



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

**“Estado nutricional en pacientes residentes en
geriátricos públicos o privados entre 80 y 85 años de
edad”**

Tesista: Calenta Romina Patricia

Tutor: Filippini Fernando

Título a obtener: Licenciada en Nutrición

2012

Dedicatoria,

A mi esposo e hijos, Ramiro, Jasmín y Agustín que me apoyaron en cada paso que di para llegar a cumplir mi sueño.

A mis padres y mi hermano que día me contienen, aconsejan y me inculcaron valores que me hicieron ser una gran mujer..

A mis abuelos en especial a mi abuela que se me fue hace poco tiempo ambos me incentivaron para realizar esta investigación ojala pudiese llegar con tanta dignidad como tienen ustedes a los 84 años.....

A mi amiga incondicional, Sofía que transitó la ruta de la universidad conmigo y estoy sumamente orgullosa de la amistad que construimos.

A todos y cada uno los llevo en mi corazón, mil gracias por todo el apoyo incondicional que me dieron día a día.

Agradecimientos,

A los ancianos que voluntariamente a participaron del estudio, al personal de las residencias públicas y privadas, médicos, nutricionistas, enfermeros, mucamas, cocineras y asistentes que me facilitaron amablemente la información.

Al Dr Fernando Filippini, mi tutor el cual dedico su tiempo, me brindo no solo su material sino también sus vivencias, sus experiencias, y fue mi gran guía para concretar esta investigación.

INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEORICO	8
PRINCIPIOS GENERALES	10
ENVEJECIMIENTO	11
CLASIFICACIÓN.....	12
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOSANITARIOS Y BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO	13
ASPECTOS SOCIOSANITARIOS	13
RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA ANCIANOS.....	16
FISIOLOGÍA DIGESTIVA	19
NECESIDADES NUTRICIONALES	20
ENERGÍA.....	21
AGUA	23
PROTEÍNAS	24
LÍPIDOS.....	25
CARBOHIDRATOS.....	28
FIBRA.....	29
VITAMINAS Y MINERALES	30
VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR.....	33
CARACTERES FÍSICOS Y QUÍMICOS.....	34
SELECCIÓN DE ALIMENTOS Y FORMAS DE PREPARACIÓN	35
CAMBIOS FISIOLÓGICOS	36
CAMBIOS DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL.....	37
ESTILO DE VIDA SEDENTARIO.....	38
PÉRDIDAS SENSORIALES	38
AUDICIÓN Y VISIÓN.....	39
INMOVILIDAD EN EL ADULTO MAYOR.....	40
SALUD ORAL	40
IMPACTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL CAUSADO POR LAS PÉRDIDAS DE PIEZAS DENTARIAS Y EL USO DE PROTESIS.....	42
DIGESTIVO	44
PROLAPSO VAGINAL.....	45
POBLEMAS DE DEGLUCION.....	46
CARDIOVASCULAR.....	48
ENFERMEDAD RENAL	49
FUNCIÓN NEUROLÓGICA	49
DEMENCIA SENIL	50

ALZHEIMER	51
PARKINSON	52
NUTRICION Y PARKINSON	53
DEPRESIÓN	56
CALIDAD DE VIDA	57
FUNCIONALIDAD	58
MALNUTRICION EN EL ANCIANO	58
SIGNOS DE RIESGO EN EL ANCIANO	62
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADECUADA NUTRICIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES	63
GERIATRICO	65
SITUACIÓN SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES	65
ASISTENCIA GERIÁTRICA	66
PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS DE LOS ADULTOS MAYORES	67
PLANTEO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	72
JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	72
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	74
METODOLOGÍA	74
POBLACIÓN EN ESTUDIO	75
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	75
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	75
MUESTRA	75
DISEÑO DEL ESTUDIO	76
HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	76
RELEVAMIENTO DE DATOS	77
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	78
CONCLUSIONES	97
BIBLIOGRAFÍA	100
ANEXO	105

INTRODUCCIÓN

Esta investigación pretende evaluar el estado nutricional en adultos mayores institucionalizados en residencias geriátricas, tanto públicos como privados para dicho estudio es fundamental tener en claro cuales son los factores que repercuten en el estado nutricional del anciano, ya sean económicos, sociales, situación familiar, estado de dentición, si presenta alguna patología, si le gusta y satisface o no el menú que le brinda la institución, si tiene problemas de depresión, de deglución o simplemente no está a gusto en el lugar y como consecuencia repercute en su salud, para todo ello tenemos que tener en claro como es el proceso de envejecimiento podemos definirlo como un proceso evolutivo, universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y de la presencia de patologías.

Podemos mencionar distintos tipo de envejecimiento: *funcional*, es el estado funcional en las diferentes edades, es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos, y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento; *cronológico*, es contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento, en ciertas personas la transición ocurre gradualmente y en otras es casi repentina, tanto como el número de aniversarios, influyen las enfermedades y los factores socio-económicos.

La vejez debe ser alcanzada como un proceso evolutivo de la vida humana, en forma activa y saludable.

El período de envejecimiento es un proceso de múltiples transformaciones a nivel biopsicosocial.¹

LA PSICOSOCIABILIZACIÓN DE NUTRIRSE

Comemos nutrientes y sentidos, es decir comemos los productos que necesitamos para vivir, previamente seleccionados por nuestras categorías acerca de qué es lo que es bueno para elegir, para preparar, para compartir y para dejar. El comer para los humanos de cualquier tiempo y cualquier latitud no es solo ingerir nutrientes para mantener la vida: es un proceso complejo que trasciende al comensal, lo sitúa en un tiempo, en una geografía y en una historia, con otros, compartiendo, transformando y transmitiendo aquello que llama comida y los porqué que lo hacen comerla.

Es fundamental y de suma importancia tener en cuenta el puro acto de comer (masticar y triturar los alimentos). Este acto de comer (oralidad-canivalística), está ligado fuertemente a la estructura psicológica del sujeto.

El adulto mayor institucionalizado, ve significativamente incrementadas las fuentes de tensión y las frustraciones concomitantes, a partir de las pérdidas y duelos que tiene que enfrentar durante su proceso de envejecimiento. El hecho de no poder comer por causas multifactoriales genera en primer lugar una malnutrición y también su autoestima se ve impactada negativamente a partir de su imagen y de la mirada del otro, con quien debe compartir el espacio durante el acto de comer. Esto, genera en el sujeto una fractura de su identidad, paralelamente con un proceso digestivo deficiente y generalmente va acompañado de las conocidas depresiones reactivas o involutivas, dado que el

¹ OMS, 2002.

anciano a partir de estos duelos, se angustia y retrotrae la energía psíquica hacia su interioridad, aislándose del medio circundante.

MARCO TEORICO

El proceso de envejecimiento, va buscando la forma de poder interferir en la secuencia de los fenómenos que conducen al mismo y hacerlo en un sentido positivo. En ese contexto, es evidente el papel que juegan la alimentación y la nutrición.

El segundo concepto es el de esperanza de vida media. Se trata de un concepto puramente estadístico y alude al tiempo que, de acuerdo con nuestros conocimientos en esta materia, va a lograr vivir en circunstancias normales el 50% de la población en unas coordenadas concretas de lugar, edad y época. Así, se puede hablar de esperanza de vida al nacer o a cualquier otra edad determinada, en un lugar geográfico específico y en un momento concreto de la historia.

La esperanza de vida media, al contrario de la esperanza de vida máxima, sí que se ha modificado a lo largo de la historia. De hecho, el individuo que nacía en el año 1900 tenía una previsión de 36 años para las mujeres y de 34 para los hombres, unas cifras muy similares a las que podía esperar un romano del siglo I. Un siglo después, en el año 2000 la esperanza de vida media al nacer era de 76 años para los hombres y de 83 para las mujeres, una de las más altas del mundo. Este aumento, además, se corresponde con incrementos proporcionales en cualquier otro segmento intermedio entre los 0 y los 100 años (1). Aunque esto sea así han contribuido muchos factores, pero sobre todo, aquellos relacionados con la mejora de las condiciones higiénicas. A la cabeza de todos ellos, la potabilización del agua y sus consecuencias en cuanto a reducción en las tasas de mortalidad infantil y en las posibilidades de propagación de diferentes tipos de infecciones. Otros factores importantes han sido los avances en materia de vacunaciones, el progresivo conocimiento de los factores de riesgo de todo tipo y las campañas contra los mismos, los

avances en la lucha contra la pobreza y en la mejora de la alimentación, y, en menor medida, progresos de carácter más técnico en los campos de la anestesia y cirugía o en el de la farmacología. El reto actual por extender este parámetro, corresponde a todos los profesionales de la salud en general, sea cual sea su especialización, ya que las actuaciones en este terreno deben ser plurales, corresponden a todos los ámbitos fisiológicos o patológicos del individuo y se plantean a cualquier edad desde la concepción hasta la muerte. Una alimentación equilibrada, suficiente y carente de efectos nocivos, va a jugar un papel destacado en este terreno.

El tercer concepto, el de esperanza de vida dependiente o independiente, es mucho más reciente, tiene también un componente estadístico, se relaciona directamente con la función y aparece vinculado a la calidad de vida. Se sabe que, en la actualidad, una persona de 65 años tiene todavía una esperanza de vida media de 21-22 años si es mujer y de 15-16 si es varón (1). Alrededor del 60% de ese tiempo va a serlo de vida independiente, entendiendo como tal la posibilidad de que sin ayuda de otro ese individuo sea capaz de levantarse por sí mismo de su cama y sentarse en una silla. Se sabe, también, que el otro 40% de ese tiempo va a requerir ayuda para llevar a cabo esa función. Consecuentemente, va a ser dependiente de terceras personas. Se utiliza aquí un concepto muy elemental de dependencia, alejado del concepto más técnico que utiliza la medicina geriátrica para evaluarla a través de las diferentes escalas existentes.

Si el corte de edad se sitúa más adelante, a los 70, 75 u 80 años, la esperanza de vida media se va reduciendo, pero, junto a ello, se van alterando las proporciones de vida dependiente e independiente en un sentido negativo. Cada vez va a ser más alta la proporción de vida dependiente. El reto

fundamental se plantea en este caso para los profesionales de la atención del anciano, y de una manera especial, para aquellos los que, como a los geriatras, corresponde esta atención de una manera específica.

PRINCIPIOS GENERALES

También para el médico de atención primaria o para el especialista de cualquier tipo que, en su ejercicio profesional, bien sea en el centro de salud, en la residencia o en el hospital trata fundamentalmente con pacientes de edad avanzada. Una vez más, las cuestiones relacionadas con la alimentación y con la nutrición van a jugar en este terreno un papel fundamental. Este esfuerzo por aumentar la calidad de vida, la independencia versus la dependencia, ha dado lugar a campañas sanitarias y a eslóganes del tipo “dar vida a los años” en contraposición al más antiguo de “dar años a la vida”.

Cabe destacar dos consecuencias fundamentales de todo lo que se lleva dicho. La primera tiene que ver con lo que se conoce por la “rectangularización de la curva” de supervivencia. Si cada vez vivimos más, pero no hemos sido capaces de aumentar sustancialmente la esperanza de vida máxima, quiere decirse que la curva de supervivencia expresada a través de un eje de abscisas y ordenadas va a mantenerse durante mucho tiempo en un nivel básicamente horizontal y, sólo muy tardíamente, va a dar lugar a un descenso relativamente brusco y cada vez más próximo a ese punto final que marca el tope máximo de nuestra esperanza. Se trata de un fenómeno del último siglo que se contrapone al descenso paulatino y progresivo que esta curva ha tenido a todo lo largo de la historia previa.

Muy relacionado con ello se encuentra el concepto de “compresión de la morbilidad”.

Pretende que, ya que no somos capaces de extender nuestra esperanza de vida máxima, podamos, al menos, vivirla en las mejores condiciones de salud posible y relegar comprimido a su última fase de meses o semanas todos aquellos problemas que, en último término, van a determinar nuestro fallecimiento.

Planteadas así las cosas, se admite que el envejecimiento de las poblaciones en general constituye, sin duda, el fenómeno más importante acaecido en el último siglo. Lo es desde una perspectiva sociodemográfica, pero lo es también desde cualquier otra perspectiva que se quiera contemplar, habida cuenta de las implicaciones económicas, sociales, sanitarias o éticas que plantea.

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación.

Nuestra expectativa de vida ha aumentado significativamente en los últimos años y este hecho ha acrecentado el problema de los efectos de envejecimiento. Con el envejecimiento, comienza una serie de procesos de deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociadas. Muchas enfermedades, como ciertos tipos de demencia, enfermedades articulares, cardíacas y algunos tipos de cáncer han sido asociados al proceso de envejecimiento.

Por este motivo la investigación a nivel celular de este proceso ha recibido especial atención. Uno de los hallazgos relevantes es que las células normales están programadas para un número determinado de rondas divisionales. Cada cromosoma posee en sus extremos una serie de secuencias altamente repetitivas y no codificantes denominadas telómeros. Debido al mecanismo de replicación del ADN de las células, los telómeros se van acortando con las sucesivas divisiones. Esto se ve atenuado por la existencia de una enzima llamada telomerasa que realiza la replicación telomérica. Sin embargo, la actividad telomerasa funciona en células embrionarias, pero se inactiva en células somáticas, lo que conlleva un acortamiento progresivo de los telómeros cromosómicos; cuando el tamaño de los telómeros llega a un cierto nivel mínimo, se desencadenan mecanismos que conducen a la muerte celular. Por esta razón, el acortamiento telomérico se ha asociado con el proceso de envejecimiento celular. De esta forma, el largo de los telómeros representaría una especie de reloj genético que determinaría el tiempo de vida de las células.

CLASIFICACIÓN

Los programas de jubilación federales, incluida la seguridad social, considera al adulto mayor al que tiene un mínimo de 65 años de edad. El U.S Census Bureau usa un sistema estratificado para definir este grupo de edad que se extiende generaciones; los que tienen entre 65 y 74 años son los ancianos jóvenes; los de 75 a 84 ancianos; y los mayores de 85 los ancianos mayores.

Algunos consideran a los mayores de 90 años los nuevos ancianos. Los 50.000 centenarios que hay hoy ya no se consideran únicos, ya que muchos de ellos todavía viven de manera independiente.

Las mujeres viven más que los varones. Suponen más de la mitad de los ancianos jóvenes y el 69% de los ancianos más mayores. Alrededor del 75%

de los varones mayores está casado, mientras que sólo el 50% de las mujeres mayores lo está. Las mujeres tienen tres veces más probabilidades que los varones de enviudar, incluso a edades mayores, donde el 78% de las mujeres mayores son viudas comparado con el 35% de los varones mayores. La mitad de las mujeres mayores vive sola. Por ello el tópico que se repite es que “los varones fallecen casados y las mujeres solas”.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIO SANITARIOS Y BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Son cifras que varían mucho según las regiones y de acuerdo con el medio rural o urbano, pero que, en todo caso, tienden a crecer. La proporción de ancianos que viven en residencias es baja, estando muy próxima al 3%. El nivel de estudios de esta población es pobre y claramente inferior al de las generaciones siguientes. Son personas que han crecido en una época donde la escolarización no era obligatoria, que han vivido la guerra y que, en muchos casos, han tenido que trabajar desde niños. Apenas llega al 10% la proporción de mayores de 65 años que tienen el bachillerato o algún tipo de estudios superior y casi una cuarta parte son analfabetos funcionales. También este parámetro, como el anterior, tiene una incidencia directa en la historia nutricional previa y actual.

ASPECTOS SOCIO SANITARIOS

Otras cuestiones importantes con eventual incidencia tanto en el estado nutricional como en cualquier proyecto de mejora en este terreno, son las que tienen que ver con el estado de salud, las enfermedades asociadas, los niveles de dependencia y los recursos existentes para este colectivo de personas mayores.

Si empezamos por el estado de salud, la primera consideración a destacar es que desde un punto de vista subjetivo estamos hablando de una población que, cuando es preguntada, afirma mayoritariamente encontrarse bien o muy bien, en proporciones siempre más altas en los varones y decrecientes según la edad de la población encuestada. Así se desprende de todas las encuestas sobre este tema llevadas a cabo en los países de nuestro entorno .

A la hora de analizar los recursos sociosanitarios existentes para atender esta demanda, lo primero que hay que destacar es que, en nuestra sociedad, todavía el recurso más importante, a mucha distancia de cualquier otro, es el engranaje social y, de manera específica, la propia familia. Se trata de un recurso tradicional, tremendamente efectivo, muy barato para las administraciones social y sanitaria, pero que se encuentra en clara recesión.²

² MANUAL DE RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN PACIENTES GERIÁTRICOS, COORDINADORES CARMEN GOMEZ CANDELA, JOSE MANUEL REUSS FERNANDEZ DE NOVARTIS CONSUMER HEALTH S.A. Depósito legal: M-2677-2004 ISBN: 84-95076-41-1 Coordinación editorial: Editores Médicos, S.A.C/ Gabriela Mistral, 2 28035 Madrid

CLASIFICACIÓN TÍPICA DE LAS PALABRAS PARA REFERIRSE A PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.

POSITIVAS		NEUTRAS		NEGATIVAS
activo		adaptable		anticuado
experimentado		mayor		arcaico
independiente		demencia		cascarrabias
maduro		excéntrico		difícil
poderoso		maduro		terminal
maestro		anciano		carroza
agudo		jubilado		viejo loco
útil		autosuficiente		malhumorado
veterano		curtido		viejo loco
vigoroso		cálido		senil
sabio		vulnerable		inútil
venerable				arrugado
juvenil				

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA ANCIANOS

La nutrición juega un papel fundamental en el envejecimiento, a través de la modulación de los cambios físicos y metabólicos que se observan en las personas mayores. A su vez, el proceso de envejecer modifica las necesidades nutricionales con respecto a las de los adultos de menos edad. Estas diferencias no sólo vienen dadas por los cambios orgánicos propios de la vejez, sino también por factores económicos, sociales y de hábitos previos. Además, todo hecho que produzca por sí mismo limitación crea un círculo vicioso de malnutrición, fragilidad, enfermedad crónica y dependencia.

Es por esto que la valoración del estado nutricional y de los hábitos alimentarios de las personas mayores es fundamental en la valoración geriátrica integral.

En primer lugar, como en todos los aspectos de esta valoración integral, se realiza un interrogatorio para averiguar antecedentes patológicos, con especial interés en problemas gastrointestinales (enfermedades que puedan causar malnutrición por malabsorción), enfermedades que precisen regímenes dietéticos muy limitados (por ejemplo insuficiencia renal o hepática), presencia de diabetes mellitus, o en las que haya necesidades energéticas especiales (como pasa en las enfermedades respiratorias crónicas).

Seguidamente se preguntará sobre los hábitos de alimentación, es la llamada "encuesta nutricional". Hay múltiples formas de realizarla, como mediante un interrogatorio directo de todos los alimentos del día anterior, o con un registro de las ingestas en un periodo de tiempo determinado (por ejemplo una semana), o bien a través de encuestas ya validadas previamente y que son de amplio uso entre los nutricionistas y que pueden ser cumplimentadas bien directamente por el paciente o sus cuidadores, bien por el profesional.

El siguiente paso en la valoración nutricional es la exploración física. Se valora la presencia y distribución de la masa grasa y su proporción con respecto a la masa muscular o magra. También se valora el peso total, la talla y la relación entre ambos, el llamado índice de masa corporal (IMC), que es el peso en kilos dividido por el cuadrado de la talla en metros, que, al igual que en personas de menor edad, proporciona una valoración del grado de delgadez u obesidad con independencia del peso absoluto. Valores extremos de IMC indican problemas de salud, tanto por defecto como por exceso (menos de 18 sería delgadez extrema o caquexia; más de 40, obesidad mórbida), siendo el rango ideal de 23 a 28 kg/m², sin tener en cuenta la edad.

Para tener una idea del estado de la masa grasa se pueden usar varias técnicas: medida del pliegue tricéptico (la zona posterosuperior del brazo), el pliegue subescapular (por debajo de la paletilla) o el pliegue suprailíaco (por encima del hueso de la cadera). También se usan la circunferencia del brazo o del muslo, que además da una idea de la masa muscular, y la relación entre las circunferencias de cintura y cadera, que se está estableciendo como indicador de riesgo cardiovascular, ya que informa de la presencia o no de obesidad abdominal (directamente relacionada con la presencia de grasa visceral). Los valores adecuados de este índice cintura/cadera son mayor de 1 en varones y mayor de 0,85 en mujeres.

En casos en que interese no sólo conocer la cantidad de masa grasa, sino tener también una aproximación de la masa muscular, es posible inferirla a través de su función mediante pruebas como la medición de la fuerza de prensión de la mano a través de una dinamometría, en la que a mayor fuerza de prensión, más masa muscular y en mejor estado y, por supuesto, menor fragilidad.

Otro aspecto importante en la valoración nutricional son los parámetros analíticos. Se determinan en sangre los valores de hemoglobina y hematocrito para estudiar la presencia de anemias (por déficit de ingesta de vitaminas o de hierro, problemas en su absorción o utilización por el organismo). También se estudian las proteínas totales y la albúmina sérica, ya que una hipoalbuminemia puede traducir un déficit de ingesta, problemas de malabsorción o aumento de las necesidades.

La hipoalbuminemia se ha relacionado en diversos estudios clínicos con la fragilidad y dependencia en las personas mayores. La valoración del perfil lipídico no sólo es necesaria para la determinación del riesgo cardiovascular, sino también porque una disminución acusada del colesterol total y de los triglicéridos puede ser indicativa de malnutrición. También se suelen solicitar los niveles de vitaminas como la B12 (en la vejez puede haber malabsorción o problemas de ingesta), la D (déficit de ingesta y de exposición solar, ya que se sintetiza en la piel por las radiaciones ultravioletas) y de micronutrientes como el calcio y el fósforo (vitales en el metabolismo del hueso, junto a la vitamina D), hierro, magnesio, zinc, selenio y otros.

En determinados casos puede ser interesante conocer más a fondo la composición corporal, no sólo en masa grasa y magra, sino también en masa ósea. En estos casos, excepcionales en la clínica habitual, se puede usar la resonancia magnética y la densitometría ósea (más usada en el estudio de la osteoporosis como factor de riesgo de fracturas que en el estudio del estado nutricional).

Con los datos recogidos a lo largo de esta valoración nutricional se puede tener una idea de los hábitos de alimentación del paciente, de cómo está nutrido y de cuáles son sus necesidades y deficiencias. Esto permitirá establecer unas

pautas y consejos individualizados, de manera que sean los más adecuados a la situación de la persona anciana.

Fisiología digestiva

La masticación tiene lugar en la cavidad bucal en la cual participan varios órganos: dientes, lengua, paladar, etc. El objetivo de la masticación es la preparación físico-química de los alimentos antes de su pasaje al estómago. Es importante aclarar que es un proceso voluntario y consciente, generalmente automático.

La función de los dientes es transformar físicamente los alimentos sólidos, disminuyendo el tamaño de las partículas. Esta acción es facilitada por la lengua al mover permanentemente los elementos dentro de la boca, al mismo tiempo que se mezclan con la saliva. Se forma así, lo que se denomina el “bolo alimenticio” y que tiene una consistencia y grado de humedad adecuado para poder ser deglutido.

Se entiende por deglución al conjunto de acciones musculares, precisamente coordinadas, que posibilitan el pasaje del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Es un programa de trabajo motor con la participación de varios órganos (boca, faringe, esófago) que trabajan como una “unidad funcional” dentro de un programa controlado por el centro de la deglución.

NECESIDADES NUTRICIONALES

Muchos adultos mayores tienen necesidades nutricionales especiales porque el envejecimiento influye en la absorción, uso y excreción (Kuczmarski y Weddle, 2005). Las IDR separan ahora el cohorte mayor de 50 años en dos grupos, los de 50 a 70 años y los mayores de 70. las recomendaciones publicadas antes combinaban ambas en la categoría mayor de 50 años.

Los estudios señalan que las personas mayores consumen menos calorías, grasa total, fibra, calcio, magnesio, cinc, cobre, folato, y vitaminas tales como B12, C, E y D.

DIETARY GUIDELINES FOR AMERICANS, 2005:

RECOMENDACIONES CLAVE PARA ADULTOS MAYORES

- ° Consumir vitamina B12 en alimentos enriquecidos y fortificados.
- ° Consumir vitamina D extra de alimentos enriquecidos en vitamina D o complementos
- ° Consultar con un profesional sanitario sobre estrategias relacionadas con el peso.
- ° Participar en actividad física regular para reducir la declinación funcional.
- ° Buscar el consumo no menos de 1500 mg de sodio al día .
- ° Cumplir con las recomendaciones de potasio 4700mg/día con alimentos.
- ° No comer ni beber leche cruda (sin pasteurizar) ni ningún otro producto sin pasteurizar
- ° No comer carnes roja o de ave, pescado o mariscos poco cocidos o crudos.

Energía

Las tasas metabólicas basales disminuyen de forma lineal con la edad; este cambio es el resultado de los cambios en la composición corporal expuestos antes.

El requerimiento de energía se deberá estimar en forma individual o teniendo en cuenta las características medias de la población. Con la edad se producen algunos cambios que modifican los requerimientos nutricionales de energía, lo que se debe principalmente a la reducción de la actividad física, voluntaria o asociada a discapacidades, y a cambios en la composición corporal; por lo tanto, el descenso de la masa magra da lugar a la disminución de la tasa metabólica basal del 1% al 2% por década a partir de los 20 años.

En general, se aconseja una reducción en la ingesta de 600 kcal en varones y de 300 kcal en mujeres, respecto a lo sugerido para individuos de edad inferior, si bien es cierto que existen diferencias dependiendo del estilo de vida y la salud de estas personas. Sin embargo, esta disminución en la ingesta de energía entre las personas mayores, está asociada con frecuencia a una baja ingesta de nutrientes. Por lo cual, es apropiado, no aconsejar planes de alimentación con menos de 1600-1800 kcal diarias ya que se asocia con inadecuados aportes de proteínas, calcio, hierro y vitaminas.

Por otro lado, las situaciones de exceso de ingesta calórica en el anciano son bastante habituales. Este desequilibrio en la ingesta energética da como resultado la aparición de obesidad, que se ve acentuada por la escasa actividad física.

Para calcular el requerimiento de energía (kcal/día), se emplean las ecuaciones propuestas por la organización Mundial de la Salud (OMS) para personas mayores de 60 años, teniendo en cuenta el peso y el sexo y adicionando luego el porcentaje correspondiente a la actividad realizada:

SEXO	G.E.R. (gasto energético en reposo)
Varones	$[13.5 \times \text{peso (kg)}] + 487$
Mujeres	$[10.5 \times \text{peso (kg)}] + 596$

Tabla 3: OMS, 1985

Se puede utilizar también el siguiente método:

- FAO 2001: se aplica para el cálculo de las necesidades de energía en grupos de población. En primera instancia se debe obtener el MB (en Kcal/día) por medio de las siguientes ecuaciones

- *Metabolismo basal (kcal/día) según edad y sexo*

EDAD (años)	HOMBRES	MUJERES
18-30	$15.057 \times \text{kg} + 692.2$	$14.818 \times \text{kg} + 486.6$
30-60	$11.472 \times \text{kg} + 873.1$	$8.126 \times \text{kg} + 845.6$
>60	$11.711 \times \text{kg} + 587.7$	$9.082 \times \text{kg} + 658.5$

Tabla 4. FAO, 2001

Luego se estima el nivel de actividad física característico de esa población, teniendo en cuenta la siguiente clasificación:

Clasificación del estilo de vida en base a los Niveles de Actividad Física

(Expresados como múltiplos del metabolismo Basal)

CATEGORIA	NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA (NAF)
Sedentaria o poco activa	1.40 – 1.69
Activa o moderadamente activa	1.70 – 1.99
Intensa o vigorosa	2.00 – 2.40*

Tabla 5. FAO, 2001 *Naf > 2.40 resultan difíciles de ser mantenidos por largos períodos de tiempo.

En las personas de edad avanzada, el aumento de la actividad física puede tener repercusiones nutricionales positivas, ya que el ejercicio evita la pérdida de masa muscular, lo que contribuye a aumentar el gasto energético, permitiendo un mayor consumo de alimentos sin que se produzcan incrementos de peso y deficiencias nutricionales.

Agua

El agua es un componente esencial para el mantenimiento de la vida por lo que se debe considerar en las listas de nutrientes. Como consecuencia de los cambios que ocurren en el mecanismo de la sed, de la disminución de la función renal y del descenso del agua corporal total que se producen con el envejecimiento, los ancianos tienen un alto riesgo de deshidratación, que se asocia con hipotensión, estreñimiento, aumento de la temperatura corporal, confusión mental, dolor de cabeza e irritabilidad.

La estimación de las necesidades de agua en el anciano es compleja y difícil. Algunos autores recomiendan 30 mL/kg/día, con un mínimo de ingesta de 1500-2000 mL/día, o como indican Russell et al. (1999) al menos 8 vasos de agua al día, necesidades que pueden estar incrementadas cuando hay calor

ambiental, fiebre, infección, vómitos o diarreas, pérdidas excesivas inducidas por fármacos (laxantes y diuréticos) y cafeína.³

Según Marta Suárez y Laura López, estiman las siguientes necesidades diarias (Tabla 6):

Adultos mayores de 50 años	AGUA TOTAL*	AGUA PROVENIENTES DE BEBIDAS
HOMBRES	3700 ml/día	3000 ml/día
MUJERES	2700 ml/día	2200 ml/día

Tabla6 * Incluyendo la que proviene de los alimentos.

Proteínas

La disminución de la masa magra es una de las manifestaciones del proceso de envejecimiento, a pesar de esto, los requerimientos de proteínas son similares a las de adultos de menor edad.

El consumo de proteínas recomendado para los adultos mayores es de 63 g/día para los varones y 50 g/día para las mujeres (Tabla 8), teniendo en cuenta que el aporte de energía de las proteínas no supere el 10-15% de las calorías totales, lo que en términos absolutos supone 0.8 g/kg/día. Los ancianos con algún tipo de inmovilidad, sometidos a periodos de estrés secundarios a infección, cirugía o traumatismos, necesitan aportes más altos de proteínas para el mantenimiento del balance nitrogenado o para evitar una depleción proteica progresiva (alrededor de 12-17%, que en términos absolutos se traduce como 0.8-1.0 g/kg/día, pudiendo llegar a 1.5 g/kg/día). Por el contrario, en el caso de que existan alteraciones hepáticas o renales, es

³ Serra, L., Aranceta, J., "Nutrición y Salud Pública",2006.

conveniente disminuir la ingesta proteica, pudiendo llegar a 0.6 g/kg/día o menos.

Algunos autores plantean que el deterioro físico, característico de las personas de edad avanzada, da lugar a que algunos aminoácidos que no eran esenciales pasen a serlo, por lo tanto es fundamental vigilar no sólo la cantidad sino también la calidad de las proteínas ingeridas. Consecuentemente, se deberán seleccionar e incluir en la dieta alimentos que aporten proteínas de alto valor biológico (AVB) como carne, huevos, pescados y lácteos.

En ocasiones, el aporte de proteínas puede estar comprometido debido a trastornos de la masticación, restricción del consumo de productos de origen animal para controlar la ingesta de grasa y colesterol, alteraciones digestivas, costo elevado de los alimentos proteicos, etc. La deficiencia de proteína puede favorecer el desarrollo de complicaciones como alteraciones en la función inmune, aparición de edemas y úlceras de decúbito, mayor número de infecciones urinarias, respiratorias, mala cicatrización, pérdida de masa muscular y astenia, depresión, e incluso, inmovilidad.

En el caso de las proteínas, al igual que ocurre con otros nutrientes, es muy importante un buen estado de la dentadura. Para los ancianos que tienen deteriorada su capacidad masticatoria las carnes no suelen ser bien aceptadas, al igual que las verduras y frutas, pudiendo poner en peligro la ingesta de algunos nutrientes como tiamina, hierro, ácido fólico, vitamina A y carotenos.

Lípidos

La grasa de la dieta tiene importantes funciones para el organismo, entre ellas podemos mencionar que: a) suministra los ácidos grasos esenciales (AGE) y las vitaminas liposolubles (A, D, E y K); b) es fuente de energía y; c) es el agente palatable por excelencia.

Las recomendaciones dietéticas para los adultos mayores son similares a las del resto de la población si no existe ningún problema de salud añadido que justifique su modificación. Las calorías aportadas por las grasas no deben superar el 30-35% de las kilocalorías totales de la dieta (Tabla 6).

Es importante tener en cuenta la calidad y la cantidad de grasa ingerida, puesto que tiene influencia sobre la regulación de los lípidos sanguíneos que pueden ser factor de riesgo para algunas enfermedades crónicas.

Se recomienda aumentar el aporte de ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) de la familia ω 3, muy abundantes en los pescados, por sus efectos antiinflamatorios, antitrombóticos, antiarrítmicos, hipolipemiantes y vasodilatadores, ya que son preventivos de las enfermedades coronarias, hipertensión, diabetes y algunos tipos de demencia.

Por otro lado, diferentes estudios han señalado el efecto beneficioso de los ácidos grasos monoinsaturados (AGMI) sobre la distribución de las lipoproteínas plasmáticas, reduciendo los niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL-colesterol) y aumentando las de alta densidad (HDL-colesterol), además de proporcionar, una protección parcial frente a la peroxidación lipídica y de lipoproteínas, de ahí que se recomiende que la energía aportada por estos ácidos grasos sea superior al 13% de las calorías totales.⁴

⁴ Carbajal, 2001.

Lípidos	30-35% kcal totales
AGS	<7-10% kcal totales
AGPI	<10% kcal totales
AGMI	> 13% kcal totales
(AGPI+AGMI)/AGS	>2
Colesterol	<300 mg/día <100 mg/1000kcal
Ácidos grasos ? 3	0.2 - 2 g/día
Ácidos grasos trans	<6 g/día

Tabla 6. (Carabajal, 2001)

La necesidad de introducir restricciones con respecto a la grasa de la dieta, se deberá tener en cuenta frente a la sospecha o existencia de diabetes, tabaquismo, dislipemias, obesidad, etc., para evaluar el posible riesgo.

Una reducción severa de grasa podría agravar o desencadenar estados carenciales de vitaminas liposolubles, que se absorben con la grasa dietética y además podría comprometerse el consumo de algunos alimentos, como carnes, pescados, lácteos o quesos, con la consiguiente disminución de los nutrientes que éstos aportan (proteínas, vitamina D, calcio, hierro, zinc, etc.).

Como se mencionó anteriormente, la grasa es el agente palatable por excelencia, por lo que un contenido graso inferior un 20% de su valor calórico dará lugar a dietas menos sabrosas y apetecibles, lo que puede conducir a situaciones de desnutrición.

Con respecto al alcohol, si no hay patología o consumo de medicamentos que lo contraindiquen y el individuo está habituado al consumo de alcohol, se puede permitir hasta un máximo de 30 gr. de etanol/día en los hombre y 20 gr. de etanol en las mujeres (Comité de Nutrición de la Asociación Americana de Cardiología).

Carbohidratos

No existen recomendaciones específicas para este colectivo de edad, por lo que éstas son similares a las establecidas para adultos más jóvenes, es decir, estos macronutrientes deben representar entre el 50% y 60% del aporte calórico diario.

Es conveniente incrementar el consumo de hidratos de carbono, puesto que en la mayoría de los casos está disminuido en beneficio de la ingesta de lípidos y proteínas. Este aumento debe realizarse a expensas de carbohidratos complejos, ya que éstos exigen un cierto tiempo de digestión intestinal; lo que hace más lenta su absorción y evitan fluctuaciones elevadas de la glucemia post-prandial. Éstos están presentes mayormente en cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas, mientras que los hidrato de carbono simples deben suponer menos del 10% de la energía total, aunque son una fuente de energía útil en personas con poco apetito y favorecen el consumo de otros alimentos. Dentro de este 10% no se incluyen los azúcares simples de las frutas, verduras y lácteos, por ser vehículo de minerales y vitaminas.

En algunas situaciones, es necesario restringir el consumo de hidratos de carbono; no obstante, esto no es deseable del todo ya que puede producir cetosis.

Se ha comprobado que en ancianos sin problemas de intolerancia a la glucosa, el aumento de carbohidratos en la dieta se relaciona con una mejora de la función cognitiva.

Fibra

Diversos estudios sugieren que un aporte adecuado de fibra ayuda a controlar el peso corporal, y a regular la colesterolemia, glucemia e hipertensión. Del mismo modo, se ha relacionado cierto efecto protector de las dietas ricas en fibra frente a diverticulosis y algunos tipos de cáncer, como el de colon y páncreas.

Se recomienda en personas de edad avanzada, el consumo de alimentos ricos en fibra, dado que ésta estimula el peristaltismo intestinal y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo y mejorando el estreñimiento, tan frecuente en los ancianos.

En cuanto a la cantidad de fibra recomendada existe bastante controversia. Por un lado, aportes excesivos de fibra pueden ocasionar malestar abdominal o flatulencia, pudiendo comprometer la absorción de algunos micronutrientes, como el calcio y el zinc por lo que países como Francia e Inglaterra recomiendan un consumo de fibra para la población geriátrica entre 18 a 20 g/día.⁵

Por otro lado, diversos organismos oficiales, como la “Sociedad Española de Nutrición Comunitaria”, “American Heart Association”, “National Institute of Cancer”, o “American Dietetic Association”, recomiendan ingestas diarias de

⁵ Kathleen Mahan, L., Escott-Stump, S. Nutrición Y Dietoterapia de, Krause.

fibra superiores a 25 g/día aunque la mayoría de los ancianos españoles no alcanzan estas recomendaciones.

Vitaminas y minerales

Algunos factores ligados al envejecimiento como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, el consumo de ciertos fármacos, los tratamientos, etc., pueden modificar los niveles y requerimientos de micronutrientes.

Una nutrición adecuada es esencial para la población general, pero especialmente para las personas de edad avanzada, puesto que las consecuencias de una baja ingesta de vitaminas son más severas que en los adultos, ya que las necesidades de vitaminas están aumentadas y la capacidad de adaptación esta disminuida.

La importancia de las vitaminas y los elementos traza se basa en su implicación en la protección frente a enfermedades degenerativas y crónicas, tales como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y en su efecto, en el mantenimiento del funcionamiento normal del sistema inmune, lo que repercutirá en una menor incidencia de infecciones.

El inconveniente es que en los adultos mayores existe una gran variabilidad en los requerimientos de vitaminas, lo que puede deberse a:

- que ingieren menos alimentos y de forma poco variada,
- ciertas situaciones y cambios fisiológicos asociados al envejecimiento,
- presencia de trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos,
- alteraciones del metabolismo de micronutrientes,
- elevado consumo de fármacos y padecimiento de algunas enfermedades, y
- tabaquismo, consumo de alcohol, etc.

Algunas investigaciones indican que la deficiencia de determinados nutrientes, como las vitaminas, estaría asociada con peores puntuaciones en los tests relacionados con la función mental, por lo que el uso de suplementos podría ser aconsejable en ancianos con ingestas bajas de energía o cuando se sospeche el padecimiento de deficiencias, ya que las alteraciones en la función cognitiva y los cambios en el comportamiento tienen especial importancia entre los ancianos.

No obstante, se deben evitar los aportes excesivos, ya que puedan llegar a ser tóxicos o dificultar la absorción/utilización de otros micronutrientes.

En la población anciana institucionalizada, frecuentemente se pueden observar alteraciones en la alimentación. Algunos estudios señalan que en los ancianos residentes en instituciones geriátricas existe un riesgo más elevado de padecer deficiencias de algunas vitaminas como la tiamina, vitamina C y vitamina D.

Consumos alimentarios de referencia: requerimientos alimentarios recomendados y consumo adecuados.

NUTRIMENTO	Varones	Mujeres
Energía (kcal)	2300	1900
Proteínas	63	50
Vitamina A (mcg de RE)	1000	800
Vitamina D (mcg de RE)*		
51 - 70 años de edad	10	10
> 70 años de edad	15	15
Vitamina E (mg de aTE)	10	8
Vitamina K (mg)	80	65
Tiamina (mg)	1,2	1,1
Riboflavina (mg)	1,3	1,1
Niacina (mg NE)	16	14
Vitamina B ₆ (mg)	1,7	1,5
Folato (ug)	400	400
Vitamina B ₁₂ (ug)	2,4	2,4
Calcio (mg)*	1200	1200
Fósforo (mg)	700	700
Magnesio (mg)	420	320
Hierro (mg)	10	10
Zinc (mg)	15	12
Yodo (mcg)	150	150
Selenio (mcg)	70	55

Tabla 8. (Reimpreso con autorización de Food and Nutrition Board National Research Council. Recommended Dietary Allowances. 10^a ed. 1989 por la National Academy of Sciences. Publicado por National Academy Press; and Dietary Reference Intakes: 1998)

RE, equivalentes de retinol; aTE, equivalentes de tocoferol a; NE, de niacina.

VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR

- **ANAMNESIS ALIMENTARIA**: se obtienen datos acerca de la existencia de factores de riesgo psico-sociales, alteraciones sensoriales, intolerancias digestivas, valoración de la independencia y del comportamiento, situación económica, enfermedades crónicas, medicación actual, gustos y hábitos alimentarios.
- **VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA**: presenta inconvenientes a raíz de los cambios involutivos que dificultan las mediciones debido a las alteraciones osteo-articulares, estados de postración total o parcial, etc. Se debe documentar una pérdida de peso corporal involuntaria en los últimos seis meses mayor al 10%, ya que éste constituye el principal factor de riesgo que sugiere la necesidad de una intervención nutricional precoz. El IMC es un indicador que permite identificar a los adultos mayores en riesgo nutricional. Se toman como valores normales para personas mayores de 65 años un BMI de 24-29.

En la tabla 1 se presentan los valores de referencia del IMC normal en adultos mayores.

Rango de edad	IMC (Masculino)	IMC (Femenino)
60 - 69 años	24,4 – 30	23,5 - 30,8
70 - 79 años	23,8 - 26,1	22,6 - 29,9
80 y más	22,4 – 27	21,7 - 28,4

Tabla 1: NHANES III.

La tabla 2 refiere al IMC de adultos mayores de ambos sexos.

IMC	Estado Nutricional
< 23	Peso Insuficiente
23,1 - 27,9	Normo peso
28 - 31,9	Sobrepeso
> 30	Obesidad

Tabla 2: NHANES III. En: JAM Diet. Assoc: 2000

- EVALUACIÓN CLÍNICA Y BIOQUÍMICA: será conveniente realizar pruebas adicionales de laboratorio en las que pueden presentarse dificultades al seleccionar los estándares de referencia, por no existir en forma específica para el grupo si se sospecha malnutrición.

CARACTERES FÍSICOS Y QUÍMICOS

Deberán evaluarse tolerancias individuales y patologías existentes.

CARACTERES FÍSICOS:

Consistencia: se modificará según la capacidad de masticar o deglutir la comida.

Fibra: el aporte recomendado es de 20 gr/día en las mujeres a 30 gr/día en los hombres. Si el anciano no está habituado a consumir estas cantidades; se irán incorporando los alimentos ricos en fibras lentamente según tolerancia individual. La fibra cruda es mal tolerada en algunos ancianos; de ser así se administrará subdividida y cocida. Se aconseja el consumo de frutas, hortalizas, cereales integrales para aumentar el volumen de las heces, mantener una flora colónica útil y favorecer la evacuación de la materia fecal.

Volumen: estará en relación al apetito y a la capacidad digestiva individual.

Fraccionamiento: al menos 4 comidas diarias. Se ampliará en casos de anorexia o adelgazamiento.

CARACTERES QUÍMICOS:

Sabor y aroma: suave, realzar y preservar al máximo los sabores de los alimentos.

Purinas: normopurínico, si no hay patologías que lo contraindiquen.

Sodio: normosódico, si no hay patologías que lo contraindiquen.

SELECCIÓN DE ALIMENTOS Y FORMAS DE PREPARACIÓN

Todos los alimentos pueden formar parte de la alimentación de un anciano sano, como así también todas las formas de preparación.

Por problemas de masticación como puede ser (falta de piezas dentarias, prótesis mal adaptadas y/o problemas periodontales) o de deglución (disfagia), las personas mayores requieren muchas veces una modificación de la textura de los alimentos.

El riesgo de este tipo de dieta es que si no se utilizan la creatividad y las normas dietéticas, pueden llegar a ser monótonas, con baja densidad calórica y de nutrientes, por la dificultad de conseguir la consistencia adecuada, tanto en el hogar como en las instituciones donde reside.

Frente a la negación de consumir siempre o con cierta regularidad “consistencias blandas” especialmente carnes molidas, frutas en compotas ó al horno, reducen las correctas intervenciones alimentarias-nutricionales.

Adaptación dietética. Aspectos a tener en cuenta:

v Asegurar correcta nutrición e hidratación.

Menú integrando alimentos y comidas habituales por el anciano.

v Asegurar fuentes proteicas de alto valor biológico (AVB).

v Individualizar la consistencia.

v Texturas suaves.

v Alimentos bien lubricados.

v Presentación atractiva.

v Control de ingesta.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

El envejecimiento es un proceso biológico normal. Pero implica cierta declinación de la función fisiológica. Los órganos cambian con la edad. Las velocidades de cambio difieren entre los individuos y dentro de los sistemas orgánicos. Es importante distinguir entre los cambios normales del envejecimiento y los debidos a enfermedades como la atereoclorosis.

El período de crecimiento humano llega hasta alrededor de los 30 años, cuando empieza la senescencia siendo el proceso orgánico de hacerse mayor y mostrar los efectos del aumento de la edad. La enfermedad y la alteración de la función no son partes inevitables del envejecimiento. Sin embargo, se produce ciertos cambios sistémicos como parte del envejecimiento. Estos cambios dan lugar a grados variables de eficiencia y declinación funcional. Factores como los genes, las enfermedades, los aspectos socioeconómicos y el estilo de vida determinan como el envejecimiento progresa a cada persona. De hecho, la manifestación que de su edad hace uno mismo puede o no reflejar su edad cronológica. Los griegos llamaban al aspecto juvenil con la edad avanzada *agerasia*. Hoy puede no ser tan rara debido a las mejoras quirúrgicas y los tratamientos cosméticos, incluidos los estiramientos faciales, el botox, los tintes capilares, las cremas solares que serán curas “contra la edad”.⁶

⁶ Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. Krause Dietoterapia. 12º Edición. Barcelona, España. 2009

CAMBIOS DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL

La composición corporal cambia con la edad. La masa grasa y la grasa visceral aumentan, mientras que la masa muscular magra disminuye. La *sarcopenia*, la pérdida de masa muscular, la fuerza y la función del envejecimiento, puede influir significativamente en la calidad de vida del adulto mayor al reducir su movilidad, aumentar el riesgo de caídas y alterar el metabolismo.

La sarcopenia se acelera con una reducción de la actividad física, pero los ejercicios con peso pueden reducir esta velocidad⁷. Aunque las personas inactivas tienen pérdidas mayores y más rápidas de masa muscular, la sarcopenia se encuentra en sujetos mayores activos, aunque en menor grado.

En la actualidad ningún grado específico de pérdida de masa ósea determina un diagnóstico de sarcopenia. Todas las pérdidas son importantes por la estrecha conexión que hay entre la masa muscular y la fuerza. En el cuarto decenio de la vida hay signos detectables de sarcopenia, y el proceso se acelera a los 75 años⁸.

La obesidad sarcopénica es la pérdida de masa muscular magra en personas mayores con exceso de tejido adiposo. El exceso de peso y la disminución de la masa muscular juntas componen de forma exponencial un mayor descenso de la actividad física, lo que a su vez acelera la sarcopenia. Un estilo de vida muy sedentario en una persona obesa es un detractor importante de la calidad de vida.

⁷ Raguso y cols 2006.

⁸ Waters y cols 2000.

ESTILO DE VIDA SEDENTARIO

El estilo de vida sedentario puede llevar a un estado llamado **síndrome de muerte sedentaria (SMS)**. El *Presidents Council on Physical Fitness* acuñó la frase. Describe los problemas de salud causados por un estilo de vida sedentario. El estilo de vida sedentario puede definirse como un nivel de inactividad inferior al umbral en que la actividad física regular aporta efectos beneficios para la salud o, de una manera más sencilla, quemar menos de 200 kcal al día.

A los 75 años de edad, uno de cada tres varones y una de cada dos mujeres no realizan actividad física regular. Pocos adultos mayores participan en el mínimo recomendado de 30 minutos o más días a la semana.

La inactividad es más común en las personas mayores que en la jóvenes; las mujeres mas que los varones dicen que no participan en actividades físicas en su tiempo de ocio.

El *American College of Sports Medicine* (ACSM, 1998).

PÉRDIDAS SENSORIALES

Las pérdidas sensoriales afectan a las personas en diferentes grados y a diferentes edades. Los genes, el ambiente y el estilo de vida forman parte de la declinación de la competencia sensorial.

Las alteraciones de la edad en los sentidos gusto, olfato y la sensibilidad pueden provocar mal apetito, elección inadecuada de alimentos y menor ingestión de nutrientes.

Aunque cierto grado de **disgeusia**, pérdida de gusto, e **hiposmia** (reducción del sentido del olfato) son atribuibles a la edad, muchos cambios se deben a los medicamentos. Otras causas son parálisis de Bell; lesiones craneales; diabetes; enfermedades hepáticas y renales; la hipertensión; trastornos

neurológicos como enfermedad Alzheimer y la de Parkinson, y los déficits de cinc y niacina.

Las úlceras orales no tratadas, caries, mala higiene dental o nasal, y el consumo de cigarrillo también pueden reducir estos sentidos, en los adultos mayores el gusto y el olfato no se pierden completamente

Un riesgo cuando estos sentidos se alteran es la tentación de condimentar excesivamente los alimentos, especialmente añadiendo mas sal. Dado que el gusto y el olfato estimulan cambios metabólicos como las secreciones salival, ácida gástrica y pancreática e incrementan las concentraciones plasmáticas de insulina, la reducción del estímulo sensorial puede disminuir estos procesos metabólicos.⁹

AUDICIÓN Y VISIÓN

La disminución de la visión y audición es un problema muy común en las personas de edad, teniendo más de la mitad de los mayores de 75 años algún tipo de disfunción auditiva y una mayor proporción disfunción visual. Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. También son importantes factores de riesgo para producir o agravar cuadros de depresión. Un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones

⁹ Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. Krause Dietoterapia. 12º Edición. Barcelona, España. 2009

INMOVILIDAD EN EL ADULTO MAYOR

La inmovilidad es un síndrome que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Obedece a diversas causas, que deben ser siempre estudiadas a fin de hallar factores corregibles, y asimismo debe ser tratada como un problema médico relevante en la atención del paciente mayor. Las formas de presentación de este síndrome son variadas según la causa subyacente. Existen pacientes que estando en condiciones de movilidad total caen abruptamente en inmovilidad, como es el caso de aquellos que sufren accidentes vasculares encefálicos o traumatismos incapacitantes, por ejemplo fractura de cadera. Otros muestran un deterioro progresivo, ya sea desde una situación de movilidad total o parcial por alguna enfermedad crónica, como es el caso de la osteoartrosis, las enfermedades neoplásicas, la insuficiencia cardíaca y respiratoria o la enfermedad de Parkinson. Algunos cursan con fenómenos episódicos que ceden totalmente, como en las enfermedades autoinmunes o neuropatías de origen hidroelectrolítico, o episodios que van disminuyendo progresivamente la capacidad motriz, como las caídas a repetición o las hospitalizaciones frecuentes sin apoyo kinésico especializado. Las estadísticas muestran que hasta un 20% de los adultos mayores de países en vías de desarrollo tienen importantes dificultades en su desplazamiento y la mitad de ellos se encuentran en estado de postración. En Chile cerca de un 7% de los ancianos se encuentran postrados.

SALUD ORAL

La salud bucal se define como “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el

cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural".¹⁰ La dieta y la nutrición son esenciales para el desarrollo de los dientes, la integridad de las encías y la mucosa, la fortaleza del hueso y la prevención y el tratamiento de las enfermedades de la cavidad oral.¹¹

La nutrición y la dieta influyen en la cavidad oral, por lo que se puede decir que el estado de la cavidad oral puede afectar a la capacidad para consumir una dieta adecuada y lograr un equilibrio nutricional. Los problemas odontológicos hacen que los adultos mayores comiencen a seleccionar sus alimentos. En las personas mayores de 65 años, la pérdida parcial o completa de dientes (edentulismo) es frecuente y puede tener un verdadero impacto sobre la ingesta dietética, pero sobre todo en lo que respecta a fibra y proteínas.

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades que compromete a la nutrición. Es una afección local y sistémica en la que determinados micronutrientes como las vitaminas A, C y E, el folato, el B-caroteno y los minerales calcio, fósforo y cinc tienen una gran influencia. Como estrategia nutricional en estos casos, se trata de modificar los factores de riesgo asociados a la pérdida de hueso por osteoporosis lo cual lleva a la pérdida de dientes.

También los desórdenes de deglución (disfagia) son prevalentes en el anciano (por encima del 30–50 por ciento en ancianos institucionalizados) y normalmente se relaciona a las condiciones médicas como el ictus, la enfermedad de Parkinson y la neuropatía del diabético.

¹⁰ United Nations, World Health Organization. The protocol of water and health: what it is, why it matters [internet]. Copenhagen:WHO, 2002.

¹¹Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. Krause Dietoterapia. 12º Edición. Barcelona, España. 2009.

La dieta y la nutrición son importantes en todas las fases del desarrollo, la erupción y el mantenimiento de los dientes, ya que influyen sobre el desarrollo y la mineralización de los dientes, sobre la formación y la dureza del esmalte y sobre los patrones de erupción de los que quedan por salir. La relación entre la calidad de la dieta y la nutrición son vitales para lograr una correcta integridad de los dientes, de los huesos y de la mucosa de la boca, como así también para prevenir infecciones y mayor durabilidad de la dentadura.

IMPACTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL CAUSADO POR LAS PÉRDIDAS DE PIEZAS DENTARIAS Y EL USO DE PROTESIS.

La caries y las enfermedades periodontales son las causas principales de la pérdida de dientes en la población y son padecimientos que se presentan a cualquier edad. Los adultos mayores tienen problemas para masticar, dolor, dificultades para comer y problemas en sus relaciones sociales debido a las alteraciones en la boca, situación que afecta su satisfacción y calidad de la vida.

La boca no escapa a los efectos del envejecimiento y se ha tratado de establecer un vínculo con otros padecimientos. Se ha estudiado a nivel mundial la relación entre enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, y la presencia de alteraciones de los tejidos duros y blandos de la boca. La caries dental y las enfermedades periodontales son las causas principales de la pérdida de dientes en la población y son padecimientos que se presentan a cualquier edad. En el envejecimiento, la pérdida de los dientes no es un hecho inevitable, es prevenible.

La alimentación y nutrición constituyen factores del medio ambiente que tienen un efecto marcado en el envejecimiento. Las deficiencias nutricias comprometen fuertemente la funcionalidad, aumentan la susceptibilidad a las enfermedades e incrementan la morbi-mortalidad, en especial entre los adultos

mayores, de tal forma que cerca de la mitad de los trastornos que se presentan en esta etapa pueden estar asociados con aspectos dietéticos y nutrimentales. En general, los adultos mayores consumen dietas bajas en nutrimentos, pero cuando se presentan alteraciones en la boca, en particular en lo que concierne a los dientes, el consumo de alimentos disminuye debido a que restringen la cantidad y variedad, lo que conlleva un aporte deficiente de diversos nutrimentos.

Diversos estudios han demostrado que muchos adultos mayores tienen problemas para masticar, dolor, dificultades para comer y problemas en sus relaciones sociales debido a las alteraciones en la boca. Esta situación afecta su satisfacción y calidad de la vida, por todas las implicaciones que conlleva. La pérdida de dientes por sí misma no causa deficiencias nutrimentales, sino cuando los dientes faltantes no son reemplazados o las prótesis no están bien ajustadas. Para que los adultos mayores mantengan un buen estado de nutrición, es fundamental el cuidado dental. Se ha asociado la salud bucal, en especial la pérdida de dientes, con factores como la pérdida de masa ósea, en mujeres adultas mayores. Entender el mecanismo de estas enfermedades permitirá mejorar los programas preventivos, el diagnóstico y su tratamiento. La falta de buenos hábitos de higiene bucal a lo largo de la vida, determina mayor prevalencia de placa dental bacteriana, cálculo dental, gingivitis, pérdida del soporte, movilidad dental, bolsas periodontales y pérdida de dientes, lo que afecta la salud general¹².

Mientras que el estado de la dentición se agrava, el rendimiento de la masticación disminuye considerablemente, problema que se ve reflejado en los

¹² El efecto de los dientes perdidos, Rosa Isabel Esquivel Hernández Maestra en Investigación de Servicios de Salud, Juana Jiménez Férrez Maestra en Investigación de Servicios de Salud.

ancianos, cuyo apetito e ingesta pueden verse aun más comprometidos ya sea por enfermedades crónicas, por el aislamiento social o por el uso de múltiples medicaciones. Con respecto a este tema se recomienda revisar las dentaduras de manera periódica por un odontólogo para mantenerlas bien adaptadas. Hay que tener en cuenta que los cambios de peso corporal o del hueso alveolar con el tiempo pueden alterar la adaptación de las prótesis.

DIGESTIVO

Algunos trastornos digestivos pueden tener relación con la edad. En lugar de adscribir uno de estos trastornos del envejecimiento hay que determinar la verdadera causa. Los cambios digestivos pueden influir en forma negativa en la ingestión de los nutrientes.

La disminución del gusto y la producción de la saliva hace más difícil y menos agradable la comida. La **disfagia** debida a la debilidad de la lengua o los músculos de las mejillas pueden dificultar y hacer peligrosas la masticación y deglución.

La disfagia aumenta el riesgo de neumonía por aspiración, una infección causada por la entrada de alimentos y líquidos en los pulmones. Los líquidos espesos y los alimentos con una textura modificada pueden ayudar a las personas con disfagia a comer con seguridad.

Los cambios gástricos también pueden influir en la capacidad de la persona para comer. La reducción de la mucosa gástrica conduce a una incapacidad para resistir lesiones como el cáncer; las úlceras y las infecciones. La gastritis causa inflamación y dolor; retraso del vaciado gástrico, molestias. Todo ellos influyen en la biodisponibilidad de los nutrientes y aumentan el riesgo de presentar enfermedades por déficits crónicos como la osteoporosis.

La **aclorhidria** es la producción insuficiente de ácido en el estómago. La disminución del ácido puede deberse a la edad así como una **gastritis atrófica**.

La incidencia de diverticulosis aumenta con la edad, los problemas más comunes de la enfermedad diverticular son dolor en porción inferior del abdomen y la diarrea.

El estreñimiento no es un enfermedad sino un síntoma, se define como la presencia de menos deposiciones de lo habitual, tener dificultades para la defecación o que exija demasiado esfuerzo, las defecaciones dolorosas, las heces duras o vaciado incompleto del intestino. Los adultos mayores tienen mas probabilidades que los jóvenes de poseer éste síntoma. El estreñimiento suele aliviarse aumentando los líquidos, la actividad física y la fibra.¹³

PROLAPSO VAGINAL

Es la caída o deslizamiento del útero desde su posición normal en la cavidad pélvica hacia la cavidad vaginal.

Causas: El útero se sostiene en su posición en la pelvis por músculos, ligamentos especiales y otros tejidos. El útero cae dentro de la cavidad vaginal (prolapso) cuando estos músculos y tejidos conectivos se debilitan.

El prolapso uterino generalmente sucede en las mujeres que han tenido uno o más partos vaginales. El envejecimiento normal y la falta estrógenos después de la menopausia también pueden causar prolapso uterino. La tos crónica y la obesidad incrementan la presión en el piso pélvico y pueden contribuir al prolapso. El prolapso uterino también puede ser causado por un tumor pélvico, aunque esto es poco común.

¹³ Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. Krause Dietoterapia. 12º Edición. Barcelona, España. 2009

El estreñimiento crónico y el pujo asociado con éste pueden empeorar el prolapso uterino.

Síntomas:

- Sensación de estar sentada en una bola pequeña
- Relación sexual difícil o dolorosa
- Micción frecuente o necesidad urgente y repentina de vaciar la vejiga
- Lumbago
- Dolor durante la relación sexual
- Protrusión del útero y el cuello uterino a través de la abertura vaginal
- Infecciones vesicales repetitivas
- Sensación de pesadez o tracción en la pelvis
- Sangrado vaginal o aumento del flujo vaginal

POBLEMAS DE DEGLUCION

Los trastornos de la deglución son frecuentes en ancianos en el ámbito socio-sanitario e influyen notablemente en la calidad de vida de estas personas.

En pacientes institucionalizados la incidencia varía del 30-40%, sobre todo en aquellos que padecen deterioro cognitivo, o secuelas de enfermedad vascular cerebral (la incidencia oscila entre 25-50% en estos pacientes). La historia clínica y la exploración física orientan de una forma muy aproximada sobre la etiología y localización de la lesión que ocasiona la disfagia, correlacionando la clínica en un 99,2% con la localización (oral, faríngea o esofágica).

Un objetivo del equipo asistencial que atiende a estos pacientes es detectar el problema y determinar qué técnicas terapéuticas le ayudarán a mejorar la ingesta oral y a disminuir el riesgo de broncoaspiración.

1. El primer paso del algoritmo objetiva la disfagia, que se manifiesta clínicamente por signos de aspiración, como son voz húmeda,

atragantamientos, tos inmediata o diferida, o permanencia del bolo en la cavidad oral. Desde el punto de vista clínico puede ser útil el test del vaso de agua para objetivar disfagia oral o faríngea. Consiste en dar 50cc de agua y observar si aparece tos o atragantamiento en un primer tiempo, luego dar 50cc de gelatina u otro espesante similar y observar también si aparecen signos de atragantamiento. Si es positivo para cualquiera de las dos consistencias se confirma la existencia de disfagia. Esta prueba mejora su sensibilidad en la detección de aspiración si se monitoriza al mismo tiempo la saturación de oxígeno.

2. Como segundo paso en el algoritmo, ante esta clínica se debe investigar las diferentes causas que pueden originar el problema deglutorio; cualquier patología o fármaco que ocasione disminución del nivel de conciencia o deterioro de la capacidad de juicio puede crear un problema de Disfagia en el anciano.

Por otra parte, un ictus puede afectar a la deglución tanto en la fase oral como faríngea, pero el trastorno más común en esta patología es el retraso en la deglución, seguido de la disminución del peristaltismo faríngeo y la alteración del control lingual. Los fármacos también pueden producir sequedad oral o esofagitis y ser causa de disfagia.

3. Una vez realizado el diagnóstico clínico existen pruebas diagnósticas que no se encuentran disponibles en todos los medios asistenciales, y que generalmente no variarán la conducta dirigida a adoptar medidas que eviten la aspiración.

Estas pruebas pueden ser estáticas (estudio radiológico seriado baritado), o dinámicas (la video fluoroscopia, que constituye la prueba diagnóstica de referencia). Aunque estas pruebas detectan bien si la deglución está alterada,

su utilidad clínica para tomar decisiones es controvertida, ya que hay mala correlación entre la intensidad de la aspiración observada y la probabilidad de desarrollar neumonía⁵. Por ello, aunque en ocasiones se usa la videofluoroscopia para documentar la intensidad de la disfagia y en consecuencia indicar la colocación de sonda nasogástrica o gastrostomía, no se ha demostrado que esta conducta disminuya el riesgo de neumonía por aspiración.

CARDIOVASCULAR

La ECV comprende la cardiopatía y el accidente cerebro vascular. Aunque los efectos de la EVC se miden a menudo por las muertes en fases posteriores de la vida, no es una enfermedad del envejecimiento. Las enfermedades relacionadas con la nutrición tienen su raíz en la elección de los alimentos que no son saludables a lo largo de la vida.

Los cambios relacionados con la edad de ECV son muy variables y están muy influidos por factores ambientales como el tabaco, el ejercicio y la dieta. Entre los cambios están la disminución de la distensibilidad de la pared arterial, disminución de la frecuencia cardíaca máxima, la menor respuesta de los estímulos β -adrenérgicos, el aumento de la masa ventricular izquierda y la relajación ventricular más lenta. Los estudios demuestran que reducir el colesterol sanguíneo y la presión arterial disminuye el riesgo de morir de cardiopatía, tener un ataque al corazón no mortal y de necesitar una derivación cardíaca quirúrgica o una angioplastia.¹⁴

¹⁴ Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. Krause Dietoterapia. 12^o Edición. Barcelona, España. 2009

ENFERMEDAD RENAL

Los cambios relacionados con la edad en la función renal varían mucho. Algunos adultos mayores experimentan pocos cambios, mientras otros muestran un cambio devastador que ponen en peligro la vida, repercutiendo de manera directa en el estado nutricional. La filtración glomerular, medida por el aclaramiento de la creatinina, se reduce de media unos 8 a 10 ml/ min/1,73 m²/ decenio tras los 30 a 35 años. Hay que tener en cuenta el incremento resultante en las concentraciones séricas de creatinina cuando se determinan posologías de los medicamentos. La reducción progresiva de la función renal puede llevar a una incapacidad para excretar orina concentrada o diluida, una respuesta retardada a la privación de sodio o a una carga de sodio y la respuesta tardía a una carga ácido. En la función renal también influyen factores primordiales en la vejez la deshidratación, el consumo de diuréticos y los medicamentos, en especial los antibióticos.¹⁵

FUNCIÓN NEUROLÓGICA

Puede haber una disminución relacionada con la edad. Funciones como el conocimiento, la estabilidad, las reacciones, la coordinación, la marcha, los sentidos y las tareas de la vida cotidiana pueden declinar hasta un 90% o tan sólo un 10%.

El encéfalo pierde de media un 5% a 10% de su peso entre los 20 y 90 años. Se cree que ésta pérdida se debe a una reducción de las neuronas, pero las investigaciones indican ahora que a no ser que haya algún proceso específico presente, la mayoría de las neuronas, si no todas, funcionan hasta la muerte.

¹⁵ Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. Krause Dietoterapia. 12^o Edición. Barcelona, España. 2009

Otros cambios de la fisiología encefálica son el ensanchamiento de los surcos superficiales, la reducción del área superficial, el aumento del número de placas y los ovillos neurofibrilares.

De nuevo es importante distinguir entre la declinación normal relacionada con la edad y el deterioro debido a trastornos como la Demencia, enfermedad de Alzheimer o Parkinson o algún trastorno mental. Muchos cambios de la memoria pueden atribuirse a factores ambientales, como el estrés, la exposición química y una dieta inadecuada en lugar de procesos fisiológicos.¹⁶

DEMENCIA SENIL

La demencia senil no debe confundirse con la senilidad, que se ve en personas de edad avanzada. El proceso de envejecimiento conduce a un deterioro de las células cerebrales, lo que provoca fatiga, problemas relacionados con el equilibrio y pérdida de memoria de carácter progresivo.

Causas

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia senil. Otras causas de demencia senil son la aterosclerosis, la enfermedad de Parkinson, el alcoholismo, la enfermedad de Huntington, el abuso de esteroides, la esclerosis múltiple y encefalitis viral o bacteriana. En algunos casos, determinados medicamentos pueden tener efectos secundarios que podrían dañar el tejido cerebral. La demencia senil también puede aparecer debido a una deficiencia de tiamina y de niacina. Mediante la restauración de los niveles de vitaminas, los síntomas de demencia senil pueden ser revertidos. En algunos casos la exposición al plomo o al mercurio puede causar demencia senil.

¹⁶ Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. Krause Dietoterapia. 12º Edición. Barcelona, España. 2009

Con el fin de curar y tratar la demencia senil es importante reconocer los síntomas de la demencia senil.

En general, el curso de la demencia y el Alzheimer pueden ser retardados, pero no pueden curarse. Los medicamentos y los ejercicios cognitivos pueden ayudar al paciente a permanecer relativamente funcional durante algún tiempo. El plazo de la enfermedad varía según la persona.

ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es una demencia que cuenta ya con más de 100 años de historia. En noviembre de 1901 ingresó en el hospital de enfermedades mentales de Frankfurt una paciente de 51 años de edad llamada Auguste Deter (Augusta D), con un llamativo cuadro clínico de 5 años de evolución.

Tras comenzar con un delirio celotípico, la paciente había sufrido una rápida y progresiva pérdida de memoria acompañada de alucinaciones, desorientación en tiempo y espacio, paranoia, trastornos de la conducta y un grave trastorno del lenguaje. Fue estudiada por Alois Alzheimer, y más tarde por parte de médicos anónimos. Falleció el 8 de abril de 1906 por una septicemia, secundaria a úlceras por presión y neumonía.

El cerebro de la enferma fue enviado a Alzheimer, que procedió a su estudio histológico. El 4 de noviembre de 1906 presentó su observación anatomoclínica con la descripción de placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioescleróticos cerebrales.

El trabajo se publicó al año siguiente con el título: «Una enfermedad grave característica de la corteza cerebral». La denominación del cuadro clínico como enfermedad de Alzheimer fue introducida por Kraepelin en la octava edición de su «Manual de psiquiatría», en 1910.

Alzheimer describió su segundo caso en 1911, fecha en la que también aparece una revisión publicada por Fuller, con un total de 13 pacientes con enfermedad de Alzheimer, con una media de edad de 50 años y una duración media de la enfermedad de 7 años.

Las lesiones histopatológicas del cerebro de Augusta D han podido ser estudiadas de nuevo y publicadas en 1998 en la revista Neurogenetics. En este trabajo no se han encontrado lesiones microscópicas vasculares, existiendo solamente placas amiloideas y ovillos neurofibrilares, lesión ésta última descrita por primera vez por Alzheimer en este cerebro.

PARKINSON

La enfermedad de Parkinson es un trastorno que afecta las células nerviosas, o neuronas, en una parte del cerebro que controla los movimientos musculares. En la enfermedad de Parkinson, las neuronas que producen una sustancia química llamada dopamina mueren o no funcionan adecuadamente. Normalmente, la dopamina envía señales que ayudan a coordinar sus movimientos. Nadie conoce el origen del daño de estas células. Los síntomas de la enfermedad de Parkinson pueden incluir:

- Temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara
- Rigidez en los brazos, las piernas y el tronco
- Lentitud de los movimientos
- Problemas de equilibrio y coordinación

A medida que los síntomas empeoran, las personas con la enfermedad pueden tener dificultades para caminar o hacer labores simples. También pueden tener

problemas como depresión, trastornos del sueño o dificultades para masticar, tragar o hablar.¹⁷

NUTRICION Y PARKINSON

Aventurarse por el laberinto informativo sobre la nutrición y los consejos que hay a disposición del público es un reto, aun para los consumidores sanos.

Si se le añade a la mezcla la enfermedad de Parkinson (PD, por sus siglas en inglés) dicho reto se complica aún más. Los problemas nutricionales que afrontan las personas con PD son complejos y diversos, y muchos de ellos no tienen una respuesta clara. En lo que a la nutrición se refiere, ¿qué es lo que más importa?

Coma una dieta balanceada

Es difícil para una persona sentirse bien y mantener su energía cuando no se está alimentando adecuadamente.

Alimentarse adecuadamente implica comer regularmente (sin saltarse ninguna comida), consumir una variedad de alimentos de todos los grupos alimenticios (granos, vegetales, frutas, leche y productos lácteos, carnes y frijoles) y comer prudentemente para mantener un peso saludable.

Aunque parezca un consejo sencillo, implementarlo puede ser un reto, particularmente si usted tiene un ajetreado estilo de vida o si los síntomas del Parkinson están afectando su capacidad de comprar, preparar y comer los alimentos.

Si usted no se está alimentando tan bien como debiera, sería conveniente que consultara a un dietista profesional que pueda ayudarle a evaluar sus necesidades en cuanto al consumo de alimentos y discutir con usted

¹⁷ Documento recuperado <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/parkinsonsdisease.html>

estrategias para mejorar su dieta. También podría ser conveniente buscar la ayuda de otras personas, tanto para comprar y preparar los alimentos, como para mantener a mano alimentos nutritivos y fáciles de comer. Si usted tiene problemas de depresión, esto podría interferir con su apetito; asegúrese de discutir el problema con su médico.

Mantenga sus huesos sanos

Las personas con Parkinson son propensas a la osteoporosis, una enfermedad causada por una baja densidad en los minerales de los huesos. Los factores de riesgo para la osteoporosis incluyen la edad madura, el bajo peso corporal, fumar, el consumo excesivo de alcohol, la falta de exposición a la luz solar, el consumo inadecuado de vitamina D y calcio, y la falta de ejercicios de resistencia o levantamiento de pesas.

La osteoporosis puede ser especialmente preocupante para una persona con Parkinson, quien afronta un mayor riesgo de caerse. El resultado inevitable es una mayor probabilidad de fracturas, las cuales son peligrosas y dolorosas, además de estar en detrimento de la calidad de vida de la persona. Pregúntele a su médico acerca de hacerse

una prueba de la densidad de los minerales en sus huesos, llamada densitometría. Si resulta que es baja, existen tratamientos médicos a su disposición.

Para mantener la salud de sus huesos, asegúrese de que su dieta incluya abundante calcio y vitamina D. Las personas mayores de 50 años deberían consumir diariamente

1500 mg de calcio y 800 UI de vitamina D. La leche y los productos lácteos son las fuentes dietéticas más ricas en calcio. Se recomiendan tres porciones al día (una porción

es una taza de leche o yogur, y una y media onzas de queso sólido). Aunque existen otros alimentos que contienen calcio (tales como el tofu, las bebidas a base de soya fortificadas, el jugo de naranja y las verduras de hojas oscuras), el calcio que no proviene de los productos lácteos puede ser difícil de absorber. Usted también puede obtener vitamina D saliendo regularmente al aire libre y consumiendo alimentos ricos en vitamina D (tales como la leche fortificada con vitamina D, el yogur o los cereales de desayuno, y la grasa de pescado). Si usted vive en una zona donde la luz solar es limitada y/o no consume muchos alimentos ricos en vitamina D, se recomienda el uso de un suplemento nutricional. Los suplementos vienen en varias formas. Unos son más fáciles de tolerar que otros. Su farmacéutico está en capacidad de aconsejarle sobre las diferentes clases disponibles.

Mantenga regular su digestión

El estreñimiento es común en la enfermedad de Parkinson. Aunque esto puede ser un asunto incómodo de discutir con su proveedor de atención médica, la prevención y el tratamiento del estreñimiento es de suma importancia, ya que un estreñimiento grave puede llevar a una obstrucción del intestino, lo que potencialmente puede poner la vida en peligro. Aunque el estreñimiento observado en el Parkinson es debido en gran parte a la enfermedad misma, pueden implementarse ciertas medidas en el estilo de vida que podrían ayudar a manejarlo. Estas incluyen consumir alimentos ricos en fibra (panes de grano integral, cereales o molletes (muffins) de salvado, frutas, vegetales, legumbres, y ciruelas) además de beber abundante líquido. Luego, está el ejercicio, el cual ayuda a mantener la densidad de los huesos y aliviar el estreñimiento.

Si usted no es capaz de lograr la regularidad en su digestión por medio de su estilo de vida únicamente, podría requerirse el uso de laxantes y otras intervenciones para la evacuación de los intestinos.

Los síntomas del Parkinson varían de persona a persona y según la etapa de la enfermedad. Cada persona debe establecer cuáles son sus prioridades nutricionales basadas en los problemas que afronta. En los comienzos del Parkinson, debemos hacer énfasis en alimentarnos bien y mantener un peso saludable. A medida que la enfermedad avanza, debemos ajustar nuestras dietas para manejar nuevos síntomas específicos conforme estos vayan surgiendo (tales como dificultades para tragar, efectos secundarios de los medicamentos, problemas digestivos y retos alimentarios).

DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Produciendo trastornos mentales que son transitorios y tratables, pero no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Las causas de la depresión varían ampliamente de una persona a otra. Entre las personas mayores se debe a menudo a otras circunstancias como la cardiopatía, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer, el duelo y el estrés.

La depresión de las personas mayores no se diagnostica o se diagnostica mal con frecuencia porque los síntomas se confunden con otras enfermedades médicas.

La depresión sin tratar puede tener efectos adversos graves para los adultos mayores. Disminuye los placeres de la vida, incluido el de comer, puede exacerbar en problemas médicos, y puede empeorar la función inmunitaria. Se asocia a una disminución del apetito, una pérdida de peso y la astenia. La asistencia nutricional desempeña una función importante en el tratamiento de este trastorno al proporcionar alimentos con modificación de la textura y alimentos preferidos en cantidades óptimas cuando es más probable que las personas coman la mayor cantidad.¹⁸

CALIDAD DE VIDA

Existe poco acuerdo respecto a cómo se define y mide la calidad de vida. *Healthy People 2010* la define como una sensación general de felicidad y satisfacción con la vida y el ambiente propios.

La **calidad de vida** relacionada con la salud es la sensación personal de salud física, mental, nutricional y la capacidad de reaccionar a factores en los ambientes físico y social (USDHHS, 2006). Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud pueden usarse medidas y escalas comunes, generales o específicas de enfermedades (Amarantos y cols; 2001). El SF-36 es una medida de la calidad de vida usada con frecuencia que puede cumplimentar el propio cliente (Ware y Sherbourne, 1992). Como la edad avanzada se asocia a menudo a problemas de salud y disminución de la funcionalidad, la calidad de vida adquiere más importancia en el cuidado de los adultos mayores.

Los alimentos y la nutrición contribuyen a la calidad de vida fisiológica, psicológica y social del sujeto. Se ha propuesto una medida de la calidad de

¹⁸ Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. Krause Dietoterapia. 12^o Edición. Barcelona, España. 2009

vida relacionada con la salud para registrar los resultados en cuanto a este parámetro en los sujetos que reciben tratamiento médico nutricional.

Para evaluar la calidad de vida en adultos mayores, los dietistas deben considerar estas variables a nivel personal y también dentro de la familia y la comunidad.

FUNCIONALIDAD

Es la capacidad de cuidarse de sí mismo, mantenerse a sí mismo y llevar a cabo actividades físicas, se correlaciona con la independencia y la calidad de vida. La frecuencias de incapacidad entre los adultos mayores están disminuyendo, pero la cifra real considerada incapacitada está aumentando el tamaño a medida que crece el tamaño de la población, las limitaciones en las **actividades de la vida diaria** (AVD), o capacidad para realizar por uno mismo las tareas de la vida diaria, y las actividades instrumentales de la vida diaria, y otras medidas se usan para vigilar la función física.

Muchas enfermedades relacionadas con la nutrición influyen en el estado funcional, en especial en los sujetos mayores. La inadecuada de nutrientes, tanto por exceso como por defecto, puede inducir o precipitar la declinación como resultado de la pérdida de masa y fuerza muscular, lo que puede tener un efecto negativo sobre la realización de las AVD. Entre el 87% de los adultos mayores que tienen una o más enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, las consecuencias son la alteración de la función física que puede provocar una mayor incapacidad, el aumento de la morbilidad, el ingreso en residencias y la muerte (Nelson y cols.,2004).

MALNUTRICION EN EL ANCIANO

La OMS en 1965, reveló que muchas personas de más de 65 años tenían un estado de salud precario, al que contribuía la malnutrición, la que se define

como “un trastorno de la forma o función del organismo humano, a causa de la falta o exceso de calorías, o de uno o más nutrientes y que la necesidad de una dieta equilibrada y de fácil asimilación en la tercera edad, no es suficientemente reconocida ni por los ancianos ni por quienes los cuidan”.

En el plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento, en 1982, y en la última Asamblea Mundial sobre Envejecimiento – Madrid 2004 - se replanteó que una nutrición adecuada, apropiada y suficiente, particularmente el adecuado consumo de proteínas, minerales y vitaminas, es esencial para el bienestar de los ancianos y que la nutrición deficiente se ve agravada por la pobreza, el aislamiento, la mala distribución de los alimentos y los malos hábitos alimentarios, inclusive los que causan los problemas dentales.

Malnutrición por defecto (subnutrición)

Las causas de malnutrición en los ancianos pueden dividirse en primarias y secundarias.

- Causas primarias

1. Ignorancia. Especialmente sobre conocimientos dietéticos y culinarios.
2. Soledad y aislamiento social. Frecuentemente en la tercera edad hay carencia afectiva, de proyectos y 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.
3. Trastornos mentales. Existe una relación entre demencia senil, síndrome depresivo y sobre todo el síndrome de Diógenes, de disminución y abandono del viejo, y la malnutrición.
4. Incapacidades físicas y síndrome de inmovilización. Las enfermedades invalidantes (reumatismo y hemiplejias) perturban la obtención y preparación de los alimentos.

5. Iatrogenia. Esta ocurre en pacientes con dietas especiales, monótonas, mal planificadas y carenciales. También es conocida la relación entre hipnóticos, anticonvulsivantes y otros medicamentos con el déficit de vitaminas.

6. Carencias económicas en retirados y pensionados.

- Causas secundarias

1. Anorexia. Cuando ocurre sola, suele ser psicógena, pero obliga a la exclusión de enfermedades inflamatorias crónicas como la tuberculosis; artritis reumatoidea, enfermedades granulomatosas digestivas, como uremia, hiponatremia e hipercalcemia, que pueden hacer sospechar una hepatitis u otra enfermedad viral, acompañar una insuficiencia cardíaca congestiva o un déficit proteico, o ser un síntoma tardío de una enfermedad maligna o que puede ser motivada por drogas.

2. Edentación total. Esencial para la masticación, que precede a la deglución, primera etapa de la digestión, y que si su papel es menos importante en el joven, es esencial en las personas de edad avanzada, cuando los órganos digestivos han perdido una parte de su potencial activo, por lo que resulta especialmente afectada la digestión de las proteínas animales.

3. Malabsorción. En ella pueden influir la isquemia intestinal, intolerancia de expresión tardía al gluten, amiloidosis intestinal, contaminación del intestino delgado en la diverticulosis, gastrectomía, resecciones intestinales, conectivopatías, enfermedad de Whipple y diabetes.

4. Aumento de las necesidades. La permanencia en cama, con úlceras de apoyo, por decúbitos prolongados y fiebre alta, pueden dar lugar a malnutrición por destrucción hística y balance nitrogenado negativo.

Por todo esto, es muy importante, que todo el equipo de salud que tengan a cargo la salud de los ancianos estén constantemente vigilantes de los signos y

síntomas de malnutrición y siempre tengan presentes los factores que puedan influir en el estado nutricional. El estado nutricional marginal es una barrera que se debe vencer cuando tratamos a pacientes de edad avanzada.

Se debe recordar que la subnutrición es el origen, a veces, irreconocible de muchas enfermedades en el paciente geriátrico. La evaluación del estado nutricional debe realizarse siempre, por si es necesario instituir una acción correctora para superar ese déficit y retornar al paciente a un estado nutricional saludable.

Malnutrición por exceso

La obesidad, la más frecuente de las enfermedades de la nutrición, es el aliado de todas las enfermedades degenerativas de la tercera edad: arterioesclerosis, enfermedad hipertensiva, várices, tromboflebitis con sus accidentes tromboembólicos, esclerosis renal, uremia, diabetes mellitus, gota, dislipemias, colelitiasis, enfermedad degenerativa articular, etc. Todo lo cual agrava y condiciona una gran mortalidad.

Sin embargo, no figura entre los diagnósticos más frecuentes de los pacientes geriátricos, donde la obesidad severa es una enfermedad casi exclusivamente femenina y ello se debe al permanente incremento de la grasa corporal con el envejecimiento de la mujer.

La obesidad del hombre, cuando es severa, es agravada por la mortalidad que no le permite llegar a viejo.

Como se sabe, el síndrome de obesidad tiene una amplia repercusión sobre nuestra salud, al efectuar de manera adversa casi todos nuestros órganos y sistemas, pero en la tercera edad la obesidad va a tener una serie de características especiales:

1. La obesidad data de mucho tiempo; es una obesidad envejecida y resistente que ha sido tratada múltiples veces sin éxito, lo que determina una actitud negativa y pesimista del paciente, y hace muy difícil la aceptación y el éxito de nuevas tentativas terapéuticas.
2. La obesidad es una enfermedad complicada, principalmente por diabetes y enfermedad articular degenerativa, que motiva el gran consumo de analgésicos con la posibilidad de que se presenten hemorragias digestivas ocultas, sideropenia y en algunos casos nefropatía por analgésicos.
3. Todas las enfermedades intercurrentes tienen una creciente prevalencia, y la anestesia y las intervenciones quirúrgicas se ven potencializadas por la obesidad.
4. Aparece como una enfermedad femenina por excelencia, ya que la obesidad masculina severa es prácticamente incompatible con la longevidad.

SIGNOS DE RIESGO EN EL ANCIANO

- ° Anorexia e inapetencia.
- ° Dificultad para masticar y/o deglutir.
- ° Ingesta proteica inferior a una ración diaria.
- ° Rechazo para las preparaciones complejas de comidas.
- ° Dieta triturada.
- ° Ingesta menor a 50% del contenido de las dos comidas principales.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los patrones alimentarios del individuo y los cambios producidos durante el envejecimiento, la dieta debe adaptarse a las necesidades energéticas y de nutrientes, textura, consistencia, sencillez en las preparaciones, posibilidades económicas, etc., a medida que fluyan los problemas; con el fin de asegurar el buen estado nutricional.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADECUADA NUTRICIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

La identificación de los factores que contribuyen a los problemas nutricionales y que causan serias discapacidades en edades avanzadas, será importante, no sólo como principal área de investigación, sino también para la provisión de apoyo nutricional como parte de los servicios del cuidado de la salud.

Si bien, los indicadores dicen que los adultos mayores están viviendo más tiempo, con más salud y con una vida más activa, no hay duda que enferman más a menudo que la gente joven y que sus enfermedades y problemas de salud duran más. Existen muchos cambios físicos, mentales, sociales y del entorno que se producen en el envejecimiento. Los trastornos fisiológicos están relacionados con una baja ingesta de alimentos y nutrientes, con frecuencia como resultado de problemas digestivos, reducción de la percepción del gusto y/o del olor, problemas de dentición y afección de las funciones mentales y cognitivas. Las enfermedades crónicas y afecciones tales como artritis, hipertensión, infarto, problemas cardiovasculares, problemas respiratorios, diabetes, cáncer y osteoporosis también pueden afectar la calidad de vida en la población anciana.

Las cataratas y la degeneración macular relacionada con la edad (ARMD) son enfermedades oculares generalmente asociadas con diabetes y edad avanzada. Ambas afecciones dependen de la edad y hay un número considerable de investigaciones sobre el papel que juegan los micronutrientes y otras sustancias, como la luteína, que ayudarían a reducir el riesgo de estos procesos degenerativos, o al menos retrasar su aparición.¹⁹

¹⁹ Darnton-Hill I., Psychosocial aspects of nutrition and aging, 1992



Pirámide de la alimentación para personas mayores de 70 años



GERIATRICO

Definición : se encarga del cuidado de los enfermos que tienen más de sesenta años. Este cuidado especializado se realiza en colaboración con los médicos de familia o de cabecera. El segundo modelo es aquel que está dirigido a gente a partir de una determinada edad (algunos establecen el límite en los sesenta y cinco, otros en setenta o setenta y cinco) pero en este caso, las raíces de la disciplina se encuentran en la atención primaria. Un tercer modelo, no utiliza estos cortes o grupos de edad, sino que define la Geriátrica, como la aplicación de cuidados subespecializados a las personas mayores que son frágiles. En este contexto, fragilidad se entiende como la tendencia de las personas mayores a sufrir numerosos problemas médicos y sociales; de este modo se observa la Geriátrica como una alternativa a esas especialidades que sólo están centradas en los problemas de los sistemas de órganos.

SITUACIÓN SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES

Al hablar de adultos mayores, hay que distinguir más que en la edad de ellos, en su estado de salud y situación nutricional. Hay personas de mucha edad y que gozan de una general buena salud, que les permite llevar una vida normal, sin mayores limitaciones. Y las hay también, en diversos períodos de edad mayor que son afectadas por enfermedades estables, o largas o permanentes, que van limitando mucho su actividad personal que tenían antes.

De esta manera, hay personas de edad, y de mucha edad que pueden proseguir una vida normal y otras que necesitan ser asistidas diariamente, hasta en sus más íntimas necesidades, para sobrevivir. Repito, por esto, en los adultos mayores más que en su edad, hay que fijarse en su estado de salud para programar una actividad con ellos. Otra razón importante que hay que discernir en los adultos mayores se encuentra en su condición familiar.

Pues, hay familias que tienen incorporados a los adultos mayores, con todo el cuidado afectivo y necesario de su vida; y también hay quienes carecen de la posibilidad de vivir en familia, porque los suyos no los pueden incorporar o mantener, por muy diversas razones. Las hay desde una afectividad debilitada en grupos familiares; otras, que la familia carece de medios para mantener en su interior a los adultos mayores, a sea por las condiciones de la misma vivienda, o por carecer de medios económicos para sustentarlos. Y así, los adultos mayores deben emigrar a otras casas o instituciones donde los albergan. También hay adultos mayores que no quieren vivir con grupos familiares y prefieren, si tienen las condiciones económicas, vivir solos y se sienten más libres en su vida diaria.

Igualmente hay que discernir la situación socioeconómica en que se encuentra un adulto mayor. Hay quienes disponen de todos los medios necesarios y hasta de muy buena situación económica, y hay quienes también carecen de medios para subsistir, ya sea por bajas pensiones de jubilación, hasta quienes no tienen ni siquiera esos mínimos ingresos. Y esto último se da especialmente en mujeres. Esta realidad socioeconómica personal y/o familiar es un elemento determinante que repercute directamente en su estado nutricional afectando su salud.

ASISTENCIA GERIÁTRICA

En la asistencia a las personas mayores lo más importante es la prevención de la dependencia y poder mantener al anciano en su ambiente, en su comunidad con un adecuado estado de salud tanto físico como mental. Para poder realizarlo y responder a las necesidades de los ancianos en los diferentes momentos de su evolución existen la geriatría y la gerontología.

Se define la asistencia geriátrica como el conjunto de acciones y niveles de ayuda y soporte tanto hospitalario como extrahospitalario, institucional, domiciliario, sanitario, psicológico y social. Todos estos niveles están destinados a prestar atención interdisciplinar, con la colaboración de múltiples profesionales que trabajan coordinadamente y de forma organizada para el beneficio del anciano en todos sus aspectos, de forma progresiva y adaptada a las necesidades de cada momento.

Estos niveles de asistencia han de ser también integrados en la asistencia sanitaria y social de la comunidad e influir de forma integral en los diferentes aspectos del individuo.

PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS DE LOS ADULTOS MAYORES

El principal síndrome es el que se conoce como S.A.G., que significa Síndrome de Adaptación al Geriátrico. La necesidad de recurrir al medio residencial como internación permanente o de larga estancia del anciano, está determinada por diferentes razones, siendo las más importantes los factores sociosanitarios derivadas del proceso de envejecimiento.

Otros síndromes geriátricos también frecuentes en ancianos institucionalizados son: malnutrición, dependencia para asearse, polifarmacia, caída por enfermedad, disminución de la agudeza visual, y demencia en fase moderada, etc.

Síndrome de adaptación al geriátrico (S.A.G.)

Una de las realidades que caracterizan este fin de siglo es la proliferación de instituciones geriátricas; en 1980 existían en Estados Unidos 18.900 establecimientos con aproximadamente 1.4 millones de camas; en 1993 ese número aumentó a 19.100 hogares con una disponibilidad de 1.7 millones de camas. Se estima que aproximadamente un 40% de los ancianos pasarán en

cierto momento de sus vidas algún tiempo como huéspedes de un geriátrico; la proporción de personas que habitan estos lugares aumenta con la edad siendo del 1% entre 65 y 74 años, del 3% entre 75 y 84 años y del 22% en aquellos de más de 85 años.

Estos datos nos alertan con respecto a la necesidad de estar atentos frente a la aparición de nuevas formas de manifestación de los fenómenos que constituyen las enfermedades, ya que al cambiar los ámbitos y los escenarios es inevitable que también cambien los actores y en consecuencia sus padecimientos.

Entendemos por S.A.G. al conjunto de síntomas psiquiátricos que se manifiestan a partir del momento en que un anciano sabe que será institucionalizado o a partir de la institucionalización propiamente dicha; los mismos se expresan como elementos nuevos o como la exacerbación de aquellos síntomas preexistentes.

Desde lo que podemos llamar el punto de vista práctico, nadie deja de reconocer que el ingreso a una institución del III Nivel ó total como lo es el geriátrico produce en algunos de los que lo sufren una serie de cambios que afectan la esfera mental de la persona y que no siempre son tenidos en cuenta, quedando tapados o disimulados por los problemas psiquiátricos o clínicos que pueden presentarse en algunos ancianos y que nosotros pensamos que constituyen otro nivel de complejidad; podemos decir que estos problemas vienen con el anciano mientras que el S.A.G. se agrega como consecuencia del cambio existencial que implica la mudanza al geriátrico con la profunda huella que deja en cada anciano, definida claramente por su historia.

Queda así delineado un proceso que puede ser reversible o no, según la situación y la persona que lo padece, que produce cambios significativos en la

vida del que lo sufre y que modifica su percepción y su forma de enfrentar la realidad.

Síntomas:

-Trastornos del sueño.

-Trastornos de la alimentación: consiste no sólo en la disminución de la ingesta, vinculada muchas veces con los trastornos del ánimo y la mala dentición, sino también en conductas regresivas en torno a la alimentación, como el rechazo por los sólidos o la necesidad de ser alimentados por terceros sin que exista un impedimento físico para hacerlos autónomamente. Las modificaciones en la dieta que lógicamente suceden en la institucionalización inciden en la presencia de este síntoma ya que por más sabrosa y de buena calidad que sea la comida, no es la acostumbrada. Muchas veces a través de la aceptación o el rechazo del alimento se plantea una lucha entre el anciano y los cuidadores, dado que el anciano percibe rápidamente que es fundamental para el personal que se alimente bien porque, junto al aseo y a la ausencia de malos olores constituyen las señales que la familia busca detectar para determinar la calidad de la atención; casi podríamos afirmar que las modificaciones de estas variables nos permiten predecir la posibilidad de la aparición de otros síntomas.

-Trastornos del humor: tristeza.

-Trastornos de conducta.

-Reacciones delirantes.

-Desorientación témporo-espacial.

-Ansiedad.

-Quejas somáticas.

Factores de riesgo:

Consideramos que existen una serie de situaciones que permiten predecir con cierta precisión cómo será el proceso que experimentará la persona en su tránsito hacia la institución geriátrica; el conocimiento de esos acontecimientos puede ser de gran utilidad ya que actuarían predisponiendo al anciano a padecer un S.A.G.:

-Mentiras: es muy habitual que no se le diga al anciano que va a ser institucionalizado.

-Decisión unilateral: son muy pocos los viejos consultados por sus familias con respecto a la futura internación.

-Enfermedad psiquiátrica preexistente.

-Enfermedades clínicas.

-Duelo: es habitual observar internaciones geriátricas consecutivas al fallecimiento de uno de los miembros de la pareja y la imposibilidad de que el sobreviviente continúe viviendo solo. Se produce entonces la superposición entre la institucionalización y el duelo con consecuencias difíciles de evaluar que muchas veces contribuyen a la confusión con respecto a cómo es tratado, teniendo en cuenta que el duelo no es una enfermedad pero que si se complica por ejemplo con un S.A.G. puede instalarse como una situación crónica de características varias con síntomas psiquiátricos de diferente tipo.

-Problemas sociales.

-Desarraigo: en una investigación anterior se demostró que la institución geriátrica es un lugar al cual se entra pero de donde no se sale; aunque las salidas se produzcan, en el caso de muchos ancianos autoválidos, no es lo mismo volver a la casa que retornar al geriátrico. Este hecho tiene profundas implicancias en cómo se sigue desarrollando la vida de la persona

institucionalizada, ya que la pérdida de coordenadas que representa el abandono del barrio y sus puntos de referencia pueden producir en algunos ancianos fenómenos como los que caracterizan al S.A.G.

Evolución:

Un elevado porcentaje de fallecimientos se da durante el transcurso del primer año de institucionalización en los geriátricos.

El S.A.G. también puede cronificarse y es aquí donde comienzan a tomar forma entidades psicopatológicas más fácilmente diagnosticables como cuadros depresivos, delirios, etc. que se suceden sin solución de continuidad con los síntomas del S.A.G.

La medicación es la tercera forma evolutiva posible ya que el tratamiento más habitual suele ser la farmacoterapia que en general una vez instaurada suele permanecer indefinidamente.²⁰

²⁰ Darnton-Hill I., Psychosocial aspects of nutrition and aging, 1992

PLANTEO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre la ingesta nutricional y la situación económica en los residentes de Geriátricos Público o Privado?

JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

La alimentación y el estado nutricional de las personas son fundamentales en cada etapa de la vida y se ve influenciada en forma directa por su economía.

En los Adultos Mayores se ve comprometida su situación nutricional no solo por sus ingresos sino también por diferentes causas, tales como: sociales, dentición, enfermedades Digestivas, enfermedades Coronarias, enfermedades Intestinales, Hipertensión, Diabetes, Malnutrición, Síndrome Metabólico, Anorexia, Depresión, enfermedades Psíquicas como Alzheimer, Parkinson o Demencia, etc.

Es de suma importancia evaluar la economía de cada residente y en que tipo de institución se encuentran (pública o privada) si poseen algún tipo de patología que repercutan directamente en su situación nutricional.

Una de las causas fundamentales y comunes es el déficit en la boca relacionado con el mal estado de la misma, las pérdidas de piezas dentarias o el uso de prótesis, repercuten en la función masticatoria, como paso inicial del proceso digestivo. Hay que tener cuenta que algunos adultos mayores no pueden acceder a correcta atención odontológica ya sea por el paupérrimo nivel educativo o por una mala situación económica.

Con respecto a las diferentes patologías antes mencionadas es primordial que la alimentación sea diferenciada por enfermedades. Uno de los puntos claves de ésta investigación es ver en que situación económica se encuentran los residentes si influyen positiva o negativamente en su salud y si pueden acceder a la alimentación correspondiente para la enfermedad que puedan sufrir o no,

si viven en Geriátricos públicos o privados, en las instituciones privadas ¿el estado nutricional es mejor que en las públicas? por la economía del residente, si están acompañados por sus familiares o están solos en la vida, si fueron por motus propio o fueron llevados a las instituciones correspondientes por padecer de alguna patología, por estar solos y no valerse por si mismo o por no tener lugar físico o fijo de residencia, también hay que destacar como primer medida si los alimentos que son racionados día a día en los Geriátricos tantos públicos como privados cumplen los requerimientos mínimos para cada patología presentes en las instituciones.

El seguimiento a los adultos mayores relacionado con el aporte de información al personal que atienden a los residentes sino también para reeducar a los abuelos y mejorar su estado nutricional desde la alimentación y hábitos saludables para evitar su deterioro o para una correcta rehabilitación.

Con respecto a lo que refiere la situación nutricional la mayoría de los adultos mayores tienen necesidades especiales de nutrientes ya que el envejecimiento influye en la absorción, uso y excreción.

Las tasas metabólicas basales disminuyen de forma lineal con la edad, este cambio es el resultado de los cambios en la composición corporal expuestos antes. Las necesidades de energía disminuyen alrededor de un 3 % por decenio. Las dietas con pocas calorías carecen a menudo de cantidades suficientes de nutrientes esenciales.

Los estudios señalan que las personas mayores consumen menos calorías, grasa total, fibra, calcio, magnesio, cinc, cobre, folato, y vitaminas.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Investigar la relación existente entre el estado nutricional y la situación económica del Adulto Mayor.

Objetivos Específicos

- Evaluar: ° Situación económica.
 - ° Oferta alimentaria.
 - ° Historia clínica
 - ° Problemas de depresión.
 - ° Problemas psicológicos, que repercuten en la alimentación
 - ° Anorexia en el abuelo. Causas y consecuencias.
 - ° Situación dentaria de la población a estudiar.

v Estos objetivos específicos se tomaron del contexto general, es decir no como variables independientes particulares, sino como situaciones contextuales que desde un marco general pueden afectar al sujeto.

METODOLOGÍA

LUGAR EN QUE SE DESARROLLARÁ LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE CONTEXTO

El estudio se realizará en tres geriátricos, Instituto Privado Años Felices, Instituto Privado Emanuel y Geriátrico Provincial Jorge Raúl Rodríguez éste último depende de la Secretaría de Promoción Comunitaria los mismos están ubicados en el Municipio de Rosario.

La ciudad de Rosario está ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina.

Se encuentra en una posición geoestratégica en relación al Mercosur, en el extremo sur del continente americano.

Es cabecera del Departamento homónimo y se sitúa a 300km de la ciudad de Buenos Aires.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población corresponde a una población cerrada de Adultos Mayores, de ambos sexos, entre 80 y 85 años de edad que residan en los geriátricos mencionados. Se trabajó con una población heterogénea de Adultos Mayores. Sobre un total de 72 Adultos Mayores de dichas instituciones, se incluyeron en la muestra, con carácter anónimo, previo consentimiento de los mismos, a aquellos adultos que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- ° Adultos Mayores entre 80 y 85 años de edad.
- ° Adultos Mayores en el perfil de autovalidez física.
- ° Adultos Mayores con equilibrio emocional.
- ° Adultos Mayores cuya alimentación sea de tipo oral.
- ° Adultos Mayores con problemas de depresión

Criterios de exclusión:

- ° Adultos Mayores que se encuentren postrados o inválidos.
- ° Adultos Mayores cuya alimentación sea de tipo enteral o parenteral.
- ° Adultos Mayores que presentan patologías graves.
- ° Adultos Mayores con patologías psiquiátricas graves.
- ° Adultos Mayores que no entren en la edad seleccionada.

Los datos fueron obtenidos de las Historias Clínicas.

MUESTRA

La muestra se tomó al “azar simple” conformado con 72 personas de ambos sexos, mayores de 80 años y hasta 85 años de edad exclusivamente representando el 70% de la población en estudio pertenecientes a las

Residencias Geriátricas, tanto públicas como privadas, aplicando los criterios de inclusión y exclusión anteriormente detallados, que aceptaron ser incluidos en esta investigación.

DISEÑO DEL ESTUDIO

? Descriptivo: permite comenzar con la investigación, su objetivo es describir la situación de las variables involucradas en el estudio en un momento dado, la frecuencia con que se presenta un fenómeno, características de las personas, lugar y periodo donde ocurrió, en este caso, se trata del estado nutricional y situación económica en adultos mayores institucionalizados.

? Observacional: ya que permite observar en los geriátricos la ingesta de los adultos mayores y el estado actual de su nutrición.

? Transversal: se realizarán observaciones a fin de poder determinar la situación de las variables estudiadas en la investigación en un determinado momento en el tiempo.

HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para poder llevar a cabo la investigación, se siguió el siguiente protocolo, petición de la autorizaciones a los Directores de las Residencias Geriátricas Previa autorización del Director de la Carrera en Licenciatura en Nutrición, se contó también con la colaboración del Nutricionista, Médico a cargo, Enfermeros, Psicólogo, Cocineros, Mucamas y demanda de cooperación a cada sujeto con el fin de obtener su consentimiento.

Se prosiguió a la recogida de los datos en 2 etapas:

1. Se seleccionan y analizan los datos de los Adultos Mayores de la residencia, obtenidos de las historias clínicas, para evaluar cuales podían ingresar a la muestra teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión. Con dicha información, se conformó la muestra y se pasó a la siguiente etapa.

2. Se realizó la prueba piloto, una vez realizada la misma se registraron los datos de cada uno de ellos de los residentes.

La Ingesta Nutricional se efectuó a través del siguiente instrumento:

Encuestas: Se utilizaron encuestas semi-estructuradas que contó con preguntas mixtas. Las encuestas alimentarias fueron destinadas a los ancianos institucionalizados.

Recopilación de datos de las Historia Clínica: datos clínicos, patologías, estado de dentición, y plan alimentario requerido.

° Modelo de encuesta (ver anexo)

RELEVAMIENTO DE DATOS

Para la carga y el análisis descriptivo de datos se utilizó la herramienta Excel 2007 del paquete Microsoft Windows.

Se analizó la información y los datos fueron volcados en cuadros simples o de distribución de frecuencia, barra y gráficos de torta según corresponda.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

“Distribución de sexo y edad de los residentes tanto en geriátricos públicos como privados”.

Gráfico 1 “Distribución sexo Femenino”

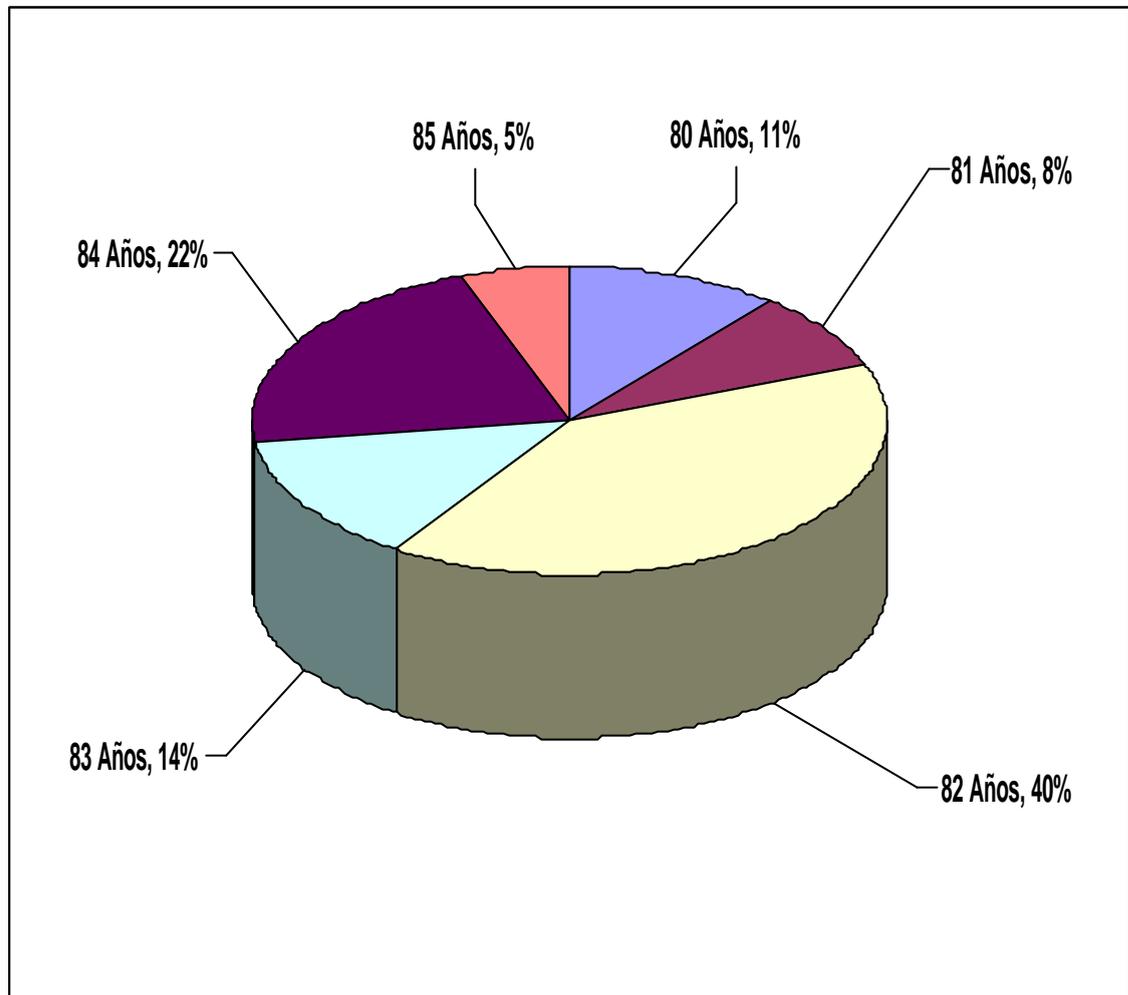


Gráfico N° 1 muestra los porcentajes de residentes femeninas, siendo el 11 % en 80 años de edad, el 8% en 81 años de edad, el 40% en la edad 82, el 14% en 83, el 22% en 84 y por último el 5% en 85 años de edad

“Distribución sexo masculino”

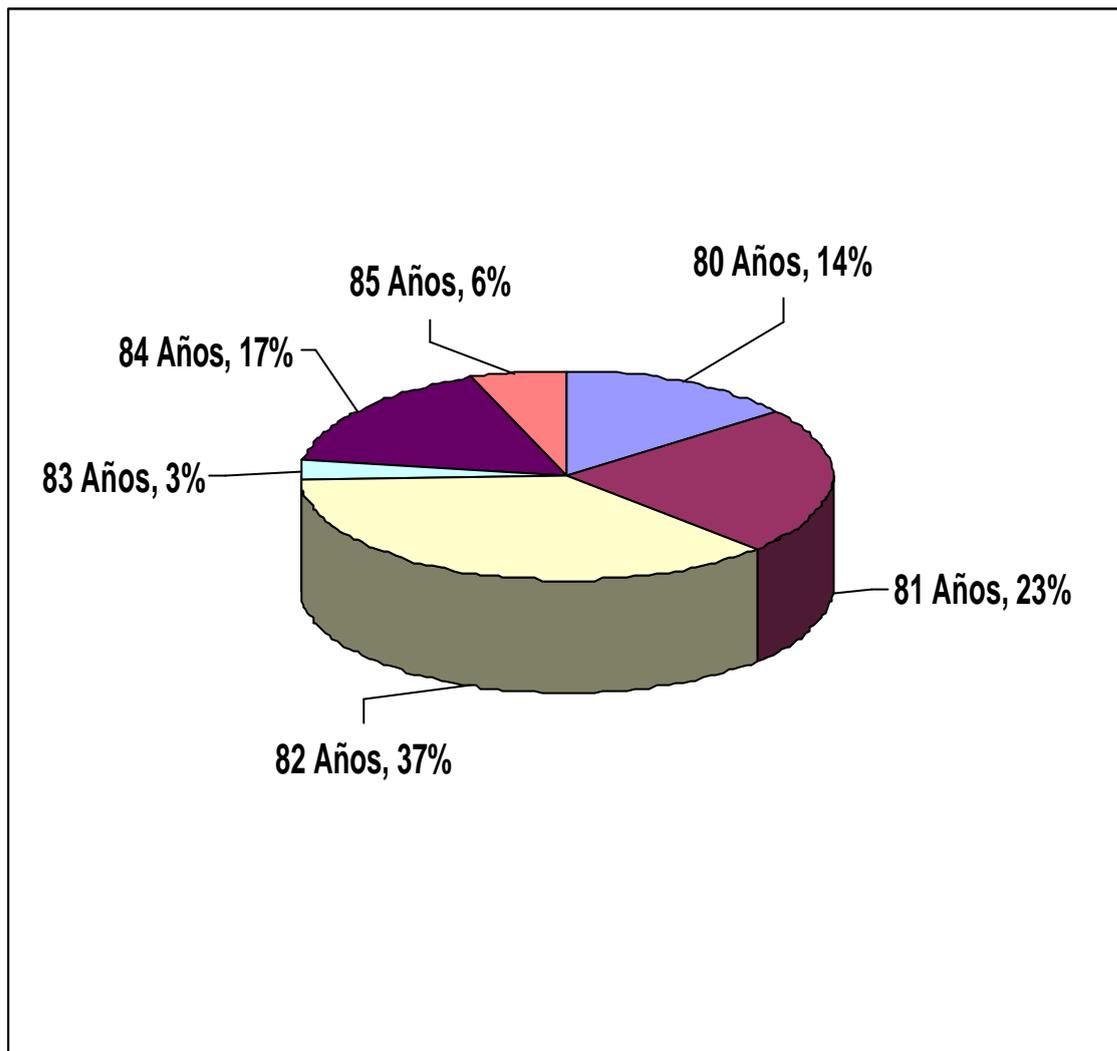


Gráfico N° 2 muestra los porcentajes de residentes masculinos, siendo el 14 % en 80 años de edad, el 23% en 81 años de edad, el 37% en la edad 82, el 3% en 83, el 17% en 84 y por último el 6% en 85 años de edad

Cuadro I “Distribución de datos en relación al sexo y al Índice de Masa Corporal de los Adultos Mayores de las Instituciones Geriátricas”.

Variable	Media	Nº Individuos	Valor Mínimo	Valor Máximo
IMC (Total)	25,85	72	17,05	40,14
IMC(Masculino)	26	35	20,25	25,75
IMC (Femenino)	25,7	37	17,05	40,14

El IMC (Índice de Masa Corporal) medio obtuvo un valor de 25,85; en ambos sexos el IMC es casi el mismo siendo solo mayor el de los varones por 3 milésimos.

Gráfico 3 “Distribución por sexo y estado de dentición”

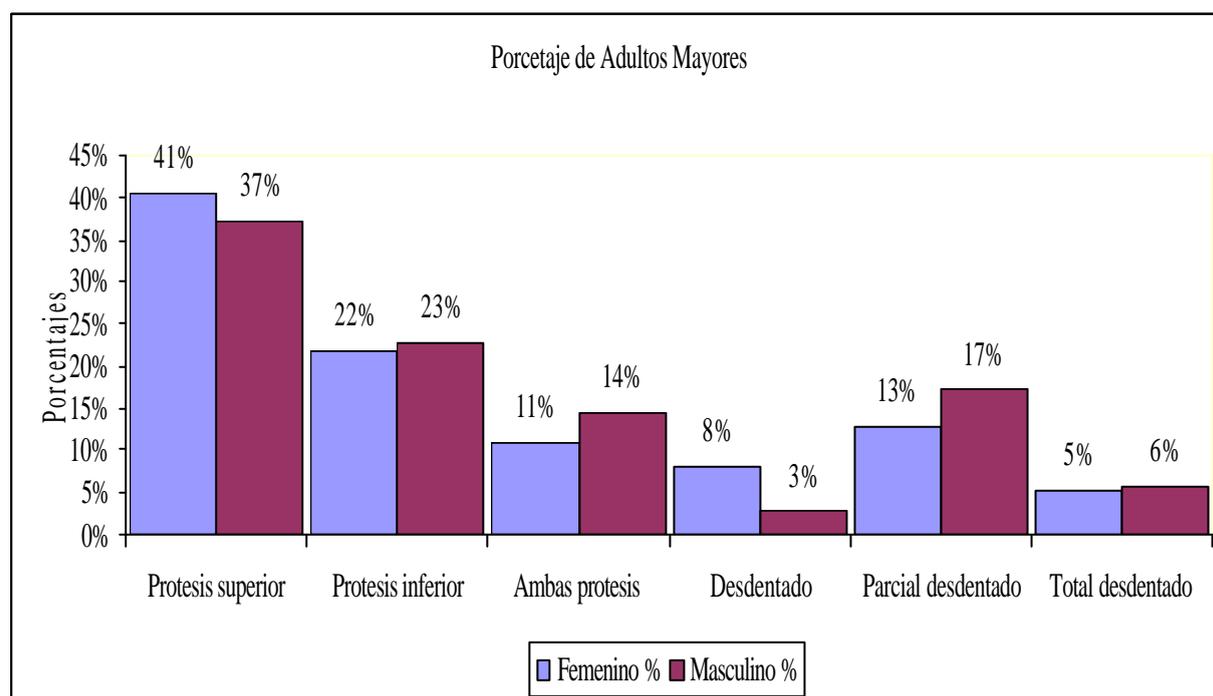


Gráfico N° 3 podemos observar los porcentajes en ambos sexos en prótesis superior siendo el 41% para el sexo femenino y el 37% para el sexo masculino y el mínimo que nos muestra el gráfico desdentado con el 3% en el sexo masculino y el 5% en totalmente desdentado en sexo femenino.

Gráfico 4 “Tipos de dietas consumidas en las instituciones”

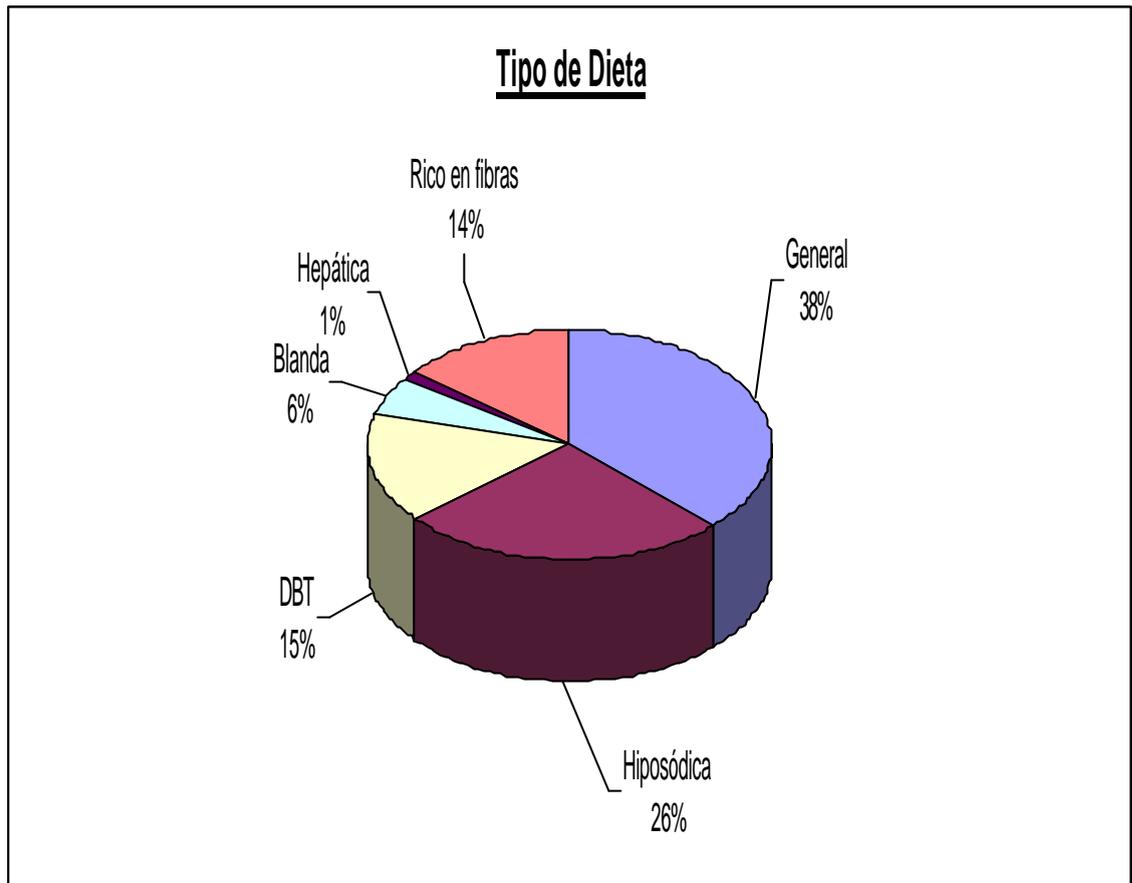


Gráfico N° 4 muestra que la mayoría de las personas de ambos sexos que residen en las instituciones consumen una dieta general siendo el 38% del total y la distribución de las diferentes dietas están clasificadas por patologías siendo el 26% dieta hiposódica, el 15% dieta DBT, el 14% dieta rica en fibras, el 6% dieta blanda y sólo con el 1% a la dieta hepática siendo el valor mínimo.

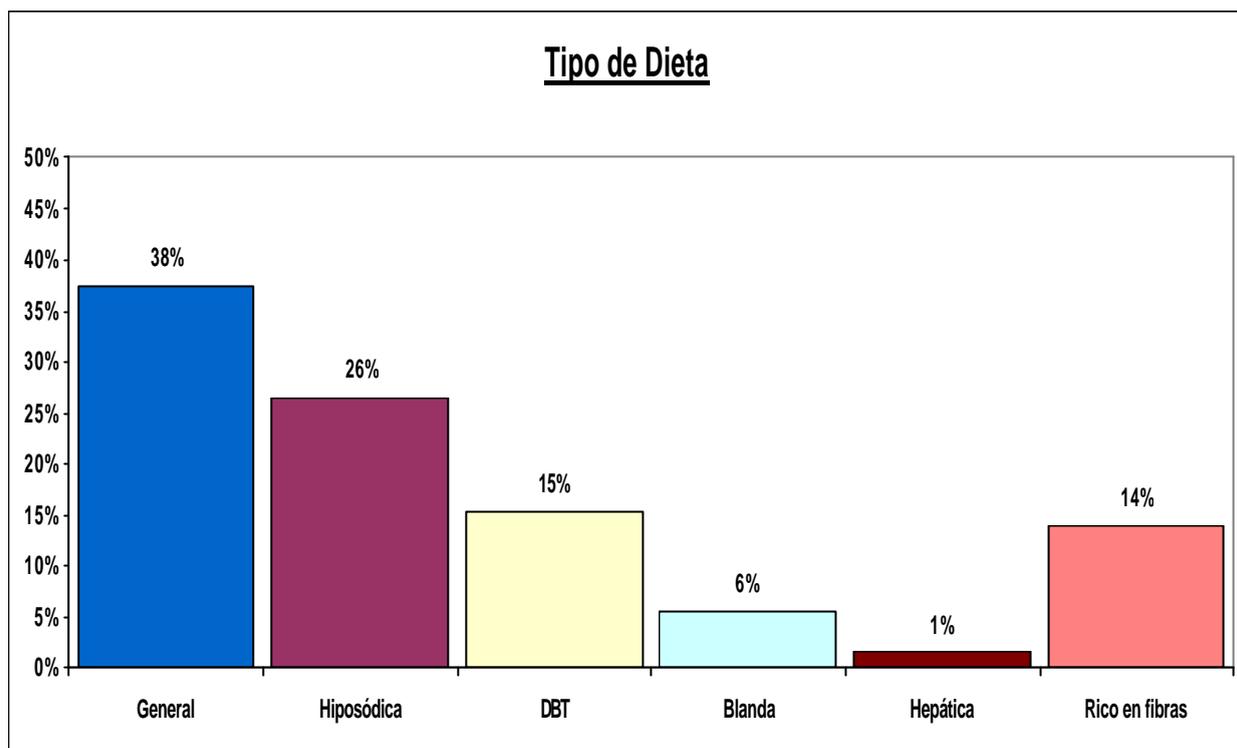


Gráfico N° 5 de barras se observa claramente los porcentajes de la distribución de las dietas en las instituciones siendo para ambos sexos: el 38% dieta general, el 26% dieta hiposódica, el 15% dieta DBT, el 14% dieta rica en fibras, el 6% dieta blanda, y sólo el 1% dieta hepática.

Gráfico 6 “Descripción del apetito”

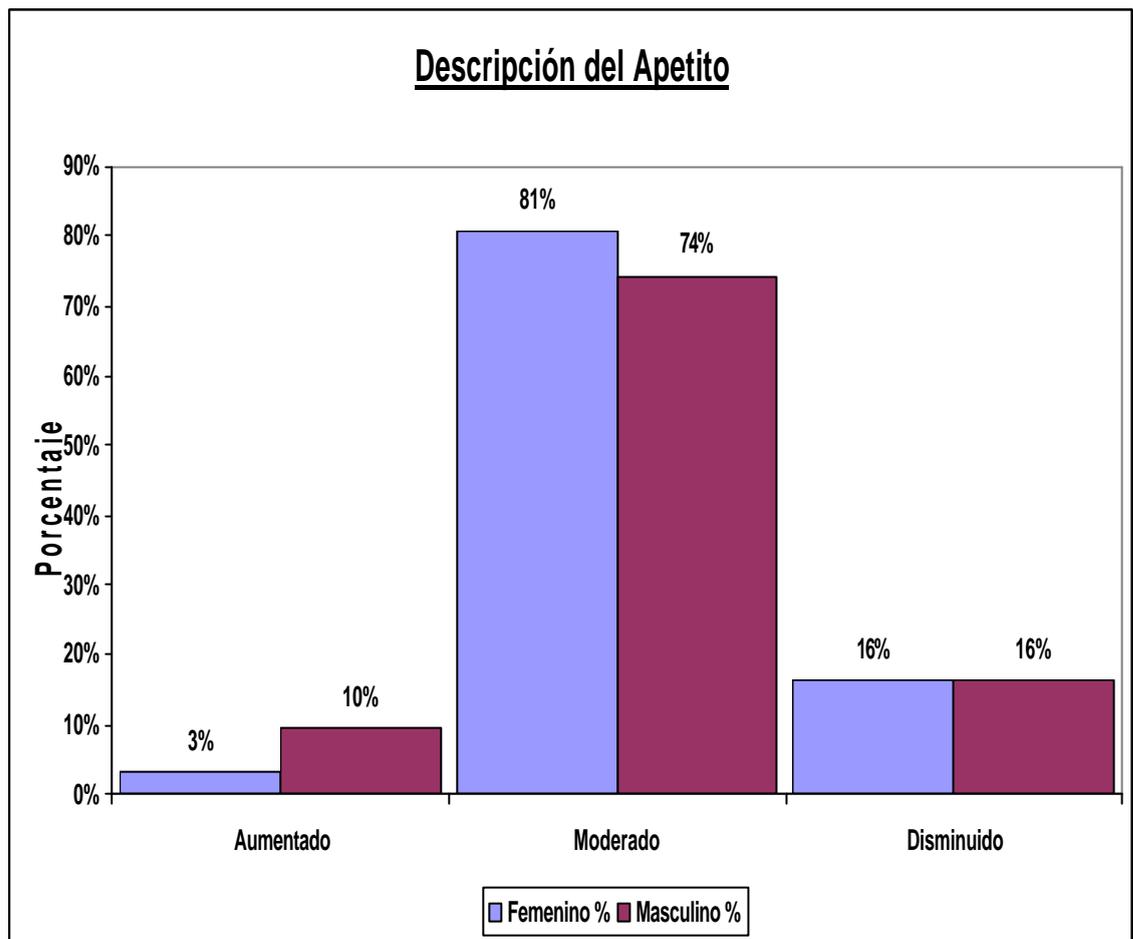


Gráfico N° 6 muestra que el sexo femenino el apetito aumentado con el 3%, y en los varones con el 10%, en lo establece al apetito moderado en mujeres vemos con el 81%, y en varones con el 74% y por último en lo que muestra el apetito disminuido encontramos en ambos sexos el 16%

Gráfico 7 “Distribución según satisfacción del servicio general de alimentación que ofrecen las Instituciones Geriátricas.”

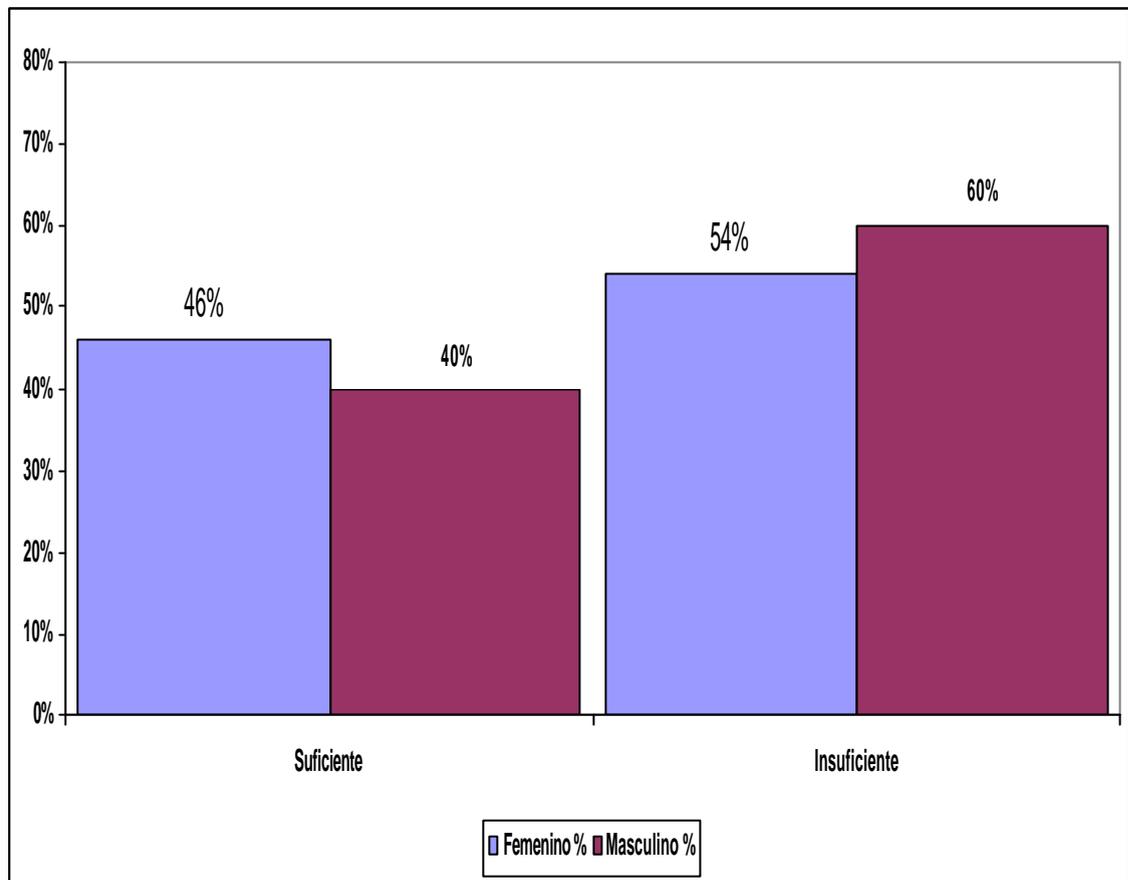


Gráfico N° 7 observamos como consideran el servicio de alimentación siendo de un total de 37 mujeres suficiente con el 46% e insuficiente con el 54% en lo que refiere al sexo masculino vemos que de un total de 35 solo ve suficiente el 40% e insuficiente con el 60% siendo la mayor cifra en ambos sexos.

Cuadro II “Consumo de alimentos adicionales a la Institución”

	N° Residentes	Porcentaje
SI	72	100%
NO	0	0%
Total	72	

Cuadro N° II muestra que la totalidad de los encuestados tanto en la institución pública como las privadas reciben alimentos adicionales a la Institución siendo el 100% de los encuestados.

Cuadro III “disfruta comiendo”

	N° Residentes	Porcentaje
SI	50	69%
NO	22	31%
Total	72	100%

Cuadro N° III vemos que en un total de 72 residentes encuestados de ambos sexos la gran mayoría el 69% disfruta su comida diaria y el 31% no lo hace.

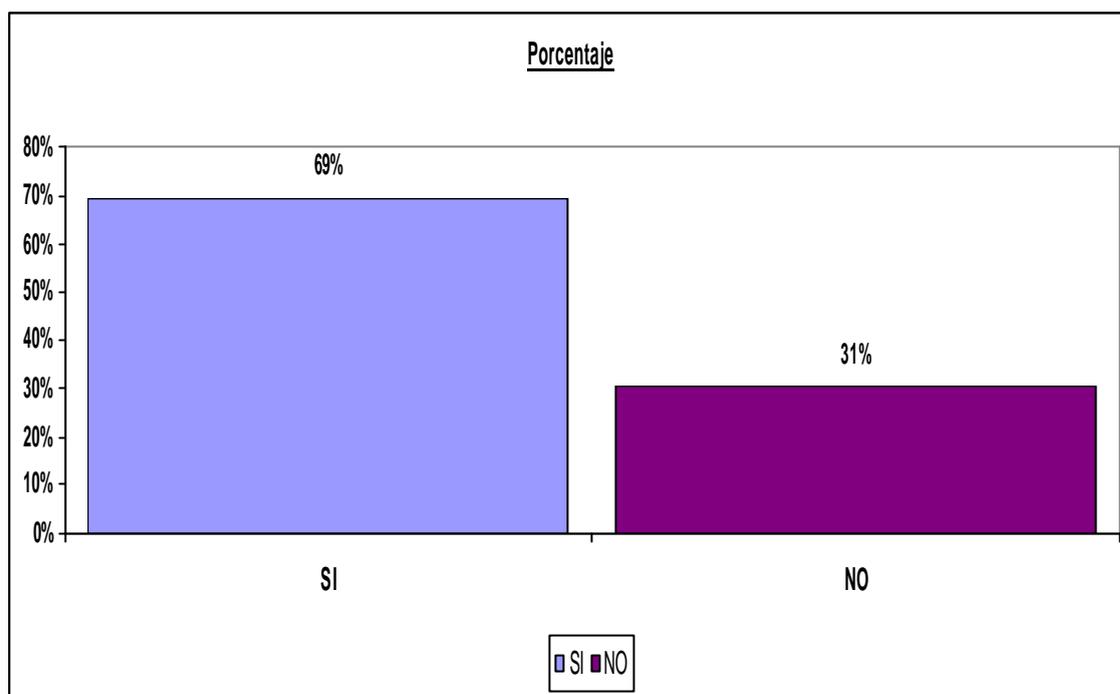


Gráfico N° 8 vemos que en ambos sexos el 69% disfruta su ingesta diaria mientras que el 31% no lo hace.

Gráfico 9 “Variación de peso en los últimos 12 meses”

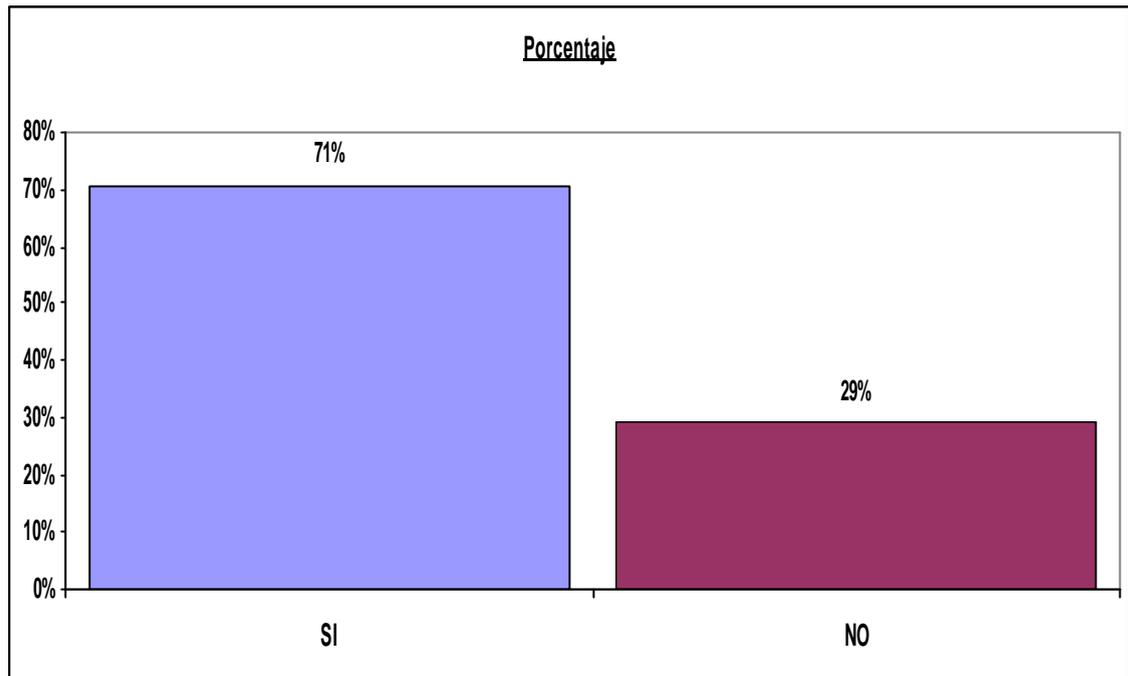


Gráfico N° 9 muestra los porcentajes en ambos sexos siendo que el 71% a sufrido una variación de peso y el 29% no.

Gráfico 10“Tiempo que dedica a comer”

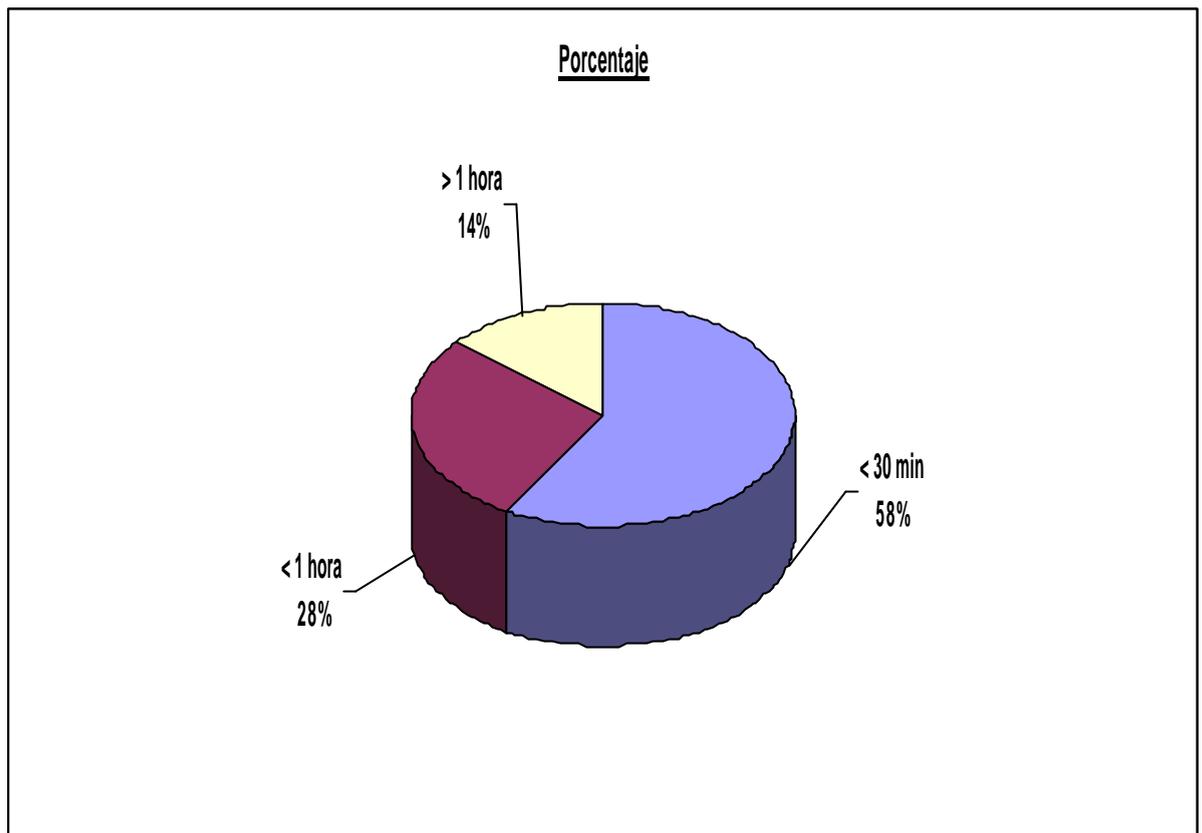


Gráfico N° 10 vemos el tiempo que le dedica el residente a su comida diaria de un total de 72 encuestados siendo menor a media hora el 58%, menor a 1 hora el 28%, y la minoría es mayor a una hora con el 14%

Gráfico 11 “Problemas de deglución”

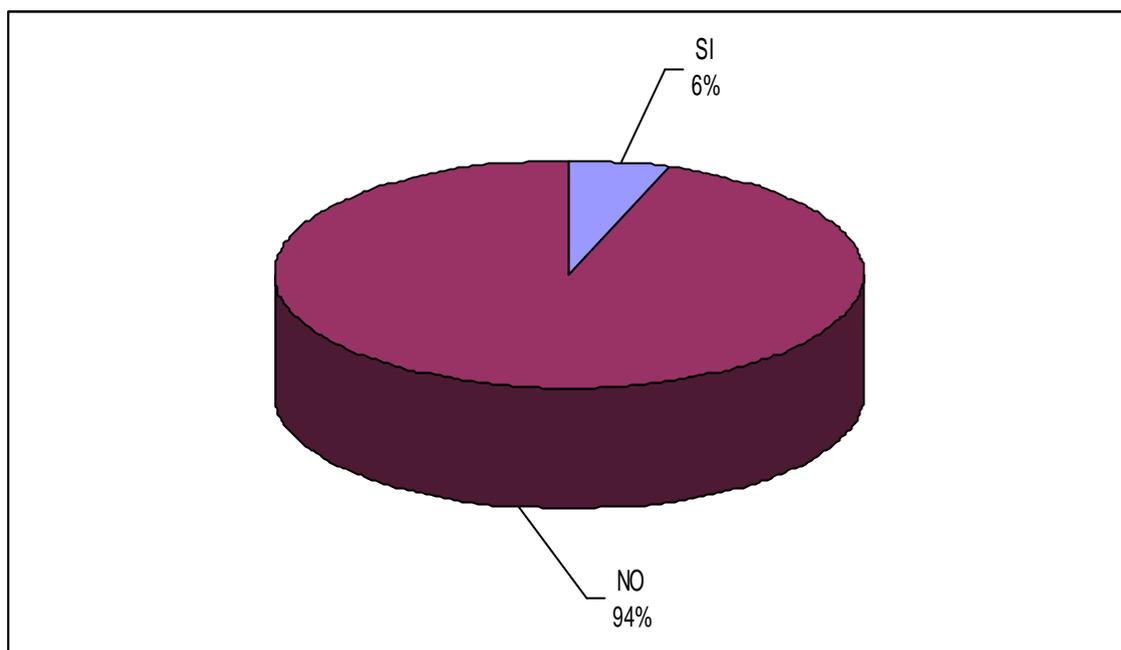


Gráfico N° 11 vemos claramente que sólo el 6% presenta problemas de deglución del total de 72 encuestados.

Cuadro IV “Problemas Digestivos”

	N° Residentes	Porcentaje
SI	72	100%
NO	0	0
Total	72	100%

Cuadro N° IV observamos que el 100% presenta problemas digestivos en ambos sexos.

Gráfico 12 “Descripción de Patologías Digestivas”

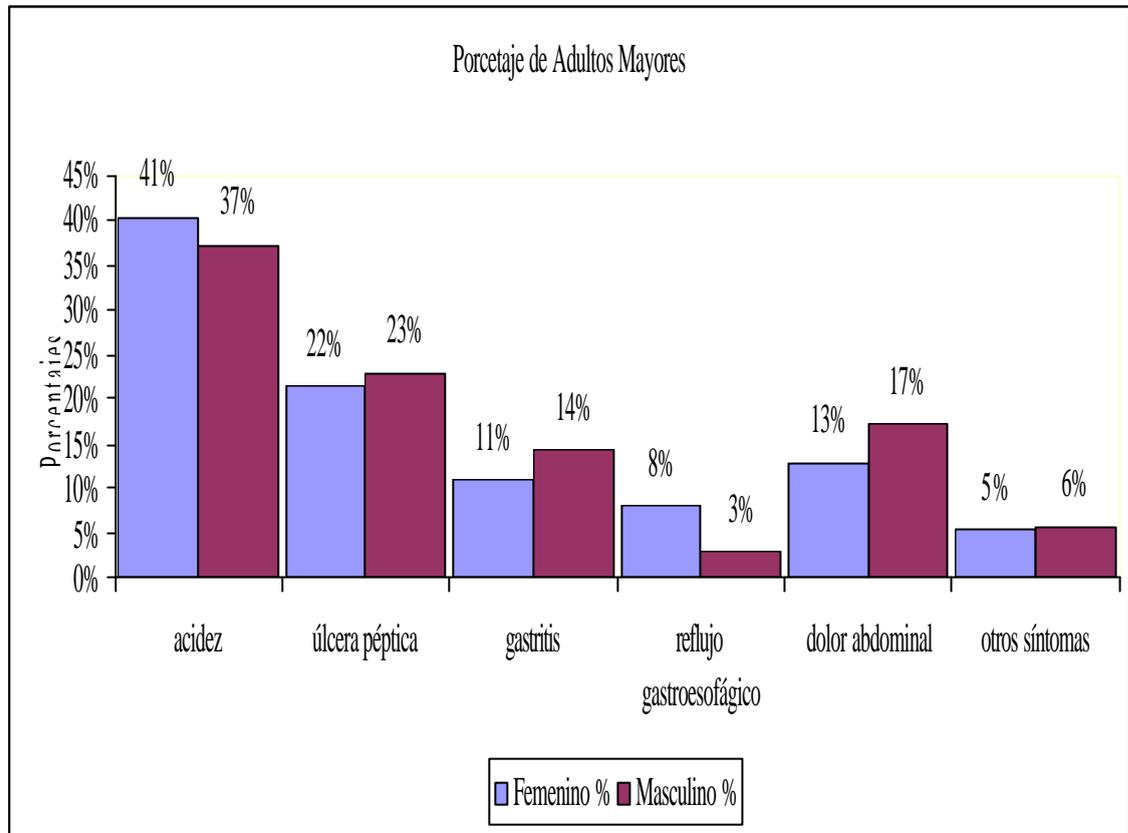


Gráfico N° 12 se observa que la mayoría de los adultos mayores presentan acidez y úlcera péptica, tanto la gastritis, reflujo gastroesofágico, dolor abdominal y otros síntomas lo padecen la minoría.

Gráfico 13 “Patologías Presentes”

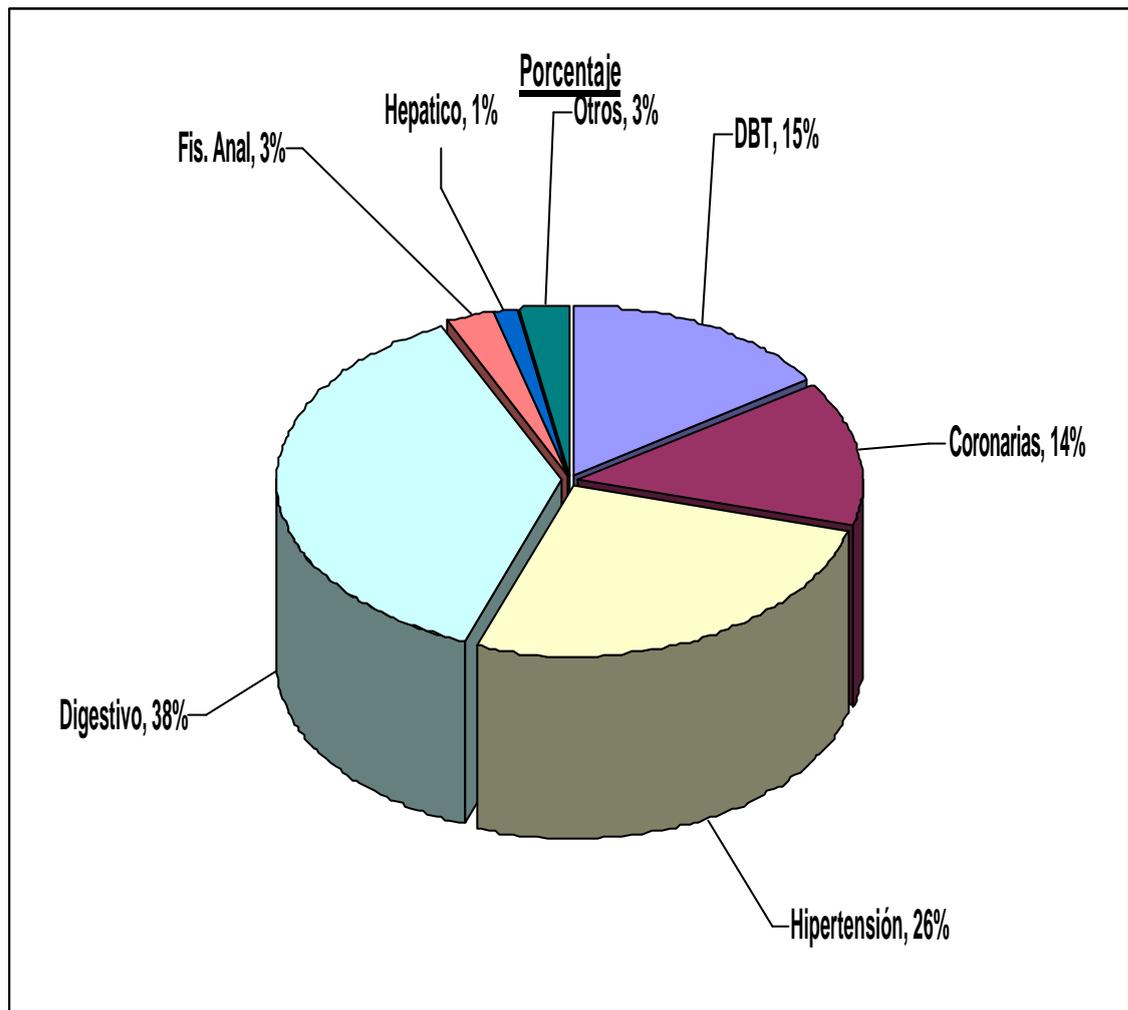


Gráfico N° 13 muestra claramente que las cuatro patologías que predominan y poseen mayor porcentajes son: digestivos 38%, hipertensión 26%, DBT 15% y coronarias con el 14%.

A lo que refiere las minorías son: fístula anal 3%, otros 3%, y hepática el 1%.

Gráfico 14” No consumen alimentos por presentar problemas con piezas dentarias”

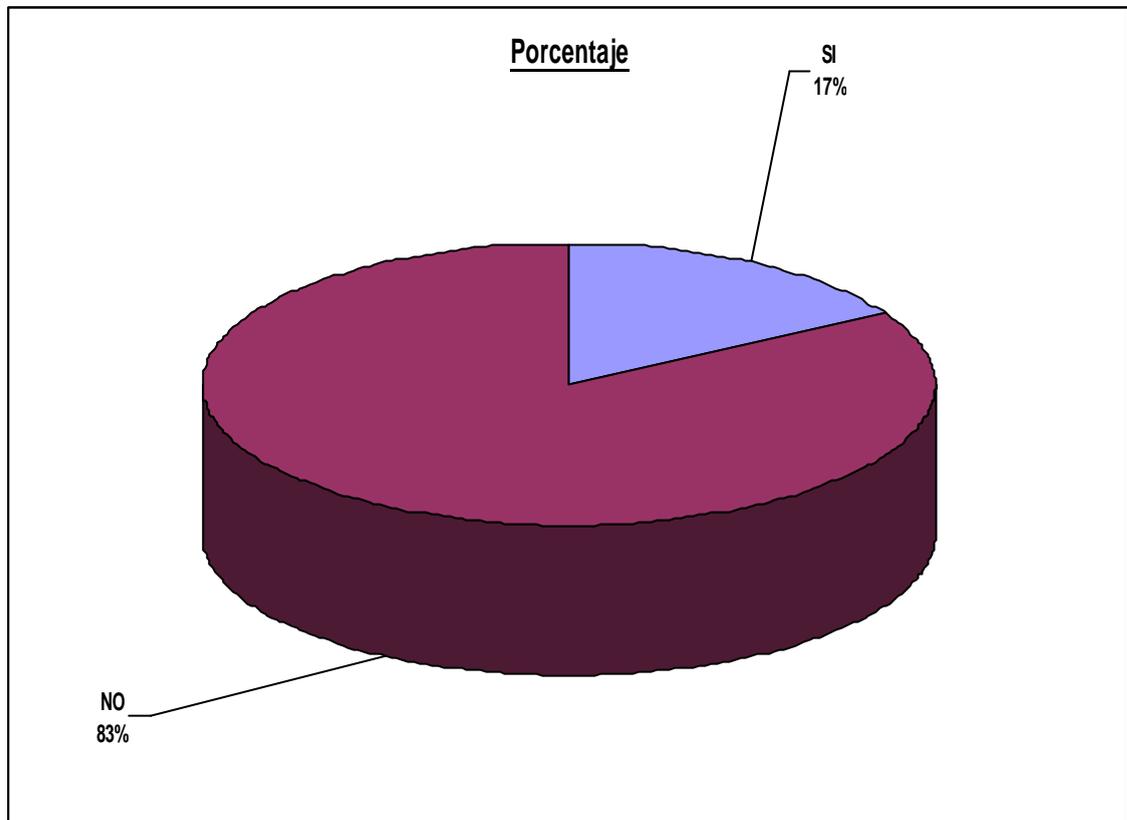


Gráfico N° 14 observamos que en ambos sexos se consume el alimento normalmente aunque presenten algún problema en su dentición o prótesis con claro porcentaje elevado, 83% frente a los que no consumen algún alimento por presentar dolor, molestia o estar desdentado con el 17%.

Cuadro V “ingesta disminuida a causado por”

Causa	Individuos ambos sexos	Porcentaje
Estado dentario	17	23%
Gusto personal	19	26%
Depresión	26	36%
Anorexia adulto mayor	8	11%
Otros	2	4%
Total	72	100%

Cuadro N° V vemos que la mayoría presenta depresión(n=26) con el 36%, (n=19) 26% por gusto personal, en tercer lugar encontramos estado dentario(n=17) 23% y en las minorías vemos anorexia del adulto mayor(n=8) 11% y otros(n=2) con el 4%.

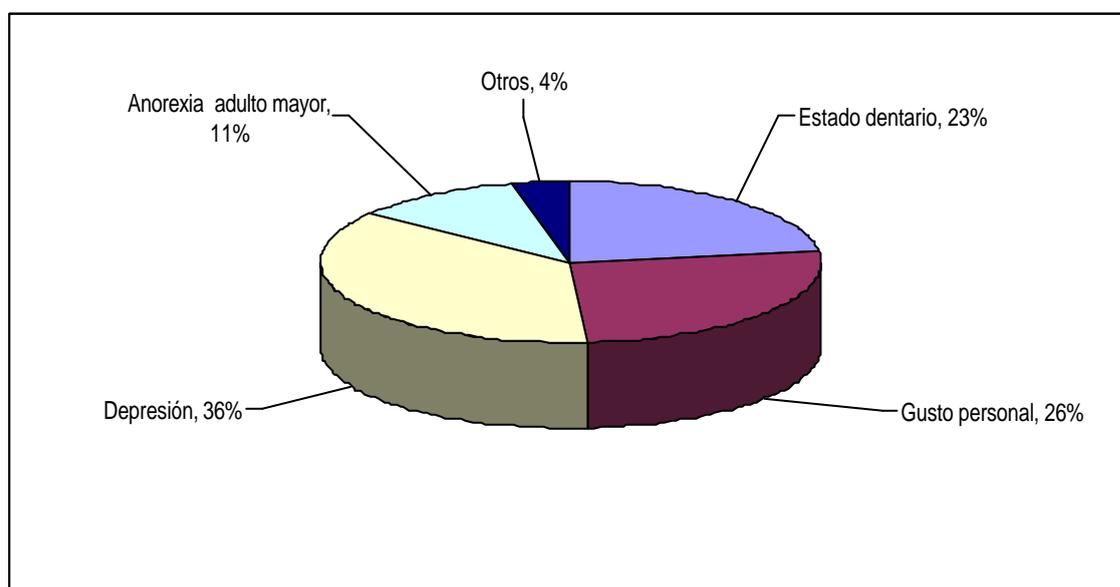


Gráfico N° 15 muestra que en ambos sexos la depresión predomina tanto en la institución pública como en las privadas con el 36% el hábito, costumbres y el gusto personal lo sigue con el 26%, la situación dentaria 23% y en las minorías vemos anorexia 11% y otras causas con el 4%.

Gráfico 16 “Se siente a gusto donde está”

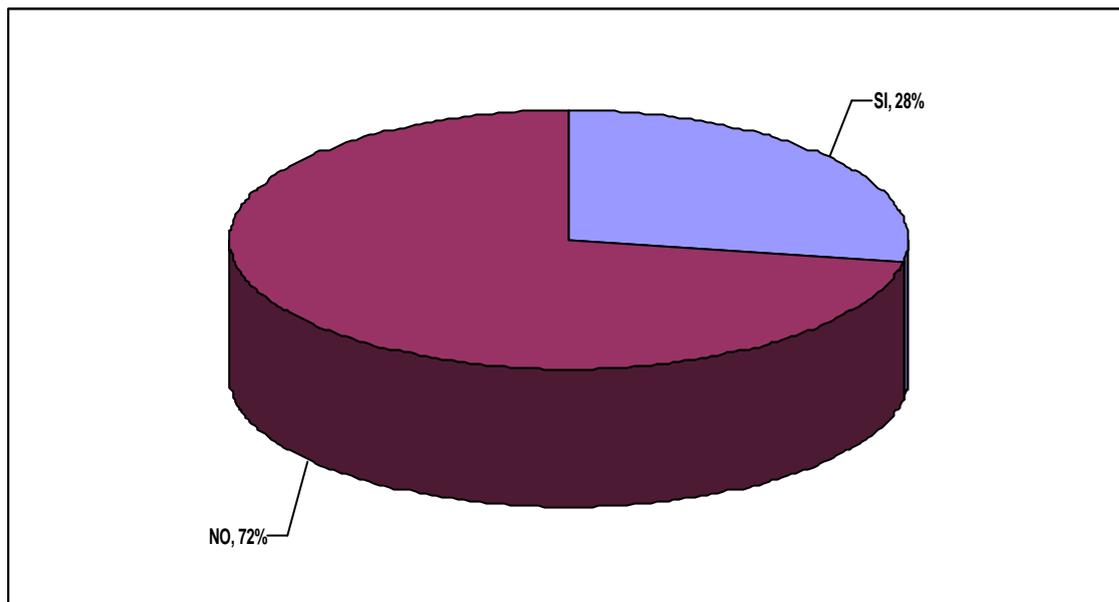


Gráfico N° 16 observamos que la mayoría no está a gusto 72% frente a un mínimo del 28% de los residentes que si están cómodos en la institución.

Cuadro VI “Toma suplementos dietarios o vitaminas”

	N° Residentes	Porcentaje
SI	50	69%
NO	22	31%
Total	72	100%

Cuadro N° VI muestra que la mayoría de los adultos mayores entre 80 y 85 años consumen suplementos dietarios o vitaminas(n=50) 69% y con el (n=22) 31% no lo consumen.

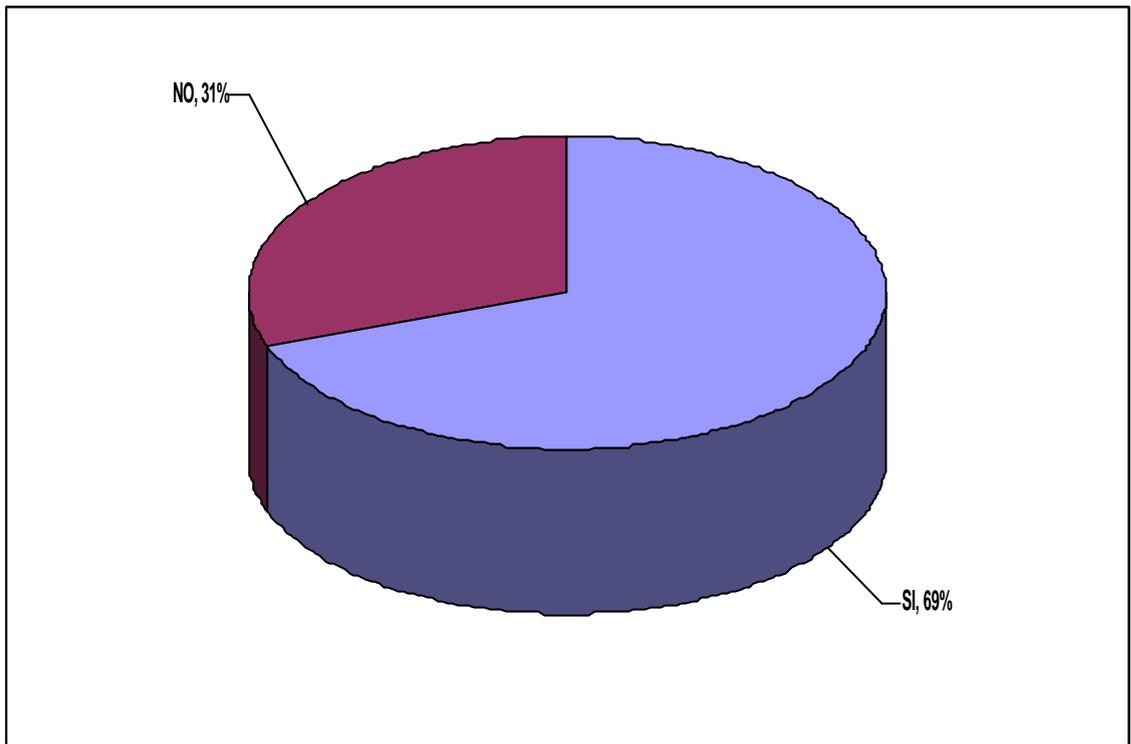


Gráfico N° 17 muestra en ambos sexos una gran mayoría que consumen vitaminas o suplementos dietarios siendo el 69% del total de 72 adultos mayores encuestados y con el 31% a la minoría que ha respondido que no consume ni vitaminas ni suplementos dietarios.

Gráfico 18 “Situación económica es Excelente – Muy Buena - Buena – Regular o Mala.

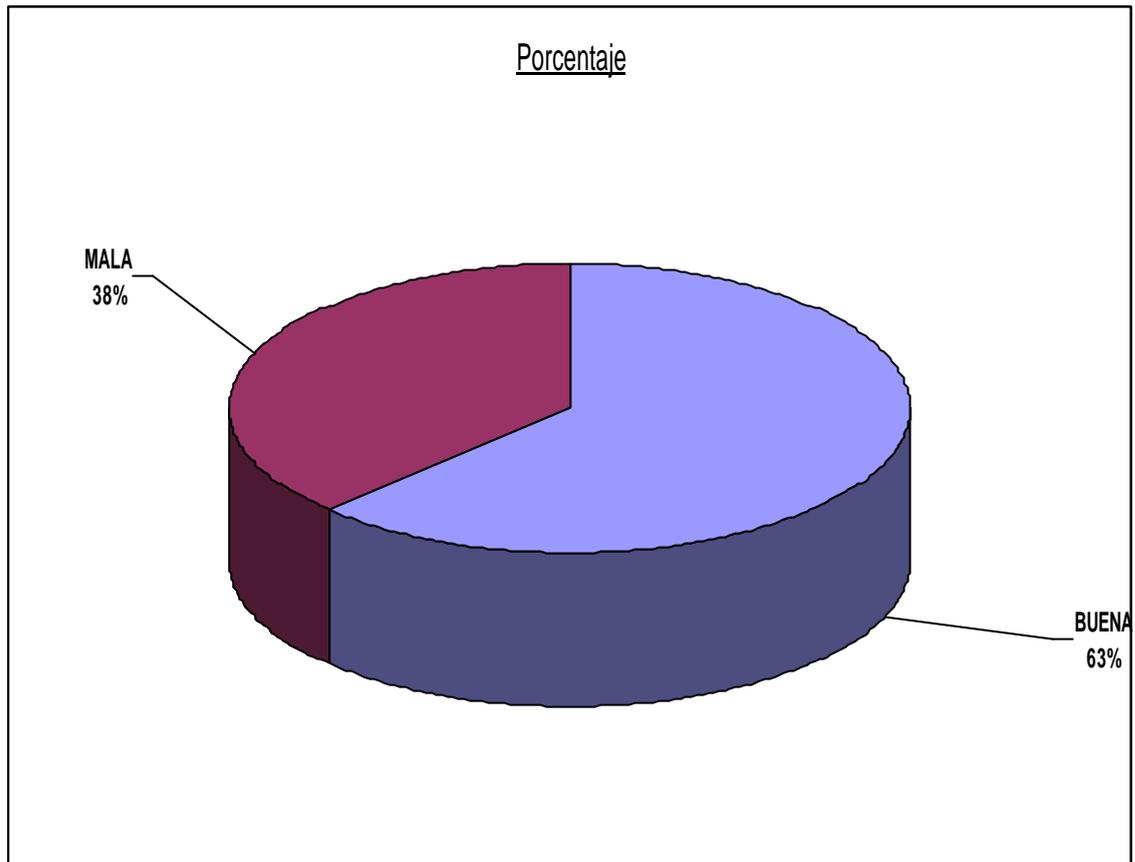


Gráfico N° 18 vemos claramente que el 63% refiere tener una situación económica buena y el 38% mala, no existen porcentajes de regular, excelente y muy buena.

CONCLUSIONES

Estado nutricional según Índice de Masa Corporal (IMC).

Aún no se han establecidos criterios uniformes para delimitar los valores de IMC que correspondan a un estado nutricional normal para las personas mayores de 60 años. En consecuencia Nutrition Screening Initiative, ha establecido la normalidad del estado nutricional para ancianos entre 24-27 kg/m².

Clasificamos a nuestra población estudio de la siguiente forma: de las 72 personas entre 80 y 85 años de ambos sexos siendo 37 mujeres y 35 varones tanto en Geriátricos públicos como privados llegamos a la conclusión que la media del IMC en mujeres es de 25,7 y en varones es de 26, la mínima en mujeres es de 20,25 y en varones es de 17,05 y por última la máxima es de 25,75 en mujeres y 40,14 en varones.

Hay dos valores marcados a tener en cuenta en varones que es más desparejos comparados con las mujeres la mínima de el sexo masculino es de 17,05 entrando en la categoría de “delgadez o bajo peso” según la tabla de IMC OMS 1998 y la máxima es de 40,14 entrando en la categoría de “obesidad grado III o Mórbida.

° Variación de peso en los últimos 12 meses

La mayoría de los encuestados refirió tener cambios de peso en los últimos 12 meses siendo un 71% en ambos sexos positivo y un 29% que no.

° Ingesta disminuida causadas por:: depresión, gusto personal, estado de dentición, anorexia del adulto mayor y otros problemas.

De los 72 adultos mayores encuestados un 36% refirió la disminución de su ingesta a causa de sufrir “depresión”, el 26% “gusto personal”, el 23% “estado de dentición” el 11% a causa de sufrir “anorexia del adulto mayor y sólo un 4% otros problemas a ser: dolor abdominal, estreñimiento, diarreas, etc.

° Satisfacción del Servicio de Alimentación

En nuestra población se analizó que de 37 mujeres el 46% describió a la alimentación como suficiente y el 54% la considera insuficiente en los varones los porcentajes no son tan desparejos siendo el 60% insuficiente y el 40% suficiente.

Adecuación de las dietas

La mayoría de los Adultos Mayores ingiere dieta general, representando el 38% del total, el 26% ingiere dietas hiposódicas, un 6% ingiere dietas blandas un 14% dietas rica en fibra, un 15% dietas para personas diabéticas y un 1% dietas hepáticas.

Es importante señalar que en la dieta blanda se modifica únicamente la consistencia de la carne, a través de la técnica de cortado en trozos pequeños o utilizando como ingrediente carne picada o molida.

Análisis de la Encuesta Alimentaria

A la mayoría de los Adultos Mayores les resulta insuficiente el servicio general de alimentación y refieren los 72 consumir otros alimentos en el día que no sean los aportados por la Institución, mencionando que los familiares les facilitan galletitas, masas secas, bizcochos, facturas, frutas y yogures siendo los dos últimos la minoría. De esta forma se puede concluir que algunos residentes mantienen ciertos hábitos alimentarios adquiridos durante su vida fuera de la institución.

Con respecto a la ingesta alimentaria y a la economía de las Instituciones a diferencia de la idea establecida el Estado Nutricional de los residentes la Institución Pública es mejor frente a la privada, se sienten a gusto, acompañados, dicen “ estar a gusto de tener un plato a diario” algo que antes por diferentes razones no tenían .

Con respecto a los adultos mayores de los encuestados en Instituciones Privadas, la mayoría no se sienten a gusto, el servicio de alimentación lo ven insuficiente, se sienten solos, deprimidos y aducían a la frase común en todos “nuestros hijos nos abandonaron acá y sufrimos mucho, se pasa hambre, frío, calor y no nos dan ni cinco de bolilla, es feo ser un estorbo para un hijo va para todos, pensar que yo tenía una gran vida y mira lo q soy ahora”.

Para finalizar los problemas de dentición, de deglución, las patologías propias, las patologías psíquicas y otras dicen no darle tal importancia como el de no querer estar en la Institución el problema común en casi todos los casos en particular en los adultos mayores de Geriátricos Privados es sentirse preso y es una de las causas principales que repercute de manera directa en el Estado Nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández-Ballart J, Gordillo BJ, Arija V, Martí-Henneberg C. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus: la dieta y el equilibrio nutricional en los mayores de 60 años. Rev Clin Esp 1989;185:282-90.
- Aguirre Patricia; Bruera M.; Kats Mónica. La construcción social del gusto en el comensal moderno. Ediciones El Zorzal. Buenos Aires, 2009.
- Arija V, Salas-Salvadó J, Fernández Ballart J, Cucó G, Martí-Henneberg C. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus (VIII). Evolución de la ingestión de energía y nutrientes entre 1983 y 1993. Med Clin (Barc) 1996;106:45-50.
- Carbajal Azcona, A. Ingestas recomendadas en personas de edad avanzada. Revista Alimentación, Nutrición y Salud. 2001.
- Carnevale S., Soldano O., Bassan N. Revista Argentina de Gerontología y Geriatria. Tomo XXVI Año 26. Septiembre de 2009.
- Franco Álvarez Nubia; Ávila Funes José Alberto; Ruíz ArreguÍ Liliana; Gutiérrez Robledo Luis Miguel. Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. Revista Panamericana Salud Pública. 2007; 22(6): 369-75. (Documento recuperado: <http://journal.paho.org/uploads/1200340819.pdf>. Octubre de 2010).
- Martí JM, Armadans L, Vaqué J, Segura F, Schwartz S. Malnutrición calóricoproteica y linfopenia como predictores de infección hospitalaria en ancianos. Med Clin (Barc) 2000; 116: 446-50.
- Lobo G, Pérez AJ, Mellado C, et al. Incidencia de desnutrición en ancianos hospitalizados. Nutr Hosp 2001; 16 (Supl. 1): 27-37.

- Corish CA, Kennedy NP. Protein-energy undernutrition in hospital in-patients. Br J Nutr 2000; 83: 575-91.
- Álvarez-Fernández B, García MA, López JA, Marín JM, Gómez R, Juárez C. Modificación de la respuesta inmune en los ancianos con tratamientos nutricionales. An Med Interna (Madrid) 2002; 19: 423-9.
- Franco Álvarez Nubia; Ávila Funes José Alberto; Ruíz ArreguÍ Lilitiana; Gutiérrez Robledo Luis Miguel. Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. Revista Panamericana Salud Pública. 2007; 22(6): 369-75. (Documento recuperado: <http://journal.paho.org/uploads/1200340819.pdf>. Octubre de 2010).
- Genua Goena María Isabel. Nutrición y Valoración del Estado Nutricional en el Anciano. Fundazioa Matia. Agosto de 2001. (Documento recuperado: <http://es.scribd.com/doc/6751901/Anon-Nutricion-Y-Valoracion-Del-Estado-Nutricional-en-El-Anciano>. Enero de 2011).
- Informe del Ministerio de Salud de la Nación. Marzo de 2008.
- Leitón Espinoza Zoila; Ordoñez Romero Yiduv. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Perú. Lima, junio de 2003. (Documento recuperado: <http://es.scribd.com/doc/33706153/Autocuidado-Del-Adulto-Mayor>. Octubre de 2010).
- Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. Krause Nutrición y Dietoterapia. 12ª Edición. Barcelona, España. 2009. Capítulos 10 – 25.
- Matusevich Daniel; Szulik Judith. Síndrome de adaptación al geriátrico (S.A.G.). VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 1997, Volumen VIII: 181-187.

- Mesas Arthur Eumann; Maffei de Andrade Selma; Sarria Cabrera Marcos Aparecido; Ribeiro de Carvalho Bueno Vera Lúcia. Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil. Revista Brasileira Epidemiológica. 2010; 13(3): 434-45. (Documento recuperado: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n3/07.pdf>. Diciembre de 2010).
- Miquel J. L., Manciet G., Monsalve E. R., Ferrán P. y Michelet F. X. Nutrición del anciano y prótesis dentales. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 98; (3), 1985. (Documento recuperado: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Octubre de 2010).
- Montes M. José Luis. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Revista Dental de Chile. 2001;92(3): 29-31. (Documento recuperado: <http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20noviembre%202001/PDF%20NOV%202001/Impacto%20de%20la%20Salud%20Oral....pdf>. Enero 2011.)
- Morley J. E.; Mooradian A. D.; Silver A. et al. Nutrición de los Ancianos. Annals of Internal Medicine 109:890-904, 1988. (Documento recuperado: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/b19-71.htm>. Octubre de 2010).
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1993. Enfermería gerontológica. Conceptos para la práctica. Washington: OPS/OMS.
- Prieto Ramos Osvaldo; Vega García Enrique. Temas de Gerontología. Editorial Científico-Técnica. Ciudad de La Habana, 1996.
- RESPYN (Revista Salud Pública y Nutrición). Alimentación durante la vejez. Edición Especial Nº 5. 2003. (Documento recuperado: www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/03-precongreso.htm. Octubre 2010.)

- Rodríguez Nahir; Hernández Rosa; Herrera Héctor; Barbosa Johana; Hernández Valera Yolanda. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. Investigación Clínica. Volumen 46. N°3. Maracaibo. Septiembre de 2005. (Documento recuperado: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S053551332005000300003&script=sci_arttext. Noviembre de 2010).
- Roisinblit Ricardo. La desnutrición en la tercera edad y su repercusión en las enfermedades de la boca. Argentina. (Documento recuperado: www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD014.pdf. Octubre 2010).
- Salvarezza Leopoldo. Psicogeriatría. Teoría y clínica. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1996.
- Sánchez García Sergio, Juárez-Cedillo Teresa, Reyes-Morales Hortensia, de la Fuente-Hernández Javier, Solórzano-Santos Fortino, García -Peña Carmen. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Pública de México. Volumen 49, N° 3, mayo-junio de 2007. (Documento recuperado: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sal073b.pdf>. Octubre 2010).
- Seitz, M. Argentina: más ancianos que hijos. 2008
- Serra, L., Aranceta, J. Nutrición y Salud Pública. 2006.
- Suárez Marta María; López Laura Beatriz. Alimentación Saludable. Guía práctica para su realización. Librería Akadia Editorial. 2006.
- Suárez Marta María; López Laura Beatriz. Fundamentos de Nutrición Normal. Editorial El Ateneo. Buenos Aires 2005.
- Valderrama Hugo y colaboradores. Manual Argentino para el cuidado de Ancianos. Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. Subsecretaría de

Políticas Sociales. Secretaría de Estado de promoción Comunitaria. Gobierno de Santa Fe. Abril de 1997.

- Vellas, B, et al. Nutrition assessment in the elderly. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2001, 4:5-8.

ANEXO

ENCUESTA ALIMENTARIA

I) Datos Personales

Residente:

Sexo: F ?

Edad:

M ?

IMC:

Patología actual:

Tipo de dieta:

II) Cuestionario

1- ¿Qué tipo de dieta consume habitualmente?

General / DBT / Blanda / Hepática / Rica en Fibras / HTA

2- ¿Cómo describiría su apetito?

Aumentado / Disminuido / Moderado

3- ¿Cómo considera al servicio de alimentación?

Suficiente / Insuficiente

4- ¿Consume alimentos no aportados por la Institución donde reside?

Si / No

5- ¿Disfruta comiendo?

Si / No

6-¿Ha sufrido variación de peso en los últimos 12 meses en el peso?

Si / No

7-Tiempo que dedica para comer

= 30 minutos ?

= 1 hora ?

= 1 hora

8-¿Presenta problemas de deglución?

Si / No

9-¿Presenta problemas digestivos? Cuales?

Si / No

10-¿Presenta alguna patología?¿cual?

11- ¿Cómo se encuentra su dentadura?

Prótesis Superior ? Prótesis Inferior ? Ambas Prótesis

Desdentado Totalmente dentado ? Parcialmente dentado ?

12-¿Dejo de consumir algún alimento por presentar problemas con piezas dentales o prótesis?

Si / No

13- ¿Cuál es la causa de la disminución de su ingesta?

14-¿Se siente a gusto donde está?

Si / No

15- ¿Toma suplementos dietarios o vitaminas?

Si / No

15-¿Como es su situación económica?

Excelente / Muy Buena / Buena / Regular / Mala