UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA:

"PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL: ANTROPOMÉTRICO Y DIETÉTICO EN ADULTOS MAYORES, MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ALFREDO NOBOA, MARZO-JULIO 2026"

AUTORES:

DEYSI ABIGAIL GUAMÁN QUINATOA

LILIANA LISBETH LLUMITAXI SISA

TUTOR:

MGTR. JANINE MARIBEL TACO VEGA

JULIO 2026

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las personas que le han dado sentido a cada uno de mis pasos primeramente a Dios por iluminar mi camino y permitirme alcanzar este importante logro.

A mis padres, quienes han sido la inspiración más grande, mi fortaleza en los momentos de dificultad y el motivo que me impulsa a superarme cada día, si hoy he logrado llegar hasta aquí, es porque siempre encontré en ustedes un hogar, una razón para creer en mí y la certeza de que los sueños pueden hacerse realidad.

De manera especial a mi hermano y mi hermana quienes han sido parte de cada etapa de mi vida y con quienes he compartido los momentos más valiosos. Hoy quiero que este logro también lleve sus nombres, porque forman parte de quien soy y de la historia que me ha traído hasta aquí.

Deysi Abigail Guaman Quinatoa

Con satisfacción dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por ser mi guía y brindarme la fortaleza, sabiduría y perseverancia necesarias para superar cada desafío y alcanzar esta importante meta en mi vida.

A mi tutora de tesis, Lic. Janine Taco, por su guía, apoyo y confianza durante el desarrollo de esta investigación. Su acompañamiento fue fundamental para alcanzar esta meta académica.

Con todo mi amor, dedico este logro a mi padre, aunque ya no esté físicamente conmigo, su recuerdo me ha dado la fuerza para seguir adelante, a mi madre, por su amor, sacrificio y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida. Gracias por ser mi mayor inspiración.

Liliana Lisbeth Llumitaxi Sisa

AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios, porque sin Él nada de esto habría sido posible. Gracias por ser mi fortaleza en los momentos de dificultad, por sostenerme cuando sentía que ya no podía continuar y por darme la sabiduría y la perseverancia necesaria para alcanzar esta meta.

A mis padres Segundo e Hilda, les agradezco de todo corazón por haber creído en mí, incluso cuando ni yo misma lograba hacerlo. En especial, a mi madre, quien ha sido mi roca, mi compañera, mi soporte y mi refugio incondicional. Gracias mamá por haber hecho todo lo humanamente posible para que hoy pueda alcanzar el sueño de tener una profesión.

Finalmente, quiero agradecer a mi hermano Klever y a mi hermana Silvia por escucharme, por brindarme sus consejos, por estar presentes en los momentos en que más los necesité. Agradezco especialmente la ayuda que me brindaron cuando mi madre enfrentaba dificultades económicas y ustedes estuvieron ahí para ayudarme. Nunca olvidare lo que hicieron por mí, gracias.

Deysi Abigail Guaman Quinatoa

En primer lugar, doy gracias a Dios por haberme cuidado y acompañado en cada etapa de este camino. Gracias por nunca dejarme sola, por darme la fuerza, la fortaleza y la sabiduría necesarias para superar cada obstáculo que se presentó. Todo lo que hoy he logrado es gracias a ti; este logro te lo debo a ti.

A mi madre, mi complemento, mi compañera y mi mejor amiga, expreso mi más profundo agradecimiento. Ha sido mi pilar, mi sustento y el motor que me impulsó a seguir adelante en los momentos más difíciles. Su apoyo incondicional, su confianza y el amor con el que siempre creyó en esta niña soñadora hicieron posible que hoy alcance una de mis metas más importantes. Este logro también le pertenece a ella.

Extiendo mi agradecimiento a toda mi familia por su cariño, confianza y apoyo constante a lo largo de este proceso. De manera muy especial, a mi novio, por permanecer a mi lado, brindándome fortaleza, motivación y palabras de aliento para insistir, persistir y jamás desistir fueron fundamentales para llegar hasta este momento.

Liliana Lisbeth Llumitaxi Sisa

TITULO:

"PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL: ANTROPOMÉTRICO Y DIETÉTICO EN ADULTOS MAYORES, MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ALFREDO NOBOA, MARZO-JULIO 2026"

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO, EMITIDO POR EL TUTOR/A

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Guaranda, 17 de julio 2026

La suscrito Licda. Janine Maribel Taco Vega tutora del presente proyecto de investigación como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado con el tema: ***"PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL: ANTROPOMÉTRICO Y DIETÉTICO EN ADULTOS MAYORES, MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ALFREDO NOBOA, MARZO-JULIO 2026".*** Realizado por las estudiantes **Devsi Abigail Guaman Quinatoa** con C.I. 0504469586 y **Liliana Lisbeth Llumitaxi Sisa** con C.I. 0202282802 han cumplido con los lineamientos teóricos y metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la carrera de enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el consejo directivo de la facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva. Es todo en cuanto puedo certificar en honor de la verdad facilitando a los interesados dar al presente, el uso legal que estimen conveniente.



Lic. Janine Maribel Taco Vega

TUTORA DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

DERECHOS DE AUTOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

BIBLIOTECA GENERAL

DERECHOS DE AUTOR

Yo/nosotros Guamán Quinatoa Deysi Abigail y Llumitaxi Sisa Liliana Lisbeth portador/res de la Cédula de Identidad No 0504469586 y 0202282802 en calidad de autor/res y titular/es de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación:
PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL: ANTROPOMÉTRICO Y DIETÉTICO EN ADULTOS MAYORES, MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ALFREDO NOBOA, MARZO-JULIO 2026 modalidad proyecto de investigación, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.





Deysi Abigail Guamán Quinatoa

Liliana Lisbeth Llumitaxi Sisa

ÍNDICE GENERAL

TITULO I

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO, EMITIDO POR EL TUTOR/A V

RESUMEN..... XV

INTRODUCCIÓN 1

1 EL PROBLEMA.....4

1.1 Planteamiento del problema.....4

1.2 Formulación del problema 7

1.3 Justificación de la investigación 8

1.4 Objetivos 10

1.4.1 Objetivo general 10

1.4.2 Objetivos específicos.....10

1.5 Limitaciones.....10

2 MARCO TEÓRICO 12

2.1 Antecedentes de la investigación 12

2.1.1 Antecedentes internacionales 12

2.1.2 Antecedentes nacionales.....14

2.1.3 Antecedentes provinciales.....15

2.1.4 Antecedentes locales 17

2.2 Base legal 17

2.3 Bases teóricas.....18

2.3.1 Adulto mayor.....18

2.3.2 Envejecimiento y estado nutricional 19

2.3.3 Proceso de Atención Nutricional (PAN) 20

2.3.4 Objetivos del Proceso de Atención Nutricional 21

2.3.5 Características del Proceso de Atención Nutricional…….21

2.4 Fases del Proceso de Atención Nutricional.....22
2.4.1 Valoración nutricional.....22
2.4.2 Diagnóstico nutricional 23
2.4.3 Intervención nutricional 24
2.4.4 Monitoreo y evaluación nutricional.....26
2.4.5 Antropometría 27
2.5 Importancia de la valoración antropométrica en el adulto mayor…….....27
2.6 Técnicas antropométricas en adultos mayores.....28
2.6.1 Peso corporal 29
2.6.2 Talla.....31
2.6.3 Fórmulas para la estimación de la talla en adultos mayores……...32
2.6.4 Estimación de talla mediante envergadura braquial.....33
2.7 Clasificación del IMC en adultos mayores 34
2.8 Otras formas de calcular talla e IMC en adultos mayores 35
2.9 Circunferencia de cintura y cadera.....36
2.10 Talla talón-rodilla.....38
2.11 Envergadura braquial 39
2.12 Altura de rodilla de Chumlea 40
2.13 Valores normales antropométricos en adultos mayores.....42
2.14 Circunferencia braquial 42
2.15 Circunferencia de pantorrilla.....43
2.16 Valores antropométricos y nutricionales en patologías frecuentes del adulto mayor.....44
2.17 Valoración dietética en el adulto mayor.....45
2.18 Importancia de la valoración dietética en adultos mayores …….47

2.19 Métodos de valoración dietética 47
2.20 Recordatorio de 24 horas 47
2.21 Frecuencia de consumo de alimentos 48
2.22 Hipertensión arterial y estado nutricional 48
2.23 Relación entre obesidad e hipertensión arterial 48
2.24 Diabetes mellitus y estado nutricional 49
2.25 IMC recomendado en adultos mayores con diabetes 50
2.26 Importancia de la valoración nutricional en patologías crónicas 50
2.27 Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) 51
2.28 ¿Qué mide el MNA-SF? 51
2.29 Relación del MNA-SF con el riesgo nutricional 52
2.30 Importancia de la circunferencia de pantorrilla en el MNA-SF 52
2.31 Interpretación de puntajes del MNA-SF 53
2.32 Importancia del MNA-SF dentro del Proceso de Atención Nutricional 54
2.33 Códigos de diagnóstico nutricional 54
2.34 Proceso de atención nutricional 56
2.35 Glosario de términos 56
3 MARCO METODOLÓGICO 58
3.1 Nivel de investigación 58
3.1.1 Cuantitativo 58
3.1.2 Descriptivo 58
3.2 Diseño 58
3.2.1 No experimental 58
3.2.2 Transversal 59
3.2.3 De campo 59

3.2.4 Bibliográfica 59
3.3 Población y muestra 59
3.3.1 Población 59
3.3.2 Muestra 60
3.4 Variables 61
3.4.1 Variable independiente 61
3.4.1.1 Proceso de atención nutricional (dietético) 61
3.4.2 Variable dependiente 61
3.4.2.1 Estado nutricional del adulto mayor (antropométrico) 61
3.4.3 Operacionalización de las variables 61
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 65
3.5.1 Observación directa 65
3.5.2 Encuesta 65
3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos 67
4 RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS 68
4.1 Resultados según los objetivos 68
4.2 Análisis e interpretación de datos 71
5 MARCO ADMINISTRATIVO 101
5.1 Cronograma de actividades 101
5.2 Presupuesto 104
5.3 Material 104
5.4 Ingredientes para Colaciones Nutritivas 104
5.5 Transporte 105
6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 106
6.1.1 Conclusiones 106

6.1.2 Recomendaciones 107

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 108

Anexos 121

Anexo 1. Solicitud para aprobación del tema 121

Anexo 2. Autorización para la realización del proyecto 123

Anexo 3. Evidencias Fotográficas 124

Anexo 4. Consentimiento informado 132

Anexo 5. Encuesta 133

Anexo 6. Socialización de colaciones 136

Anexo 7. Control de asistencia a socialización de colaciones 137

..... 138

Anexo 8. Propuesta 139

Anexo 9. Validación de la guía alimentria 159

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de IMC en adultos mayores 35
Tabla 2. Valores normales de la circunferencia de cintura, cadera e índice cintura-cadera en adultos mayores 37
Tabla 3. Valores normales de circunferencia braquial 43
Tabla 4. Valores normales de circunferencia de pantorrilla.....44
Tabla 5. Recomendaciones dietéticas en adultos mayores con enfermedades crónicas 46
Tabla 6. IMC recomendado en adultos mayores con diabetes 50
Tabla 7. Clasificación de puntajes del MNA-SF.....53
Tabla 8. Operacionalización de las variables 61
Tabla 9. Interpretación de puntajes del MNA-SF 67
Tabla 10. Características sociodemográficas de los adultos mayores hospitalizados 71
Tabla 11. clasificación del IMC en adulto mayor 72
Tabla 12. Diagnósticos médicos actuales según sexo de los adultos mayores hospitalizados 74
Tabla 13. Distribución de los pacientes según el índice de masa corporal (IMC) 76
Tabla 14. Distribución de los pacientes según la circunferencia braquial 78
Tabla 15. Distribución de los pacientes según la circunferencia de la pantorrilla 79
Tabla 16. Distribución de los pacientes según la pérdida reciente de peso (<3 meses).....80
Tabla 17. Distribución de los pacientes según si viven en su domicilio 81
Tabla 18. Distribución de los pacientes según el consumo de más de tres medicamentos por día 82
Tabla 19. Distribución de los pacientes según enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses 83
Tabla 20. Distribución de los pacientes según la movilidad 84
Tabla 21. Distribución de los pacientes según problemas neuropsicológicos……..85
Tabla 22. Distribución de los pacientes según presencia de úlceras cutáneas..

.....86
Tabla 23. Distribución de los pacientes según el número de comidas completas al día.....87
Tabla 24. Distribución de los pacientes según el consumo diario de productos lácteos.....88
Tabla 25. Distribución de los pacientes según el consumo de huevos o legumbres una o dos veces por semana.....89
Tabla 26. Distribución de los pacientes según el consumo diario de carne, pescado o aves.....90
Tabla 27. Distribución de la puntuación del consumo de alimentos proteicos……91
Tabla 28. Distribución de los pacientes según el consumo de frutas o verduras al menos dos veces al día 92
Tabla 29. Distribución de los pacientes según pérdida de apetito o disminución de la ingesta en los últimos tres meses.....94
Tabla 30. Distribución de los pacientes según el consumo diario de líquidos……..95
Tabla 31. Distribución de los pacientes según la forma de alimentarse 96
Tabla 32. Distribución de los pacientes según su autopercepción del estado nutricional 97
Tabla 33. Distribución de los pacientes según la percepción de su estado de salud respecto a personas de la misma edad.....98
Tabla 34. Distribución de los pacientes según la clasificación del estado nutricional (MNA) 99
Tabla 35. Cronograma de actividades desarrolladas durante la investigación 101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Talla talón-rodilla 39
Figura 2. Envergadura braquial.....40
Figura 3. Altura de rodilla de Chumlea.....41

RESUMEN

Tema: Proceso de atención nutricional, antropométrico y dietético en adultos mayores, Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboa, marzo-julio 2026

Objetivo: Describir el proceso de atención nutricional, antropométrico y dietético en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el período marzo-julio de 2026. **Metodología:** La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 60 adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. Para la recolección de la información, se empleó la valoración antropométrica mediante la medición del índice de masa corporal (IMC), circunferencia braquial y circunferencia de pantorrilla complementada con la aplicación del instrumento MNA-SF para evaluar el estado nutricional y los parámetros dietéticos. **Resultados:** Los hallazgos evidenciaron que el 51,7% de los adultos mayores presentó bajo peso, el 33,3% peso normal, el 11,7% sobrepeso y el 3,3% obesidad. Asimismo, la evaluación mediante el MNA-SF permitió identificar una importante proporción de pacientes con riesgo de malnutrición y mal estado nutricional asociados a disminución del apetito, menor consumo de líquidos reducción de la ingesta alimentaria y presencia de enfermedades crónicas a partir de estos resultados se elaboraron colaciones saludables adaptadas a las patologías más prevalentes de la población estudiada. **Conclusiones:** La valoración nutricional global identificó alteraciones significativas en la situación nutricional de las personas adultas mayores hospitalizadas con predominio de bajo peso y riesgo de malnutrición. Estas observaciones muestran la importancia de introducir la valoración antropométrica y dietética junto a otros aspectos en el proceso de atención nutricional, para completar la aplicación de intervenciones rápidas que favorezcan la situación nutricional, la recuperación clínica y el aumento de la calidad de la vida de los pacientes.

Palabras clave: Adulto mayor, atención nutricional, estado nutricional, índice de masa corporal, valoración antropométrica, MNA-SF

INTRODUCCIÓN

La nutrición es un proceso biológico fundamental a través del cual el organismo obtiene los nutrientes que requiere para la conservación de la vida, la adecuada funcionalidad de los órganos y el bienestar pleno de las personas. Una alimentación equilibrada, adecuada y saludable repercute no solo en el crecimiento y desarrollo, sino también en la prevención de la enfermedad y en la posibilidad de superar diferentes alteraciones de salud. En el momento actual, ha cobrado un gran interés y una especial importancia en las ciencias de la salud debido a su estrecha vinculación con la calidad de vida, en especial en las personas mayores, un estado nutricional adecuado favorece la conservación de la funcionalidad física, cognitiva y emocional, mientras que la desnutrición propicia el desarrollo de complicaciones médicas, la dependencia y la mortalidad (Serra et al., 2025).

Por otro lado, el envejecimiento es un proceso natural, progresivo e irreversible caracterizado por cambios fisiológicos, metabólicos, psicológicos y sociales. Estos cambios provocan modificaciones en el organismo que comprometen la ingesta, la digestión, la absorción y la composición corporal se suele observar disminución de la masa muscular, la fuerza funcional y el deterioro de las funciones. Según Tinajero et al. (2023) esto se debe, en parte, a enfermedades crónicas y a un uso frecuente de fármacos, por tanto, el adulto mayor se convierte en una población de riesgo para la aparición de problemas nutricionales, por consiguiente, la evaluación total del estado nutricional se ha convertido en uno de los pilares de la atención sanitaria especialmente en los pacientes hospitalizados que deben ser evaluados de forma continua a fin de prevenir complicaciones y mejorar la evolución clínica.

A **nivel mundial**, según Gutiérrez (2022), el envejecimiento de la población ha pasado a ser uno de los fenómenos demográficos más destacados del siglo XXI, la OMS señala la necesidad de concienciar sobre esta realidad, debido al aumento de la esperanza de vida y a la reducción de la tasa de natalidad, el número de personas mayores de 60 años está aumentando rápidamente, el crecimiento de la población ha supuesto enormes retos para los sistemas sanitarios, en especial en las áreas del manejo de enfermedades

crónicas y de trastornos nutricionales.

El Proceso de Atención Nutricional constituye un procedimiento científico y sistemático con el que se puede identificar, diagnosticar e intervenir de forma adecuada en la resolución de los problemas llevados a cabo por la nutrición, este proceso está compuesto por las etapas de evaluación, diagnóstico, intervención y monitoreo nutricional, lo que ayuda a la creación de una atención individualizada y lo más adaptada posible a las necesidades del paciente. Dentro de este procedimiento, la evaluación antropométrica y dietética se considera un elemento indispensable para conocer el estado de la nutrición de la persona, la antropometría evalúa parámetros corporales como el peso, la talla, el índice de masa corporal y las circunferencias corporales, mientras que la valoración dietética estudia las costumbres alimentarias, la frecuencia de consumo y la calidad de los alimentos.

La presente investigación surge ante la necesidad de realizar un análisis del estado nutricional en los adultos mayores hospitalizados, de esta manera, el estudio permitirá identificar las principales alteraciones nutricionales existentes en los adultos mayores hospitalizados y contribuirá al desarrollo de la atención integral que ayude en la recuperación clínica de los pacientes y en la calidad de vida. La investigación también ayudará como aporte científico para el campo de la enfermería y la nutrición clínica, ya que proporciona la información necesaria para futuras acciones de promoción, intervención y prevención de la salud nutricional en los adultos mayores hospitalizados.

Con la finalidad de describir el proceso de atención nutricional antropométrico y dietético en adultos mayores, se desarrolló la presente investigación, la misma que está conformada por los siguientes apartados:

En el **Capítulo I** se desarrolla el problema de investigación, formulación del problema, justificación, objetivos y limitaciones.

En el **Capítulo II** se presentan los antecedentes investigativos, el marco teórico, bases teóricas, definición de términos y sistema de hipótesis.

En el **Capítulo III** se describe el marco metodológico, diseño, población y muestra, variables, técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos.

En el **Capítulo IV** se exponen los resultados obtenidos.

En el **Capítulo V** se desarrolla el marco administrativo cronograma de actividades y presupuesto.

Finalmente, en el **Capítulo VI** se presentan las conclusiones recomendaciones.

CAPITULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad, los problemas de la nutrición en los adultos mayores se han convertido en uno de los problemas prioritarios en la salud, dado el número de complicaciones que puede provocar el deterioro del estado de nutrición de este segmento de población, el envejecimiento determina grandes cambios a nivel fisiológico y metabólico que condicionan la capacidad de los organismos para aprovechar bien los nutrientes, que dan como resultado disminución de la ingesta de alimentos, pérdida de masa muscular, debilidad y alteraciones funcionales (Vinueza et al., 2023).

La problemática nutricional con trastornos o problemas de salud está vinculada a la escasa evaluación de la condición nutricional y al escaso control de la misma en los servicios de salud, en muchos de los casos la atención médica se centra principalmente en la enfermedad clínica del paciente, a veces olvidándose de la evaluación nutricional que en la práctica clínica habitual debería ocupar un lugar fundamental en su recuperación (Bouchennou & Laínez, 2024).

Además, a **nivel mundial**, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) señala que la población adulta mayor sigue aumentando de forma rápida y establece que en el año 2050 habrá 2100 millones de personas mayores de 60 años, hasta 900 millones más en menos de 30 años. También en distintos estudios internacionales se muestra una alta prevalencia de desnutrición en pacientes geriátricos hospitalizados.

Celaya et al. (2021) en España realizaron un estudio entre 1.084 mayores hospitalizados, donde el 48,2% presentó riesgo de desnutrición y el 31,7% desnutrición establecida; relacionándose con una mayor estancia hospitalaria y mortalidad. Asimismo, Bravo et al. (2021) en Chile, muestran que el 38,1% de los adultos mayores presentaban desnutrición por déficit y el 9,5% desnutrición severa, impactando directamente en su funcionalidad y calidad de vida.

De igual manera, Arnal (2024) señala que los estudios internacionales demuestran que la no aplicación del Proceso de Atención Nutricional impide la

correcta valoración de la presencia de alteraciones nutricionales en los pacientes geriátricos ingresados en hospitales, la no asignación de protocolos sistematizados de valoración antropométrica y dietética resulta en muchos casos en la ausencia de diagnóstico de malnutrición. Todo ello provoca un proceso de recuperación más lento, más reingresos hospitalarios y una mayor mortalidad. Adicionalmente, la grave situación de falta de intervención nutricional genera un aumento en el coste hospitalario como consecuencia de la prolongación en la estancia médica y de la necesidad de tratamientos complementarios a causa de complicaciones derivadas de la malnutrición.

En la práctica médica dentro del ámbito de **Latinoamérica**, la desnutrición hospitalaria en adultos mayores representa un problema importante de salud pública. El trabajo realizado por Correia et al. (2023) constata que en un estudio multicéntrico el 50,2% de los pacientes hospitalizados tiene desnutrición y el 11,2% desnutrición severa, observándose una mayor prevalencia en adultos mayores y en pacientes con enfermedades crónicas.

Por su parte, un estudio en 10 países, bajo el NutritionDay, con una muestra de 14.515 pacientes hospitalizados, estimaba que el 39,6% presentaba riesgo de desnutrición, además el 50% o más consumía solo la mitad o menos de los alimentos ofrecidos durante la hospitalización y que esto está relacionado con la estancia hospitalaria prolongada y las complicaciones clínicas.

También, en México, Sánchez et al. (2022) evaluaron a 210 adultos mayores hospitalizados, constatando que más del 50% presentó riesgo de desnutrición asociado a la pérdida de masa muscular, disminución del apetito y enfermedades crónicas. Estas cifras reflejan las alteraciones del estado nutricional que continúan como un problema frecuente en los servicios hospitalarios de Latinoamérica y señalan la necesidad de fortalecer el Proceso de Atención Nutricional mediante una evaluación antropométrica y dietética adecuada.

En **Ecuador,** esto ha conllevado un aumento creciente de personas de la tercera edad que necesitan atención médica permanente y hospitalización por enfermedades crónicas degenerativas. Sin embargo, Vera et al. (2024) hallaron

que, de 65 adultos mayores hospitalizados del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, el 43,1% se presentó bajo peso y el 46,2% peso normal; es decir, persisten alteraciones nutricionales en pacientes geriátricos. Asimismo, Guamancela (2024) realizó una investigación en 247 adultos mayores hospitalizados del Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca y encontraron una desnutrición del 43,7 % y el 21,1 % durante el ingreso hospitalario.

Por otro lado, un estudio realizado en seis hospitales de la provincia de Los Ríos estima una prevalencia de la desnutrición hospitalaria de 57,6 %, encontrando que la probabilidad de un deterioro nutricional era mayor en adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas (Cortez & Paredes, 2026). En cuanto a las cifras, son una muestra relevante que evidencia la necesidad de fortalecer la valoración antropométrica y dietética dentro del Proceso de Atención Nutricional para prevenir complicaciones clínicas y mejorar el proceso de recuperación hospitalaria de los adultos mayores de Ecuador.

Las investigaciones realizadas en la población adulta mayor de la **provincia de Bolívar** revelan cifras muy altas de riesgo nutricional y desnutrición. En este sentido, Chela (2022) en la comunidad de Guapungoto del cantón Guaranda, realizó un estudio en 30 adultos mayores, donde observó que el 80% mostraba riesgo de desnutrición y el 20% estado nutricional normal, constatándose también que el 63% mostraba dependencia económica y el 70% evidenciaba aislamiento social y soledad familiar como factores asociados al deterioro nutricional.

Por su parte, Rivera & Rodríguez (2022) en el dispensario Marcopamba del Seguro Social Campesino de Bolívar, encontraron que el 58% de los pacientes adultos mayores hipertensos presentaban sobrepeso y obesidad, mientras que el 27% mostraba riesgo de desnutrición relacionado con hábitos alimentarios inadecuados y situaciones patológicas crónicas. En la misma línea, Tenelema & Lasso (2023) en la parroquia Santiago de la provincia Bolívar, señalaron que el 65 % de los adultos mayores mantuvieron una alimentación inadecuada y que el 48% presentaba alteraciones del estado nutricional relacionadas con limitaciones económicas y escasa educación alimentaria.

Todas estas cifras demuestran que en la provincia de Bolívar continúa existiendo importantes alteraciones nutricionales en adultos mayores. Esta situación que va acompañada de un aumento en el riesgo de complicaciones clínicas y de deterioro funcional, así como hospitalizaciones frecuentes en este grupo social vulnerable. Son muchos los pacientes que acuden a la consulta, que se hospitalizan por otras patologías y presentan pérdida de peso involuntaria, disminución del apetito, debilidad o incluso siguiendo lo que permite su situación crónica, enfermedades comórbidas que tienden a ser enseñadas por un deterioro nutricional además, también hay otro grupo de pacientes que durante el ingreso aumentan la posibilidad de un deterioro de su condición rol de la enfermedad clínicas y metabólicas que influyen en su recuperación.

En el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, para ser precisos en el servicio de Medicina Interna, se ha constatado que existen de forma reiterada pacientes adultos mayores ingresados con algún tipo de alteración del estado nutricional, que se demuestra por la pérdida de peso, la disminución del apetito, la debilidad física y la presencia de enfermedades crónicas asociadas así mismo, durante la atención hospitalaria se corrobora que muchos de los pacientes presentan dificultades para poder realizar una alimentación adecuada, hecho que posiblemente influya negativamente en su recuperación clínica y aumente el riesgo de complicaciones, una estancia hospitalaria prolongada y un deterioro funcional de la persona mayor.

Esta realidad motiva el interés para desarrollar la presente investigación dentro del mismo, con la finalidad de describir el proceso de atención nutricional antropométrica y dietética en personas mayores, permitiendo obtener información actualizada que ayude al fortalecimiento del cuidado integral y nutricional de esta población vulnerable.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el proceso de atención nutricional antropométrico y dietético en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo marzo-julio 2026?

1.3 Justificación de la investigación

La presente investigación es **importante** ya que presenta una problemática en salud pública y hospitalaria, está relacionada con el estado nutricional de los adultos mayores en el servicio de medicina interna dentro del contexto de envejecimiento poblacional y aumento de enfermedades crónicas se elevan las demandas de un modelo asistencial que integre la atención de la salud con el objetivo de mejorar la calidad de vida de esta población vulnerable. Además, en muchas ocasiones los adultos mayores presentan alteraciones antropométricas y dietéticas que dificultan aún más la recuperación incidiendo en el aumento de complicaciones clínicas, los periodos de estancia hospitalaria o el deterioro funcional, por lo tanto, el estudio del Proceso de Atención Nutricional hace posible identificar de forma oportuna los riesgos nutricionales y reforzar las estrategias de cuidado nutricional con el objetivo de promover el bienestar del mismo.

La **finalidad** de esta investigación es la descripción del proceso de atención nutricional antropométrica y dietética de las personas adultas mayores del servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo comprendido entre marzo-julio de 2026 mediante la aplicación de las herramientas de valoración nutricional como la encuesta MNA-SF, lo cual servirá para tener información actualizada acerca del estado nutricional de los pacientes adultos mayores que se encuentren hospitalizados y la posibilidad de encontrar alteraciones propias del estado del peso corporal, las prácticas alimentarias y del riesgo de desnutrición, además de aportar evidencia científica útil para consolidar la atención nutricional hospitalaria y promover intervenciones adecuadas que propicien la recuperación clínica y la calidad de vida de los pacientes.

Además, se encuentra orientada en mejorar el fortalecimiento de la calidad de atención y el cuidado integral del adulto mayor hospitalizado, dado que la valoración nutricional permite detectar a tiempo las alteraciones que obstaculizan la recuperación y el bienestar del paciente (OMS, 2025). Existen investigaciones que han evidenciado que la adopción del Proceso de Atención Nutricional permite disminuir las complicaciones a nivel clínico y mejorar la recuperación hospitalaria de los adultos mayores (Cantú et al.,2022).

Al mismo tiempo, la investigación es respaldada por el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Salud y Bienestar, que procura garantizar la vida sana y promover el bienestar en todas las edades (ONU, 2023). Asimismo, la Constitución de la República del Ecuador reconoce a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria y garantiza su derecho a recibir atención integral (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021).

La investigación resulta **conveniente** tanto en lo académico como en lo social, dado que ofrecerá conocimientos significativos para la formación de estudiantes o profesionales del campo de la enfermería y de la nutrición clínica, que permita profundizar en la comprensión de la importancia de la valoración nutricional en los adultos mayores hospitalizados y para el desarrollo de futuras investigaciones sobre el cuidado integral del adulto mayor y la prevención de complicaciones derivadas de la malnutrición. Por otro lado, desde el ámbito social este estudio beneficiará a los adultos mayores atendidos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, así como a los profesionales que se dedican al cuidado de los mismos, ya que también les brindará información útil para el desarrollo de estrategias asistenciales nutricionales.

La relevancia de la investigación radica en que aborda un problema de creciente interés dentro de los sistemas de salud, como es el deterioro de la nutrición, la forma en que este estudio podrá diferenciarse de otros en la literatura será mediante la inclusión de la valoración antropométrica y dietética, utilizando en este caso la encuesta MNA-SF, aplicada en el contexto particular del servicio de medicina interna del hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Este hecho podrá ofrecer información sobre el estado nutricional de aquellos sujetos geriátricos que se encuentran o han estado hospitalizados en un hospital correspondiente de la provincia de Bolívar y, al mismo tiempo, contribuirá al aumento del conocimiento científico atendiendo al Proceso de Atención Nutricional en el entorno hospitalario.

Además, es oportuna porque da respuesta a una necesidad actual asociada al aumento de enfermedades crónicas junto con alteraciones nutricionales en la población de edad avanzada. También, porque responde a las exigencias del entorno sanitario actual, donde la evaluación del estado nutricional del paciente es un recurso importante para prevenir complicaciones

y mejorar la recuperación del paciente hospitalizado, en este sentido, la investigación guarda coherencia con las demandas del medio hospitalario y con las políticas sanitarias de promoción de salud y prevención de la enfermedad orientadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

La **viabilidad** de la investigación es una realidad dado que se tiene a disposición el personal, los medios bibliográficos y metodológicos pertinentes para llevarla a cabo, así como existe acceso a la población de estudio y a la zona donde se lleva a cabo la investigación en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro donde se recolectarán los datos antropométricos y dietéticos desde la aplicación de la encuesta MNA-SF. Existe, además, el tiempo correspondiente para llevar a cabo cada una de las fases de la investigación y la provisión de la tutorización correspondiente para el análisis e interpretación de los resultados que se vayan obteniendo, todo lo cual garantiza la factibilidad del proyecto y el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Describir el proceso de atención nutricional, antropométrico y dietético en adultos mayores hospitalizados, medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo marzo-julio 2026

1.4.2 Objetivos específicos

- Valorar antropométricamente (peso, talla, IMC, circunferencia braquial y circunferencia de la pantorrilla) de los adultos mayores.
- Identificar los parámetros dietéticos en Adultos mayores mediante la aplicación de la encuesta MNA-SF
- Elaborar colaciones saludables dependiendo la patología prevalente del adulto mayor

1.5 Limitaciones

- Acceso restringido a la información completa de algunos pacientes e historias clínicas, debido a las normas de confidencialidad y disponibilidad de los datos.

- El período establecido para la investigación (marzo-julio de 2026) fue limitado, lo que redujo el tiempo disponible para la recolección y análisis de la información.
- Algunos pacientes presentaron poca disposición o dificultades para participar en el estudio, lo que pudo limitar la obtención de ciertos datos.
- El estado de salud de algunos adultos mayores pudo influir en la calidad de la información recopilada, debido a dificultades para responder adecuadamente o proporcionar datos completos durante la valoración nutricional.
- La investigación se realizó únicamente en el servicio de Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, por lo que los resultados representan las características de esta población específica y no pueden aplicarse directamente a otros servicios de salud.
- En algunos casos, las condiciones clínicas de los pacientes impidieron completar todas las mediciones antropométricas y evaluaciones nutricionales planificadas.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

A fin de acercarnos al desarrollo de la presente investigación, es necesario revisar investigaciones anteriores vinculadas al desarrollo del proceso de atención nutricional, la valoración antropométrica y dietética en adultos mayores hospitalizados. Esta revisión nos permitirá encontrar hallazgos científicos, la forma metodológica, los resultados investigados que aporten al estudio y que demuestren la importancia de la evaluación nutricional integral en adultos mayores hospitalizados.

2.1.1 Antecedentes internacionales

En España, Anaya (2024) realizó el estudio titulado "Estado nutricional de ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de adultos", con el objetivo de describir el estado nutricional de los adultos mayores hospitalizados. Esta investigación fue retrospectiva y tuvo una población de 1.084 pacientes mayores de 65 años.

La valoración nutricional se llevó a cabo mediante el Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) y la Valoración Global Subjetiva (VGS). En cuanto a los resultados, el 48,2% de los pacientes presentaba riesgo de desnutrición y el 31,7% de malnutrición establecida, observándose, de forma paralela, una relación entre mayor estancia hospitalaria y mortalidad. Los autores afirmaron que la valoración nutricional precoz es considerada un elemento determinante para mejorar el pronóstico clínico y la recuperación del adulto mayor hospitalizado.

En Chile, Bravo et al. (2021) desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar el estado nutricional y funcional de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo y analizó una muestra de 1.646 adultos mayores mediante la valoración del índice de masa corporal, índice de Barthel y Mini Examen del Estado Mental. Los resultados señalaron que el 40,3% presentó normopeso, mientras que el 38,1% evidenció malnutrición por déficit y el 9,5% desnutrición severa según los criterios GLIM. Los autores

concluyeron que la valoración nutricional integral es indispensable debido a su relación directa con la funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor.

En México, Cantú et al. (2022) realizaron un estudio de evaluación nutricional en pacientes geriátricos hospitalizados, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia del riesgo nutricional en los servicios de medicina interna. La investigación presentó un enfoque cuantitativo y descriptivo, aplicándose el instrumento MNA-SF y mediciones antropométricas a una muestra de 210 adultos mayores.

Los resultados demostraron que más del 50% de los participantes presentaron riesgo de desnutrición, asociado principalmente con disminución del apetito, enfermedades crónicas y pérdida de masa muscular. Los autores concluyeron que es necesario incorporar de manera sistematizada la valoración antropométrica y dietética dentro del manejo hospitalario del adulto mayor.

En Colombia, Rodríguez et al. (2023) desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia del riesgo de malnutrición y los factores asociados en adultos mayores hospitalizados en los servicios de medicina interna. Se trató de un estudio descriptivo y transversal con una muestra de 150 pacientes geriátricos.

Para la recolección de datos se empleó la herramienta Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) y parámetros antropométricos como la circunferencia de la pantorrilla. Los resultados evidenciaron que el 55% de los pacientes se encontraba en riesgo de desnutrición y un 20% presentaba desnutrición establecida, asociándose principalmente a la polifarmacia y a la reducción de la ingesta alimentaria. Los autores concluyeron que el uso de herramientas de cribado rápido al ingreso hospitalario es fundamental para implementar intervenciones nutricionales oportunas y evitar el deterioro físico.

En Perú, Zárate y Araujo (2022) llevaron a cabo un estudio con el propósito de evaluar la carga de comorbilidades y el estado nutricional de adultos mayores ingresados en un hospital público. El diseño fue de tipo no experimental y de corte transversal, incluyendo a 200 participantes mayores de 65 años. La valoración se ejecutó mediante el cálculo del índice de masa corporal (IMC) y el Mini Nutritional Assessment (MNA).

Los hallazgos mostraron que el 54,7% de la población de estudio

presentó algún grado de malnutrición o riesgo nutricional. Este resultado estuvo vinculado significativamente con la presencia prolongada de enfermedades crónicas no transmisibles respiratorias y neurológicas. Los investigadores concluyeron que la evaluación integral y continua del estado nutricional resulta indispensable para prevenir complicaciones clínicas durante la estancia hospitalaria y mejorar las tasas de recuperación de los pacientes geriátricos.

2.1.2 Antecedentes nacionales

En Ecuador, Vera et al. (2024), en el Hospital General Dr. Rodríguez Zambrano, de Manta, realizaron una investigación con el objetivo de comparar la malnutrición en personas mayores atendidas en Medicina Interna. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de carácter comparativo, empleándose una muestra de 65 personas mayores de 65 años, procediendo a dicha evaluación a través del índice de masa corporal y el Mini Nutritional Assessment.

Los resultados mostraron que un 43,1% de los pacientes estuvieron por debajo del peso considerado como habitual, mientras que en un 46,2% de las personas el peso se consideró normal. Estos hallazgos evidenciaron que la malnutrición continúa persistiendo en esta población. Por lo tanto, los autores concluyeron que la evaluación nutricional continua es fundamental para mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes hospitalizados.

De manera similar, Cifuentes et al. (2025), en la ciudad de Quito, realizaron una investigación enfocada en el estado nutricional de adultos mayores hospitalizados en un hospital público. La investigación presentó un enfoque cuantitativo y transversal. Para la valoración nutricional se aplicó evaluación antropométrica, recordatorio de 24 horas y el instrumento MNA-SF. Los resultados evidenciaron que una proporción considerable de los adultos mayores presentó alteraciones del estado nutricional asociadas con ingesta alimentaria insuficiente y enfermedades crónicas. Los autores concluyeron que las intervenciones nutricionales tempranas permiten disminuir complicaciones durante la hospitalización y favorecen la recuperación clínica.

En otra investigación a nivel nacional, Cortez y Paredes (2026) llevaron a cabo un estudio en seis hospitales de la provincia de Los Ríos con el objetivo de determinar la prevalencia de la desnutrición hospitalaria y sus factores de

riesgo. El estudio, de enfoque cuantitativo, evaluó a pacientes ingresados en diversas áreas, encontrando una prevalencia de desnutrición del 57,6%. Los resultados destacaron que la probabilidad de sufrir un deterioro nutricional severo era significativamente mayor en la población de adultos mayores y en aquellos diagnosticados con enfermedades crónicas. Los autores concluyeron que es imperativo implementar protocolos estandarizados de evaluación antropométrica al ingreso hospitalario para mitigar el impacto negativo de la desnutrición en la evolución clínica.

Por su parte, Silva y Stagg (2025) desarrollaron un estudio en la ciudad de Quito con el propósito de analizar la relación entre el estado nutricional y la presencia de sarcopenia en adultos mayores. La investigación, de diseño transversal y descriptivo, utilizó el instrumento Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) y mediciones antropométricas como la circunferencia de la pantorrilla para evaluar la masa muscular.

Los hallazgos revelaron que un alto porcentaje de los adultos mayores con puntuaciones indicativas de riesgo de desnutrición presentaban también signos clínicos de pérdida de masa magra. Los investigadores enfatizaron que la valoración dietética y antropométrica integral es esencial para detectar tempranamente deficiencias nutricionales e intervenir de manera efectiva, mejorando el pronóstico y la autonomía funcional del paciente geriátrico.

2.1.3 Antecedentes provinciales

En la provincia Bolívar, específicamente en la comunidad de Bramadero del cantón Guaranda, Manobanda (2024) realizó una investigación titulada “Envejecimiento y determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores en la comunidad de Bramadero, Guaranda, provincia Bolívar, 2022”. El objetivo fue analizar los factores físicos y sociales que afectan la calidad de vida de las personas de la tercera edad. La investigación fue de tipo descriptivo y permitió reconocer que buena parte de las personas de la tercera edad eran dependientes económicas de los familiares para tener una adecuada alimentación y así poder acceder a servicios de salud.

Los resultados obtenidos mostraron que las limitaciones económicas y sociales afectan directamente a la alimentación y el bienestar de esta población en cuestión. El autor concluyó que es necesario fortalecer estrategias de apoyo

integral y atención prioritaria dirigidas al adulto mayor, especialmente en aspectos relacionados con salud y nutrición.

Asimismo, Chela (2022) realizó una investigación titulada “Factores biopsicosociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor en la comunidad Guapungoto, cantón Guaranda, 2022”. El estudio tuvo como objetivo determinar los factores biopsicosociales asociados al estado nutricional de los adultos mayores.

La investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental y transversal, llevado a cabo en una muestra de 30 adultos mayores de la tercera edad. La recolección de la información se realizó mediante la Escala ESTE-R y el instrumento Mini Nutritional Assessment (MNA). La investigación concluyó que el 80% de los adultos mayores presenta riesgo de malnutrición, y que está asociada a la soledad familiar, aislamiento social, dependencia económica, y nivel educativo bajo. El estudio concluyó que los factores biopsicosociales influyen significativamente en el estado nutricional del adulto mayor.

De igual manera, Rivera & Rodríguez (2022) realizaron una investigación sobre valoración nutricional en adultos mayores hipertensos en el dispensario Marcopamba del Seguro Social Campesino de Bolívar. El estudio tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional de los adultos mayores hipertensos mediante indicadores antropométricos y hábitos alimentarios. La investigación fue de enfoque cuantitativo y descriptivo.

Los resultados evidenciaron que el 58% de los adultos mayores presentó sobrepeso y obesidad, mientras que el 27% mostró riesgo de desnutrición asociado a hábitos alimentarios inadecuados y enfermedades crónicas. Los autores concluyeron que las alteraciones nutricionales representan un factor de riesgo importante para la salud del adulto mayor hipertenso.

Por otra parte, Tenelema & Lasso (2023) realizaron una investigación en la parroquia Santiago de la provincia Bolívar, con el objetivo de analizar los hábitos alimentarios asociados a la malnutrición en adultos mayores. El estudio presentó un enfoque descriptivo y transversal. Los resultados demostraron que el 65% de los adultos mayores mantenía una alimentación inadecuada y el 48% presentaba alteraciones del estado nutricional relacionadas con limitaciones

económicas y escasa educación alimentaria. Los autores concluyeron que los hábitos alimentarios influyen directamente en el estado nutricional y calidad de vida del adulto mayor.

2.1.4 Antecedentes locales

En el contexto local no se identificaron investigaciones específicas relacionadas directamente con el proceso de atención nutricional antropométrico y dietético en adultos mayores hospitalizados en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Sin embargo, las investigaciones desarrolladas en Guaranda y en la provincia de Bolívar evidencian la presencia de alteraciones nutricionales, factores biopsicosociales y problemas alimentarios en adultos mayores, los cuales afectan negativamente su estado de salud y calidad de vida.

Los antecedentes revisados demuestran que las alteraciones nutricionales constituyen un problema frecuente en la población geriátrica, especialmente en adultos mayores hospitalizados, resaltando la importancia de fortalecer el proceso de atención nutricional mediante la valoración antropométrica y dietética, con el propósito de identificar oportunamente riesgos nutricionales, prevenir complicaciones y mejorar la atención integral del adulto mayor.

2.2 Base legal

Esta investigación tiene como base distintas normativas nacionales e internacionales que fijan el derecho a la salud, el derecho a contar con una alimentación de calidad y el derecho a contar con atención integral para las personas adultas mayores, y, particularmente, aquellas del ámbito de la hospitalización o de la nutrición.

El Distrito Metropolitano de Quito (2021) reconoce a las personas adultas mayores como un grupo prioritario de atención y establece que recibirán atención especializada en el ámbito de la salud, la nutrición y la atención integral, tanto en el sector privado como público, si bien el artículo 32 señala que la salud es un derecho garantizado por el Estado mediante las políticas económicas, sociales y sanitarias de acceso permanente, oportuno y sin exclusión respecto de los programas y servicios de promoción de la salud, protección y atención integral de la salud.

Del mismo modo, Consejo Nacional de Justicia (2021) establece la responsabilidad del Estado de asegurar el bienestar físico, psicológico, socioeconómico y nutricional de las personas adultas mayores a través de una atención integral que permita mejorar la calidad de vida y prevenir situaciones de riesgo. La ley también incide en la importancia de desarrollar acciones de prevención y cuidado relacionadas con enfermedades crónicas y malnutrición y la degeneración funcional de las personas adultas mayores.

De igual manera, Fonles (2023) establece que la atención de la salud debe estar orientada hacia la atención integral, de tal manera que garantice calidad, eficiencia y calidez, incorporando acciones de promoción de salud, de prevención de enfermedades y de recuperación nutricional de los grupos vulnerables, y resaltando la importancia de incorporar acciones de vigilancia y evaluación del estado nutricional de la población.

Frente a ello, el contexto internacional también contiene a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2026) que promueve el envejecimiento saludable a través de políticas que promuevan la atención integral del adulto mayor, destacando la valoración nutricional como un instrumento fundamental para la prevención de complicaciones derivadas de la desnutrición, fragilidad y enfermedades crónicas concurrentes.

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2023) a través de su Objetivo de Desarrollo Sostenible Nº 3: Salud y bienestar, promueve la vida sana y el bienestar en todas las edades, priorizando en sus acciones a los grupos vulnerables como los ancianos.

Las mencionadas normativas apoyan en el desarrollo de la presente investigación ya que fundamentan la importancia de fortalecer el Proceso de Atención de la nutrición antropométrica y dietética en pacientes ancianos hospitalizados, contribuyendo en la prevención de complicaciones y en mostrar una mejor calidad de grupo población.

2.3 Bases teóricas

2.3.1 Adulto mayor

La OMS (2025) hace una definición del adulto mayor que abarca a todas las personas de más de 60 años, una etapa de la vida que viene caracterizada por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales asociados con el

proceso de envejecimiento. Estos factores afectan recíprocamente su estado de salud y calidad de vida, sobre todo en lo referente a la nutrición pues, durante esta etapa, existe mayor vulnerabilidad ante enfermedades crónicas, alteraciones metabólicas y deterioro funcional.

El envejecimiento comporta la aparición de cambios progresivos en la composición del cuerpo humano, tales como la disminución de la masa muscular, la reducción de la densidad ósea y el incremento del tejido adiposo, lo cual conlleva una mayor posibilidad de aparición de fragilidad, incapacidad y desnutrición. Además de estas modificaciones, factores tales como altibajos en el apetito, alteraciones del gusto y del olfato, problemas de masticación, disfagia, polifarmacia y las limitaciones económicas individuales podrían también afectar considerablemente la ingesta alimentaria del adulto mayor (Tenelema & Lasso, 2023).

Desde la visión geriátrica, la nutrición es uno de los soportes principales para mantener la funcionalidad, prevenir complicaciones y alentar un envejecimiento saludable. Por ello, la valoración nutricional integral es una estrategia que no se puede omitir ni olvidar, ya que sirve para detectar a tiempo alteraciones que derivan en desnutrición, sobrepeso u obesidad y poner en marcha intervenciones que mejoren el bienestar y la recuperación del paciente (Rivera & Rodríguez, 2022).

2.3.2 Envejecimiento y estado nutricional

El envejecimiento es un proceso biológico amplio, que sin duda es progresivo e irreversible y que produce variaciones estructurales y funcionales en el propio organismo. A medida que aumentamos la edad, disminuye la capacidad adaptativa frente a factores internos y externos, lo cual repercute directamente sobre las condiciones del estado nutricional y la expresión de la respuesta inmunitaria (Manobanda, 2024).

En el caso de las personas mayores el estado nutricional puede verse alterado por múltiples factores fisiológicos, patológicos y sociales. Este tipo de variaciones fisiológicas abarcan los cambios asociados a la disminución del metabolismo basal, alteraciones gastrointestinales, disminución de la absorción de nutrientes y pérdida progresiva de masa muscular, conocida como

sarcopenia. Todos ellos incrementan el riesgo de desnutrición y fragilidad asociada a las hospitalizaciones (Aldas & Caiza, 2021).

Por otra parte, las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedades renales) suelen condicionar restricciones dietéticas, alteraciones metabólicas adversas que conducen al deterioro de la ingesta y utilización de nutrientes, además de la influencia de otros factores psicosociales (aislamiento, depresión, dependencia funcional, escasez de recursos económicos) que se suelen repercutir negativamente en los hábitos alimentarios (Bernui et al., 2021).

Un número importante de trabajos científicos ha puesto de manifiesto que la alteración del estado nutricional, en adultos mayores se relaciona con el aumento del índice de infecciones, un retraso en la recuperación, un aumento de la estancia hospitalaria y además, un incremento de la morbimortalidad. Por esta razón la valoración nutricional a nivel global tiene una gran importancia en el cuidado de los pacientes hospitalizados (Benavides, 2025).

2.3.3 Proceso de Atención Nutricional (PAN)

El Proceso de Atención Nutricional (PAN) constituye un modelo sistemático, organizado y basado en evidencia científica que permite identificar, diagnosticar, intervenir y monitorear los problemas nutricionales de las personas sanas o enfermas. Este proceso es aplicado principalmente por profesionales de nutrición y del área de salud con la finalidad de proporcionar una atención integral, individualizada y orientada a mejorar el estado nutricional y la evolución clínica del paciente (Academia de Nutrición y Dieta, 2023).

El PAN representa una herramienta fundamental dentro de la atención hospitalaria debido a que permite detectar oportunamente alteraciones nutricionales, especialmente en poblaciones vulnerables como los adultos mayores hospitalizados. Durante el envejecimiento ocurren cambios fisiológicos y metabólicos que incrementan el riesgo de desnutrición, pérdida de masa muscular, disminución funcional y complicaciones clínicas. Por ello, la aplicación del Proceso de Atención Nutricional contribuye significativamente a mejorar la recuperación del paciente, prevenir

complicaciones asociadas a la malnutrición y disminuir el riesgo de morbimortalidad hospitalaria (Bravo et al., 2021).

Desde el enfoque clínico y hospitalario, el PAN permite organizar de manera sistemática la atención nutricional mediante la valoración integral del paciente, la identificación de riesgos nutricionales y la implementación de intervenciones adecuadas según las necesidades individuales. Además, favorece el trabajo interdisciplinario entre médicos, enfermeros, nutricionistas y demás profesionales de salud, permitiendo una atención integral centrada en la recuperación y bienestar del adulto mayor hospitalizado.

La individualización del tratamiento nutricional es uno de los principales pilares del PAN, ya que cada paciente presenta diferentes requerimientos nutricionales, patologías asociadas, limitaciones funcionales y hábitos alimentarios que deben ser considerados dentro del proceso terapéutico (Bernui et al., 2021).

2.3.4 Objetivos del Proceso de Atención Nutricional

El Proceso de Atención Nutricional tiene como principal objetivo identificar de manera oportuna alteraciones del estado nutricional y establecer intervenciones dirigidas a mejorar la condición de salud del paciente. Dentro del contexto hospitalario, el PAN busca detectar riesgos de desnutrición, prevenir complicaciones clínicas relacionadas con alteraciones nutricionales y mejorar la recuperación funcional y metabólica del paciente adulto mayor (Vera et al., 2024).

Asimismo, el PAN tiene como finalidad disminuir la estancia hospitalaria, reducir los costos de atención médica y prevenir el aumento de complicaciones derivadas de la malnutrición, tales como infecciones, pérdida de masa muscular, deterioro funcional y aumento de la dependencia. Otro de sus objetivos importantes es disminuir la mortalidad asociada a estados de desnutrición y promover una mejor calidad de vida mediante una atención nutricional continua e individualizada (Pinzón et al., 2022).

2.3.5 Características del Proceso de Atención Nutricional

El Proceso de Atención Nutricional se caracteriza por ser sistemático, debido a que sigue una serie de etapas organizadas y secuenciales que permiten brindar atención nutricional integral al paciente. También es dinámico porque

las intervenciones y decisiones clínicas pueden modificarse según la evolución del estado nutricional y clínico de cada individuo (Cantú et al., 2022).

Otra característica importante es que el PAN es individualizado, ya que las intervenciones nutricionales se adaptan a las necesidades específicas del paciente considerando edad, estado clínico, enfermedades asociadas, hábitos alimentarios y condición funcional. Además, es un proceso continuo porque requiere seguimiento y reevaluación constante para determinar la efectividad del tratamiento nutricional implementado (Chela, 2022).

Finalmente, el PAN se fundamenta en evidencia científica y en el pensamiento crítico del profesional de salud, permitiendo tomar decisiones clínicas adecuadas para prevenir, diagnosticar y tratar alteraciones nutricionales de manera efectiva.

2.4 Fases del Proceso de Atención Nutricional

2.4.1 Valoración nutricional

La valoración nutricional constituye la primera fase del Proceso de Atención Nutricional y representa el punto de partida para identificar el estado nutricional del paciente. Esta etapa consiste en la recopilación, organización, interpretación y análisis de información relacionada con aspectos antropométricos, clínicos, bioquímicos, dietéticos y funcionales del adulto mayor, con la finalidad de detectar alteraciones nutricionales y factores de riesgo asociados a la salud (Rivera & Rodríguez, 2022).

En los adultos mayores hospitalizados, la valoración nutricional adquiere gran importancia debido a la elevada prevalencia de desnutrición y riesgo nutricional asociada al envejecimiento, enfermedades crónicas y procesos metabólicos alterados. Durante esta etapa se recopilan datos relacionados con pérdida involuntaria de peso, disminución del apetito, debilidad muscular, alteraciones funcionales y presencia de patologías que puedan afectar el estado nutricional del paciente (Aldas & Caiza, 2021).

La evaluación antropométrica comprende la medición de parámetros corporales como peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia braquial, circunferencia de pantorrilla y circunferencia de cintura. Estos indicadores permiten evaluar la composición corporal, identificar pérdida de masa muscular, detectar desnutrición, sobrepeso u obesidad y establecer el riesgo

nutricional del adulto mayor. En pacientes con limitaciones físicas o imposibilidad para mantenerse de pie, pueden utilizarse métodos indirectos de medición como talla talón-rodilla, altura de rodilla o envergadura braquial (Jaramillo et al., 2025).

La evaluación clínica incluye la observación de signos físicos asociados a deficiencias nutricionales, presencia de enfermedades crónicas, alteraciones gastrointestinales, disfagia, problemas de masticación, pérdida de fuerza muscular, edema, deshidratación y dependencia funcional. También se valoran antecedentes médicos, uso de medicamentos, nivel de actividad física y condiciones psicológicas que puedan influir en la alimentación y recuperación del paciente (Rivera & Rodríguez, 2022).

La evaluación bioquímica se realiza mediante análisis de laboratorio que permiten identificar alteraciones metabólicas y nutricionales. Entre los parámetros más utilizados se encuentran hemoglobina, albúmina, glucosa, perfil lipídico, proteínas séricas y electrolitos. Estos indicadores contribuyen a valorar el estado nutricional, la respuesta inflamatoria y posibles complicaciones asociadas a enfermedades crónicas (Trejos & Pinzón, 2025).

Por otra parte, la valoración dietética analiza los hábitos alimentarios, frecuencia de consumo, calidad de la dieta e ingesta calórica del paciente. Dentro de esta evaluación se aplican herramientas como el recordatorio de 24 horas, cuestionarios de frecuencia alimentaria y el Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), instrumento ampliamente utilizado para detectar riesgo de desnutrición en adultos mayores hospitalizados (Sánchez et al., 2025).

Finalmente, la valoración funcional permite determinar el grado de independencia del adulto mayor mediante la evaluación de movilidad, fuerza muscular y capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Esta valoración es importante debido a que la disminución funcional suele relacionarse directamente con el deterioro del estado nutricional y aumento de complicaciones clínicas.

2.4.2 Diagnóstico nutricional

El diagnóstico nutricional corresponde a la segunda fase del Proceso de Atención Nutricional y consiste en identificar, describir y priorizar los problemas nutricionales detectados durante la valoración integral del paciente.

Esta etapa permite establecer las necesidades nutricionales específicas del adulto mayor hospitalizado y orientar las intervenciones terapéuticas adecuadas para mejorar su estado de salud (Nishimura et al., 2023).

El diagnóstico nutricional se fundamenta en el análisis e interpretación de toda la información obtenida durante la evaluación antropométrica, clínica, bioquímica y dietética. Su propósito principal es determinar la existencia de alteraciones como desnutrición, riesgo nutricional, sobrepeso, obesidad, sarcopenia, pérdida muscular o deficiencias alimentarias que puedan afectar la recuperación del paciente (Urrea & Cherres, 2025).

Para estructurar el diagnóstico nutricional se utiliza frecuentemente el formato PES, el cual incluye tres componentes fundamentales:

- Problema nutricional identificado.
- Etiología o causa que origina el problema.
- Signos y síntomas que evidencian la alteración nutricional.

Por ejemplo, un diagnóstico puede establecer desnutrición relacionada con disminución de la ingesta alimentaria secundaria a enfermedad crónica, evidenciada por pérdida de peso involuntaria y disminución de masa muscular.

El diagnóstico nutricional debe basarse en evidencia científica y en criterios clínicos objetivos que permitan establecer prioridades de atención. En adultos mayores hospitalizados es común identificar problemas asociados con disminución del apetito, enfermedades metabólicas, alteraciones funcionales y dificultades para alimentarse adecuadamente (Pinzón et al., 2022).

Además, esta fase permite clasificar el grado de severidad del problema nutricional y determinar el nivel de riesgo del paciente, facilitando la planificación de estrategias terapéuticas individualizadas que contribuyan a mejorar la evolución clínica y calidad de vida del adulto mayor.

2.4.3 Intervención nutricional

La intervención nutricional constituye la tercera fase del Proceso de Atención Nutricional y comprende el conjunto de acciones dirigidas a corregir, mejorar o controlar los problemas nutricionales identificados durante el diagnóstico. Su finalidad es favorecer la recuperación clínica, prevenir

complicaciones asociadas a la malnutrición y mejorar el estado funcional del paciente adulto mayor hospitalizado (Cuno & Orozco, 2024).

Esta fase incluye la planificación e implementación de estrategias alimentarias individualizadas según las necesidades nutricionales, patologías presentes, estado clínico y condición funcional del paciente. La intervención debe considerar factores fisiológicos, metabólicos, psicológicos y sociales que puedan influir en la alimentación y evolución del adulto mayor (Bernui et al., 2021).

Una de las principales acciones dentro de esta etapa es la educación alimentaria, orientada a promover hábitos nutricionales saludables y mejorar el conocimiento del paciente y familiares sobre la importancia de una alimentación adecuada. La educación nutricional también contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento dietético y prevenir futuras complicaciones relacionadas con la alimentación (Pikel et al., 2023).

La modificación dietética constituye otra estrategia importante de intervención. Esta puede incluir adecuación de consistencia de alimentos, control de sodio, reducción de grasas, regulación de azúcares y ajuste de requerimientos calóricos según las patologías prevalentes del paciente, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal o enfermedades cardiovasculares (Cantú et al., 2022).

Asimismo, la intervención puede incluir suplementación nutricional oral cuando existe riesgo elevado de desnutrición o ingesta insuficiente de nutrientes. En algunos casos también se planifican colaciones saludables entre comidas principales para incrementar el aporte energético y proteico del adulto mayor hospitalizado (De Román et al., 2021).

El seguimiento hospitalario forma parte fundamental de esta fase, ya que permite controlar la tolerancia alimentaria, verificar el cumplimiento de las indicaciones nutricionales y realizar ajustes según la evolución clínica del paciente. La intervención nutricional debe mantenerse de manera continua para garantizar mejores resultados terapéuticos y prevenir deterioro nutricional durante la hospitalización (Zorzo et al., 2021).

2.4.4 Monitoreo y evaluación nutricional

El monitoreo y evaluación nutricional constituye la última fase del Proceso de Atención Nutricional y consiste en realizar seguimiento continuo al paciente con la finalidad de valorar la efectividad de las intervenciones nutricionales implementadas. Esta etapa permite determinar si los objetivos terapéuticos se están cumpliendo y establecer modificaciones oportunas en el plan de atención nutricional (Abad et al., 2025).

Durante el monitoreo se realiza una reevaluación antropométrica periódica mediante control de peso, índice de masa corporal, circunferencia braquial y circunferencia de pantorrilla. Estos indicadores permiten identificar cambios en la composición corporal, recuperación de masa muscular o persistencia de alteraciones nutricionales (Gomez & Alvarado, 2024).

También se evalúa la evolución clínica del paciente considerando mejoría funcional, recuperación física, disminución de síntomas asociados a desnutrición y respuesta al tratamiento nutricional. La evolución favorable del adulto mayor suele reflejarse en aumento del apetito, mejor tolerancia alimentaria, incremento de fuerza muscular y reducción de complicaciones clínicas (ADD, 2024).

La evaluación dietética durante esta fase permite verificar el cumplimiento de las recomendaciones alimentarias y analizar la adherencia del paciente al tratamiento nutricional establecido. Asimismo, se controla la cantidad y calidad de alimentos consumidos, identificando posibles dificultades relacionadas con la alimentación hospitalaria (Fuster, 2023).

Otro aspecto importante del monitoreo y la evaluación será valorar la efectividad de la intervención nutricional a partir de los resultados del paciente. Nos permitirá determinar si la intervención realizada ha mejorado su estado nutricional y disminuir el riesgo de las posibles complicaciones (Tenelema & Lasso, 2023).

Finalmente, el monitoreo y la evaluación nutricional garantizan la continuidad en el cuidado de la nutrición, ya que mediante estos se pueden realizar ajustes personalizados a partir de las necesidades del paciente y asegurar una atención de calidad para el adulto mayor hospitalizado, con el propósito de mejorar su recuperación clínica y su calidad de vida.

2.4.5 Antropometría

La antropometría es una técnica utilizada para medir las dimensiones, proporciones y composición corporal del ser humano con la finalidad de evaluar el estado nutricional y detectar alteraciones relacionadas con desnutrición, sobrepeso, obesidad y pérdida de masa muscular. Constituye una de las herramientas más utilizadas dentro de la valoración nutricional debido a que proporciona información objetiva, práctica y de bajo costo sobre la condición física y nutricional del paciente (Manobanda, 2024).

La vigilancia del estado nutricional a través de la evaluación antropométrica cobra especial interés en la población de los adultos mayores, debido a los cambios fisiológicos producidos durante el envejecimiento, la disminución progresiva de la masa muscular, la disminución de la densidad ósea, la redistribución de la grasa corporal, la disminución de la talla, etc. Todas estas modificaciones pueden incidir sobre la funcionalidad, la movilidad y la calidad de vida del adulto mayor, aumentando el riesgo de sufrir una desnutrición, una sarcopenia, una fragilidad o una complicación clínica durante la hospitalización (Gómez & Alvarado, 2024).

La antropometría forma parte fundamental del Proceso de Atención Nutricional, ya que permite detectar de forma precoz distintas alteraciones nutricionales y determinar cuáles intervenciones han de tener lugar. En los pacientes hospitalizados, dejando al margen lo que hay de fundamental en el abordaje propio de la evaluación del estado clínico en los mayores, las mediciones antropométricas constituyen una excelente fuente para valorar el estado clínico, hacer seguimiento de la evolución nutricional y determinar la eficacia de las intervenciones alimentarias ejecutadas (Sani, 2022).

2.5 Importancia de la valoración antropométrica en el adulto mayor

La valoración antropométrica en el adulto mayor es importante porque permite detectar tempranamente problemas nutricionales que podrían agravar enfermedades crónicas y retrasar la recuperación hospitalaria. La pérdida involuntaria de peso, disminución de masa muscular y alteraciones en la composición corporal son frecuentes en esta etapa de vida y se relacionan directamente con aumento de complicaciones, dependencia funcional y mortalidad (Gomez & Alvarado, 2024).

La evaluación antropométrica también tiene la ventaja de poder identificar cambios atribuibles al envejecimiento fisiológico y poder distinguir a los que pueden ser de origen patológico. En el caso de los pacientes adultos mayores ingresados, el deterioro del estado nutricional suele evidenciarse clínicamente a través de pérdida de peso, disminución del apetito, debilidad o aumento de la debilidad muscular, y pérdida o disminución de la movilidad, por lo que no resulta extraño que las mediciones antropométricas sean utilizadas en la práctica para clasificar el riesgo nutricional (Fuster, 2023).

Otro aspecto relevante es que la antropometría permite realizar seguimiento continuo del paciente mediante comparaciones periódicas de peso, índice de masa corporal y circunferencias corporales, facilitando la evaluación de la evolución clínica y nutricional del adulto mayor durante la hospitalización.

2.6 Técnicas antropométricas en adultos mayores

Las técnicas antropométricas corresponden al conjunto de procedimientos utilizados para obtener mediciones corporales de manera estandarizada, objetiva y confiable, con el propósito de evaluar el estado nutricional y la composición corporal de una persona. Estas técnicas constituyen una herramienta fundamental dentro de la valoración nutricional, debido a que permiten identificar alteraciones relacionadas con desnutrición, sobrepeso, obesidad, pérdida de masa muscular y cambios funcionales asociados al envejecimiento (Betancur et al., 2025).

En el adulto mayor, las mediciones antropométricas adquieren una relevancia especial porque el envejecimiento genera modificaciones fisiológicas importantes en la composición corporal. Entre estos cambios se encuentran la disminución progresiva de masa muscular, reducción de la densidad ósea, redistribución del tejido adiposo, disminución de agua corporal y pérdida gradual de la talla. Estas alteraciones pueden influir directamente en el estado funcional, la movilidad, la independencia y la calidad de vida de la persona mayor (Moradell et al., 2023).

Además, en pacientes adultos mayores hospitalizados es frecuente encontrar condiciones clínicas que dificultan la realización de mediciones antropométricas convencionales. Ciertos pacientes presentan limitaciones de

movilidad, musculatura débil, alteraciones posturales, afecciones osteoarticulares, postración prolongada o dependencia física parcial o total. Debido a esto, las técnicas antropométricas tienen que ajustarse a cada una de las condiciones físicas y funcionales de cada paciente para asegurar que los resultados obtenidos sean correctos y sirvan como apoyo dentro del proceso de la atención nutricional (Vásquez et al., 2023).

La correcta aplicación de las técnicas antropométricas requiere seguir procedimientos estandarizados, utilizar instrumentos calibrados y considerar las características individuales del adulto mayor. Una medición incorrecta puede alterar la interpretación del estado nutricional y afectar el diagnóstico clínico del paciente. Por esta razón, el personal de salud debe poseer conocimientos adecuados sobre los métodos antropométricos y sus diferentes formas de aplicación en pacientes geriátricos (Esparza & Vaquero, 2023).

En adultos mayores que conservan la capacidad de mantenerse de pie y movilizarse sin dificultad, las mediciones antropométricas pueden realizarse de forma convencional utilizando balanza y tallímetro. Sin embargo, en pacientes hospitalizados con limitaciones funcionales, inmovilidad o alteraciones posturales, resulta necesario utilizar métodos alternativos o indirectos de medición que permitan estimar parámetros como peso y talla de manera segura y confiable (Gómez & Alvarado, 2024).

La antropometría en geriatría no solamente permite valorar el estado nutricional actual del paciente, sino también realizar seguimiento continuo de su evolución clínica durante la hospitalización. Las mediciones periódicas ayudan a detectar pérdida involuntaria de peso, deterioro muscular, retención de líquidos o cambios metabólicos relacionados con enfermedades crónicas frecuentes en adultos mayores. Asimismo, facilitan la evaluación de la efectividad de las intervenciones nutricionales implementadas dentro del tratamiento hospitalario (Nishimura et al., 2023).

2.6.1 Peso corporal

El peso corporal constituye uno de los indicadores antropométricos más importantes y utilizados dentro de la valoración nutricional del adulto mayor. Esta medición permite evaluar la masa corporal total del individuo e identificar alteraciones relacionadas con pérdida de peso, desnutrición, obesidad,

retención hídrica o cambios metabólicos asociados a diferentes patologías clínicas (Blanco et al., 2022).

En el adulto mayor, la pérdida involuntaria de peso representa un signo de alarma clínica debido a que generalmente se relaciona con disminución de masa muscular, deterioro funcional, fragilidad, enfermedades crónicas, procesos inflamatorios y aumento del riesgo de morbimortalidad. La reducción progresiva del peso corporal puede indicar un estado de desnutrición o un deterioro importante del estado general de salud del paciente hospitalizado (ADD, 2024).

Por otro lado, el aumento excesivo de peso también puede representar un problema de salud en esta población, especialmente cuando se asocia a acumulación de grasa corporal y presencia de enfermedades metabólicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca o enfermedades cardiovasculares. Por ello, el peso corporal debe interpretarse siempre en conjunto con otros indicadores antropométricos y clínicos (Urrea & Cherres, 2025).

La medición del peso corporal en adultos mayores debe realizarse utilizando balanzas calibradas y siguiendo procedimientos adecuados que garanticen precisión y seguridad. En pacientes que pueden mantenerse de pie, el peso se obtiene con balanza convencional, procurando que el paciente permanezca descalzo y con la menor cantidad posible de ropa pesada. En adultos mayores hospitalizados con dificultad para mantenerse erguidos, pueden utilizarse balanzas especiales para silla de ruedas o camas clínicas con sistema de pesaje incorporado (Donoso & Jiménez, 2022).

El control periódico del peso corporal permite monitorear la evolución clínica y nutricional del paciente durante la hospitalización. Variaciones significativas de peso en corto tiempo pueden reflejar pérdida muscular, deshidratación, edema o alteraciones metabólicas que requieren intervención inmediata. Asimismo, el seguimiento del peso permite evaluar la efectividad de las estrategias nutricionales implementadas y realizar ajustes terapéuticos cuando sea necesario.

Fórmulas para la estimación del peso corporal en adultos mayores

Las condiciones de inmovilidad, el encamamiento prolongado y/o las limitaciones funcionales en adultos mayores hospitalizados son situaciones que pueden permitir la estimación del peso corporal a partir de fórmulas antropométricas indirectas, las que posibilitan calcular un aproximado del peso corporal real, utilizando algunas mediciones corporales como circunferencia braquial, circunferencia de pantorrilla y altura de la rodilla (Cuellar, 2025).

- **Fórmula de Chumlea para estimación de peso en hombres**

Peso(kg) = (1.10 × Circunferencia braquial) +(1.73× Circunferencia de pantorrilla) + (0.98× Altura de rodilla) −81.69

- **Fórmula de Chumlea para estimación de peso en mujeres**

Peso(kg)= (1.27× Circunferencia braquial) +(0.87× Circunferencia de pantorrilla) +(0.98 ×Altura de rodilla) −62.35

Estas fórmulas tienen un uso habitual en geriatría y en nutrición clínica porque permiten estimar el peso corporal en pacientes mayores con problemas de mantenerse de pie o hacer uso de balanza. La estimación adecuada del peso corporal es de gran importancia, ya que permite estimar adecuadamente los requerimientos nutricionales, las dosis de medicamento a aplicar, o bien realizar la evaluación del estado nutricional del paciente hospitalizado (Martínez et al., 2023).

2.6.2 Talla

La talla es un parámetro antropométrico fundamental utilizado para evaluar la proporcionalidad corporal y calcular indicadores importantes como el índice de masa corporal. En adultos mayores, la medición de la talla presenta ciertas dificultades debido a los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, tales como cifosis dorsal, osteoporosis, compresión vertebral, reducción de espacios intervertebrales y alteraciones posturales progresivas (Toapanta, 2025).

Estos cambios provocan una disminución gradual de la estatura real del adulto mayor, lo cual puede generar errores en la interpretación del estado nutricional si no se utilizan métodos adecuados de medición. Por esta razón, la

valoración de la talla en geriatría requiere considerar las condiciones físicas y funcionales del paciente (Vásquez et al., 2023).

En adultos mayores que pueden mantenerse de pie, la talla se mide utilizando un tallímetro fijo o portátil, procurando que el paciente permanezca erguido, con la cabeza alineada y los talones apoyados correctamente sobre la superficie de medición. Sin embargo, muchos pacientes hospitalizados presentan limitaciones físicas que dificultan realizar esta técnica de forma convencional (Bernui et al., 2021).

Cuando el adulto mayor no puede mantenerse de pie debido a inmovilidad, debilidad muscular, encamamiento o deformidades osteoarticulares, se utilizan métodos alternativos para estimar la talla. Entre los más utilizados se encuentran la medición de altura talón-rodilla, altura de rodilla y envergadura braquial. Estos métodos indirectos permiten obtener estimaciones confiables de la estatura real del paciente y facilitan el cálculo de indicadores antropométricos como el índice de masa corporal (Tenelema & Lasso, 2023).

La talla constituye un parámetro esencial dentro de la valoración nutricional porque permite interpretar adecuadamente el peso corporal y detectar alteraciones relacionadas con desnutrición, obesidad o pérdida de masa muscular. Una medición incorrecta de la talla puede generar errores diagnósticos y afectar la planificación de intervenciones nutricionales en el adulto mayor hospitalizado (Pikel et al., 2023).

2.6.3 Fórmulas para la estimación de la talla en adultos mayores

La estatura puede ser estimada a través de fórmulas antropométricas indirectas en los adultos mayores hospitalizados que presenten limitaciones funcionales, encamamiento prolongado o alteraciones posturales. Estos métodos permiten obtener una estimación válida de la estatura real del paciente y facilitar la evaluación nutricional (Quispe, 2025).

- **Fórmula de Chumlea para hombres**

La fórmula utilizada para estimar la talla en hombres adultos mayores es la siguiente:

$$\text{Talla(cm)} = 64.19 + (2.02 \times \text{Altura de rodilla}) - (0.04 \times \text{Edad})$$

- **Fórmula de Chumlea para mujeres**

La fórmula utilizada para estimar la talla en mujeres adultas mayores es:
Talla(cm)=84.88+(1.83 × Altura de rodilla) − (0.24 × Edad)

Las fórmulas aquí presentadas pueden ser utilizadas para estimar la talla de los pacientes geriátricos que no logran mantenerse de pie como consecuencia de ciertos factores como la inmovilidad, las deformidades osteoarticulares, la debilidad muscular o las enfermedades crónicas. Es necesario realizar una correcta estimación de la talla a fin de poder calcular otros parámetros antropométricos, como por ejemplo, el índice de masa corporal o bien el estado nutricional del adulto mayor (Cervera, 2023).

2.6.4 Estimación de talla mediante envergadura braquial

Un segundo método indirecto de estimar la talla es mediante la medición envergadura braquial, particularmente en sujetos con alteraciones vertebrales o limitaciones funcionales. En líneas generales, la talla estimada viene a corresponder con la longitud total de la envergadura de brazos extendidos

Talla estimada (cm) ≈ Envergadura braquial (cm)

Índice de Masa Corporal en el adulto mayor (IMC)

El índice de masa corporal (IMC) es uno de los indicadores antropométricos más utilizados para evaluar el estado nutricional de una persona mediante la relación entre el peso corporal y la talla. Este indicador permite clasificar al individuo en diferentes categorías nutricionales como bajo peso, normopeso, sobrepeso u obesidad, constituyendo una herramienta práctica y de gran utilidad dentro de la valoración nutricional clínica (Español, 2025).

La fórmula tradicional para calcular el índice de masa corporal es la siguiente:

$$IMC = \frac{peso\ (Kg)}{talla^2\ (m^2)}$$

El IMC es ampliamente utilizado debido a que permite identificar alteraciones del estado nutricional de manera rápida y sencilla. Sin embargo, en el adulto mayor su interpretación debe realizarse con precaución, ya que el

envejecimiento produce cambios importantes en la composición corporal que pueden modificar los resultados obtenidos (Español, 2025).

Durante el proceso de envejecimiento se presentan alteraciones fisiológicas como disminución progresiva de masa muscular, reducción de masa ósea, redistribución de grasa corporal y pérdida gradual de talla. Estas modificaciones pueden ocasionar que el índice de masa corporal no refleje completamente la condición nutricional real del adulto mayor si se utilizan únicamente los parámetros establecidos para adultos jóvenes (Cahuana et al., 2025).

Por esta razón, en geriatría se utilizan criterios específicos para interpretar el IMC en adultos mayores, debido a que valores considerados normales en adultos jóvenes pueden representar riesgo nutricional en personas de edad avanzada. Un IMC bajo en el adulto mayor suele asociarse con pérdida muscular, fragilidad, desnutrición, disminución funcional y aumento del riesgo de morbimortalidad. Por otra parte, valores elevados se relacionan con hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y limitaciones funcionales (Arnal, 2024).

En pacientes adultos mayores hospitalizados, el IMC constituye una herramienta importante para detectar riesgo nutricional y establecer intervenciones oportunas dentro del Proceso de Atención Nutricional. Su valoración debe complementarse con otros indicadores antropométricos como circunferencia braquial, circunferencia de pantorrilla, pérdida de peso involuntaria y evaluación dietética, debido a que el IMC por sí solo no permite identificar completamente alteraciones en la composición corporal (Winter et al., 2021).

2.7 Clasificación del IMC en adultos mayores

Para la interpretación del IMC en adultos mayores se utilizan criterios geriátricos específicos, como la clasificación propuesta por Lipschitz, la cual considera las características fisiológicas propias del envejecimiento.

Tabla 1. *Clasificación de IMC en adultos mayores*

Clasificación	IMC en adulto mayor
Bajo peso	< 23 kg/m²
Normal	23 – 27,9 kg/m²
Sobrepeso	28 – 31,9 kg/m²
Obesidad	≥ 32 kg/m²

Nota. Adaptado de Silva et al. (2023).

Según esta clasificación, un IMC inferior a 23 kg/m² en adultos mayores puede indicar riesgo de desnutrición y pérdida de masa muscular, especialmente en pacientes hospitalizados o con enfermedades crónicas. Esta condición puede relacionarse con debilidad física, disminución funcional, fragilidad y mayor riesgo de complicaciones clínicas (Silva et al., 2023).

Los valores comprendidos entre 23 y 27,9 kg/m² son considerados normales en el adulto mayor, debido a que representan un equilibrio adecuado entre reservas corporales y funcionalidad. En esta etapa de vida, mantener un peso ligeramente superior al considerado normal en adultos jóvenes puede resultar beneficioso para reducir riesgos asociados a enfermedades y hospitalización (Blanco et al., 2022).

El sobrepeso y la obesidad en adultos mayores se relacionan con mayor probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, limitaciones de movilidad y deterioro funcional. Además, el exceso de grasa corporal puede aumentar la carga metabólica y dificultar la recuperación clínica durante procesos de hospitalización.

En pacientes geriátricos hospitalizados, la evaluación del IMC permite identificar oportunamente alteraciones nutricionales y establecer estrategias de intervención orientadas a mejorar el estado de salud y la calidad de vida del adulto mayor.

2.8 Otras formas de calcular talla e IMC en adultos mayores

En los adultos mayores hospitalizados es frecuente encontrar limitaciones físicas y funcionales que dificultan la obtención de mediciones antropométricas mediante técnicas convencionales. Muchos pacientes presentan inmovilidad, debilidad muscular, encamamiento prolongado, enfermedades osteoarticulares, alteraciones neurológicas, dependencia funcional o dificultades para

mantenerse de pie durante la valoración nutricional.

Asimismo, durante el envejecimiento suelen producirse alteraciones posturales como cifosis dorsal, escoliosis, osteoporosis y disminución de los espacios intervertebrales, condiciones que modifican la talla real del adulto mayor y pueden generar errores en el cálculo del índice de masa corporal cuando únicamente se utiliza la medición tradicional de estatura (Ferrán, 2023).

Por este motivo, en la geriatría y la nutrición clínica se utilizan métodos indirectos para estimar la altura del paciente anciano. Estas técnicas permiten obtener un valor aproximado de la altura verdadera a partir de mediciones que proporcionan información alternativa orientada al cálculo del índice de masa corporal y a la evaluación del estado nutricional de los pacientes hospitalizados (Wanden, 2022).

La utilización de métodos indirectos desempeña un papel fundamental en el seno del Proceso de Atención Nutricional, sobre todo en pacientes con patologías de medicina interna que poseen limitaciones motoras o enfermedades crónicas que imposibilitan realizar las mediciones convencionales.

2.9 Circunferencia de cintura y cadera

La circunferencia de cintura y cadera constituye un procedimiento antropométrico que se utiliza para evaluar la distribución de la grasa corporal y estimar el riesgo cardiovascular y metabólico en los adultos mayores. La circunferencia de cintura hace posible la identificación de la grasa abdominal, mientras que la circunferencia de cadera evalúa el perímetro máximo de la región glútea, siendo a su vez los dos parámetros más relevantes de la valoración nutricional y clínica del paciente (Anchari et al., 2025).

La circunferencia de cintura se mide mediante una cinta que no se extiende y es flexible, colocando al paciente de pie, con el abdomen relajado y los brazos colgando libres, debiendo situar la cinta en el punto medio entre el borde inferior de la última costilla y la cresta ilíaca. La medición tiene lugar al final de un ciclo de espiración normal, registrándose el resultado en centímetros. Bohmann et al. (2025) consideran valores normales de circunferencia de cintura por debajo de los 94 cm en hombres y de 80 cm en

mujeres, por lo tanto, las cifras que superan estos límites indican un incremento en el riesgo cardiovascular y metabólico.

Por otra parte, la circunferencia de cadera se obtiene a partir de la cinta métrica que se coloca alrededor de la parte que sobresale de los glúteos, teniendo cuidado de que la cinta no se desplace verticalmente y comprima la piel en todo momento. Esta medición permite complementar la valoración de la distribución de la adiposidad a partir del índice de cintura/cadera. Los valores normales para el índice de cintura/cadera son menores a 0,90 en hombres y menores a 0,85 en mujeres.

Los valores superiores indican un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y trastornos metabólicos. Así, la valoración global de cintura y de cadera empieza a formar parte de la valoración del Proceso de Atención Nutricional, ya que permite valorar alteraciones relacionadas con la obesidad abdominal, el síndrome metabólico y el riesgo cardiovascular, sobre todo en las personas mayores hospitalizadas por enfermedad crónica con limitaciones funcionales, que requieren una atención nutricional muy transversal.

Tabla 2. *Valores normales de la circunferencia de cintura, cadera e índice cintura-cadera en adultos mayores*

Indicador antropométrico	Hombres	Mujeres	Interpretación
Circunferencia de cintura normal	< 92 cm	< 88 cm	Riesgo cardiovascular bajo
Circunferencia de cintura aumentada	≥ 92 cm	≥ 88 cm	Riesgo cardiovascular incrementado
Circunferencia de cintura muy aumentada	≥ 102 cm	≥ 88 cm	Alto riesgo cardiovascular y metabólico
Índice cintura-cadera normal	< 0,90	< 0,85	Distribución grasa adecuada
Índice cintura-cadera elevado	≥ 0,90	≥ 0,85	Riesgo de obesidad abdominal y enfermedades metabólicas

Nota. Adaptado de los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025).

Los valores de referencia de la circunferencia de cintura, cadera e índice cintura-cadera permiten identificar el riesgo cardiovascular y metabólico asociado a la acumulación de grasa abdominal en los adultos mayores. A continuación, se presentan los parámetros considerados normales según la Organización Mundial de la Salud.

2.10 Talla talón-rodilla

La medición talón-rodilla es una de las técnicas antropométricas más utilizadas para estimar la talla en adultos mayores que no pueden mantenerse de pie. Este método resulta útil en pacientes encamados, con discapacidad física, alteraciones posturales o limitaciones funcionales severas.

La técnica consiste en medir la distancia existente entre el talón y la rodilla flexionada en un ángulo de 90 grados utilizando un calibrador antropométrico o cinta métrica especializada. Posteriormente, el valor obtenido se introduce en fórmulas específicas que permiten estimar la talla aproximada del paciente (ADD, 2024).

Este procedimiento presenta ventajas importantes debido a que los huesos largos de las extremidades inferiores suelen mantener una longitud relativamente estable durante el envejecimiento, aun cuando existan alteraciones de columna vertebral o disminución de talla relacionada con la edad (Quiroz, 2025).

La medición talón-rodilla permite obtener resultados más precisos en adultos mayores con cifosis, osteoporosis o compresión vertebral, condiciones frecuentes en pacientes geriátricos hospitalizados. Además, constituye una alternativa segura y práctica para pacientes que presentan dificultad para movilizarse o mantenerse erguidos.

Figura 1. *Talla talón-rodilla*



Nota. Adaptado de ADD (2024) y Quiroz (2025).

2.11 Envergadura braquial

La envergadura braquial es otro método indirecto utilizado para estimar la talla en adultos mayores con limitaciones físicas. Esta técnica consiste en medir la distancia entre las puntas de los dedos medios de ambas manos mientras el paciente mantiene los brazos extendidos horizontalmente en forma de cruz.

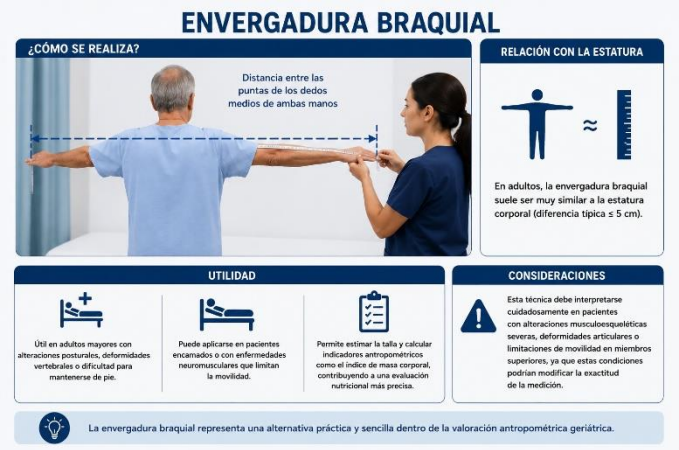
En personas adultas, la envergadura suele guardar relación proporcional con la estatura corporal, por lo que puede utilizarse como referencia para estimar la talla real cuando no es posible realizar la medición convencional.

Dicha manera de actuar es especialmente interesante en una población determinada como son los ancianos hospitalizados con alteraciones posturales, deformaciones vertebrales o dificultad para mantenerse de pie. También es interesante emplearla con pacientes encamados o con enfermedades neuromusculares que suponen un detrimento importante de la capacidad de movimiento. La envergadura braquial representa una alternativa práctica y sencilla dentro de la valoración antropométrica geriátrica, permitiendo calcular indicadores importantes como el índice de masa corporal y contribuyendo a una evaluación nutricional más precisa (Sánchez et al., 2022).

Sin embargo, esta técnica debe interpretarse cuidadosamente en pacientes con alteraciones musculoesqueléticas severas, deformidades

articulares o limitaciones de movilidad en miembros superiores, ya que estas condiciones podrían modificar la exactitud de la medición (Bernui et al., 2021).

Figura 2. *Envergadura braquial*



Nota. Adaptado de Bernui et al., (2021).

2.12 Altura de rodilla de Chumlea

La altura de rodilla de Chumlea constituye uno de los métodos más importantes y utilizados en geriatría para estimar la talla en adultos mayores hospitalizados. Esta técnica fue desarrollada específicamente para pacientes que presentan limitaciones funcionales, inmovilidad o alteraciones posturales que dificultan la medición convencional de la estatura.

El procedimiento consiste en medir la distancia desde la planta del pie hasta la superficie anterior del muslo, a nivel de la rodilla flexionada en un ángulo de 90 grados. Posteriormente, la medición obtenida se aplica en fórmulas matemáticas propuestas por Chumlea, las cuales permiten estimar la talla del adulto mayor según sexo y edad (Blanco et al., 2022).

La altura de rodilla de Chumlea es considerada uno de los métodos más confiables para estimar talla en pacientes geriátricos debido a que minimiza errores ocasionados por pérdida de estatura relacionada con envejecimiento, cifosis o compresión vertebral (Aldas & Caiza, 2021).

Figura 3. *Altura de rodilla de Chumlea*



Nota. Adaptado de Robles et al., (2025).

Las fórmulas de Chumlea más utilizadas son las siguientes:

Fórmula para hombres

Talla(cm)=64.19 + (2.02× altura de rodilla) − (0.04 ×edad)

Fórmula para mujeres

Talla(cm)=84.88 + (1.83× altura de rodilla) − (0.24 × edad)

Estas fórmulas permiten estimar la talla de manera aproximada y confiable, contribuyendo significativamente a la valoración nutricional integral del adulto mayor hospitalizado (Robles et al., 2025).

La aplicación de métodos indirectos como talla talón-rodilla, envergadura braquial y altura de rodilla de Chumlea resulta fundamental dentro de la atención nutricional geriátrica, ya que permiten obtener información antropométrica precisa aun en pacientes con importantes limitaciones físicas o funcionales (Bouchennou & Laínez 2024).

Ejemplo de fórmula de Chumlea para hombres

Supongamos un adulto mayor masculino de 70 años con una altura de rodilla de 50 cm.

La fórmula es:

Talla(cm)=64.19+(2.02 × altura de rodilla) − (0.04 × edad)

Reemplazando los datos:

Talla=(64.19)+(2.02×50)−(0.04×70)

Resultado:

Talla=64.19+101−2.8=**162.39 cm**

La talla estimada del adulto mayor es aproximadamente 162,4 cm.

Ejemplo de fórmula de Chumlea para mujeres

Supongamos una adulta mayor femenina de 68 años con una altura de rodilla de 47 cm.

La fórmula es:

Talla(cm)=84.88+(1.83 × altura de rodilla) − (0.24 × edad)

Reemplazando los datos:

Talla=(84.88)+(1.83×47)−(0.24×68)

Resultado:

Talla=84.88+86.01−16.32=**154.57 cm**

La talla estimada de la adulta mayor es aproximadamente 154,6 cm.

2.13 Valores normales antropométricos en adultos mayores

La valoración de parámetros antropométricos en adultos mayores permite identificar alteraciones nutricionales de manera temprana y constituye una herramienta fundamental dentro del Proceso de Atención Nutricional. En geriatría, indicadores como la circunferencia braquial y la circunferencia de pantorrilla son ampliamente utilizados debido a que permiten evaluar reservas musculares, masa magra y riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados (Esparza & Vaquero, 2023).

Estos indicadores adquieren especial importancia en adultos mayores porque durante el envejecimiento ocurre una disminución progresiva de masa muscular y fuerza física, situación que incrementa el riesgo de fragilidad, dependencia funcional y complicaciones clínicas. Por esta razón, la interpretación de los valores antropométricos debe realizarse considerando parámetros específicos para población geriátrica.

2.14 Circunferencia braquial

La circunferencia braquial es un indicador antropométrico utilizado para evaluar las reservas musculares y energéticas del organismo. Su medición se realiza en el punto medio entre el acromion y el olécranon, generalmente en el brazo no dominante, utilizando una cinta métrica flexible y no extensible (Torres, 2022).

Este parámetro permite identificar pérdida de masa muscular, desnutrición proteico-calórica y deterioro nutricional, especialmente en adultos mayores hospitalizados o con enfermedades crónicas. Además, constituye una medición sencilla, económica y de fácil aplicación dentro del entorno hospitalario (Blanco et al., 2022).

En los adultos mayores, la disminución de la circunferencia braquial suele asociarse con sarcopenia, debilidad muscular, reducción funcional y mayor riesgo de dependencia física. Valores bajos pueden indicar déficit nutricional prolongado y pérdida de reservas corporales.

Tabla 3. *Valores normales de circunferencia braquial*

Sexo	Valor normal
Hombres	> 23 cm
Mujeres	> 22 cm

Nota. Adaptado de Blanco et al. (2022).

Los valores que presenten cifras por debajo de estos parámetros son considerados como indicadores de riesgo nutricional y pérdida del músculo. En el caso de los ancianos en hospitalización, la disminución de la circunferencia braquial también se asocia con mayor tiempo de estancia hospitalaria, disminución de la capacidad funcional e incremento en el riesgo de complicaciones clínicas (Benavides, 2025).

Asimismo, este indicador resulta útil para monitorear la evolución nutricional del paciente y evaluar la efectividad de las intervenciones alimentarias implementadas durante la hospitalización (Benavides, 2025).

2.15 Circunferencia de pantorrilla

La circunferencia de pantorrilla es uno de los indicadores antropométricos más importantes en geriatría debido a que permite valorar la masa muscular periférica y detectar pérdida muscular asociada al envejecimiento o desnutrición (Vásquez, 2024).

La medición se realiza en la parte más ancha de la pantorrilla con el paciente sentado o acostado, utilizando una cinta métrica flexible. Esta técnica es rápida, sencilla y ampliamente utilizada en adultos mayores hospitalizados (González, 2022).

La circunferencia de pantorrilla tiene un gran interés clínico ya que forma parte de la valoración del Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), que se utiliza para detectar el riesgo de desnutrición en personas de edad avanzada. La disminución de esta medida queda comúnmente asociada con sarcopenia, fragilidad, deterioro funcional y aumento del riesgo de dependencia física (Silva & Stagg, 2025).

Además, valores bajos de circunferencia de pantorrilla pueden reflejar pérdida de masa muscular secundaria a enfermedades crónicas, inmovilidad prolongada, disminución de la actividad física o ingesta alimentaria insuficiente.

Tabla 4*. Valores normales de circunferencia de pantorrilla*

Clasificación	Valor
Normal	≥ 31 cm
Riesgo de desnutrición	< 31 cm

Nota. Adaptado del Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) Miranda & Meza, (2022).

Una circunferencia de pantorrilla inferior a los 31 cm se considera un marcador de pérdida muscular y riesgo nutricional en adultos mayores, pudiendo relacionarse con disminución de fuerza física, ya sea en relación con determinadas alteraciones funcionales o mayor vulnerabilidad a las enfermedades, complicaciones y el ingreso hospitalario.

Por esta razón, la evaluación de la circunferencia de pantorrilla constituye una herramienta fundamental dentro de la valoración antropométrica geriátrica, permitiendo identificar tempranamente pacientes con riesgo de desnutrición y establecer intervenciones nutricionales oportunas orientadas a mejorar el estado funcional y la calidad de vida del adulto mayor hospitalizado (Ocariz et al., 2022).

2.16 Valores antropométricos y nutricionales en patologías frecuentes del adulto mayor

En los adultos mayores hospitalizados, las enfermedades crónicas representan uno de los principales factores asociados al deterioro del estado nutricional y funcional. Entre las patologías más frecuentes en los servicios de medicina interna se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus,

enfermedades que guardan una estrecha relación con alteraciones antropométricas, metabólicas y dietéticas (Sardon, 2021).

En este grupo poblacional, la valoración nutricional adquiere gran importancia debido a que tanto el exceso como el déficit de peso pueden influir negativamente en la evolución clínica del paciente. Por esta razón, el control del peso corporal y de la composición corporal debe realizarse de manera más estricta en adultos mayores con enfermedades crónicas, considerando parámetros específicos para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida (Campos et al., 2024).

Asimismo, la presencia de obesidad abdominal, pérdida muscular y desnutrición puede agravar significativamente el pronóstico clínico del adulto mayor, aumentando el riesgo de dependencia funcional, hospitalizaciones frecuentes y complicaciones cardiovasculares.

2.17 Valoración dietética en el adulto mayor

En el adulto mayor que presenta enfermedades crónicas, la alimentación debe ser ajustada a sus necesidades nutricionales y metabólicas dependiendo de la enfermedad con el fin de evitar complicaciones y proporcionar calidad de vida. Desde el punto de vista nutricional, los pacientes que sufren diabetes mellitus, hipertensión arterial y/o insuficiencia renal deben mantener una alimentación equilibrada, moderada en azúcares, grasas, sodio y proteínas, dependiendo del estado del paciente, así como con las porciones correctas con el objeto de no generar descompensaciones metabólicas, ni pérdida de la masa muscular ni deterioro del estado nutricional (Sandoval & Parrales, 2026).

La evaluación del patrón alimentario y la dieta se considera uno de los aspectos más importantes en el marco del Proceso de Atención Nutricional, ya que permite valorar la práctica de hábitos alimentarios, la frecuencia de los alimentos que el paciente adulto mayor ingiere, la calidad de su dieta habitual y realizar un posible diagnóstico de deficiencia en el estado nutricional del paciente adulto mayor. Este estudio dietético ofrece información sobre la ingesta y permite realizar la detección precoz de riesgo de desnutrición, pérdida de masa muscular o alteraciones en el metabolismo de los nutrientes en relación a las enfermedades crónicas (Muñoz & Martìnez, 2024).

En los adultos mayores hospitalizados, la valoración de la dieta cobra especial importancia debido a los múltiples cambios fisiológicos asociados al proceso del envejecimiento; la disminución del apetito, alteraciones del sabor y del olfato, problemas para masticar, disfagia, limitaciones en sus funciones, etc., que evidentemente repercuten en la alimentación. Además, los factores psicológicos, sociales y económicos pueden afectar también su calidad de la ingestión alimentaria (Ruiz & Pliego, 2023).

La valoración dietética permite valorar el consumo de energía, proteínas, vitaminas, minerales, líquidos, etc., para evaluar la existencia de un desequilibrio que afecte el estado de salud del adulto mayor, además de servir como punto de partida para planear una intervención alimentaria individualizada que tenga como finalidad la mejora de la recuperación clínica y prevenir complicaciones propias del hospitalizado (Tello, 2025).

Tabla 5. *Recomendaciones dietéticas en adultos mayores con enfermedades crónicas*

Patología	Alimentos permitidos	Alimentos que deben evitarse	Recomendaciones de porciones
Diabetes mellitus	Verduras, frutas con bajo índice glucémico, cereales integrales, carnes magras, legumbres y agua	Azúcar refinada, gaseosas, dulces, pan blanco, postres y alimentos ultra procesados	Consumir 5 comidas pequeñas al día, controlar las porciones de carbohidratos y evitar exceso de azúcares
Hipertensión arterial	Frutas, verduras, pescado, carnes magras, lácteos bajos en grasa y alimentos ricos en potasio	Sal en exceso, embutidos, enlatados, frituras, snacks y alimentos procesados	Reducir el consumo de sal a menos de 5 g al día y mantener adecuada hidratación
Insuficiencia renal	Arroz, verduras cocidas, frutas controladas, pollo, pescado y agua según indicación médica	Alimentos altos en sodio, fósforo y potasio como embutidos, chocolate, lácteos enteros, banano y bebidas gaseosas	Controlar la ingesta de proteínas, líquidos y minerales de acuerdo con la función renal

Nota. Adaptado de recomendaciones nutricionales para enfermedades crónicas en adultos mayores (OMS, 2025).

La adecuación de la dieta en ancianos con enfermedades crónicas es fundamental en el marco del Proceso de Atención Nutricional, pues por su propia naturaleza, esta ayuda a conservar un estado nutricional adecuado,

prevenir complicaciones metabólicas y favorecer la buena recuperación del paciente en el hospital. La misma adecuación tiene que ver con la orientación sobre alimentos permitidos y restringidos, además del control de las porciones, lo que favorece la adherencia y mejora los hábitos alimentarios.

2.18 Importancia de la valoración dietética en adultos mayores

La evaluación de la dieta es muy importante ya que puede detectar de forma precoz las alteraciones de la alimentación que pueden agravar enfermedades crónicas y afectar de forma negativa el estado nutricional del anciano. La inadecuada alimentación al momento de una hospitalización puede provocar pérdidas de peso, disminución de la masa muscular, debilidad física e incremento del riesgo de sufrir complicaciones clínicas (Vallejos & Ruiz, 2022).

Además, la evaluación de la dieta tiene como objetivo el hecho de detectar situaciones que afectan la ingesta, como son la anorexia, la intolerancia alimentaria, la dificultad para la deglución, la restricción dietética, o los hábitos alimentarios negativos. La evaluación de la dieta es de gran importancia para elaborar la pauta de alimentación en función de los requerimientos nutricionales y de la patología del paciente geriátrico (Medina, 2026).

La valoración de la dieta también puede servir para evaluar la aceptación la dieta hospitalaria, controlar el consumo de las preparaciones y la evaluación de las técnicas de intervención nutricional durante la hospitalización del paciente.

2.19 Métodos de valoración dietética

Existen diversos métodos utilizados para la evaluación de la ingesta alimentaria y hábitos dietéticos del anciano; de todos ellos, los más usados en la práctica clínica y hospitalaria son el recordatorio de 24 horas, el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y el Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) (Sánchez & Cárdenas, 2023).

2.20 Recordatorio de 24 horas

El recordatorio de 24 horas consiste en obtener información completa y pormenorizada sobre las comidas y bebidas que ha consumido el paciente en

las últimas 24 horas. Este método permite conocer no solo la cantidad, sino también la calidad y la distribución de los alimentos ingeridos; de esta forma, es un recurso útil para identificar las deficiencias nutricionales y las alteraciones en la alimentación del anciano (Sánchez & Cárdenas, 2023).

2.21 Frecuencia de consumo de alimentos

La frecuencia de consumo de alimentos evalúa el grado de periodicidad con el que el adulto mayor consume determinados grupos de alimentos como frutas, verduras, proteínas, lácteos, cereales y líquidos. Este método nos permite detectar patrones alimentarios no saludables y riesgos nutricionales con respecto a los déficits o excesos en la alimentación (Arellano, 2022).

2.22 Hipertensión arterial y estado nutricional

La hipertensión arterial constituye una de las enfermedades crónicas más frecuentes en los adultos mayores y representa un importante factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal y accidentes cerebrovasculares.

Diversos estudios han demostrado que existe una relación directa entre obesidad y presión arterial elevada. El exceso de peso corporal, especialmente la acumulación de grasa abdominal o visceral, favorece alteraciones metabólicas y cardiovasculares que incrementan el riesgo de hipertensión arterial y complicaciones asociadas (Zorzo et al., 2021).

En adultos mayores hipertensos, el control antropométrico resulta fundamental debido a que el sobrepeso y la obesidad aumentan la carga cardíaca, dificultan el control de la presión arterial y empeoran la evolución clínica del paciente. Asimismo, la obesidad abdominal se relaciona con resistencia a la insulina, alteraciones lipídicas y mayor riesgo cardiovascular.

Por otro lado, la desnutrición y la pérdida de masa muscular también representan un problema importante en adultos mayores hipertensos, ya que pueden ocasionar debilidad física, deterioro funcional y disminución de la capacidad de recuperación durante la hospitalización (Chela, 2022).

2.23 Relación entre obesidad e hipertensión arterial

El exceso de tejido adiposo favorece a la liberación de sustancias inflamatorias y alteraciones hormonales que incrementan la presión arterial.

Además, la obesidad abdominal se asocia con mayor rigidez vascular y aumento del riesgo cardiovascular.

En adultos mayores hipertensos, la evaluación de:

- índice de masa corporal,
- circunferencia abdominal,
- circunferencia braquial,
- circunferencia de pantorrilla,

permite identificar alteraciones nutricionales y establecer intervenciones orientadas al control del peso y prevención de complicaciones.

2.24 Diabetes mellitus y estado nutricional

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por alteraciones en el metabolismo de la glucosa, la cual afecta frecuentemente a la población adulta mayor. Esta patología suele asociarse con obesidad, sedentarismo, alteraciones cardiovasculares y deterioro funcional (Mina et al., 2024).

En adultos mayores diabéticos, la valoración nutricional es fundamental debido a que las alteraciones antropométricas influyen directamente en el control glucémico y en la evolución de la enfermedad. El exceso de grasa corporal, especialmente abdominal, favorece resistencia a la insulina y dificulta el control metabólico del paciente (Tomalá, 2023).

Sin embargo, en adultos mayores con diabetes también puede presentarse pérdida progresiva de masa muscular, condición conocida como sarcopenia diabética. Esta alteración se relaciona con disminución de fuerza física, fragilidad, dependencia funcional y aumento del riesgo de complicaciones hospitalarias.

La pérdida muscular en pacientes diabéticos puede producirse como consecuencia de alteraciones metabólicas, inflamación crónica, disminución de actividad física y deficiencias nutricionales. Por ello, la valoración de circunferencia braquial y circunferencia de pantorrilla resulta importante para detectar tempranamente deterioro muscular en esta población (Román et al., 2023).

2.25 IMC recomendado en adultos mayores con diabetes

En adultos mayores diabéticos se recomienda mantener un índice de masa corporal dentro de rangos adecuados que permitan un equilibrio entre reservas nutricionales y control metabólico**.**

Tabla 6. *IMC recomendado en adultos mayores con diabetes*

Clasificación	IMC recomendado
Riesgo de desnutrición	< 23 kg/m²
Adecuado	23 – 27,9 kg/m²
Riesgo metabólico elevado	≥ 28 kg/m²

***Nota*.** Adaptado de Román et al. (2023) y Catuto (2024).

Un IMC inferior a 23 kg/m² en adultos mayores con diabetes puede indicar desnutrición, pérdida muscular y mayor vulnerabilidad clínica. Por otro lado, valores elevados se relacionan con mayor riesgo cardiovascular, resistencia a la insulina y complicaciones metabólicas (Velasquez, 2024).

Por esta razón, el control del peso corporal en adultos mayores diabéticos debe ser individualizado y complementarse con evaluación dietética, valoración funcional y seguimiento antropométrico continuo.

2.26 Importancia de la valoración nutricional en patologías crónicas

La valoración antropométrica y dietética en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus permite identificar oportunamente alteraciones nutricionales que podrían empeorar la evolución clínica del paciente.

El monitoreo del peso corporal, índice de masa corporal, circunferencia abdominal y masa muscular facilita la detección de riesgo nutricional, obesidad abdominal, sarcopenia y desnutrición, contribuyendo al diseño de intervenciones nutricionales individualizadas.

Además, una adecuada intervención nutricional permite:

- mejorar el control metabólico,
- disminuir complicaciones cardiovasculares,
- reducir hospitalizaciones,

- favorecer la recuperación clínica,
- mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Por ello, dentro del Proceso de Atención Nutricional, la valoración antropométrica en pacientes con enfermedades crónicas constituye una estrategia fundamental para promover una atención integral y mejorar el pronóstico clínico del adulto mayor hospitalizado (Quispe, 2025).

2.27 Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)

El Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) es un instrumento de cribado de la nutrición diseñado para valorar el estado nutricional y detectar riesgo de malnutrición en personas mayores. Se usa ampliamente en los hospitales, centros geriátricos y atención primaria por su rapidez, facilidad de aplicación y buena fiabilidad en detectar alteraciones nutricionales en la población de edad avanzada (Silva & Stagg, 2025).

El MNA-SF constituye una herramienta fundamental dentro del Proceso de Atención Nutricional porque permite detectar de manera temprana pacientes con riesgo nutricional y establecer intervenciones oportunas que contribuyan a prevenir complicaciones clínicas, deterioro funcional y aumento de la estancia hospitalaria (Cortés, 2025).

En adultos mayores hospitalizados, la aplicación del MNA-SF adquiere gran importancia debido a que esta población presenta mayor vulnerabilidad a desarrollar desnutrición como consecuencia de enfermedades crónicas, disminución del apetito, pérdida muscular, limitaciones funcionales y alteraciones metabólicas relacionadas con el envejecimiento.

2.28 ¿Qué mide el MNA-SF?

El Mini Nutritional Assessment Short Form evalúa diferentes aspectos relacionados con el estado nutricional del adulto mayor mediante una serie de preguntas y mediciones antropométricas que permiten identificar alteraciones nutricionales de manera integral.

Este instrumento valora principalmente:

- disminución de la ingesta alimentaria,
- pérdida involuntaria de peso,
- movilidad,

- presencia de enfermedades agudas o estrés psicológico,
- alteraciones neuropsicológicas,
- índice de masa corporal o circunferencia de pantorrilla.

La combinación de estos parámetros permite identificar si el adulto mayor presenta un estado nutricional adecuado, riesgo de desnutrición o desnutrición establecida.

Por lo que se convierte en una herramienta de gran importancia dentro de la valoración geriátrica y nutricional. El MNA-SF no solo se encarga de evaluar cosas asociadas con el peso corporal, sino que también incluye factores funcionales y clínicos que afectan directamente el estado nutricional del adulto mayor (Arnal, 2024).

2.29 Relación del MNA-SF con el riesgo nutricional

El MNA-SF permite identificar tempranamente pacientes adultos mayores con riesgo de deterioro nutricional antes de que aparezcan complicaciones graves relacionadas con desnutrición.

La manifestación de la reducción de peso involuntario, la disminución del apetito, la movilidad reducida o la disminución de la masa muscular son variables que también pueden considerarse como importantes aspectos del riesgo nutricional en la población de ancianos hospitalizados. Estos elementos tienen importantes consecuencias clínicas al afectar negativamente a los resultados clínicos con las siguientes consecuencias clínicas: incremento del riesgo de infecciones, aumento de la fragilidad, mayor dependencia funcional y la extensión de la duración de la hospitalización (Bouchennou & Cendy, 2024).

La aplicación oportuna del MNA-SF facilita la implementación de intervenciones nutricionales tempranas dirigidas a mejorar la ingesta alimentaria, prevenir pérdida muscular y favorecer la recuperación integral del paciente geriátrico (Silva & Stagg, 2025).

2.30 Importancia de la circunferencia de pantorrilla en el MNA-SF

La circunferencia de pantorrilla constituye uno de los parámetros antropométricos incluidos dentro del MNA-SF debido a que representa un indicador importante de masa muscular y reserva proteica en adultos mayores.

Durante el envejecimiento ocurre una disminución progresiva de masa muscular conocida como sarcopenia, condición que incrementa el riesgo de fragilidad, deterioro funcional y desnutrición. Por esta razón, la evaluación de la circunferencia de pantorrilla permite detectar tempranamente pérdida muscular en pacientes geriátricos (Sandoval, 2021).

El MNA-SF utiliza la circunferencia de pantorrilla especialmente en pacientes donde no es posible obtener el índice de masa corporal, como adultos mayores encamados, con alteraciones posturales o limitaciones físicas severas.

Una circunferencia de pantorrilla menor de 31 cm se considera indicativa de riesgo nutricional y pérdida muscular en adultos mayores. Este hallazgo puede relacionarse con disminución de fuerza física, alteraciones funcionales y mayor vulnerabilidad clínica.

La inclusión de este parámetro dentro del MNA-SF demuestra la importancia de la valoración antropométrica dentro de la evaluación nutricional geriátrica y su relación directa con el estado funcional y clínico del paciente hospitalizado.

2.31 Interpretación de puntajes del MNA-SF

El MNA-SF permite clasificar el estado nutricional del adulto mayor mediante un sistema de puntuación que facilita identificar el nivel de riesgo nutricional y establecer intervenciones oportunas.

Tabla 7. *Clasificación de puntajes del MNA-SF*

Puntaje MNA-SF	Interpretación
≥ 24 puntos	Estado nutricional normal
17 – 23.5 puntos	Riesgo de desnutrición
< 17 puntos	Desnutrición

Nota. Adaptado del Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) y Eroles et al., (2021).

Los adultos mayores con puntajes entre ≥ 24 puntos presentan un estado nutricional adecuado y menor riesgo de complicaciones relacionadas con malnutrición. Sin embargo, es importante mantener seguimiento nutricional continuo, especialmente en pacientes hospitalizados.

Los pacientes con puntuaciones entre 17 a 23.5 puntos se consideran en riesgo de desnutrición, lo cual indica necesidad de vigilancia nutricional e intervención temprana para prevenir deterioro clínico y funcional.

Por otra parte, los adultos mayores con puntajes entre < 17 puntos presentan desnutrición establecida, condición que puede relacionarse con pérdida muscular severa, debilidad física, mayor estancia hospitalaria y aumento del riesgo de morbimortalidad.

2.32 Importancia del MNA-SF dentro del Proceso de Atención Nutricional

El Mini Nutritional Assessment Short Form representa una herramienta esencial dentro del Proceso de Atención Nutricional debido a que facilita la valoración integral del adulto mayor y permite identificar oportunamente alteraciones nutricionales que podrían afectar la recuperación clínica del paciente (Juca & Gordillo, 2024).

La utilización del MNA-SF dentro de los servicios de medicina interna favorece la detección precoz de desnutrición, la planificación de intervenciones nutricionales individualizadas y el seguimiento continuo del estado nutricional del adulto mayor hospitalizado (Fuente, 2023).

Asimismo, este instrumento contribuye a disminuir complicaciones clínicas, prevenir deterioro funcional y mejorar la calidad de vida del paciente geriátrico mediante una atención nutricional integral basada en evidencia científica.

2.33 Códigos de diagnóstico nutricional

Como indica la guia de Nutrición (2026) dentro de los diagnósticos nutricionales más relevantes para la atención de adultos mayores se encuentran los siguientes códigos:

- 5B54 – Bajo peso en adultos (Underweight in Adults): corresponde a los pacientes que presentan un peso corporal inferior al esperado para su talla y edad, constituyendo un indicador importante de riesgo nutricional y posible desnutrición.
- 5B50 – Desnutrición proteico-energética: incluye los trastornos derivados de una ingesta insuficiente de energía y proteínas, condición

frecuente en pacientes hospitalizados y adultos mayores con enfermedades crónicas.

- 5B51 – Emaciación (Wasting): se caracteriza por una pérdida significativa de peso y masa corporal, generalmente asociada con enfermedades agudas o procesos catabólicos.
- 5B52 – Retraso del crecimiento por desnutrición: aunque se aplica principalmente a población pediátrica, forma parte del grupo de trastornos nutricionales reconocidos por la CIE-11.
- 5B81 – Deficiencia de hierro: representa una de las deficiencias nutricionales más frecuentes y puede asociarse a anemia, disminución funcional y deterioro de la calidad de vida.
- 5B82 – Deficiencia de vitaminas: comprende las alteraciones ocasionadas por el consumo insuficiente o absorción inadecuada de vitaminas esenciales.
- 5B83 – Deficiencia de minerales y oligoelementos: incluye trastornos relacionados con déficits de zinc, selenio, magnesio y otros micronutrientes importantes para el mantenimiento de la salud.

Como actualización reciente de la CIE-11, la Organización Mundial de la Salud aprobó en 2025 el nuevo código 5B72 “Desnutrición en Adultos” (Undernutrition in Adults), cuya entrada en vigor está prevista para el año 2027. Este nuevo código fue desarrollado en concordancia con los criterios GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) y permitirá identificar de manera más precisa los diferentes tipos de desnutrición en adultos.

El código incluye tres subcategorías: 5B72.0 Desnutrición relacionada con enfermedad y presencia de inflamación moderada o severa; 5B72.1 Desnutrición relacionada con enfermedad sin inflamación discernible; y 5B72.2 Desnutrición asociada al ayuno o inanición. La incorporación de esta categoría constituye un avance importante para la nutrición clínica, debido a que reconoce formalmente la desnutrición del adulto como una entidad diagnóstica específica, mejorando la detección temprana, la investigación, la planificación de intervenciones nutricionales y el registro epidemiológico a nivel mundial.

La utilización de estos códigos dentro del Proceso de Atención Nutricional favorece la estandarización de los diagnósticos, facilita el seguimiento clínico de los pacientes hospitalizados y fortalece la calidad de los registros utilizados para la evaluación y monitoreo del estado nutricional de los adultos mayores.

2.34 Proceso de atención nutricional

El Proceso de Atención Nutricional (PAN) es un enfoque que se considera un método científico, un sistema de trabajo en el que nos vamos a basar para poder identificar, diagnosticar, intervenir y evaluar los problemas nutricionales de los pacientes (Osuna, 2023). Este modelo fue propuesto por la Asociación Americana de Dietistas (ADA) y plantea una estructura que organiza las decisiones clínicas fruto de la práctica clínica basada en la evidencia.

Mediante su aplicación se permite elaborar una atención nutricional individualizada garantizando una identificación a tiempo de los problemas nutricionales y la aplicación de las intervenciones adecuadas con la finalidad de poder mejorar el estado de salud del paciente. El Proceso de Atención Nutricional tiene el carácter de ser un proceso continuo y dinámico en el que tienen lugar cuatro etapas que se van superponiendo: valoración nutricional, diagnóstico nutricional, intervención nutricional y monitoreo/evaluación nutricional (Palma et al., 2022).

2.35 Glosario de términos

Adulto mayor: Persona de 60 años o más que presenta cambios biológicos, psicológicos y sociales propios del envejecimiento (Silva & Stagg, 2025.

Antropometría: Método de evaluación basado en la medición de dimensiones corporales para determinar el estado nutricional (Bouchennou & Cendy, 2024).

Desnutrición: Estado patológico causado por deficiencia de energía y nutrientes necesarios para el funcionamiento adecuado del organismo (Arnal, 2024).

Dieta: Conjunto de alimentos y bebidas consumidos habitualmente por una persona (Tomalá, 2023).

Estado nutricional: Condición fisiológica determinada por el equilibrio entre ingesta de nutrientes y requerimientos del organismo (Arellano, 2022).

Índice de masa corporal: Indicador antropométrico utilizado para clasificar el peso corporal mediante la relación entre peso y talla (Quispe, 2025).

Malnutrición: Alteración del estado nutricional ocasionada por déficit, exceso o desequilibrio en el consumo de nutrientes (OMS, 2025).

Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF): Instrumento utilizado para evaluar riesgo de desnutrición en adultos mayores (Sandoval, 2021).

Nutrición: Proceso mediante el cual el organismo obtiene, transforma y utiliza nutrientes para el mantenimiento de funciones vitales (Vallejos & Ruiz, 2022).

Obesidad: Enfermedad caracterizada por acumulación excesiva de grasa corporal que incrementa el riesgo de enfermedades crónicas (Gómez & Alvarado, 2024).

Proceso de Atención Nutricional: Método sistemático utilizado para valorar, diagnosticar, intervenir y monitorear problemas nutricionales (Sánchez et al., 2022).

Sobrepeso: Condición caracterizada por exceso de peso corporal respecto a los parámetros normales establecidos (Silva & Stagg, 2025).

Valoración dietética: Evaluación de hábitos alimentarios y consumo nutricional de una persona (Muñoz & Martìnez, 2024).

Valoración nutricional: Proceso de recopilación y análisis de información antropométrica, clínica y dietética para determinar el estado nutricional (Palma et al., 2022).

CAPÍTULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel de investigación

3.1.1 Cuantitativo

La investigación planteada se centra en un enfoque cuantitativo, esto es debido a que nos permitió recopilar y analizar datos numéricos relacionados con el proceso de atención nutricional antropométrica y dietética, en pacientes mayores hospitalizados. La información obtenida a partir de las mediciones antropométricas y a partir de la utilización de la encuesta MNA-SF se clasificó y se sometió a un análisis estadístico para identificar las alteraciones nutricionales existentes en la población estudiada y fue la forma de poder brindar un tratamiento objetivo de los resultados obtenidos y, entre otros, ayudó a cumplir los objetivos planteados en la investigación.

3.1.2 Descriptivo

La investigación realizada fue de nivel descriptivo, puesto que permitió identificar y describir las características del proceso de atención nutricional antropométrica y dietética en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Este nivel de investigación permitió recoger información del estado nutricional, antropométricos y de hábitos alimentarios de la población en estudio y sin manipular las variables de estudio. También permitió conocer las principales alteraciones nutricionales en los adultos mayores hospitalizados, así como introducirse en la situación del problema y a fortalecer la atención nutricional integral.

3.2 Diseño

3.2.1 No experimental

La investigación tuvo un diseño no experimental, es decir, no se manipularon ninguna de las variables del estudio, sino que solamente se observaron aquellos fenómenos tal como se dieron en la realidad. La información se obtuvo directamente de adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, con el propósito de que el diseño del estudio también permitiera analizar el proceso de

atención de nutrición antropométrica y dietética sin las condiciones de los mismos, sino que además se obtuvo información objetiva sobre el estado nutricional de los pacientes.

3.2.2 Transversal

Se llevó a cabo la recolección de la información en un único momento y durante el periodo que comprendió los meses de marzo a julio de 2026. La realización de dicha investigación de tipo transversal permitió identificar las características antropométricas y dietéticas de los adultos mayores hospitalizados en la temporalidad del estudio, a la vez que se obtuvo información del estado nutricional de la población que se investigó, lo que permitió el análisis de la problemática.

3.2.3 De campo

La investigación realizada fue de campo por ser la información obtenida directamente en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro; la obtención de datos se realizó con instrumentos de valoración nutricional y mediciones antropométricas específicas para los adultos mayores hospitalizados. Este tipo de investigación permitió obtener información real, auténtica y confiable de cómo los individuos fueron atendidos y presentaron su condición nutricional de los pacientes dentro de su contexto hospitalario.

3.2.4 Bibliográfica

La revisión bibliográfica permitió recopilar información científica sobre la temática del proceso nutricional antropométrico y dietético en personas adultas. Para ello, se revisaron artículos científicos, tesis, libros y revistas indexadas actualizadas que actuaron como soporte teórico del trabajo. Además, la revisión bibliográfica ayudó a detectar los antecedentes de la investigación y conceptos básicos que permitieron sustentar la problemática planteada.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por los adultos mayores ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el tiempo de recolección de los datos para la investigación. Para realizar la delimitación de la población se tomó en cuenta a

todo paciente adulto mayor que fue ingresado al servicio durante el periodo comprendido entre mayo y junio de 2026, etapa en la que se efectuó el levantamiento de la información, y quien, además cumplió con los criterios de inclusión que se establecieron para la realización del estudio. Esta población conformó el universo de interés, ya que hizo posible obtener información relacionada con el proceso de atención nutricional, la valoración antropométrica y dietética de los adultos mayores ingresados al hospital y en concordancia con los objetivos planteados en el estudio.

3.3.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 60 adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos y aceptaron participar voluntariamente en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando a los pacientes que se encontraban hospitalizados durante el período efectivo de recolección de datos. Si bien el registro institucional reflejó un mayor número de ingresos de adultos mayores durante el período general de estudio, el levantamiento de la información se efectuó una vez concluida la fase de elaboración de los capítulos iniciales de la investigación. En consecuencia, únicamente fueron considerados los pacientes hospitalizados durante mayo y junio de 2026 que cumplían con los criterios de inclusión.

Debido al limitado número de ingresos registrados en el servicio de Medicina Interna durante el período de aplicación de los instrumentos, se trabajó con la totalidad de los pacientes accesibles, obteniéndose una muestra final de 60 adultos mayores. Esta decisión metodológica permitió recopilar información directamente de todos los participantes disponibles durante el trabajo de campo, garantizando la pertinencia de los datos para el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación (Chero, 2024).

3.4 Variables

3.4.1 Variable independiente

3.4.1.1 Proceso de atención nutricional (dietético)

El proceso de atención nutricional que parte del aspecto dietético se entiende como un conjunto de acciones sistemáticas dirigidas a investigar la valoración de los hábitos alimentarios, la ingesta o el riesgo nutricional del paciente con el objetivo de conocer las alteraciones en relación a la alimentación y establecer las intervenciones que puedan ayudar a mejorar el estado nutricional de la persona. En el caso de este estudio, la valoración dietética se llevó a cabo a partir de la aplicación del Mini Nutritional Assessment–Short Form (MNA-SF), un instrumento a partir del cual se investigan algunos de los aspectos que se relacionan con la disminución de la ingesta alimentaria, la pérdida de apetito, la ingesta de alimentos o factores relacionados con el riesgo de malnutrición en las personas mayores hospitalizadas.

3.4.2 Variable dependiente

3.4.2.1 Estado nutricional del adulto mayor (antropométrico)

El estado nutricional corresponde a la condición física y metabólica del adulto mayor determinada mediante la valoración antropométrica, considerando parámetros como peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia braquial, circunferencia de pantorrilla y resultados obtenidos mediante la aplicación del Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF).

3.4.3 Operacionalización de las variables

Tabla 8. *Operacionalización de las variables*

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Parámetros de la encuesta
Preguntas sociodemográficas	Características generales, sociales y clínicas previas de la población de estudio.	Perfil sociodemográfico y clínico	Edad, Sexo, Etnia, Estado civil, Lugar de procedencia, Nivel de educación, Ocupación, Diagnóstico médico.	• **Edad:** 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80 o más. • **Sexo:** Masculino, Femenino, Otro. • **Etnia:** Mestizo, Indígena, Afroecuatoriano, Blanco, Montubio, Otro. • **Estado civil:** Soltero, Casado, Unión libre, Viudo, Divorciado. • **Lugar de procedencia:** Urbano, Rural. • **Educación:** Sin educación, Primaria, Secundaria, Superior. • **Ocupación:** Agricultor, Comerciante, Empleado, Jubilado, Desempleado, Ama de casa. • **Diagnóstico médico**: Sí/No, Especifique.

Variable Independiente: Proceso de atención nutricional (dietético)	Conjunto de acciones sistemáticas dirigidas a investigar los hábitos alimentarios, la ingesta o el riesgo nutricional del paciente para conocer alteraciones y establecer intervenciones.	Valoración dietética (MNA-SF)	Ingesta alimentaria, pérdida de apetito, pérdida de peso reciente, movilidad, enfermedades agudas/estrés, problemas neuropsicológicos.	• **Pérdida de apetito:** Ha comido mucho menos / menos / igual.
				• **Pérdida de peso (< 3 meses):** >3 kg / No sabe / 1-3 kg / No ha perdido.
				• **Movilidad:** De la cama al sillón / Interior de la casa / Sale del domicilio.
				• **Estrés psicológico/enfermedad**: Sí / No.
				• **Problemas neuropsicológicos**: Demencia o depresión severa / moderada / sin problemas.
				• **Número de comidas**: 1 / 2 / 3 comidas.
				  ○ Consumo lácteos, legumbres/huevos,
				  ○ **Carnes:** Sí / No.
				  ○ **Consumo frutas/verduras**: No / Sí.
				• **Consumo líquidos:** <3 vasos / 3 a 5 vasos / >5 vasos.
				• **Forma de alimentarse**: Necesita ayuda / Solo con dificultad / Solo sin dificultad.
				• **Autopercepción de malnutrición/salud:** Malnutrición / No sabe / Sin problemas. Peor / Igual / Mejor.

Variable Dependiente: Estado nutricional del adulto mayor (antropométrico)	Condición física y metabólica del adulto mayor determinada mediante la valoración antropométrica y el puntaje global de riesgo.	Valoración antropométrica y Estado Global	Peso corporal, Talla, Índice de Masa Corporal (IMC), Circunferencia braquial, Circunferencia de pantorrilla, Úlceras cutáneas.	• **IMC (kg/m²):** <23 = Bajo peso; 23–27.9 = Normal; 28–31.9 = Sobrepeso; ≥32 = Obesidad. • **Circunferencia braquial (CB):** <21 cm = Desnutrición; 21–22 cm = Riesgo; >22 cm = Adecuado. • **Circunferencia pantorrilla (CP):** <31 cm = Riesgo; ≥31 cm = Adecuado. • **Úlceras cutáneas:** Sí / No. • **Puntaje MNA-SF:** ≥ 24 = Estado nutricional satisfactorio. 17 - 23.5 = Riesgo de malnutrición. < 17 = Mal estado nutricional.

Nota. Adaptado de Academia de Nutrición y Dietética (2023), Blanco et al. (2022).

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizaron técnicas e instrumentos que permitieron obtener información objetiva, confiable y pertinente sobre el proceso de atención nutricional antropométrico y dietético en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. La aplicación de estos instrumentos facilitó la identificación del estado nutricional y de los principales factores asociados al riesgo de desnutrición en los pacientes geriátricos.

3.5.1 Observación directa

La observación directa permitió recolectar información relacionada con las características antropométricas y condiciones físicas de los adultos mayores hospitalizados. Esta técnica facilitó la obtención de datos objetivos mediante la valoración del peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia braquial y circunferencia de pantorrilla.

La información obtenida se registró en una ficha de valoración antropométrica diseñada para la investigación, lo que permitió organizar adecuadamente los datos recolectados durante el trabajo de campo.

3.5.2 Encuesta

Como técnica principal de recolección de información se aplicó la encuesta Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), instrumento validado internacionalmente para evaluar el estado nutricional y detectar riesgo de desnutrición en adultos mayores.

El MNA-SF permitió valorar aspectos relacionados con:

- pérdida de apetito,
- disminución de ingesta alimentaria,
- pérdida de peso,
- movilidad,
- presencia de enfermedades agudas,
- alteraciones neuropsicológicas,
- índice de masa corporal o circunferencia de pantorrilla.

La aplicación de este instrumento facilitó clasificar a los adultos mayores según su estado nutricional en:

- estado nutricional normal,

- riesgo de desnutrición,
- desnutrición.

Instrumentos de recolección de datos

Para la obtención de información se emplearon los siguientes instrumentos:

Ficha de valoración antropométrica

Instrumento diseñado para registrar:

- peso,
- talla,
- índice de masa corporal,
- circunferencia braquial,
- circunferencia de pantorrilla.

Estas mediciones permitieron valorar el estado nutricional y detectar alteraciones antropométricas en los adultos mayores hospitalizados.

Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)

Instrumento validado y ampliamente utilizado en adultos mayores para detectar riesgo nutricional y desnutrición. Su aplicación permitió obtener información sobre el estado nutricional y factores relacionados con la alimentación y funcionalidad del paciente geriátrico.

Instrumentos antropométricos

Para realizar las mediciones se utilizaron:

- balanza,
- tallímetro,
- cinta métrica antropométrica.

Estos instrumentos permitieron obtener mediciones precisas y confiables durante el proceso investigativo.

Interpretación de los puntajes del Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)

El MNA-SF (Mini Nutritional Assessment Short Form) es un instrumento a partir del cual se relaciona el estado nutricional y el riesgo de desnutrición en adultos mayores. La puntuación total del cuestionario permitió clasificar la condición del paciente y llevar a cabo intervenciones en el momento adecuado (Chacho, 2024).

Tabla 9. *Interpretación de puntajes del MNA-SF*

Puntaje	Clasificación nutricional
≥ 24 puntos	Estado nutricional normal
17 – 23.5 puntos	Riesgo de desnutrición
< 17 puntos	Desnutrición

Nota. Adaptado de Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF).

3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información mediante la aplicación de la ficha antropométrica y la encuesta MNA-SF, los datos fueron organizados, tabulados y procesados para facilitar su análisis e interpretación.

La información obtenida se ingresó en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, donde se realizó la codificación y organización de las variables investigadas. Posteriormente, se procedió al análisis estadístico descriptivo de los datos.

Para la presentación de resultados se utilizaron:

- tablas estadísticas,
- cuadros comparativos,
- gráficos de barras y tablas,
- frecuencias y porcentajes.

El análisis descriptivo permitió identificar:

- estado nutricional de los adultos mayores,
- prevalencia de riesgo de desnutrición,
- alteraciones antropométricas,
- parámetros dietéticos evaluados mediante el MNA-SF.

Los resultados obtenidos se interpretaron de acuerdo con los objetivos planteados en la investigación y se sustentaron mediante bases teóricas y antecedentes científicos relacionados con el proceso de atención nutricional en adultos mayores hospitalizados.

Finalmente, la información procesada permitió establecer conclusiones y recomendaciones orientadas a fortalecer la valoración antropométrica y dietética dentro del servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1 Resultados según los objetivos

Objetivos	Resultados alcanzados
Describir el proceso de atención nutricional, antropométrico y dietético en adultos mayores hospitalizados, medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo marzo-julio 2026	Los resultados obtenidos permitieron describir el estado nutricional de los adultos mayores hospitalizados mediante la valoración antropométrica y dietética, donde se identificó que una parte importante de la población presentó alteraciones nutricionales, principalmente bajo peso y riesgo de desnutrición, evidenciando la necesidad de fortalecer el proceso de atención nutricional para contribuir a una recuperación clínica adecuada y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
Valorar antropométricamente (peso, talla, IMC, circunferencia braquial y circunferencia de la pantorrilla) de los adultos mayores hospitalizados.	La evaluación antropométrica permitió determinar el estado nutricional de los adultos mayores mediante las mediciones de peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia braquial y la circunferencia de la pantorrilla, donde se evidenció un predominio de pacientes con bajo peso, seguido de aquellos con peso normal, mientras que el sobrepeso y la obesidad se presentaron en menor proporción reflejando la presencia de alteraciones antropométricas que

	requieren seguimiento e intervención nutricional. Para estimar la talla y el peso corporal en aquellos pacientes que no podían mantenerse de pie debido a su condición clínica, se aplicó la fórmula de Chumlea, utilizando la circunferencia de la pantorrilla como medida antropométrica indirecta para la estimación del peso y la medida de talón-rodilla para la estimación de la talla. Esta fórmula permitió obtener un valor aproximado de la talla y el peso corporal en adultos mayores encamados.
Identificar los parámetros dietéticos en Adultos mayores mediante la aplicación de la encuesta MNA-SF	La aplicación de la encuesta MNA-SF permitió identificar los parámetros dietéticos de los adultos mayores. En el cual se evidenció que una mayoría de población encuestada (92%) consume tres comidas competas al día, el (87%) ingiere alimentos proteicos, frutas y verduras con frecuencia. No obstante, el (43%) indica que ha disminuido su ingesta alimentaria en los últimos 3 meses, mientras que el (53%) consume entre 3 y 5 vasos de líquidos al día, y por último el (40 %) presenta dificultad para alimentarse. Estos resultados evidencian que, aunque la mayoría mantiene una frecuencia adecuada de consumo de alimentos, existen factores relacionados con la disminución del apetito, la hidratación y la capacidad de

	alimentación que comprometen el estado nutricional.
Elaborar colaciones saludables dependiendo la patología prevalente del adulto mayor	Con base en los resultados que se obtuvieron mediante la valoración nutricional y dietética se elaboraron colaciones saludables para los adultos mayores hospitalizados, haciendo especial hincapié en las patologías de mayor prevalencia que se habían descrito en la investigación, principalmente hipertensión arterial, insuficiencia renal y diabetes mellitus. Las colaciones fueron estructuradas para cumplir con unos requerimientos nutricionales de acuerdo a estas patologías, priorizando aquellos alimentos con un alto contenido nutricional, adecuados en energía y nutrientes, con un porcentaje de sodio y azúcares simples muy bajo. Esta propuesta constituye una intervención que motiva la mejora del estado nutricional y que además ayude en el proceso de recuperación de los pacientes.

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026)

4.2 Análisis e interpretación de datos

Tabla 10. *Características sociodemográficas de los adultos mayores hospitalizados*

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad	65–69 años	11	18%
	70–74 años	6	10%
	75–79 años	8	13%
	80 años o más	35	58%
	TOTAL	**60**	**100%**
Sexo	Masculino	30	50%
	Femenino	30	50%
	TOTAL	**60**	**100%**
Etnia	Mestizo	48	80%
	Indígena	11	18%
	Montubio	1	2%
	TOTAL	**60**	**100%**
Estado civil	Soltero(a)	10	17%
	Casado(a)	32	53%
	Viudo(a)	18	30%
	TOTAL	**60**	**100%**
Lugar de procedencia	Urbano	8	13%
	Rural	52	87%
	TOTAL	**60**	**100%**
Nivel de educación	Sin educación	30	50%
	Primaria	25	42%
	Secundaria	2	3%
	Superior	3	5%
	TOTAL	**60**	**100%**
Ocupación	Agricultor(a)	25	42%
	Comerciante	2	3%
	Jubilado(a)	3	5%
	Desempleado(a)	2	3%
	Ama de casa	28	47%
	TOTAL	**60**	**100%**

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Estos hallazgos sociodemográficos concuerdan con la investigación realizada por Cortez y Paredes (2026), quienes en su evaluación de adultos mayores hospitalizados en Ecuador encontraron una predominancia de pacientes pertenecientes a la tercera edad avanzada (mayores de 75 años), destacando que, a mayor edad, el riesgo de malnutrición se incrementa exponencialmente debido a los cambios fisiológicos y comorbilidades asociadas.

Asimismo, la paridad en la distribución por sexo (50% hombres y 50% mujeres) coincide con los datos demográficos reportados por Vera et al. (2024) en el Hospital Rodríguez Zambrano, donde no se encontraron diferencias significativas de ingreso hospitalario según el género en el área de medicina interna, aunque sí observaron que las mujeres tendían a presentar mayores índices de sarcopenia debido a labores domésticas prolongadas y menor ingesta proteica histórica.

Por otro lado, la alta prevalencia de pacientes provenientes de zonas rurales (87%) y con bajo nivel de escolaridad (50% sin educación formal) se alinea estrechamente con los resultados obtenidos por Chela (2022) en la comunidad de Guapungoto (Bolívar). Dicho autor determinó que el aislamiento geográfico, la dependencia económica y la falta de educación formal son determinantes sociales críticos que limitan el acceso a una alimentación balanceada y a servicios de salud oportunos, exacerbando el deterioro nutricional.

De igual forma, Manobanda (2024) confirmó que las ocupaciones ligadas a la agricultura y labores del hogar en zonas rurales de la misma provincia condicionan un desgaste físico importante a lo largo de la vida que, sumado a las limitaciones económicas en la vejez, impactan directamente y de forma negativa en la calidad de vida y el estado nutricional del adulto mayor al momento de requerir hospitalización.

Tabla 11. *Clasificación del IMC en adulto mayor*

Clasificación del IMC	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Bajo peso (< 23 kg/m²)	31	52%
Normal (23–27,9 kg/m²)	20	33%
Sobrepeso (28–31,9 kg/m²)	7	12%
Obesidad (≥ 32 kg/m²)	2	3%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los datos demuestran que el 52% de los adultos mayores evaluados presenta bajo peso, constituyéndose en la categoría con mayor incidencia en el grupo investigado. Este descubrimiento prueba que más del medio de los pacientes ingresados presenta una alteración del estado nutricional, lo cual

puede elevar el riesgo de complicaciones clínicas, retardar el proceso de recuperación e influir su condición operativa.

Además, el 33% de los encuestados tiene un IMC normal, señalando que un tercio más o menos de los adultos mayores se encuentra en buen estado nutricional. En cuanto al 12% con sobrepeso y el 3% con obesidad, estos números muestran que el exceso de peso es menos frecuente en la población estudiada.

Por otra parte, los resultados recopilados manifiestan el predominio del bajo peso sobre el resto de clasificaciones del índice de masa corporal, por ello insinuar la presencia de un riesgo importante de desnutrición entre los adultos mayores hospitalizados. Esta condición hace ver la necesidad urgente de una evaluación antropométrica oportuna, hecha para señalar fallos en el estado nutricional, y así implantar programas nutricionales enfocados en agilizar la recuperación y ascender el bienestar de los pacientes atendidos.

Los hallazgos actuales concuerdan con lo expuesto por Vera et al. (2024) dichos autores, tras ejecutar una investigación entre personas adultas ingresadas al hospital denominado Doctor Rodríguez Zambrano ubicado en la ciudad de Manta, determinaron que 43,1% de los individuos mostraban masa corporal insuficiente mientras que 46,2% mantenían masa adecuada, llegando a afirmar que los cambios relacionados con la nutrición ocurren con frecuencia dentro de dicho grupo demográfico y que la medición física representa un instrumento esencial para identificar tempranamente peligros dietéticos así como para mejorar la cobertura sanitaria completa destinada a los ancianos internados en instituciones médicas.

Tabla 12. *Diagnósticos médicos actuales según sexo de los adultos mayores hospitalizados*

Diagnóstico médico principal	Hombres f	Hombres %	Mujeres f	Mujeres %	Total f	Total %
Insuficiencia renal crónica	8	13%	7	12%	15	25%
Diabetes mellitus	7	12%	8	13%	15	25%
Hipertensión arterial	6	10%	7	12%	13	22%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	4	7%	2	3%	6	10%
Insuficiencia cardíaca	2	3%	1	2%	3	5%
Neumonía	1	2%	2	3%	3	5%
Infección de vías urinarias	1	2%	1	2%	2	3%
Anemia	1	2%	1	2%	2	3%
Obesidad	0	0%	1	2%	1	2%
Fibrosis pulmonar	0	0%	0	0%	0	0%
Choque séptico	0	0%	0	0%	0	0%
Total	**30**	**50%**	**30**	**50%**	**60**	**100%**

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los diagnósticos médicos principales en la tabla hacen referencia a los 60 adultos mayores incluidos en la muestra de este estudio y clasificados en el servicio de Medicina Interna, donde se destaca únicamente una enfermedad por paciente considerando sólo la patología principal. Esta categorización fue necesaria, dado que varios adultos mayores llegaron a mostrar diversidad de patologías asociadas como pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus o pacientes con diversidad de enfermedades crónicas, etc.

Si tomásemos como registro todas las enfermedades gráficamente mostradas en cada adulto mayor, la frecuencia total superaría los 60 adultos mayores evaluados y se incurriría en una duplicación de datos. Por tal motivo, se optó en este caso por la enfermedad considerada con mayor impacto sobre la condición clínica y nutricional del paciente.

Los resultados mostraron que la insuficiencia renal crónica fue el diagnóstico médico principal más frecuentemente hallado, apareciendo en los registros de 15 pacientes (25%) distribuidos en 8 hombres (13%) y 7 mujeres (12%). Esta enfermedad hace referencia a una patología importante en el adulto

mayor, por estar relacionada con alteraciones metabólicas, restricciones alimentarias, cambios en el metabolismo de los nutrientes y riesgo de deterioro del estado nutricional, y todo ello puede incidir sobre la recuperación en el caso de internación.

En segundo lugar, se encontró la diabetes mellitus, identificada en 15 pacientes (25%), correspondiendo a 7 hombres (12%) y 8 mujeres (13%). Esta patología tuvo una mayor presencia en mujeres, aunque con una diferencia mínima respecto a los hombres. La diabetes mellitus constituye una enfermedad de importancia en la población adulta mayor, debido a que puede generar complicaciones metabólicas y afectar la alimentación del paciente por las modificaciones dietéticas requeridas para el control glucémico.

Asimismo, la hipertensión arterial ocupó el tercer diagnóstico médico principal con mayor frecuencia, registrada en 13 pacientes (22%), de los cuales 6 fueron hombres (10%) y 7 mujeres (12%). Esta enfermedad presentó una distribución similar entre ambos sexos y, al igual que las patologías anteriores, representa un factor que puede influir en el estado nutricional debido a las recomendaciones dietéticas específicas, como la reducción del consumo de sodio y el control de la calidad de la alimentación.

Al comparar estos hallazgos con otras investigaciones, los resultados guardan una estrecha relación con lo reportado por Sandoval y Parrales (2026), quienes en su investigación sobre adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles, destacaron que la diabetes mellitus y la insuficiencia renal son patologías predominantes en el ámbito hospitalario, condiciones que afectan de manera directa la ingesta alimentaria y el estado metabólico del paciente debido a las estrictas restricciones dietéticas que demandan.

De igual manera, la alta prevalencia de hipertensión arterial y su impacto nutricional coincide con los hallazgos de Rivera y Rodríguez (2022), quienes observaron que las enfermedades cardiovasculares y metabólicas encabezan las causas de morbilidad en pacientes geriátricos ingresados en medicina interna. Ambos estudios concuerdan con la presente investigación en que la coexistencia de estas patologías incrementa el riesgo de desnutrición intrahospitalaria, reafirmando que es imperativo un monitoreo nutricional riguroso para evitar complicaciones severas y favorecer la recuperación clínica.

Mini nutricional Assement /Mini evaluación nutricional

1. **Índice de masa corporal (IMC= peso/talla2 en Kg/m2)**

Tabla 13. *Distribución de los pacientes según el índice de masa corporal (IMC)*

IMC	Frecuencia	Porcentaje (%)
IMC < 19 kg/m²	15	25%
19 ≤ IMC < 21 kg/m²	10	17%
21 ≤ IMC < 23 kg/m²	6	10%
IMC ≥ 23 kg/m²	29	48%
Total	**60**	**100%**

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados revelan que el 48% de las personas de edad avanzada ingresadas al hospital presentaba un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 23 kg/m², siendo la categoría más común dentro la población estudiada; en cambio, el 25% tenía un IMC inferior a 19 kg/m², el 17% tenía un IMC entre 19 y menor que 21 kg/m², y el 10% un IMC entre 21 y menor que 23 kg/m². Dichos resultados muestran que, según las pautas de evaluación del Mini Nutritional Assessment (MNA), aproximadamente la mitad de los pacientes tenían un IMC considerado bueno y una considerable proporción de los pacientes presentó valores debajo de aquellos que podrían estar vinculados a un mayor nivel de riesgo de presentar trastornos nutricionales

Desde el punto de vista clínico, el hecho de encontrarnos ante el 25% de la muestra que presenta un IMC inferior a 19 kg/m², se percibe como un aspecto que despierta una cierta alarma, ya que un bajo índice de masa corporal en ancianos hospitalizados, se asocia a la disminución de las reservas energéticas, la pérdida de masa muscular, a fragilidad y a una mayor susceptibilidad a complicaciones durante la hospitalización.

Por otro lado, el hecho de que el 48% de la muestra presente un IMC igual o superior a 23 kg/m² supone una condición antropométrica relativamente más favorable. Sin embargo, este hallazgo debe completarse con los resultados obtenidos de los otros parámetros antropométricos y dietéticos del MNA, ya que el estado nutricional del anciano depende de otros parámetros y factores como la reciente pérdida de peso, la cantidad de la ingesta, el diagnóstico de enfermedades crónicas y la funcionalidad física.

El propio estudio hace constar que la valoración mediante antropometría (IMC, circunferencia braquial, circunferencia de la pantorrilla) es uno de los elementos para detectar a tiempo las alteraciones o problemas nutricionales de esta franja de edad.

En esta línea, los hallazgos evidencian claramente la necesidad de incluir la evaluación sistemática del IMC dentro del Proceso de Atención Nutricional en las personas ancianas hospitalizadas. Por una parte, se observa que un porcentaje importante de pacientes tiene valores apropiados según el MNA; por otra parte, la existencia de personas ancianas con un IMC disminuido significa la necesidad de continuar una vigilancia nutricional continua que prevenga el deterioro del estado de salud.

Estos hallazgos son consistentes con la fundamentación del estudio, y en este sentido se mantienen en que la valoración nutricional temprana permite detectar a tiempo el riesgo de malnutrición, poner en marcha intervenciones adaptadas al paciente. mejorar la recuperación clínica, la calidad de vida de los pacientes hospitalizados y disminuir las complicaciones.

La predominancia de un IMC aparentemente "normal" o en el límite inferior en la mitad de la población, junto con un preocupante 25% de pacientes con bajo peso (<19 kg/m²), concuerda con lo descrito por Silva y Stagg (2025) en su análisis de sarcopenia en adultos mayores ecuatorianos. Dichos autores señalan que, aunque el IMC puede mostrarse dentro de rangos normales, en geriatría a menudo existe un "falso normopeso" provocado por la redistribución del tejido adiposo que oculta la pérdida severa de masa muscular.

Asimismo, los datos coinciden con los obtenidos por Cifuentes et al. (2025), quienes demostraron que en hospitales públicos el ingreso de ancianos con un IMC deficiente está estrechamente relacionado con la ingesta alimentaria insuficiente previa a la hospitalización. Ambos estudios respaldan el hallazgo de esta investigación al concluir que el IMC, si bien es una herramienta rápida de cribado, debe analizarse de manera conjunta con la circunferencia de la pantorrilla y el MNA-SF para obtener un diagnóstico nutricional certero que guíe la terapia dietética.

2. **Circunferencia braquial (CB en cm)**

Tabla 14. *Distribución de los pacientes según la circunferencia braquial*

Circunferencia braquial	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 21 cm	5	8%
21–22 cm	4	7%
>22 cm	51	85%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados indican que el 85% de los adultos mayores presentó una circunferencia braquial superior a 22 cm, convirtiéndose en la categoría mayoritaria de la población a la que se le realizaron las mediciones. En menor proporción, el 8% presentó una circunferencia braquial por debajo de los 21 cm y el 7% registró un tamaño comprendido entre 21 y 22 cm. Estos resultados reflejan que la mayoría de los pacientes mantiene una reserva muscular y proteica adecuada correspondiente a un estado nutricional relativamente aceptable en términos antropométricos.

Por el contrario, la porción correspondiente a los valores inferiores representa una población vulnerable, que precisa de un seguimiento nutricional, ya que la disminución de la circunferencia braquial se asocia a la pérdida de masa muscular y a riesgo de desnutrición en adultos mayores hospitalizados (Anaya, 2024).

Estos resultados apoyan la necesidad de incluir la circunferencia braquial en la valoración antropométrica del Proceso de Atención Nutricional, dado que esta información permite detectar alteraciones de la composición corporal de manera precoz, ya que no siempre el índice de masa corporal puede demostrar alteraciones de la composición corporal. Según el estudio, la valoración antropométrica forma parte fundamental en la detección precoz de problemas de desnutrición y la implementación de estrategias nutricionales que contribuyan en la mejora de la recuperación clínica, la reducción de complicaciones en el proceso de hospitalización y la mejora de la calidad de vida en los adultos mayores (Jaramillo et al., 2025).

3. **Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)**

Tabla 15. *Distribución de los pacientes según la circunferencia de la pantorrilla*

Circunferencia braquial	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 31 cm	16	27%
≥ 31 cm	44	73%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

La información recopilada evidencia que el 73% de los adultos mayores evaluados presentó una circunferencia de pantorrilla ≥31 cm, correspondiente a 44 pacientes, mientras que el 27% presentó valores inferiores a 31 cm, equivalente a 16 pacientes. La circunferencia de la pantorrilla es un indicador antropométrico relevante en la valoración nutricional del adulto mayor, debido a que permite estimar la reserva muscular y detectar posibles alteraciones relacionadas con la pérdida de masa magra.

Los resultados obtenidos muestran que, aunque la mayoría de los pacientes presentó valores adecuados según este parámetro, existe un grupo representativo con disminución de la circunferencia de la pantorrilla, lo que puede asociarse con una menor reserva muscular y mayor riesgo de sarcopenia o deterioro nutricional. Esta condición puede verse favorecida por factores frecuentes en la población adulta mayor hospitalizada, como la disminución de la ingesta alimentaria, enfermedades crónicas, períodos prolongados de inmovilidad y cambios propios del envejecimiento.

Por lo tanto, la medición de la circunferencia de la pantorrilla constituye una herramienta importante dentro de la valoración antropométrica, ya que permite identificar oportunamente pacientes con riesgo de pérdida muscular y establecer estrategias de intervención nutricional orientadas a mantener o mejorar la funcionalidad y el estado nutricional del adulto mayor (Aldas & Caiza, 2021).

4. **Pérdida reciente de peso (< 3 meses)**

Tabla 16. *Distribución de los pacientes según la pérdida reciente de peso (<3 meses)*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pérdida de peso >3 kg	3	5%
No lo sabe	35	58%
Pérdida entre 1 y 3 kg	10	17%
No ha habido pérdida de peso	12	20%
Total	**60**	**100%**

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados revelan que, del total de la población de adultos mayores, el 58% no sabe si ha tenido pérdida reciente de peso; el 20% manifiesta no haber tenido pérdida de peso; el 17% ha tenido entre 1 y 3 kg de pérdida de peso y el 5% ha perdido más de 3 kg en los últimos tres meses. Esto revela que existe un alto porcentaje de pacientes que ignoran las variaciones de su peso corporal y que esa situación puede contrarrestar el diagnóstico precoz de desnutrición; a la vez que un porcentaje próximo a la cuarta parte de la población investigada señala presentar algún tipo de pérdida de peso, índice considerado un marcador clínico de desnutrición y de deterioro de la salud.

Estos resultados ponen de relieve y justifican la necesidad de seguir un peso corporal sistemático en los adultos mayores ingresados en el Hospital como una parte necesaria del Proceso de Atención Nutricional. La pérdida involuntaria de peso es uno de los principales criterios de exclusión que utiliza el Mini Nutritional Assessment (MNA) para detectar el riesgo de malnutrición, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas, donde la pérdida de peso puede asociarse a la reducción de la masa muscular, a una mayor vulnerabilidad clínica y a un tiempo de recuperación más prolongado en el hospital.

De tal modo que el cálculo periódico del peso corporal habilita la formulación de intervenciones nutricionales temporales, estas permiten adecuaciones que favorecen la evolución clínica y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Esta situación concuerda con lo descrito por Cantú et al. (2022), quienes determinaron que la pérdida de peso involuntaria es uno de los

principales predictores clínicos de desnutrición y pérdida de masa muscular (sarcopenia) en pacientes geriátricos hospitalizados. Asimismo, el alto porcentaje de adultos mayores que ignoran sus variaciones de peso corporal refleja una problemática fuertemente documentada por Arnal (2024), quien señala que la falta de monitorización rutinaria del peso en el hogar y en los niveles básicos de atención retrasa el diagnóstico de malnutrición hasta etapas avanzadas de la enfermedad o, como en este caso, hasta la internación hospitalaria.

En concordancia con ambos autores, los hallazgos de la presente investigación reafirman que el control continuo del peso y la anamnesis detallada son indispensables dentro del Proceso de Atención Nutricional para ejecutar intervenciones oportunas que eviten la fragilidad y mejoren el pronóstico clínico de los pacientes.

5. **¿El paciente vive en su domicilio?**

Tabla 17. *Distribución de los pacientes según si viven en su domicilio*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	1	2%
Sí	59	98%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados muestran que el 98% de los ancianos viven en su propio domicilio, mientras que apenas el 2% manifestó no vivir en él. Estas cifras demuestran que la gran mayoría de los enfermos continúa viviendo en el ámbito familiar o comunitario que puede favorecer la conservación de sus hábitos y el refuerzo familiar en el proceso de recuperación. En contraposición, la pequeña cobertura de no vivir en el domicilio podría representar una mayor vulnerabilidad social de los ancianos y, por tanto, requerir un seguimiento más riguroso de los aspectos de nutrición y soporte que necesitan para asegurar la mejoría y la recuperación funcional necesaria.

Estos datos evidencian la necesidad de integrar la situación del domicilio dentro de la valoración global del MNA, ya que las condiciones de la convivencia y el soporte familiar que pueden influir en la adherencia a las recomendaciones y en los cuidados que el paciente debe seguir después del

alta. De acuerdo con el estudio, el Proceso de Atención de la Nutrición debe tener en cuenta no sólo la evaluación antropométrica y dietética, sino también los aspectos sociales que pueden condicionar la recuperación clínica, y colaborar de esta manera a mantener el estado nutricional en el anciano (Benavides, 2025).

6. ¿Toma más de tres medicamentos por día?

Tabla 18. *Distribución de los pacientes según el consumo de más de tres medicamentos por día*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	15	25%
Sí	45	75%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados revelan que el 75% de los adultos mayores toman más de tres medicamentos al día, mientras que el 25% dijo no hacerlo. El hallazgo indica que en la muestra existe una alta prevalencia de polifarmacia, hecho común en adultos mayores con enfermedades crónicas y con múltiples comorbilidades. Dichas condiciones acarrean un riesgo superior de interacciones farmacológicas, con un aumento del riesgo de falta de apetito, de mala absorción de los nutrientes y de un deterioro del estado nutricional en el transcurso de una hospitalización.

Estos resultados hacen necesario tener en cuenta la polifarmacia en la evaluación general del Mini Nutritional Assessment (MNA), hipótesis que se asocia al riesgo de malnutrición y a la mayor lentitud de la recuperación clínica. En la misma línea del estudio, los adultos mayores hospitalizados son también los que con frecuencia manifiestan patologías crónicas, que requieren un tratamiento farmacológico continuo, aspecto que debe considerarse en el Proceso de Atención Nutricional como parte de la valoración inicial, con la finalidad de llevar a cabo una intervención adecuada que permita mejorar el estado nutricional, prevenir complicaciones y favorecer la recuperación completa de la persona (Chacho, 2024).

7. **¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?**

Tabla 19. *Distribución de los pacientes según enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	22	37%
Sí	38	63%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados revelan que el 63% de los adultos mayores indicó haber padecido una enfermedad o condición manteniendo situaciones de estrés psicológico en los últimos tres meses, mientras que el 37% de los adultos mayores indicó que no había padecido esta situación. Estos resultados indican que una proporción considerable de los pacientes revisados ha estado expuesto recientemente a situaciones clínicas o emocionales que pueden influir sobre su estado nutricional, ya que el estrés fisiológico y las enfermedades agudas suelen elevar los requerimientos metabólicos, producir disminución del apetito y favorecer la pérdida de peso durante la hospitalización.

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de considerar, dentro de la valoración global, los eventos de enfermedad y el estrés psicológico, ya que se trata de factores con una estrecha relación con el riesgo de malnutrición y con una evolución clínica menos favorable en el adulto mayor. De acuerdo con el estudio, la valoración nutricional integral es capaz de detectar estos factores de riesgo y, por lo tanto, establecer intervenciones con la intención de mejorar el estado nutricional, favorecer la recuperación hospitalaria y disminuir las complicaciones de una población tan vulnerable como la de los adultos mayores (Tomalá, 2023).

8. Movilidad

Tabla 20. *Distribución de los pacientes según la movilidad*

Movilidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
De la cama al sillón	14	23%
Autonomía en el interior de casa	19	32%
Sale del domicilio	27	45%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados de esta investigación indican que el 45% de los ancianos pueden salir del hogar de manera autónoma, el 32% solo lo realizan en el interior de la casa y el 23% muestra movilidad de la cama al sillón. Estas cifras demuestran que, menos de la mitad de la población de estudio puede mantener un buen nivel de movilidad, un resultado mayor al 55% presenta algún grado de limitación funcional. Esta condición puede influir negativamente en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, la adecuada ingesta en el proceso de hospitalización y la autonomía de la persona.

Estos resultados indican de manera clara la relación entre la movilidad y el estado nutricional del anciano, porque la pérdida de capacidad funcional se asocia a un estilo de vida sedentario, a la pérdida de masa muscular y, en consecuencia, a un mayor riesgo de desnutrición. De acuerdo con lo que establece el estudio, la valoración de la movilidad debe de ser parte del Mini Nutritional Assessment (MNA), que es uno de los componentes del Proceso de Atención Nutricional. Este parámetro permite identificar al grupo de pacientes con mayor vulnerabilidad y, por tanto, realizar intervenciones nutricionales oportunas orientadas a mantener la funcionalidad, facilitar la recuperación clínica y mejorar la calidad de vida del colectivo de personas ancianas hospitalizadas (Tello, 2025).

9. Problemas neuropsicológicos

Tabla 21. *Distribución de los pacientes según problemas neuropsicológicos*

Problemas neuropsicológicos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Demencia o depresión severa	1	2%
Demencia o depresión moderada	8	13%
Sin problemas psicológicos	51	85%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación

Los resultados obtenidos reflejan que el 85% de los adultos mayores no presentaron problemas de tipo neuropsicológico; el 13% mostró algún tipo de demencia o depresión moderada y el 2% demencia o depresión severa. Estos resultados demuestran que la mayoría de los pacientes conservan un estado cognitivo y emocional adecuado, lo cual favorece la comprensión de las indicaciones de carácter terapéutico y, por lo tanto, la implicación activa en el proceso de la recuperación. Sin embargo, el colectivo que presentó alteraciones neuropsicológicas aparece como una población más vulnerable, ya que, en consecuencia, estas alteraciones neuropsicológicas pueden poner en peligro el apetito, la ingesta alimentaria y la adherencia en el tratamiento nutricional.

Estos resultados avalan la necesidad de incluir la evaluación neuropsicológica a través del MNA, dado que el deterioro cognitivo y los trastornos depresivos son factores que aumentan el riesgo de malnutrición en el adulto mayor. De acuerdo con el estudio, el Proceso de Atención Nutricional debe contemplar la valoración de los criterios físicos, dietéticos o psicológicos que permitan detectar a los pacientes con un mayor riesgo, llevar a cabo la intervención nutricional personalizada correspondiente y favorecer la recuperación clínica del adulto mayor, y así, mejorar la calidad de vida del adulto mayor hospitalizado (Vera et al., 2024).

10. **Úlceras cutáneas**

Tabla 22. *Distribución de los pacientes según presencia de úlceras cutáneas*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	55	92%
Sí	5	8%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los datos obtenidos indican que el 92% de los ancianos no presentaron úlceras cutáneas, en cambio el 8% sí mostró úlceras cutáneas evidenciando que la gran mayoría de los afectados mantiene una adecuada integridad de la piel; sin embargo, el porcentaje de personas con úlceras cutáneas representa un grupo muy significativo de atención debido a que la presencia de este tipo de lesiones cutáneas suele estar asociada a una inmovilidad prolongada, enfermedades incapacitantes, desnutrición y mayor riesgo de complicaciones durante la estancia hospitalaria.

La importancia de valorar la presencia de úlceras cutáneas en el proceso de valoración general del Mini Nutritional Assessment (MNA) queda reflejada en el hecho de que este tipo de lesiones cutáneas constituya un indicador clínico relacionado con el deterioro del estado nutricional y la reducción de la capacidad funcional del anciano. De acuerdo con el estudio, el Proceso de Atención Nutricional es capaz de reconocer de manera temprana estos factores de riesgo, a fin de poder aplicar intervenciones orientadas a mejorar el estado nutricional, favorecer la cicatrización del tejido, reducir las complicaciones y promover una mejor recuperación clínica en las personas ingresadas (Cantú et al., 2022).

11. **¿Cuántas comidas completas come al día?**

Tabla 23. *Distribución de los pacientes según el número de comidas completas al día*

Comidas completas	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 comida	1	2%
2 comidas	4	7%
3 comidas	55	92%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación

Los datos obtenidos muestran que el 92% de los ancianos efectúa tres comidas completas al día, el 7% realiza dos comidas al día, y tan sólo el 2% efectúa una única comida al día. Esto demuestra que la mayoría de los pacientes mantienen una frecuencia alimentaria suficiente, aspecto que facilita el aporte regular de energía y nutrientes necesarios para preservar el estado nutricional. En cambio, el grupo que hace una o dos comidas al día puede tener un consumo excesivamente insuficiente, que podría incrementar el riesgo de malnutrición especialmente en el plazo de enfermedades crónicas, o bien en el marco de su hospitalización.

Estos resultados avalan la importancia de evaluar la frecuencia de las comidas dentro del MNA, dado que es un indicador significativo de los hábitos alimentarios y del riesgo de malnutrición en el anciano. En este sentido, la evaluación de la dieta forma parte del Proceso de atención nutricional, ya que permite detectar de forma precoz alteraciones o problemas en la ingesta alimentaria. Asimismo, facilita el establecimiento de planes de intervención nutricional que mejoren la recuperación clínica, prevengan la aparición de complicaciones y contribuyan al mantenimiento de un estado nutricional francamente adecuado en aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados (Arellano, 2022).

12. **El paciente consume**

Tabla 24. *Distribución de los pacientes según el consumo diario de productos lácteos*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	42	70%
No	18	30%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados muestran que el 70% de la población consume productos lácteos al menos una vez al día, mientras que el 30% manifiesta no incluir este grupo de alimentos en su alimentación diaria. Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes mantiene un consumo frecuente de lácteos, lo cual representa un aporte óptimo de proteínas de alto valor biológico, calcio y de otros micronutrientes importantes para garantizar una correcta preservación de la masa muscular y de la salud ósea durante el envejecimiento. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que omiten estos alimentos presentan un riesgo superior de sufrir deficiencias de nutrientes para el correcto mantenimiento del estado nutricional.

Estos resultados también hacen evidente la importancia del consumo de productos lácteos de forma diaria dentro de la valoración dietética del Mini Nutritional Assessment (MNA), ya que este grupo de alimentos contribuye al mantenimiento del estado nutricional y funcional del adulto mayor. En la línea de los resultados obtenidos, la evaluación de los hábitos alimentarios nos permite identificar ingestas deficientes de alimentos y desarrollar pautas de intervenciones nutricionales individuales que contribuyan a mejorar las variables clínicas, a frenar la pérdida de masa muscular y a aumentar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados (Bouchennou & Cendy, 2024).

¿Huevos o legumbre 1 o 2 veces por semana?

Tabla 25. *Distribución de los pacientes según el consumo de huevos o legumbres una o dos veces por semana*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	52	87%
No	8	13%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados muestran que el 87% de los ancianos consume huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana; el 13% no consume este grupo de alimentos con dicha frecuencia. Estos resultados son un indicativo de que la mayoría de los pacientes realizan una adecuada incorporación de fuentes de proteínas o nutrientes importantes en la alimentación, favoreciendo el mantenimiento de la masa muscular, la recuperación de tejidos y el correcto funcionamiento de las estructuras del cuerpo humano.

Por el contrario, el grupo de participantes que no acostumbran a ingerir dichos alimentos presenta una mayor propensión a una ingesta insuficiente de proteínas, por lo que esto podría ser uno de los factores de riesgo que explique un deterioro nutricional en este grupo de personas, especialmente en condiciones de enfermedades crónicas y de hospitalización prolongada.

Estos resultados hacen hincapié en la importancia de evaluar el consumo de alimentos ricos en proteínas dentro de la adecuación dietética que realiza el MNA, teniendo en consideración que la adecuada ingesta de alimentos del grupo de huevos y legumbres podría ayudar a evitar la pérdida de masa muscular y favorecer la recuperación clínica del anciano.

La valoración de los hábitos alimentarios permite detectar a tiempo deficiencias en la ingesta nutricional y, por lo tanto, adoptar acciones de intervención que ayuden a mejorar el estado nutricional, fomentar la recuperación y mantener la funcionalidad de los pacientes hospitalizados (Mina et al., 2024).

¿Carne, pescado o aves, diariamente?

Tabla 26. *Distribución de los pacientes según el consumo diario de carne, pescado o aves*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	52	87%
No	8	13%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados obtenidos muestran que el 87% de los adultos mayores consume carne, pescado o aves de corral en el día, mientras que el 13% expresó no hacerlo. Esto pone de manifiesto que la mayoría de la población de pacientes mantiene una ingesta adecuada de alimentos ricos en proteínas y de alto valor biológico, los cuales tienen un papel determinante en el mantenimiento de la masa muscular, en la reparación de los tejidos y en la funcionalidad del sistema inmunológico.

Sin embargo, el porcentaje de pacientes que no consumen diariamente algún alimento rico en proteínas podría ser un indicativo de un mayor riesgo de presentar una deficiencia proteica, sobre todo en estadios de hospitalización, donde los requerimientos nutricionales deben ir en aumento.

Estos resultados también demuestran la importancia del consumo diario de los alimentos proteicos en la evaluación de la dieta del Mini Nutritional Assessment (MNA), dado que la ingesta de proteínas tiene como consecuencia la prevención de la pérdida de masa muscular, la disminución del riesgo de malnutrición y la aceleración del restablecimiento clínico en la población mayor.

En relación con el estudio, el análisis de los hábitos alimentarios determina oportunidades para detectar, abordar deficiencias en la ingesta nutricional de manera oportuna, y fundamentar las intervenciones personalizadas para contribuir a un óptimo estado nutricional y a una mejor evolución clínica de los pacientes hospitalizados (Cuno & Orozco, 2024).

PUNTUACIÓN

Tabla 27. *Distribución de la puntuación del consumo de alimentos proteicos*

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje (%)
0 puntos	9	15%
0,5 puntos	14	23%
1 punto	37	62%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados muestran que el 62% de los ancianos alcanzaron la puntuación máxima (1 punto) en el componente de consumo de alimentos proteicos del Mini Nutritional Assessment (MNA), seguido por el 23% con puntuaciones de 0.5 puntos y el 15% que obtuvo 0 puntos. Esto sugiere que la mayor parte de los evaluados incluye un consumo adecuado de alimento ricos en proteínas (productos lácteos, huevos, legumbres, carne, pescado o aves). Tal condición se considera un aspecto favorable para promover la conservación de la masa muscular y del estado nutricional, a pesar de que el grupo con puntuaciones más bajas muestra patrones de consumo que siguen siendo insuficientes y podrían elevar el riesgo de malnutrición.

Estos resultados ponen de relieve también la necesidad de realizar una evaluación conjunta del consumo de alimentos proteicos dentro de la valoración dietética del Mini Nutritional Assessment (MNA), ya que un adecuado aporte de proteínas favorece la recuperación de tejidos, fortalece la respuesta inmunológica y favorece la consecución del mantenimiento de la funcionalidad del adulto mayor.

Al mismo tiempo, de acuerdo con el estudio, poder identificar a los pacientes con menor puntuación nos posibilitaría establecer las intervenciones nutricionales necesarias destinadas a mejorar la calidad de la alimentación, a disminuir el riesgo de desnutrición y a favorecer una recuperación clínica más efectiva en los ancianos hospitalizados.

Estos resultados concuerdan con lo documentado por Nishimura et al. (2023), quienes destacan que alcanzar los requerimientos diarios de proteínas es indispensable en la tercera edad para mantener la salud metabólica. Sin embargo, el hecho de que una proporción considerable de la población

evaluada (38%, sumando las puntuaciones más bajas) presente un déficit en la ingesta de alimentos ricos en proteínas refleja una vulnerabilidad nutricional crítica, situación que se alinea con los hallazgos de Silva y Stagg (2025). Dichos autores, al igual que Sandoval (2021), advierten que la malnutrición y la disminución en el consumo de proteínas de alto valor biológico en pacientes geriátricos aceleran los procesos catabólicos, desencadenando rápidamente sarcopenia, debilidad y fragilidad física.

En concordancia con estos estudios, los datos obtenidos en la presente investigación reafirman que la evaluación específica del consumo proteico mediante el MNA-SF es fundamental para justificar y prescribir oportunamente estrategias alimentarias como las colaciones propuestas que logren cubrir los requerimientos, detener el deterioro muscular y favorecer la recuperación integral del paciente.

13. **¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces por día?**

Tabla 28. *Distribución de los pacientes según el consumo de frutas o verduras al menos dos veces al día*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	8	13%
Sí	52	87%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados reflejan que el 87% de los adultos mayores evaluados consume frutas o verduras al menos dos veces al día, mientras que el 13% refirió no alcanzar dicha frecuencia de ingesta. Estos hallazgos demuestran que una proporción significativa de la población hospitalizada mantiene un hábito alimentario favorable respecto a la inclusión de alimentos de origen vegetal, los cuales suministran micronutrientes esenciales como vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética, elementos clave para modular la respuesta inmunitaria, facilitar la motilidad gastrointestinal y contribuir a la homeostasis metabólica del paciente geriátrico.

No obstante, el 13% que presenta una ingesta deficitaria de este grupo alimenticio constituye un segmento de alta vulnerabilidad nutricional, en el cual la carencia de fibra y antioxidantes puede agravar disfunciones digestivas

e incrementar el riesgo de desnutrición intrahospitalaria.

Estos datos confirman la relevancia de incorporar la evaluación de la ingesta de frutas y verduras dentro de la valoración dietética del Mini Nutritional Assessment (MNA-SF), dado que el patrón de consumo vegetal actúa como un indicador protector del estado de salud y nutrición en la tercera edad. La identificación temprana de hábitos restrictivos o insuficientes permite al personal de salud diseñar e implementar intervenciones nutricionales personalizadas que aseguren una adecuada densidad de micronutrientes, favoreciendo la recuperación clínica y previniendo complicaciones secundarias durante la estancia hospitalaria.

Al contrastar estos resultados con la literatura científica, los hallazgos difieren de lo reportado a nivel provincial por Tenelema y Lasso (2023) en la parroquia Santiago (Bolívar), quienes determinaron que el 65% de los adultos mayores mantenía una alimentación inadecuada caracterizada por una escasa ingesta de frutas y vegetales, atribuida principalmente a limitaciones económicas y bajo nivel de educación alimentaria. Sin embargo, la persistencia de un grupo con consumo deficiente concuerda con lo señalado por Rivera y Rodríguez (2022) en el dispensario Marcopamba de la provincia de Bolívar, donde los hábitos dietéticos poco balanceados se asociaron con un 27% de riesgo de desnutrición en adultos mayores con comorbilidades crónicas.

Asimismo, coinciden con el criterio de Aldas y Caiza (2021), quienes enfatizan que, aun en contextos donde la frecuencia de consumo parece suficiente, los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y el estrés metabólico de la hospitalización hacen imprescindible vigilar la biodisponibilidad y la consistencia de estos alimentos para garantizar su aprovechamiento biológico y optimizar el proceso de atención nutricional en el entorno hospitalario.

14. **¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?**

Tabla 29. *Distribución de los pacientes según pérdida de apetito o disminución de la ingesta en los últimos tres meses*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ha comido mucho menos	8	13%
Ha comido menos	26	43%
Ha comido igual	26	43%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados indican que el 43% de las personas mayores declaró que ha cambiado su ingesta de alimentos a menos durante los tres últimos meses, lo que puede ser en ocasiones debido a la falta de apetito, trastornos digestivos o problemas de masticación o deglución. Concomitantemente otro 43% sostuvo que su dieta se ha mantenido, mientras que el 13% mencionó que ha comido mucho menos, lo cual confirma un descenso severo en su consumo nutricional.

Estos resultados evidencian que más de la mitad de los pacientes experimentaron una reducción en su alimentación, lo que puede poner en peligro el aporte energético y de nutrientes necesarios para conservar un estado nutricional adecuado y mejorar en el momento de la dieta hospitalaria.

Estos hallazgos destacan la importancia de determinar los cambios en el apetito y la ingesta de alimentos como una parte del Mini Nutritional Assessment (MNA) ya que la reducción del consumo de alimentos constituye uno de los principales indicadores de riesgo de desnutrición en el adulto mayor. Según lo expuesto, la detección oportuna de estas alteraciones facilitará la aplicación de medidas terapéuticas para estabilizar el estado nutricional, al mismo tiempo que contribuirá a un mejor pronóstico clínico de los pacientes hospitalizados (Tello, 2025).

15. **¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?**

Tabla 30. *Distribución de los pacientes según el consumo diario de líquidos*

Consumo diario	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de 3 vasos	22	37%
De 3 a 5 vasos	32	53%
Más de 5 vasos	6	10%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados indican que el 53% de los adultos mayores consume de tres a cinco vasos de líquidos el día, siendo un 37% el que consume menos de tres vasos al día y un 10% el que consume más de cinco vasos al día. Los datos indican que la mayoría de los pacientes mantienen un consumo moderado de líquidos, pero que 1/3 de los adultos mayores presenta un consumo inferior al recomendado, lo que podría elevar el riesgo de deshidratación; en especial en adultos mayores hospitalizados donde se presenta una pérdida de la sensación de sed y un mayor riesgo de alteración del estado hidroelectrolítico.

Estos resultados subrayan la importancia de considerar la ingesta de líquidos a la hora de realizar la valoración dietética del MNA, la hidratación es fundamental para mantener las funciones fisiológicas del organismo, ayuda en el transporte de los nutrientes, optimiza la función renal y contribuye a realizar una recuperación clínica satisfactoria. En el sentido del estudio, identificar a los pacientes con un déficit de consumo de líquidos ayuda a implementar intervenciones nutricionales oportunas orientadas a evitar complicaciones asociadas a la deshidratación y mejorar el estado nutricional y calidad de vida de los adultos mayores hospitalizados (Bravo et al., 2021).

16. **Forma de alimentarse**

Tabla 31. *Distribución de los pacientes según la forma de alimentarse*

Forma de alimentarse	Frecuencia	Porcentaje (%)
Necesita ayuda	11	18%
Se alimenta solo con dificultad	13	22%
Se alimenta solo sin dificultad	36	60%
Total	**60**	**100%**

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados apuntan que el 60% de los adultos mayores se alimentan por sí solos y sin dificultades, el 22% lo hace de manera autónoma, pero con dificultad, y el 18% requiere ayuda para alimentarse. Estos hallazgos demuestran que, la mayoría de los pacientes tiene un cierto grado de autonomía para llevar a cabo la alimentación, y cerca del 40% de ellos tiene cierto grado de dependencia o limitación funcional. Esta condición puede comprometer la cantidad o calidad de alimentos ingeridos, lo que incrementa significativamente el riesgo de una ingesta deficiente y, por consiguiente, de desarrollar malnutrición intrahospitalaria.

Los resultados señalan la importancia de evaluar la capacidad funcional durante la alimentación, parámetro integrado dentro del Mini Nutritional Assessment (MNA) debido a que la pérdida de autonomía constituye un factor crítico en el deterioro del estado nutricional del adulto mayor. De acuerdo con el estudio en sí, el Proceso de Atención Nutricional tiene que contemplar la funcionalidad del paciente a fin de establecer intervenciones individualizadas: tales como el apoyo en la alimentación, adaptación a las texturas de los alimentos, seguimiento nutricional, etc. Todas estas estrategias están orientadas a garantizar una adecuada ingesta de alimentos, en la recuperación clínica y en mantener la calidad de vida de los adultos mayores hospitalizados (Fonles, 2023).

17. **¿El paciente se considera, a sí mismo, bien nutrido?**

Tabla 32. *Distribución de los pacientes según su autopercepción del estado nutricional*

Estado nutricional percibido	Frecuencia	Porcentaje (%)
Malnutrición	6	10%
No lo sabe o malnutrición moderada	36	60%
Sin problemas de nutrición	18	30%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Se ha evidenciado que el 60% de los adultos mayores se percibe en un estado de malnutrición moderada o manifiesta no precisar su condición, mientras que el 30% considera que no presenta problemas nutricionales y sólo el 10% reconoce que padece malnutrición, lo que indica que una cantidad importante de los pacientes no tienen una clara percepción del estado nutricional, lo que puede dificultar la identificación de alteraciones alimentarias, la búsqueda de atención oportuna. Aunque un porcentaje de los pacientes considera mantener un adecuado estado nutricional, esta percepción debe ser confirmada con la práctica de una valoración nutricional objetiva.

Los resultados evidencian la importancia de la valoración subjetiva correspondiente al Mini Nutritional Assessment (MNA), pues la percepción del adulto mayor sobre su estado nutricional puede diferir de los resultados clínicos y antropométricos obtenidos en el momento de la evaluación. Este hecho también queda evidenciado por el estudio, ya que se observa que dentro del Proceso de Atención Nutricional, la percepción del paciente va completamente unida a la obtención de indicadores objetivos que van a caracterizar el diagnóstico nutricional y que van a permitir comenzar con los ingresos correspondientes a la atención y a la búsqueda de la calidad de vida de los adultos mayores hospitalizados (Ferrán, 2023).

18. **En comparación con las personas de su edad ¿Cómo se encuentra su estado de salud?**

Tabla 33. *Distribución de los pacientes según la percepción de su estado de salud respecto a personas de la misma edad*

Estado de salud	Frecuencia	Porcentaje (%)
Peor	14	23%
No lo sabe	16	27%
Igual	17	28%
Mejor	13	22%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados muestran que el 28% de los adultos mayores piensan que su estado de salud es el mismo que el de otras personas de su misma edad, mientras que el 27% manifiesta no saber cómo compararlo. Por otro lado, el 23% refiere que se siente peor en comparación con las personas de su edad y el 22% sostiene que se siente mejor en comparación con las personas de su edad. Esta distribución refleja una percepción relativamente homogénea dentro de la muestra, por lo que podemos decir que las personas ancianas, generalmente tienen una visión igual a la de sus compañeros, aunque cerca de una cuarta parte de los pacientes le dé una consideración peor si lo comparamos con sus amigos, lo cual puede estar relacionado con el tipo de enfermedades crónicas, limitaciones funcionales y con el proceso de hospitalización.

Los resultados obtenidos ponen en evidencia la relevancia de contar con un parámetro subjetivo en el mismo MNA, dado que la autopercepción de salud del adulto mayor es un componente esencial que complementa la evaluación clínica y nutricional. De acuerdo a los resultados de este estudio, también se sugiere incluir la percepción del sujeto en conjunto a los indicadores antropométricos, dietéticos y funcionales de tal manera que se pueda llegar a una visión nutricional más integral, que estimule al mismo tiempo la posibilidad de detectar a aquellos sujetos con mayor riesgo y poder ofrecer intervenciones más tempranas en las que se considere la capacidad de mejorar el estado nutricional (Medina, 2026).

Puntación:

Tabla 34. *Distribución de los pacientes según la clasificación del estado nutricional (MNA)*

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Estado nutricional satisfactorio (≥24 puntos)	13	22%
Riesgo de malnutrición (17–23,5 puntos)	28	47%
Mal estado nutricional (<17 puntos)	19	32%
Total	**60**	100%

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Análisis e interpretación:

Los resultados de la evaluación mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA) ponen de manifiesto que el 47% los adultos mayores presentan riesgo de malnutrición, constituyendo la categoría con mayor frecuencia dentro de la población en estudio. Asimismo, el 32% se encuentra con mal estado nutricional, y solo el 22% evidencia un estado nutricional satisfactorio; es decir, "casi ocho de cada diez" pacientes que han sido evaluados tienen algún tipo de alteración en la situación nutricional.

Aquello indica una vulnerabilidad nutricional importante en la población de adultos mayores hospitalizados. Esta situación repercute de manera directa en las limitaciones terapéuticas para lograr la mejoría clínica del paciente, lo que señala la necesidad de trabajar en la detección precoz e intervención oportuna al momento del ingreso hospitalario a partir de la propia herramienta MNA.

Los resultados hacen evidente la utilidad del Mini Nutritional Assessment (MNA) como instrumento de identificación precoz de los adultos mayores con riesgo de desarrollar malnutrición y para el inicio de las primeras intervenciones dentro del Proceso de Atención Nutricional. A la par del estudio, la alta cifra de pacientes que presentan un riesgo o un estado nutricional muy malo podría estar relacionada con la presencia de enfermedades crónicas, polifarmacia, disminución de la ingesta nutritiva, limitaciones funcionales y otros factores que impactan sobre el estado nutricional durante la hospitalización.

De este modo, la puesta en práctica del MNA de forma sistemática permite al camino de un manejo nutricional integral, al prevenir las complicaciones en el transcurso de la enfermedad, favorecer la recuperación clínica y la calidad de vida de los adultos mayores hospitalizados (Sandoval, 2021).

CAPITULO V

5 MARCO ADMINISTRATIVO

5.1 Cronograma de actividades

Tabla 35. *Cronograma de actividades desarrolladas durante la investigación*

	ABR	MAY							JUN									
ACTIVIDAD	**20**	**7**	**14**	**19**	**20**	**21**	**27**	**28**	**30**	**4**	**7**	**9**	**10**	**11**	**13**	**15**	**17**	**19**	**27**
Primera revisión de tesis (virtual)																			
Segunda revisión de tesis																			
Tercera revisión de tesis (virtual)																			
Aplicación de encuestas																			
Aplicación de encuestas																			
Cuarta revisión de tesis																			

Aplicación de encuestas																			
Aplicación de encuestas																			
Quinta revisión de tesis																			
Aplicación de encuestas																			
Sexta revisión de tesis																			
Aplicación de encuestas																			
Aplicación de encuestas																			
Aplicación de encuestas																			
Séptima revisión de tesis																			
Aplicación de encuestas																			
Aplicación de encuestas																			
Aplicación de encuestas																			

Octava revisión de tesis																			
Aplicación de encuestas																			
Aplicación de encuestas																			
Charla sobre las colaciones nutricionales																			

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

5.2 Presupuesto

MATERIALES:	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Balanza	1	$0.00	$0.00
Tallímetro	1	$0.00	$0.00
Cinta métrica	2	$1.25	$2.50
Cinta masking	1	$1.00	$1.00
Total			$3.50

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

5.3 Material

MATERIALES:	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Trípticos	50	$0.05	$2.50
Cartel	1	$5.00	$5.00
Hojas de encuestas	200	$0.05	$10.00
Esferos	2	$0.40	$0.80
Total			$17.80

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

5.4 Ingredientes para Colaciones Nutritivas

MATERIALES:	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Avena	1 libra	$1.00	$1.00
Manzana	1	$1.00	$1.00
Leche de almendras	1	$4.50	$4.50
Semillas de chía	1	$0.90	$0.90
Stevia	1	$2.50	$2.50
Arándanos	1	$1.25	$1.25
Levadura	1	$1.00	$1.00
Huevos	1	$1.00	$1.00
Bicarbonato de sodio	1	$0.25	$0.25
Mantequilla sin sal	1	$1.50	$1.50

Canela en polvo	1	$1.00	$1.00
Limón	1	$0.25	$0.25
Piña	1	$1.00	$1.00
Fresas	1	$1.00	$1.00
Melón	1	$1.00	$1.00
Pera	1	$0.25	$0.25
Mango	1	$0.50	$0.50
Yogurt Natural	1	$1.00	$1.00
Requesón	1	$2.00	$2.00
Papaya	1	$0.50	$0.50
Almendras	1	$1.50	$1.50
Yogurt griego	1	$2.85	$2.85
Coco rallado	1	$1.50	$1.50
Frambuesas	1	$1.00	$1.00
Sobres de gelatina sin sabor	1	$0.75	$0.75
Total			$31.00

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

5.5 Transporte

MATERIALES	**CANTIDAD**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**
Bus interprovincial	18	$3.20	$57.60
Cándido Rada	10	$0.25	$2.50
Total			$60.10

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

CAPÍTULO VI

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.1 Conclusiones

- El proceso de atención nutricional , antropométrico y dietético aplicado a los adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro permitió identificar de manera integral su estado nutricional, la evaluación antropométrica evidenció una alta frecuencia de bajo peso, mientras que la aplicación de (MNA-SF) permitió detectar pacientes con riesgo de malnutrición y mal estado nutricional donde estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la valoración nutricional desde el ingreso hospitalario.
- La valoración antropométrica de tipo cuantitativo efectuada al medir el índice de masa corporal, la circunferencia braquial y la circunferencia de la pantorrilla evidencia que el bajo peso fue la condición nutricional destacada en los ancianos valorados, siendo el peso normal la segunda medida a continuación y el sobrepeso y la obesidad las menos frecuentes. Estos resultados indican que una proporción alta de la población hospitalizada demuestra alteraciones en la valoración antropométrica relacionada con el riesgo de desnutrición, por lo que la valoración integral nutricional es importante; en el caso de pacientes con limitaciones para valorar la antropometría mediante técnicas estándar debido a su condición clínica se aplicó la fórmula de Chumlea, la cual estimó indirectamente el peso y la talla mediante medidas de circunferencia de pantorrilla y altura de talón- rodilla, de forma que se pueda acceder a las variables antropométricas obtenidas para validar el estado de la nutrición.
- Con respecto al objetivo específico dos, hay margen de concluir que la aplicación de la encuesta MNA-SF permitió identificar adultos mayores con un mal estado nutricional, un riesgo de malnutrición y un estado nutricional satisfactorio. También hubo elementos significativos que se evidenciaron por la disminución del apetito, por la escasa toma de líquidos, por tener menos número de comidas, por la dificultad para alimentarse y por la

existencia de enfermedades crónicas, elementos que aumentan la vulnerabilidad nutricional de estos adultos mayores.

- Finalmente, la conclusión relacionada al objetivo tres, la elaboración de colación saludables adaptadas a las patologías prevalentes de los adultos mayores constituye una alternativa de apoyo al tratamiento nutricional hospitalario ya que responde a las necesidades identificadas durante la valoración nutricional, favoreciendo un adecuado aporte de energía y nutrientes que contribuye al mantenimiento o recuperación de la salud.

6.1.2 Recomendaciones

- Al servicio de Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, fortalecer el proceso de atención nutricional mediante la implementación de protocolos de valoración nutricional integral desde el ingreso del adulto mayor, que incluyan la evaluación antropométrica y dietética con el fin de identificar oportunamente alteraciones del estado nutricional y establecer intervenciones que favorezcan su recuperación y calidad de vida.
- Se recomienda también incorporar al equipo multidisciplinario del servicio hospitalario a un profesional en nutrición clínica para que realice el Proceso de Atención Nutricional en base a la valoración, el diagnóstico, la intervención y el monitoreo nutricional de los adultos mayores, lo que permitiría ofrecer una atención integral e individualizada a partir de las necesidades de cada paciente.
- Se sugiere para futuros investigadores en el área de salud incorporar de manera rutinaria la aplicación del MNA-SF durante la atención hospitalaria del adulto mayor complementándola con el seguimiento de la ingesta alimentaria y la educación nutricional al paciente y su familia a fin de reducir el riesgo de malnutrición y la adherencia al tratamiento dietético.
- Finalmente, es recomendable diseñar e implementar colaciones saludables individualizadas de acuerdo con las patologías prevalentes y los requerimientos nutricionales de los adultos mayores hospitalizados promoviendo preparaciones de alta densidad nutricional, buena aceptabilidad y fácil consumo que contribuyan al mantenimiento o recuperación del estado nutricional durante la hospitalización.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad, A. E., Borbor Reina, M. L., & Ordóñez Portilla, S. E. (2025). *Protocolo de abordaje nutricional en pacientes con enfermedades infectocontagiosas* [Thesis, ESPOL.FCV]. http://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/65987

Academia de Nutrición y Dieta. (2023). *Ncpro.org/nutrition-care-process?set_ga_opt_in_cookie=1&set_ga_opt_in=Save+Settings*. https://www.ncpro.org/nutrition-care-process?set_ga_opt_in_cookie=1&set_ga_opt_in=Save+Settings

ADD. (2024, noviembre 6). Nutrición y ejercicio son clave para mantener la salud de pacientes geriátricos. *ResiPlus*. https://addinformatica.com/noticias/nutricion-y-ejercicio-son-clave-para-mantener-la-salud-de-pacientes-geriatricos/

Aguilar, D. (2024). *Recetario saludable para niños en edad preescolar del CENDI 1*. https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/5525

Aldas, K. M., & Caiza, N. V. (2021). *Proceso de atención de enfermería aplicado al envejecimiento desde el modelo de Hildegard Peplau. Club de Adultos Mayores. Centro de Salud Guanujo, periodo marzo – julio 2021*. https://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/3935

Anaya, Á. R. (2024). Variabilidad del estado nutricional en las personas adultos mayores hospitalizados en el área de medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2022. *Universidad de Huánuco*. https://repositorio.udh.edu.pe/handle/20.500.14257/5252

Anchari, Y., Dominguez, H., Férnandez, K., Milagros, B., Orosco, H., & Perez, M. (2025). *Fisioterapia Aplicada ao Trabalho: Estratégias para Prevenção de Lesões e Promoção da Saúde* (R. Lipa, Ed.). Cientifica Digital.

Arellano, L. I. (2022). *Impacto del sesgo de memoria en la estimación dietética entre el adulto mayor y cuidador principal utilizando como métodos de referencia el Cuestionario de Frecuencia de Consumo (CFCAM) y pesos y medidas.* http://200.57.56.70:8080/xmlui/handle/231104/6060

Arnal Gangas, N. (2024). *Valoración del estado nutricional en personas mayores o ancianas que residen en los centros geriátricos privados de Sant Cugat del Vallés, Barcelona* [bachelorThesis].

https://eugdspace.eug.es/handle/20.500.13002/1063

Arnal, N. (2024). *Valoración del estado nutricional en personas mayores o ancianas que residen en los centros geriátricos privados de Sant Cugat del Vallés, Barcelona* [bachelorThesis]. https://eugdspace.eug.es/handle/20.500.13002/1063

Asamblea Nacional del Ecuador. (2021). |. https://www.asambleanacional.gob.ec

Benavides, M. A. A. (2025a). *1 Evaluación nutricional desde la perspectiva del estado nutricional y funcionalidad en adultos mayores hospitalizados en unidad cardiovascular*.

Benavides, M. A. A. (2025b). *Evaluación nutricional desde la perspectiva del estado nutricional y funcionalidad en adultos mayores hospitalizados en unidad cardiovascular*.

Bernui, I., Delgado-Pérez, D., Bernui, I., & Delgado-Pérez, D. (2021). Factores asociados al estado y al riesgo nutricional en adultos mayores de establecimientos de atención primaria. *Anales de la Facultad de Medicina*, *82*(4), 261-268. https://doi.org/10.15381/anales.v82i4.20799

Betancur, P. A., Grajales Barrientos, V., & Franco Hoyos, K. (2025). *Antropometría para la composición corporal. Sumatoria de pliegues cutáneos*. https://hdl.handle.net/10946/9517

Blanco, B., López, B., & Gómez, N. (2022). *Estado nutricional y uso de recursos sanitarios tras la implementación de un programa de nutrición enteral por sonda PEG para pacientes neurológicos con hospitalización domiciliaria*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000400002

Bohmann, P., Stein, M. J., Amadou, A., Baurecht, H., Fervers, B., Fontvieille, E., Freisling, H., Friedenreich, C., Konzok, J., Peruchet-Noray, L., Leitzmann, M. F., Sedlmeier, A. M., & Weber, A. (2025). WHO guidelines on waist circumference and physical activity and their joint association with cancer risk. *British Journal of Sports Medicine*, *59*(6), 360-366. https://doi.org/10.1136/bjsports-2024-108708

Bouchennou, S., & Cendy, G. L. (2024). *Valoración del estado nutricional del adulto mayor hospitalizado* [bachelorThesis].

https://eugdspace.eug.es/handle/20.500.13002/1046

Bouchennou Tounssi, S., & Laínez, C. (2024). *Valoración del estado nutricional del adulto mayor hospitalizado* [bachelorThesis]. https://eugdspace.eug.es/handle/20.500.13002/1046

Bravo, C., Godoy, J., Sánchez, Y., & Riveros, M. (2021a). *Asociación entre el nivel de autovalencia y el estado nutricional en adultos mayores chilenos—Revista Chilena de Nutrición*. https://revistachilenadenutricion.com/articulo/asociacion-entre-el-nivel-de-autovalencia-y-el-estado-nutricional-en-adultos-mayores-chilenos-558581

Bravo, C., Godoy, J., Sánchez, Y., & Riveros, M. J. (2021b). Asociación entre el nivel de autovalencia y el estado nutricional en adultos mayores chilenos. *Revista chilena de nutrición*, *48*(5), 741-747. https://doi.org/10.4067/S0717-75182021000500741

Cahuana, R., Machaca Mamani, J. C., Torres Cruz, E., Anchari Oblitas, Y. F., Berduzco Torres, N., & Sota Cano, A. F. (2025). Composición corporal, índice de masa corporal y envejecimiento biológico acelerado en mujeres beneficiarias de programas sociales en los andes del sur del Perú. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, *45*(3). https://doi.org/10.12873/453cahuana

Campos, R., Palma Milla, S., Matía Martín, P., Loria-Kohen, V., Martínez Olmos, M. Á., Mories Álvarez, M. T., Castro Alija, M. J., Martín Palmero, M. Á., Carrillo Lozano, E., Valero-Pérez, M., Campos Del Portillo, M. I., Sirvent Segovia, A. E., Plaza Blázquez, P., De La Cruz López, D. M., & Pita, F. (2024). Consenso del grupo de trabajo de los trastornos de la conducta alimentaria de SENPE (GTTCA-SENPE). Evaluación y tratamiento médico-nutricional en la anorexia nerviosa. Actualización 2023. *Nutrición Hospitalaria*. https://doi.org/10.20960/nh.05175

Cantú, C., Vega, G., Ávila, G., & Jaramillo, O. (2022). Evaluación del estado nutricional del adulto mayor en una estancia geriátrica permanente. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *6*(1), 3182-3205. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1712

Catuto, B. J. (2024). *Estilos de vida y control glucémico en adultos mayores con diabetes Mellitus tipo II, Hospital Básico IESS de Ancón, Santa Elena, 2024.* https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/12319

Español. (2025, marzo 17). *Acerca del índice de masa corporal (IMC)*. BMI. https://www.cdc.gov/bmi/es/about/index.html

Celaya Cifuentes, S., Botella Romero, F., Sánchez Sáez, P., León Ortiz, M., Mas Romero, M., Plaza Carmona, L., Avendaño Céspedes, A., Abizanda Soler, P., Celaya Cifuentes, S., Botella Romero, F., Sánchez Sáez, P., León Ortiz, M., Mas Romero, M., Plaza Carmona, L., Avendaño Céspedes, A., & Abizanda Soler, P. (2020). Estado nutricional de ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos. *Nutrición Hospitalaria*, *37*(2), 260-266. https://doi.org/10.20960/nh.03005

Cervera, M. del C. (2023). *Estudio de sarcopenia en pacientes mayores de 74 años con fractura de la extremidad proximal del fémur.* https://doi.org/10.35376/10324/59783

Chacho, E. G. (2024). *Estado nutricional en pacientes geriátricos a través del Mini Nutritional Assessment en el Hogar Cristo Rey. Cuenca. 2023*. https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/17806

Chela, R. A. (2022). *Factores biopsicosociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor en la comunidad Guapungoto, cantón Guaranda, 2022*. https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8015

Chela Tamami, R. A. (2022). *Factores biopsicosociales que influyen en el estado nutricional del adulto mayor en la comunidad Guapungoto, cantón Guaranda, 2022*. https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8015

Chero, V. (2024). Población y muestra. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, *17*(2), 66-66. https://doi.org/10.4067/s2452-55882024000200066

Cifuentes, J. M. O., Quezada, N. S. P., Blacio, J. J. J., Pineda, M. A. S., Soto, R. E. J., González, L. A. M., Ibáñez, H. V. P., Carpio, C. C. C., Maldonado, D. V. F., & Calberto, E. S. S. (2025). Determinantes Sociales y Prevalencia de Enfermedades en Adultos Mayores de Asilos en Ecuador. *Polo del Conocimiento*, *10*(1), 645-668. https://doi.org/10.23857/pc.v10i1.8700

Consejo Nacional de Justicia. (2021). *trámite para adoptar medidas judiciales de protección de las personas adultas mayores*.

Correia, M. I. T. D., Campos, A. C. L., & ELAN Cooperative Study. (2003). Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The multicenter

ELAN study. *Nutrition*, *19*(10), 823-825. https://doi.org/10.1016/s0899-9007(03)00168-0

Cortés, P. R. (2025). *Evaluación de la desnutrición hospitalaria en pacientes hospitalizados: Estudio DEHOS*. https://dspace.uib.es/handle/11201/170861

Cortez, M. S., & Paredes, M. F. (2026). *Malnutrición, riesgo de aparición a enfermedades crónicas no transmisibles en niños de la zona urbana del cantón Paján.* [bachelorThesis, Jipijapa - Unesum]. http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/9093

Cuellar, M. P. (2025). *Condición de peso y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un hospital nacional, Puno, 2025*. https://hdl.handle.net/20.500.13053/14777

Cuno, V. E., & Orozco, V. A. (2024). *Intervenciones de enfermería en la prevención de la desnutrición crónica en menores de 5 años.* [bachelorThesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo]. http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/13960

De. A., Izaola, O., Primo, D., López, J. J., Torres, B., & Gómez Hoyos, E. (2021). A real-world study to evaluate adherence and flavor of a high-protein hypercaloric oral nutritional supplement in patients with malnutrition in a hospital. *Nutrición Hospitalaria*. https://doi.org/10.20960/nh.03903

Distrito Metropolitano de Quito. (2021). *Ruta de protección de derechos de personas adultas mayores en el distrito metropolitano de quito*.

Donoso, D., & Jiménez, P. E. (2022). *Concordancia entre la balanza de silla y la balanza de piso para la medición de peso en los adultos mayores del centro de atención al adulto mayor de la ciudad de Cuenca, 2022*. http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/39111

Eroles, M., García-Cerdán, M. R., Mejías-Serrano, M. T., Giner-Nogueras, R., Vázquez-González, I., & Reinoso-Iñiguez, J. I. (2021). Estudio de la prevalencia del riesgo de desnutrición en la población mayor de 65 años no institucionalizada atendida en un centro de salud de Barcelona. *Enfermería Clínica, 31*(2), 71-81. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.028

Esparza, F., & Vaquero, R. (2023). *Antropometría: Fundamentos para la aplicación e interpretación*. Aula Magna.

Ferrán, O. R. (2023). *Ejercicio físico, osteoporosis y columna vertebral*. Wanceulen S.L.

Fonles, L. (2023). *Ley Orgánica de Salud, que establece la normativa orgánica en materia de sanidad, según la Ley 67—Registro Oficial Suplemento 423 del 22 de diciembre de 2006.*

Fuente, I. (2023). *Subestudio para la valoración del riesgo de desnutrición al ingreso en planta de Medicina Interna mediante diferentes herramientas de cribado nutricional en pacientes mayores de 65 años no institucionalizados*. https://uvadoc.uva.es/handle/10324/61271

Fuster, G. O. (2023). *Manual de nutrición clínica y dietética*. Ediciones Díaz de Santos.

Gomez, G., & Alvarado, B. (2024). Indicadores antropométricos y enfermedades crónicas no trasmisibles en pacientes de un hospital público de Perú. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, *44*(4). https://doi.org/10.12873/444gomez

González, B. C. S. (2022). *Fragilidad, actividad física y circunferencia de pantorrilla en adultos mayores con y sin comorbilidades*.

Guamancela Auquilla, D. E. (2024). *Prevalencia, caracterización del sexting y su relación con los niveles de ansiedad de los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, año 2021-2022* [masterThesis, Universidad de Cuenca]. https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/44516

Gutiérrez, B. (2022). La evolución del concepto de envejecimiento y vejez ¿Por fin hablaremos de salud en vejez en el sigloXXI? *Salutem Scientia Spiritus*, *8*(4), 14-22.

Jaramillo, M. A., Castro-Rodríguez, D. M., Villegas-Baldomero, L., & Tamayo-Giraldo, F. J. (2025). Prevalencia de los índices de pérdida de masa muscular y desnutrición a través de las mediciones de perímetro de pantorrilla y perímetro braquial de la población anciana colombiana. *Salutem Scientia Spiritus*, *11*(02), 19-25. http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/1462

Juca, J. M., & Gordillo, E. T. (2024). *Intervenciones de enfermería en*

la malnutrición de los adultos mayores. https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/17812

Manobanda, A. (2024). *Envejecimiento y determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores en La Comunidad de Bramadero, Guaranda, provincia Bolívar, 2022.* [Universidad Estatal de Bolívar. Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas. Carrera de Sociología. Licenciatura en Sociología.]. https://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/7629

Martínez, M. G. C., Romero, Y. del C. M., & Fernández, A. S. (2023). *Nutrición en la práctica clínica*. Editorial Alfil.

Medina, O. Y. (2026). *Estilos de vida y estado nutricional en el adulto mayor en Villa Las Lomas-Castilla- Piura, 2025.* https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/43317

Mejía, G. (2021). *Calidad de vida y felicidad en la persona adulta mayor*.

Mina, J. B., Arteaga Lucas, B. B., Benavidez Toala, D. A., & Quimis Andrade, F. J. (2024). Impacto metabólico de desórdenes alimenticios relacionados a diabetes mellitus en adultos mayores. *UNESUM-SALUD, 3*(1), 76-91. https://doi.org/10.47230/unesum-salud.v3.n1.2024.76-91

Miranda, J., & Meza, E. R. (2022). Utilidad de la circunferencia de pantorrilla como marcador de desnutrición comparado con el mini nutritional assessment, nutritional risk screening 2002 y albúmina sérica en adultos mayores. *Revista científica ciencias de la salud*, *4*(2), 19-26. https://doi.org/10.53732/rccsalud/04.02.2022.19

Moradell, A., Vicente Rodríguez, G., & Gómez Cabello, A. M. (2023). *Nutrición y ejercicio: Efectos en la composición corporal, condición física, capacidad funcional y calidad de vida de personas mayores Nutrition and exercise: effects on body composition, physical fitness, functional capacity, and quality of life in older adults*. Universidad de Zaragoza, Prensas de la Universidad.

Muñoz, J., & Martìnez, N. (2024). *Impacto de los hábitos alimentarios en la salud de los adultos mayores: una revisión bibliográfica*.

Nishimura, Y., Højfeldt, G., Breen, L., Tetens, I., & Holm, L. (2023). Dietary protein requirements and recommendations for healthy older adults: A

critical narrative review of the scientific evidence. *Nutrition Research Reviews*, *36*(1), 69-85. https://doi.org/10.1017/S0954422421000329

Nutrição, A. B. de (with Brasil, C. de P. e I. do P. de C. em N. no). (2026). *Sistematização do cuidado em nutrição*. Artmed Panamericana.

Ocariz, J. M., Meza-Miranda, E., Ocariz, J. M., & Meza-Miranda, E. (2022). Utilidad de la circunferencia de pantorrilla como marcador de desnutrición comparado con el mini nutritional assessment, nutritional risk screening 2002 y albúmina sérica en adultos mayores. *Revista científica ciencias de la salud*, *4*(2), 19-26. https://doi.org/10.53732/rccsalud/04.02.2022.19

OMS. (2025a). *Envejecimiento y salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

OMS. (2025b). *Nutrition for a healthy life – WHO recommendations*. https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/nutrition---maintaining-a-healthy-lifestyle

OMS. (2025c). *Obesidad y sobrepeso*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Organización Panamericana de la Salud. (2026, mayo 18). *Promoción de la salud—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud

Osuna, G. E. R. (2023). *Procedimiento que realiza el Nutriólogo para la evaluación del estado nutricio del paciente hospitalizado en instituciones de salud públicas, en la Ciudad de Querétaro.* https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/9441

Palma, E. J., Savino, P., & Joy, L. (2022). Proceso de atención nutricional en el paciente oncológico. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*, *11*(1), 1-11. https://portal.amelica.org/ameli/journal/757/7573775012/html/

Pikel, T. R., Gregorič, M., Blaznik, U., Delfar, N., Golja, P., & Kotnik, K. Z. (2023). Intergenerational changes in body height, body mass, and body mass index in an understudied population. *Anthropologischer Anzeiger*, *80*(3), 263. https://doi.org/10.1127/anthranz/2023/1618

Pinzón, O. L., Pardo Oviedo, J. M., Murcia Soriano, L. F., Pinzón-

Espitia, O. L., Pardo Oviedo, J. M., & Murcia Soriano, L. F. (2022). Riesgo nutricional y desenlaces clínicos en pacientes con diagnóstico de COVID-19 en una red hospitalaria de alta complejidad. *Nutrición Hospitalaria, 39*(1), 93-100. https://doi.org/10.20960/nh.03738

Quiroz, W. (2025). *Diferencia de la altura del disco intervertebral y la longitud de la columna vertebral previa y posterior a las actividades cotidianas en población sana*.

Quispe, A. G. E. (2025a). *Aplicación de indicadores antropométricos en la evaluación nutricional de pacientes con enfermedades neurológicas*.

Quispe, A. G. E. (2025b). *Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición*.

Rivera, A. M., & Rodríguez, M. J. (2022). *Valoración nutricional en adultos mayores hipertensos. Dispensario Marcopamba seguro social campesino de Bolívar. Octubre 2021-enero 2022.* https://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/4167

Rivera Garofalo, A. M., & Rodríguez Carrillo, M. J. (2022). *Valoración nutricional en adultos mayores hipertensos. Dispensario Marcopamba seguro social campesino de Bolívar. Octubre 2021-enero 2022.* https://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/4167

Robles, D., Lago-Rivero, N., Bea-Mascato, B., Agra Blanco, I., Cerdeira Regueira, E., & Martínez-López-de-Castro, N. (2025). Validez de 3 métodos predictivos para estimar la talla en pacientes de edad avanzada. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *60*(5), 101655. https://doi.org/10.1016/j.regg.2025.101655

Román, D., Garrachón-Vallo, F., Carretero-Gómez, J., López-Gómez, J. J., Tarazona-Santabalbina, F. J., Guzmán-Rolo, G., García-Almeida, J. M., Sanz-Paris, A., de Román, Luis D., Garrachón-Vallo, F., Carretero-Gómez, J., López-Gómez, J. J., Tarazona-Santabalbina, F. J., Guzmán-Rolo, G., García-Almeida, J. M., & Sanz-Paris, A. (2023). La masa muscular disminuida en la diabetes de tipo 2. Una comorbilidad oculta que debemos tener en cuenta. *Nutrición Hospitalaria, 40*(1), 59-66. https://doi.org/10.20960/nh.04468

Ruiz, P. C., & Pliego, E. M. H. (2023). *Efectos del envejecimiento sobre la alimentación y nutrición en la tercera*.

Sánchez, F. H. C., & Cárdenas, E. F. A. (2023). El recordatorio de 24 horas: Un recurso valioso en la práctica clínica y epidemiológica. *REDCieN*, *10*, 39-43. https://redcien.com/index.php/redcien/article/view/176

Sánchez, M. A. M., Alcaraz, A. J. R., & Molina, B. R. (2025). *Evolución de la calidad de vida, hábitos alimentarios y microbiota intestinal en pacientes sometidos a cirugía bariátrica*.

Sánchez, M. C. M. C., Argote, D. G. V., Sánsores, M. G. M. Á., & Morales, D. O. A. J. (2022). Evaluación del estado nutricional del adulto mayor en una estancia geriátrica permanente. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *6*(1), 3182-3205. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1712

Sandoval, G. (2021). *Sarcopenia y malnutrición en personas mayores, una revisión bibliográfica actualizada*. https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/26441

Sandoval, N. A. T., & Parrales, J. M. T. (2026). Impacto de la nutrición e ingesta alimentaria de adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles (Hipotiroidismo y Diabetes). *Ciencia y Educación*, *7*(2.2), 590-603. https://doi.org/10.5281/zenodo.19104461

Sani, B. A. (2022). *Los ejercicios de resistencia como estrategia de desarrollo del rendimiento físico de los deportistas de la Unidad Educativa Tumbaco -Quito 2020-2021*. https://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/4184

Sardon, E. (2021). *Morbilidad y factores asociados a mortalidad en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2020—ProQuest*. https://www.proquest.com/openview/900dbb651ae585a5ab45a94c53a7b61e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y

Serra Majem, L., Ortiz Andrellucchi, A., Ortiz-Moncada, R., Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería Comunitaria, M. P. y S. P. e H. de la C., & Nutrición, G. de I. en A. y. (2025). *Nutrición y salud pública*. https://agris.fao.org/search/en/providers/125030/records/691dba4249e41686f792ea59

Silva, B. H. D., Correira, L. R. G., Florêncio Fernandes Moret, M. C., & Máximo Dos Reis, N. (2023). Corpo e mente sã: estratégias para o

tratamento de transtornos alimentares em terapia cognitivo-comportamental: corpo e mente sã: estratégias para o tratamento de transtornos alimentares em terapia cognitivo-comportamental. *Revista Fimca*, *10*(2), 15-24. https://doi.org/10.37157/fimca.v10i2.744

Silva, M. J., & Stagg, M. A. (2025). *Relación entre el estado nutricional y sarcopenia en adultos mayores* [masterThesis, Quito: Universidad de las Américas, 2025]. http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/18141

Tello, E. Y. (2025). *Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 65 años que acuden a clínica de damas voluntarias del hospital nacional de huehuetenango, durante los meses de julio a diciembre de 2024* [Thesis]. https://biblioteca.galileo.edu/xmlui/handle/123456789/2026

Tenelema, D. P., & Lasso, J. F. (2023). *Hábitos alimentarios asociados a la malnutrición de adultos mayores. Unidad Vida para Todos. Parroquia Santiago. Diciembre 2022-abril 2023*. https://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/5193

Tenelema Sisa, D. P., & Lasso Yazuma, J. F. (2023). *Hábitos alimentarios asociados a la malnutrición de adultos mayores. Unidad Vida para Todos. Parroquia Santiago. Diciembre 2022-abril 2023*. https://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/5193

Tinajero-Delgado, J., Martínez-Ezquerro, J. D., Moreno-Tamayo, K., Curcio-Borrero, C. L., Arias-Merino, E. D., Sánchez-García, S., Espinel-Bermúdez, M. C., & Valencia-Rico, C. L. (2023). Factores que afectan el estado nutricional en personas mayores mexicanas: Enasem, 2018. *Salud Pública de México*, *65*(5, sept-oct), 493-503. https://doi.org/10.21149/14753

Toapanta, L. (2025). *Estado nutricional en adultos mayores de chibuleo a través del índice de masa corporal*.

Tomalá, G. M. (2023). *Estado nutricional de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consulta externa del hospital básico Dr. José Garces Rodríguez. Salinas 2022*. https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/9584

Torres, O. (2022). *Determinación del perímetro braquial como indicador del estado nutricional frente a otros indicadores antropométricos en*

niños menores de cinco años del Dispensario Médico Monseñor Juan Wiesnet, cantón Bucay, 2021. https://dspace.espoch.edu.ec/items/c89d7f72-5d1f-4f82-aa5f-fd8ab6740aba

Trejos, D., & Pinzón, O. L. (2025). *Lista de chequeo para la evaluación bioquímica del estado nutricional en el entorno hospitalario*. Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. https://doi.org/10.35454/evaluacionbioquimica

Urrea, G. C., & Cherres, Z. N. (2025). *Patrones dietéticos y prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores. Centro de Salud Julio Moreno. Octubre 2024 – Enero 2025* [Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del ser Humano, Carrera de Enfermería]. https://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/8476

Vallejos, B. I., & Ruiz, I. V. (2022, agosto 30). *«Estado nutricional y enfermedades crónicas en adultos mayores del hogar de ancianos san francisco de asis, chagûitillo, sébaco, durante el primer semestre del 2023»* [Monografía]. Belkis Isarys López Vallejos. http://repositorio.unides.edu.ni/id/eprint/108/

Vásquez, H. R., Revilla Rodríguez, E., Vásquez Revilla, H. R., & Revilla Rodríguez, E. (2023). Fragilidad en el adulto mayor ingresado a la unidad de cuidados intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, *37*(5), 434-438. https://doi.org/10.35366/113055

Vásquez, M. H. (2024). *Relación entre estado nutricional y sarcopenia en adultos mayores de un centro geriátrico – lima*.

Velasquez, A. (2024). *Valoración nutricional y riesgo de sufrir diabetes en adultos mayores que acuden a la consulta ambulatoria en un Centro de Salud de Tumbes, 2024*. https://hdl.handle.net/20.500.12874/65468

Vera, L. M. Z., Sánchez, M. C. A., Loor, R. G. H., & Bermúdez, M. G. M. (2024a). Análisis comparativo de la malnutrición en los Adultos Mayores del área de medicina interna del Hospital Rodríguez Zambrano – Manta. *Polo del Conocimiento*, *9*(2), 1342-1355. https://doi.org/10.23857/pc.v9i2.6592

Vera, L. M. Z., Sánchez, M. C. A., Loor, R. G. H., & Bermúdez, M. G. M. (2024b). Análisis comparativo de la malnutrición en los Adultos Mayores del área de medicina interna del Hospital Rodríguez Zambrano – Manta. *Polo*

del Conocimiento, *9*(2), 1342-1355. https://doi.org/10.23857/pc.v9i2.6592

Vera, L. M. Z., Sánchez, M. C. A., Loor, R. G. H., & Bermúdez, M. G. M. (2024c). Análisis comparativo de la malnutrición en los Adultos Mayores del área de medicina interna del Hospital Rodríguez Zambrano – Manta. *Polo del Conocimiento*, *9*(2), 1342-1355. https://doi.org/10.23857/pc.v9i2.6592

Vinueza-Veloz, A. F., Tapia-Veloz, E. C., Tapia-Veloz, G., Nicolalde-Cifuentes, T. M., Carpio-Arias, T. V., Vinueza-Veloz, A. F., Tapia-Veloz, E. C., Tapia-Veloz, G., Nicolalde-Cifuentes, T. M., & Carpio-Arias, T. V. (2023). Estado nutricional de los adultos ecuatorianos y su distribución según las características sociodemográficas. Estudio transversal. *Nutrición Hospitalaria*, *40*(1), 102-108. https://doi.org/10.20960/nh.04083

Vo, R., Smith, M., & Patton, N. (2021). The role of dietitian clinical judgement in the nutrition care process within the acute care setting: A qualitative study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, *34*(1), 124-133. https://doi.org/10.1111/jhn.12820

Wanden, C. (2022). Evaluación nutricional en mayores. *Hospital a Domicilio*, *6*(3), 121-134. https://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i3.171

Winter, J. E., MacInnis, R. J., Wattanapenpaiboon, N., & Nowson, C. A. (2021). BMI and all-cause mortality in older adults: A meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *99*(4), 875-890. https://doi.org/10.3945/ajcn.113.068122

Zorzo, R. A., de Arruda Leite, F., & da Costa Zorzo, J. C. (2021). Nutrición en el paciente pediátrico en cuidados paliativos. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo (RNCM)*, *4*(2), 2. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9549769

Anexos

Anexo 1. Solicitud para aprobación del tema

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Oficio Nro. UEB-FCSS-2026-0025-O

Guaranda, 13 de abril de 2026

Asunto: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DE TRABAJOS DE TITULACIÓN, ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UEB

Señor Magíster
Darwin Rolando Poveda Ortiz
Gerente del Hospital Docente Alfredo Noboa Montenegro
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
En su Despacho

De mi consideración:

De mi consideración:

Reciba un saludo cordial de quienes hacemos la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, permítame informar que según proyecto de carrera los estudiantes al iniciar el octavo ciclo deben inscribirse en una de las modalidades de titulación mientras desarrollan sus prácticas pre profesionales.

Por lo antes citada, solicito su autorización para que los estudiantes de la carrera inscritos en la Unidad de Titulación apliquen el trabajo de titulación en la casa de salud que está bajo su dirección, facilite la recolección de datos e información necesaria para el desarrollo de la investigación que se detallan a continuación:

Nombres y apellidos	Modalidad	Tema	Tutor
Deysi Abigail Guamán Quinatoa Liliana Lisbeth Llumitaxi Sisa	Proyecto de Investigación	Proceso de atención nutricional: antropométrico y dietético en adultos mayores, Medicina Interna, Hospital Alfredo Noboa, marzo-julio 2026	Mgtr. Janine Taco

En espera de su repuesta le expreso mi gratitud.

Atentamente,

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Oficio Nro. UEB-FCSS-2026-0025-O

Guaranda, 13 de abril de 2026

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Stefanny Karolina Dias Ledesma
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Copia:
Señora Licenciada
Maria Humbelina Olalla Garcia
Profesora

Señor Especialista
Santiago Ismael Pacheco Toro
Responsable de Docencia e Investigacion
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

lc

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
STEFANNY KAROLINA DIAS LEDESMA

Anexo 2. Autorización para la realización del proyecto

REPÚBLICA DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
DP02-Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Gerencia

ACUERDO Nro. MSP-DP02-BO-HG-ANM-G-2026-0001-A

SR. MGS. DARWIN ROLANDO POVEDA ORTIZ
GERENTE DEL HOSPITAL DOCENTE ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. UEB-FCSS-2026-0025-O emitido por la Universidad Estatal de Bolívar se autoriza la realización del trabajo de titulación cumplimiento los requerimientos para la realización de investigaciones en unidades asistenciales, por lo que se requiere el protocolo de investigación y el consentimiento informado revisado y aprobado.
Dado en Guaranda , a los 01 día(s) del mes de Junio de dos mil veintiséis.

Documento firmado electrónicamente

SR. MGS. DARWIN ROLANDO POVEDA ORTIZ
GERENTE DEL HOSPITAL DOCENTE ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

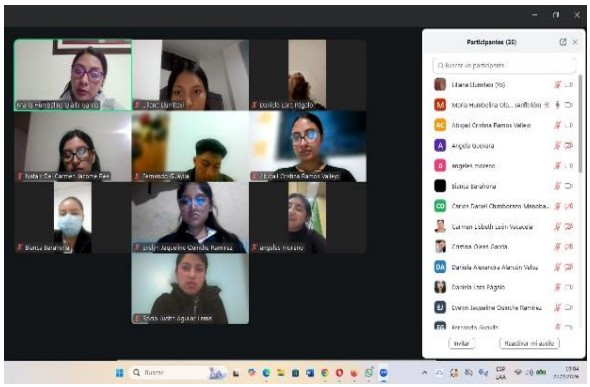
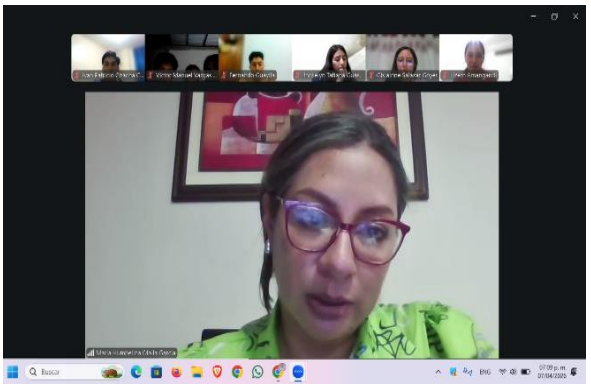
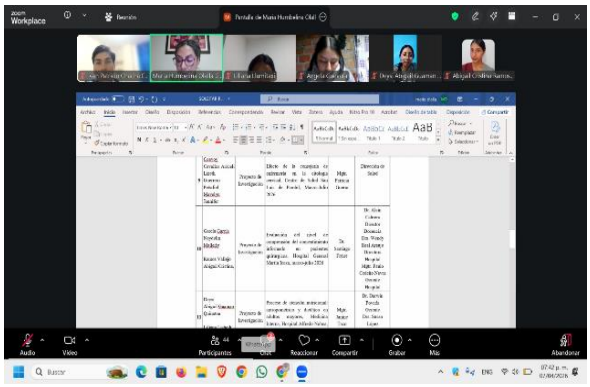
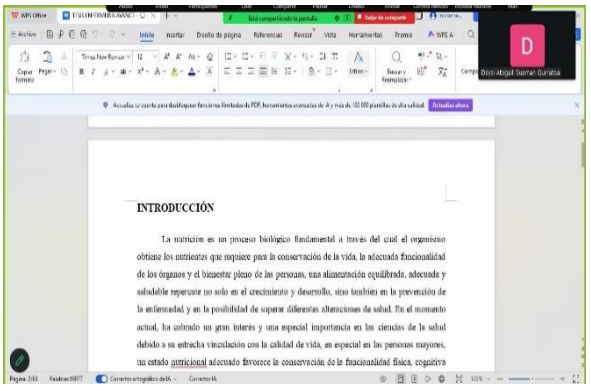
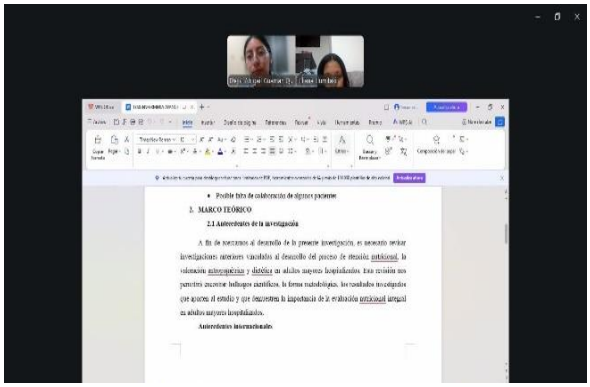
Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
DARWIN ROLANDO POVEDA ORTIZ

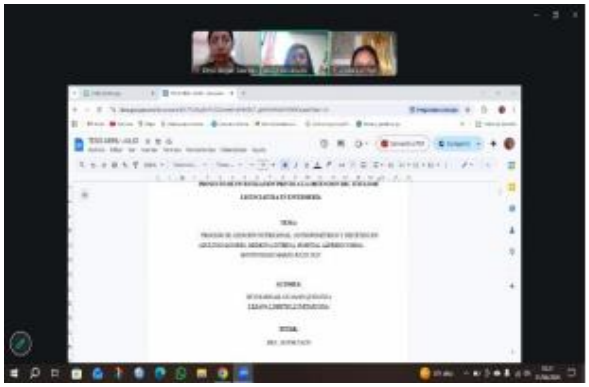
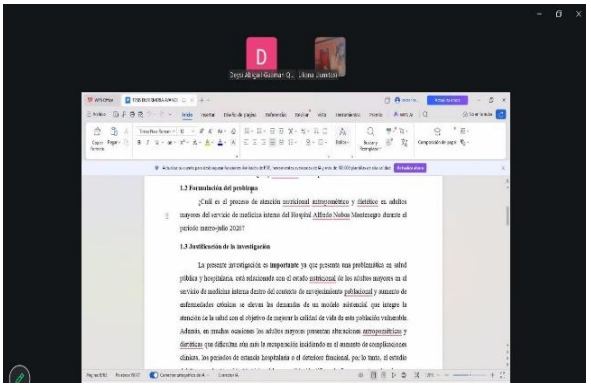
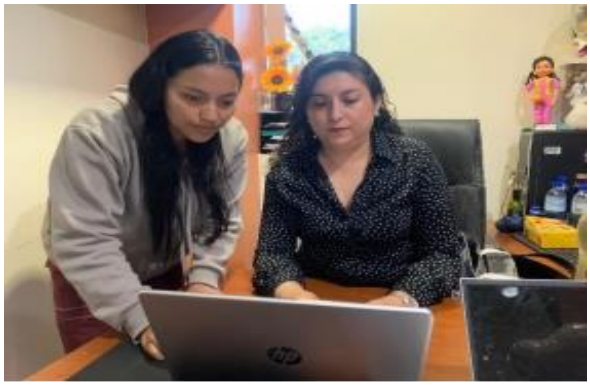
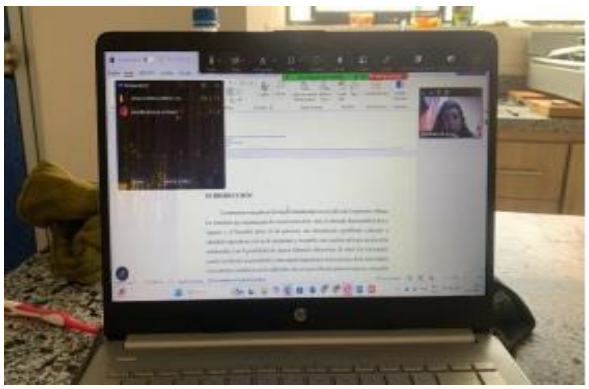
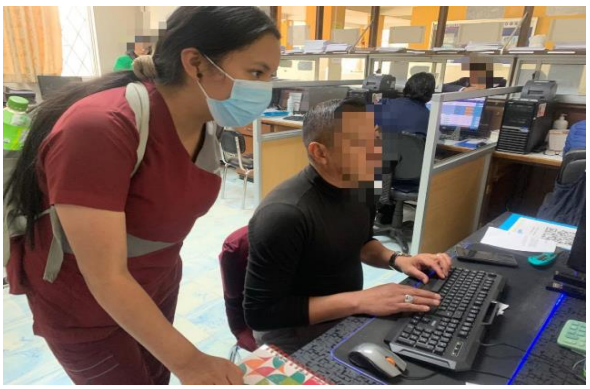
Dirección: Guaranda, Calle JM Cisneros y selva Alegre
Código Postal: 020103 / Guaranda - Ecuador
Teléfono: +593-3 2980282
www.salud.gob.ec

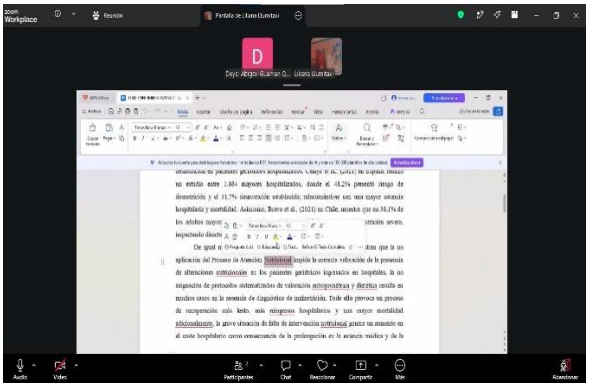
*Documento firmado electrónicamente por Quipux

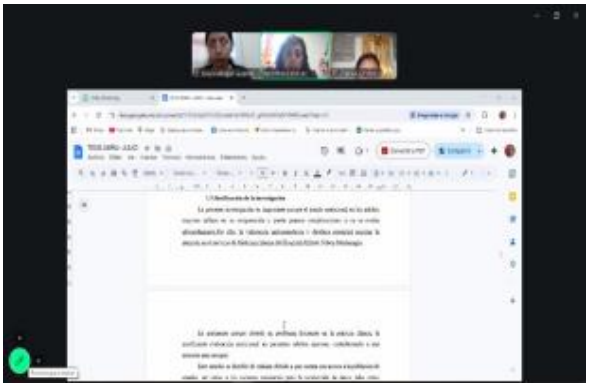
EL NUEVO ECUADOR DEFIENDE IMPULSA CONSTRUYE

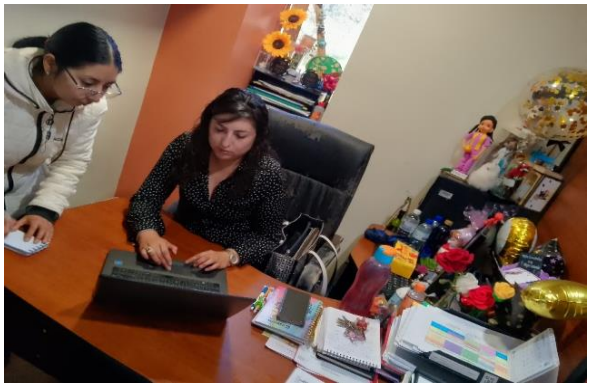
Anexo 3. Evidencias Fotográficas

	
Actividad:Reunión por parte de la coordinadora de titulación **Fecha**: 27/02/2026	**Actividad**: Aprobación del tema de tesis **Fecha**: 07/04/2026
	
Actividad: Asignación de tutores por tema de titulación y oficios para los tutores asignados. **Fecha**: 09/04/2026	**Actividad**: Elaboración del capítulo I de la tesis. **Fecha**: 12/04/2026
	
Actividad: Elaboración del capítulo II de la tesis **Fecha**: 15/04/2026	**Actividad**: Entrega de oficio de titulación a la tutora asignada **Fecha**: 17/04/2026

	
Actividad: Reunión virtual para la revisión de tesis **Fecha**: 20/04/2026	**Actividad**: Corrección de la tesis **Fecha**: 26/04/2026
	
Actividad: Revisión de tesis de forma presencial. **Fecha**: 07/05/2026	**Actividad**: Entrega del anteproyecto al Dr. Santiago Pacheco. **Fecha**:10/05/2026
	
Actividad: Reunión virtual para la revisión de tesis capítulo I y II. **Fecha**: 14/05/2026	**Actividad**: Obtención de datos sobre el número de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. **Fecha**:17/05/2026

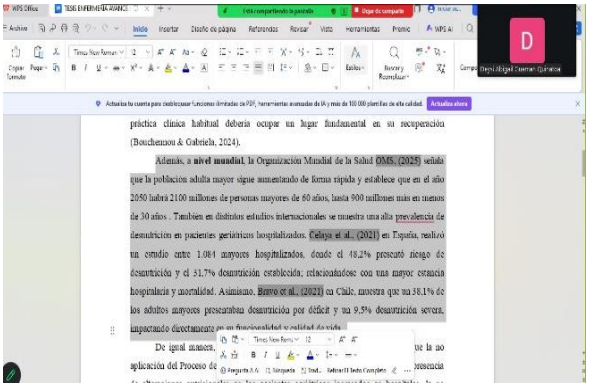
	
Actividad: Revisión de la historia clínica del paciente para identificar el diagnóstico médico. **Fecha**:17/05/2026	**Actividad**: Realización del capítulo III de la tesis **Fecha**:18/05/2026
	
Actividad: Firma de consentimiento informado para la aplicación de la encuesta **Fecha**: 19/05/2026	**Actividad**: Aplicación de la encuesta **Fecha**: 19/05/2026
	
Actividad: Toma de medidas antropométricas (Altura talón-rodilla) en pacientes encamados. **Fecha**: 19/05/2026	**Actividad**: Toma de medidas antropométricas en pacientes internados en el servicio de medicina interna. **Fecha**: 19/05/2026

	
Actividad: Toma de circunferencia de la pantorrilla del paciente en silla de ruedas. **Fecha**: 20/05/2026	**Actividad**: Revisión de la tesis de forma presencial. **Fecha**: 21/05/2026
	
Actividad: Toma de medidas antropométricas (peso) en pacientes que pueden mantenerse de pie. **Fecha**: 21/05/2026	**Actividad**: Aplicación de la encuesta a paciente de medicina interna. **Fecha**: 27/05/2026
	
Actividad: Revisión de tesis de forma presencial. **Fecha**: 28/05/2026	**Actividad**: Medición de la pantorrilla a paciente del servicio de medicina interna. **Fecha**: 30/05/2026

	
Actividad: Revisión de tesis de forma presencial. **Fecha**: 04/06/2026	**Actividad**: Medición de la altura talón-rodilla en pacientes encamados. **Fecha**: 04/06/2026
	
Actividad: Firma de consentimiento informado y aplicación de encuestas **Fecha**: 07/06/2026	**Actividad**: Toma de peso a paciente internada en el servicio de medicina interna. **Fecha**: 09/06/2026
	
Actividad: Revisión de tesis y de la elaboración de trípticos. **Fecha**: 10/06/2026	**Actividad**: Toma de medidas antropométricas a adultos mayores de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. **Fecha**: 11/06/2026

	
Actividad:Toma de medidas antropométricas en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna. **Fecha**: 13/06/2026	**Actividad**: Toma de medidas antropométricas a adultos mayores de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. **Fecha**: 15/06/2026
	
Actividad:Revisión de los avances y correcciones de la tesis **Fecha**: 17/06/2026	**Actividad**: Toma de medidas antropométricas a adultos mayores de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro. **Fecha**: 17/06/2026
	
Actividad:Toma de medidas antropométricas a adultos mayores de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. **Fecha**: 17/06/2026	**Actividad**: Toma de medidas antropométricas a adultos mayores de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. **Fecha**: 17/06/2026

	
Actividad: Entrega de trípticos educativos sobre la elaboración de snacks saludables de acuerdo con la patología de cada paciente. **Fecha**: 27/06/2026	**Actividad**: Entrega de trípticos educativos sobre la elaboración de snacks saludables de acuerdo con la patología de cada paciente. **Fecha**: 27/06/2026
	
Actividad: Capacitación a pacientes sobre opciones de snacks saludables para promover una alimentación equilibrada. **Fecha**: 27/06/2026	**Actividad**: Capacitación a pacientes sobre opciones de snacks saludables para promover una alimentación equilibrada. **Fecha**: 27/06/2026
	
Actividad: Capacitación a pacientes sobre opciones de snacks saludables para promover una alimentación equilibrada. **Fecha**: 27/06/2026	**Actividad**: Capacitación a pacientes sobre opciones de snacks saludables para promover una alimentación equilibrada. **Fecha**: 27/06/2026

	
Actividad: Revisión y corrección final de la tesis por la tutora. **Fecha**: 15/07/2026	**Actividad**: Revisión y corrección final de la tesis por los miembros del grupo. **Fecha**: 15/07/2026

Anexo 4. Consentimiento informado

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene como propósito solicitar su autorización para la aplicación de una encuesta que permitirá obtener información relacionada con el trabajo de titulación denominado: "Proceso de Atención Nutricional: Antropométrico y Dietético en Adultos Mayores, Medicina Interna, Hospital Alfredo Noboa Montenegro, marzo-julio 2026", realizado por Deysi Guaman y Liliana Llumitaxi, estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, bajo la tutoría de la Msg. Janine Taco.

- Se garantiza la confidencialidad de la información brindada, la cual será utilizada únicamente con fines académicos e investigativos.
- Su participación es totalmente voluntaria y no representa ningún riesgo ni perjuicio para su salud o atención médica.
- La información obtenida será manejada de manera estrictamente confidencial.
- La valoración incluirá mediciones antropométricas y aspectos relacionados con la alimentación y hábitos dietéticos del adulto mayor.

DECLARO:

- Que he sido informado(a) de manera clara y precisa sobre los objetivos y procedimientos de la investigación titulada: "Proceso de Atención Nutricional: Antropométrico y Dietético en Adultos Mayores, Medicina Interna, Hospital Alfredo Noboa Montenegro, marzo-julio 2026".
- Que comprendo la información recibida y que mi participación es libre y voluntaria, pudiendo retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto represente perjuicio alguno.
- Que autorizo la utilización de la información obtenida exclusivamente para fines académicos y científicos.
- Que todas mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

Nombres y Apellidos del paciente: Mariano Ninabanda Chimbolema

C.I: 0200718856

Firma: 

Dirección Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda Ecuador
Telefono (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo 5. Encuesta

UCD UNIVERSIDAD

CARRERA DE ENFERMERÍA

DATOS DEMOGRÁFICOS
Instrucciones: Marque o complete la opción que corresponda.

1. Edad:
☐ 65 – 69 años
☐ 70 – 74 años
☐ 75 – 79 años
☒ 80 años o más 94 años
2. Sexo:
☒ Masculino
☐ Femenino
☐ Otro
3. Etnia:
☒ Mestizo(a)
☐ Indígena
☐ Afroecuatoriano(a)
☐ Blanco(a)
☐ Montubio(a)
☐ Otro: _____
4. Estado civil:
☐ Soltero(a)
☒ Casado(a)
☐ Unión libre
☐ Viudo(a)
☐ Divorciado(a)
5. Lugar de procedencia:
☐ Urbano
☒ Rural
6. Nivel de educación:
☐ Sin educación
☐ Primaria
☒ Secundaria
☐ Superior
6. Ocupación:
☐ Agricultor(a)
☐ Comerciante
☐ Empleado(a)
☒ Jubilado(a)
☐ Desempleado(a)
☐ Ama de casa
7. **¿Presenta actualmente algún diagnóstico médico establecido?**

- Si
- No
- **Si su respuesta es sí, especifique:** Diabetes Neumonía Comunitaria

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Telefono: (593) 3220 6059
www.ucb.edu.ec

UCB UNIVERSIDAD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Encuesta

No Chumlea

Talla: 1.61
Peso: 61 kg
IMC: 23.88 kg/m2

Índices Antropométricos

1. **Índice de masa corporal (IMC= peso/talla² en Kg/m²)**
   0= IMC <19
   1= 19 ≤ IMC < 21
   2= 21 ≤ IMC < 23
3 3= IMC ≥ 23
2. **Circunferencia braquial (CB en cm)**
   0,0 = CB <21
1 0,5= 21 ≤ CB ≤ 22 28
   1,0= CB> 22
3. **Circunferencia de la pierna (CP en cm)**
1 0= CP< 31
   1= CP ≥ 31 34
4. **Pérdida reciente de peso (< 3 meses)**
   0 = pérdida de peso > 3 kg
1 1 = no lo sabe
   2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
   3 = no ha habido pérdida de peso

Evaluación Global

5. **¿El paciente vive en su domicilio?**
   0= No
1 1= Sí
6. **¿Toma más de tres medicamentos por día?**
   0= No
1 1= Sí
7. **¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?**
1 0= No
   1= Sí
8. **Movilidad**
   0= de la cama al sillón
1 1= autonomía en el interior de casa
   2= Sale del domicilio
9. **Problemas neuropsicológicos**
   0= Demencia o depresión severa
2 1= Demencia o depresión moderada
   2= Sin problemas psicológicos
10. **Úlceras cutáneas**
   0= No
0 1= Sí

Parámetros dietéticos

11. **¿Cuántas comidas completas come al día?**
   0= 1 comida
2 1= 2 comidas
   2= 3 comidas

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

UEB UNIVERSIDAD

CARRERA DE ENFERMERÍA

12. ¿El paciente consume?

¿Productos lácteos al menos una vez al día?

Si
No

¿Huevos o legumbre 1 o 2 veces por semana?

Si
No

¿Carne, pescado o aves, diariamente?

Si
No

Puntación

0.0= (0 sí o 1 sí)
0.5= (2 sí)
1.0= (3 sí) 1

13. **¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces por día?**

0= No
1= Sí 1

14. **¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?**

0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual 1

15. **¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza)**

0.0= menos de 3 vasos
0.5= de 3 a 5 vasos 0.5
1.0= Más de 5 vasos

16. **Forma de alimentarse**

0= Necesita ayuda
1= Se alimenta solo con dificultad 2
2= Se alimenta solo sin dificultad

VALORACIÓN SUBJETIVA

17. **¿El paciente se considera, a si mismo, bien nutrido? (Problemas nutricionales)**

0= Malnutrición
1= No lo sabe o malnutrición moderada 1
2= Sin problemas de nutrición

18. **En comparación con las personas de su edad ¿Cómo se encuentra su estado de salud?**

0.0= Peor
0.5= No lo sabe
1.0= Igual 2
2.0= Mejor

Puntuación.

- ≥ 24 puntos: estado nutricional satisfactorio 22.5
- De 17 a 23.5 puntos: riesgo de malnutrición
- < 17 puntos: mal estado nutricional

Anexo 6. Socialización de colaciones

	
Actividad: Entrega de trípticos educativos sobre la elaboración de snacks saludables de acuerdo con la patología de cada paciente. **Fecha**: 27/06/2026	**Actividad**: Entrega de trípticos educativos sobre la elaboración de snacks saludables de acuerdo con la patología de cada paciente. **Fecha**: 27/06/2026
	
Actividad: Capacitación a pacientes sobre opciones de snacks saludables para promover una alimentación equilibrada. **Fecha**: 27/06/2026	**Actividad**: Capacitación a pacientes sobre opciones de snacks saludables para promover una alimentación equilibrada. **Fecha**: 27/06/2026
	
Actividad: Capacitación a pacientes sobre opciones de snacks saludables para promover una alimentación equilibrada. **Fecha**: 27/06/2026	**Actividad**: Capacitación a pacientes sobre opciones de snacks saludables para promover una alimentación equilibrada. **Fecha**: 27/06/2026

Anexo 7. Control de asistencia a socialización de colaciones

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERIA

REGISTRO DE ASISTENCIA A CHARLA EDUCATIVA
TEMA: "PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL: ANTROPOMÉTRICO Y DIETÉTICO EN ADULTOS MAYORES, MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO MARZO-JULIO 2026"
FECHA: 2026/06/27

Nº.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	FIRMA/HUELLA
1	Julissa Yanza	0250336922	
2	María Balseca	0201522474	
3	Fanny García	0250200441	
4	Fanny Onaluisa	0200815249	
5	Miguel Chimbo	0202059432	
6	Victor Amaguaña	0200410702	
7	Luis Sánchez		
8	Joselyn Masabanda	0605630334	
9	Maria Manuela Mindiorda	0200797777	

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERIA

REGISTRO DE ASISTENCIA A CHARLA EDUCATIVA

TEMA: "PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL: ANTROPOMÉTRICO Y DIETÉTICO EN ADULTOS MAYORES, MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO MARZO-JULIO 2026"

FECHA: 2026/06/27

Nº.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	FIRMA/HUELLA
1	Gonzalo Arnulo	020089099	
2	Beatriz Galeas	0200438539	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Anexo 8. Propuesta

Elaboración de una guía de colaciones saludables para adultos mayores hospitalizados del servicio de Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro



Elaborado por: (Guamán & Llumitaxi, 2026)

Introducción

La alimentación es un aspecto fundamental en la prevención, el control y el tratamiento de muchas de las enfermedades crónicas que inciden en las personas adultas mayores. En esta etapa del ciclo vital se producen cambios fisiológicos, metabólicos y funcionales que pueden alterar los requerimientos nutricionales, reducir la capacidad de aprovechamiento de los nutrientes y aumentar la susceptibilidad para sufrir alteraciones como la desnutrición, la pérdida de masa muscular o el deterioro funcional. Por eso, el cuidado de una alimentación equilibrada y adaptada a las necesidades de cada adulto mayor es algo fundamental para favorecer la conservación de la salud y la calidad de vida (Mejía, 2021).

Las colaciones saludables corresponden a preparaciones alimentarias con porciones pequeñas que se consumen entre las comidas principales, y tienen

como objetivo completar la alimentación diaria con el aporte adecuado de energía, proteínas, vitaminas y minerales. Pueden contribuir a aumentar la ingesta nutricional en aquellos adultos mayores que tienen poco apetito, que no son capaces de cubrir los requerimientos diarios o que presentan determinadas condiciones clínicas que requieren adaptaciones específicas de la dieta. Además, permiten repartir mejor los nutrientes durante la jornada, con el consiguiente beneficio del control metabólico y de mantener el estado de nutrición (Aguilar, 2024).

Por medio de esta guía se pretende apoyar al personal de salud, pacientes y familiares en la selección de preparaciones alimentarias que respondan a las necesidades nutricionales del adulto mayor, promoviendo una alimentación saludable, equilibrada e individualizada. De esta manera, las colaciones representan una herramienta de apoyo para complementar la atención integral del paciente y favorecer un mejor estado nutricional durante el proceso de recuperación hospitalaria.

En personas mayores ingresadas en el hospital, la planificación de tentempiés debe recoger las características clínico-individuales, porque enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes mellitus o bien insuficiencia renal crónica pueden conllevar restricciones, y/o requerir necesidades nutricionales específicas. En las personas hipertensas se debe vigilar el consumo de sodio y priorizar alimentos que favorezcan la adecuada presión arterial; en las personas con diabetes mellitus las preparaciones deben incidir en el control de los carbohidratos, así como la elección de alimentos con adecuada calidad nutricional para favorecer el control glucémico. Por su parte, en los pacientes con insuficiencia renal crónica o bien en diálisis se debe tener en cuenta otros nutrientes como proteínas, sodio, potasio y fósforo, que han de regularse según las características clínicas del paciente.

La guía de colaciones saludables surge como un recurso orientado a complementar el Proceso de Atención Nutricional en aras de desarrollar alternativas alimenticias adaptadas a las principales patologías objetivadas en los adultos hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboas Montenegro, persiguiendo el objetivo de ofrecer opciones pensadas, nutritivas y adecuadas que colaboren al reforzamiento del cuidado nutricional,

favorezcan la recuperación clínica y disminuyan el riesgo de complicaciones asociadas con el estado nutricional.

Objetivo general

Elaborar una guía nutricional de colaciones saludables para adultos mayores con hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal.

Objetivos específicos

- Proporcionar opciones de colaciones saludables de acuerdo con cada patología.
- Promover hábitos alimentarios saludables en los adultos mayores.
- Orientar la selección de alimentos adecuados para contribuir al control de las enfermedades crónicas.

Desarrollo de la propuesta

La propuesta consiste en una guía nutricional ilustrada que ofrece colaciones saludables para adultos mayores con hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal. Se ofrecen ejemplos de colaciones para cada patología, alimentos recomendados, alimentos a evitar y recomendaciones nutricionales generales con la intención de facilitar la elección de preparaciones que sean saludables y que contribuyan al mantenimiento del estado nutricional y al control de la enfermedad.

Para cada de una de estas patologías se elaboró 5 guías nutricionales con información organizada de manera didáctica, incluyendo los siguientes aspectos:

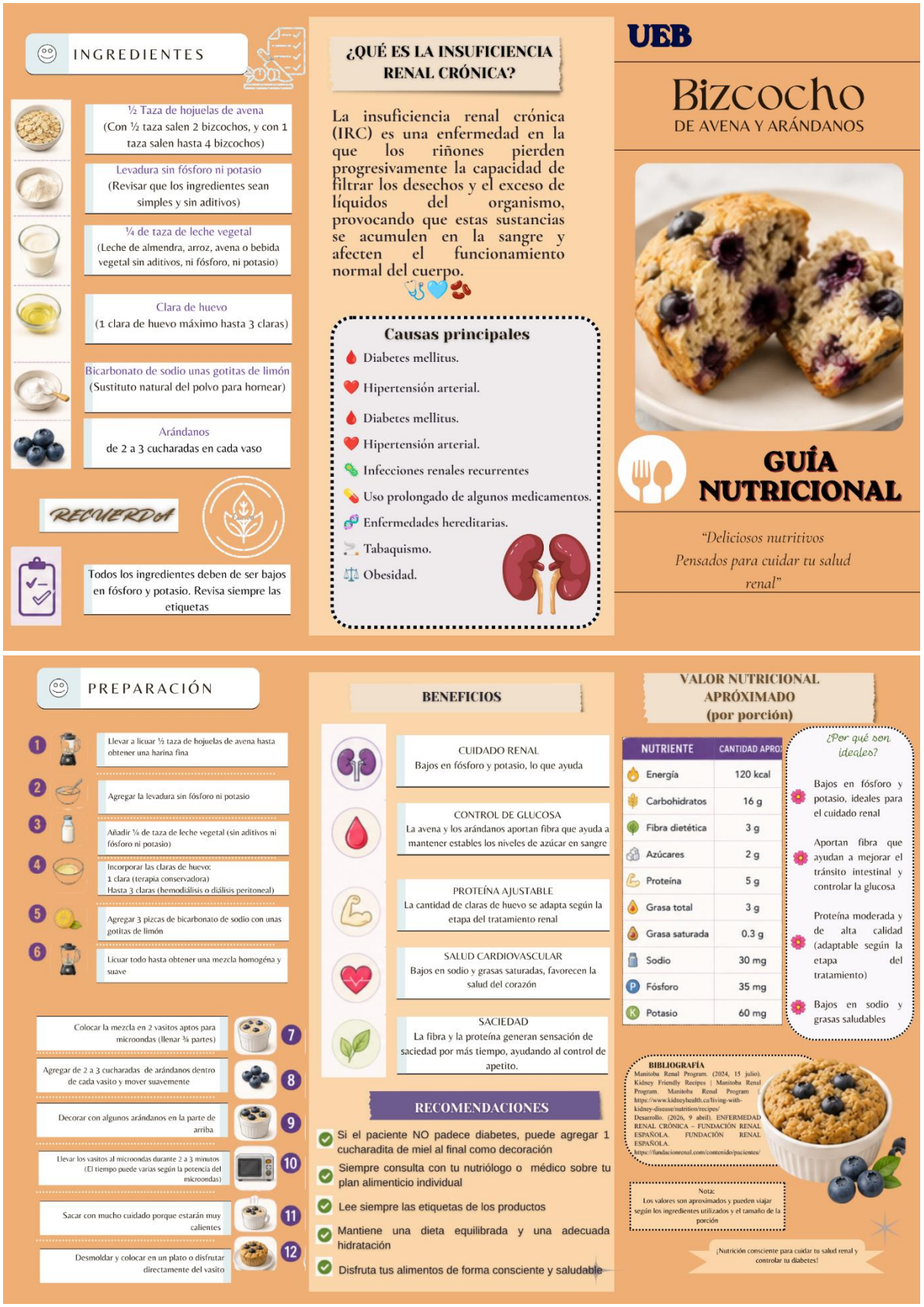
- Descripción general de la enfermedad
- Importancia de una adecuada alimentación en el tratamiento
- Valoración nutricional y su relación con el estado de salud del paciente
- Recomendaciones nutricionales específicas de acuerdo con la patología
- Alimentos recomendables y los que deben de evitar consumir.
- Preparación de colaciones saludables utilizando ingredientes de fácil acceso.
- Beneficios nutricionales de cada alimento empleado en las preparaciones.
- Beneficios de consumir las colaciones propuestas.

- Recomendaciones generales sobre las porciones y horarios de alimentación.

Las preparaciones fueron seleccionadas considerando las necesidades nutricionales de los adultos mayores, procurando que sean de fácil preparación, y adecuadas para las restricciones alimentarias de cada enfermedad.



Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).



Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).



Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).



Nota: Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).



Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

APORTE NUTRICIONAL

Nutriente	Cantidad	Fuente principal
Energía (Kcal)	301	Todos los ingredientes
Hidratos de Carbono (g)	43.7	Melón y avena
Proteínas (g)	12.3	Yogurt descremado
Lípidos (g)	9.1	Yogurt y avena

NOTA

- Todos estos elementos son indispensables (junto con un nivel muy bajo de sodio) para el control de la Hipertensión Arterial.



BENEFICIOS

Ayuda que los vasos sanguíneos se relajen y facilitan la eliminación del exceso de líquidos y sodio a través de la orina.

Reduce el colesterol "malo", estabiliza la presión y te mantiene satisfecho.

Ayuda a regular la presión arterial y protege tu corazón al no tener grasas perjudiciales.

BIBLIOGRAFÍA

Fundación Aprende con REYHAN. (2021). Melón con yogurt y avena. https://aprendeconreyhan.org/melon-con-yogurt-y-avena/

Mayo Clinic. (2023). Dieta DASH: alimentación saludable para reducir la presión arterial. https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/dash-diet/art-20048456

GUÍA NUTRICIONAL

HTA





¿QUÉ ES LA HTA?

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que la presión de la sangre se mantiene elevada de forma persistente igual o superior a 140/90 mmHg.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONTROLARLA

- Reduce el riesgo de infarto.
- Previene accidentes cerebrovasculares.
- Protege los riñones.
- Mejora la calidad de vida.

YOGURT CON MELÓN Y AVENA





INGREDIENTES:



1 taza de melón picado en cuadritos



½ taza de yogurt natural



2 cucharadas soperas de avena en hojuelas

PREPARACIÓN

En un tazón, plato hondo o copa de postre, sirve la media taza de yogurt descremado.

Agrega la taza de melón previamente lavado, pelado y picado en cuadritos pequeños.

Agregar las 2 cucharadas de avena en hojuelas y servir

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

APORTE NUTRICIONAL



Nutriente	Cantidad	Fuente principal
Energía (Kcal)	~120	Pera
Hidratos de Carbono (g)	~25.0	Pera
Proteínas (g)	~1.5	Semillas de chía
Lípidos (g)	~2.5	Semillas de chía (Omega-3)



GUÍA NUTRICIONAL

HTA

BENEFICIOS

Relaja las paredes de los vasos sanguíneos y disminuyendo la tensión arterial.

Reduce la inflamación sistémica y a prevenir la formación de coágulos, protegiendo tu salud cardiovascular.

Permite una absorción lenta de los azúcares naturales, evitando picos de glucosa y prolongando la sensación de saciedad.



BIBLIOGRAFÍA

Mayo Clinic. (2023). Dieta DASH: Ejemplos de menús. https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/dash-diet/art-20047110

MedlinePlus. (2021). Nutrición para personas mayores. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html



¿QUÉ ES LA HTA?

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que la presión de la sangre se mantiene elevada de forma persistente igual o superior a 140/90 mmHg.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONTROLARLA

- Reduce el riesgo de infarto.
- Previene accidentes cerebrovasculares.
- Protege los riñones.
- Mejora la calidad de vida.

PURÉ DE PERA Y CHÍA



INGREDIENTES:



1 pera mediana (madura)



1 cucharadita de semillas de chía.



¼ de taza de agua.

Opcional: Una ramita de canela o un chorrito de esencia de vainilla.



PREPARACIÓN

Pela la pera, quítale el centro (semillas) y córtala en trozos pequeños.

En una olla pequeña, coloca los trozos de pera, el agua y la canela/vainilla si decides usarla. Cocina a fuego lento durante 10-15 minutos hasta que la pera esté muy suave y se deshaga fácilmente.

Retira del fuego (puedes aplastar la pera con un tenedor para hacerla puré o dejarla en trocitos muy suaves).

Agregar la cucharadita de semillas de chía, mezcla bien, deja reposar 5 minutos para que la chía se ablande y servir

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

APORTE NUTRICIONAL



Nutriente	Cantidad	Fuente principal
Energía (Kcal)	~110	Frutos rojos y yogurt
Hidratos de	~14.0	Frutos rojos y yogurt
Proteínas (g)	~6.5	Yogurt y almendras
Lípidos (g)	~3.5	Almendras (Grasas



GUÍA NUTRICIONAL

HTA

BENEFICIOS

Evita que las arterias se tensen o se contraigan, previniendo así los picos repentinos de presión alta.

Desinflama y protege las paredes arteriales, permitiendo que la sangre fluya suavemente y sin esfuerzo.

Ayuda al control de peso.

Energía de digestión suave.



BIBLIOGRAFÍA

Mayo Clinic. (2023). Dieta DASH: Ejemplos de menús. https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/dash-diet/art-20047110

MedlinePlus. (2021). Nutrición para personas mayores. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html



¿QUÉ ES LA HTA?

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que la presión de la sangre se mantiene elevada de forma persistente igual o superior a 140/90 mmHg.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONTROLARLA

- Reduce el riesgo de infarto.
- Previene accidentes cerebrovasculares.
- Protege los riñones.
- Mejora la calidad de vida.

Yogur con frutos rojos y almendras





INGREDIENTES:



½ taza de frutos rojos (frescos, moras o arándanos, pueden ser congelados).



½ taza de yogurt descremado natural (sin azúcar) o leche de almendras sin azúcar.



1 cucharada de almendras fileteadas (o trituradas).

Opcional: Unas hojas de menta para decorar.

PREPARACIÓN

Lava bien los frutos rojos si son frescos. (Si usas congelados, el batido quedará más espeso y refrescante).

Coloca los frutos rojos y el yogurt descremado en la licuadora. Licúa hasta obtener una mezcla suave y homogénea.

Sirve el batido espeso en un tazón o plato hondo. Agregar las almendras fileteadas por encima y disfruta inmediatamente con cuchara.

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

APORTE NUTRICIONAL



Nutriente	Cantidad	Fuente principal
Energía (Kcal)	~140	Chía y mango
Hidratos de Carbono (g)	~16.0	Mango
Proteínas (g)	~3.0	Semillas de chía
Lípidos (g)	~6.5	Chía y coco rallado



GUÍA NUTRICIONAL

HTA

BENEFICIOS

Aporta saciedad duradera y energía estable.

Azúcares naturales de fácil digestión.

Apoya la conservación de la masa muscular.

Ayuda a reducir los procesos inflamatorios dentro de los vasos sanguíneos, previniendo el desgaste arterial común en la tercera edad.

BIBLIOGRAFÍA

Mayo Clinic. (2023). Dieta DASH: Ejemplos de menús. https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/dash-diet/art-20047110

MedlinePlus. (2021). Nutrición para personas mayores. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html





¿QUÉ ES LA HTA?

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que la presión de la sangre se mantiene elevada de forma persistente igual o superior a 140/90 mmHg.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONTROLARLA

- Reduce el riesgo de infarto.
- Previene accidentes cerebrovasculares.
- Protege los riñones.
- Mejora la calidad de vida.

Pudín de Chía con Mango y Coco



INGREDIENTES:



2 cucharadas soperas de semillas de chía



½ taza de leche descremada o bebida de almendras sin azúcar.



½ taza de mango maduro (picado en cubitos diminutos o hecho puré).



1 cucharadita de coco rallado deshidratado (sin azúcar añadida).

Opcional: Unas gotas de esencia de vainilla para perfumar.



PREPARACIÓN

En un vaso o frasco pequeño, mezcla bien las 2 cucharadas de chía con la media taza de leche descremada y la vainilla. revuelve durante un minuto.

Deja reposar la mezcla en el refrigerador durante al menos 30 minutos (o prepáralo la noche anterior). Verás cómo las semillas absorben el líquido y se transforman en un pudín espeso y suave.

Saca el pudín de la nevera, coloca encima el puré o los cubitos de mango maduro, espolvorea el coco rallado por encima

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).



Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).



APORTE NUTRICIONAL

Nutriente	Cantidad	Fuente principal
Energía (Kcal)	~115	Requesón y manzana
Carbohidratos (g)	~8.5	Manzana
Proteínas (g)	~9.0	Requesón
Lípidos (g)	~3.0	Requesón



BENEFICIOS

Energía ligera que no causa pesadez digestiva.

Muy baja carga; previene subidas bruscas de azúcar.

Alta dosis de proteína para mantener tus músculos fuertes.

Grasas mínimas que no sobrecargan tu salud cardiovascular.

BIBLIOGRAFIA

Asociación Americana de Diabetes (ADA). (2021). Lácteos bajos en grasa y frutas de bajo índice glucémico. Diabetes Food Hub. https://www.diabetesfoodhub.org

MedlinePlus. (2022). Nutrición para personas mayores con diabetes. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. https://medlineplus.gov/spanish/diabeticdiet.html

GUIA NUTRICIONAL PARA DIABETICOS



¿QUÉ ES LA DIABETES?

Es una condición en la cual el azúcar (glucosa) se acumula en la sangre porque el cuerpo no puede transformarla en energía de manera correcta.



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONTROLARLA?

Evita mareos y caídas

Protege tus órganos

Conserva tu independencia

COPA DE REQUESÓN CON CANELA Y MANZANA



INGREDIENTES



½ taza de requesón (queso ricota) sin sal añadida (bajo en grasa de preferencia).



½ manzana mediana (roja o verde), rallada finamente (la ralladura facilita la masticación).



½ cucharadita de canela en polvo.



1 cucharada de agua o un chorrito de limón (para que la manzana no se oscurezca).

"Cada colación saludable es un paso hacia una vida más activa y segura"



PREPARACIÓN

- Lava bien la manzana, pélala si lo prefieres para una digestión más fácil, ralla la mitad finamente y agrégale unas gotas de limón para que no se oxide.
- En una copa o tazón pequeño, coloca la media taza de requesón y añade la canela en polvo. Revuelve bien con una cuchara hasta formar una pasta cremosa y aromática.
- Coloca la manzana rallada sobre el requesón preparado y sirve

Es una colación fresca, ligera y lista para disfrutar a media tarde.

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).



APORTE NUTRICIONAL

Nutriente	Cantidad	Fuente principal
Energía (Kcal)	~120	Avena y leche
Carbohidratos (g)	~15.0	Avena
Proteínas (g)	~5.0	Avena y leche
Lípidos (g)	~2.5	Semillas de chía



BENEFICIOS

Energía duradera que no genera pesadez digestiva.

Ayuda a mantener tus músculos fuertes y sanos.

Complejos y de absorción lenta; previene subidas bruscas de azúcar.

Grasas saludables que ayudan a desinflamar tus arterias.

BIBLIOGRAFIA

Asociación Americana de Diabetes (ADA). (2021). Avena trasnochada con canela para el control glucémico diario. Diabetes Food Hub. https://www.diabetesfoodhub.org

Mayo Clinic. (2023). Alimentación para la diabetes: mantener la glucosa bajo control. https://www.mayoclinic.org/es-es

GUIA NUTRICIONAL PARA DIABETICOS



¿QUÉ ES LA DIABETES?

Es una condición en la cual el azúcar (glucosa) se acumula en la sangre porque el cuerpo no puede transformarla en energía de manera correcta.



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONTROLARLA?

Evita mareos y caídas

Protege tus órganos

Conserva tu independencia

AVENA TRASNOCHADA CON CANELA



INGREDIENTES



3 cucharadas soperas de avena en hojuelas enteras (es la opción más económica y saludable).



½ taza de agua o leche descremada (sin azúcar).



½ cucharadita de canela en polvo.



1 cucharadita de semillas de chía o linaza molida (opcional, aporta fibra extra por muy bajo costo).

Una colación nutritiva, fácil de masticar y perfecta para cuidar tu bienestar todos los días.



PREPARACIÓN

- En un frasco pequeño, taza o copa, vierte las 3 cucharadas de avena, la canela en polvo y las semillas de chía.
- Agrega la media taza de agua o leche descremada fría y revuelve bien con una cuchara para integrar los ingredientes.
- Tapa el recipiente y déjalo reposar en el refrigerador durante toda la noche (o al menos 4 horas). La avena y la chía absorberán todo el líquido, volviéndose un pudín cremoso, suave y listo para comer frío sin necesidad de cocinar.

Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).





Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).



Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).



Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Se generó un código Qr que permite acceder a la guía alimentaria correspondientes a cada patología, facilitando su consulta de manera rápida y digital.



Nota. Elaborado por Guamán & Llumitaxi (2026).

Recomendaciones generales

- Consumir una o dos colaciones saludables al día entre las comidas principales.
- Preferir frutas, verduras, cereales integrales y lácteos bajos en grasa.
- Evitar alimentos ultra procesados, bebidas azucaradas y productos con alto contenido de sodio.
- Mantener una adecuada hidratación de acuerdo con las indicaciones del profesional de salud.
- Complementar la alimentación con actividad física cuando el estado de salud lo permita.

Conclusiones

La guía de nutrición es una herramienta educativa para la elección de colaciones saludables para personas adultas mayores con alguna enfermedad crónica; el uso de la misma permite iniciar un proceso hacia la elección de hábitos alimentarios correctos y ayudar al control de la hipertensión, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal. La guía de nutrición se traduce en un mejor estado nutricional y en mejor calidad de vida.

Recomendaciones

- Utilizar la guía como material de educación nutricional para adultos mayores y sus cuidadores.

- Adaptar las colaciones a las necesidades y condiciones clínicas de cada paciente.
- Actualizar periódicamente las recomendaciones de acuerdo con las guías nutricionales vigentes.
- Promover la participación del personal de salud en la orientación alimentaria de los pacientes.

Bibliografía

Aguilar, D. (2024). *Recetario saludable para niños en edad preescolar del CENDI 1*. https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/5525

Mejía, G. (2021). *Calidad de vida y felicidad en la persona adulta mayor*.

Anexo 9. Validación de la guía alimentaria

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DEBOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DEBOLÍVAR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA ENFERMERÍA
PROYECTO DE TITULACIÓN

VALIDACIÓN DEL INTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

JUICIOS DE EXPERTOS

TEMA DE INVESTIGACIÓN:	"PROCESO DE ATENCION NUTRICIONAL: ANTROPOMETRICO Y DIETETICO EN ADULTOS MAYORES, MEDICINA INTERNA. HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO MARZO-JULIO 2026"
PROPÓSITO:	Guía nutricional de colaciones saludables para adultos mayores con hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal.
ESTUDIANTES RESPONSABLES:	Deysi Abigail Guaman Quinatoa Liliana Lisbeth Llumitaxi Sisa
INSTRUCCIONES:	Luego de analizar el instrumento en base al propósito de caso con sus criterios y experiencias profesionales, realice una valoración según los siguientes ítems, marcando con una equis (X) en el puntaje que considere que refleje su apreciación.

CRITERIO DE VALIDEZ	SUFICIENTE (3 pts)	MEDIANAMENTE SUFICIENTE (2 pts)	INSUFICIENTE (1 pts)	OBSERVACIONES
Coherencia con el propósito	3			
Pertinencia de los contenidos nutricionales con el estudio		2		
Claridad en la redacción de los procedimientos de las recetas	3			
Las secciones de la guía están distribuidas de manera lógica	3			
SUBTOTAL	9	2		
TOTAL	11			

Datos Generales del evaluador

Apellidos/Nombres: Rosero Orozco Jenny Paola
Cargo: Enfermera Jefe del servicio Medicina Interna
Profesión: Enfermera
Lugar de trabajo: H.A.N.M.
Firma: Jenny Paola Rosero

Lic. Jenny Paola Rosero
ENFERMERA
C.I. 0201562296

Criterios de puntuación:

- **Válido para aplicar:** 10 - 12 pts
- **Válido con modificaciones:** 4 - 10 pts
- **No válido:** 0 - 3 pts

Decisión del experto:

CRITERIO DE VALIDEZ	SUFICIENTE (3 pts)	MEDIANAMENTE SUFICIENTE (2 pts)	INSUFICIENTE (1 pts)	OBSERVACIONES
Coherencia con el propósito: El contenido y las opciones de colaciones de la guía responden directamente al propósito de la investigación y a las necesidades del adulto mayor.	3			
Pertinencia de los componentes dietéticos: Los ingredientes, porciones y recomendaciones seleccionados en las recetas son clínicamente seguros y aptos para el manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal.		2		
Claridad en la redacción de los procedimientos: Las instrucciones para la preparación de las recetas y las advertencias nutricionales están escritas de forma clara, sencilla y comprensible para el paciente o su cuidador.	3			
Distribución lógica de las secciones de la guía: Los componentes de la guía (Definición,	3			

Ingredientes, Preparación y Valor Nutricional) se encuentran organizados y distribuidos de manera secuencial y didáctica.				
SUBTOTAL	9	2		
TOTAL	11			

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DEBOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DEBOLÍVAR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA ENFERMERÍA
PROYECTO DE TITULACIÓN

VALIDACIÓN DE GUÍA ALIMENTARIA

JUICIOS DE EXPERTOS

TEMA DE INVESTIGACIÓN:	"PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL: ANTROPOMÉTRICO Y DIETÉTICO EN ADULTOS MAYORES, MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO MARZO-JULIO 2026"
PROPÓSITO:	Guía alimentaria de colaciones saludables para adultos mayores con hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal.
ESTUDIANTES RESPONSABLES:	Deysi Abigail Guaman Quinatoa Liliana Lisbeth Llumitaxi Sisa
INSTRUCCIONES:	Luego de analizar la guía alimentaria en base al propósito de caso con sus criterios y experiencias profesionales, realice una valoración según los siguientes ítems, marcando con una equis (X) en el puntaje que considere que refleje su apreciación.

CRITERIO DE VALIDEZ	SUFICIENTE (3 pts)	MEDIANAMENTE SUFICIENTE (2 pts)	INSUFICIENTE (1 pts)	OBSERVACIONES
Coherencia con el propósito	3			
Pertinencia de los contenidos nutricionales con el estudio	3			
Claridad en la redacción de la guía alimentaria	3			
Las secciones de la guía están distribuidas de manera lógica	3			
SUBTOTAL	12			
TOTAL				

Datos Generales del evaluador
Apellidos/Nombres: Silva González María Inés
Cargo: Enfermera Líder Central.
Profesión: Enfermera
Lugar de trabajo: H. Alfredo Noboa M.
Firma:

ENFERMERA
H.A.N.M.

Criterios de puntuación:
- **Válido para aplicar:** 10 - 12 pts
- **Válido con modificaciones:** 4 - 10 pts
- **No válido:** 0 - 3 pts

Decisión del experto:

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CRITERIO DE VALIDEZ	SUFICIENTE (3 pts)	MEDIANAMENTE SUFICIENTE (2 pts)	INSUFICIENTE (1 pts)	OBSERVACIONES
Coherencia con el Propósito: El contenido y las opciones de colaciones de la guía responden directamente al propósito de la investigación y a las necesidades del adulto mayor.	3			
Pertinencia de los componentes dietéticos: Los ingredientes, porciones y recomendaciones seleccionados en las recetas son clínicamente seguros y aptos para el manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal.	3			
Claridad en la redacción de los procedimientos: Las instrucciones para la preparación de las recetas y las advertencias nutricionales están escritas de forma clara, sencilla y comprensible para el paciente o su cuidador.	3			
Distribución lógica de las secciones de la guía: Los componentes de la guía (Definición,	3			

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Ingredientes, Preparación y Valor Nutricional) se encuentran organizados y distribuidos de manera secuencial y didáctica.				
SUBTOTAL				
TOTAL	12			