

## Trabajo Original

### Valoración nutricional del anciano en la comunidad.

### Nutritional assessment of elderly people in the community.

**Dra. Tamara Álvarez Gómez<sup>1</sup>, Dra. Marisel de la C. Valdes Mijares<sup>2</sup>, Dra. Cristina Cabrera Cabrera<sup>3</sup>, Dr. Ricardo E. Amurrio Flores<sup>4</sup>, Edwin Giovany Ortiz Rojas<sup>5</sup>, Dr. José R. Valdés Utrera<sup>6</sup>**

1. Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriátrica. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesora Asistente.
2. Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriátrica. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor.
3. Especialista de 2do grado en Histología. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar.
4. Especialista de 1er grado en MGI. Residente de Cardiología. Master en Longevidad Satisfactoria.
5. Estudiante de 3er Año de Medicina.
6. Especialista de 1er grado en Fisiología. Profesor Asistente.

## RESUMEN

El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores, como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. En la atención primaria no se realiza una valoración del estado nutricional de los adultos mayores cuando estos asisten a consulta, aspecto importante a tenerse en cuenta para poder identificar estados de malnutrición o pacientes riesgos, por lo que el objetivo del trabajo es describir el estado nutricional de los ancianos del consultorio # 5 del Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley de la ciudad de Sancti Spiritus. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el período comprendido entre el 1 de mayo del 2006 hasta el 31 de enero del 2007. La población de estudio estuvo conformada por 103 ancianos que cumplieron los criterios de inclusión. El mayor porcentaje resultó ser ancianos normopesos, donde predominó una población anciana joven (entre 60 y 69 años) con un ligero predominio del sexo femenino, con estilos de vida no saludables que indican riesgo en su estado nutricional, lo cual guarda relación con la falta de conocimiento, por parte de ellos de los perjuicios que causan los mismos al estado de salud. La Hipertensión Arterial resultó ser la enfermedad prevaleciente que estuvo en relación con la ingesta excesiva de sal, grasa animal y la no práctica de ejercicios físicos.

**DeCS:** ESTADO NUTRICIONAL / fisiología SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA.

## **ABSTRACT**

The nutritional status of elderly people is determined by the requirements and food intake; they in turn are influenced by other factors, such as physical activity, lifestyles, existence of social and family networks, mental and psychological activity, status of health or disease and socioeconomic restrictions. In primary care no assessment is made of the nutritional status of elderly people when they attend to consultation, which is an important aspect to be taken into account to be able to identify malnutrition conditions or patient risks. Therefore, the objective of this work is to describe the nutritional status of the elderly people of family doctor's clinic #5 of the Celia Sánchez Manduley Teaching Polyclinic of the city of Sancti Spiritus. A descriptive cross-sectional study was made in the period from May 1 of 2006 up to January 31 of 2007. The study population was made up of 103 elderly people who met the inclusion criteria. The greatest percent turned out to be people with a normal weight, and a younger population prevailed (between 60 and 69 years) with a light prevalence of the female sex, with non healthy lifestyles that indicate risk in their nutritional status and is related with the lack of knowledge, on the part of them of the damages that they cause to the health status. Hypertension turned out to be the prevalent disease that was related with the excessive intake of salt, animal fat and the practice of physical exercises.

**MeSH:** NUTRITIONAL STATUS / physiology COMMUNITY HEALTH SERVICES.

## **INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento se asocia con un progresivo deterioro biológico y aumento de problemas de salud, resultantes de la interacción de factores genéticos y ambientales (1,2). El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta, ellos a su vez son influenciados por otros factores, como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas (3,4,5,6). Cualquier evaluación del estado nutricional, por lo tanto, debe incluir información sobre estos factores, con el objeto de entender la causa de posibles deficiencias, diseñar las actividades correctivas y evaluar su eficiencia (7, 8, 9). Para la valoración del estado nutricional de los ancianos se desarrolló en Estados Unidos a comienzo de los 90, el Nutrition Screaning Initiative, el cual permite detectar en pocos minutos una serie de problemas nutricionales sociales o sanitarios que precisarán intención médica y/o nutricional. Determinación del índice de masa corporal y la realización de un pequeño cuestionario sobre los hábitos alimentarios, condiciones de vida, situación económica, social y física permite detectar signos de alarma del estado nutricional (10, 11, 12, 13).

En la atención primaria no se realiza una valoración del estado nutricional de los ancianos cuando estos asisten a consulta, aspecto importante a tenerse en cuenta para poder identificar estados de malnutrición o la identificación precoz de riesgos nutricionales, por lo que de objetivo del trabajo es describir el estado nutricional de los ancianos del consultorio # 5 del Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley de la ciudad de Sancti Spiritus.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el período comprendido del 1 mayo del 2006 al 31 enero del 2007. Población – 103 ancianos que integraban dicho consultorio.

Criterios de inclusión – Se incluyeron los de 60 años y más que aceptaron colaborar con el trabajo  
Criterios de exclusión – Ancianos con demencia moderada o severa que no colaboraran con el estudio. Las variables operacionalizadas fueron edad, sexo, convivencia, per cápita familiar,

grado de dependencia, estilos de vida, enfermedades asociadas y evaluación nutricional la que se calculó a través del Índice de Masa Corporal (IMC), considerándose:

- a) Bajo peso se consideró cuando el IMC estaba entre 16 y 18.4%.
- b) Normopeso se consideró cuando el IMC estaba entre 18.5 y 24.9%.
- c) Sobre peso se consideró cuando el IMC estaba entre 25 y 29.9 % (14).

La encuesta (Anexo 1) utilizada fue aplicada en otros estudios (14) realizados en esta área de salud. Para determinar la presencia de estados depresivos se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Anexo 2) y se consideró la presencia de esta alteración psicológica por encima de los 10 puntos. El Test de K. Hasegawa (Anexo 3) y Minimental State Examination se utilizó para diagnosticar estados demenciales. En el caso del Test de K. Hasegawa se valoró la presencia de demencia por debajo de 20 puntos.

## RESULTADOS

La Tabla 1 representa la distribución del estado nutricional de la población estudiada según grupo de edades. Los ancianos normopeso constituyeron el 91.3 % del total, con similares cifras en los grupos de 60 a 64 años y de 65 a 69 con 31.1 % y 28.2 %, respectivamente, seguido del grupo etáreo de 70 a 74 años con 19.4 %. Los gerontes bajo peso fueron 5 que representó el 4.8 %, mientras que los sobrepeso fueron solamente 4 para un 3,9 %. De forma general los grupos etáreos que predominaron fueron los comprendidos entre 60-64 y 65 -69 respectivamente.

La relación del estado nutricional según el sexo (Tabla 2) muestra que hubo un ligero predominio de los femeninos (50.5 %) sobre los masculinos (49.5 %), ambos aumentaron a expensas de los normopeso con 90.4 % y 92.2 %, respectivamente.

La Tabla 3 muestra la distribución del estado nutricional de acuerdo con la convivencia de la población geriátrica estudiada. Predominaron los senescentes que convivían con otros familiares, representado un 76.6 % del total, seguido de los que vivían con otro anciano con un 14.6 %. Los ancianos solos, representaron el 8.7 %. Los adultos mayores normopeso mostraron similares porcentajes en los que convivían con otro anciano (93.3 %) y los que eran cuidados por otros familiares (92.4 %). Los bajo peso fueron el 22.2 % en aquellos que vivían solos, mientras que los sobrepeso se agruparon en los que vivían con otras personas.

La relación entre el estado nutricional y la per cápita familiar (Tabla 4) refleja que la condición de regular predominó con un 73.8 %, seguida de la condición de buena con 17.5 %. La condición de mala solo fue el 8.7 %. Las tres condiciones tuvieron los mayores valores en los normopeso, siendo de 94.4 % en la buena, 90.8 % en la regular y 88.9 % en la mala.

La tabla # 5 expresa la relación de la dependencia de acuerdo con estado nutricional de la muestra estudiada. Los senescentes independientes fueron 93 que representó el 90.3 %, los dependientes solo fueron 10 para un 9.7 %. Aquellos que eran normopeso predominaron para ambas categorías; sin embargo los dependientes tuvieron predominio en los bajo peso con un 10.0 % y los independientes en el sobrepeso con un 4.3 %.

La distribución de los estilos de vida se muestra en la tabla # 6. El exceso en la ingestión de sal predominó con 68 ancianos que hacían abuso de su consumo (66 %), la ingestión de grasa animal y el hábito de fumar mostraron similares porcentajes con 62.2 % y 51.5.% respectivamente, todos con predominio en los gerontes normopeso. La práctica del ejercicio físico se presentó en 5,8 de la población .El consumo de alcohol solo representó el 3.9 % del total.

La tabla 7 muestra la relación de las enfermedades asociadas según el estado nutricional de los adultos mayores estudiados. La hipertensión arterial afectó al 48.6 % de la población. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) la padecían 18 pacientes que representó el 17.5 %; mientras que la cardiopatía isquémica crónica y la diabetes mellitus afectaron al 12.6 % y 9.7 % respectivamente. La distribución de estas enfermedades predominó en los normopesos exhibiendo un 90 % para los hipertensos y diabéticos en este estado nutricional. Los bajo peso sufrieron más de enfermedad dispéptica (28.6 %), mientras que los sobrepesos fueron afectados más por la hipercolesterolemia (12.5 %). Estudios realizados encontraron resultados similares, donde la hipertensión arterial, la EPOC, la cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus resultaron ser las enfermedades más frecuentes en los senescentes (16, 24, 25).

## DISCUSIÓN

González y Martínez (15,16) reportan similares resultados en otros estudios realizados en Cuba, donde existe un predominio de los más envejecidos. A pesar de ser Sancti Spíritus la tercera provincia más envejecida del país, este CMF se encuentra ubicado en una zona de desarrollo del municipio, donde predomina la población anciana joven.

Estudios realizados en Cuba y otros países comentan que la mujer, por problemas de tipo hormonal y exponerse a los trabajos menos forzosos, suele tener mayor esperanza de vida que el hombre (12, 17, 18), lo cual pudiera explicar los resultados obtenidos en este trabajo.

Frecuentemente en la tercera edad hay carencia de afectividad, de proyectos, de relaciones, lo que explica que la dieta de los ancianos es más completa cuando viven en familia o en instituciones que cuando viven solos (17,19). En los ancianos siempre que sea posible es importante evitar la soledad, comer en compañía y aumentar las relaciones sociales. Es importante fomentar en los gerontes los aspectos relacionados con el carácter convivencial y lúdico de las comidas, según comentan Arbonés y Carbajal en estudios realizados con los ancianos españoles (18).

Figuroa y García plantean que con frecuencia los ancianos tienen dificultades económicas que les impiden comprar la comida necesaria, cuando esto ocurre los primeros alimentos que se evitan son los más caros que suelen ser los que aportan la mayor cantidad de proteínas, como las carnes y los pescados (19,20).

Un buen estado nutricional del anciano influye en la funcionalidad del mismo, puede mejorar su independencia y viceversa, que realmente es lo que se considera, desde el punto de vista geriátrico como concepto de salud, pero el deterioro nutricional del anciano trae consigo el abandono de funciones y la postración (17, 20,21).

Ramos en un estudio realizado reflejó resultados similares en cuanto al consumo de grasa animal (22). Recientes estudios demostraron que existe una relación entre el consumo excesivo de cloruro de sodio (sal de mesa) y daño cardíaco, renal y cerebral, independientemente del nivel de presión arterial. El sodio disminuye los niveles de óxido nítrico y, por ende, un consumo excesivo aumenta el riesgo de daño vascular, cerebral, cardíaco y renal -órgano blanco de la presión arterial alta (23). El hábito de fumar como estilo de vida no saludable ha mostrado porcentajes elevados y continúa siendo alta en los ancianos; el efecto beneficioso de abandonar el tabaquismo ha sido demostrado. (24)

Estudios realizados encontraron resultados similares a los nuestros, donde la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cardiopatía isquemia y la diabetes mellitus resultaron ser las enfermedades más frecuentes en los senescentes (16, 24, 25).

## **CONCLUSIONES**

De la población estudiada el mayor por ciento resultó ser ancianos normopesos donde predominó una población anciana joven con un ligero predominio del sexo femenino, lo cual guarda relación con la ubicación en una zona de desarrollo del Consultorio y con la mayor expectativa de vida que presentan las féminas en comparación con los del sexo masculino que supera los 6 años. Los gerontes estudiados presentaron estilos de vida no saludables, que indican riesgo en su estado nutricional, entre los que se destacan el consumo excesivo de sal y grasa animal, el tabaquismo y no práctica del ejercicio físico, siendo la hipertensión arterial la enfermedad prevaleciente lo cual guarda relación con los hábitos tóxicos predominantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blumberg J. Nutrient requirements of the healthy elderly - Should there be specific RDAs? *Nutrition Reviews* 2004; 52 (suppl 2): S15-S18.
2. Chandra R. Nutrition and Immunity in the elderly. *Nutrition Reviews* 2002; 50(suppl3): 367-71.
3. Chernoff R. Nutritional requirements and physiological changes in aging. Thirst and fluid requirements. *Nutrition Reviews* 2004; 52 (suppl 2): S3-S5.
4. Dirren H. Euronut-Seneca: a european study of nutrition and health in the elderly. *Nutrition Reviews* 2003; 52 (suppl 2): S39-S43.
5. Durnin J V G A. Anthropometric methods of assessing nutritional status. In *Nutrition in the elderly*. A Horwitz, Macfadyen? DM, Munro H, Scrimshaw NS, Steen B and Williams TF ed. WHO. Oxford University Press. New York 1989.
6. Euronut SENECA investigators. Nutritional status: haematology and albumin. *Eur J Clin Nutr* 1991; 45 (suppl 3): 43-52.
7. Subcommittee on the tenth edition of the RDAs. Food and Nutrition Board, Commission on Life Sciences. National Research Council. Recommended dietary allowances, 10th ed. Washington, DC. National Academy Press, 1989
8. Gil Canalda, Cadnela Villanueva JP, Quiles Izquierdo J. Valoración del estado nutricional en atención primaria. Indicaciones y metodología. *JANO* 2003;XLIX(No 1126):861-6
9. Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez M .Algunas enfermedades en ancianos ingresados y estado nutricional. *Hospital Calixto García Rev Cub Invest Biomédv.25n.4Ciudad de la Habanasep.-dic.2006.*
10. H.Rosenberg. Human Nutrition and Dietetics Nutrition and aging. 10ma Edición, 2000. p. 345.
11. BERM. Estudio Prospectivo Europeo sobre Dieta, Cáncer y Salud. *Boletín Epidemiológico de la Región de Murcia*. 2003; 24 (641).
12. Aranceta J y Pérez-Rodrigo C. Alimentación y salud en la mujer de edad media y avanzada. *Nutr Clin*, 2003; 18(3): 19-26.
13. Sastre Gallego A. Nutrición y envejecimiento. Nutrición en la segunda etapa de la vida "senectud". III Jornadas d• Russell RM. Factors in aging that effect the bioavailability of nutrients. *J Nutr*, 2002; 131(4 Suppl).
14. Martínez B .Estado nutricional de los adultos mayores de CMF 46 del policlínico Centro. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer grado en MGI .Sancti Spíritus.2004.
15. González Sánchez R, Fernández Torriente E, Características biosociales de los ancianos de dos consultorios del Policlínico California. *Rev. Cub. Med. Gen .Integr*, 1998: 14(1): 38-42.
16. Martínez C. Polifarmacia en los adultos mayores *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(1).
17. Morieras O. Nutrición y Salud en personas de edad avanzada en Europa. Estudios SENECA FINALE en España. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol* 2004; 36(2):75-81.
18. Arbonés, A. Carbajal, B. Gonzalvo, M. Vaquero Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo "Salud pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN) *Nutr. Hosp.Madrid*2003 mayo-jun:18 (3).
19. Figueroa Pedraza D. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil *Rev. salud pública Bogotá*2004; 6(2)
20. García Peris P. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 261-262.
21. S. Santana Porbén J Barreto Penié Programas de intervención Hospitalaria. Acciones, diseño, componentes, implementación. *Nutr. Hosp* (2005) XX (5)351-357.
22. Ramos Palmero RM. Evaluación nutricional de un grupo de ancianos asistentes a un círculo de abuelos. Tesis en opción del título de Máster en Bioquímica. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara "Serafín Ruiz de Zarate Ruiz". 2000.
23. Gaziano JM, Manson JE. Diet and heart disease. The role of fat, alcohol and antioxidants. *Cardiol Clin* 2004, 14 (1): 69-83.

24. Applegate WH, Hughes JP, Vander Z, Wang R. Case-control study of coronary heart disease risk factors in the elderly. *J Clin Epidemiol* 2003;44:409-15.
  25. Emiliana Valderrama Gama, Fernando Rodríguez Artalejo, Antonia Palacios Díaz, Pilar Gabarre Orús y Jesús Pérez del Molino Martín. Consumo de medicamentos en los ancianos. Resultados de un estudio poblacional. *Rev. Esp. Salud Publicav.* 72n.3MadridMaio/Jun.2003.
-

## ANEXOS

Encuesta. Nombre y apellidos Sexo: M---- F----

- Edad : 60 a 64 años 65 a 69 años 70 a 74 años 75 a 79 años 80 y más

- Escolaridad

Iletrado Primaria sin terminar Primaria terminada

Secundaria Preuniversitario Universitario

- Estado civil: Casado --- Soltero -- - Divorciado -- - Acompañado - Viudo----

- Categoría ocupacional: Jubilado - Trab. -Agrícola - Trab. activo - Ama de casa-

- Convivencia

Vive solo Vive con otros ancianos Con otros familiares Con otras personas

e) En caso de vivir con otras personas ó familiares ¿Ellos trabajan? Sí -- No --

- Padece Usted de intolerancia a algún alimento Sí -- No --

- Bebe Usted: Nunca -- A veces-- Con frecuencia --

- Tiene Usted alguna dieta impuesta Sí -- No --

De ser afirmativo responda ¿Quién se la indicó?

Familia --- Médico --- Usted --- Otra persona---

-¿Toma algún medicamento? Sí -- No -- ¿Cuáles ?--

- ¿Cuántos viven en su casa? ¿Qué cantidad de dinero entra en su casa?

- ¿Qué entiende Usted por comer proteínas?

- ¿Qué tipo de grasa ingiere en su alimentación?

¿Come Usted bajo de sal? Sí No

¿A qué hora come Usted normalmente?

- ¿Tiene Usted dificultad para preparar los alimentos?

Sí -- No -- ¿Cuáles?

¿Ha sido Usted hospitalizado? Sí -- No --

¿ En cuántas ocasiones ?. Mencione las causas.

¿Fuma? Sí No . ¿Qué tiempo lleva fumando? ¿Con qué intensidad?

Menos de 10 cigarrillos De 10 a 20 cigarrillos Más de 20 cigarrillos

-Nunca ha fumado Sí -- No-- - Exfumador Sí-- No --

- Tiempo que fumó

- ¿Realiza Usted ejercicios? Sí-- No --

- ¿Padece Usted de alguna enfermedad? Sí -- No -- ¿Cuál ó cuáles?

- ¿Tiene Usted trastornos gastrointestinales? Sí -- No --

- ¿Tiene buen gusto (sabor)? Sí -- No --

- ¿Tiene buen olfato (olor)? Sí -- No --

-¿Tiene buen apetito? Siempre -- A veces -- Nunca --

- ¿Se siente Usted deprimido?

a) A veces -- b) Siempre -- c) Casi siempre -- d) Nunca --

Tabla 1: Estado nutricional ancianos según edad. Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley. CMF 5. Mayo 2006 - Enero 2007

Grupo de edades.	Estado Nutricional							
	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
60-64	1	3.1	30	93.8	1	3.1	32	31.1
65-69	0	0	28	96.5	1	3.5	29	28.2
70-74	1	5.0	19	95.0	0	0	20	19.4
75-79	2	20.0	6	60.0	2	20.0	10	9.7
80 y más	1	8.3	11	91.7	0	0	12	11.6
Total	5	4.8	94	91.3	4	3.9	103	100

Tabla 2: Estado nutricional según sexo .Policlínico Celia Sánchez CM # 5. Mayo 2006- Enero 2007.

Sexo	Estado Nutricional							
	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Masculino	3	5.9	47	92.2	1	1.9	51	49.5
Femenino	2	3.8	47	90.4	3	5.8	52	50.5
Total	5	4.8	94	91.3	4	3.9	103	100

Tabla 3: Estado nutricional según convivencia. Policlínico Celia Sánchez CMF 5. Mayo 2006- Enero 2007.

Convivencia	Estado Nutricional							
	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Anciano solo	2	22.2	7	77.8	0	0	9	8.7
Anciano	1	6.7	14	93.3	0	0	15	14.6
Anciano con otros familiares	2	2.5	73	92.4	4	5.1	79	76.7
Total	5	4.8	94	91.3	4	3.9	103	100

Tabla 4: Estado nutricional según percápita .Policlínico Celia Sánchez CMF 5. Mayo 2006- Enero 2007.

Percápita Familiar	Estado Nutricional							
	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Buena	0	0	17	94.4	1	5.5	18	17.5
Regular	5	5.3	69	90.8	3	3.9	76	73.8
Mala	1	11.1	8	88.9	0	0	9	8.7
Total	5	4.8	94	91.3	4	3.9	103	100

Tabla 5: Estado nutricional Dependencia. Policlínico Celia Sánchez CMF 5. Mayo 2006- Enero 2007

Dependencia	Estado Nutricional							
	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Independientes	4	4.3	85	91.4	4	4.3	93	90.3
Dependientes	1	10.0	9	90.0	0	0	10	9.7
Total	5	4.8	94	91.3	4	3.9	103	100

Tabla 6: Estado nutricional según estilos de vida .Policlínico Celia Sánchez CMF 5. Mayo 2006- Enero 007.

Estilos de vida	Estado Nutricional							
	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Hábito de fumar	2	3.8	50	94.3	1	1.9	53	51.5
Ingestión de grasa animal	2	3.1	59	92.2	3	4.7	64	62.2
Ingestión excesiva de sal	4	5.9	60	88.2	4	5.0	68	66.0
Alcohol	2	50.0	2	50.0	0	0	4	3.9
Práctica de ejercicio físico	0	0	5	83.3	1	16.7	6	5.8

Tabla 7. Estado nutricional ancianos según Enfermedades crónicas no trasmisibles. Policlínico Docente Celia Sánchez Manduley. CMF 5. Mayo 2006- enero2007.

Enfermedades asociadas.	Estado Nutricional							
	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Enfermedad dispéptica	2	28.6	5	71.4	0	0	7	6.8
Diabetes mellitus	1	10.0	9	90.0	0	0	10	9.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	2	11.1	16	88.9	0	0	18	17.5
Hipertensión arterial.	1	2.0	45	90.0	4	8.0	50	48.6
Cardiopatía Isquémica coronaria	1	7.7	11	84.6	1	7.7	13	12.6
Hipercolesterolemia	0	0	7	87.5	1	12.5	8	7.8