la antropometría es un método de fundamental importancia para la evaluación del estado nutricional de una población sana o enferma por la estrecha relación existente con la nutrición y la composición corporal, a nivel individual, se usa para identificar a las personas que necesitan una consideración especial o para evaluar la respuesta de esa persona a una intervención¹

En Latinoamérica, según reportes de la OPS los principales problemas de salud de los adultos mayores relacionados con la nutrición son la desnutrición proteino-energética. Las personas mayores son más susceptibles que los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales y mayormente debidos no solamente a un solo factor sino a una combinación de factores. ²

El Perú, tiene una tasa de envejecimiento acelerado que se desarrolla en un contexto social particular y con una transición epidemiológica muestra un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. El año 2012 la población peruana proyectada ascendía aproximadamente a 30 millones de habitantes, correspondiendo el 9,2% de ella los adultos mayores. La velocidad con que crece este grupo poblacional duplica el ritmo de crecimiento de la población total, estimándose que para el año 2025, la población adulta mayor alcanzará casi cuatro millones y medio de habitantes y para el año 2050 serán alrededor de 9 millones.³

El envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer malnutrición por diferentes factores como la disminución en la

ingestión de alimentos, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, polifarmacia, depresión, entre otros.⁴

Se describen prevalencias de malnutrición de 23 a 62% en pacientes hospitalizados, 85% en casas de reposo, y mayor de 15% en la comunidad según el empleo de diferentes metodologías para la evaluación de la propia heterogeneidad de la población.⁵

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en el trimestre 2012 en nuestro país, revela que en 26,3% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico.⁶

Si bien el 7,4% de la población total de adultos mayores (PAM) es beneficiaria de al menos algún programa alimentario, es preciso señalar que no existen programas dirigidos a las necesidades alimenticias específicas de éste grupo poblacional. La difusión, información y educación en materia de hábitos alimentarios positivos, se presentan como tareas de necesidad urgente para dar respuesta a las necesidades específicas de las personas adultas mayores de las distintas zonas geográficas del país.⁷

A nivel local, el escaso estudio de la nutrición del adulto mayor motiva aún más la investigación por mejorar su calidad de vida y disminuir las morbimortalidades generadas directa o indirectamente por una malnutrición. La detección de adultos mayores con malnutrición y las características relacionados con su presencia, ayudarían a conocer nuestra realidad local específicamente en el Distrito de La Tinguña y poner mayor relevancia a la valoración nutricional y a su promoción dentro de la atención diaria del adulto mayor.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Considerando la naturaleza de la investigación, los problemas se han formulado de la siguiente manera.

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la valoración nutricional antropométrica mediante el índice de masa corporal en adultos mayores que asisten al Centro de Salud La Tinguña Ica, marzo - 2016?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS:

PE 1: ¿Cuáles son las características de la población en estudio del Centro de Salud La Tinguña?

PE2: ¿En qué medida la valoración nutricional antropométrica mediante el índice de masa corporal en adultos mayores del Centro de Salud La Tinguña?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la valoración nutricional antropométrica mediante el índice de masa corporal en adultos mayores que asisten al Centro de Salud La Tinguña Ica, marzo – 2016

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OE1: Caracterizar la población en estudio del Centro de Salud La Tinguña

OE 2: Identificar la valoración nutricional antropométrica mediante el índice de masa corporal en adultos mayores del Centro de Salud La Tinguña

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La importancia de realizar la investigación es contribuir a la protección del estado de salud de las personas adultas mayores, mediante la valoración nutricional antropométrica en la atención integral de salud, estableciendo los criterios técnicos normativos de la valoración nutricional antropométrica de las personas adultas mayores, a fin de tomar decisiones oportunas en la atención integral de salud.

Dentro de la población de Adultos Mayores (AM) se presentan diferentes síndromes como es la malnutrición, considerada uno de los más importantes síndromes geriátricos por ser no solo un signo de enfermedad sino también por significar la presencia aumentada de morbilidad, estancia hospitalaria, institucionalización y mortalidad por enfermedades concomitantes, por ello, la transcendencia del problema de investigación en una población de adultos mayores en crecimiento constante y en donde 2/3 de los casos de malnutrición se deben a causas reversibles que con una intervención nutricional y un tratamiento etiológico puede llegar a revertir la situación de malnutrición en algunas enfermedades.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de la investigación solo servirán para los adultos mayores que asisten al Centro de Salud La Tinguña.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Gutiérrez-Gómez T. (2013). **Valoración del estado nutricional y sus diferencias en mujeres mayores de 60 años con y sin práctica de ejercicio Alicante España.** El presente estudio tuvo como objetivo valorar el estado nutricional en mujeres mayores de 60 años según diferencias con la práctica de ejercicio físico; comparar el estado nutricional entre grupos con y sin práctica de ejercicio físico; identificar factores relacionados con la presencia de riesgo de malnutrición e identificar factores de riesgo de malnutrición dicho grupo etáreo. Es un estudio transversal, comparativo realizado dos grupos; uno formado por mujeres mayores de 60 años que practican ejercicio sistematizado, integrantes del Club de “La edad de oro” del Gimnasio Multidisciplinario del Centro Universitario Tampico-Madero y otro grupo control que no practica ejercicio sistematizado y que acuden a la Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicio Social de los trabajadores del estado en una muestra total de 418 mujeres estudiadas. Resultados: Se presentó rangos mínimos de 60 años y máximo de 81 años. El 58.4% tiene estudios de nivel Bachillerato (medio superior) a nivel superior, el 53.6% tiene de 4 hijos a más y el 67.9% tiene un ingreso económico mensual igual o superior a \$4001.00 pesos mexicanos. De acuerdo a niveles establecidos por la OMS, para el Índice de masa corporal (IMC), el 81.1% del total está ubicado en niveles de sobrepeso y obesidad y el 18.7% en nivel normal. La presencia de anorexia vs no tenerla y la pérdida de peso reciente son factores de riesgo de malnutrición independientemente de hacer ejercicio o no hacerlo. La práctica de ejercicio es un factor protector de malnutrición, incluso con enfermedad crónica actual, para la población estudiada. ⁸

Suárez T, Di Stéfano F, Rossi M, Leal M, Mariñansky C, Herrera J. et,al. (2013). **Evaluación del estado nutricional en adultos mayores**

residentes de un hogar de ancianos. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Conocer el estado nutricional y determinar factores en relación al riesgo de malnutrición según sexo. Metodología: Diseño cuantitativo transversal descriptivo correlacional. Se evaluaron 100 adultos mayores entre septiembre y octubre del 2013 en una residencia geriátrica, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Por historia clínica se valoró: tiempo de permanencia, utilización de fármacos, patologías presentes. Se valoró el riesgo de malnutrición por Mini Nutritional Assessment, pérdida involuntaria de peso, comidas realizadas diarias, ingesta de alimentos fuente de proteína, de verduras y frutas y consumo de líquido. Para la valoración antropométrica se utilizó el índice de masa corporal con punto de corte según Bray. Resultados: 58% de los sujetos presentaron riesgo nutricional y 14% malnutrición siendo más prevalente en las mujeres (61,3%). Por edad, los ancianos y longevos mostraron mayor malnutrición y riesgo (88%) que los de edad avanzada. 61,1% del grupo de riesgo tuvo una ingesta inadecuada en comparación con el grupo Estado Nutricional normal (32,1%). La patología más frecuente fue la hipertensión (54%) seguida de síndrome de inestabilidad (34%). El consumo regular promedio de medicamentos por persona fue $6,97 \pm 3,31$. A partir de 8 medicamentos se observó asociación significativa con el riesgo de malnutrición. Conclusión: La evaluación nutricional es un componente clave en la valoración geriátrica. ⁹

Alarcón Montalván Y. (2013) Evaluación del estado nutricional e identificación de factores de riesgos en pacientes adultos mayores del centro de salud urbano del Cantón Vinces. Ecuador.

De los 50 registros obtenidos, 13 son del sexo masculino que corresponde a un 36% y 37 son del sexo femenino que equivale a un 74%. Por tanto, se deduce que la mayor parte de los adultos mayores integrantes del club adulto mayor del Centro de Salud urbano Julio Vargas Machuca y que asisten a las consultas son del sexo femenino la edad con mayor frecuencia está entre los 70 y 79 años representado en un 64%, entre los 65 y 69 años

representa un 28%, mientras que en el sexo femenino el 38% presenta obesidad y el 11% es del grado 2, constituyendo un factor de riesgo grave.¹⁰

González González J. (2011) **Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al Plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca Romana Bogotá Colombia.** Objetivos: Establecer la clasificación nutricional de 90 adultos mayores pertenecientes al Plan “Nueva Sonrisa” del Dispensario Santa Francisca Romana mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment, caracterizar la población estudio por sexo, edad y nivel económico, determinar los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados al estado nutricional aplicado al adulto mayor a partir de las respuestas del informante, cuidador o familiar. Metodología: Estudio de tipo descriptivo transversal; el cual tuvo una muestra de 80 adultos mayores. Los resultados obtenidos revelaron que el 15% de la población estudio se encuentra en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de malnutrición y el 19% en estado nutricional satisfactorio, siendo el mayor porcentaje de la muestra 72,5% mujeres y 27,5 % varones, el 62,5% se encuentra en el grupo etàreo de 70-79 años, seguido por 32,5 % entre 80 y 89, el 4% de 60 a 69 años y el 1% corresponde al rango mayor de 90 años, el 100% recibe menos de un salario mínimo. Los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados al estado nutricional, fueron los relacionados con los parámetros dietéticos, en donde se encontró que el 86% de la población no consume carne, pescado o aves diariamente, el 84% no consume frutas o verduras dos veces al día y el 70% consume únicamente dos comidas al día.¹¹

Martínez C, Veiga P, Cobo J.M, Carbajal A. (2011) **El estado nutricional de adultos mayores mediante parámetros dietéticos y de composición corporal. Madrid.** La muestra está formada por 49 adultos mayores de 50 años (23 hombres y 26 mujeres) con una media de edad de $54,84 \pm 4,56$ años. La composición corporal se analizó usando parámetros antropométricos. La ingesta de energía y nutrientes se recogió mediante un

registro de todos los alimentos y bebidas consumidos durante 3 días, realizado por cada encuestado (previamente instruido) y estimando las cantidades a través de modelos fotográficos. Las necesidades energéticas totales se estimaron por las fórmulas de Harris-Benedict y FAO/OMS. Resultados: El índice de masa corporal fue similar ($p = 0,018$) en hombres y mujeres ($26,1 \pm 1,9$ y $24,4 \pm 2,8$ kg/m²). El porcentaje de grasa obtenido por antropometría fue $29,6 \pm 3,6$ y $36,8 \pm 3,1\%$ ($p = 0,000$) en hombres y mujeres respectivamente. La actividad física fue muy ligera. Conclusiones y recomendaciones: Se han encontrado problemas de sobrepeso juzgados por el IMC y la circunferencia de la cintura y de obesidad según el porcentaje de grasa corporal con el potencial riesgo de desarrollar alguna complicación derivada de ello. ¹²

Manayalle-Polar P (2013) **Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la Región Lambayeque Chiclayo – Perú.** Objetivos: Establecer las características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la Región Lambayeque y su asociación con las características socioeconómicas-demográficas. Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo; se incluyeron 208 personas de 60 años a más pertenecientes a los centros del adulto mayor, mediante un muestreo obtenido con el programa estadístico EPIDAT 3.1, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Resultados: El 29.30% de adultos mayores tiene riesgo de malnutrición y 2.4% malnutrición, el Índice de Masa Corporal promedio es 27.52 ± 3.8 , el 11.10% tiene circunferencia de pantorrilla < 3 presenta disminución del apetito el 24%, consume menos de 5 vasos de agua en 66.80%. Conclusiones: El 2.4% de adultos mayores identificados con malnutrición tiene polimedicación, enfermedad aguda o estrés psicológico y demencia o depresión. ¹³

Valle Riveros F. (2013) **Índice de masa corporal y hábitos alimentarios en los adultos mayores del AA.HH El Huarango, Comatrana Ica.** El

objetivo de la investigación fue determinar el índice de masa corporal y los hábitos alimentarios de los adultos mayores del A.A.H.H. El Huarango de Comatrana, Ica Setiembre 2013. Se justifica por la alta tasa de sobrepeso, obesidad y desnutrición en los adultos mayores quienes durante las atenciones de salud presentando índices de masa alto, demostrando su estado de sobrepeso u obesidad, siendo desfavorable para su salud en general. Esta situación se ve agravada por el tipo de hábitos alimentarios, los tipos de alimentos consumidos como las famosas comidas rápidas y chatarras, que son productos con alta concentración de grasa, además del sedentarismo y falta de rutinas de ejercicios. La población está conformada por los pobladores adultos mayores del A.A.H.H. El Huarango del distrito de Comatrana siendo estos un total de 98 adultos mayores y cuya muestra fue de 78. La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. Los resultados obtenidos fueron: el que el 58.9%(46) fueron de sexo masculino, el 31.2%(29 tienen entre 66 y 70 años, el 50%(39) tienen educación secundaria; el índice de masa corporal predominante fue la delgadez con un 50%(39) seguido por el sobrepeso con un 25.6%(20); Los hábitos alimentarios de los adultos mayores según el tipo de alimentos, frecuencia de consumo y preparación de los alimentos fue inadecuada.¹⁴

2.2. BASES TEÓRICAS

ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional de un individuo se define como el resultado de la relación existente entre el consumo de nutrientes y el requerimiento de los mismos.

El desequilibrio entre consumo y gasto energético y /o de nutrientes genera un deterioro en el estado nutricional por exceso o defecto que tiene implicaciones en el estado de salud de los individuos.

La finalidad principal de la evaluación del estado nutricional de una comunidad, es por lo tanto, precisar la magnitud de la malnutrición como un

problema sanitario, descubrir y analizar los factores de riesgo y proponer medidas apropiadas que puedan contribuir a mejorar la salud.

La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, a través de la modulación de cambios en diferentes órganos y funciones del organismo. De allí, la importancia de evaluar el estado nutricional en este grupo.

Métodos antropométricos para valorar el estado nutricional

El mayor atractivo de la Antropometría es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria. Sin embargo, las mediciones aisladas son de valor limitado. Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en los adultos mayores, considerando que la definición de los estándares adecuados es aún materia de debate.

La Antropometría tampoco permite una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo, desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral, lo que ocurre con la edad. También existen dificultades para la estimación de la talla, dada las alteraciones en la columna vertebral que frecuentemente se observan en esta etapa.

Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables, pues resultan útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los adultos mayores.¹⁵

ESTADO NUTRICIONAL EN ETAPA ADULTO MAYOR

El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. Cualquier evaluación del estado nutricional por lo tanto, debiera incluir información sobre estos factores, con el objeto de ayudar a entender la etiología de posibles

deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad. Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física. La ingesta energética disminuye más aún en los más ancianos a causa de incapacidades que limitan su actividad física. La carencia de patrones de referencia y puntos de corte ajustados por edad para valores antropométricos, bioquímicos y clínicos dificulta una adecuada evaluación nutricional de los ancianos

Dentro de las necesidades que deben asegurarse en el anciano, tienen una importancia especial el agua y las vitaminas. El agua es uno de los nutrientes más importantes requeridos para la mantención de la Homeostasis en ancianos, debido a su papel esencial en la regulación del volumen celular, el transporte de nutrientes, la remoción de desechos y la regulación de la temperatura. La disminución del agua corporal que ocurre con el envejecimiento (80% al nacimiento y 60 a 70% en ancianos), los hace especialmente lábiles a la pérdida de agua, lo cual tiene profundas consecuencias sobre la salud de este grupo.¹⁶

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR.

La valoración del estado nutritivo pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo.

Importante información adicional se puede obtener conociendo la dieta habitual, cambios en la ingesta o cambios en el peso como asimismo la capacidad funcional del individuo.

De esta forma, la evaluación del estado nutricional debe incluir antropometría, algunos parámetros bioquímicos, indicadores de independencia funcional y actividad física, como asimismo evaluar patrones de alimentación, ingesta de energía y nutrientes.

Anamnesis: La historia clínica, incluyendo datos dietarios y el examen físico pueden establecer o hacer sospechar la presencia de malnutrición. La

evaluación clínica, también llamada evaluación global subjetiva (EGS), se realiza sin previo conocimiento de datos de laboratorio, sobre la base de la historia clínica, con particular atención en la reducción de la ingesta dietaria, voluntaria o involuntaria, cantidad de peso perdido, enfermedades básicas que afectan al paciente y los efectos de la malnutrición sobre el estado funcional, tales como: debilidad e incapacidad para trabajar o realizar actividades de la vida diaria. En el examen físico se considera: emaciación muscular y de grasa, edema y ascitis. Además, las infecciones postoperatorias podrían predecirse con un grado igual o mejor de posibilidad, que con mediciones objetivas (validez predictiva); se ha encontrado también que el método tiene un alto grado de reproducibilidad.¹⁷

Examen físico: Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el índice de Quetelet (peso Kg/ talla² m) o índice de masa corporal (IMC), que se usa con mucha frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicadores de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.¹⁸

Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional.

Aunque el mayor atractivo de la antropometría en la evaluación del estado nutricional es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria, las mediciones aisladas son de limitado valor.

Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en ancianos considerando que la función y problemas de salud asociados, son aún materia de debate. Más aún, las medidas antropométricas puede que no aporten una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral que ocurre con la edad. Aun así, las medidas antropométricas son esenciales como información descriptiva básica, y por su sencillez son las más utilizadas.

Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el anciano son:

Peso: El peso es un indicador necesario, pero no suficiente para medir la composición corporal. En cambio, la comparación del peso actual con pesos previos, permite estimar la trayectoria del peso. Esta información es de utilidad, considerando que las pérdidas significativas son predictivas de discapacidad en el adulto de edad avanzada.

Por esta razón, la pérdida de 2.5 kg en tres meses, debe inducir a una evaluación completa. ¹⁶

Talla: La pérdida de talla (1-2 cm/década), como consecuencia de los cambios en la altura y forma de los discos vertebrales, de la pérdida de tono muscular y de cambios en la posición estática del sujeto, la disminución de la talla se da a un ritmo de 2 cm por década. En ambos sexos la disminución de la talla está asociada con el aumento de curvatura de la columna vertebral.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

La tabla del IMC fue aprobada por la FAO/OMS en 1992, por ser uno de los métodos de evaluación antropométrica más importante y fáciles para evaluar el estado nutricional de un individuo. El IMC también se conoce como una fórmula para calcular el rango de peso ideal basada en la altura y peso, por ello se debe tener en cuenta este aspecto, especialmente si se quiere tener una vida saludable y llena de vida por más.

Es considerado como uno de los mejores métodos para saber si el peso se une a su estatura, o si está en riesgo de desnutrición o de obesidad; problemas que generan numerosos problemas a la salud que incluso pueden llevar a la muerte.

En la actualidad; se utiliza de manera exclusiva como estándar de peso para estatura; aunque también es el estándar de peso para estatura que se relaciona más cercanamente con el contenido de grasa del cuerpo. ¹⁹

El Índice de Masa Corporal es una relación entre la masa corporal de una persona y su estatura. Es el método más práctico que se usa para clasificar el estado nutricional: Bajo peso o delgadez, peso normal, sobrepeso y obesidad. El cálculo está basado en cifras sugeridas para saber el peso corporal ideal, donde el IMC debería estar en el rango de 18,5 a 24.9.²⁰

INTERPRETACIÓN DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL

IMC menor a 18,5% (Bajo peso o delgadez)

Su peso puede ser demasiado bajo. Se debe consultar al médico para determinar si debe aumentar de peso. Niveles bajos de masa corporal pueden disminuir el sistema inmunológico del cuerpo, lo que podría dar lugar a enfermedades.

IMC entre 18,5% y 24,9% (Normal)

Su peso es ideal. Su condición de salud está asociada a mayor longevidad, menor incidencia de enfermedades graves, así como ser percibido como más atractivo físicamente que las personas con Índice de Masa Corporal mayor o menor.

IMC entre 25% y 29,9% (Sobrepeso)

Personas comprendidas en este rango de Índice de masa corporal son consideradas con sobrepeso y se beneficiarían con un programa para reducir su peso que incluya dieta y ejercicio. Las personas que entran en este rango tienen mayor riesgo de enfermedades.

IMC es superior a 30% (Obesidad)

Los individuos con un Índice de masa corporal mayor de 30 se encuentran en una condición física no saludable, con grandes riesgos para contraer enfermedades del corazón, diabetes, presión arterial alta, enfermedad de la vesícula biliar, y algunos tipos de cáncer. Estas personas se beneficiarían en

gran medida con un programa para perder peso y la modificación de su estilo de vida. ²¹

CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA AL BIENESTAR EN LOS ADULTOS MAYORES

Educar en el arte de comer de manera saludable y armoniosa requiere perseverancia y argumentos convincentes. El personal de enfermería tiene una gran misión que cumplir en el campo de la educación alimentaria, para lograr en los individuos, familias y poblaciones una alimentación saludable e impartir una información científica, para que comprendan la importancia de algunas prohibiciones o reducciones y el incremento de determinado alimento, que conozcan que existe una fundamentación en cada explicación dirigida a lograr el bienestar del ser humano.

Para nuestra profesión es importante conocer la percepción del bienestar en las personas mayores, ya que conociendo la real situación que viven, se puede intervenir a este grupo en forma integral, con el fin de obtener adultos mayores con una alta autoestima, con ganas de vivir, con un alto índice de responsabilidad de su autocuidado, grados de independencia elevados, siendo personas mayores activas y participativas dentro de la sociedad. ²²

Razón por la cual, Enfermería enfrenta un nuevo escenario donde se resta importancia a la cantidad, para favorecer la calidad de vida humana: aliviar síntomas, mejorar el índice de funcionalidad, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía del paciente, motivación, etc.²³

El papel que juega enfermería es relevante, en torno a la percepción del sentirse bien y al desarrollo de las potencialidades humanas, ya que todas nuestras actividades (educativa, administrativa, asistencial) van dirigidas a favorecer, desarrollar y restablecer el bienestar del individuo, sin olvidar la capacitación continua que deben realizar las enfermeras que trabajan con adultos mayores.²⁴

La educación en Gerontología y Geriatria, especialmente en el campo de la enfermería, constituye un pilar fundamental en la provisión de recursos humanos apropiados para la promoción de la salud y el cuidado de las personas que envejecen.²⁵

Enfermería es un proceso altamente significativo, terapéutico e interpersonal, tanto para el paciente como para la enfermera. Se hace hincapié en la importancia que tiene la enfermera dentro del equipo de salud, pues somos nosotras las que pasamos mayor parte del tiempo con los pacientes, en una interacción recíproca entre el paciente y la enfermera.²⁶

Todo lo anterior obliga a reflexionar sobre el papel que juega enfermería en torno a la percepción del sentirse bien y al desarrollo de las potencialidades humanas, ya que todas nuestras actividades (educativa, administrativa, asistencial) van dirigidas a favorecer, desarrollar y restablecer el bienestar del individuo, sin olvidar la capacitación continua que deben realizar las enfermeras que trabajan con adultos mayores.²⁷

Intervención de enfermería en la prevención de la malnutrición en adultos mayores

- Se debe orientar sobre el consumo de cuatro comidas al día.
- Ingerir una dieta equilibrada, que incluya carnes blancas, legumbres, siendo rica en frutas y verduras.
- Desarrollar actividad física, caminar 30 minutos diarios, para favorecer la función digestiva.
- Tomar al menos 2 litros de agua al día.
- Mantener en lo posible costumbres que el adulto tiene frente a la alimentación.
- Seguir las indicaciones de dieta especial cuando se requiera.²⁸

Teoría de enfermería que sustenta la investigación: Dorothea Orem:

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

En conclusión se debe:

- Examinar los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado.
- Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.
- Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.²⁹

ADULTO MAYOR

El concepto adulto mayor se asocia con envejecimiento, que es concebido como la etapa de la vida del ser humano en el que se inicia y acrecienta, con el paso de los años comienza con el deterioro de los procesos fisiológicos y mentales que termina con la muerte.

La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad para ser autovalente y para participar en la vida familiar y social. El Ministerio de Salud reconoce diferencias fisiológicas y mentales dentro de las personas adultas mayores que condicionan sus capacidades individuales para participar activamente en la vida familiar y social. ³⁰

El Ministerio de Salud de Perú, acorde a los Lineamientos de Política Nacional y Sectorial, y a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud relativas a la promoción, prevención y cuidado de la salud, disminuyendo los riesgos y daños, especialmente de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados, aprobó el Modelo de Atención Integral de Salud (R. M. N° 729 - 2003 SA/DM), que destaca la Atención Integral de Salud por Etapas de Vida y dentro de ello la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, en este marco se viene desarrollando la implementación y fortalecimiento de la atención integral de salud de este grupo poblacional a nivel nacional.

En este sentido, cabe resaltar las principales acciones que viene logrando el Ministerio de Salud para la efectiva intervención en la etapa de vida adulto mayor: Se ha fortalecido las competencias técnicas a los equipos multidisciplinarios de salud de las DIRESAs/DISAs en Atención integral de Salud para las Personas Adultas Mayores, dotándolos de documentos técnico normativos para la atención Integral de Salud de la Etapa de vida Adulto y Adulto Mayor

El día 01 de Octubre, se celebra a nivel mundial el “Día del Adulto Mayor”; este hecho se remonta al año 1982, que en la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena (Austria), se tomó como la edad umbral los 60 años; luego en 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el uso del término “Adulto Mayor”, para referirse a las personas de 60 años y más; la cual fue reafirmada en el Perú, a través de la Ley N° 28803 - Ley de Personas Adultas Mayores, publicada el 21 de julio del 2006. La visión actual para la etapa de vida adulto mayor se orienta hacia el enfoque del proceso saludable, con actitud positiva y que permite a la persona mantenerse en actividad y con la capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de manera independiente. En este enfoque del adulto mayor como centro de la preocupación colectiva nacional y mundial, se hace necesaria y urgente la formación continúa de recursos humanos tales como Gerontólogos, Geriatras, entre otros; así como promotores en salud comunitaria en esta temática. ³¹

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- 1. ADULTO MAYOR:** La Resolución 50/141 de 1996 de la Organización de las Naciones Unidas – ONU define “Persona Adulta Mayor”, a la población mayor de 60 años. En consonancia con esta definición mundial, en el Perú, la Ley N° 28803 de Noviembre de 2006, define también como adulto mayor a la población peruana mayor de 60 años.
- 2. DELGADEZ:** Es una clasificación de la valoración nutricional caracterizada por una insuficiente masa corporal con relación a la talla. En personas adultas mayores es determinada por un índice de masa corporal menor a 18.5.
- 3. ENVEJECIMIENTO:** Es un proceso continuo, universal, irreversible, heterogéneo e individual del ser humano durante todo su ciclo de vida que determina pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, en

las personas adultas mayores sanas muchas funciones fisiológicas se mantienen estables, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.

4. **ESTADO NUTRICIONAL:** Es la situación de salud de la persona adulta mayor como resultado de su nutrición, régimen alimentario, estilo de vida, entre otros factores relacionados al proceso de envejecimiento.
5. **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):** Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como Índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$
6. **MEDICIÓN DE LA TALLA:** Es la medición antropométrica del tamaño o estatura de la persona adulta mayor, obtenida siguiendo procedimientos establecidos. La medición de la talla en esta etapa de vida es referencial, debido a la compresión vertebral, la pérdida del tono muscular, los cambios posturales, entre otros, que alteran la medición.
7. **OBESIDAD:** Es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo. En personas adultas mayores es determinada por un índice de masa corporal es superior a 30.
8. **PERSONA ADULTA MAYOR (PAM):** Es la persona cuya edad está comprendida desde los 60 años a más.
9. **SOBREPESO:** Es una clasificación de la valoración nutricional, donde el peso corporal es superior a lo normal. En personas adultas mayores es determinado por un índice de masa corporal entre 25 a 29.9.
10. **TOMA DEL PESO CORPORAL:** Es la estimación de la masa corporal de una persona expresada en kilogramos, y constituye una medida

aproximada del almacenamiento corporal total de energía. Varía de acuerdo a la edad, sexo, estilo de vida, estado de salud, entre otros.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

No se colocará hipótesis porque la investigación es de nivel descriptivo.

2.5 Variable Independiente

Valoración nutricional antropométrica

2.5.1 Definición conceptual de la variable:

El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas, solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global enfocado como el resultado de la relación existente entre el consumo de nutrientes y el requerimiento de los mismos.

Definición operacional de la variable

Es la toma de las medidas antropométricas de los adultos mayores que asisten al centro de salud de La Tinguña el cual será realizado a través de la entrevista y somatometría, cuyo valor final será los diagnósticos de acuerdo al índice de masa corporal establecido por la OMS.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
VALORACIÓN NUTRICIONAL	El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas, solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global enfocado como el resultado de la relación existente entre el consumo de nutrientes y el requerimiento de los mismos.	Es la toma de las medidas antropométricas de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de La Tinguña el cual será realizado a través de la entrevista y somatometría, cuyo valor final será los diagnósticos de acuerdo al índice de masa corporal establecido por la OMS. Delgadez <18.5 Normal ≥18.5 a 24.9 Sobrepeso 25 a 29.9 Obesidad >30	Antropometría (Peso y Talla)	Delgadez <18.5 Normal ≥18.5 a24.9 Sobrepeso 25 a 29.9 Obesidad >30

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: Porque el investigador no manipuló las variables.

Analítica: Porque se observó las causas y los efectos del problema de estudio.

Transversal: Porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión y no hubo un seguimiento en el tiempo.

Prospectivo: Porque se registraron los datos a medida que ocurren.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El área de estudio comprende el Centro de Salud de La Tinguña, el cual se encuentra ubicado en el distrito del mismo nombre en la Avenida El Parque S/n., es un establecimiento de salud I - 3 que brinda atención las 24 horas del día a la población de la jurisdicción, por ser un establecimiento del Ministerio de Salud.

Cuenta con los servicios de Medicina General, Enfermería, Obstetricia, Pediatría, Odontología, Farmacia, Tópico de Emergencia, Laboratorio, entre otros.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

La población de estudio estuvo constituida por 267 adultos mayores pertenecientes al centro de salud de La Tinguña

Se trabajó con una muestra de 212 adultos mayores los cuales fueron tomados a través del muestreo no probabilístico intencional según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que pertenezcan al Distrito de La Tinguíña.
- Adultos mayores de ambos sexos que asistan al Centro de Salud La Tinguíña.
- Adultos mayores que estén en pleno uso de sus facultades mentales.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con trastorno del sensorio.
- Adultos mayores que no acepten participar de la investigación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se utilizó en el proceso de recojo de información fue la entrevista, el cual consta de 6 ítems para datos demográficos de los pacientes adultos mayores por ser la más adecuada para el recojo de la información, y el registro documental para la segunda variable, en el cual se utilizó como instrumento la ficha epidemiológica donde se registró la edad, peso, talla, IMC y su respectivo diagnóstico.

El instrumento fue la guía de entrevista, el cual fue aplicado a los adultos mayores que asisten al Centro de Salud, con la finalidad de dar respuesta a la investigación, asimismo para la segunda variable se utilizó la ficha epidemiológica, específicamente el índice de masa corporal. $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario fueron procesados para el desarrollo textual, cuadros y gráficos con el Microsoft Word y Excel. Los datos obtenidos de la aplicación del instrumento fueron tabulados cuidadosamente. El proceso estadístico que se siguió fue el siguiente:

1. Clasificación y codificación de los ítems.
2. Procesamiento de datos de acuerdo a la variable y objetivos del estudio.
3. La presentación de los resultados se realizó mediante gráficos de barras.
4. La ejecución del plan de análisis se desarrolló utilizando las estadísticas descriptivas.

El instrumento de la ficha de evaluación nutricional se codificó y se realizó un paloteo simple para obtener el diagnóstico según el índice de masa corporal.

CAPÍTULO IV

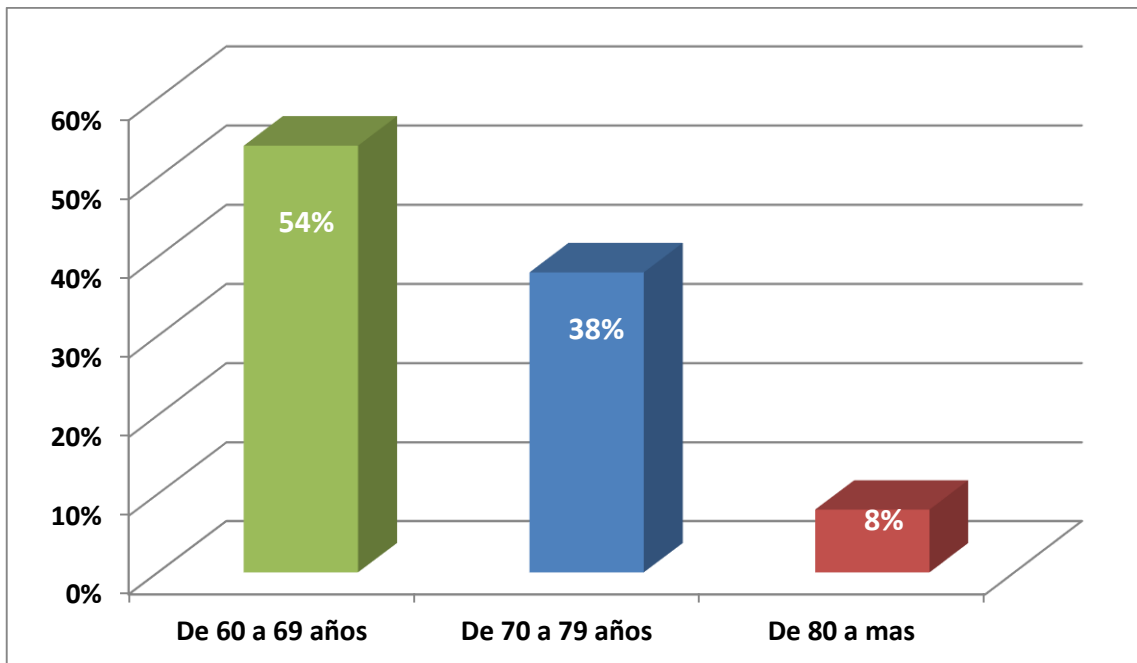
RESULTADOS

TABLA 1

DATOS GENERALES SEGÚN EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD LA TINGUINA ICA MARZO -2016

EDAD	Fr	%
De 60 a 69 años	115	54%
De 70 a 79 años	80	38%
De 80 a más	17	8%
TOTAL	212	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro salud La Tinguña-Ica

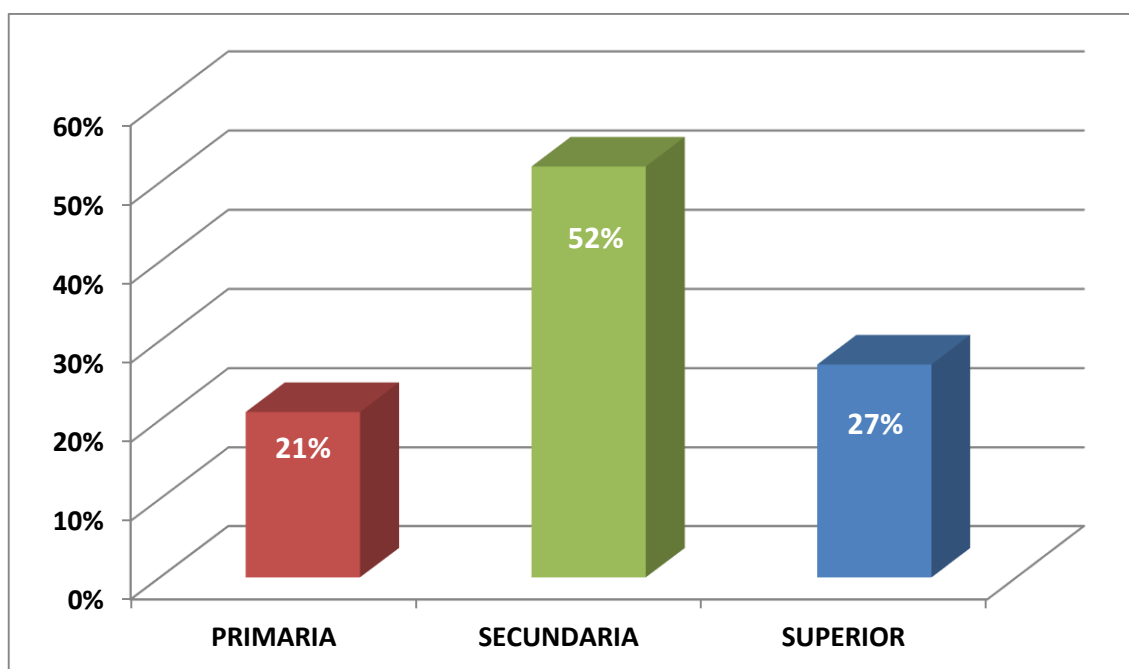


Del 100%(212) de los adultos mayores, el 54%(115) comprende las edades de 60 a 69 años, seguido del 38%(80) en las edades de 70 a 79 años, y el grupo etáreo de 80 años a más con el 8%(17) respectivamente.

TABLA 2
DATOS GENERALES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS
ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO
DE SALUD LA TINGUINA ICA
MARZO -2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Fr	%
PRIMARIA	46	21%
SECUNDARIA	110	52%
SUPERIOR	56	27%
TOTAL	212	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al Centro Salud La Tinguña-Ica-

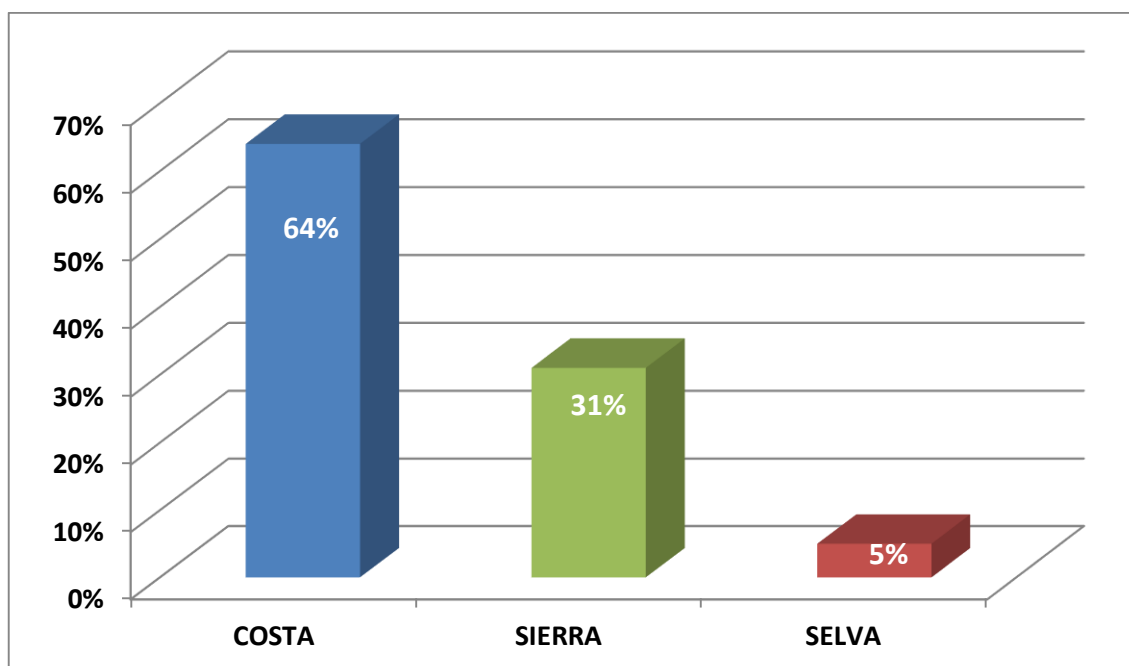


Se observa que el 52%(110) tienen grado de instrucción secundaria, seguido del 27%(56) con grado de instrucción superior y, el 21%(46) con primaria.

TABLA 3
DATOS GENERALES SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS
ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO
DE SALUD LA TINGUINA ICA
MARZO -2016

LUGAR DE PROCEDENCIA	Fr	%
COSTA	136	64%
SIERRA	66	31%
SELVA	10	5%
TOTAL	212	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al centro salud la Tinguña-Ica

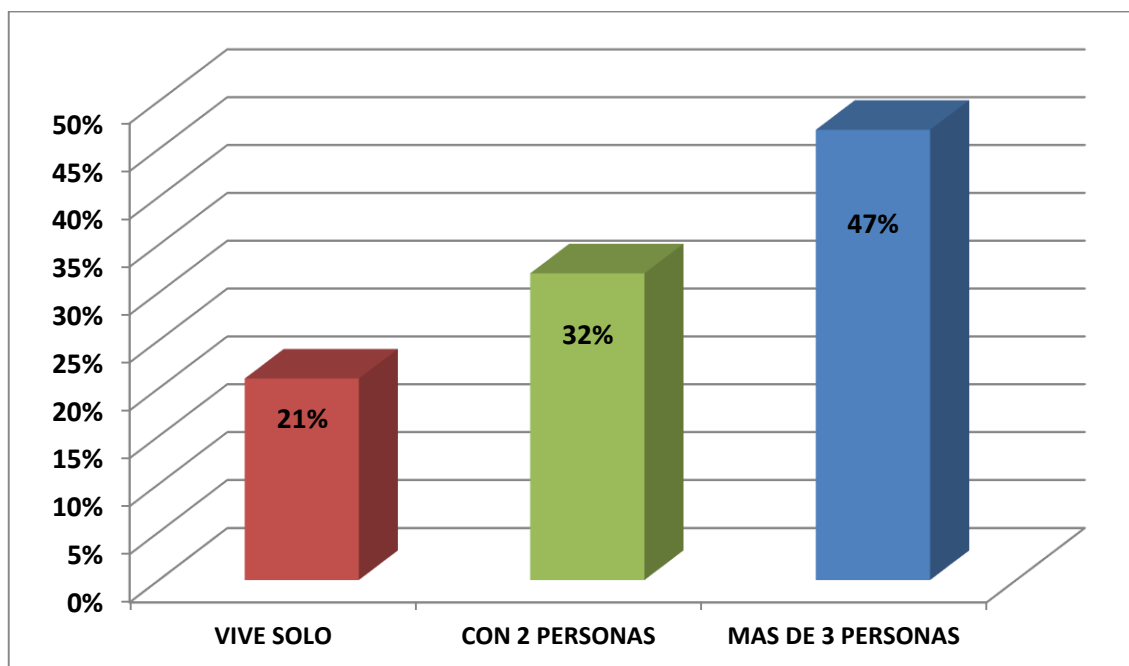


En relación al lugar de procedencia se observa que el 64%(136) son de la región costa, seguido del 31%(66) de la sierra y, el 5%(10) de la selva.

TABLA 4
DATOS GENERALES SEGÚN PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA DE
LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL
CENTRO DE SALUD LA TINGUINA ICA
MARZO -2016

PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA	Fr	%
VIVE SOLO	44	21%
CON 2 PERSONAS	68	32%
MÁS DE 3 PERSONAS	100	47%
TOTAL	212	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al Centro Salud La Tinguña-Ica

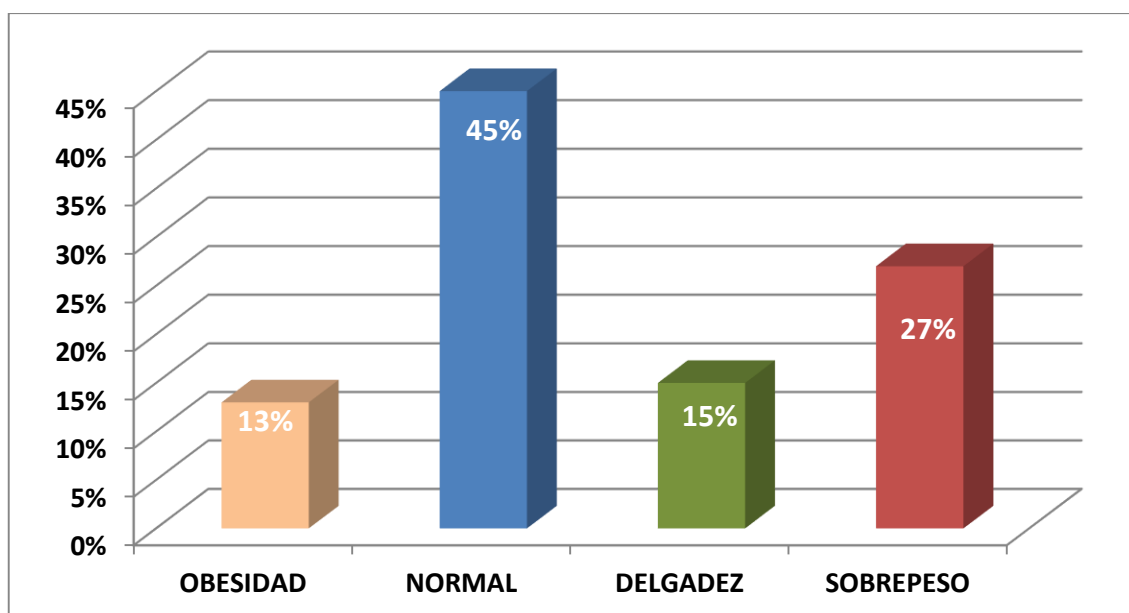


Del 100%(212) de los adultos mayores el 47%(100) viven con más de tres personas, seguido del 32%(68) con dos personas, y por ultimo, viven solo en 21%(44).

TABLA 5
VALORACIÓN NUTRICIONAL MEDIANTE EL ÍNDICE DE MASA
CORPORAL EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN
AL CENTRO DE SALUD LA TINGUINA ICA
MARZO -2016

VALORACIÓN NUTRICIONAL	Fr	%
OBESIDAD	28	13%
NORMAL	95	45%
DELGADEZ	32	15%
SOBREPESO	57	27%
TOTAL	212	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores que asisten al Centro Salud La Tinguina-Ica



La valoración nutricional del índice de masa corporal de los adultos mayores es normal en 45%(95), seguido del 27%(57) con sobrepeso, el 15%(32) con delgadez y, por último, el 13%(28) con obesidad respectivamente.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento a través de la modulación de cambios asociados al envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo; de allí la importancia de evaluar el estado nutricional en el adulto mayor.

En la tabla 1: Se muestra resultados respecto a la edad, en el cual el 54% de los adultos mayores tiene de 60 a 69 años, seguido del 38% con 70 a 79 años, y el 8% que tiene de 80 años a más, resultados comparables con Alarcón Y. ¹⁰ en que la edad en mayor frecuencia está entre los 70 y 79 años representado en un 64%, entre los 65 y 69 años representa un 28%, habiendo en menor porcentaje entre los 80 y 90 años; Martínez C, Veiga P, Cobo J.M, Carbajal A, Valle Riveros F. ¹⁴ el 31.2% tienen entre 66 y 70 años y González González J. donde el 62,5% se encuentra en el grupo etáreo de 70-79 años, seguido por 32,5 % entre 80 y 89, el 4% de 60 a 69 años y el 1% corresponde al rango mayor de 90 años.

Al analizar los resultados de muestra de estudio observamos a personas adultas mayores que por las condiciones propias de su edad son más propensas a tener un estado de malnutrición, debido a que se encuentran 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.

Estos aspectos contribuyen a la morbilidad del adulto mayor, entendida esta como una condición que se encuentra con frecuencia en la población en estudio.

Tabla 2: El 52% tienen grado de instrucción secundaria, seguido del 27% con grado de instrucción superior y el 21% con primaria, resultados similares con Gutiérrez-Gómez T.⁸ El 58.4% tiene estudios de nivel bachillerato (medio superior) a nivel superior, Valle Riveros F¹⁴., el 50% tienen educación secundaria.

Según los resultados se observa que la mayoría de los adultos mayores cuenta con educación secundaria y superior lo cual podría influir sobre la condición nutricional del adulto mayor, ya que a mayor educación es más probable que tengan los conocimientos adecuados sobre la forma adecuada de alimentarse y de autopromoción de la salud.

Tabla 3: Respecto al lugar de procedencia, el 64% de los adultos mayores son de la costa, seguido del 31% que provienen de la sierra y el 5% de la selva.

Es importante resaltar que la conducta alimentaria en esta edad es difícil de modificar por diferentes factores, uno de ellos es la procedencia y tradición, la cual da cuenta de aquellos valores y prácticas transmitidos de generación en generación y que marcan pautas de comportamiento. Esto incide en la alimentación ya que en esta, se materializan los recursos disponibles para la adquisición de alimentos, además de los atributos de diferente orden que culturalmente se da a los mismos utilizando estímulos de refuerzo positivo que relacione una alimentación saludable con una mejor calidad de vida, mayor grado de autonomía y mejor potencialidad humana.

Tabla 4: El 47% de los adultos mayores viven con más de tres personas, seguido del 32% con dos personas, y el 21% viven solos. Resultados que podrían compararse con Gutiérrez-Gómez T. ⁸ donde el 53.6% tiene de 4 hijos a más. El hecho de vivir solo o acompañado, en el domicilio o en una residencia, durante la adultez mayor es necesario mantener una ingesta adecuada de alimentos que asegure el aporte de macro y micronutrientes que contribuyan a un adecuado estado nutricional, como enfermeros debemos promocionar un buen estado nutricional a través de un sistema de vigilancia nutricional, fomentando aportes dietéticos saludables, identificando de manera oportuna adultos mayores a riesgo y que requieran de intervenciones especiales o atención especializada.

Tabla 5: La valoración nutricional del índice de masa corporal de los adultos mayores es normal en 45%, seguido del 27% con sobrepeso, el 15% con delgadez y el 13% con obesidad, resultados contrarios con Gutiérrez-Gómez T.⁸ De acuerdo a niveles establecidos por la OMS, para el Índice de masa corporal (IMC), el 81.1% del total está ubicado en niveles de sobrepeso y obesidad y el 18.7% en nivel normal; Alarcón Montalván Y ¹⁰ concluye que el sexo femenino en el 38% presenta obesidad; González González J.¹¹ el 15% de la población de estudio se encuentra en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de malnutrición y el 19% en estado nutricional satisfactorio, Manayalle-Polar P. ¹³ El 29.30% de adultos mayores tiene riesgo de malnutrición y 2.4% malnutrición, Valle Riveros F. ¹⁴ el índice de masa corporal predominante fue la delgadez con un 50% seguido por el sobrepeso con un 25.6%.

En un porcentaje de 45% el estado nutricional es normal en los adultos mayores estudiados, pero también encontramos resultados por déficit y por exceso lo cual constituye un factor de riesgo, que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y también deteriora el pronóstico en el curso de patologías agudas, se sabe que existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así por ejemplo, se enferman más los adultos mayores desnutridos y se desnutren más los que están enfermos. Por otra parte, un estado nutricional adecuado, contribuye positivamente al mantenimiento de la función en los diferentes órganos y sistemas de la población en estudio.

CONCLUSIONES:

- 1.** Respecto a la edad el 54% tiene edades de 60 a 69 años, seguido del 38% en edades de 70 a 79 años, y de 80 años a más con el 8%.
- 2.** El 52% tienen grado de instrucción secundaria, seguido del 27% con grado de instrucción superior y el 21% con primaria.
- 3.** En relación al lugar de procedencia el 64% son de la costa, seguido del 31% de la sierra y el 5% son de la selva.
- 4.** El 47% viven con más de tres personas, seguido del 32% con dos personas, y por último viven solo en 21%.
- 5.** La valoración nutricional del índice de masa corporal de los adultos mayores es normal en 45%, seguido del 27% con sobrepeso, el 15% con delgadez y por último el 13% con obesidad.

RECOMENDACIONES

1. La mayor parte de los adultos mayores disfrutan una vida completa y productiva. Pero al aumentar la edad, los riesgos de fragilidad y problemas de salud aumentan por lo que se debe realizar el Tamizaje del Estado Nutricional a todos los adultos mayores enfermos o saludables
2. Aprovechar el nivel cultural de los adultos mayores para realizar la promoción de un estilo de vida saludable que repercuta en su estado nutricional.
3. Formar grupos multidisciplinarios de salud para una evaluación integral de adulto mayor donde les impartan sesiones educativas reforzando el valor nutricional de los alimentos según sus costumbres.
4. La persona que vive sola no tiene el incentivo familiar o social para invertir esfuerzo en una buena alimentación. El convivir con otras personas diariamente tiene un efecto positivo en la moral, la sensación de bienestar y el comer.
5. Dar apoyo a las personas mediante un compromiso político sostenido y la colaboración de las múltiples partes interesadas públicas y privadas, y lograr que la actividad física periódica y los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente y fácilmente accesibles para todos, reduciendo el nivel de exposición de las personas y las poblaciones a dietas poco sanas y al sedentarismo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El Estado Físico: Uso e Interpretación de la Antropometría: OMS. Ginebra;1995 Disponible en: www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf
2. OPS, Personas mayores, dependencia y servicios sociales: situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico. Disponible en: www.ois.org/.../Informe_2006_Del_Cono_Sur.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y proyecciones de población departamental, por años calendario y edades simples 1995-2025. Boletín especial Nro. 22. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2011.
4. Mila R, Formiga F, Duran P, Abellano R. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Med Clin (Barc). 2012; 139(11): 502-508.
5. Yitshal N. Enteral nutrition in geriatric patients. Mediterr J Nutr Metab. 2009; 1 (3):141–144.
6. Instituto nacional de estadística e informática. Situación de la niñez y del adulto mayor informe técnico: Octubre-Noviembre-Diciembre 2012. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013.
7. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables. Plan Nacional para las personas Adultas Mayores 2013-2017. Lima, Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables; 2013.
8. Gutiérrez Gómez T. Valoración del estado nutricional y sus diferencias en mujeres mayores de 60 años con y sin práctica de ejercicio. Alicante España. 2013 [Tesis doctoral] Disponible en: envejecimiento.csic.es/.../Tesis-nutricion-mujeresmayores-ejercicio-01-2.
9. Suárez T, Di Stéfano F, Rossi M, Leal M Mariñansky C, Herrera J, et,al. Evaluación del estado nutricional en adultos mayores residentes de un hogar de ancianos. Buenos Aires. 2013 Argentina [Tesis licenciatura]

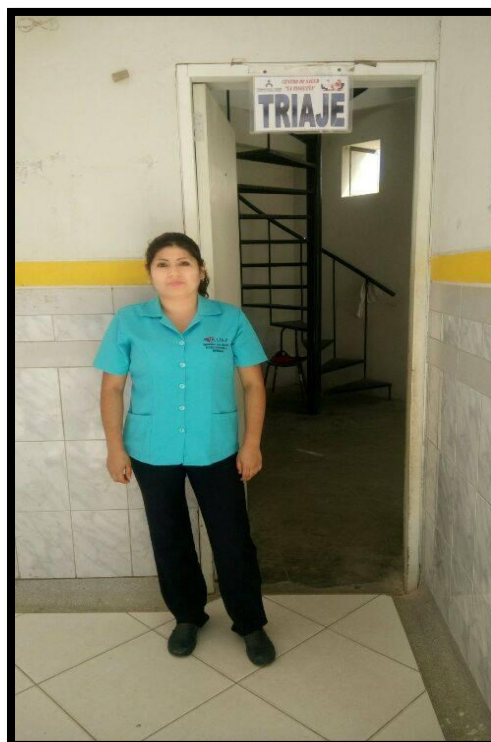
Escuela de Ciencias del Envejecimiento. Universidad Maimónides. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: biomed.uninet.edu/2015/n1/suarez.html.

10. Alarcón-Montalván Y. Evaluación del estado nutricional e identificación de factores de riesgos en pacientes adultos mayores del centro de salud urbano del Cantón Vinces. [Tesis licenciatura]: 2013 Ecuador. Disponible en: repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/7193
11. Gonzalez Gonzalez J. Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al Plan Nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca Romana Bogotá Colombia. 2011 [Tesis licenciatura] Disponible en: licenciaturawww.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf.
12. Martínez C, Veiga P, Cobo J, Carbajal A. Evaluación Nutricional de un grupo de adultos mayores de 50 años mediante parámetros dietéticos y de composición corporal. Madrid. 2011. [Consultado el 03 de diciembre del 2015]. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112011000500024&script=sci_arttext.
13. Manayalle-Polar P. Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la Región Lambayeque Chiclayo – Perú. 2013 Disponible en: www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/.../Manayalle_pm.pdf.
14. Valle Riveros F. Índice de masa corporal y hábitos alimentarios en los adultos mayores del AA.HH El Huarango, Comatrana Ica. 2013.
15. Módulos de valoración clínica. Parte I. Valoración nutricional del adulto mayor. Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
16. Vicente Delgado López. Nutrición del adulto y adulto mayor. [Consultado el 03 de diciembre del 2016]. URL disponible en: es.slideshare.net/gabuchov7/estado-nutricional-del-adulto-mayor.
17. Francisco Guillén Llera, Isidoro Ruipérez Cantera. 3ª ed, 2002, Masson, Barcelona, España.

18. Ferrone S. Prevalencia de desnutrición y evaluación nutricional con parámetros objetivos y subjetivos en dos centros hospitalarios de Santiago. Escuela de Medicina. P Universidad Católica de Chile.
19. Nutrición por etapa de vida. Adulto mayor Ministerio de salud. Disponible en www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/adulto_mayor.asp.
20. Prevención del sobrepeso. Página de internet. Disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/dieta-control-peso.shtml>
21. Alemán-Mateo H, Pérez-Flores F. Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento. Nutr Clin 2003
22. Inga J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima, Perú. Univ. Psicol. 2006; 5(3): 475-485. [Fecha de acceso 25 de diciembre de 2015] URL disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a04.pdf.
23. Bastías E, Sanhueza O. Conductas de autocuidados y manifestaciones peri-menopáusicas en mujeres de la Comuna de Concepción, Chile. Ciencia y Enfermería. 2004; 10(1): 41-56. [Fecha de acceso 5 de enero de 2016] URL disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext...95532004000100006.
24. Ortiz-Arraigada JB, Castro-Salas M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. Cienc. enferm. v.15 n.1 Concepción abr. 2009; [Fecha de acceso 25 de enero de 2016] Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717...
25. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. Washington, DC. OPS: 2012. Serie Recursos Humanos para la Salud N°. 59. SBN: 978-92-75-31671-9. Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task...
26. Zea M, Torres B. Los adultos mayores hospitalizados: La Transición del Cuidado. Invest Educ Enferm. 2007; 25(1): 40-49. [Fecha de acceso 28 de enero de 2016] URL disponible en: www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?...53072007000100004...es...

- 27.25.** Millán I, Roca A, Blanco K. La capacidad y percepción de autocuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2007; 114(4 Suppl. 1) [Consultado el 29 de enero de 2016]. En: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev3.html>.
- 28.** Prevención de la malnutrición o desnutrición. [En línea] 2011 [Fecha de acceso 29 de enero de 2016] URL disponible en: 201.234.78.38/ocs/paquetes/paquetes/malnutricion.pdf.
- 29.** López M, Santos S, Varez S, Abril D, Rocabert M, Ruiz M, Mañé N. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. 2006 Disponible en: https://portal.uah.es/portal/page/portal/epd2_asignaturas/asig32737/informacion_academica/utilizaci%F3n%20modelos.pdf.
- 30.** Villalvilla Soria D, Alonso Blanco C. Promoción de actividad física y la salud en el ámbito de atención primaria. El reto de la acción intersectorial. [Fecha de acceso 30 de enero de 2016] URL disponible en: www.semap.org/boletinSEMAP/7/programa_diego.pdf.
- 31.** Minsa. Dirección General de salud de las personas - Dirección ejecutiva de atención integral de salud. Lineamientos para la Atención integral de salud de las personas adultas mayores – documento técnico 2005 [Fecha de acceso 30 de enero de 2016] URL disponible en: www.mintra.gob.pe/archivos/file/.../estudio_laboral_PAM_2007.pdf.

ANEXOS





ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJ. GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
¿Cuál es la valoración nutricional antropométrica mediante el índice de masa corporal en adultos mayores que asisten al centro de salud La Tinguña Ica Marzo - 2016?	Determinar la valoración nutricional antropométrica mediante el índice de masa corporal en adultos mayores que asisten al centro de salud La Tinguña Ica, Marzo - 2016	<p>OE1: Caracterizar la población en estudio.</p> <p>OE2: Identificar la valoración nutricional antropométrica mediante el índice de masa corporal en adultos mayores.</p>	Valoración nutricional	<p>Peso</p> <p>Talla</p>	<p>Tipo: Observacional.</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: No experimental transversal</p> <p>Población: 267 adultos mayores.</p> <p>Muestra. 212 adultos mayores</p>	Entrevista y somatometria

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INTRODUCCIÓN: Tenga usted buen día, mi nombre es Sandra Ormeño Espinoza, soy Bachiller de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas y estoy realizando un estudio con la finalidad realizar su valoración nutricional.

A continuación le realizaré algunas preguntas sobre sus datos generales y después le tomaré su peso y talla para hacerle el diagnóstico de su índice de masa corporal.

I. DATOS GENERALES

1. Edad

- a) De 60 a 69 años
- b) De 70 a 79 años.
- c) De 80 a más

2. Grado de Instrucción

- a) Primaria.
- b) Secundaria.
- c) Superior.

3. Lugar de procedencia:

- a) Costa
- b) Sierra
- c) Selva

b) Personas que viven en su casa

- a) Vivo solo. (a)
- b) Con 2 personas
- c) Más de 3 personas

MATRIZ DE LA VARIABLE ESTADO NUTRICIONAL

	PESO	TALLA	IMC	DIAGNÓSTICO
1	50	1.49	22.52	Normal
2	60	1.53	25.63	Sobrepeso
3	61	1.59	24.13	Normal
4	33	140	16.84	Delgadez
5	90	1.82	27.17	Sobrepeso
6	51	1.44	24.59	Normal
7	66	1.48	30.13	Obesidad
8	62.5	1.44	30.14	Obesidad
9	92	1.82	27.77	Sobrepeso
10	87	1.85	25.42	Sobrepeso
11	71	1.68	25.16	Sobrepeso
12	78	.170	26.99	Sobrepeso
13	60	1.59	23.73	Normal
14	72	1.70	24.91	Normal
15	66	1.48	30.13	Obesidad
16	63	1.44	30.14	Obesidad
17	57	1.53	24.35	Normal
18	50	1.54	21.08	Normal
19	50	1.54	21.08	Normal
20	53	1.54	22.35	Normal
21	33	140	16.84	Delgadez
22	92	1.82	27.77	Sobrepeso
23	87	1.85	25.42	Sobrepeso
24	77	1.60	30.08	Obesidad

25	50	1.54	21.08	Normal
26	53	1.54	22.35	Normal
27	60	1.44	28.94	Sobrepeso
28	54	1.50	24	Normal
29	66	1.48	30.13	Obesidad
30	62	1.44	30.14	Obesidad
31	57	1.49	25.67	Sobrepeso
32	48	1.44	23.15	Normal
33	77	1.60	30.08	Obesidad
34	80.5	1.73	26.90	Sobrepeso
35	57	1.44	27.49	Sobrepeso
36	66	1.48	30.13	Obesidad
37	62	1.44	30.14	Obesidad
38	67	1.60	26.17	Sobrepeso
39	61.5	1.55	25.60	Sobrepeso
40	70	1.65	25.71	Sobrepeso
41	77	1.60	30.08	Obesidad
42	70	1.53	29.90	Sobrepeso
43	62	1.55	25.81	Sobrepeso
44	63	1.53	26.70	Sobrepeso
45	85	1.80	26.23	Sobrepeso
46	79	1.69	27.66	Sobrepeso
47	60	1.49	27.03	Sobrepeso
48	59	1.46	27.68	Sobrepeso
49	49	1.45	23.31	Normal
50	45	1.40	22.96	Normal
51	66	1.48	30.13	Obesidad
52	62.5	1.44	30.14	Obesidad
53	48	1.41	24.14	Normal
54	50	1.40	25.51	Sobrepeso

55	55	1.40	28.06	Sobrepeso
56	56	1.44	27.01	Sobrepeso
57	65	1.57	26.37	Sobrepeso
58	48	1.44	23.15	Normal
59	84	1.67	30.12	Obesidad
60	71	1.67	25.46	Sobrepeso
61	59	1.53	25.20	Sobrepeso
62	49	1.43	23.96	Normal
63	49	1.50	21.78	Normal
64	66	1.70	22.84	Normal
65	68	1.80	20.99	Normal
66	78	1.60	30.47	Obesidad
67	61	1.60	23.83	Normal
68	71	1.68	25.16	Sobrepeso
69	78	.170	26.99	Sobrepeso
70	52	1.55	21.64	Normal
71	62	1.60	24.22	Normal
72	50	1.48	22.83	Normal
73	52	1.55	21.64	Normal
74	77	1.60	30.08	Obesidad
75	52	1.55	21.64	Normal
76	62	1.60	24.22	Normal
77	50	1.48	22.83	Normal
78	33	140	16.84	Delgadez
79	55	1.40	28.06	Sobrepeso
80	56	1.44	27.01	Sobrepeso
81	100	1.79	31.21	Obesidad
82	69	1.67	24.74	Normal
83	45	1.55	18.73	Normal
84	52	1.69	18.21	Delgadez
85	33	140	16.84	Delgadez
86	98	1.80	30.25	Obesidad

87	95	1.77	30.32	Obesidad
88	52	1.69	18.21	Delgadez
89	33	1.40	16.84	Delgadez
90	47	1.43	22.98	Normal
91	45	1.45	21.40	Normal
92	89	1.72	30.08	Obesidad
93	52	1.49	23.42	Normal
94	62	1.58	24.84	Normal
95	77	1.79	24.03	Normal
96	58	1.65	21.30	Normal
97	62	1.58	24.84	Normal
98	77	1.79	24.03	Normal
99	58	1.65	21.30	Normal
100	77	1.79	24.03	Normal
101	40	1.50	17.78	Delgadez
102	62	1.58	24.84	Normal
103	77	1.79	24.03	Normal
104	58	1.65	21.30	Normal
105	77	1.79	24.03	Normal
106	33	1.40	16.84	Delgadez
107	71	1.69	24.86	Normal
108	69	1.68	24.45	Normal
109	52	1.48	23.74	Normal
110	55	1.52	23.81	Normal
111	66	1.65	22.04	Normal
112	60	1.55	24.97	Normal
113	98	1.80	30.25	Obesidad
114	95	1.77	30.32	Obesidad
115	77	1.79	24.03	Normal
116	52	1.69	18.21	Delgadez
117	33	1.40	16.84	Delgadez
118	77	1.79	24.03	Normal
119	62	1.60	24.22	Normal
120	62	1.60	24.22	Normal

121	33	140	16.84	Delgadez
122	77	1.79	24.03	Normal
123	52	1.55	21.64	Normal
124	62	1.60	24.22	Normal
125	50	1.48	22.83	Normal
126	66	1.48	30.13	Obesidad
127	62.5	1.44	30.14	Obesidad
128	77	1.79	24.03	Normal
129	33	140	16.84	Delgadez
130	77	1.79	24.03	Normal
131	70	1.60	27.34	Sobrepeso
132	33	140	16.84	Delgadez
133	71	1.67	25.46	Sobrepeso
134	77	1.72	26.03	Sobrepeso
135	57	1.50	25.33	Sobrepeso
136	62	1.60	24.22	Normal
137	62	1.60	24.22	Normal
138	77	1.79	24.03	Normal
139	52	1.55	21.64	Normal
140	62	1.60	24.22	Normal
141	50	1.48	22.83	Normal
142	52	1.69	18.21	Delgadez
143	33	140	16.84	Delgadez
144	62	1.60	24.22	Normal
145	62	1.60	24.22	Normal
146	64	1.51	28.07	Sobrepeso
147	62	1.53	26.49	Sobrepeso
148	62	1.60	24.22	Normal
149	62	1.60	24.22	Normal
150	53	1.45	25.21	Sobrepeso
151	55.5	1.48	25.34	Sobrepeso
152	52	1.69	18.21	Delgadez

153	33	140	16.84	Delgadez
154	71	1.68	25.16	Sobrepeso
155	78	.170	26.99	Sobrepeso
156	62	1.60	24.22	Normal
157	50	1.48	22.83	Normal
158	33	140	16.84	Delgadez
159	71	1.68	25.16	Sobrepeso
160	78	.170	26.99	Sobrepeso
161	52	1.55	21.64	Normal
162	62	1.60	24.22	Normal
163	50	1.48	22.83	Normal
164	77	1.60	30.08	Obesidad
165	77	1.79	24.03	Normal
166	77	1.79	24.03	Normal
167	77	1.79	24.03	Normal
168	33	140	16.84	Delgadez
169	52	1.55	21.64	Normal
170	62	1.60	24.22	Normal
171	33	140	16.84	Delgadez
172	77	1.79	24.03	Normal
173	52	1.55	21.64	Normal
174	62	1.60	24.22	Normal
175	50	1.48	22.83	Normal
176	77	1.60	30.08	Obesidad
177	71	1.68	25.16	Sobrepeso
178	78	.170	26.99	Sobrepeso
179	77	1.79	24.03	Normal
180	52	1.69	18.21	Delgadez
181	33	140	16.84	Delgadez
182	77	1.79	24.03	Normal
183	71	1.68	25.16	Sobrepeso
184	78	.170	26.99	Sobrepeso

185	77	1.79	24.03	Normal
186	52	1.55	21.64	Normal
187	62	1.60	24.22	Normal
188	50	1.48	22.83	Normal
189	77	1.79	24.03	Normal
190	52	1.69	18.21	Delgadez
191	33	1.40	16.84	Delgadez
192	77	1.79	24.03	Normal
193	77	1.79	24.03	Normal
194	71	1.68	25.16	Sobrepeso
195	78	.170	26.99	Sobrepeso
196	71	1.68	25.16	Sobrepeso
197	78	.170	26.99	Sobrepeso
198	52	1.55	21.64	Normal
199	62	1.60	24.22	Normal
200	50	1.48	22.83	Normal
201	33	1.40	16.84	Delgadez
202	77	1.79	24.03	Normal
203	33	1.40	16.84	Delgadez
204	33	1.40	16.84	Delgadez
205	71	1.68	25.16	Sobrepeso
206	78	.170	26.99	Sobrepeso
207	77	1.60	30.08	Obesidad
208	77	1.79	24.03	Normal
209	52	1.69	18.21	Delgadez
210	33	1.40	16.84	Delgadez
211	71	1.68	25.16	Sobrepeso
212	78	.170	26.99	Sobrepeso