



***INGESTA ALIMENTARIA EN ADULTOS
MAYORES EN RESIDENCIA GERIÁTRICA***

Tutor: Mgr. Dr. Raúl J. Álvarez Lemos

Autor: Marilín De Jesús, Orlandini

Licenciatura en Nutrición – UAI

Sede Regional Rosario

Marzo, 2010

Dedicatoria,

A mis abuelas por afirmar que uno internamente a pesar de la edad se siente joven.

En especial a mi nona Dina, por su preocupación constante durante todo el desarrollo de mi carrera y por enseñarme el amor al estudio.

A mis padres, Ma. Eugenia y Omar porque me demostraron con su ejemplo que detrás de cada logro hay otro desafío.

A Romina, mi compañera de “batalla”, que desde el primer día de clase me invitó a hacer este proyecto juntas.

Agradecimiento,

A los ancianos que se prestaron voluntariamente a participar en este estudio, y al personal de la residencia, porque sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

Al Lic. Marcos Redoni, profesional de la Institución Geriátrica por su guía y colaboración en la realización de esta investigación.

A mi tutor, Dr. Raúl Álvarez Lemos por su dedicación, comprensión y motivación constante que me permitió llevar a cabo este trabajo.

A Carolina por haberme brindado su ayuda y dado las mejores opiniones desde el inicio del proyecto hasta su culminación.

A Juan por sus palabras de ánimo y optimismo que fueron necesarias durante el final de mi carrera.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	8
1. El envejecimiento.....	8
2. Teorías del envejecimiento.....	9
3. Aspectos demográficos del envejecimiento.....	9
4. Envejecimiento en América Latina.....	11
5. El proceso de envejecimiento.....	11
6. El proceso digestivo.....	11
6.1. La función del intestino y la inmunidad.....	11
6.2. Pérdidas sensoriales.....	12
6.3. Estado de la salud bucal.....	13
6.4. Función gastrointestinal.....	13
7. Recomendaciones nutricionales.....	14
7.1. Requerimientos de energía, agua y macronutrientes.....	15
7.1.1. Requerimientos de energía.....	15
7.1.2. Requerimientos hídricos.....	16
7.1.3. Requerimientos de macronutrientes.....	17
7.1.3.1. Proteínas.....	17
7.1.3.2. Lípidos.....	18
7.1.3.3. Recomendaciones dietéticas de lípidos...	20
7.1.3.4. Hidratos de Carbono.....	20
7.1.3.5. Fibra.....	21
7.1.4. Recomendaciones de micronutrientes.....	22
7.1.4.1. Recomendaciones de vitaminas.....	22

8. Consumos alimentarios de referencia.....	24
9. Factores que influyen en la adecuada nutrición.....	24
10. Trastornos afectivos.....	27
11. Principales síndromes geriátricos de los ancianos.....	27
11.1. Malnutrición.....	28
11.2. Capacidad funcional.....	28
11.3. Depresión y nutrición.....	29
11.4. Falta de apetito.....	30
11.5. Medicamentos.....	31
12. Antecedentes sobre el tema.....	32
III. PLANTEO DEL PROBLEMA	37
1. Fundamentación del Estudio.....	38
IV. OBJETIVOS.....	39
Objetivo General.....	39
Objetivos Específicos.....	39
V. METODOLOGÍA.....	40
1. Tipo de estudio.....	40
2. Población objetivo	40
3. Selección de la muestra.....	41
4. Área de estudio.....	41
5. Variables de estudio.....	41
6. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	42
7. Relevamiento de datos.....	44
VI. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
VII. CONCLUSIÓN.....	55

INGESTA ALIMENTARIA EN ADULTOS MAYORES EN RESIDENCIA GERIATRICA

1. Estudio antropométrico.....	55
2. Estudio dietético.....	56
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	58
IX. ANEXOS.....	60
1. Planilla de evaluación del estado nutricional.....	60
2. Modelo de encuesta.....	61
3. Planilla de observación y pesado de ingesta alimentaria.....	63

I. INTRODUCCIÓN

Al encontrarnos a principios del siglo XXI, uno de los aspectos más destacados, desde el punto de vista demográfico, es el progresivo aumento de la vida media del hombre, lo que se ha traducido en un incremento de la población anciana en el mundo. Este incremento en la proporción de las personas mayores se debe no solo a la disminución de la natalidad sino sobre todo al aumento de la esperanza de vida.

El mundo de hoy se desarrolla vertiginosamente, se presenta avances en la ciencia y la técnica, la medicina, la industria y esto es un aliciente para aquellos que desean vivir más, de hecho la esperanza de vida al nacer ha aumentado y por consiguiente cada día aumenta el envejecimiento poblacional¹.

Los mayores son más vulnerables que el resto de la población, debido a la edad, a las enfermedades crónicas y a las discapacidades que sufren, pueden tener limitaciones, pero también tienen unos potenciales únicos y distintos, serenidad, juicio, madurez vital, experiencia, perspectiva de la vida histórica, personal y social.

Los valores culturales, hábitos, gustos y costumbres alimentarias que estas personas han aprendido a lo largo de su vida mantenida en el tiempo son las que estos individuos han utilizado y en muchos casos forman una parte importante de su vida y personalidad.

En este trabajo se apunta a reconocer la importancia de respetar dichas costumbres, adaptando la alimentación a sus hábitos alimentarios ya incorporados, permitiendo que el momento de la comida siga siendo uno de esos momentos placenteros, pudiendo detectar si existe inapetencia alimentaria a través de la observación de la ingesta alimentaria que reciben los ancianos en la Residencia Geriátrica

¹ Brown, J Nutrición en las diferentes etapas de la vida. 2º ed. México. 2008

II- MARCO TEÓRICO

1. El envejecimiento.

Se puede medir la edad desde distintos puntos de vista: cronológica, la edad que tienen que ver con el estado físico general y de salud, y podemos hablar de una edad psicológica dependiendo del grado de maduración intelectual.

El envejecimiento se inicia cuando se pierde la autovalía para desarrollar las actividades propias de la vida diaria.

Los mayores deben dejar de ser vistos como sujetos frágiles y vulnerables, circunscriptos a la categoría de “beneficiarios”, para ser incorporados como ciudadanos activos con el ejercicio pleno de derechos y responsabilidades.

La vejez debe ser alcanzada como un proceso lógico de la vida humana, en forma activa y saludable; entendiendo por esta última categoría el estado libre de incapacidades que impidan el desarrollo de autonomía funcional.

La edad a partir de la cual se considera que una persona ha entrado en la vejez se ha ido elevando a través de los siglos, y marcadamente en lo que va del actual.

Durante el imperio romano el límite de la vida oscilaba alrededor de los 23 años; en el siglo pasado, una mujer de 30 años se hallaba en los umbrales de la vejez, y a comienzos del siglo XX el promedio de vida no pasaba de los 47 años. Sin embargo, durante los últimos años esa cifra aumentó en forma notable. En 1930 la expectativa media para los varones sobrepasaba los 60 años, en 1940 los 63 y en 1970 los 70 a 75.

El período de envejecimiento es un proceso irreversible, de pérdidas paulatinas de vitalidad natural, de transformaciones a nivel biológico

Comúnmente la vejez es la resultante de consecuencias y costumbres, no así de decisiones o elecciones del individuo que la vive.

El sentimiento de pertenencia social corresponde a la necesidad de ser humano de tener

raíces, un punto referencial y de continuidad.

Según las Naciones Unidas se habla de personas mayores haciendo referencia aquellas que cumplen los 65 años, aún cuando debido a la alta esperanza de vida, les quedan muchos años por vivir. La calidad de vida al nacer en nuestro país es de 73,9 años de edad.

2. Teorías del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que afecta a todo el cuerpo. Cada órgano pierde de manera independiente su función y el organismo se vuelve senil. Se sabe que los individuos envejecen con diferente rapidez, pero no se comprenden bien los aspectos que controlan la celeridad con la cual se da este envejecimiento y cómo este afecta al desarrollo de enfermedades crónicas. Se han propuesto diferentes teorías para explicar el deterioro del organismo. La Teoría Programática (reproducción celular), la Teoría del Error (daño ambiental sobre el ADN produce errores en el programa genético), la Teoría Celular (cambios degenerativos en las células por factores ambientales) y la Teoría de los Radicales Libres (formación continua de radicales libres como resultado de la exposición al oxígeno, radiación de fondo y otros factores ambientales) Los cambios relacionados con el envejecimiento están sujetos a la influencia parcial de la genética, la raza y el género. Es incierta la función que desempeñan los factores ambientales, psicosociales y de estilo de vida sobre las características patológicas de las enfermedades.²

3. Aspectos demográficos del envejecimiento

La población de edad avanzada es heterogénea, y la actual nomenclatura a menudo utiliza los términos “gente mayor” para individuos de 65 años en adelante, “mayores

² Kathleen Mahan, L., Escott-Stump, S. Nutrición Y Dietoterapia de, Krause, 2000.

jóvenes” entre 65 y 74 años, “mayores-mayores” entre 75 y 84 años y “mayores ancianos” de 85 años en adelante. Sin embargo la definición de la Organización Mundial de la Salud de la gente mayor es “personas de 60 años en adelante (WHO, 2002)”, y el número de estos individuos de 60 años en adelante está aumentando rápidamente en todo el mundo. La División de Población de las Naciones Unidas estimó que este grupo de edad representaba sobre el 10 por ciento de la población mundial en 1999. Sin embargo su proyección al año 2050 es que este grupo de población aumentará al 20 por ciento y eso supondrá unos 2 billones de personas. Estos cambios demográficos serán más dramáticos en los países menos desarrollados, donde la estructura de edad poblacional cambiará rápidamente de una que es predominantemente joven, a otra más equilibrada entre todos sus grupos de edad (United Nations, 1999; WHO, 2001). Actualmente sólo Europa y Japón tienen poblaciones con un 20 por ciento de personas de 60 años en adelante. En el año 2050, excepto la mayoría de países africanos, casi todos los países restantes sobrepasarán esta proporción. Además se espera que la población de 80 años en adelante se triplique, y que el número de centenarios aumente 15 veces a partir del 2050.

Según estimaciones de la ONU, en 2050, un 23 por ciento de la población Argentina será mayor de 60 años. Y esos datos ya son realidad en la ciudad de Buenos Aires, que concentra el mayor porcentaje de personas mayores de todo el país, con un 21,6 por ciento.

En la actualidad, se estima que son 605 millones las personas de 60 años o más, de los que aproximadamente 400 millones viven en países subdesarrollados, y se prevé que para el año 2025 esta cifra alcance los 1.2 billones, siendo Europa, como en la actualidad, la región más envejecida del mundo³.

³ OMS, 2002.

En general, la población anciana está constituida principalmente por mujeres, debido a que tienen una esperanza de vida más alta. Para el año 2025, se prevé que el número de mujeres ancianas en Asia aumente de 107 a 248 millones, y en África de 13 a 33 millones.

4. Envejecimiento en América Latina

El cono sur de América – Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay – junto con Méjico concentran las dos terceras partes de la población de adultos mayores de toda la región de América latina y el Caribe; siendo la característica socio-demográfica promedio de este colectivo poblacional de sexo femenino (60%) con residencia estable en áreas urbanas y con instrucción primaria completa.⁴

5. El proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal que comienza en la concepción y termina con la muerte. Durante los períodos de crecimiento, los procesos anabólicos sobrepasan a los cambios catabólicos. Una vez que el cuerpo alcanza la madurez fisiológica, la tasa de cambio catabólico o degenerativo se vuelve mayor que la tasa de regeneración celular anabólica. La pérdida resultante de células origina grados variables de menor eficiencia ya alteraciones en la función de los órganos.

El envejecimiento se caracteriza por una pérdida progresiva de la masa corporal magra, y por cambios en la mayor parte de los sistemas del organismo.

6. El proceso digestivo

6.1. La función del intestino y la inmunidad

⁴ Seitz, M., “Argentina: más ancianos que hijos”, 2008

La digestión e inmunidad, tanto innata como adaptable, son complejos procesos integrados que han evolucionado juntos. El intestino proporciona la absorción eficaz de nutrientes, la excreción de toxinas y sustancias no deseadas y la defensa contra los agentes medioambientales, sobre todo las bacterias patógenas. La digestión involucra procesos físicos que trituran la comida y la transportan a lo largo del intestino, la digestión química por ácido, las enzimas, las interacciones del agua/lípido/membrana, los sistemas hormonales y neuronales de control y el transporte y procesos de secreción en el epitelio del intestino. Las defensas del intestino incluyen la barrera física de la mucosa, la actividad motriz, las secreciones digestivas y el sistema inmunológico. El gran número y las formas diversas de bacterias que habitan el intestino, junto con la amplia variedad de alimentos disponibles para el consumo generan una gran complejidad y variabilidad en los modelos individuales de digestión y de funciones inmunológicas.

La edad es un determinante importante de la función intestinal e inmunidad, y el envejecimiento lidera la incidencia aumentada de enfermedades infecciosas y autoinmunes, procesos malignos, alergias y problemas digestivos.

6.2. Pérdidas sensoriales

Se han observado cambios en el sabor y percepción de olor que puede reducir el apetito, disminuir directamente la ingesta de alimento o alterar los tipos de alimentos que se seleccionan, la mayoría de los cuales podrían representar una ingesta adecuada de nutrientes. Con el envejecimiento, puede haber una pérdida progresiva en el número de brotes del sabor papilar y los brotes de sabor que se mantienen, que detectan primeramente los sabores principalmente amargos y agrios, muestran un aumento relativo. El placer de comer también puede verse afectado por el flujo salival reducido y

por una boca seca, y estas condiciones normalmente suelen ser el resultado de los efectos colaterales de la medicación o del tratamiento de la enfermedad (por ejemplo la radioterapia). La sensación de sed disminuida también puede exacerbar el problema de boca seca y puede contribuir a la deshidratación, un problema común y potencialmente letal en el anciano que es fácilmente evitable.

6.3 .Estado de la salud bucal

La xerostomía, que es la sensación subjetiva de sequedad en la boca producida por la hiposalivación, constituye un problema común en los ancianos. De hecho la xerostomía afecta a más del 70% de las personas de edad avanzada y altera en grado importante el consumo de nutrimento. Está demostrado que los individuos seniles con xerostomía tiene dificultades para masticar y deglutir y como resultado, tienden a evitar algunos alimentos, sobre todo los crujientes, secos y pegajosos.

La dentición pobre y la pérdida de dentición aumentan con la edad. Muchas personas mayores llevan dentadura postiza que puede afectar o puede limitar el tipo de comidas debido a las dificultades de masticación. Los alimentos densos en nutrientes como las frutas frescas crudas, frutos secos, verduras ligeramente cocinadas y carnes podrían ser evitadas porque requieren masticación, y esto puede reducir las ingestas de muchos micronutrientes esenciales. Los desórdenes de deglución (disfagia) también son comunes 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.

6.4. Función gastrointestinal

La secreción ácida gástrica también puede disminuir con el envejecimiento (la

hipoclorhidria) y la atrofia de la mucosa del estómago es mucho más común en la vejez, afectando alrededor de un tercio de aquéllos que superan los 60 años. Como resultado de una disminución en la secreción de jugo gástrico, factor intrínseco y pepsina, puede haber reducciones en la biodisponibilidad de vitamina B12, ácido fólico, calcio y hierro. En el intestino menor, los cambios en la mucosa del intestino y la capa ciliar que contiene muchas enzimas responsables de la hidrólisis de oligosacáridos y de péptidos a monosacáridos y aminoácidos respectivamente, puede producir malabsorción de nutrientes. La secreción de la enzima pancreática también parece menguar con la edad avanzada, y esto puede dañar la digestión de grasas y proteínas.

El tránsito de los alimentos a través del estómago y del intestino menor es relativamente rápido. Sin embargo, el tránsito se retarda notablemente en el colon y en el intestino mayor. El colon completa el proceso digestivo a través de la fermentación de residuos no absorbidos, y las bacterias juegan un papel mayor en la fisiología colónica y en la función digestiva normal. La microflora intestinal actúa como una barrera eficaz contra microorganismos oportunistas y patógenos, y esta “resistencia del colon” es uno de las funciones más importantes.

La propia flora del intestino se subdivide en: especies bacterianas benignas, beneficiosas y potencialmente dañinas; y su metabolismo puede producir varios efectos beneficiosos y efectos negativos. Los efectos beneficiosos incluyen la producción de vitaminas, la modulación del sistema inmunológico, la digestión y absorción reforzadas, la inhibición de especies dañinas y la reducción de elementos carcinógenos y toxinas. El metabolismo bacteriano también afecta en la producción de ácidos grasos de cadena corta como el acético, el propiónico y el butírico, de los que la mucosa del colon es dependiente como fuentes principales de energía metabólica. Los efectos negativos incluyen la producción de toxinas y carcinógenos, estreñimiento o diarrea, la

predisposición hacia los desórdenes del intestino y la putrefacción intestinal.

7. Recomendaciones nutricionales

Las personas de edad avanzada constituyen un colectivo muy heterogéneo en el que los problemas nutricionales parecen tener mayor repercusión en la salud y calidad de vida, dada su menor capacidad de adaptación a los cambios, fisiológicos, psicológicos y sociales.

Con el envejecimiento, la variabilidad en las necesidades de nutrientes se hace mayor, por lo que la extrapolación de los requerimientos establecidos para la población adulta no es lo más adecuado. En la actualidad, se considera más adecuado diferenciar dos grupos de edad: de 60 a 69 años, y más de 70 años.⁵

7.1. Requerimientos de energía, agua y macronutrientes

El envejecimiento y la pluripatología aumentan el riesgo de padecer deficiencias nutricionales, por lo que una correcta nutrición en el anciano va a jugar un importante papel en el retraso de la aparición de enfermedades y aumento la calidad de vida.

7.1.1. Requerimientos de energía

Con la edad se producen una serie de cambios que van a modificar los requerimientos nutricionales de energía, debido principalmente a la reducción de la actividad física, voluntaria o asociada a discapacidades, y a cambios en la composición corporal; concretamente, 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.

Por todo ello, se aconseja, en general, una reducción en la ingesta de 600 kcal en varones y de 300 kcal en mujeres, respecto a lo aconsejado en individuos de edad

⁵ Ortega, R., Requejo, A., "Nutriguía: manual de nutrición clínica en atención primaria",2000.

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, con frecuencia, se asocia a una baja ingesta de nutrientes, y por tanto a un aumento del riesgo de caer en deficiencias nutricionales.

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 primero (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:

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

Tabla 1: OMS, 1985

El aumento de la actividad física en las personas de edad avanzada 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.

7.1.2. Requerimientos hídricos

Con frecuencia, el agua no se incluye en las listas de nutrientes, aunque es un componente esencial para el mantenimiento de la vida. Debido a los cambios en los

mecanismos de la sed, a la disminución de la función renal y al descenso del agua corporal total que se producen en 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.⁶

7.1.3. Requerimientos de macronutrientes

7.1.3.1. Proteínas

Una de las manifestaciones del proceso de envejecimiento es la disminución de la masa muscular, sin embargo, a pesar de esta pérdida, los requerimientos de proteínas son similares a las de adultos de menor edad.

Se recomienda un consumo de proteínas para las personas mayores de 60 años de 54 g/día para los varones y 41 g/día para las mujeres (Tabla 3), indicándose 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, por encamamiento o invalidez, o sometidos a periodos de estrés secundarios a infección, cirugía o traumatismos, necesitan aportes más altos de proteínas para el mantenimiento del balance nitrogenado, en el primer caso, o para evitar una depleción proteica progresiva, en el segundo y tercero (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 otro lado, también

⁶ Serra, L., Aranceta, J., "Nutrición y Salud Pública", 2006.

existen situaciones en las que es conveniente disminuir la ingesta proteica, como en el caso de que existan alteraciones hepáticas o renales.

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.

Dado que algunos autores han planteado que el deterioro físico, característico de las personas de edad avanzada, da lugar a que algunos aminoácidos que no eran esenciales pasen a serlo, es preciso vigilar no sólo la cantidad sino también la calidad de las proteínas ingeridas. Por este motivo, los ancianos deben incluir en su dieta alimentos que aporten proteínas de alta calidad como carne, huevos, pescados y lácteos. No obstante, 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.

7.1.3.2. Lípidos

La grasa de la dieta tiene un importante papel suministrando ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles, siendo además, una buena fuente de energía y el agente palatable por excelencia.

En los ancianos la digestión de las grasas es normal, por lo que si no existe ningún

problema de salud añadido que lo justifique, las recomendaciones dietéticas para ellos son similares a las del resto de la población. De hecho, las calorías aportadas por las grasas no deben superar el 30-35% de las kilocalorías totales de la dieta (Tabla 3).

En la población europea y americana se recomienda que el aporte de lípidos no sobrepase el 30% de la energía diaria, sin embargo, en España y otros países en los que el aceite de oliva representa la parte mayoritaria del total de la dieta, su ingesta global puede llegar hasta el 35% de la energía.

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.

El consumo de grasa total y saturada (AGS) es elevado en los ancianos españoles, mientras que la cantidad de ácidos grasos poliinsaturados (AGP) es escasa.⁷

En referencia a este tema, se recomienda aumentar el aporte de ácidos grasos poliinsaturados de la familia n-3, muy abundantes en los pescados, por sus efectos antiinflamatorios, antitrombóticos, antiarrítmicos, hipolipemiantes y vasodilatadores, que los hace útiles en la prevención de la enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes y algunos tipos de demencia.

Por otro lado, diferentes estudios han señalado el efecto beneficioso de los ácidos grasos monoinsaturados (AGM) 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), proporcionando, además, una protección parcial frente a la peroxidación lipídica y de lipoproteínas, de ahí que se

⁷ Ortega, R., Requejo, A., "Nutriguía: manual de nutrición clínica en atención primaria",2000.

recomiende que la energía aportada por estos ácidos grasos sea superior al 13% de las calorías totales.⁸

7.1.3.3. Recomendaciones dietéticas de lípidos

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

Tabla 2. (Carabajal, 2001)

Es necesario tener cuenta la existencia de otros factores (diabetes, tabaquismo, obesidad, etc.) para evaluar el posible riesgo, y en consecuencia, la necesidad de introducir restricciones con respecto a la grasa.

Una reducción severa de grasa podría agravar o desencadenar estados carenciales de vitaminas liposolubles, que tienen que ser absorbidas con la grasa dietética, además de comprometer el consumo de algunos alimentos, como carnes, pescados, lácteos o quesos y los nutrientes que éstos aportan proteínas, vitamina D, calcio, hierro, zinc, etc..

Asimismo, la grasa es el agente palatable por excelencia, por lo que un contenido graso

⁸ Carabajal, A. “Ingestas recomendadas en personas de edad avanzada”. Alimentación, Nutrición y Salud, 2001.

inferior un 20% de su valor calórico dará lugar a dietas menos sabrosas y apetecibles, lo que puede conducir a situaciones de desnutrición.

7.1.3.4. Hidratos de carbono

Aunque algunos estudios sugieren que la capacidad de metabolizar los carbohidratos está disminuida en los ancianos, 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.

En general, parece 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, presentes mayormente en cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas, mientras que los de carbono sencillos deben suponer menos del 10% de la energía total, si bien no deben mirarse con excesivo recelo, dado que 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 sencillos de las frutas, verduras y lácteos, por ser vehículo de minerales y vitaminas.

En ocasiones, es necesario restringir el consumo de hidratos de carbono; sin embargo, esto no es deseable del todo. En concreto, en ancianos sin problemas de intolerancia a la glucosa se ha comprobado que el aumento de carbohidratos en la dieta se relaciona con una mejora de la función cognitiva.

3.7.1.3.5. Fibra

El consumo de alimentos ricos en fibra, es muy recomendable en personas de edad

avanzada, dado que ésta estimula el peristaltismo intestinal y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo y mejorando el estreñimiento, tan frecuente en los ancianos. Por otro lado, diversos estudios sugieren que un aporte adecuado de fibra ayuda a controlar el peso corporal, y a regular la colesterolemia, glucemia e hipertensión. Asimismo, 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.

En cuanto a la cantidad de fibra recomendada existe bastante controversia. 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 fibra superiores a 25 g/día aunque la mayoría de los ancianos españoles no alcanzan estas recomendaciones.

Por otro 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.⁹

7.1.4. Recomendaciones de micronutrientes

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

La importancia de las vitaminas y los elementos traza se basa en su implicación en la protección frente a enfermedades degenerativas, 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.

⁹ Kathleen Mahan, L., Escott-Stump, S. Nutrición Y Dietoterapia de, Krause.

7.1.4.1. Recomendaciones de vitaminas

Una nutrición adecuada es esencial para la población general, y especialmente para las personas de edad avanzada, puesto que las consecuencias de una baja ingesta de vitaminas son más severas que en los adultos, dado que las necesidades de vitaminas están aumentadas y la capacidad de adaptación está disminuida. Por otro lado, como anteriormente se ha comentado, una correcta nutrición va a jugar un importante papel en el retraso de la aparición y desarrollo de diversas enfermedades crónicas (FAO, 2002).

El problema es que en las personas de edad avanzada existe una gran variabilidad en los requerimientos de vitaminas, lo que se puede deber 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
- tabaquismo, consumo de alcohol, etc.

Las alteraciones en la función cognitiva y los cambios en el comportamiento tienen especial importancia entre los ancianos. Diversas investigaciones sugieren que la deficiencia de determinados nutrientes, como las vitaminas, se asocia 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.

Sin embargo, 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, es frecuente observar alteraciones en la

alimentación, de hecho, algunos estudios señalan que en los ancianos residentes en centros geriátricos existe un riesgo más elevado de padecer deficiencias de algunas vitaminas como la tiamina y vitamina C.

8. 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 alfa - TE)	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 B6 (mg)	1,7	1,5
Folato (ug)	400	400
Vitamina B12(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 3. (Reimpreso con autorización de Food and Nutrition Board National Research Council. Recommended Dietary Allowances. 10ª ed. 1989 por la National Academy of Sciences. Publicado por National Academy Press; and Dietary Reference Intakes: 1998)

RE, equivalentes de retinol; alfa-TE, equivalentes de tocoferol alfa; NE, de niacina.

*Consumos adecuados.

9. Factores que influyen en la adecuada nutrición de la gente mayor

Con el incremento de los años de vida, la identificación de los factores que contribuyen a los problemas nutricionales y que causan serias discapacidades en edades avanzadas será más 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. Aunque los indicadores dicen que la gente mayor está 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. Hay muchos cambios físicos, mentales, sociales y del entorno que se producen en el envejecimiento, como por ejemplo que la actividad diaria normal queda dificultada en los enfermos crónicos. Las contribuciones potenciales a los problemas nutricionales en la vejez están resumidas en la Tabla 4.

Los problemas fisiológicos se relacionan con una baja ingesta de alimentos y nutrientes, a menudo como resultado de problemas digestivos, reducción de la percepción del gusto o el 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 pueden afectar la calidad de vida en la población de más edad.

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 sustancias¹, como la luteína, que pueden ayudar a reducir el riesgo de estos procesos degenerativos, o al menos retrasar su aparición.

Tabla 4. Factores potenciales que contribuyen a problemas nutricionales en la gente mayor. ¹⁰

Factores físicos	Factores sociales y psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Reducción total de las necesidades energéticas • Declive de la capacidad de absorción y metabólica • Enfermedad crónica • Anorexia • Cambios en la percepción del sabor y el olor • Problemas de dentición • Reducción del flujo salivar • Disfagia • Falta de ejercicio • Discapacidad física (restricción de la capacidad de comprar, cocinar o comer una dieta variada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Soledad • Aislamiento social • Duelo por la pérdida de un ser querido • Pérdida de interés en la comida o en cocinar • Desórdenes mentales • Manías con la comida • Factores socioeconómicos • Bajo nivel de ingresos • Forma inadecuada de cocinar o almacenar la comida

¹⁰ Darnton-Hill I., Psychosocial aspects of nutrition and aging, 1992

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Interacciones entre medicamentos y nutrientes• Efectos secundarios de los medicamentos (anorexia, náuseas, alteración del sabor)• Dietas restrictivas• Alcoholismo | <ul style="list-style-type: none">• Escasos conocimientos en nutrición• Falta de transporte• Dificultades para hacer la compra• Hábitos al cocinar que provocan la pérdida de nutrientes• Habilidades inadecuadas para cocinar (hombres) |
|---|--|

10. Trastornos afectivos

Después de la demencia, la depresión es el segundo trastorno psiquiátrico más común en los ancianos, constituyendo uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes en esta población.

Según datos de la OMS, la frecuencia de la depresión en la población general oscila entre el 3% y el 5%, lo que supone una población en torno a 250 millones de personas afectadas. La prevalencia de la depresión de la población anciana que vive en comunidad oscila entre el 5% y el 20% pudiendo duplicarse en la población anciana institucionalizada.

Además, la depresión en los pacientes con enfermedades crónicas en la tercera edad se estima en un 25%, especialmente en los que presentan EA y EP.

El estado emocional condiciona, de forma muy importante, el modo con el que el paciente se enfrenta a sus enfermedades y deficiencias, su capacidad para desarrollar su autocuidado y la manera de afrontar cualquier programa terapéutico.

La evaluación del estado afectivo del anciano es importante debido a la frecuencia con que dicho estado se altera en pacientes geriátricos, así como por sus posibles efectos en varias áreas funcionales. Sin embargo, suele entrañar dificultad evaluarlo por diversas

causas, que van desde la sintomatología inespecífica, a la negación de los trastornos afectivos por parte de los ancianos.

Es fundamental evaluar sistemáticamente la presencia o ausencia de depresión, ansiedad y hostilidad, alteraciones del estado de ánimo que pueden presentarse de forma permanente, periódica o episódica.

11. Principales síndromes geriátricos de los ancianos

La necesidad de recurrir al medio residencial como ubicación física definitiva del anciano está determinada por diferentes razones, siendo las más importantes las ligadas a la demografía y a las consecuencias sociosanitarias derivadas del proceso de envejecimiento.

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

11.1. Malnutrición

Un estado de nutrición adecuado contribuye positivamente a un buen estado de salud, a la independencia funcional y a una buena calidad de vida. Sin embargo, entre la población anciana institucionalizada, es frecuente observar alteraciones en la alimentación; de hecho la malnutrición proteico-calórica afecta de un 15-60% de la población que vive en residencias, siendo las cifras inferiores entre los ancianos de vida independiente o no institucionalizados, 3-30 %.

Este desequilibrio entre el aporte de nutrientes y las necesidades de los mismos aumenta la morbimortalidad asociada a numerosas enfermedades crónicas, pudiendo llegar a afectar a la capacidad funcional haciendo al anciano dependiente para la realización de

las actividades de la vida diaria, y por tanto, aumentando la necesidad de precisar institucionalización.

11.2. Capacidad funcional

Las discapacidades y minusvalías en los ancianos originan una pérdida de la autonomía para realizar actividades de la vida diaria, como la compra o preparación de los alimentos, o para alimentarse por sí mismo, con la consiguiente insatisfacción de las necesidades nutricionales diarias y estado de desnutrición.

Alrededor de un 32% de las personas mayores presentan discapacidad, siendo ésta una de las principales causas de institucionalización. Se estima que entre el 5 y el 8% de los ancianos necesitan ayuda para llevar a cabo una o más actividades de la vida diaria.

11.3. Depresión y nutrición

La depresión, se define como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas.

La depresión del anciano ha de considerarse como el resultado de la conjunción de varios factores heterogéneos que actúan en el terreno personal de cada paciente: psicológicos (ansiedad, sentimientos de culpa, ideación suicida, agitación, alteraciones del sueño), neurológicos (EA, EP, esclerosis múltiple, enfermedad vascular), psicosociales (pérdidas personales, aislamiento, soledad, bajos ingresos económicos), nutricionales (deficiencia de vitamina B12, B1, ácido fólico), alteración en el sistema monoaminérgico, etc.

Aunque el síntoma nuclear de esta patología es el deterioro del estado de ánimo, en determinados pacientes, especialmente en los institucionalizados en geriátricos, con

dificultades para el procesado mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparan más en la sintomatología física, lo que trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, y se infradiagnostique.

La presencia de depresión se ha relacionado con una disminución de la calidad de vida, aumento de enfermedades físicas y menor esperanza de vida. Al mismo tiempo, se eleva el riesgo de muerte prematura, no sólo por el incremento posible de los suicidios, sino por aparición de enfermedades somáticas, o simplemente por la negación a seguir viviendo.

Síntomas

Estado de ánimo: actitud deprimida, irritabilidad o ansiedad, accesos de llanto.

Manifestaciones psicológicas asociadas: Falta de confianza en sí mismo, baja autoestima, mala memoria y concentración, pérdida de interés en las actividades cotidianas, expectativas negativas, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte, pensamientos de suicidio

Manifestaciones somáticas: Retardo psicomotor, fatiga, anorexia, pérdida de peso, insomnio.

Manifestaciones psicóticas: Ideas delirantes de falta de valía, de mala salud, de pobreza, alucinaciones depresivas auditivas, visuales y olfativas

La depresión puede estar originada por acontecimientos desagradables, sin embargo, algunos casos no tienen una explicación obvia, por lo que se ha sugerido que podría deberse a una alteración en ciertos neurotransmisores cerebrales, de hecho, algunos datos indican que esta patología está causada por una disminución en la actividad de varios sistemas de monoaminas, y en particular, en el sistema serotoninérgico.

Por otra parte, al igual que en los trastornos cognitivos y motores, la nutrición va a

jugar un importante papel en el origen y/o evolución de los trastornos afectivos. Uno de los principales problemas que presenta la población anciana, asociado a la depresión, es la pérdida de apetito y la falta de motivación para comer.

3.12.4. Falta de apetito

El apetito es el deseo de comer. Su disminución se da cuando uno tiene menos deseo de consumir alimento, lo cual ocurre a pesar de las necesidades calóricas (energía) básicas del cuerpo.

Cualquier enfermedad puede afectar un apetito previamente bueno. Si la enfermedad se puede tratar, el apetito debe retornar una vez que la afección se cura.

La inapetencia puede causar pérdida de peso involuntaria.

La depresión en los ancianos es una causa común de pérdida de peso que no se explica por otros factores.

3.12.5. Medicamentos

De las interacciones medicamento-alimento no se tiene mucho conocimiento aunque cada vez se le da mayor importancia, entre otras cosas porque la persona mayor es una gran consumidora de fármacos, muchas veces indicados sintomatológicamente sin razón etiológicas que así lo justifiquen.

Los medicamentos interactúan por distintos mecanismos, uno de ellos es indirecto y esta originado por la alteración de la flora bacteriana lo que origina graves defectos de absorción de nutrientes. Este mecanismo explica por ejemplo déficits de vitamina K que originan alteraciones en la coagulación.

A continuación las interacciones recogidas en dos recientes publicaciones y sus consecuencias.¹¹

Tabla 5: Interacciones medicamento-alimento (I. Gauthier. Drug safety 1998)

• Ciprofloxacino	• Disminuye la absorción con lácteos o dietas enterales
• Digoxina	• Disminuye la absorción con fibra
• Nifedipina	• Disminuye efecto terapéutico por disminuir concentración sérica
• AINES	• Disminuye incidencia de efectos GI

Tabla 6: Problemas nutricionales en relación con la toma de fármacos¹²

Fármaco	Efecto
Clorpromazina	Aumento del apetito
Insulina	Aumento del apetito
Litio	Aumento del apetito
Tioridazina	Aumento del apetito
Corticoides	Aumento del apetito
Digoxina	Pérdida del apetito
AINES *	Pérdida del apetito
Antiparkinsonianos	Boca seca
Antidepresivos tricíclicos	Boca seca
Metotrexate	Dificulta la deglución
Fenitoína	Anemia con déficit de folato
Laxantes	Boca seca, anorexia
Antihistamínicos	Hipotasemia, malabsorción

¹¹ Publicación Científica sobre Nutrición Clínica de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral, 2009

¹² Cuesta Triana F. Nutrición Hospitalaria en el anciano. Alim. Nutri. Salud, 1999.

Antiácidos

Depleción de fosforo, debilidad muscular

12. Antecedentes sobre el tema

En el estudio de los ancianos institucionalizados en España que está publicado en el Libro Blanco de la Nutrición en el Anciano, se puede ver cuál era la ingesta media de energía en hombres y mujeres y su perfil cualitativo: 43 por ciento hidratos de carbono, grasas el 40 y proteínas el 18 por ciento, existiendo cierta desestructuración en este modelo ya que la mayor parte de los menús era de concepción empírica, es decir que los hacía un recurso humano con muy buena voluntad pero sin la necesaria formación técnica y científica. Se observó que ciertos nutrientes tienen riesgo de ingesta inadecuada: vitamina A, D y folatos y también de una manera crónica puede llevar a una repercusión muy negativa.

Respecto a la calidad percibida, tomando en cuenta elementos como la presentación, la temperatura, el sabor, se evidenció que había ciertos problemas, elementos que crean discomfort. Algunas quejas eran "*que me cuesta tragar, no me gusta la comida, los menús se repiten*"... El servicio de dietética debe conocer las preferencias culinarias para aportar lo que va a ser mejor aceptado, e incluso celebrado, y esto no es igual según el tipo de comunidad y su cultura.

Valoración de la alimentación de Adultos Mayores institucionalizados en la 8ª región .Chile.

Barrón V. (1), Mardones M.A. (1), Gallegos J. (1), Martínez M. (1), Soto D. (2), 1: Universidad del Bío-Bío, 2:Universidad de Chile. Chillán, Chile.

El estudio permitió conocer factores condicionantes y la alimentación de los Adultos Mayores (AM) en tres Centros Institucionalizados, con el objeto de proporcionar

información para programas de planificación alimentaria-nutricional en esta Región. El estudio se realizó en el sector urbano de las ciudades de Chillán, Los Ángeles y Concepción. La muestra correspondió a 172 personas de 60 a 99 años de edad de ambos sexos. Se clasificó el estado nutricional mediante el indicador IMC al 50% de la muestra, por razones de condición de discapacidad física, usando las normas del Ministerio de Salud de Chile. Los datos de la alimentación se obtuvieron mediante el análisis del registro de la planificación alimentaria de 15 días de cada Centro y por medio del control directo de ingesta, evaluada durante cuatro días. Algunos resultados muestran que el 32% de los AM, estaban enflaquecidos; y un 17% con sobrepeso y obesidad. El análisis cuantitativo de la alimentación, nos muestra una ingesta energética y proteica de 1338 y 1890 Kcal y 38,0 g y 65,0 g respectivamente.

Los valores de Calcio presentaron un promedio de 676 mg y la fibra dietética de 12 g/día. En general la ingesta de verduras y frutas es deficiente al igual que la ingesta de agua. Al análisis cualitativo se apreció adecuación en volumen, consistencia y temperatura, sin embargo los horarios y número de comidas eran inadecuados.

Se concluye que el estado nutricional es deficiente existiendo fallas cualitativas y cuantitativas en la planificación alimentaria, siendo necesario asesoría permanente de especialistas en estos Centros.

-Herrera H, Rebato E, Rocandio AM, Hernández R, Rodríguez N, Barbosa J, Hernández-Valera Y, presentaron el siguiente estudio: **“Caracterización Antropométrica de una población de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Caracas, Venezuela.” Año 2005**, en el mismo se estudiaron las características antropométricas y su relación con el sexo y la edad en una muestra transversal de 809 adultos venezolanos (370 hombres y 439 mujeres)

institucionalizados, con edades comprendidas entre 60 y 102 años-el criterio de inclusión fue no tener afecciones graves, un buen nivel de autonomía a fin de facilitar las mediciones antropométricas. Se encontró que la edad promedio del total de sujetos masculinos fue de 75,7 años, mientras que en la mujer fue de 78,9 años. Se ha comprobado que los ancianos de mayor edad poseían un menor peso, presentado las mujeres mayores diferencias entre si (8,4kg) que los varones (6kg). Los grupos de mayor edad tenían una talla menor que los ancianos jóvenes en ambos sexos. En la muestra estudiada las circunferencias media del brazo, muslo y pantorrilla mostraron variaciones con la edad, con valores significativamente más bajos para las tres variables en los ancianos de más edad, en ambos sexos. Los resultados referentes a los pliegues cutáneos en nuestra población indicaron un notable dimorfismo sexual en la cantidad de grasa subcutánea total, ya que todos los pliegues han sido más espesos en las mujeres que en los varones, independientemente de la edad (Herrera; 2005).

-Gómez Naar, M., presentó un trabajo de investigación **“Evaluación del Estado Nutricional de ancianos residentes en instituciones privadas, Salta capital”** en el año 2007 que tuvo como objetivo determinar el estado nutricional de ancianos residentes en instituciones geriátricas en la ciudad de Salta - Argentina.

Se realizó la valoración antropométrica de los ancianos residentes. De la toma del peso y la talla de los mismos se obtuvo el IMC con lo que podemos mencionar: según el IMC un 10% de desnutrición leve, 37% normal, 37% sobrepeso, 13% con obesidad grado I y un caso de obesidad grado II. Según la composición corporal. Masa magra se encontró un 87% de ancianas con bajo porcentaje de masa magra, un caso con porcentaje recomendado y un 10% con alto porcentaje de masa magra. La tasa de metabolismo basal obtenida fue de 1178,36 kilocalorías con un desvío estándar de

130,13 Kcal. En cuanto al estudio alimentario de la ración servida en las instituciones: energía: el aporte calórico promedio fue deficiente. Hidratos de carbono adecuado. Proteínas en exceso y grasas deficiente. Vitamina A, vitamina C, fosforo, hierro se encontraron en exceso. Calcio deficiente. En cuenta a la actividad física un 17% de la población realizaba actividad física, el resto no realiza ningún tipo de ejercicio físico.

Un estudio transversal en 89 mujeres de entre 72 y 98 años que viven en residencias geriátricas en Granada (España), llevado a cabo por el Departamento de Nutrición y Bromatología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, y publicado en 2003 en la revista "Nutrition", encontró que el 7,9% de las residentes estaban desnutridas (según el test "Mini Nutritional Assessment") y el 61,8% se encontraban en riesgo de desnutrición. Numerosos estudios llevados a cabo hablan de la desnutrición como un verdadero problema de salud pública en los ancianos. Se estima que la prevalencia de desnutrición en la población anciana española que vive en su domicilio varía entre el 3 y el 5%, mientras que en los ancianos institucionalizados puede alcanzar cifras superiores al 30%.

Los alarmantes casos de desnutrición entre personas mayores son preocupantes no sólo en España, también en otros países del mundo. En un estudio realizado en todas las residencias geriátricas en Helsinki con una muestra de 2.114 personas de una edad media de 82 años, se encontró que el 29% de los ancianos tenía pronóstico de desnutrición y un 60% presentaba un riesgo elevado. En otro estudio en 14 residencias de Hong Kong (China) con 1.699 personas se encontró un 26% de los residentes con un IMC menor a 18,5 kg/m², cuando el índice ideal es de 20 a 25 kg/m², lo que indica desnutrición.

Se puede destacar en los trabajos de investigación nombrados la mismas problemáticas planteadas por la falta de supervisión en las instituciones y asistencia en las horas de la comida, factor importante que se traduce en una pobre ingesta de alimentos y micronutrientes. Los problemas nutricionales más comunes que se encuentran actualmente en los internos en residencias geriátricas son, la pérdida de peso, malnutrición debido al desequilibrio entre proteínas-energía, y deficiencias en vitaminas y minerales.

Uno de los problemas fundamentales en las residencias es que el consumo real de alimentos por parte de los ancianos no se corresponde con las raciones que precisan para cubrir sus requerimientos. Quedan en el plato parte de la energía y nutrientes que necesita su organismo, por lo que la consecuencia al cabo de días, meses o años, es un déficit nutricional evidente. En muchos casos porque no les gusta el sabor de los alimentos, la forma de cocinarlos o su presentación, pero también hay quienes no comen porque tienen problemas con la dentadura o dificultades para tragar, y la dieta no está adaptada a sus necesidades específicas.

III. PLANTEO DEL PROBLEMA

En los últimos años, el rápido envejecimiento de la población está originando un gran número de estudios encaminados a conocer en mayor profundidad este proceso, así como a identificar los factores de riesgo que pueden modificarlo de forma negativa. Dentro de estos factores de riesgo hay que considerar la importancia que tiene la falta de una alimentación adecuada en esta etapa de la vida.

Los hábitos dietéticos incorrectos generan o potencian muchos problemas de salud en los adultos mayores siendo necesario hacer ajustes en su plan nutricional y adaptar los menús según sus necesidades.

Una correcta nutrición influye directamente sobre la salud, no sólo por lo que un buen estado nutricional representa con respecto a una menor morbilidad, sino también en la prevención de enfermedades.

Es recomendable que las pautas dietéticas para una correcta alimentación en el Adulto Mayor institucionalizado se realicen mediante las raciones y los alimentos a los que estaban acostumbrados en su hogar para no desapropiarlos con la familiaridad de las comidas y que la adaptación sea menos traumática.

La alimentación adquiere un papel relevante con el aumento de la edad para el mantenimiento de la salud y, por este motivo, la dieta requiere una mayor atención específica.

Así entonces:

¿La identificación de adultos mayores con riesgo de malnutrición requiere una atención específica que permita analizar a tiempo el grado de aceptación de los diferentes tipos de menús que forman parte de su dieta?

1. Fundamentación de la investigación

El actual conocimiento sobre nutrición y envejecimiento sugiere que la nutrición tiene la capacidad de impactar substancialmente en la salud y el estado funcional del Adulto Mayor.

Las intervenciones nutricionales por lo tanto, pueden mantener la esperanza de mitigar la carga producida por el deterioro biológico de los años, así como mejorar la calidad de vida de este rápido crecimiento de un segmento de la población mundial.

En las personas de edad avanzada los problemas nutricionales son frecuentes, por lo que es necesario prestar especial atención al cuidado de su alimentación, especialmente en situación de institucionalización.

Detalles como hacer que el momento de la comida transcurra en un ambiente lo más tranquilo y relajado posible, cuidar la presentación de los platos para que sean agradables a la vista, o que la dieta no sea monótona y poco sabrosa, sino todo lo contrario, variada y apetitosa, harán que el adulto mayor adopte una alimentación adecuada para su edad más fácilmente y aumente su interés por la comida, al mismo tiempo que aseguraremos un estado nutricional satisfactorio.

Con la realización de esta investigación se espera a través del análisis cuantitativo y cualitativo de la ingesta alimentaria que reciben los residentes de la institución, detectar a tiempo aquellos individuos que puedan encontrarse en riesgo de malnutrición, prestar mayor atención en el momento de la ingesta para evaluar la apetencia de los residentes al fin de prevenir posibles complicaciones de salud.

IV. OBJETIVOS DEL TRABAJO

1. Objetivo general:

- Evaluar la aceptación cuantitativa y cualitativa de los menús diarios que reciben los adultos mayores en la Institución Geriátrica.

2. Objetivos específicos:

- Analizar gustos y hábitos alimentarios del adulto mayor.
- Determinar el estado nutricional según IMC.
- Conocer a través de la aceptación de los menús diarios los platos con mayor preferencia culinaria así como también los menos apreciados.

V. METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Este estudio de investigación es un estudio observacional en el que no hay intervención por parte del investigador, se observó a un conjunto de población en un intento de encontrar tendencias.

Además es un estudio descriptivo porque se estudió situaciones que ocurren en condiciones naturales permitiendo la descripción del problema, registrando las características de las personas afectadas y del ambiente.

Es un estudio transversal porque permitió analizar los hechos en un momento determinado.

2. Población objetivo: corresponde a una población cerrada de Adultos Mayores, de ambos sexos, de 60 años y más de edad que viven en residencia geriátrica privada. Se trabajó con una población heterogénea de Adultos Mayores. Sobre un total de 59 Adultos Mayores de dicha Institución, se incluyeron en la muestra, con carácter anónimo, previo consentimiento de los mismos, a aquellos adultos que cumplieron con los siguientes criterios:

2.1. Criterios de inclusión:

- Estar residiendo en la Institución por más de 6 meses.

2.2. Criterios de exclusión:

- A los Adultos Mayores que no podían valerse por sí mismos.
- Aquellos que padecían demencia senil.
- A los Adultos Mayores que ingieren dieta procesada.

Los datos fueron obtenidos de las Historias Clínicas.

3. Selección de la muestra: se conformó con 48 personas de ambos sexos, mayores de 60 años, pertenecientes a la Residencia Geriátrica, representando el 100% de la población, aplicando los criterios de inclusión y exclusión anteriormente detallados, que aceptaron ser incluidos en esta investigación.

4. Área de estudio: Residencia Geriátrica en la zona microcentro de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina.

5. Variables de estudio: las variables a considerar fueron el sexo, la edad, el peso corporal, la talla y el estado nutricional según IMC (Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal).

Peso corporal: Se eligió un horario alejado (mínimo 2 horas) de las comidas principales. El peso corporal se calculó con balanza digital marca Gamma de 100 gramos de precisión, cada Adulto Mayor se subió a la balanza luego de orinar, quitarse los zapatos y quedarse con el mínimo de ropa posible .

Se registró el dato después de la operación.

Talla: A menudo es un problema conocerla debido a la descalcificación de las vértebras y la disminución del disco intervertebral. Con objeto de estimar la talla completa en todos los individuos del estudio, y dado que este colectivo con frecuencia presenta dificultades para mantener el equilibrio y/o problemas de columna vertebral (cifosis, escoliosis), se utilizó la medida de la distancia rodilla-talón, la cual permite estimar la estatura de los sujetos, debido a que los huesos largos mantienen la longitud del adulto en su madurez. Se utilizó la fórmula de Chumela (1985).¹³

¹³ Kathleen Mahan, L., Escott-Stump, S. Nutrición Y Dietoterapia de, Krause.

Chumlea, Roche y Steinbaugh en 1985 formularon unas ecuaciones para calcular la estatura a partir de la altura de la rodilla:

- Para mujeres: $T \text{ (cm)} = 84,88 + (1,83 \times \text{altura rodilla en cm}) + (-0,24 \times \text{edad en años})$
- Para hombres: $T \text{ (cm)} = 60,65 + (2,04 \times \text{altura rodilla})$

Altura de rodilla: Se medió con un calibre deslizante de varilla ancha. El eje del calibre se sostuvo en posición paralela al eje de la tibia. Se mantuvo la posición de sentado en un ángulo de 90° la rodilla y el tobillo para realizar la medición.

Índice de masa corporal (IMC, kg/m²): Se calculó a partir de las medidas de peso y talla según la forma del Índice de Quetelet (Durnin y Fidanza, 1985):

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

En la tabla 7 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 7: NHANES III.

La tabla 8 refiere al IMC de adultos mayores de ambos sexo.

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

TABLA 8: NHANES III. En: JAM Diet. Assoc: 2000

6. Métodos e instrumentos de recolección de datos

Para poder llevar a cabo la investigación, se siguió el siguiente criterio ético: petición de la autorización del director de la Residencia Geriátrica, así como también con la

colaboración del Licenciado en Nutrición y demanda de cooperación a cada sujeto con el fin de obtener su consentimiento.

Lograda la autorización se prosiguió a la recogida de los datos en dos etapas básicamente:

Primero se analizaron los datos de los Adultos Mayores de la residencia, obtenidos de las historias clínicas, para evaluar cuales podían ingresar a la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez obtenida dicha información, se conformó la muestra y se prosiguió con la siguiente etapa.

Para realizar la Evaluación Antropométrica se dividió al adulto mayor en grupos de 6 (seis) individuos para un mejor manejo de trabajo, posterior a la realización previa de una prueba piloto.

Una vez realizada la misma se registraron los datos de cada uno de ellos en un formulario que contenía la siguiente información: Datos personales y Datos antropométricos. (Anexo 1)

La Valoración Dietética se efectuó a través de los siguientes instrumentos:

Encuestas: Se recurrió a la utilización de encuestas semi-estructuradas que contó con una mayor proporción de preguntas abiertas para disponer de las primeras reacciones individuales, las encuestas alimentarias fueron destinadas a los ancianos institucionalizados para conocer sobre sus gustos y hábitos alimentarios. (Anexo 2)

Observación visual y pesada de alimentos: El método de registro de alimentos fue de doble pesada, en el que primeramente se pesó la ración a consumir y luego se pesó los desperdicios que quedaron posteriormente en los platos. Se analizó los restos de

alimentos cuantitativamente. La ración servida fue estandarizada, permitiendo una pesada precisa individual de cada plato. Se valoró dos ciclos completos de menús (14 días seguidos). Se confeccionó una planilla para recabar los datos (Anexo 3).

Se realizó la valoración de aceptación de los platos servidos mediante una escala que se compuso de 5 ítems en función de los restos de comida dejados en el plato. Se calificó como: no comió, cuando el plato estaba intacto; comió poco, cuando en el plato quedaba un residuo superior o igual al 75%, comió la mitad, cuando en el plato quedaba un residuo superior o igual al 50%, comió casi todo, cuando en el plato quedaba un residuo superior o igual al 25% y comió todo, cuando el plato se encontraba vacío.

En la Institución Geriátrica se ofrecen planes alimentarios generales y específicos como ser planes hiposódicos, gástricos y para personas diabéticas. Los menús son programados con una duración de 7 días.

Luego se realizó un análisis para detectar cuales eran los platos menos aceptados y cuál era la aceptación de cada uno de los platos, en función de que fueran primeros platos, segundos o postres.

Recopilación de datos de las Historia Clínica: Obtención de datos personales, datos clínicos, patologías, medicación, régimen de visitas de cada residente y plan alimentario requerido.

7. 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 se volcaron los datos en cuadros simples o de distribución de frecuencia, gráficos de torta y barra según corresponda.

VI. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuadro N° 1: “Distribución de datos en relación al sexo y datos antropométricos”.

Variable	Media	DS	N° de Individuos	Valor Mínimo	Valor Máximo
Peso (Total)	56,81	10,39	42	41,1	103
Peso (Masculino)	58,63	7,54	12	42	66,3
Peso (Femenino)	56,09	11,37	30	41,1	103
Talla (Total)	1,58	0,07	42	1,4	1,68
Talla (Masculino)	1,64	0,07	12	1,52	1,68
Talla (Femenino)	1,56	0,05	30	1,4	1,65
IMC (Total)	22,54	3,59	42	18,09	37,83
IMC (Masculino)	21,48	2,06	12	20,08	23,89
IMC (Femenino)	22,93	4,01	30	18,09	37,83

El peso corporal medio de los adultos mayores residentes en la Institución Geriátrica corresponde a $56,81 \pm 10,39$ kg y la estatura media es de $1,58 \pm 0,07$ m, siendo la talla del sexo masculino más elevada que la del sexo femenino.

El IMC (Índice de Masa Corporal) medio obtuvo un valor de $22,54 \pm 3,59$, las mujeres presentan un IMC medio mayor al de los varones en 1,45.

Cuadro N° 2: “Distribución según el sexo y la edad media de los adultos mayores residentes de la Institución Geriátrica”.

Variable	Media	DS	N° de Individuos	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad (Total)	79,02	8,59	46	62	96
Edad(Masculino)	81,17	7,25	16	73	96
Edad(Femenino)	78,17	9,04	30	62	91

La edad media de los adultos mayores que residen en la Residencia Geriátrica es de $79,02 \pm 8,59$ años de edad, correspondiéndole al sexo masculino una edad media de

81,17 ± 7,25 años, y 78,17 ±9,04 al sexo femenino.

Cuadro N° 3: Distribución según sexo y grupo etario, de los adultos mayores de la Institución Geriátrica.

Rango de edad	N°	Masculinos(%)	N°	Femeninos(%)
60 a 69 años	4	0	7	16,67
70 a 79 años	6	14,28	9	21,43
80 a 89 años	5	11,9	10	23,81
más de 90 años	1	2,39	4	9,52
Total	18	28,57	30	71,43

El cuadro N° 3 muestra que el 28,57% (n= 12) de los adultos mayores que residen en la Institución Geriátrica son varones siendo ampliamente mayor el porcentaje de mujeres con el 71,43% (n=30).

En el sexo masculino el mayor porcentaje de varones se encuentra en el rango comprendido entre los 70 a 79 años de edad, y en el sexo femenino lo encontramos entre los 80 a 89 años de edad.

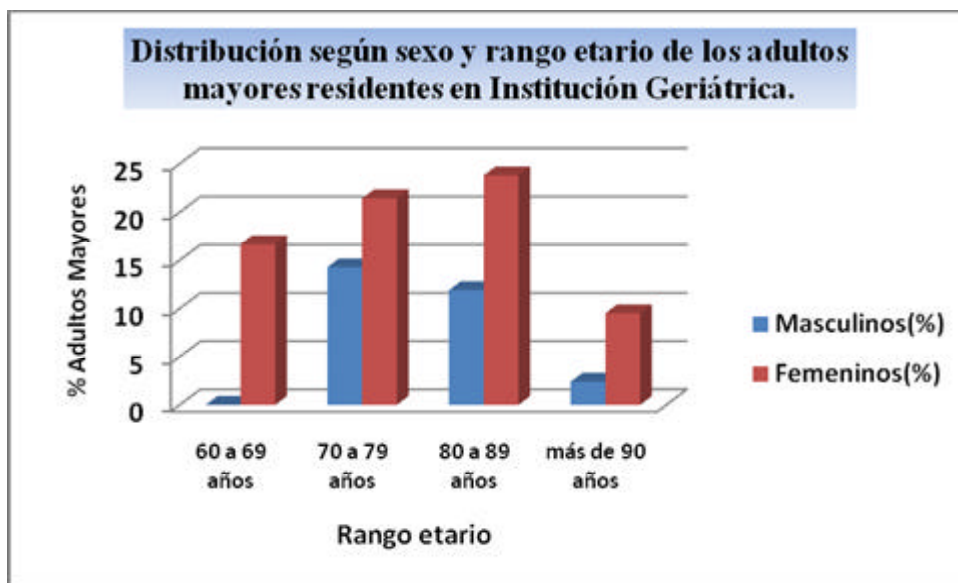


Gráfico N° 1: Los rangos de edades con mayor porcentajes de individuos son entre los

70 a 79 años y entre 80 a 89 años.

Cuadro N° 4: “Distribución según sexo y estado nutricional de los adultos mayores de la Residencia Geriátrica”.

Estado Nutricional	N°	Masculinos(%)	N°	Femeninos(%)
Peso Insuficiente	13	27,08	14	29,17
Normo peso	5	10,42	15	31,25
Sobrepeso	0	0	1	2,08
Obesidad	0	0	0	0
Total	18	37,5	30	62,5

El Cuadro N° 4 muestra que al 31,25 % (n= 15) del sexo femenino le corresponde un IMC normal y sólo un 10,42 % (n= 5) de los varones.

En cuanto al porcentaje de adultos mayores con peso insuficiente ambos sexo presentan valores similares siendo el 29,17% femenino y 27,08% masculino.

El 2,08% (n=1) del sexo femenino presenta un IMC mayor a 27 y en ambos sexo no se evidencia índices de obesidad.

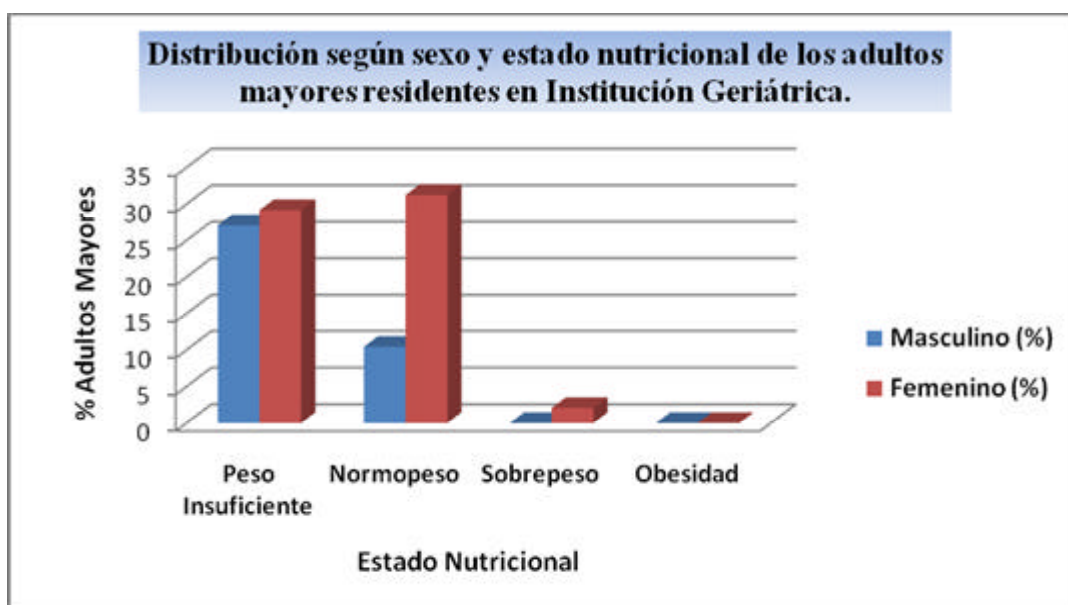


Gráfico N°2: La mayoría de los adultos mayores presentan peso insuficiente.

Cuadro N° 5: “Distribución porcentual de los tipos de dietas que se sirven en la Residencia Geriátrica”.

Tipo de Dieta	N°	%
General	27	59,52
Hiposódica	13	21,43
Gástrica	3	7,14
DBT	5	11,93
Total	48	100

El Cuadro N° 5 nos muestra que la mayoría de los adultos mayores ingieren dieta general, representando el 59,52% del total. Con el 21,43% del total se hallan las dietas hiposódicas, un 11,93% gástricas y un 7,14% para personas diabéticas.

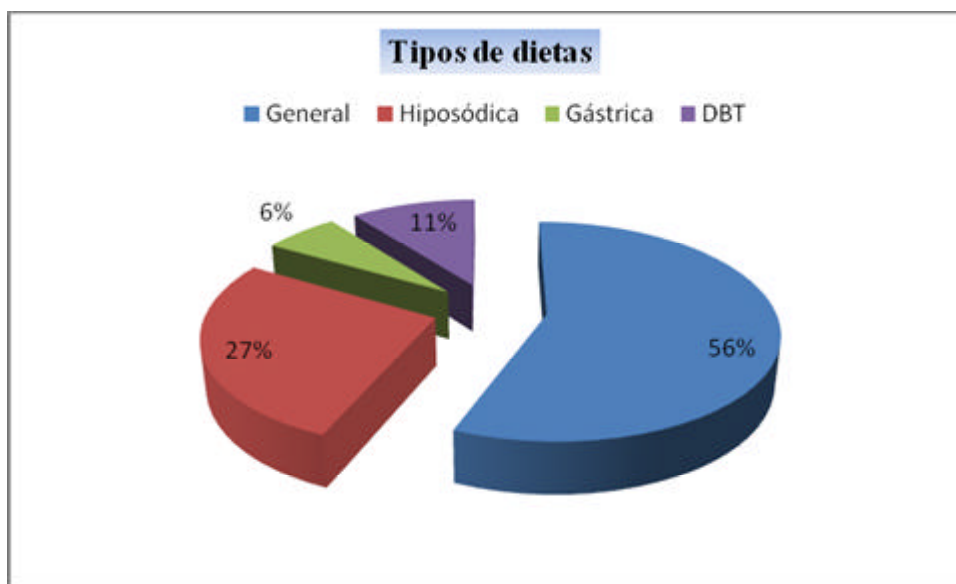


Gráfico N° 3: La dieta general está prescrita para el 60% de los adultos mayores de la Institución Geriátrica.

Cuadro N° 6: “Aceptación cuantitativa de los menús servidos en relación a la cantidad de alimentos no ingeridos”.

Restos de alimentos*	Primeros platos (n= 1344)	Segundos platos (n= 672)	Postres (n=672)
Comió todo (0-10%)	939 (79,85%)	348 (59,13%)	320 (54,43%)
Comió casi todo (15-25%)	179 (15,22%)	188 (32,03%)	170 (28,93%)
Comió la mitad (50%)	43 (3,66%)	31 (5,27%)	73 (12,42%)
Comió poco (95-75%)	8 (0,68%)	14 (2,38%)	63 (1,08%)
No comió (90-100%)	7 (0,59%)	7 (1,19%)	19 (3,14%)

* Evaluación del residuo por pesado.

El cuadro n° 6 nos indica que los primeros platos servidos mostraron una mayor aceptación con un 79,85% comparado con los segundos platos que obtuvieron el 59,13% y los postres con el 54,43%, además los postres marcaron el porcentaje mayor de residuos en el plato correspondiéndose al 3,14% (n=19) en el caso de plato intacto.

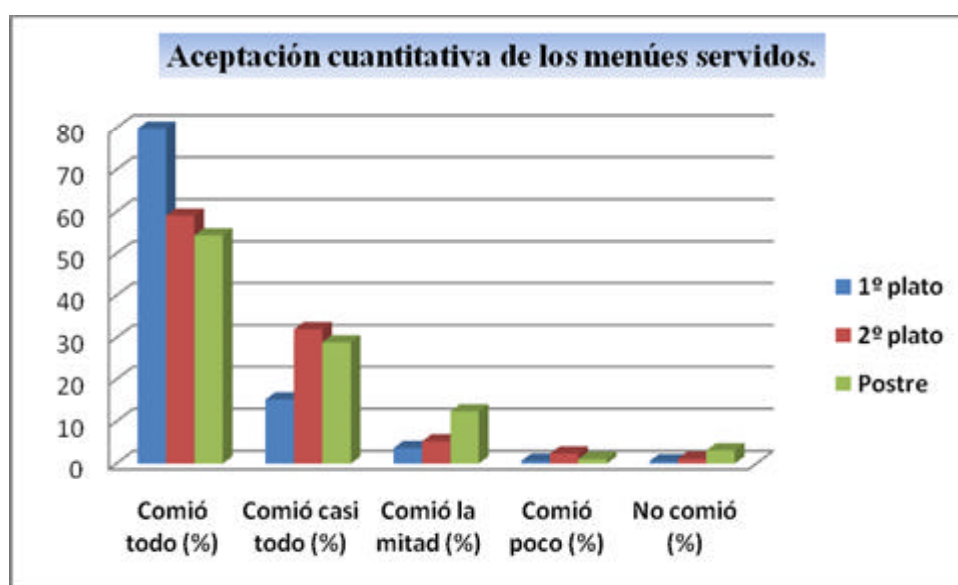


Gráfico N°4 : Los primeros platos de los menús diarios obtuvieron la mayor aceptación con un 79,85%.

Cuadro N°7 : “Grado de aceptación de los almuerzos diarios según la cantidad consumida”.

Almuerzos	Comió todo (%)	Comió casi todo (%)	Comió la mitad (%)	Comió poco (%)	No comió (%)
Pastel de carne	65,48	26,19	8,33	0	0
Tarta de pollo	44,05	48,81	7,14	0	0
Fideos al pesto	75	21,43	3,57	0	0
Zapallitos rellenos	51,19	38,1	10,71	0	0
Tortilla de papa	58,33	38,1	3,57	0	0
Canelones	84,52	15,48	0	0	0
Arroz con pollo	53,57	41,67	3,57	0	1,19

Los almuerzos con mayor aceptación corresponde a los platos con pastas: canelones 84,52% y fideos al pesto 75%, ambos menús no presentan residuos mayores al 50% del plato servido. El almuerzo con menor aceptación pertenece al menú tarta de pollo con un 44,05%.

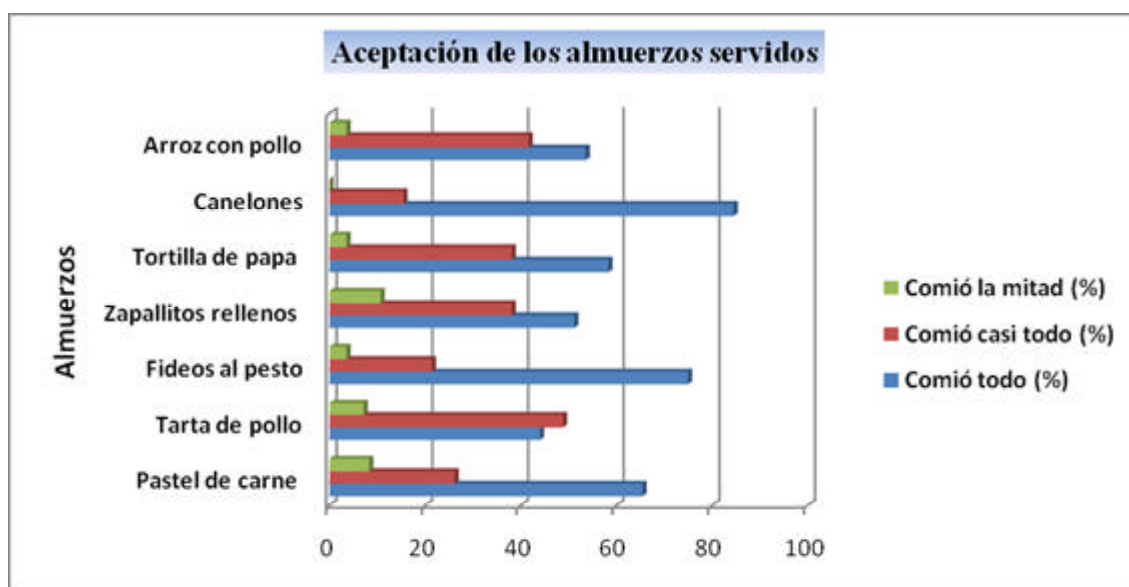


Gráfico N°5: Las pastas reflejan la mayor preferencia dentro de los almuerzos servidos.

Cuadro N° 8: Grado de aceptación de las cenas diarias según la cantidad consumida.

Cenas	Comió todo (%)	Comió casi Todo (%)	Comió la mitad (%)	Comió poco (%)	No comió (%)
Puchero completo	52,38	42,86	4,76	0	0
Bife a la criolla	51,2	44,05	4,75	0	0
Merluza c/ acelga	52,38	44,05	3,57	0	0
Panaché de verduras	64,29	32,14	3,57	0	0
Milanesa c/ puré	69	29,76	1,19	0	0
Pizza de cebolla y queso	55,96	35,71	5,95	2,38	0
Budín de zapallitos	51,2	35,71	13,09	0	0

Los menús de las cenas con mayor porcentaje de aceptación fueron: milanesa con puré con el 69% y panaché de verduras con un 64,29%, ambos menús no presentaron residuos mayores al 50% del plato servido.

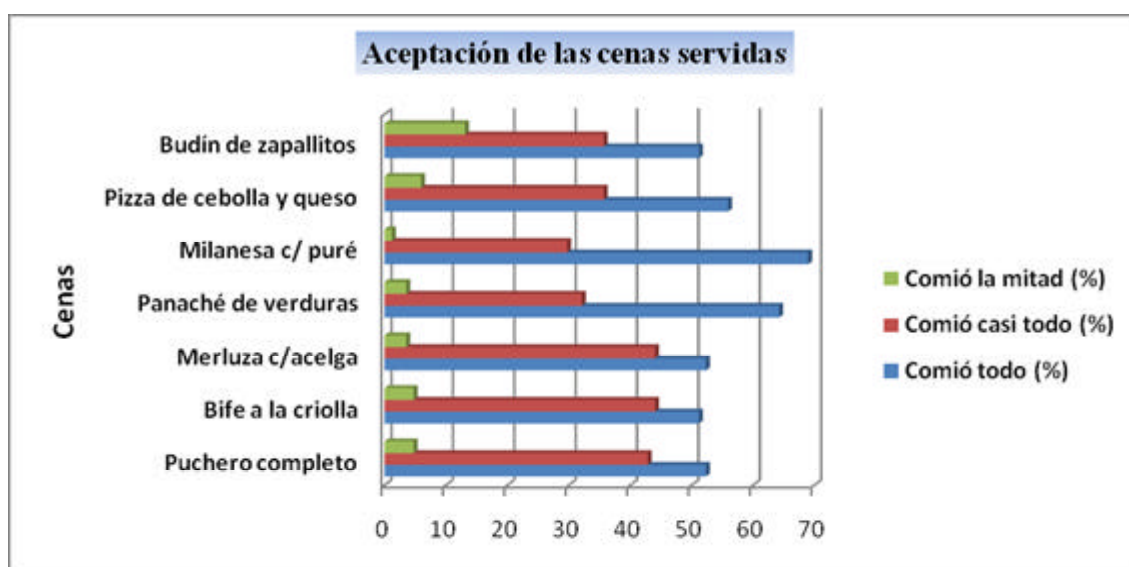


Gráfico N°6: Las cenas con mayor aceptación fueron: milanesas con puré y panaché de verduras.

Cuadro N°9: "Porcentaje de aceptación de los postres servidos".

Postres	Comió todo (%)	Comió casi todo (%)	Comió la mitad (%)	Comió poco (%)	No comió (%)
Aspic de frutas	61,31	20,84	14,29	1,19	2,37
Flan	59,52	20,24	14,29	0	5,95
Dulce y queso	52,38	26,19	15,48	2,38	3,57
Compota de frutas	50,59	32,14	13,1	0	4,17
Fruta fresca	46,9	29,76	1,19	0	0
Ensalada de frutas	67,8	35,71	5,95	2,38	0
Gelatina	42,46	31,35	16,27	3,97	5,95

Se destaca una amplia aceptación con el 67,8% en el caso de ensalada de frutas, un 61,31% en áspic de frutas y un 59,52% para el flan, siendo el menor porcentaje de aceptación del 42,46% en el caso de la gelatina.

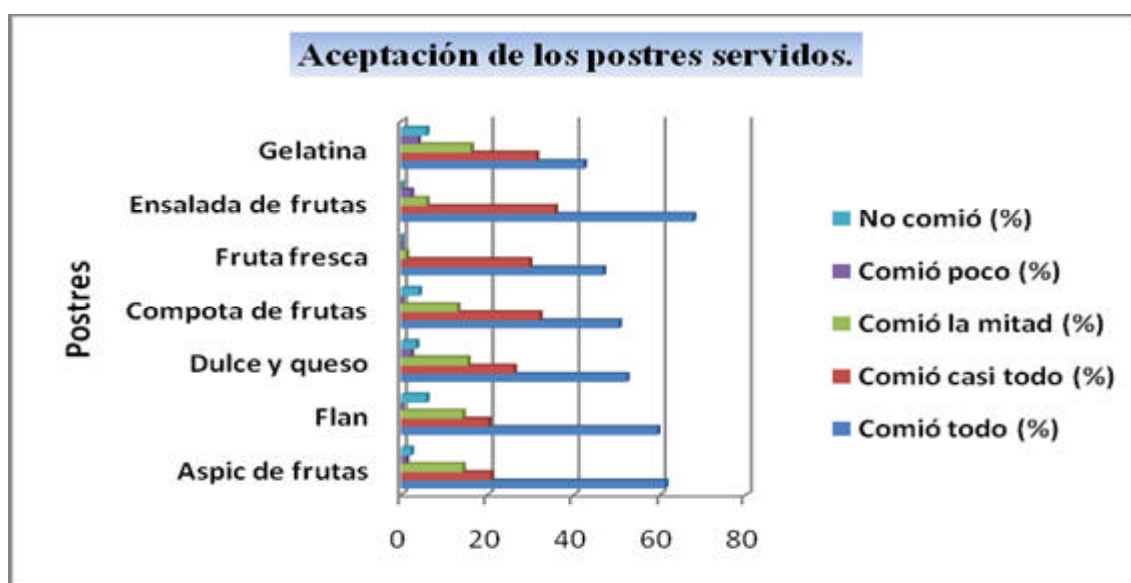


Gráfico N° 7: El postre “ensalada de frutas” fue el postre que obtuvo mayor aceptación.

Cuadro N° 10: “Distribución según aceptación del menú en relación a las propiedades organolépticas de los platos servidos.”

Propiedades organolépticas	Aceptación (%)	
	SI	NO
Presentación	36,95	63,05
Condimentación	31,7	69,3
Temperatura	76,19	23,81
Variedad	26,8	74,2

La aceptación sensorial de los menús refleja una disconformidad en cuanto a la variedad de los platos ofrecidos, la presentación y la condimentación de los mismos, mientras que la temperatura de los menús con un 76,19% obtuvo la mayor aceptación.

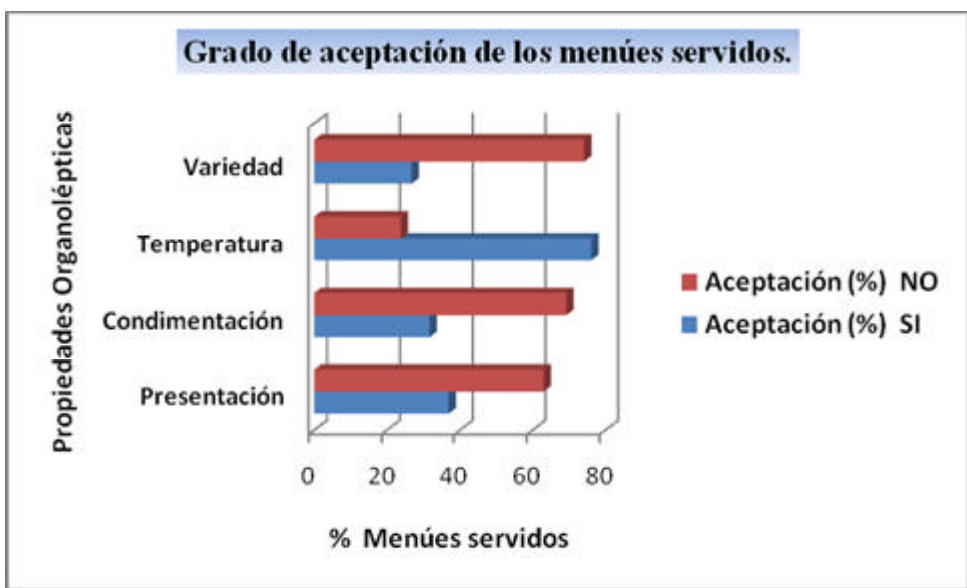


Gráfico N° 8: De las propiedades organolépticas de los menús, la temperatura fue la propiedad con mayor aceptación.

Cuadro N° 11: “Distribución según satisfacción del servicio alimentario que ofrece la Institución Geriátrica”.

Satisfacción	N° Comensales	%
Muy Suficiente	13	28,57
Suficiente	29	69,05
Insuficiente	6	2,38
Total	48	100

El cuadro N° 11 refleja que la mayoría los adultos mayores 69% (n=29) están meramente conformes con el servicio alimentario que ofrece el Geriátrico, el 29% (n=13) se encuentra muy satisfecho y sólo un 2% (n=6) muestra disconformidad.

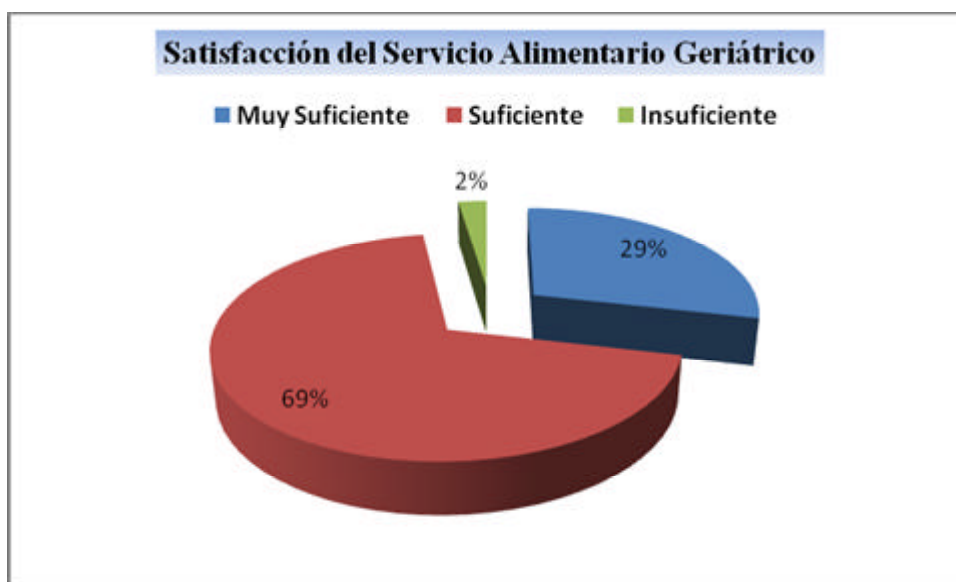


Gráfico N°9: El servicio alimentario geriátrico es considerado suficiente para la

mayoría de los residentes.

VII. CONCLUSIÓN

1. Estudio antropométrico

La evaluación nutricional de los Adultos Mayores es un tema de creciente interés sobre el cual la información existente en nuestro país es escasa, en general, la población estudiada presenta unas características antropométricas similares a las observadas en otras investigaciones realizadas en diversos colectivos de personas mayores institucionalizadas de otros países.

- El peso corporal medio de los Adultos Mayores residentes en la Institución Geriátrica corresponde a $56,81 \pm 10,39$ kg y la estatura media es de $1,58 \pm 0,07$ m, siendo la talla del sexo masculino más elevada que la del sexo femenino.
- El estado nutricional se evaluó por medio del índice de masa corporal (IMC) obteniéndose un valor medio de $22,55 \pm 3,59$, kg/m², perteneciendo al sexo masculino la puntuación media de $21,48 \pm 2,06$ y para el sexo femenino $22,93 \pm 4,01$. Estos valores reflejan que la población estudiada se encuentra con bajo peso, en un 56,25% (n=27). Dichos valores se relacionan con los estudios anteriormente descritos en los antecedentes del tema investigado.

Para personas mayores de 60 años, no se han establecido aún criterios uniformes para delimitar los valores de IMC que correspondan a un estado nutricional normal. En resumen sobre otros estudios lo que se extrajo es que con un IMC entre 20 y 30, la mortalidad se mantiene plana subiendo en ambos extremos de la curva. En consecuencia Nutrition Screening Initiative, ha establecido la normalidad del estado nutricional para ancianos entre 24-27 kg/m²¹⁴. En esta investigación se observó que al 31,25 % (n= 15) del sexo femenino y al 10,42% (n= 5) de los varones les corresponden un IMC normal. El 2,08% (n=1) del sexo

¹⁴ Kathleen Mahan, Nutrición y Dietoterapia de Krause, Editorial: McGraw Hill, 2001.

femenino presenta un IMC mayor a 27 y en ambos sexo no se evidencia índices de obesidad.

2. Estudio dietético

- La investigación realizada permitió observar en cuanto a la aceptación cuantitativa de los menús servidos que los primeros platos servidos mostraron una mayor aceptación con un 79,85% comparado con los segundos platos que obtuvieron el 59,13% y los postres con el 54,43%, además los postres marcaron el porcentaje mayor de residuos en el plato correspondiéndose al 3,14% (n=19) en el caso de plato intacto.
- La mayoría de los adultos mayores ingieren dieta general, representando el 59,52% del total, el 21,43% ingieren dietas hiposódicas, un 11,93% dietas gástricas y un 7,14% dietas para personas diabéticas.
- La mayoría los adultos mayores 69% (n=29) están meramente conformes con el servicio alimentario que ofrece el Geriátrico, el 29% (n=13) se encuentra muy satisfecho y sólo un 2% (n=6) muestra disconformidad.
- Dentro de los menús más aceptados encontramos que el caldo de verduras que corresponde al primer plato del menú es el plato con mayor aceptación, dentro de los segundos platos los que contienen pastas como ser canelones con salsa y fideos al pesto obtuvieron mejor aceptación junto con los platos con carne, como ser, milanesa con puré y pastel de carne. Los platos con verduras tales como zapallitos, papa y batata fueron los menos aceptados.
- En cuanto a los postres se destaca una amplia aceptación con el 67,8% en el caso de ensalada de frutas y el menor porcentaje de aceptación con el 42,46% en el caso de la gelatina.

- Respecto a la calidad percibida uno de los elementos fundamentales es la presentación del plato que se sirve, porque la percepción organoléptica va disminuyendo y lo que queda es la capacidad visual. La investigación refleja en cuanto a la presentación de los menús un alto porcentaje de disconformidad siendo de 63,05% del total de menús servidos.
- La variedad de los platos ofrecidos fue la propiedad organoléptica menos aceptada con un 74,2%, dato que coincide con otro estudio realizado en España cuya población consideró que los menús se repetían
- La condimentación fue otro de los aspectos de evaluación que obtuvo muy poca aceptación, la mayoría de los residentes manifiestan que la comida tiene poco sabor.
- La temperatura de los menús servidos es considerada adecuada para la mayoría de los residentes.

VIII – BIBLIOGRAFIA

- Ackley B. J., B.L., Manual De Recomendaciones Nutricionales En Pacientes Geriátricos, Madrid, Editores Médicos, 2004
- Alarcón, T; González MJT. 1997 “Fragilidad y vejez, compañeros inevitables de camino”. Rev. Esp. Geranto; 3 (NM1): 1-2
- Brown, J., Nutrición de Las Diferentes Etapas De La Vida, 2º Edición, México, Mcgraw-Hill, 2006
- Carbajal, A. Ingestas recomendadas en personas de edad avanzada. Alimentación, Nutrición y Salud 2001.
- Cuesta Triana F. Nutrición Hospitalaria en el anciano. Revista Alimentación, Nutrición y Salud, Vol. 6, Nº 1, 1999.
- Darnton-Hill I. “El envejecimiento con salud y la calidad de vida” Revista Española de Geriatria y Gerontología 1992; 27: 129-34. ...
- Darnton-Hill I., Psychosocial aspects of nutrition and aging, Revista de Nutrición Vol 12, 1992.
- Genua Goena, Mª I., Nutrición Y Valoración Del Estado Nutricional Del Anciano, Agosto de 2001, pág. 2 / 2 1 Disponible desde: URL <http://www.matiat.net/profesionales/articulos>.
- Guillén Llera, F.; Ruipérez Cantera, I.; “Manual De Geriatria”, 3º Edición, Madrid, Editorial: Masson, 2002.
- Kathleen Mahan, L., Escott-Stump, S. Nutrición Y Dietoterapia de, Krause. Nutrición en la adultez. Capítulo 13. Nutrición en la vejez ...10º Ed. México. Editorial McGraw Hill. 2001

- Mataix Verdú, J. Nutrición Y Alimentación Humana, II Tomos, 1º Edición, 2002.
- Muñoz Hornillos, M. y Aranceta Bartrina, J. y Guijarro Gracia, J. L. Libro Blanco De La Alimentación De Los Mayores, 1º Edición, Madrid, Editorial: Médica Panamericana, 2005
- Ortega, R., Requejo, A., “Nutriguía: manual de nutrición clínica en atención primaria”, 1º Edición, Madrid, Editorial: Completense, 2000.
- Publicación Científica sobre Nutrición Clínica de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral, Vol. XVIII - nº 2 - abril - mayo - junio 2009
Disponible desde: URL http://www.aanep.com/revistas/rnc2_2009.pdf
- Ribera Casado J.M., Cruz Jentcoft A.J. Evaluación Funcional Del Anciano. Geriatria En Atención Primaria, 2ª ed. Barcelona: J. Uriach, 1997: 17-2
- Rosselló Borreda, M., Pallás Albiac, R., “Comer Bien Para Vivir Mejor”, 2º Edición Popular, 1998.
- Seitz, M., “Argentina: más ancianos que hijos”, Artículo periodístico, Abril del 2008, pág. 1 / 3. Disponible desde: URL <http://print/news.bbc.co.uk/hi/spanish/>
- Serra, L., Aranceta, J., “Nutrición Y Salud Pública”, 2º Edición, Editorial: Masson, Barcelona, 2006.

10. ANEXOS

1- Planilla de evaluación del estado nutricional

Edad: Sexo: Fecha:

Dieta:

Fecha de ingreso a la residencia:

Valoración Funcional:

Patologías:

PARAMETROS ANTROPOMETRICOS

PESO

TALLA

IMC

2- Modelo de encuesta

Encuesta alimentaria		
Datos Personales		
Sexo:	F	M
Edad:		
Datos Clínicos		
Actualmente, ¿Tiene alguna patología que le obligue a realizar una alimentación especial?		
SI	NO	¿Cuál/es?.....
Tipo de dieta:		
Datos alimentarios		
El servicio alimentario general que le ofrecen en la Institución le resulta:		
Muy Suficiente.....		
Suficiente		
Insuficiente		
De las preparaciones que le sirve:		
¿Cuáles son las más apetecibles?		
¿Cuáles son las menos apetecibles?		
Además de las comidas que le sirven en la Institución, ¿Consume otros alimentos en el día?		
SI	NO	¿Cuáles?
¿Cómo se provee de otros alimentos?		
De los alimentos que le sirven en la Institución:		
¿Consume frutas?	SI	NO
¿Cuáles son las que más le gustan?		

¿Consume pan y/o galletitas? SI NO

¿Le gusta comer verduras? SI NO

¿Cuáles son las verduras que más prefiere?

¿Considera Ud. que la presentación de los menús diarios es de buena calidad?

SI NO

¿Los menús que le sirven diariamente están bien condimentados?

SI NO

¿La temperatura de los menús que le sirven diariamente es la adecuada para Ud.?

SI NO

¿Bebe líquido diariamente? SI NO

¿Qué infusión bebe habitualmente?

¿Cuántos vasos bebe al día de agua? 2 a 4

4 a 6

Más de 6 vasos.....

¿Los menús que recibe en la Institución les resultan variados? SI NO

¿Alguna preparación o alimento que no se encuentra en su ingesta diaria quisiera comer? SI NO

3- Planilla de observación y pesado de ingesta alimentaria

Tipo de dieta:



No comió



Comió poco



Comió la mitad



Comió casi todo



Comió todo

Primera semana

<u>Almuerzos</u>	Día:	1	2	3	4	5	6	7
Primer Plato								
Segundo plato								
Postre								
<u>Cenas</u>								
Primer Plato								
Segundo plato								
Postre								

Segunda semana

Almuerzos	Día:	1	2	3	4	5	6	7
Primer Plato								
Segundo plato								
Postre								
<u>Cenas</u>								
Primer Plato								
Segundo plato								
Postre								

A-Peso del menú servido

B-Peso del resto de alimento

C-Alimento sobrante mayoritario

1° Semana

Almuerzos				
Días	Menú	A	B	C
1	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
2	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
3	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
4	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
5	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
6	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
7	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			

A-Peso del menú servido

B-Peso del resto de alimento

C-Alimento sobrante mayoritario

1º Semana

Cenas				
Días	Menú	A	B	C
1				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
2				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
3				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
4				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
5				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
6				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
7				
	1º Plato			
	2º Plato			

	Postre			
--	--------	--	--	--

A-Peso del menú servido

B-Peso del resto de alimento

C-Alimento sobrante mayoritario

2° Semana

Almuerzos				
Días	Menú	A	B	C
1				
	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
2				
	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
3				
	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
4				
	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
5				
	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
6				
	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			
7				
	1° Plato			

	2º Plato			
	Postre			

A-Peso del menú servido

B-Peso del resto de alimento

C-Alimento sobrante mayoritario

2º Semana

Cenas				
Días	Menú	A	B	C
1				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
2				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
3				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
4				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
5				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
6				
	1º Plato			
	2º Plato			
	Postre			
7				

INGESTA ALIMENTARIA EN ADULTOS MAYORES EN RESIDENCIA GERIATRICA

	1° Plato			
	2° Plato			
	Postre			