FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA

TESIS:

RELACION DEL ESTADO NUTRICIONAL CON LA ADECUACION DE LA INGESTA EN PACIENTES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA II- SAN JUAN BAUTISTA –ESSALUD.

PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA

Presentado por:

Bach. LINDA ALEXANDRA GARCIA GOMEZ

Bach. WENDOLLY PAOLA RIOS GUZMAN

ASESOR(ES):

Ing. Pedro Roberto Paredes Morí, Mgr.

Lic. Joe Fernando Gerónimo Huete

Iquitos, 2019

TESIS:

RELACION DEL ESTADO NUTRICIONAL CON LA ADECUACION DE LA INGESTA EN PACIENTES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA II- SAN JUAN BAUTISTA –ESSALUD.

AUTORIZACIÓN DE LOS ASESORES

Mr. Ing. Pedro Roberto Paredes Morí, docente de la Facultas de Industrias Alimentarias de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana en las escuelas de Ingeniería en Industrias Alimentaria y Bromatología y Nutrición Humana, Lic. Joe Fernando Gerónimo Huete, docente de la Escuela de Formación Profesional de Bromatología y Nutrición Humana de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

INFORMAMOS: Que el Br. Linda Alexandra García Gómez y la Br. Wendolly Paola Ríos Guzmán, han realizado bajo nuestra dirección, el trabajo contenido en el estudio de investigación intitulada: "RELACION DEL ESTADO NUTRICIONAL CON LA ADECUACION DE LA INGESTA EN PACIENTES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA II- SAN JUAN BAUTISTA- ESSALUD", y considerando que el mismo reúne los requisitos necesarios para ser presentado ante el jurado calificador a tal efecto para la obtención del título de Licenciados en Bromatología y Nutrición Humana.

AUTORIZAMOS: A los Bachilleres a presentar la tesis, para proceder a su sustentación cumpliendo así con la normativa vigente que regula los Grados y Títulos de la Facultad de Industrias Alimentarias de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

Ing. Pedro Roberto Paredes Morí, Mrg.

Lic. Joe Gerónimo Huete

MIEMBROS DEL JURADO

Tesis aprobada en la Sustentación Publica el Lunes 11 de febrero del 2019 por el jurado nombrado por la dirección de la Escuela de Formación Profesional de Bromatología y Nutrición Humana para optar el Título de:

LICENCIADA EN BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA

Ing. Carlos Enrique Lopez Panduro
Presidente

Ing. Carlos Antonio LI Loo-Kung
Miembro Titular

Lic. Miriam Ruth Alva Angulo
Miembro Titular

UNAP

FACULTAD DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
Escuela de Formación Profesional de Bromatología y Nutrición Humana

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Iquitos, siendo las....11:00..... horas del día 06 de febrero del 2019, en las instalaciones de la Sala de Reuniones de la Decanatura, ubicado en el Campus SL11 Puerto Almendra de la Facultad de Industrias Alimentarias sito al margen derecho del rio Nanay, Distrito de San Juan, Provincia de Maynas, Departamento de Loreto, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis: **"RELACION DEL ESTADO NUTRICIONAL CON LA ADECUACION DE LA INGESTA EN PACIENTES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA II – SAN JUAN BAUTISTA - ESSALUD"**, presentado por las Bachilleres **LINDA ALEXANDRA GARCIA GOMEZ** y **WENDOLLY PAOLA RIOS GUZMAN,** con el asesoramiento de don Pedro Roberto Paredes Mori y don Joe Fernando Gerónimo Huete.

Estando el Jurado Calificador conformado por los siguientes miembros, según Resolución Decanal Nº 022-FIA-UNAP-2019, del 24 de enero del 2019.

Ingº **CARLOS ENRIQUE LOPEZ PANDURO**	:	**Presidente**
Ingº **CARLOS ANTONIO LI LOO - KUNG**	:	**Miembro**
Licº **MIRIAM RUTH ALVA ANGULO**	:	**Miembro**

Siendo las ...12:00..... horas del mismo día, se dio por concluida la sustentación, habiendo sido .....Aprobado..... con la nota de .....16..... y el calificativo de .....Bueno....., estando las bachilleres aptas para obtener el Título Profesional de Licenciadas en Bromatología y Nutrición Humana.

El Jurado Calificador alcanzará a la sustentante, si el caso lo requiere, las correcciones u observaciones presentadas.

Carlos Enrique López Pandure
Ingeniero en Industrias Alimentarias
Presidente

Carlos Antonio Li Loo Kung
Ingeniero en Industrias Alimentarias
CIP 75866
Miembro

Miriam Ruth Alva Angulo
Licenciada en Nutrición
CNP 3247
Miembro

Pedro Roberto Paredes Mori
Ingeniero en Industrias Alimentarias
CIP 91947
Asesor

Joe Fernando Gerónimo Huete
LIC. NUTRICIÓN
CNP - 4220
Asesor

DEDICATORIA

Dedico a Dios, por darme la vida, salud, fortaleza que necesito día a día para seguir luchando por alcanzar mis metas con fe. A mi hija Nahomi Cassiel, por ser mi motivo de perseverancia en mi vida. A mi hermana Karol Garcia, que de ejemplo le sirva que siempre se pueden lograr nuestras metas.

Linda Alexandra García Gómez

Dedico el presente trabajo a mis padres, abuelos y en especial a mi hijo Novak, pues son ellos quienes me motivaron cada día a ser mejor persona, profesional y mamá.

Wendolly Paola Ríos Guzmán

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la salud, vida, fortaleza. A mis padres Carlos García y Beatriz Gómez que siempre están apoyándome en todo, a mi querido esposo Marion Lozano, por ser mi compañero de vida.

Al personal del centro de salud Primaria II- ESSALUD, por brindarnos todas las facilidades para que este proyecto se realice. A todos los adultos mayores que colaboraron con la investigación.

A nuestros asesores al Lic. Joe Fernando Gerónimo Huete, Mr. Ing. Pedro Paredes Morí por sus recomendaciones, apreciación, paciencia a lo largo de toda la etapa de ejecución de este proyecto.

Linda Alexandra García Gómez

Agradezco a Dios por darme vida, fortaleza y sabiduría para resolver los inconvenientes que suceden a diario. Agradezco a mis docentes de la facultad de industrias alimentarias que con sus conocimientos impartidos nos guiaron durante nuestros años de formación profesional. A mis padres por su apoyo constante todo el tiempo que estuve en la universidad. Y a los asesores que nos ayudaron a desarrollar el presente trabajo de investigación.

Wendolly Paola Rios Guzman

INDICE

Índice De Contenido

AUTORIZACION DE LOS ASESORES i
DEDICATORIA ii
AGRADECIMIENTO iii
INDICE iv
RESUMEN/ ABSTRACT x
INTRODUCCIÓN xi
CAPÍTULO I xii
1. REVISIÓN DE LA LITERATURA 1
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO 1
1.1.1. A nivel internacional 1
1.1.2. A nivel nacional 2
1.1.3. A nivel local 3
1.2 BASES TEORICAS 3
1.2.1. El envejecimiento 3
1.2.2. Cambios fisiológicos 3
1.2.3. Cambios psicológicos 4
1.2.4. MEDICAMENTOS 4
1.2.5 NUTRICION EN EL ADULTO MAYOR 4
1.2.6 Ingesta recomendada de energía y nutrientes en el adulto mayor 5-7
1.2.7 PRINCIPALES DIETAS 8
1.2.8 CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) 11
1.2.9 Determinación de riesgo de enfermar en la persona adulta mayor según perímetro abdominal (PAB) 11
1.2.10 Enfermedades en la tercera edad 13-15
1.3. Definición de términos básicos 16-17
CAPÍTULO II HIPOTESIS Y VARIABLES 18
2.1 FORMULACION DE LA HIPOTESIS 19
2.2. VARIABLES Y SU OPERACIONALIDAD 19-20
CAPITULO III: METODOLOGIA 21
3.1. TIPO Y DISEÑO 22
3.2. DISEÑO DE MUESTRA 23
3.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS 24
3.4. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS 25

3.5 ASPECTOS ETICOS 26
CAPITULO IV: RESULTADOS 27-51
CAPITULO V: DISCUSIÓN 52-55
CAPITULO VI: CONCLUSIONES 57
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES 59
CAPITULO VIII: FUENTE DE INFORMACION 60
ANEXOS 65

Índice De Tablas

Tabla N° 01. NECESIDADES DE INGESTA ENERGETICA 5

Tabla N° 02.CLASIFICACION DE LA VALORACION NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYOR SEGUN INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) 11

Tabla N° 03. CLASIFICACION DE RIESGO DE ENFERMAR SEGÚN SEXO Y PERIMETRO ABDOMINAL 12

TABLA N° 04. DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN EDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 28

Tabla N° 05 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGUN SEXO EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 28

Tabla N° 06 . DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGUN PESO EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 32

Tabla N° 07 CUADRO DE RECORDATORIO DE 24 HORAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 46

Tabla N° 08 REQUERIMIENTO DE ENERGETICO TOTAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGUN DIAGNOSTICO CLINICO EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD. 29

Gráfico N°02 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGUN ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 30

Gráfico N° 03 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGUN SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTADOS EN EL ULTIMO MES EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 30

Gráfico N° 04 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGUN PRESCIPCION DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 31

Gráfico N° 05 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGUN TIPO DE REGIMEN DE ALIMENTACION EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 32

Gráfico N° 06 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGUN TIEMPOS DE COMIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 32

Grafico N° 07 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 33

Grafico N° 08 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN PLIEGUE CUTANEO TRICEPS EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 34

Grafico N° 09 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN AREA MUSCULAR DEL BRAZO EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 35

Grafico N° 10 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN PERIMETRO ABDOMINAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 35

Grafico N° 11 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN GLICEMIA EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 36

Grafico N° 12 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN TRIGLICERIDOS EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II- SANJUAN-ESSALUD 36

Grafico N° 13 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN COLESTEROL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 37

Grafico N° 14 DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 38

Grafico N° 15 FRECUENCIA DE CONSUMO DE LACTEOS Y DERIVADOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 39

Grafico N° 16 FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNES Y DERIVADOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 40

Grafico N° 17 FRECUENCIA DE CONSUMO DE VERDURAS Y HORTALIZAS, TUBERCULOS Y RAICES DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 41

Grafico N° 18 FRECUENCIA DE CONSUMO DE FRUTAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 42

Grafico N° 19 FRECUENCIA DE CONSUMO DE LEGUMINOSAS Y DERIVADOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 43

Grafico N° 20 FRECUENCIA DE CONSUMO DE CEREALES Y DERIVADOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 43

Grafico N° 21 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ACEITES Y GRASAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 44

Grafico N° 22 FRECUENCIA DE CONSUMO DE PASTELES Y DULCES DE

LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 44

Grafico N° 23 FRECUENCIA DE CONSUMO DE MISCELANEOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 45

Grafico N° 24 FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 45

Grafico N° 25 ADECUACION ENERGETICA DE LA DIETA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 48

Grafico N° 26 ADECUACION NUTRICIONAL DE GRASAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 48

Grafico N° 27 ADECUACION NUTRICIONAL DE CARBOHIDRATOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 49

Grafico N° 28 ADECUACION NUTRICIONAL DE PROTEINAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 49

Grafico N° 29 CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD 50

ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO 65
2. TABLA DE VALORACION 66
3. BALANZA GRAMERA 66
4. BALANZA DE PIE 67
5. CINTA ANTROPOMETRICA 67
6. PLICOMETRO 68
7. TALLIMETRO DE MADERA 68
8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS 69-76
9. FOTOS 77

RESUMEN

La investigación se realizó en el año 2018, tuvo como objetivo determinar la relación del Estado Nutricional y la adecuación de la Ingesta en pacientes del Programa Adulto Mayor del Centro de Atención Primaria II - San Juan Bautista- ESSALUD, ubicado en el distrito de San Juan Bautista.

Metodología: La investigación es de tipo de estudio no experimental, descriptivo, transversal y correlacional, la muestra se trabajó con 76 adultos mayores entre hombres y mujeres. Para la evaluación nutricional, los instrumentos utilizados fueron las historias clínicas de los pacientes para la obtención de información clínica. La encuesta de frecuencia de consumo y el recordatorio de 24 horas se usaron para evaluar la Ingesta de los alimentos.

Resultados: Revelaron que el 3% de los pacientes adultos mayores presentaron un estado nutricional adecuado, y el 97% inadecuado. El 37% de los adultos mayores presenta HTA (hipertensión arterial), el 16% diabetes Mellitus tipo II y el 47 % otros (Síndrome metabólico). En cuanto al consumo de alimentos, se pudo concluir que, el 96.1% de adultos mayores tiene un consumo de alimentos no adecuados y solo un 3.9% tiene un consumo de alimentos adecuados. Por lo que no se está aprovechando el consumo de todos los grupos de alimentos necesarios para su alimentación.

Finalmente se encontró relación estadísticamente significativa ($p<0,05$) entre la Adecuación de la ingesta y el estado nutricional en los pacientes adulto mayores del Centro de Atención Primaria II -San Juan ESSALUD 2018.

Palabras claves: Estado nutricional, diabetes, frecuencia de consumo, sobrepeso.

ABSTRACT

The research was carried out in 2018, aimed to determine the relationship of the Nutritional State and the adequacy of the Intake in patients of the Senior Adult Program of the Primary Care Center II - San Juan Bautista- ESSALUD located in the district of San Juan Bautista.

Methodology: The research is non-experimental, descriptive, cross-sectional and correlational, the sample was worked with 76 older adults between men and women. For the nutritional evaluation, the instruments used were the clinical histories of the patients for obtaining clinical information. The consumption frequency survey and the 24-hour reminder were used to evaluate the intake of food.

The results show that 3% of the elderly patients presented an adequate nutritional status, and 97% inadequate. 37% of older adults have hypertension (hypertension), 16% have diabetes mellitus type II and 47% have other associated diseases. Regarding food consumption, it could be concluded that 96.1% of older adults have inadequate food consumption and only 3.9% have adequate food consumption. So it is not taking advantage of the consumption of all the food groups necessary for their food.

Finally, a statistically significant relationship was found ($p < 0.05$) between the intake and the nutritional status in the elderly patients of the Primary Care Center II - San Juan- ESSALUD , 2018.

Key words: Nutritional status, diabetes, frequency of consumption, overweight.

INTRODUCCION

La nutrición juega un papel muy importante en el proceso del envejecimiento, por ello desarrollamos este proyecto con el grupo de personas adulto mayor del Centro de Atención Primaria II San Juan – ESSALUD , por lo que trabajamos con pacientes a partir de 60 años de edad, dada la importancia de evaluar su estado nutricional a través de la ingesta adecuada de sus alimentos, recordatorio de 24 horas y frecuencia de sus consumo de alimentos, además la investigación presenta un listado de factores de riesgo patológico como; Antecedentes familiares , índices de glicemia, índices de triglicéridos, para trabajar en su régimen alimentario del paciente adulto mayor.

El envejecimiento es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de vida, uno de estos cambios se produce en la composición corporal del ser humano, específicamente la masa muscular. La pérdida de la masa muscular, la fuerza y la función muscular. [1]

“La mala nutrición del adulto mayor incrementa el riesgo de enfermedades, los hace vulnerables a infecciones, que pueden ser motivo de muerte, deteriora la capacidad funcional y afecta la calidad de vida”. [2]

La realidad actual que viven las personas de edad avanzada, el descuido integral, tanto físico, emocional, el abandono por partes del estado, y mismos familiar, llegamos a la necesidad de trabajar con este grupo de personas, principalmente la salud nutricional que necesitan para alcanzar una calidad y esperanza de vida , es importante conocer los hábitos alimentarios que ellos tomaron durante periodos de vida, ya que la alimentación que ellos tomaron durante años , llegan a los resultados actuales de su salud, encontramos que el porcentaje de enfermedades determinadas ha Incrementado y son diagnosticadas entre, diabetes, hipertensión, síndrome metabólico, Insuficiencia renal .

La mayoría de ellas son diagnosticadas en personas de edad avanzada, y que ellos al vivir con estas enfermedades, tienen desánimos, o pierden las ganas de vivir, por esto nuestra preocupación, en este trabajo de investigación queremos llegar a que este grupo de personas que en su momento fueron nuestros fuertes padres, ahora necesitan más de nuestro cuidado y que se sientan que son importantes.

Es importante comprender que el menú de un adulto mayor es individual. La alimentación diaria está relacionada a factores como la estatura, peso, actividad física, presencia de enfermedades, ingesta de medicamentos, intolerancia a ciertos alimentos. [3]

Es preocupante su vulnerabilidad a exposición de múltiples enfermedades y con este estudio nos va a permitir tomar decisiones importantes en cuanto a su salud, para mejorar la calidad y esperanza de vida del adulto mayor.

CAPITULO: I

1. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

1.1.1. A Nivel Internacional

M Valdés González, Y Hernández Rodríguez, G Luís Herrera Miranda, N M Rodríguez García (2017). Buscaron evaluar el estado nutricional de los ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos Carlos Castellanos Blanco de Pinar del Rio, durante el 2016 donde el universo estuvo constituido por los 282 ancianos[4]

R Montejano Lozoya, M. Ferrer Diego, G Clemente Marín, N Martínez Alzamora (2013). Evaluaron el estado nutricional en adulto mayor autónomo, no institucionalizado en centros sociales, mediante la escala MNA y analizar su distribución según variables sociodemográficos. [5]

C Abreu Viamontes, Y Burgos Bencomo; D Cañizares Inojosa, A Viamontes Cardoso(2008). Evaluaron el estado nutricional y calidad de vida en los adultos mayores pertenecientes al consultorio n° 32 en el área de salud norte del municipio Morón, en Cuba. Se predominó el sexo femenino y aproximadamente la mitad se encontraban sobrepeso u obeso.[6]

GONZALEZ GONZALEZ R. (2011). Investigaron los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados al estado nutricional y validar la información obtenida en el MNA aplicando al adulto mayor a partir de las respuestas del informante, cuidador o familia. Los resultados obtenidos revelaron que el 15% de la población se encuentra en mal estado nutricional y el 66% en riesgo de malnutrición y el 19% en estado nutricional satisfactorio.[7]

Pinar del Río (2007). En su investigación se demostraron los resultados de una acción educativa en ancianos diabéticos e incrementar el nivel de conocimientos, se realizó un estudio de intervención educativa en ancianos del policlínico “Raúl Sánchez”, durante el año 2007. [8]

González Orellana S (2014). El propósito su proyecto de investigación tubo como objeto proporcionar al centro de salud Boca de Caña un instrumento de información que fomente la alimentación saludable, en el adulto mayor.[9]

ARIAS PROAÑO C, GUTIÉRREZ VERDUGA D. (2015): Determinaron la relación entre ingesta de proteína y la masa muscular en los adultos mayores que asisten al programa 60 de Conocoto. Un gran porcentaje de adultos mayores posee buenas reservas de masa muscular y según la información recolectada se encontró que la mitad de la población de adultos mayores tiene un bajo consumo de proteína. [10]

1.1.2. A Nivel Nacional

C Troncoso Pantoja (2017). Investigaron el comportamiento alimentario de los ancianos institucionalizados, su alimentación y las conductas alimentarias que presentan, se caracterizó por el consumo de tres tiempos de alimentación con minutas planificadas con inadecuados aportes nutritivos, los que no cubren los requerimientos nutricionales del usuario envejecido y que junto a otros factores, favorece la presencia de malnutrición por déficit [11]

Ortiz Saavedra P, Mendez Silva F, Varela Pinedo L, Pamo Reyna O (2007). Determinaron un incremento en el efecto de la hospitalización en el peso y el estado nutricional del adulto mayor hospitalizado. La hospitalización resulta ser un factor negativo para el estado nutricional del paciente adulto mayor.[12]

RONDÁN CABALLERO N. (2015). Investigaron la efectividad del programa educativo “Vida Saludable” en el cambio de Estilos de vida de pacientes con síndrome metabólico en el Hospital I Cono Sur Essalud – Nuevo Chimbote 2015. Se demostró la efectividad del programa educativo, porque se observó que el estilo de vida inadecuado disminuyo totalmente logrando el 100% de estilos de vida adecuado. [13]

1.1.3. A Nivel Local

Valdivia Orbe, Syvil Milagros(2016). La investigación se desarrolló en el centro Residencial de Atención Integral “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos- Perú. Se trabajó con 47 adultos mayores albergado, se tuvo como objetivo determinar la relación del estado nutricional y la dieta que consume el adulto mayor albergado de dicho centro.[14]

1.2. BASES TEÓRICAS

1.2.1. El Envejecimiento

Es un proceso simultáneo, e irreversible que determina la pérdida progresiva y capacidad física al entorno. El envejecimiento es inevitable, ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de los factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. [(15)]

El envejecimiento es un proceso fisiológico de cambios sufridos por el individuo que empieza desde el momento del nacimiento, ocurre de forma muy diferente en cada persona e incluye modificaciones orgánicas, sistémicas funcionales (nivel físico y cognitivo) y psicológicas, enmarcadas por el estilo de vida, las condiciones ambientales y sociales, y en gran medida, las tendencias alimentarias a lo largo de la vida. [15]

1.2.2Cambios fisiológicos:

Un aspecto importante es la menor percepción de la sensación de sed asociada al proceso del envejecimiento, esto determina un riesgo alto de deshidratación, especialmente en aquella circunstancia en las que producen perdidas excesiva de líquidos (diarreas, sudoración, vómitos, quemaduras, empleos de diuréticos, etc.

El aparato gastrointestinal experimenta modificaciones importantes, si empezamos por la boca que es la más significativa por la falta de piezas dentales y su principal consecuencia es la dificultad para masticar. La disminución de secreción de saliva y los sabores que perciben de manera diferente que genera dificultad para la deglución de los alimentos. [16]

1.2.3 Cambios psicológicos:

Son el resultado de patrones de conductas que se desarrollan durante los años y por tanto muy difíciles de cambiar. Estas situaciones conlleva a alterar la alimentación: hospitalización prolongada, alejamiento de la familia, enfermedad del cónyuge, muerte del conyugue, incapacidad física.[17,18]

1.2.4 Medicamentos:

Las personas de tercera edad consumen con frecuencia varios tipos de medicamentos debido a las diferentes enfermedades que se presenta en la tercera edad. Los medicamentos pueden interferir en el estado nutricional por varios mecanismos que ayudan a la absorción, metabolismo y excreción de los nutrientes. [19]

1.2.5 NUTRICIÓN DEL ADULTO MAYOR

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR:

Pretende obtener una aproximación de la composición corporal de individuos, se puede obtener conociendo la dieta habitual, ingesta, cambios de peso, como la capacidad funcional del individuo. De esta forma una evaluación nutricional completa debe incluir antropometría y la evaluación de los patrones alimentarios, de la ingesta de fuentes de energía y nutrientes de algunos parámetros bioquímicos y de indicadores de independencia funcional y actividad física.[19]

1.2.6 INGESTAS RECOMENDADAS DE ENERGÍA Y NUTRIENTES EN EL ADULTO MAYOR

Una ingesta recomendada para cubrir las necesidades de la población geriátrica sana. Estas recomendaciones dan a detalle las cantidades recomendadas de energía y de los nutrientes que un individuo necesita para obtener un buen estado de salud.[20]

Energía

Las necesidades energéticas disminuyen con la edad al reducirse gradualmente la actividad física y la masa muscular. Estudios recientes demuestran una disminución de un 10% por década a partir de los 60 años.[21]

Sin embargo, hay que tener en cuenta que estudios de la síntesis proteica. Ayuno relativo, han demostrado que las personas mayores de 60 años adelgazan más rápidamente y le es muy difícil aumentar su ingesta alimentaria para conseguir aumentar un kilo de peso y recuperar peso perdido[22]

Tabla 1: NECESIDADES DE INGESTA ENERGÉTICA

EDAD	**Necesidades de ingesta energética (kcal /día)**	
AÑOS	**Varón**	**Mujer**
60-90	2400 kcal	2000 kcal
70-79	2200 kcal	1900 kcal
> 80	2000 kcal	1700 kcal

.

Es importante tener en cuenta, que aportes menores de 1500calorias/dia, suponen riesgo de baja de ingesta de vitaminas y minerales que no permiten cubrir los requerimientos nutricionales diarios.[22]

Calculo de Tasa Metabólica Basal

H= [66.473 + (13.752 x PC) + (5.003 x T) – (6.755 x E)] x 4.186

M= [655.096 + (9.563 x PC) + (1.850 x T) – (4.676 x E)] x 4.186

PC: Peso Corporal en kg.

T: talla/estatura en cm.

E: edad en años.

Fuente: Harris J., & Benedict, F. (1919).

CALCULO DE REQUERIMIENTO DE NERGIA TOTAL

REQUERIMIENTO DE ENERGIA TOTAL= Tasa Metabólica Basal x Nivel de Actividad Física x Factor de Estrés

Fuente: FAO/FIVIMS 2004

PROTEINAS

Las necesidades proteicas en las personas de edad avanzada están influidas por:

- La disminución del comportamiento muscular que condiciona una menor disponibilidad de aminoácidos para la síntesis proteica
- Ingesta calórica por debajo de los niveles recomendados (dificulta la utilización eficaz de las proteínas ingeridas)
- Infecciones y enfermedades crónicas (situaciones comunes en las personas mayores)

Por tanto es necesario asegurar un aporte elevado de proteína y ajustado de calorías, así como realizar ejercicio físico de forma regular: 1-1,25 g/kg/día.

No obstante, en situaciones especiales como infecciones agudas, fracturas o intervenciones quirúrgicas pueden recomendarse ingesta mayores (1,25-2g/kg/dia). [23]

Carbohidratos

Las dietas hipocalóricas o los periodos de ayuno en persona mayores pueden favorecer a la aparición de trastornos metabólicos importantes como son la lipolisis, la producción de cuerpos cetónicos, el catabolismo proteico y la perdida de sodio, potasio y líquidos.[24]

Por ello, se recomienda que un 50-60% de la ingesta energética provenga de los carbohidratos en forma de hidratos de carbono complejos, los carbohidratos simples deben limitarse al 10% del total hidrocarbonado, debido a la tendencia de las personas mayores a desarrollar una resistencia periférica a la insulina.[24]

En las personas lactasa-deficientes (intolerantes a la lactosa), se deberá valorar la cantidad de lactosa que tolera y elaborar una dieta estricta sin lactosa o con pequeñas cantidades (la mayoría de personas con intolerancia a la lactosa toleran hasta 7 g por ración. [24]

Grasas

Las recomendaciones para la población genética respecto a la ingesta de grasa son similares al resto de la población. Se recomienda que los lípidos de la dieta no sobrepasan el 30% del total energético ingerido en un día, pero se admite hasta un 35% cuando el aceite de oliva es la grasa de adición mayoría. [25]

En relación con el reparto de ácidos grasos, no deberá sobrepasarse el 7-10% en forma de saturados, ni el 10% en forma de poliinsaturados, y el resto debe aportarse en forma en monoinsaturados (10-18%). Se deberá garantizar el aporte diario de ácidos grasos esenciales. El consumo de colesterol ha de ser inferior a 300mg/día. [25]

INGESTA DE LÍQUIDOS

Debido a que en esta etapa de la vida el mecanismo de que desencadena la sed está alterado, se recomienda ingerir líquidos con regularidad a lo largo de todo el día, teniendo en cuenta las necesidades hídricas diarias y prestando una especial atención en los meses calurosos y, en situaciones con necesidades aumentadas y en individuos con indicación de ingesta hídrica restringida (edemas, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal). Para tener una nutrición en ancianos adecuadas de esa etapa de la vida se recomienda beber de 1 a 1,5 ml/kcal o sea de 8 a 10 vasos de líquidos durante el día. [26]

1.2.7 PRINCIPALES DIETAS:

HIPOSODICA

Una dieta hiposódico es aquella donde se controla alimentos con alto contenido de sodio. Mantiene el equilibrio de líquidos y electrolitos, disminuye el edema, y contribuye a la disminución de la presión arterial en pacientes sensibles al sodio. [27]

Indicaciones

• Hipertensión arterial.

• Edema pulmonar.

• Insuficiencia cardiaca congestiva.

• Insuficiencia renal.

• Infarto del miocardio.

• Falla hepática crónica con ascitis.

• Enfermedad cardiovascular.

• Pacientes con edema.

• Pacientes con retención de líquidos

Características

- Estricta en sodio menor a 500 miligramos de sodio.
- Muy severa en sodio. De 500 a 1000 miligramos de sodio.
- Moderada en sodio de 1000 a 2000 miligramos de sodio.
- Leve en sodio de 2000 a 3000 miligramos de sodio. [28]

DIETA MUY BLANDA

Su función es disminuir su proceso digestivo. Es una dieta en la cual se modifica la consistencia de los alimentos, no hay restricción de condimentos, nutrientes o métodos de preparación. Es una dieta adecuada y con bajos residuos. [29]

Indicaciones

- Pacientes con dificultad para masticar.
- Pacientes con post-infarto.
- Dieta de transición entre liquida y completa y la normal.
- Anodoncia.
- Pasar de una dieta líquida completa a dieta normal.
- Pacientes post quirúrgicos.

Características

- No se permite dar leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas), carnes frías, salsas fuertes, comidas irritantes y gaseosas, alimentos o preparaciones con textura dura.
- La ensalada debe ser cocida a excepción de la lechuga y el tomate que debe ser picado.

- Dentro de la dieta se permite purés, sopas cremas, carnes cocidas, molidas o descremadas, flanes, compotas.
- Las frutas que se pueden dar crudas son: banano, mango maduro y papaya. [30]

HIPOGLUCIDA

Contribuye a la disminución de producción de CO2 y las necesidades ventilatorias. Disminuye la velocidad de estimulación de insulina por parte del páncreas, disminuye los síntomas ocasionados por bajos niveles de azúcar. Se utiliza el 40 ó 45%de carbohidratos del valor calórico total. Grasas 35 al 45% del valor calórico total y 10 a 15 % de proteínas.[31]

Esta dieta se utiliza para tratar de mantener los niveles de glucosa dentro de los límites normales. La cantidad de carbohidratos totales de esta dieta es normal, pero no contiene carbohidratos simples como la glucosa o la sacarosa. [31]

Indicaciones

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Pacientes diabéticos tipo I y II mellitus
- Hipoglicemia.
- Hipertrigliceridemia.
- Pacientes que requieren disminuir peso y por tanto bajar el aporte energético total.

Características

- Toda bebida caliente o fría de ir acompañada con un edulcorante artificial.
- Los productos de panadería debe ser de harina integral o con salvo de trigo o de avena, sin azúcar, miel o panela.

- El dulce o el postre de esa dieta debe ser endulzado con un edulcorante artificial.
- No se permite azúcar, miel de abeja, panela o preparación que contengan estos estados. [32]

1.2.8. CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN IMC

La clasificación de la valoración nutricional antropométrica se debe realizar con el índice de masa corporal (IMC). En este sentido, los valores obtenidos de la toma de peso y medición de la talla serán utilizados para calcular el índice de masa corporal a través de la siguiente formula:

IMC= Peso (kg)/ talla $(m)^2$

Y el resultado deberá ser comprobado con el Cuadro 1 de clasificación de la valoración nutricional según IMC[33]

TABLA 2. Clasificación de la valoración nutricional de las personas adultas mayores según índice de masa corporal (IMC).

Clasificación	**IMC**
Delgadez	≤ 23.0
Normal	> 23 a < 28
Sobrepeso	≥ 28 a < 32
Obesidad	≥ 32

Fuente: organización panamericana de la salud (OPS)[34]

1.2.9 DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE ENFERMAR EN LA PERSONA ADULTO MAYOR SEGÚN PERÍMETRO ABDOMINAL (PAB)

La determinación del perímetro abdominal (PAB) se utiliza para identificar el riesgo de enfermar, por ejemplo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, entre otras. [35]

Clasificación del riesgo de enfermar según sexo y perímetro abdominal

Los valores obtenidos de la medición del perímetro abdominal permiten clasificar el riesgo de enfermar de la persona adulta según el siguiente cuadro

Tabla 3. Clasificación de riesgo de enfermar según sexo y perímetro abdominal

Sexo	**Riesgo**		
	Bajo	**Alto**	**Muy alto**
Hombre	‹ 94 cm	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mujer	‹ 80 cm	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fuente: World Health Organization, 2000. Obesity. [35]

VALORACIÓN GLOBAL

Evaluación clínica (historia dietética y examen física): se considera la ingesta inadecuada como primer estadio de depleción nutricional, al que seguirán las alteraciones bioquímicas y antropométricas y, finalmente, las manifestaciones clínicas. En la valuación clínica se incluye edad, sexo, peso y talla. [36]

Peso corporal

Una pérdida de peso >5% en el último mes ó >10% en los últimos 6 meses respecto al peso habitual es considerada como un parámetro de malnutrición global, debiendo sospecharse de un déficit en macronutrientes. El peso corporal refleja los cambios que acontecen en los compartimientos graso y proteico muscular. [37]

Deberá valorarse:

Porcentaje de variación de peso ideal:

% variación = Peso actual / Peso ideal

Porcentaje de pérdida de peso:
% pérdida de peso = (peso habitual – Peso actual / peso habitual) x 100 Porcentaje de pérdida de peso en relación al tiempo

Fuente: Fuente: M. A. Rubio, Manual de Alimentación en el Anciano, 2002

COMPARTIMENTO GRASO:

El tejido adiposo constituye, en el sujeto como normo peso, alrededor de un 25% del peso corporal total. Las reservas grasas pueden ser estimadas por el peso corporal y mediante la cuantificación de la grasa subcutánea. (38)

- Grasa subcutánea: su medida es una estimación fiable del compartimiento graso, ya que el 50% del tejido adiposo se encuentra en el espacio subcutáneo. Las mediciones del pliegue tricipital han sido las más utilizadas, pero las mediciones en más de un lugar proporcionan una valoración más precisa del volumen de este compartimiento.

Pliegues utilizados: tricipital, subescapular, suprailíaco, abdominal, bicipital. Los más utilizados son los dos primeros.

- Pliegue Tricipital: se realiza aplicando un calibrador regulado durante 3 segundos en el punto medio entre el acromion y olecranon del brazo dominante, pellizcando piel y tejido celular subcutáneo, repitiendo la operación 3 veces y anotando la medida de las 3 determinaciones. Se compara con referencias poblacionales.
-

1.2.10 ENFERMEDADES EN LA TERCERA EDAD.

Disfagia: (dificultad para tragar sólidos o líquidos)

Es la dificultad para deglutir, lo que puede afectar a cualquiera de las fases de la deglución: oral, faríngea y esofágica. La causa puede ser mecánica o paralítica. (39)

La de tipo mecánica es atribuible a resección quirúrgica o alteración de uno o más de los órganos de la deglución debido a un traumatismo, obstrucción o cáncer.

La causa más común de la disfagia paralitica es un accidente vascular cerebral, que ha lesionado el córtex cerebral o los nervios craneales del tronco cerebral. Los trastornos en la deglución se caracterizan por debilidad o incoordinación de los músculos de la boca y garganta, causado por el déficit de los nervios motores y sensitivos que impiden masticar o deglutir tras una lesión neurológica.[39]

Dificultad para masticar:

Ante la dificultad para masticar ciertos alimentos, es necesario iniciar una dieta blanda mecánica o de fácil masticación. Esta dieta está indicada para personas que tienen alguna dificultad “mecánica” por falta de piezas dentales o prótesis inadecuadas. Se modifica la textura de los alimentos considerados duros (pan, carne, verduras y frutas crudas, quesos duros, frutos secos,etc) y la de los alimentos con los que la persona tiene problemas.[39]

Estómago delicado:

Las principales recomendaciones para estas afecciones son:

Realizar la ingesta de líquidos, siempre fuera de las comidas para evitar sobrecargar el estómago durante las comidas principales.

Evitar alimentos que provocan hinchazón y flatulencia: alcachofas, cebolla y pimiento crudo, verduras brasicáceas (col, coliflor); legumbres cocidas enteras, carnes cocinadas dos veces (estofados y guisos), embutidos grasos (chorizo, salchichón, salami, etc.), patés.

Asimismo, incluir en la dieta: arroz, sémola, pasta, papa hervida, verduras cocidas o en puré, según tolerancia individual; frutas sin piel, maduras cocidas o al horno; carnes magras; pescado blanco; huevo pasado por agua, escalfado y en tortilla con poca grasa, no huevo duro; caldos desgrasados,

zumos no ácidos, infusiones suaves (manzanilla, menta-peleo, hierva luisa, melisa, etc.); grasas de condimento: aceite de oliva especialmente en frituras y aliños y de semillas (girasol, maíz, soja). La margarina o la mantequilla en crudo se digieren mejor. [20]

Finalmente, masticar bien cada bocado para que la saliva y los jugos digestivos actúen fácilmente sobre los alimentos.

Flatulencia:

Se trata de un exceso de gases en el intestino que causa espasmos intestinales y distensión abdominal (se hincha el abdomen). El gas del intestino procede del que se ingiere al tragar o deglutir y del que producen normalmente las bacterias de la flora intestinal. Se recomienda masticar bien los alimentos, comer y beber despacio.[20]

Estreñimiento:

Se trata de un cuadro caracterizado por una reducción en el número y peso normal de las deposiciones, con frecuencia se asocia a un endurecimiento de la textura de las heces. En ocasiones se acompaña de calambres abdominales, flatulencia, dolor de cabeza, irritabilidad y falta de apetito. [20]

DIABETES

La diabetes de las personas mayores constituye una de las enfermedades más frecuentes. Entre un 8% y 10 %, la padecen los diabéticos en los que la enfermedad aparece a los 65 años (diabetes de la tercera edad).[20]

HIPERTENSION

En los pacientes de edad avanzada es frecuente y afecta a un tercio de las personas que superan los 60 años, en muchas personas de la tercera edad, ésta afección coincide con otras como diabetes, obesidad ateroesclerosis, enfermedades degenerativas, las cuales pueden contribuir a la hipertensión.[20]

1.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Adulta/Adulto: Es la persona cuya edad está comprendida entre los 30 y 59 años 11 meses y 29 días. [25]

Comorbilidad: Es la coexistencia de dos ó más enfermedades asociadas en el estado nutricional de la persona adulta. [25]

Delgadez: Es una clasificación de la valoración nutricional de personas adultas, caracterizada por una insuficiente masa corporal con relación a la talla. Se denomina delgadez cuando el índice de masa corporal está por debajo de 18,5.[25]

Enfermedades crónicas no transmisibles: Son las denominadas también enfermedades crónicas degenerativas, habitualmente multicausales, de largos periodos de incubación o latencia; largos periodos subclínicos, prolongado curso clínico y, con frecuencia, episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontanea en el tiempo. [25]

Estado nutricional: Es la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida.[25]

Estilos de vida saludable: Es la forma de vivir de la persona adulta, cuyo conjunto de patrones de conducta o hábitos promueven y protegen su salud, familia y comunidad.[25]

Hipertensión Arterial (H.T.A): También conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. [40]

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.[33]

Malnutrición: Es el estado nutricional anormal causado por la deficiencia o exceso de energía, macronutrientes y/o micronutrientes; incluye la delgadez, sobrepeso, obesidad, anemia, entre otros.[25]

Medición del pliegue Tricipital: Es la medición del grosor del pliegue de la piel sobre la cara posterior del brazo, al nivel del musculo tríceps es la medición del grosor del pliegue de la piel sobre la cara posterior del brazo, al nivel del músculo tríceps. [25]

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 comprensión vertebral, la pérdida del tono muscular, los cambios posturales, entre otros, que alteran la medición.[25]

Obesidad: Es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo. En personas adultas es determinada por un IMC mayor o igual a 30. [25]

Perímetro abdominal (PAB): Es la medición de la circunferencia abdominal que se realiza para determinar el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, diabetes, gota, entre otras.[25]

Persona adulta mayor (PAM): Es la persona cuya edad está comprendida desde los 60 años a más.[26]

Sobrepeso: Es una clasificación de la valoración nutricional, donde el peso corporal es superior a lo normal. En personas adultas es determinado por un IMC mayor o igual de 25 y menor de 30.[25]

Riesgo nutricional: Es la probabilidad de padecer enfermedad o complicaciones médicas por presentar malnutrición o tener inadecuadas hábitos o comportamientos alimentarios. [26]

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la hipótesis

Existe relación significativa entre el estado nutricional con la adecuación de la ingesta en pacientes del programa adulto mayor del Centro De Atención Primaria II - San Juan Bautista- ESSALUD.

2.2. Variables y su operacionalización

Variable Dependiente.

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
ESTADO NUTRICIONAL	Es la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida	Cuantitativa	IMC	continua	Delgadez	≤ 23.0	Tabla de valoración nutricional antropomé Trica en adulto mayor.
					Normal	>23 < 28	
					Sobrepeso	≥ 28 < 32	
					Obesidad	≥ 32	
		Cuantitativa	Pliegue Tricipital	continua	Desnutrición grave	< 5	Tabla de valoración nutricional antropomé Trica en adulto mayor.
					Desnutricion moderada	5-10	
					Desnutricion leve	10-15	
					Normal	15-85	
					Sobrepeso	>85	
		Cuantitativa	Glucosa	Continua	Normal	72 A 110 mg/dl. En ayunas.	Historia clínica.
		Cuantitativa	Triglicéridos	continua	Normal	-150mg/dl	HISTORIA CLINICA
					Limite alto	+ de 150 a 199 mg/dl	
					Alto	200, 499mg/dl	
					Muy alto	+500mg/dl	
		Cuantitativa	Colesterol	continua	normal	-200mg/dl	Historia clínica
					Limite alto	200-240md/dl	
					alto	+240mg/dl	

			Creatinine	Continua	Normal	H:0.7, 1.3mg/dl.	HISTRIA CLINICA
						M:0.6, 1.1mg/dl	

Variable independiente

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Adecuacion de la ingaesta	Provisión de todos los nutrientes esenciales en cantidades necesarias para el individuo.	Cualitativa	Conocimiento y práctica	ORDINAL	CARBOHIDRATOS	Bajo: <90% Normal: 90-110% Alto: >110%	Encuesta
					PROTEINA	Bajo: <90% Normal: 90-110% Alto: >110%	
					GRASAS	Bajo: <90% Normal: 90-110% Alto: >110%	

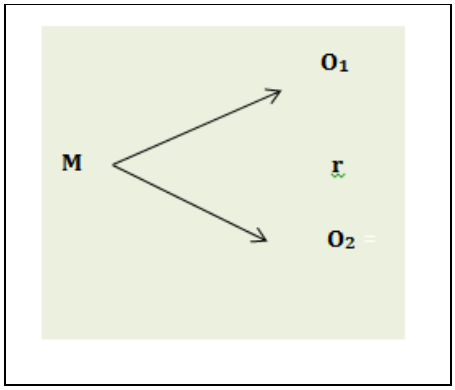
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio descriptivo debido a que se recolectara información sin cambiar el entorno, es decir no habrá manipulación; cuali -cuantitativo de tipo transversal en el cual se estudian las variables en un determinado momento y correlacional porque se mide la relación de dos variables el estado nutricional y la adecuación de los alimentos en el adulto mayor.

- ✓ **Cuantitativo:**
  Porque se utilizará la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico.
- ✓ **No Experimental:**
  Se observarán situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente y las mediciones se realizarán en dos oportunidades.
- ✓ **Descriptivo Correlacional:**
  Porqué describirán algunas variables asociadas a las variables de estudio y permitirá encontrar la relación entre el estado nutricional y adecuación de la ingesta.
- ✓ **Transversal**:
  Porque la recolección de datos se realizará en un solo tiempo.

Tipo de estudio



M = Muestra sujeta a estudio. (Adultos mayores asegurados del centro de Atención Primaria II- San Juan Bautista- ESSALUD)

O_1 = Adecuación de la Ingesta

O_2 = Estado Nutricional

r = Relación entre la Adecuación Nutricional de la Ingesta y Evaluación Nutricional.

3.2. Diseño de muestral

El tamaño de la muestra es de 150 individuos entre hombres y mujeres mayores de 60 años, que forman parte del Programa Adultos Mayores Del Centro De Atención Primaria II - San Juan Bautista- ESSALUD. Se determinó aplicando la fórmula para la población finita con proporciones de error absoluto, la fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:		**Datos:**
Tamaño de la población	N	**150**
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1-α	0.95
Z de (1-α)	Z (1-α)	**1.96**
Prevalencia del estado nutricional	p	**0.50**
Complemento de p	q	0.50
Precisión	E	**0.05**
Tamaño de la muestra	n	**108**

$$n = \frac{150 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(0.05)^2 * (116 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5} = 108$$

Se necesitarán aproximadamente 108 pacientes adulto mayor asegurados en el centro de atención primaria II san juan ESSALUD, 2018, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión del trabajo de investigación.

Nuestro método de muestreo es no probabilístico por conveniencia, en donde el tamaño final de muestra terminó solo con 76 pacientes adultos mayores asegurados entre hombres y mujeres, del cual no participaron 32 personas; quienes desertaron por enfermedad.

3.3. Procedimiento de recolección de datos.

- Antes de realizar las respectivas evaluaciones se solicitó el permiso documentado de la Dirección del Centro de Atención Primaria II, San Juan Bautista. ESSALUD; para tener acceso a realizar el estudio.
- Al ser accedida la solicitud al director del Centro de atención Primaria II ESSALUD, se coordinará con el jefe del departamento del programa adulto mayor para la debida evaluación nutricional y antropométrica de los pacientes, y la recolección de datos.
- Se les explico a los adultos mayores el objetivo del estudio, así mismo se les entregará a cada paciente un permiso consentido, el cual indicará su participación o no en el estudio.
- Si el paciente aceptaba participar en el estudio, se realizarían las evaluaciones antropométricas a cada adulto mayor que cumpla con el criterio de inclusión.
- Posteriormente se había realizado a cada paciente el cuestionario de Anamnesis Nutricional, para responder de forma individual.
- Después se le provisionara un régimen alimentario, y la dietas adecuadas para cada patología que presente el paciente adulto mayor asegurado.
- Después en el respectivo hogar de cada paciente se les aplicaría la encuesta de frecuencia de consumo, recordatorio de 24 horas a cada uno de los pacientes, para realizar la adecuación nutricional de la ingesta de forma individual.

- Se había realizado un cuadro estadísticos para sacar los resultados en margen del diagnóstico nutricional.

a. Instrumento y Equipo:

1. **Ficha para Datos antropométrico.**
   Este instrumento se había elaborado con la finalidad de recolectar los datos antropométricos que se obtendrá de la medida de la talla y el peso (IMC, pliegues cutáneos, circunferencia abdominal).
2. **Cuestionario de frecuencia de consumo de Alimento Cuantitativo (CFCAC)** El CFCAC adaptado a la ingesta habitual de la zona con 116 alimentos para ello se tomó en cuenta el modelo de frecuencia de consumo de alimentos propuesta por VEGA NANCY (2012)· La ficha tuvo como objetivo recolectar datos para la adecuación nutricional de ingesta.
3. **Recordatorio de 24 Horas (R24 H)**, Tiene la finalidad de conocer las unidades de consumo y por consiguiente saber el valor nutricional de los alimentos y así recolectar datos para tener un resultado de la adecuación de ingesta. Este formato fue validado por Juicio de Expertos, conformados por Nutricionistas.
4. **Software de Adecuación Nutricional de la Ingesta.** Se había aplicado para tener un resultado de adecuación nutricional de la ingesta de cada paciente adulto mayor con la ayuda de dos encuestas (cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y recordatorio de 24 horas).
5. **Tablas Auxiliares.** Se dio a conocer las unidades de consumo y por consiguiente saber el valor nutricional de los alimentos y así recolectar datos para tener un resultado de la adecuación de ingesta.
6. **Balanza digital de pie.** este instrumento fue utilizado para medir el peso corporal de los pacientes en kilogramos.

7. **Tallímetro de madera**: este instrumento fue utilizado para medir la talla de los pacientes, colocado sobre una superficie lisa y plana, sin desnivel u objeto extraño debajo de esta, y con el tablero apoyado en una superficie plana formando un ángulo recto con el piso. Se aplicará el control de calidad para su adecuado uso y se tomó en cuenta los pasos establecidos para su elaboración según el Instituto Nacional de Salud (INS).
8. **Cinta métrica**: este instrumento fue utilizado para medir el perímetro abdominal de los pacientes adultos mayores.
9. **Plicometro:** este instrumento fue utilizado para medir los pliegues cutáneos para determinar la grasa corporal.

3.4. Procesamiento y análisis de los datos

3.5. Aspectos éticos En el presente estudio los datos de los adultos mayores obtenidos a través de las Fichas Nutricionales no correrán ningún riesgo de ser utilizada en forma no integra o para otros fines, respetando su derecho a la estricta confidencialidad.

- **Calidad de atención y tratamiento:**
- **Participación de los sujetos en la muestra.**

  El estudio fue realizado para los pacientes asegurados que participen del Programa de Adulto Mayor del CAP II. San Jun Bautista. ESSALUD.
- **Proceso de consentimientos informado**

  Se dio a conocer el objetivo de estudio mediante un proceso de consentimiento informado a cada paciente. Cabe recalcar que la evaluación no atenta contra la ética y moral de la persona.

- **Reclutamiento de los participantes**

  Para tener un total de muestra utilizamos el criterio de inclusión y exclusión. En la cual los adultos mayores deberán cumplir para así poder realizar la evaluación y las encuestas.

- **Confidencialidad de la Información Obtenido:**

  Para el desarrollo de la investigación, con el fin de mantener la confidencialidad, la investigadora fue autorizada a tener conocimiento de los datos recogidos de los pacientes, para la protección e intimidad de los mismos, se tomaron los datos en forma anónima solo por número de historia clínica, sin que perjudiquen e identifiquen a los incluidos en el trabajo de investigación, con el propósito de no atentar contra ningún artículo de los derechos humanos.

- **Consecuencias de la participación en el Estudio:**

  El estudio ayudo a obtener información importante entre la relación de la Ingesta Adecuada y el Estado Nutricional de los pacientes que participan del Programa Adulto Mayor del Centro de Atención Primaria II. San Juan Bautista. ESSALUD; asimismo, la información final y resultados estarán disponibles para los interesados, en especial para los tomadores de decisiones de la institución.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

.

Tabla N°4: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN EDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II – SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD

EDAD	
N°	76
Mínimo	58
Máxima	82
Promedio	67.9
Moda	62
Desviación estándar	5.89

Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

La moda de edad de la población estudiada es de 62 años, con una desviación estándar de 5.89. La edad máxima es de 82 años, con un promedio de 67.9 y como edad mínima de 58 años. Investigada con una muestra total de 76 adultos mayores.

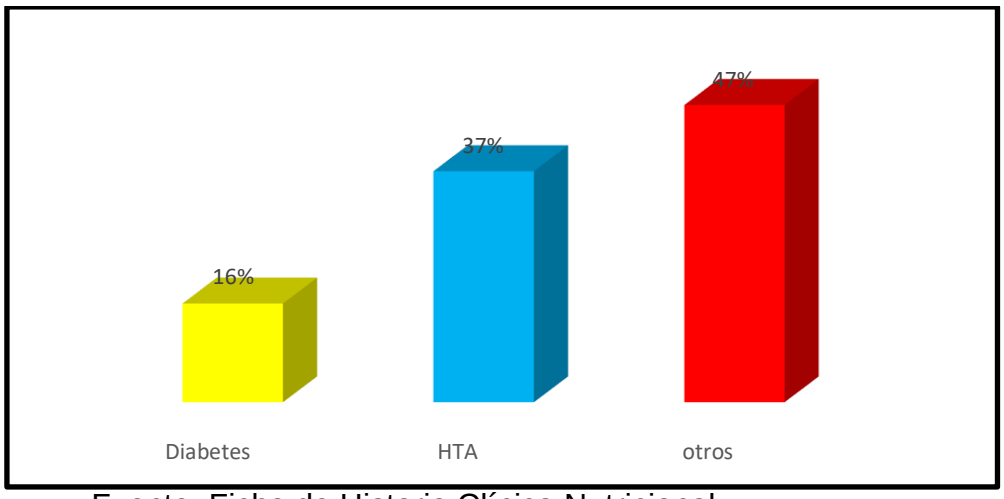
Tabla N°5: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN SEXO EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII - SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD

SEXO	N	%
Masculino	38	50%
Femenino	38	50%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

Al analizar la distribución de la población estudiada según sexo, se encontró que el 50% son del sexo femenino y el otro 50% son del sexo masculino.

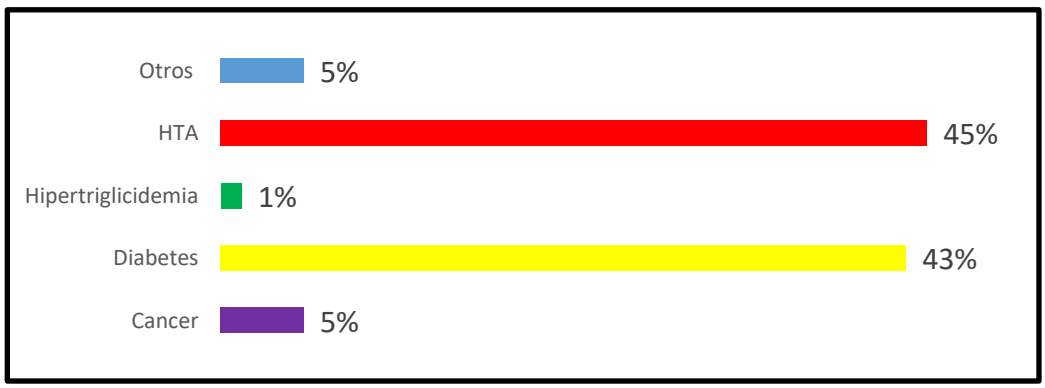
GRAFICO °1: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVETIGADA SEGÚN DIAGNOSTICO CLINICO EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD



Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

Según el grafico 1 de diagnóstico clínico, se encontró que el 37% padece de Hipertensión arterial (HTA), 16% padecen de diabetes mellitus II y un 47% padecen de otras enfermedades (Síndrome Metabólico) asociadas a la enfermedad presentada en el anciano.

GRAFICO °2: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD

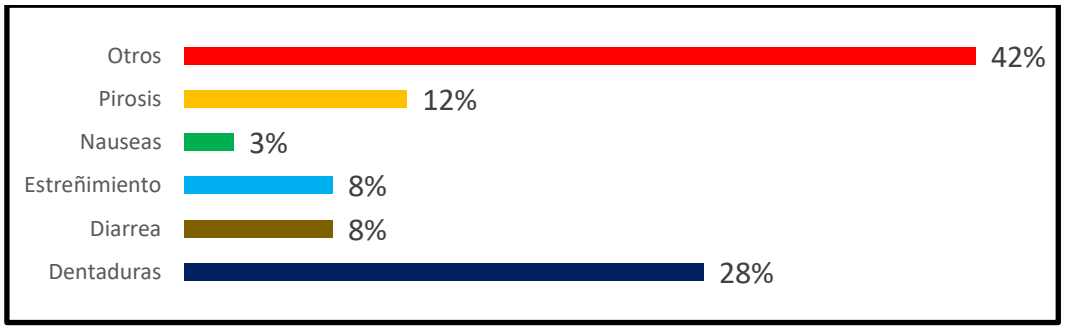


Fuente : Ficha de Historia Clínica Nutricional .

En el grafico 2 según antecedentes patológicos familiares, se encontró que el 45% tiene antecedentes familiares de HTA(hipertensión arterial) el 43% presenta antecedentes de diabetes mellitus tipo II, el 5% antecedente de

diferentes tipos de cáncer, un 1% hipertriglicidemia y un 5% de otros tipos de patologías clínicas.

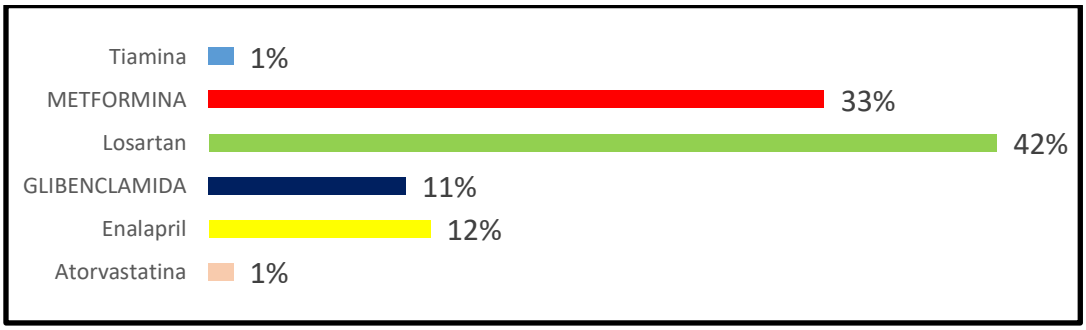
GRAFICO °3: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTADOS EN EL ÚLTIMO MES EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD.



Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

En el grafico 3 según signos y síntomas se obtuvo como resultado que el 28% presentó ausencia de piezas dentales, un 12% presentó pirosis, un 8% estreñimiento y diarrea, un 3% presento náuseas presentaron otros signos y síntomas.

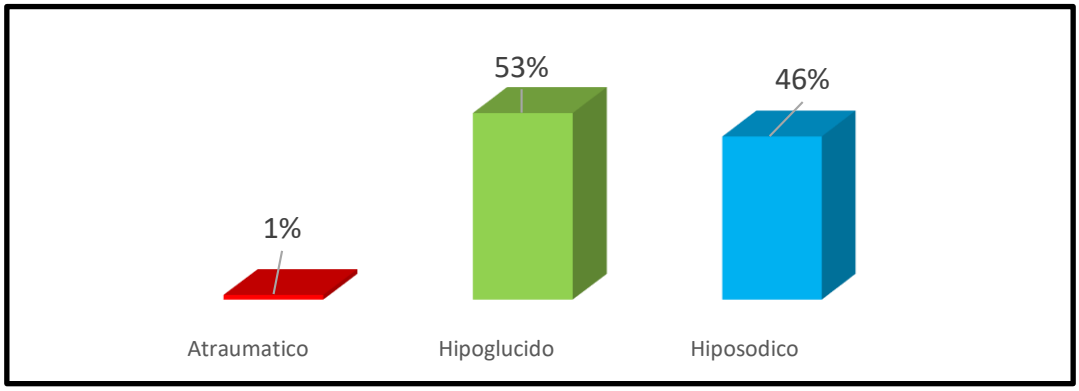
GRAFICO °4: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD



Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

En el grafico 4 según se prescripción de medicamentos encontró que el 42% recibió Losartan, el 33% metformina, el 12% Enalapril, el 11% glibenclamida y 1% recibió tiamina y atorvastatina. Medicamentos de consumo diario que son entregados para los pacientes que pertenecen al programa.

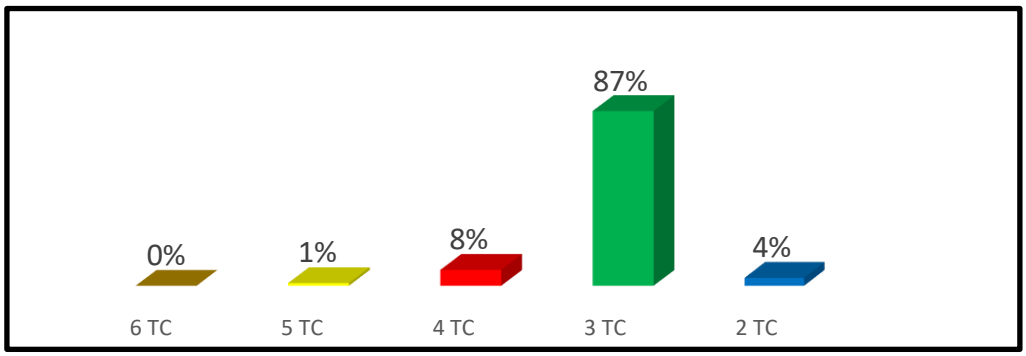
GRAFICO°5: DISTIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN TIPO DE REGIMEN DE ALIMENTACION EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD



Fuente : Ficha de Historia Clínica Nutricional .

En el grafico 5, según tipo de régimen alimentario se encontró que un 53% tuvo un régimen alimentario tipo hipoglúcido, el 46% tuvo como régimen alimentario del tipo hiposódico y solo un 1% tuvo un tipo de régimen atraumático.

GRAFICO 6: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN TIEMPOS DE COMIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD



Fuente : Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 6, según tiempos de comida se presentó que un 87% consumió los alimentos en 3 tiempos (desayuno, almuerzo, cena), un 8% tuvo 4 tiempos de comida (desayuno, almuerzo media tarde, cena), un 4% tuvo 2

tiempos de comida por día y el 1% tuvo 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde, cena).

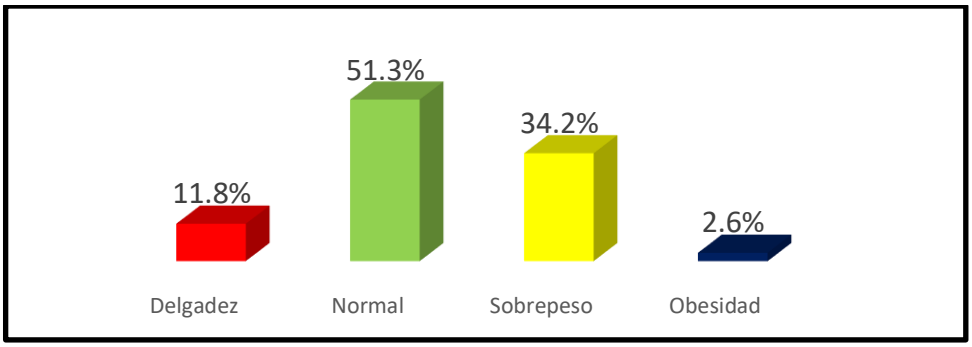
TABLA 6: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN PESO EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD

Peso	
N	76
Mínimo	45
Máximo	97.6
Promedio	65.88
Desviación Estándar	8.84

Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

En el cuadro 6, en la distribución de la población según peso se encontró como valor máximo 97.6 kg, un valor mínimo de 45 kg, con un promedio de 65.88 kg y una desviación estándar de 8.84.

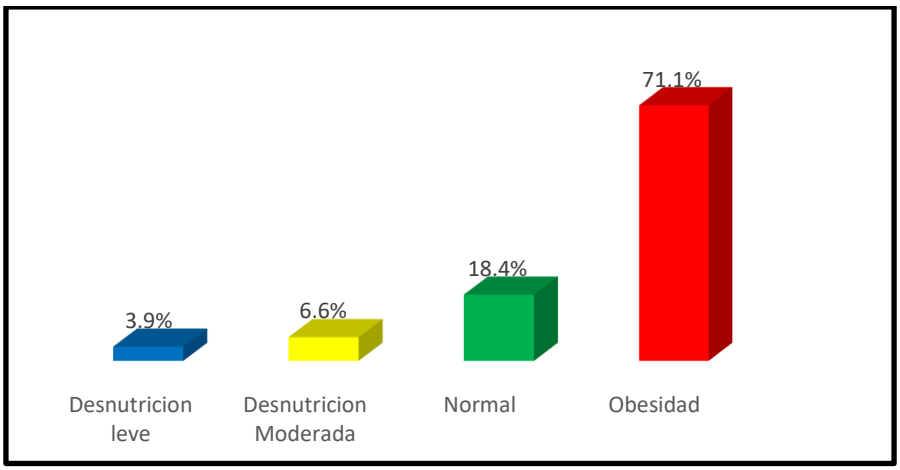
GRAFICO 7: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD



Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

En el grafico 7, según índice de masa corporal se encontró que el 51.3% presentó IMC normal, el 34.2% presentó sobrepeso, el 11.8% presentó delgadez, y el 2.6% presentó obesidad.

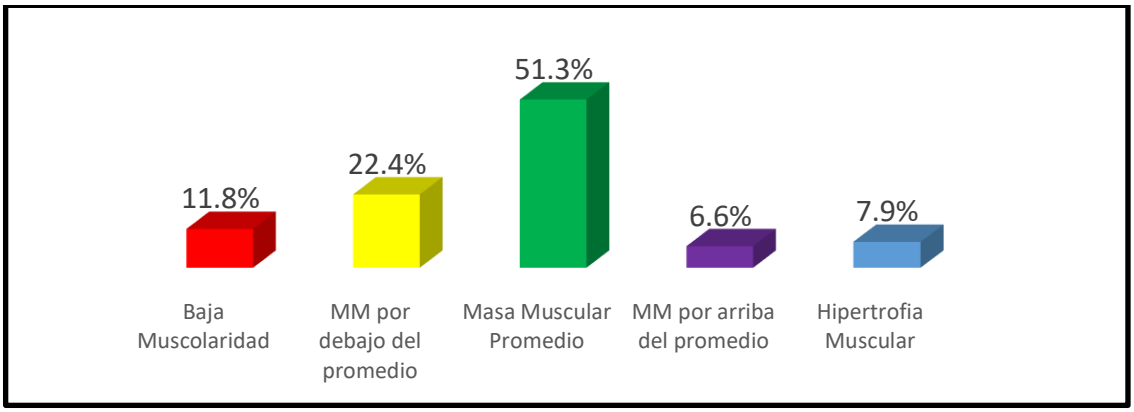
GRAFICO 8: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN PLIEGUE CUTANEO DEL TRICEPS EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD



Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

En el grafico 8, según pliegue cutáneo del tríceps se encontró que el 71.1% presentó obesidad, el 18.4% se encontró normal, el 6.6% presentó desnutrición moderada y el 3.9% presentó desnutrición leve.

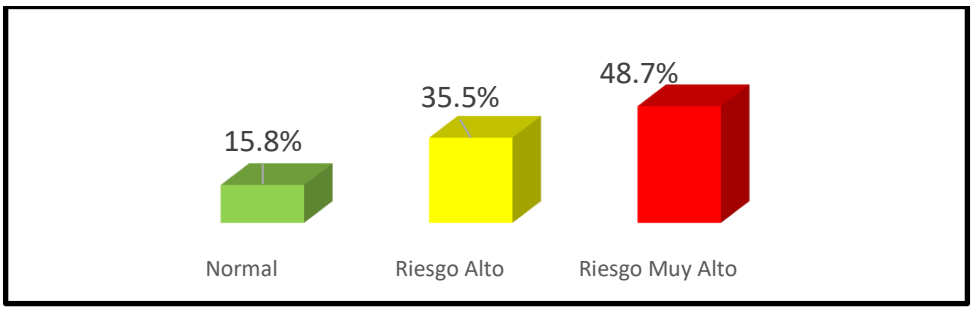
GRAFICO 9: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN AREA MUSCULAR DEL BRAZO EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD



Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

En el grafico 9, según el Área Muscular del Brazo el 51.3% presentó una Masa Muscular promedio, el 22.4% presento masa muscular por debajo del

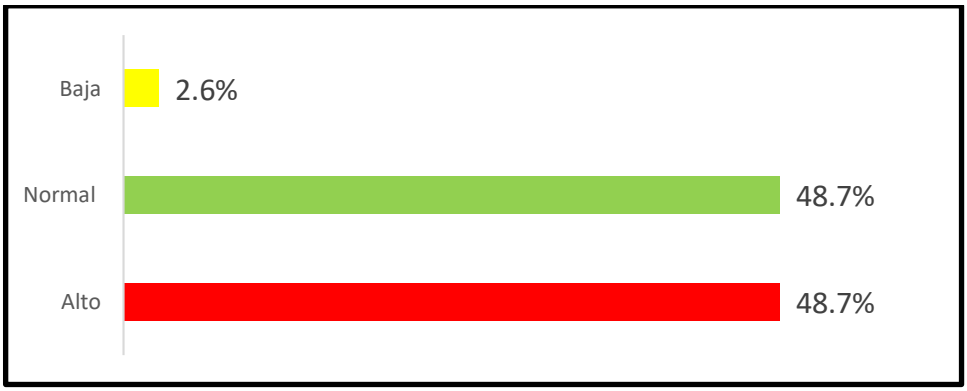
Gráfico 10: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGÚN PERIMETRO ABDOMINAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD



Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

En el grafico 10, según perímetro abdominal se encontró que el 48.7% presentó un riesgo muy alto, el 35.5% presentó riesgo alto y el 15.8% se encontró normal; es decir, las posibilidades de presentar enfermedades crónicas – degenerativas son altas en la muestra.

GRAFICO 11: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN GLICEMIA EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD

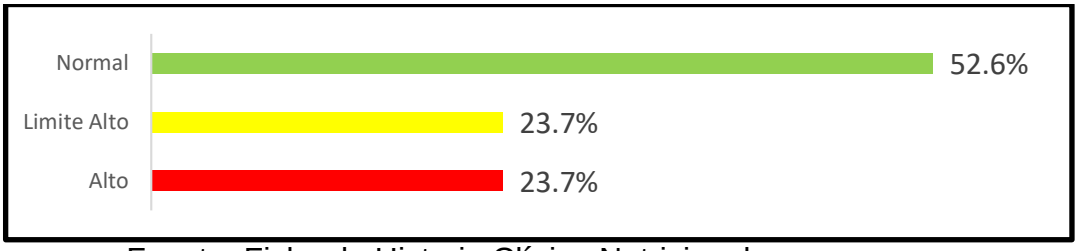


Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

En el grafico 11, según glicemia se encontró que el 48.7% de los adultos mayores pertenecientes al programa presentó niveles normales de glicemia, y el 48.7% presentó niveles elevados de glicemia y solo el 2% presentó niveles bajos de glicemia. Los resultados de este grafico se precisan el

análisis de prueba de laboratorio de los adultos mayores si los niveles de azúcar en la sangre están dentro de los límites saludables.

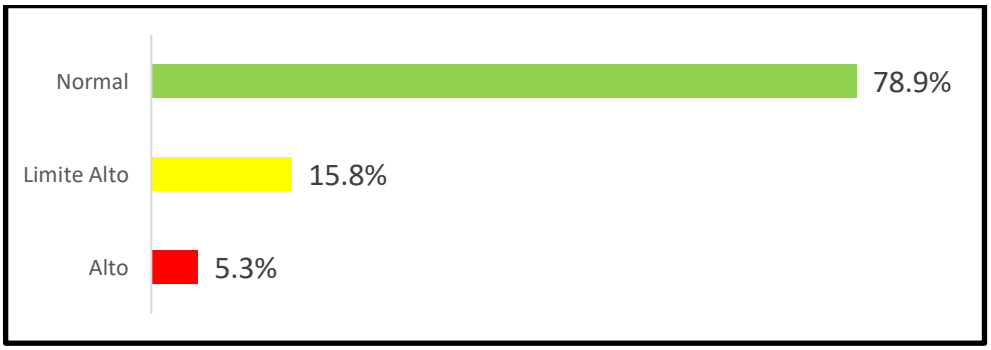
GRAFICO 12: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN TRIGLICERIDOS EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII – SAN JUAN BAUTISTA- ESSALUD.



Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

En el grafico 12, según triglicéridos se encontró que el 52.6% presentó niveles normales, el 23.7% presentó niveles ligeramente elevados y el 23.7% presentó niveles altos de triglicéridos.

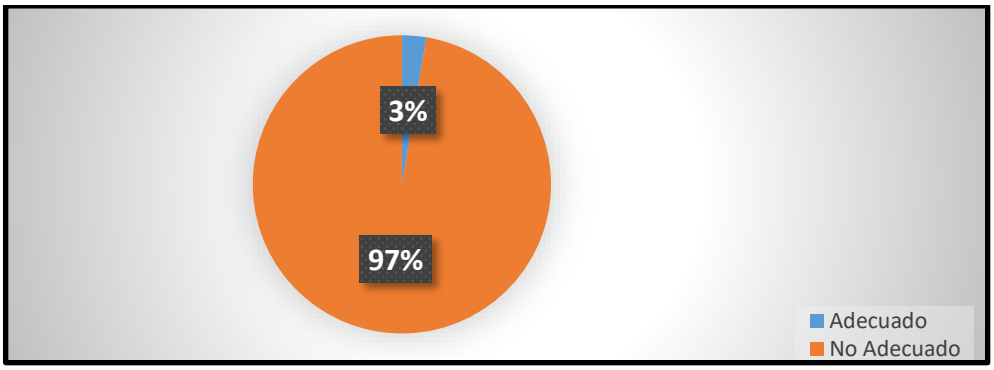
GRAFICO 13: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGÚN COLESTEROL EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII- SAN JUAN BAUTISTA – ESSALUD



Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

En el grafico 13, según colesterol se encontró que el 78,9% presentó niveles normales de colesterol, el 15.8% presentó niveles levemente elevados de colesterol y el 5.3% presentó niveles elevados de colesterol.

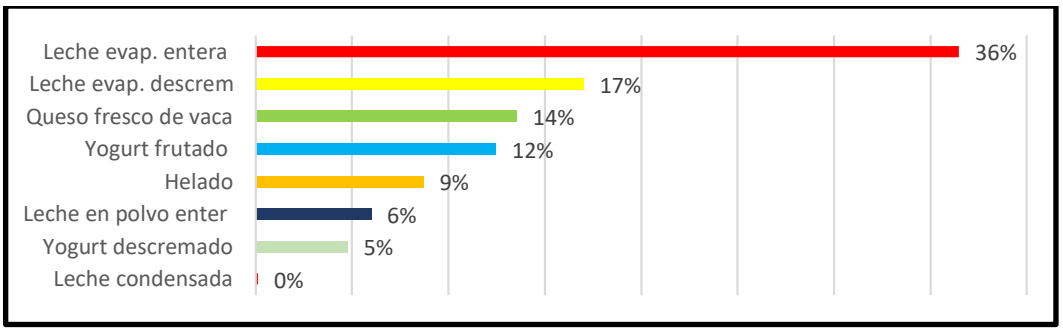
GRAFICO 14: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION INVESTIGADA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAPII - SAN JUAN BAUTISTA-ESSALUD



Fuente: Ficha de Historia Clínica Nutricional.

Al analizar el estado nutricional de un individuo es el resultado de la relación existente entre el consumo de nutrientes y el requerimiento de los mismos. Por ello según estado nutricional se encontró que solo el 3% presento un estado nutricional adecuado, y el 97% presento un inadecuado estado nutricional.

GRAFICO 15: FRECUENCIA DE CONSUMO DE LACTEOS Y DERIVADOS DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR DEL CAP II DE ESSALUD- SAN JUAN BAUTISTA

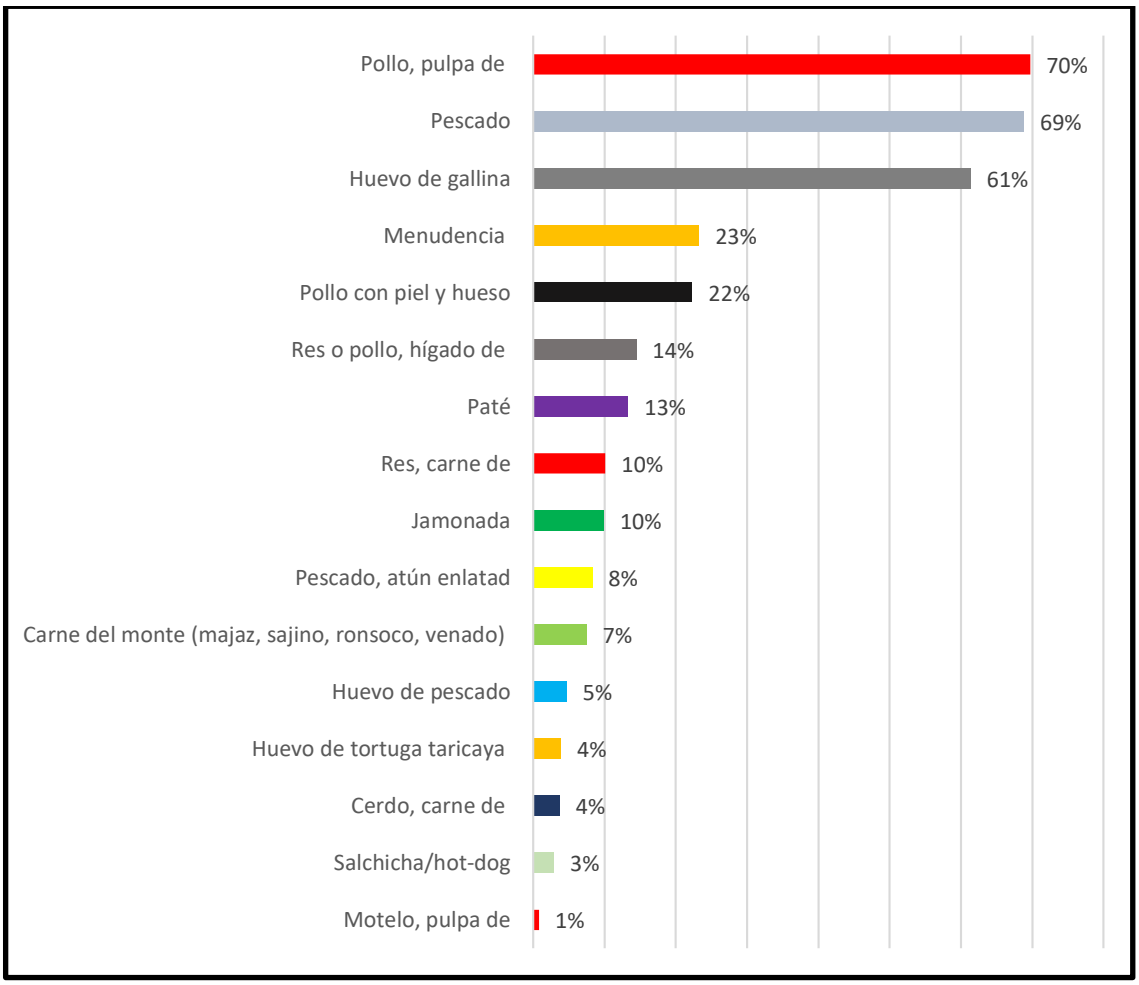


Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 15, según consumo de lácteos y derivados, se observa que el 36% consumió leche evaporada entera diariamente siendo el más consumido dentro de este grupo por encima de la leche evaporada

descremada, por lo que su consumo es más recomendado por su bajo porcentaje de grasa. Por el contrario el 5% de los individuos consume yogurt descremado y 0% leche condensada por lo que el resultado es favorable ya que muchos de nuestros adultos mayores presentan diabetes Mellitus del tipo II.

GRAFICO 16: FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNES Y DERIVADOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II DE ESSALUD- SAN JUAN BAUTISTA

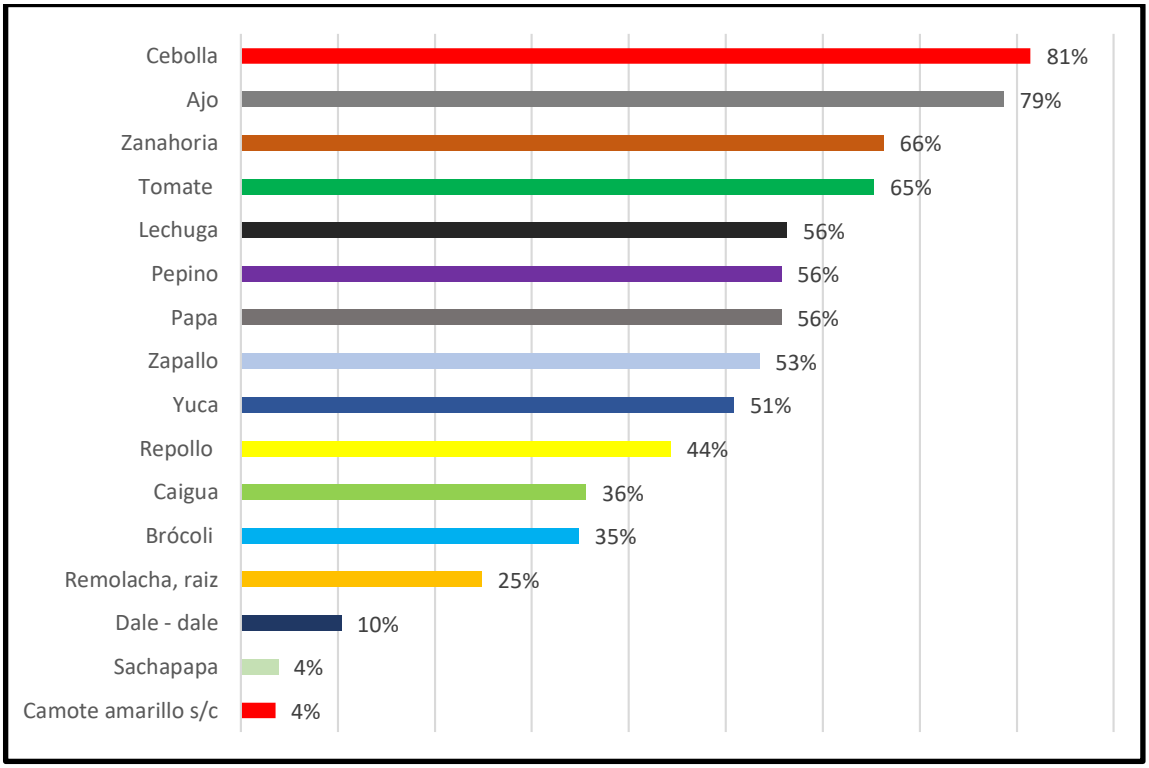


Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 16, se pudo observar que un 70% y 69% consume diariamente pulpa de pollo y pescado por lo que es recomendable ya que son carnes blandas, y favorables en el aprovechamiento de proteína, recomendados en

ancianos y los alimentos menos consumidos fueron la salchicha/hot- dog y pulpa de motelo con 3% y 1% respectivamente.

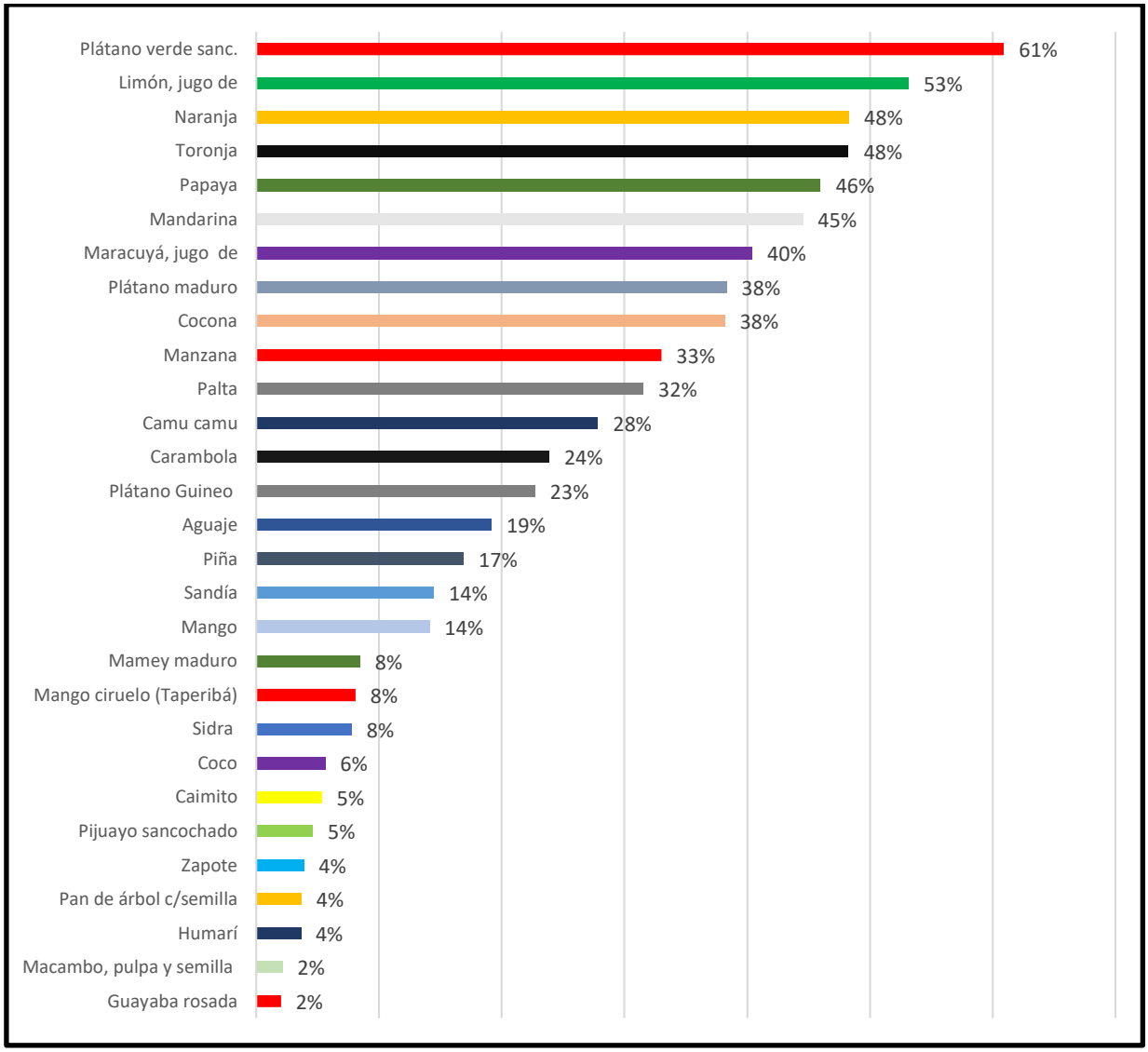
GRAFICO 17: FRECUENCIA DE CONSUMO DE VEDURAS Y HORTALIZAS, TUBERCULOS Y RAICES EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SANJUAN-ESSALUD



Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 17, se observó que existe un alto consumo de cebolla que es utilizada a diario en aderezos y ensaladas. Como tubérculo más consumido se encontró a la papa blanca con 56% y la yuca con un consumo de 51%.

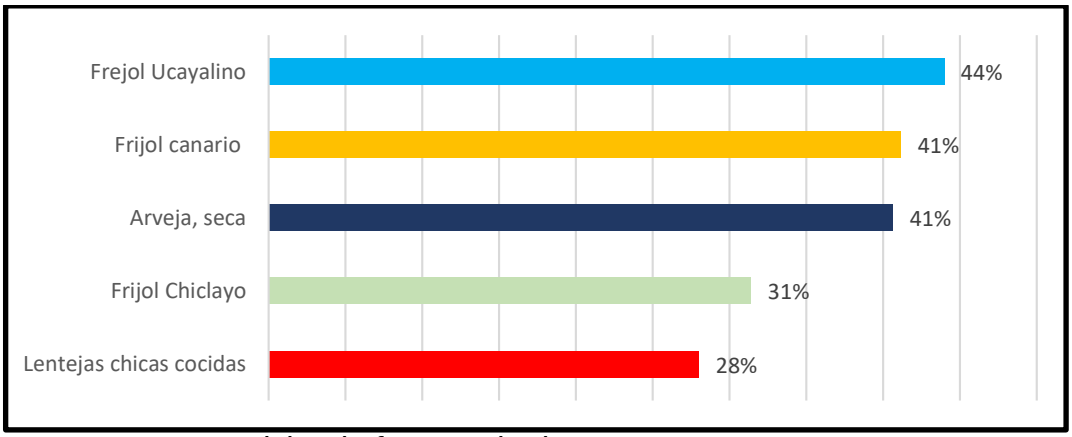
GRAFICO 18: FRECUENCIA DE CONSUMO DE FRUTAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II- SAN JUAN BAUTISTA-ESSALUD.



Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 18, se observó que la fruta más consumida fue el plátano verde sancochado con 61%, papaya con 46 % y plátano maduro con 38% son consumidos regularmente por los adultos mayores, y las frutas menos consumidas son la guayaba rosada y Macambo con un 2%.

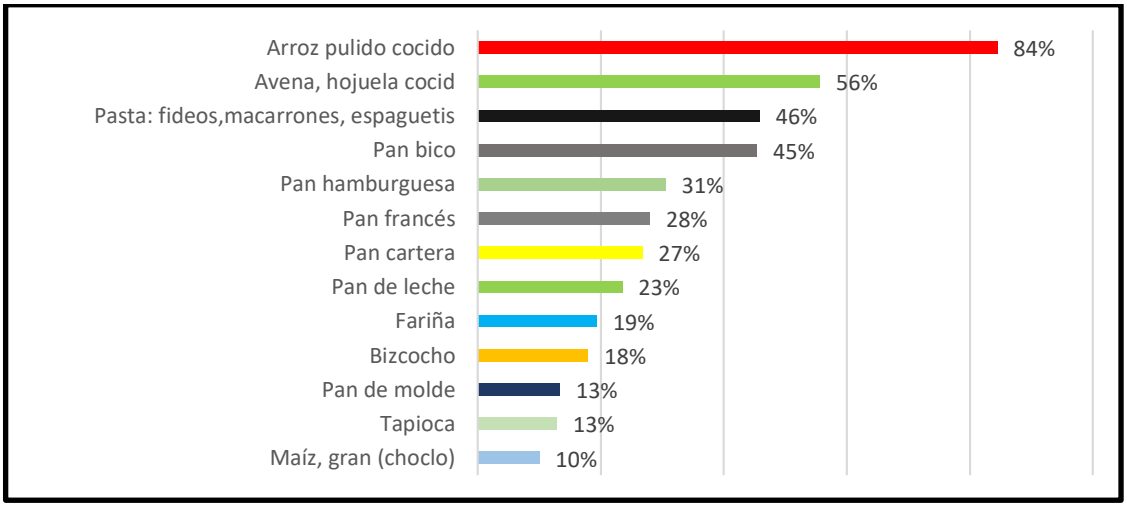
GRAFICO 19: FRECUENCIA DE CONSUMO DE LEGUMINOSAS Y DERIVADOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II-SAN JUAN BAUTIISTA- ESSALUD



Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 19, se observó que las leguminosas más consumidas diariamente fue el frejol ucayalino con 44%, el frejol canario con 41% y solo el 28% tuvo consumo de las lentejas chicas cocidas. Demostrando que en su frecuencia de consumo diario prefieren los frejoles en sus diferentes tipos antes que las lentejas o arvejas.

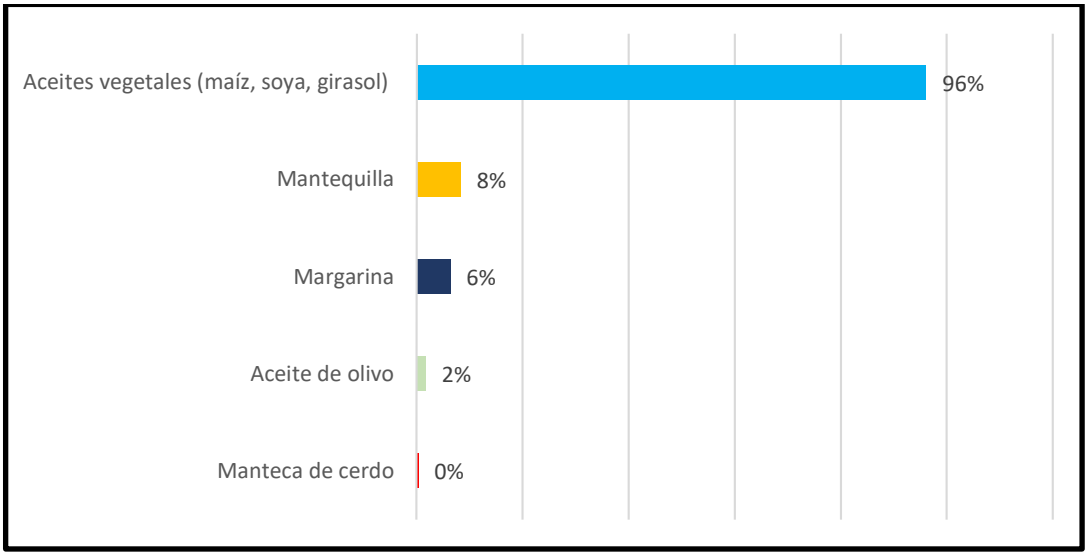
GRAFICO 20: FRECUENCIA DE CONSUMO DE CEREALES Y DERIVADOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II - SAN JUAN-ESSALUD-



Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 20, se pudo observar que el 84% de la población estudiada consumió diariamente arroz pulido, siendo este el alimento más consumido, las hojuelas de avena tienen un porcentaje de 56% en cuanto a consumo, un 46% presentó un consumo de pastas en todas sus presentaciones. El 45% consume pan bico. Y solo el 10% consume maíz (choclo).

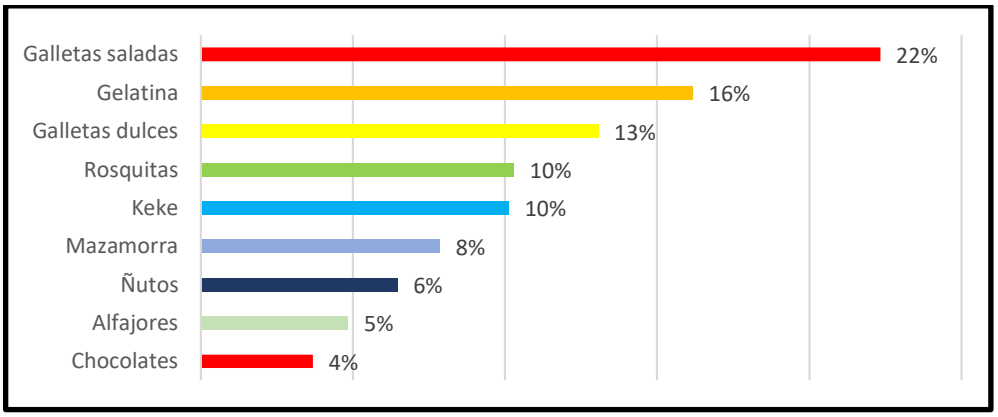
GRAFICO 21: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ACEITES Y GRASAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II - SAN JUAN BAUTISTA-ESSALUD



Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 21 se observa que el 96% de la población en estudio consumió diariamente aceites vegetales (en gran proporción de soya); el 8% consume mantequilla y solo el 2% utiliza aceite de olivo.

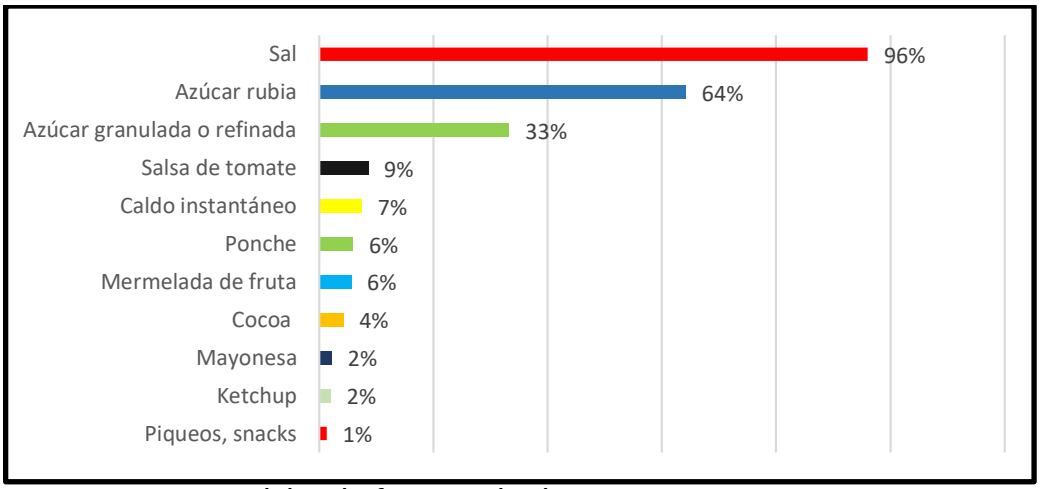
GRFICO 22: FRECUENCIA DE CONSUMO DE PASTELES Y DULCES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II DE ESSALUD- SAN JUAN BAUTISTA



Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 22 podemos observar que el 22% de la población estudiada consumió con más frecuencia galletas saladas, un 13% consumió galletas dulces y solo el 4% consumió chocolates.

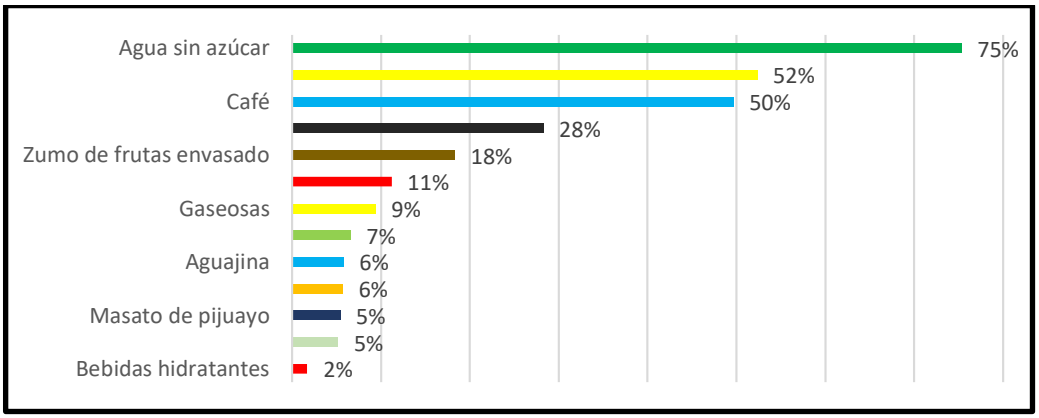
GRAFICO 23: FRECUENCIA DE CONSUMO DE MISCELANEOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II -SAN JUAN BAUTISTA-ESSALUD.



Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 23 podemos observar que del total de adultos mayores evaluados se obtuvo como resultado que el 96% presentó un consumo diario de sal; el 64% consumió azúcar rubia; 33% consumió azúcar refinada y solo el 1% consumió piqueos/snaks.

GRAFICO 24: FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO ALCOHOLICAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II -SAN JUAN BAUTISTA-ESSALUD.



Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

En el grafico 24, se puede observar que 75% de la población estudiada consumió agua sin azúcar; 50% consumió café; 9% consumió gaseosas y 7% consumió cerveza.

TABLA N`7: CUADRO DE RECORDATORIO DE 24 HORAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II -SAN JUAN BAUTISTA- ESSALUD

Dieta Diaria -R24 Hrs	Eº	Proteínas	Grasa	CHO
Mínimo	701	21.0	8	82
Máximo	3236	196.0	150	564
Promedio	1827.6	75.4	60.8	245.3
Desviación Estándar	455.5	25.4	27.7	69.9

Fuente: Ficha de Recordatorio de 24 horas.

Del total de adultos mayores a quienes se realizó la encuesta de recordatorio de 24 horas se obtuvo como resultado 3236 kcal en consumo de energético como máximo, un promedio de 1827.6kcal, y un mínimo de 701 kcal, con una desviación estándar de 445.5.

Del consumo de proteínas se obtuvo como resultado el consumo máximo 196.0g/día de proteína, como consumo promedio 75.4g/día; consumo mínimo 21g/día y una desviación estándar de 25.4

Del consumo de grasas se obtuvo como resultado máximo 150g/día; como promedio 60.8g/día, consumo mínimo 8g/día y con desviación estándar de 27.7g/día.

Del consumo de carbohidratos se obtuvo como resultado máximo 564g/día, un promedio de 245,3g/día, consumo mínimo de 82g/día y una desviación estándar de 69.9.

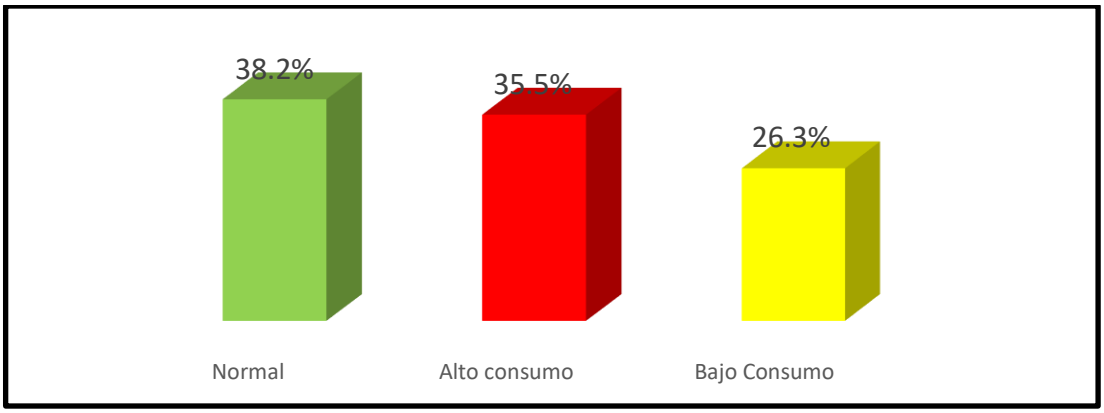
TABLA N`8: REQUERIMIENTO DE ENERGETICO TOTAL EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II- SAN JUAN BAUTISTA– ESSALUD.

Requerimiento Energético Total	Eº	Proteínas	Grasa	CHO
Mínimo	1466.0	54	49	201.55
Máximo	2019.5	75	67	277.7
Promedio	1743.1	65.4	58.1	239.7
Desviación Estándar	147.5	5.5	4.9	20.3

Fuente: Ficha de Requerimiento Nutricional.

Según lo calculado se tiene como RET (requerimiento total de energía) máximo 2019.5 kcal/día, como RET promedio 1743.1kcal/día, un RET mínimo de 1466.0kcal/día y una DE de 147.5 kcal/día.

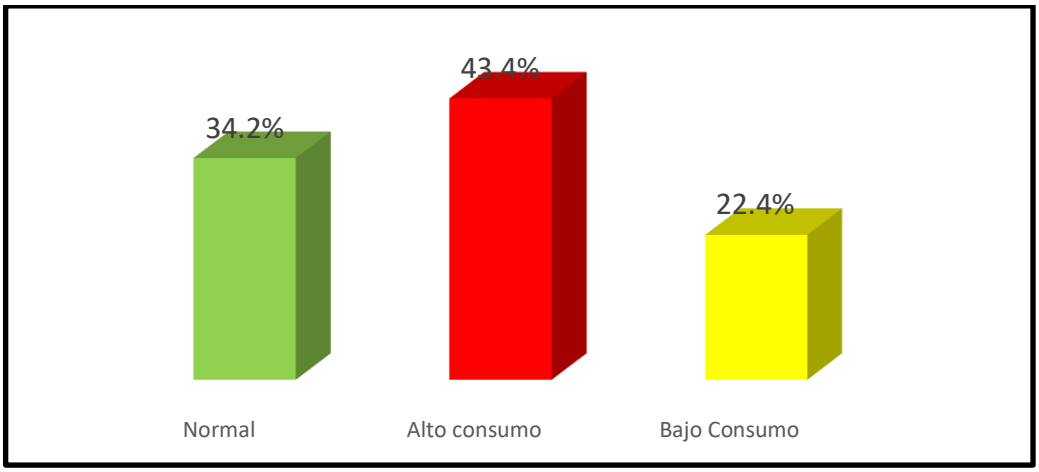
GRAFICO 25: ADECUACION ENERGETICA DE LA DIETA EN ADULTOS MAYORES DEL CAP II- SAN JUAN BAUTISTA– ESSALUD.



Fuente: Ficha de Recordatorio de 24 horas.

Del total de adultos mayores evaluados se obtuvo como resultado que el 35.5% presentó un alto consumo de energía dentro de su dieta diaria y solo el 38.2% presentó una adecuación Normal.

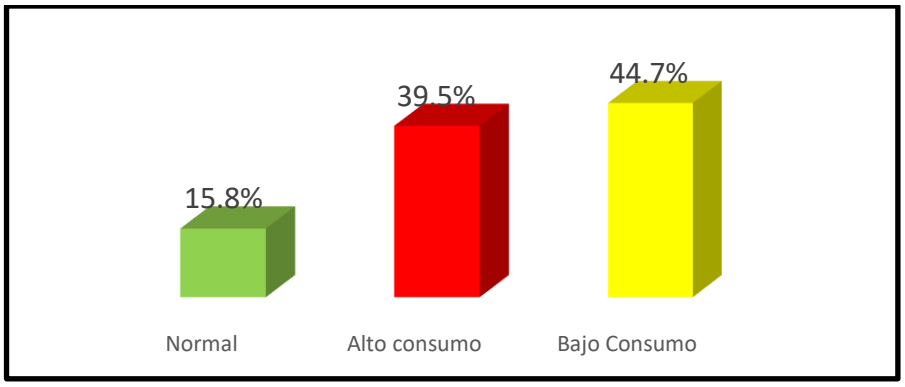
GRAFICO 26: ADECUACION NUTRICIONAL DE PROTEINAS EN ADULTOS MAYORES DEL CAP - SAN JUAN BAUTISTA-ESSALUD.



Fuente: Ficha de Recordatorio de 24 Horas.

Del total de adultos mayores evaluados se obtuvo como resultado que el 43.4% presentó un alto consumo de proteínas totales dentro de su dieta diaria y solo el 34.2% un consumo normal de proteínas. Con un 22.4% de bajo consumo de proteínas.

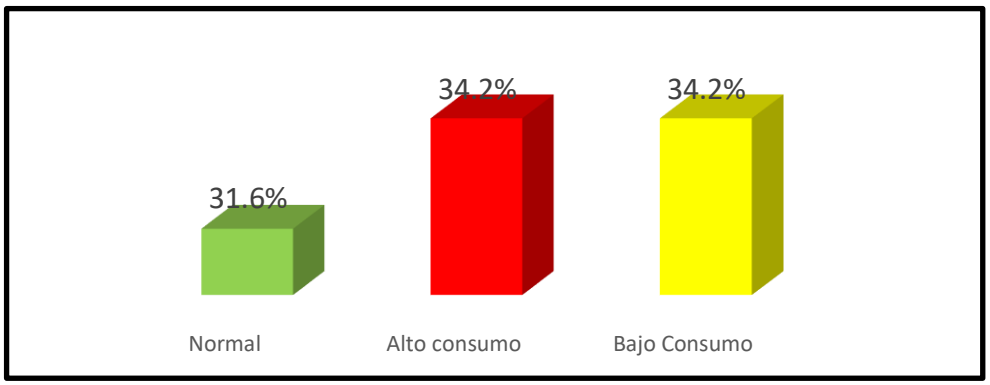
GRAFICO 27: ADECUACION NUTRICIONAL DE GRASAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II - SAN JUN BAUTISTA-ESSALUD



Fuente: Ficha de frecuencia de consumo.

Del total de adultos mayores evaluados se obtuvo como resultado que el 15.8% presentó un consumo Normal de grasas, el 39.5% presentó un alto consumo y el 44.7% presentó un bajo de consumo de grasas en su alimentación diaria.

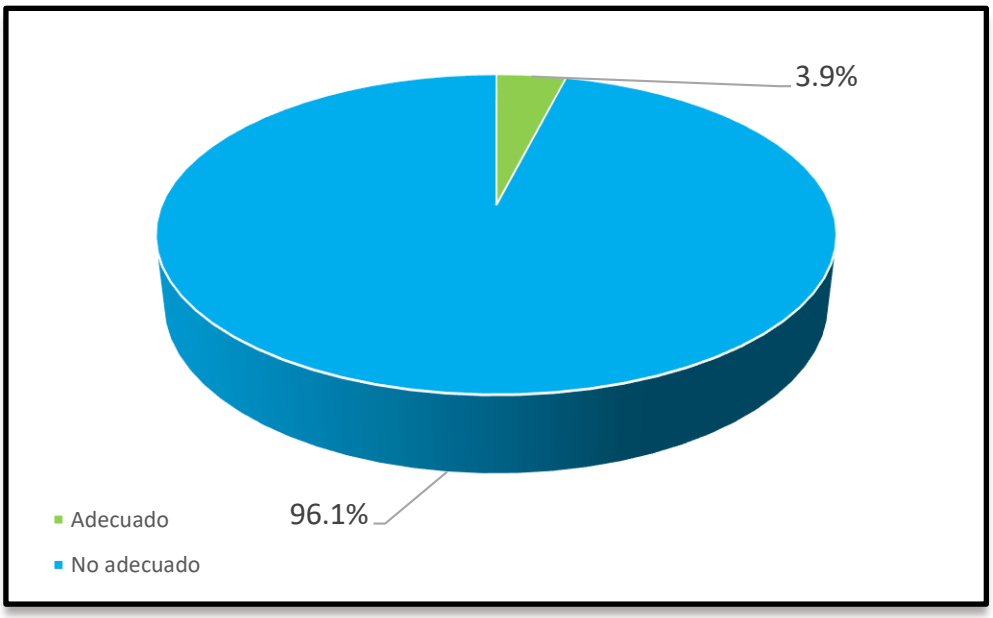
GRAFICO 28: ADECUACION NUTRICIONAL DE CARBOHIDRATOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II - SAN JUAN BAUTISTA-ESSALUD.



Fuente: Ficha de Recordatorio de 24 Horas.

Del total de adultos mayores evaluados se obtuvo como resultado que el 31.6% presentó un consumo Normal de carbohidratos, el 34.2% presentó un alto consumo de carbohidratos y el otro 34.2%representa un bajo consumo de carbohidratos en su alimentación diaria.

GRAFICO 29: CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAP II- SAN JUAN BAUTISTA-ESSALUD



Fuente: Ficha de Recordatorio de 24 horas.

Del total de adultos mayores evaluados, el 96.1% presentaban un consumo de alimentos no adecuados y solo un 3.9% consumo de alimentos adecuados. Hay un bajo porcentaje de personas adultas mayores que presentaron un cumplimiento adecuado del consumo de sus alimentos.

TABLA N`9: CORRELACION DE ESTADO NUTRICIONAL Y ADECUACION DE LA INGESTA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CAPII-SAN JUAN-ESSALUD.

CORRELACIONES

			Adecuación de la Ingesta	Estado Nutricional
Rho de Spearman	Adecuación de la Ingesta	Coeficiente de correlación	1,000	,019*
		Sig. (bilateral)	.	,029
		N	76	76
	Estado Nutricional	Coeficiente de correlación	,019*	1,000
		Sig. (bilateral)	,029	.
		N	76	76

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

El p-Valor es menor 0.05, por consiguiente, existe suficiente evidencia estadística para afirmar que existe relación entre la Adecuación de la Ingesta de Alimentos y el Estado Nutricional.

El Coeficiente de Correlación de Spearman (Rho=0,019), lo cual indica una relación positiva de nivel muy bajo entre las variables de estudio.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

AL llegar a la tercera edad, nuestro cuerpo sufre grandes cambios, como también nuestra salud, y es por eso que nuestra alimentación merece tener alimentos sanos, rico en carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales, que al llegar a esta etapa de vida lleguemos a mantener un buen estado de salud y que a futuro como pasa en el adulto mayor, no se complique con múltiples enfermedades. Después que realizamos el análisis estadístico de los datos obtenidos por nuestras encuestas y tablas que resumen nuestros resultados, se concluye lo siguiente:

En el grupo de adultos mayores que participaron en este estudio hay un porcentaje equitativo tanto de varones como mujeres. Al revisar los datos recolectados referente a la distribución porcentual de la población investigada según estado nutricional se encontró que solo el 3% presento un estado nutricional adecuado, y el 97% presento un inadecuado estado nutricional.

Por lo que resulta que este grupo de individuos durante lo largo de su vida no tenían buenos hábitos alimentarios, o un control adecuado de su alimentación por lo que a esta edad muchos de ellos presentan desórdenes alimentarios y ahora es difícil erradicar esos hábitos. Por los que nuestros resultados difiere por los datos encontrados por **M Valdés González , Y Hernández Rodríguez** que buscaron evaluar el estado nutricional de los ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos Carlos Castellanos Blanco de Pinar del Río, durante el 2016. Donde el universo estuvo constituido por los 282 ancianos. Por lo que existió un discreto predominio de los ancianos bien nutridos con el 38,2 % sobre los que tienen riesgo de desnutrición (36,3 %), sin diferencias significativas con el sexo.

Nuestros resultados se acercan a **GONZALEZ GONZALEZ R. (2011)**. Que el 15% de su población estudiada se encuentra en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de malnutrición y el 19% en estado nutricional satisfactorio,

por lo que se asemejan a nuestros resultados en cuanto al porcentaje de ancianos mal nutridos.

Los resultados en antecedentes patológicos, el 45% tuvieron HTA, el 43% diabetes, el 5% antecedente de diferentes tipos de cáncer, un 1% hipertriglicidemia y un 5% de otros tipos de patologías clínicas. Lo cual indica una relación estrecha con la herencia patológica como es el caso de la diabetes.

De los adultos mayores evaluados según régimen alimentario se encontró que un 53% tiene un régimen alimentario del tipo hipoglúcido, por el alto porcentaje de adulto mayor con diabetes mellitus del tipo II y el 46% tiene como régimen alimentario tipo hiposódico por enfermedades hipertensivas y renales con el objetivo de controlar el consumo de sodio en su alimentación y solo un 1% tiene un tipo de régimen atraumático por falta de piezas dentales.

Al analizar la población estudiada según resultados de pruebas de análisis clínico, se trabajó solo con 3 tipos de resultados (glicemia, triglicéridos y colesterol) según indicadores normales para un paciente adulto mayor, se determinó que el colesterol se encontró que el 78,9% presento niveles normales de colesterol, el 15.8% presento niveles levemente elevados de colesterol y el 5.3% presento niveles elevados de colesterol. Según triglicéridos se encontró que el 52.6% presentó niveles normales, el 23.7% presentó niveles ligeramente elevados y el 23.7% presentó niveles altos de triglicéridos, según glicemia se encontró que el 48.7% de los adultos mayores pertenecientes al programa presentó niveles normales de glicemia, y el 48.7% presentó niveles elevados de glicemia y solo el 2% presentó niveles bajos de glicemia.

Del total de adultos mayores evaluados se obtuvo como resultado que el 43.4% presentó un alto consumo de proteínas totales dentro de su dieta diaria y solo el 34.2% un consumo normal de proteínas. Por lo cual nuestros resultados difieren de **ARIAS PROAÑO C, GUTIÉRREZ VERDUGA D. (2015)**: Efectuaron Determinar la relación entre ingesta de proteína y la masa

muscular en los adultos mayores que asisten al programa 60 y piquito de Conocoto. Un gran porcentaje de adultos mayores posee buenas reservas de masa muscular y según la información recolectada se encontró que la mitad de su población de adultos mayores tiene un bajo consumo de proteína.

Se encontró que un 87% consume los alimentos en 3 tiempos (desayuno, almuerzo, cena), un 8% tiene 4 tiempos de comida (desayuno, almuerzo media tarde, cena), un 4% tiene 2 tiempos de comida por día y el 1% tiene 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde, cena). Por lo que si hay una relación con **C Troncoso Pantoja** (2017), Investigo, profundizando su alimentación y las conductas alimentarias que presentan. El comportamiento alimentario de los ancianos institucionalizados se caracteriza por el consumo de, por lo menos, tres tiempos de alimentación, con minutas planificadas con inadecuados aportes nutritivos, los que no cubren los requerimientos nutricionales del usuario envejecido y que, junto a otros factores, favorece la presencia de malnutrición por déficit.

CAPITULO VI: CONCLUSION

6. CONCLUSION

- Se encontró un alto porcentaje de antecedentes familiares en HTA y diabetes, y un mínimo de diferentes tipos de cáncer, hipertriglicidemia y otros tipos de patologías clínicas.
- En el estado nutricional la mayoría de adultos mayores se presentaron un inadecuado estado nutricional. por lo que no se está aprovechando los nutrientes de los alimentos en su organismo, necesarios en la protección del individuo de las enfermedades.
- De los adultos mayores evaluados se encontró en su mayoría un régimen alimentario del tipo hipoglúcido e hiposódico.
- Al analizar la población estudiada según perímetro abdominal se encontró un riesgo muy alto, aumentando las posibilidades de presentar enfermedades crónicas – degenerativas a corto plazo.
- Se encontró relación estadísticamente significativa entre la ingesta de alimentos y el estado nutricional en los pacientes adulto mayor asegurados en centro de salud primaria II -San Juan ESSALUD 2018.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

7. RECOMENDACIONES

- Involucrar al paciente y familiar en la comprensión de la prescripción dietética que lleva cada paciente adulto mayor según patología prescrita por el médico.
- Articular el trabajo con los diferentes profesionales de salud que intervienen el seguimiento continuo y permanente en la evaluación clínico nutricional del adulto mayor.
- Involucrar el trabajo al nutricionista en el tratamiento de las diversas patologías y darle la debida importancia de su noble trabajo para el avance de la mejora del paciente adulto mayor.
- Se recomienda al Centro de Atención Primaria II-ESSALUD. de realizar charlas de sensibilización acerca de la importancia de llevar una alimentación balanceada según recursos económicos y necesidades nutricionales en los adultos mayores.
- Fomentar la actividad física en esta etapa de vida del ser humano, pues es necesario para mantener un estado de salud óptimo.
- Apoyo familiar al adulto mayor en el tratamiento de la enfermedad y el cuidado de su alimentación, y control del consumo de sus medicinas.

CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Morley, 1993 citado en Carrillo,J.M. et.al , 2011. Fragilidad y Sarcopenia. Revista de la facultad de Medicina de la UNAM.
2. Girolami 2006, Alimentación saludable del adulto mayor en el centro de salud boca de caña, del cantón Samborondón 2014 – 2015.
3. Paredes B.2014. Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. Pdf.
4. M Valdés González, Y Hernández Rodríguez, G Luís Herrera Miranda, N M Rodríguez García (2017). Estado nutricional de los ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos Carlos Castellanos Blanco de Pinar del Rio.pdf
5. R Montejano Lozoya, M. Ferrer Diego, G Clemente Marín, N Martínez Alzamora (2013). Estado nutricional en adulto mayor autónomo, no institucionalizado. pdf
6. C Abreu Viamontes, Y Burgos Bencomo; D Cañizares Inojosa, A Viamontes Cardoso(2008). Estado nutricional y calidad de vida en los adultos mayores pertenecientes al consultorio n`32 en el área de salud norte del municipio Morón, Cuba.
7. GONZALEZ GONZALEZ R. (2011). factores de riesgo con mayor prevalencia asociados al estado nutricional y validar la información obtenida en el MNA aplicando al adulto mayor.
8. Gonzalez Gonzalez J. 2011.Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario santa francisca romana- - pontificia universidad javeriana. Facultad de ciencias-carrera de nutrición y dietetica-Bogotá.
9. Raúl Sánchez, Pinar del Río 2007, Efectividad de una intervención educativa en adultos mayores diabéticos: Policlínico.

10. Sandra Isabel González Orellana- Guayaquil (2014) Alimentación saludable del adulto mayor en el centro de salud boca de caña, del cantón samborondón.
11. Arias Proaño S, Gutiérrez Verduga D, 2015. Relación entre la Ingesta de proteína con la masa muscular en adultos mayores que asisten al programa 60 y piquito de San José en la parroquia de conocoto comprendido desde enero hasta septiembre del 2015.
12. Troncoso Pantoja Claudia (2017) Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia.
13. Ortiz Saavedra Pedro Jose,(2007) Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina de un hospital general.
14. Nancy Verónica RONDÁN CABALLERO, Nuevo Chimbote 2015. Efectividad del Programa Educativo “Vida Saludable” en el Cambio de Estilos de Vida de Pacientes con Síndrome Metabólico. Hospital I Cono Sur Essalud.
15. Valdivia Orbe, Syvil Milagros, Estado nutricional y la dieta que consume el adulto mayor albergado en el centro residencial de atención integral al adulto mayor "San Francisco de Asis", 2016.
16. Soria B, Rodriguez A, 2002. Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados, Revista Cubana Enfermería V 18, Pg. 116-21.
17. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. [rev. Med. Clin. Condes - 2012; 23(1) 19-29].
18. GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR-Lima, 2013.
19. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN LA TERCERA EDAD - Novartis Nutrition S.A. Gran Via de les Corts Catalanes, 764 08013 Barcelona.
20. Isabel C. Martin Gonzales: Delia Plasencia Concepcion, Troadio L. Gonzales Perez. 2001. Manual de dietoterapia/ La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

21. Navia y Ortega Ingestas recomendable de energía y nutrientes Madrid 2000.
22. Romana jennifer lyrn gonzalez gonzalez, evaluacion del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario santa francisca.
23. Nutrición y Valoración del Estado Nutricional del Anciano. M Isabel Genua Goena Agosto de 2001 pág. 1 / 2 1: http://www.matiaf.net/profesionales/articulos
24. QUINTERO MOLINA, R. "Nutrición en los ancianos". Geriátrika. 1993; Vol. 9 (1) 14: 27-31.
25. Nutrición y dietética en clínica, Krause Hunscher , cuarta edición .
26. Serra L, Ribas L, Armas A, Alvarez E, Sierra A, 2000. Ingesta de Energia y nutrientes de ingestas inadecuadas en Canarias. Archivos Latinoamericanos de nutrición V. 50 Nº 1
27. Manual de dietas especiales.pdf
28. Krause dietoterapia , 13 edicion . nutrición en el anciano pag. 442.
29. (Jeliffe DB. The assessment of the nutritional status of the community. Geneva: WHO, 1966)
30. Sandra Isabel González Orellana- Guayaquil 2014 ALIMENTACIÓN SALUDABLE DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD BOCA DE CAÑA, DEL CANTÓN SAMBORONDÓN 2014 - 2015.
31. GONZÁLEZ GONZÁLEZ, C., GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, M. "Nutrición en el anciano". Nutrición Clínica. 1994; Vol.XIV/83, Nº2: 45-55.
32. NOGUÉS, R. "Factores que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición". Nutrición Clínica. 1995; Vol. XV/79, Nº2: 39-44.
33. Resumen de las recomendaciones de la american diabetes association (ada) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus.
34. Organización Mundial de la Salud OPS/OMS: DIABETES Manual para el manejo Técnico de la Alimentación, Primera Edición 2004.
35. World Health Organization, 2000. Obesity
36. Navia y Ortega Ingestas recomendable de energía y nutrientes Madrid 2000.

37. Nancy Verónica RONDÁN CABALLERO, Nuevo Chimbote 2015. Efectividad del Programa Educativo “Vida Saludable” en el Cambio de Estilos de Vida de Pacientes con Síndrome Metabólico. Hospital 6l I Cono Sur Essalud.
38. Gonzalez Gonzalez, Jennifer lyrn 2011.Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario santa francisca romana- - pontificia universidad javeriana. Facultad de ciencias-carrera de nutrición y dietetica-Bogotá d.c.
39. Compendio de geriatría clínica- mal nutrición en el anciano, Víctor Hugo Carrasco.
40. Espinosa AD. La hipertensión arterial: aunque no lo parezca, un problema complejo. Finlay [revista en Internet]. 2011 [citado 21 Nov 2017];1(1):[aprox.7p].Disponibleen: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/articl e/view/20
41. Componente nutricional ENAHO - CENAN junio 2009 – julio 2010. INS/CENAN – INEI 2011.

ANEXOS

ANEXO N°1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: "RELACION DEL ESTADO NUTRICIONAL Y LA ADECUACION DE LA INGESTA EN PACIENTES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA II- SAN JUAN BAUTISTA- ESSALUD"

Presentación

Señores buenos días, mi nombre es linda Alexandra García Gómez / Wendolly Paola Ríos Guzmán, somos bachiller en bromatología y nutrición humana de la Universidad Nacional De La Amazonia Peruana, estoy realizando un estudio en coordinación con el centro de Atención Primaria II- ESSALUD, a fin de obtener información verídica acerca de los factores asociados a su estado nutricional . Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces a las preguntas que a continuación se les presenta expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

Yo ……con

DNI: ……

dirección: ……..

Acepto participar del proyecto de investigación.

ANEXO N°2: TABLAS DE VALORACION

ANEXO N°3: BALANZA GRAMERA

ANEXO N°4: BALANZA DE PIE

ANEXO N°5: CINTA ANTOPOMETRICA

ANEXO N°6: PLICOMETRO SLIN GUIDE

ANEXO N°7: TALLIMETRO DE MADERA.

ANEXOS 8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

GRUPO	ALIMENTO	NUNCA	DIARIO	SEMANAL	QUINCENAL	MENSUAL
LACTEOS Y DERIVADOS	Leche condensada					
	Leche evap. entera					
	Leche en polvo enter					
	Leche evap. Descrem					
	Yogurt descremado					
	Yogurt frutado					
	Queso fresco de vaca					
	Helado					
HUEVOS, CARNES Y PESCADO	Huevo de gallina					
	Huevo de tortuga taricaya					
	Huevo de pescado					
	Pollo, pulpa de					
	Pollo con piel y hueso					
	Cerdo, carne de					
	Res, carne de					
	Motelo, pulpa de					
	Carne del monte (majaz, sajino, ronsoco, venado)					
	Res o pollo, hígado de					
	Menudencia					
	Pescado					
	Jamonada					
	Salchicha/hot-dog					
	Paté					
	Pescado, atún enlatad					
VERDURAS, HORTALIZAS Y TUBÉRCULOS	Cebolla					
	Zanahoria					
	Tomate					
	Dale – dale					
	Ajo					
	Lechuga					
	Zapallo					
	Repollo					
	Brócoli					
	Remolacha, raiz					

	Pepino					
	Papa					
	Yuca					
	Caigua					
	Sachapapa					
	Camote amarillo s/c					

FRUTAS y DERIVADOS	Cocona					
	Carambola					
	Manzana					
	Maracuyá, jugo de					
	Naranja					
	Limón, jugo de					
	Mandarina					
	Camu camu					
	Pijuayo sancochado					
	Aguaje					
	Mango					
	Papaya					
	Pan de árbol c/semilla					
	Mamey Maduro					
	Sidra					
	Toronja					
	Mango ciruelo (Taperibá)					
	Zapote					
	Piña					
	Sandía					
	Caimito					
	Coco					
	Guayaba rosada					
	Macambo, pulpa y semilla					
	Palta					
	Humarí					
	Plátano Guineo					
	Plátano verde sanc.					
	Plátano Maduro					

LEGUMBRES	Frijol canario					
	Frijol Chiclayo					
	Frejol Ucayalino					
	Arveja, seca					
	Lentejas chicas cocidas					

CEREALES y HARINAS	Arroz pulido cocido					
	Pasta: fideos,macarrones, espaguetis					
	Avena, hojuela cocid					
	Pan francés					
	Pan de molde					
	Pan hamburguesa					
	Pan bico					
	Pan de leche					
	Pan cartera					
	Bizcocho					
	Maíz, gran (choclo)					
	Fariña					
	Tapioca					
ACEITES Y GRASAS	Aceites vegetales (maíz, soya, girasol)					
	Aceite de olivo					
	Margarina					
	Mantequilla					
	Manteca de cerdo					

PASTELERÍA Y DULCES	Galletas saladas					
	Galletas dulces					
	Keke					
	Rosquitas					
	Ñutos					
	Alfajores					
	Chocolates					
	Gelatina					
	Mazamorra					
MISCELÁNEOS Y PRODUCTOS AZUCARADOS	Caldo instantáneo					
	Mayonesa					
	Salsa de tomate					
	Ketchup					
	Mermelada de fruta					
	Cocoa					
	Azúcar granulada o refinada					
	Azúcar rubia					
	Sal					
	Ponche					
	Piqueos, snacks					

BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y	Cerveza					
	Bebidas hidratantes					
	Aguajina					
	Masato de pijuayo					
	Masato de yucca					

	Chicha de maíz de morado					
	Zumo de frutas envasado					
	Agua sin azúcar					
	Agua con gas					
	Té					
	Gaseosas					
	Leche de soya					
	Café					

DIARIO	= 7 días
SEMANAL	= 4-5 días
QUINCENAL	= 2-3 días
MESNSUAL	= 1 día

METODO COMBINADO: PESADA DIRECTA - R24Hrs										
N°	Hora	Tiempo de Comida	Nombre de la Preparación	Lugar de Preparacion: a) Casa/ Vivienda Propia b) Restaurant c) Pension/comedor Popular/Puesto ambulatorio d) Otros Familiares	Descripción del Alimento	PESADA DIRECTA		R24HRS		
						Peso Crudo	Peso Cocido	Medida Casera	Peso Crudo	Peso Cocido

HISTORIA CLINICA NUTRICIONAL

- **INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE**

<table>
<tr><td rowspan="3">H.Cl:</td><td colspan="2">Nombre:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Servicio:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">DNI:</td><td>Edad:</td><td>Sexo:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dx. Medico Clínico:</td></tr>
</table>

- **INDICADORES CLINICOS**

ANTECEDENTES ACTUALES

Diarrea: _____ Estreñimiento _____.nauseas _____

Pirosis____ dentaduras ____ otros _____

Le han practicado alguna cirugía si ___ no____ cual _____

Es alérgico o intolerante a algún alimento si ___ no____ cual _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Obesidad ___ diabetes ___ HTA ___ cáncer ___ hipercolesterolemia___

Hipertrigliceridemia ____ otros _____

MEDICAMENTOS

Tipo	Nombre	Dosis Diaria	Tiempo Prescrito

INDICADORES BIOQUIMICOS

PRUEBA	FECHA	VALOR	INTERPRETACION
Glucosa			
Triglicéridos			
Colesterol			
Urea			
Creatinina			

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Medición (unidades)	Valor	Interpretación
Peso actual(kg)		
Peso habitual(kg)		
Estatura (m)		
Índice de masa corporal(kg/m^2)		
Pliegue cutáneo tricipital (mm)		
Circunferencia de brazo(cm)		
% grasa corporal		
Perímetro abdominal(cm)		

REQUERIMIENTO NUTRICONAL: NECESIDADES ENERGETICA Y NUTRIMENTALES

- PARA PESO IDEAL
  GET: TMB……ADE…….AF……FE……TOTAL……..……

NUTRIMENTO	GR	KCAL	% DEL GET
Energía			
CHO			
Proteína			
Grasa			
Sodio			
Hierro			

ESQUEMA NUTRICIONAL

Tipo de Régimen:

NUTRIMENTO	Si/NO	Hora
Desayuno		
Media Mañana		
Almuerzo		
Media Tarde		
Cena		
Media Noche		

- SOPORTE ENTERAL ORAL: SI ____ NO _____ Cual? _____

ANEXOS 9. FOTOS

ANEXO 10. JUCIO DE EXPERTO

Loreto, 20 de marzo del 2018

Señor(a)

Santillan Iglesias Jerson Brian

Presente.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para saludarlo(a) cordialmente y a la vez manifestarle que, conocedores de su trayectoria académica y profesional, molestamos su atención al elegirlo como JUEZ EXPERTO para revisar el contenido del instrumento que pretendemos utilizar en la Tesis para optar el título de LIC. Bromatología y Nutrición Humana, por la facultad de Ingeniería en Industrias Alimentarias de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

El instrumento tiene como objetivo determinar la relación del estado nutricional con la adecuación de la ingesta en pacientes del programa adulto mayor del centro de atención primaria ii - san juan bautista- essalud, por lo que, con la finalidad de determinar la validez de su contenido, solicitamos marcar con una X el grado de evaluación a los indicadores para los ítems del instrumento, de acuerdo a su amplia experiencia y conocimientos.

Agradecemos anticipadamente su colaboración y estamos seguros que su opinión y criterio de experto servirán para los fines propuestos.

Atentamente,

Bach. Linda Alexandra García Gómez

Bach. WENDOLLY PAOLA RIOS GUZMAN

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- Valoración total cuantitativa: 28
- Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____ NO FAVORABLE _____
- Observaciones: Los indicadores antropométricos hacen la relación del perímetro del pliegue tricipital y circunferencia de brazo, y en el esquema nutricional quita alimentos prohibidos y alimentos a evitar

LORETO, 21 de marzo 2018

Firma

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- Apellidos y nombres del informante (Experto): Santillán Izquierdo Jersen Brian
- Grado Académico: Profesional
- Profesión: Lic. Bromatología y Nutrición Humana
- Institución donde labora: Independiente
- Cargo que desempeña: Responsable - nutricionista
- Denominación del Instrumento: Encuesta
- Autor del instrumento: .....

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de los ítems presentados en el instrumento.					X
SUMATORIA PARCIAL					8	20
SUMATORIA TOTAL		28				

Loreto, 20 de marzo del 2018

Señor(a) Lic.
Miriam Alva Angulo.....

Presente.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para saludarlo(a) cordialmente y a la vez manifestarle que, conocedores de su trayectoria académica y profesional, molestamos su atención al elegirlo como JUEZ EXPERTO para revisar el contenido del instrumento que pretendemos utilizar en la Tesis para optar el título de LIC. Bromatología y Nutrición Humana, por la facultad de Ingeniería en Industrias Alimentarias de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

El instrumento tiene como objetivo determinar la relación del estado nutricional con la adecuación de la ingesta en pacientes del programa adulto mayor del centro de atención primaria ii - san juan bautista- essalud, por lo que, con la finalidad de determinar la validez de su contenido, solicitamos marcar con una X el grado de evaluación a los indicadores para los ítems del instrumento, de acuerdo a su amplia experiencia y conocimientos.

Agradecemos anticipadamente su colaboración y estamos seguros que su opinión y criterio de experto servirán para los fines propuestos.

Atentamente,

Bach. Linda Alexandra García Gómez

Bach. WENDOLLY PAOLA RIOS GUZMAN

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- Apellidos y nombres del informante (Experto): Alva Angulo Miriam Ruth
- Grado Académico: Lic. Superior
- Profesión: Lic. Nutrición Humana
- Institución donde labora: UNAP.
- Cargo que desempeña: Docente
- Denominación del Instrumento:
- Autor del instrumento:

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					x
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.					x
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.					x
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					x
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					x
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de los ítems presentados en el instrumento.					x
SUMATORIA PARCIAL						30
SUMATORIA TOTAL						30

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- Valoración total cuantitativa: 30
- Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____ NO FAVORABLE _____
- Observaciones:

Ninguno

LORETO,

Firma

Miriam Ruth Alva Angulo
Licenciada en Nutrición
C.N.P. N° 0130

Loreto, 20 de marzo del 2018

Señor(a)

Alexander Javier Imar Torres

Presente.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para saludarlo(a) cordialmente y a la vez manifestarle que, conocedores de su trayectoria académica y profesional, molestamos su atención al elegirlo como JUEZ EXPERTO para revisar el contenido del instrumento que pretendemos utilizar en la Tesis para optar el título de LIC. Bromatología y Nutrición Humana, por la facultad de Ingeniería en Industrias Alimentarias de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

El instrumento tiene como objetivo determinar la relación del estado nutricional con la adecuación de la ingesta en pacientes del programa adulto mayor del centro de atención primaria ii - san juan bautista- essalud, por lo que, con la finalidad de determinar la validez de su contenido, solicitamos marcar con una X el grado de evaluación a los indicadores para los ítems del instrumento, de acuerdo a su amplia experiencia y conocimientos.

Agradecemos anticipadamente su colaboración y estamos seguros que su opinión y criterio de experto servirán para los fines propuestos.

Atentamente,

Bach. Linda Alexandra García Gómez

Bach. WENDOLLY PAOLA RIOS GUZMAN

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- Apellidos y nombres del informante (Experto): Juman Torres Alexander J.
- Grado Académico: SUPERIOR
- Profesión: BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN HUMANA
- Institución donde labora: CLINICA NAVAL DE IQUITOS
- Cargo que desempeña: JEFE DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN
- Denominación del Instrumento:
- Autor del instrumento:

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de los ítems presentados en el instrumento.					X
SUMATORIA PARCIAL						
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- Valoración total cuantitativa: 26
- Opinión: FAVORABLE ✓ DEBE MEJORAR _____ NO FAVORABLE _____
- Observaciones: Sin ninguna observación.

LORETO,

LIC. ALEXANDER JAVIER IVAN TORRES
BROMATOLOGO NUTRICIONISTA
CNP: 6832

Firma