



**Universidad Abierta
Interamericana**

*“Comparación del estado nutricional de
ancianos que residen en geriátricos
públicos y privados”*

Tutor: Lic. Marcela Avellaneda

Tesista: Rocío Mabel Serrat.

Título de grado: Licenciada en Nutrición.

Facultad: Medicina y Ciencias de la Salud

07 de abril de 2014.

RESUMEN

El propósito de este trabajo es comparar el estado nutricional de ancianos que residen en distintos geriátricos: uno de dominio público y otro privado.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizan como metodología un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.

Se realizara una encuesta de índole anónima a cada anciano de los dos geriátricos a estudiar.

El trabajo se desarrolla sobre ancianos de 65 años de edad que residen en los dos geriátricos, uno el “Hogar de Ancianos” de la Localidad de Los Quirquinchos, Provincia de Santa Fe y el otro “Hospital San Martín- Sector Geriátrico” de la Ciudad de Firmat, Provincia de Santa Fe.

Se eligió una población perteneciente a dos instituciones de distintos niveles socioeconómicos para ver si el estado nutricional de cada anciano varía de un lugar a otro.

PALABRAS CLAVES: Vejez, estado nutricional, geriátrico, ancianos.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, René y Mabel por darme la vida, educarme para que sea una persona de bien y con principios. GRACIAS por enseñarme que en la vida no hay que bajar los brazos ante los obstáculos que se presenten.

A mi hermana, Lucia que a pesar de las peleas estuvo ayudándome y dándome su aliento durante todos estos años.

A mi novio, Martín que se banco mis cambios de ánimo y a pesar de ello estuvo a mi lado alentándome a seguir.

A mi abuela Perla, que me acompañó en este largo camino.

A mis dos ángeles, que a pesar de no estar físicamente, sé que estarían orgullosos de mi por este gran logro de mi vida.

A mi amiga, Patricia Keller, una gran persona que Dios puso en mi camino.

Al Doctor Mario Groberman, por brindarme su apoyo en el momento que más lo necesitaba.

A mi tutora, Lic. Marcela Avellaneda, por su dedicación y tiempo, para llevar a cabo esta investigación.

A los profesores, por enseñarme, escucharme y brindarme los conocimientos necesarios para que sea una gran profesional.

A los ancianos, que se prestaron a participar de este estudio y al personal de las residencias geriátricas, porque sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCION.	8
FUNDAMENTACION.	9
MARCO TEÓRICO.	
• DEFINICION DE VEJEZ.	10
• FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ENVEJECIMIENTO.	10
• CAMBIOS BIOLÓGICOS MEDIADOS POR LA EDAD.	13
Composición Corporal.	17
• CALIDAD DE VIDA Y HABITOS ALIMENTARIOS.	18
Alimentación y Nutrición.	19
Factores a tener en cuenta a la hora de evaluar el Estado Nutricional de los Ancianos.	21
• REQUERIMIENTOS	24

NUTRICIONALES PARA EL ADULTO MAYOR.	
Requerimiento de energía, agua y macronutrientes.	24
Requerimiento de micronutrientes.	26
• ALIMENTACION DE LOS ANCIANOS EN LAS RESIDENCIAS GERIATRICAS.	32
Es clave individualizar la dieta.	32
• INFLUENCIA PSICOSOCIAL PRODUCIDA EN ANCIANOS QUE RESIDEN EN GERIATRICOS.	33
Relación de los ancianos con sus familiares.	34
• INTERRACCION MEDECAMENTO-NUTRIENTE	34
• PROBLEMAS QUE SE DAN EN EL ADULTO MAYOR.	39
PLANTEAMINETO DEL PROBLEMA.	43

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA.	44
OBJETIVOS DEL TRABAJO.	
General.	47
Específico.	47
JUSTIFICACION	48
RESULTADOS ESPERADOS.	49
HIPOTESIS DEL TRABAJO.	50
METODOLOGIA.	
Áreas de estudio.	51
Tipo de estudio.	53
Población Objetivo.	53
Universo y Muestra.	53
TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.	54
DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.	55

*“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos
y Privados”*

CONCLUSION.	71
BIBLIOGRAFIA.	72
ANEXOS	74

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida de los adultos mayores ha aumentado en los últimos años, debido a una mejora de las condiciones sanitarias, sociales y económicas. Todo esto ha llevado a un envejecimiento de la población, el cual se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social; resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte.

Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y estado nutricional. Los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano.

FUNDAMENTACIÓN

Los cambios que experimentan los adultos mayores al llegar a esa etapa denominada “vejez” pueden ser modificados por los patrones de alimentación y estado nutricional. Los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a más infecciones y enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida.

Es interesante analizar el estado nutricional existente en cada uno de los geriátricos: Hogar de Ancianos Los Quirquinchos (privado), y Hospital Gral. San Martín sector geriátrico-Firmat (público); de esta manera se podrá cotejar los datos adquiridos y analizar la alimentación que reciben, la situación que presenta cada geronte con respecto a su nutrición e identificar si el suministro diario está acorde a sus necesidades.

Propongo evaluar las diferencias existentes entre el estado nutricional de los gerontes que residen en geriátricos públicos y lo que lo hacen en privados; estudiando si el nivel socio-económico incide en este, o si todos reciben la misma atención.

MARCO TEÓRICO

- DEFINICIÓN DE VEJEZ

La denominada vejez, ancianidad, tercera edad o edad avanzada, constituye un grupo de población extraordinariamente heterogéneo, de tal modo que la fecha de comienzo de esta etapa fisiológica no está claramente delimitada¹. Aunque para distintos efectos podría considerarse la edad de jubilación, es decir, alrededor de los 65 a 70 años, desde un punto de vista funcional se podría hablar de vejez cuando se ha producido un 60% de las modificaciones fisiológicas atribuibles a la edad, comentan los autores.

Se define a la población de “personas de edad avanzada”² como el segmento demográfico de 65 años de edad o más. Aclara, que esta definición no reconoce los cambios físicos y socioeconómicos que experimentan estas personas cuando envejecen.

- FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso normal que comienza en la concepción y termina con la muerte. Durante los periodos 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 y 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 organismo³.*

¹ Verdú y Monserrat (2008) –Definición de vejez

² Harris (2001)

³ Harris(2001)

El envejecimiento en organismos vivos se asocia claramente con los efectos adversos determinados por el paso del tiempo, resultando en una declinación de la función y terminando con la muerte. Los procesos determinantes del mismo pueden ser clasificados en envejecimiento primario y secundario (Blusse, 1987, citado por Schapira, 2001).

El envejecimiento primario: lo define como intrínseco al organismo y los factores que llevan al decremento de las funciones se relacionan con causas genéticas.

En envejecimiento secundario: lo relaciona con la aparición de defectos e incapacidades causadas por factores externos, hostiles al individuo, incluyendo trauma y enfermedades adquiridas.

Desde una visión estadística, se puede afirmar que el envejecimiento es el aumento de la probabilidad de morir. *Esta definición es útil poblacionalmente, pero desde el punto de vista individual, es realmente extrema.*⁴

*Como resumen podríamos definir al envejecimiento como la suma de todos los procesos que acontecen a un individuo, relacionados con el tiempo.*⁵

Para explicar el envejecimiento como un proceso fisiológico, normal e inherente a todos los seres vivos, se han propuesto muchas teorías que tratan de explicar el desgaste y la involución de los seres humanos-, así la teoría del USO y DESGASTE compara al organismo humano con una máquina que se deteriora progresivamente con el tiempo y, al cabo de un número variable de años, se halla desgastada, debido al continuo uso de sus partes o a la suma de los momentos y situaciones de estrés. Esta teoría no ha podido ser comprobada experimentalmente y se funda en observaciones aisladas.

⁴ Schapira (2001)

⁵ Schapira (2001)

La teoría de la MUTACIÓN GENÉTICA postula que las manifestaciones del envejecimiento, en los organismos de edad avanzada, se deben a mutaciones de los cromosomas o del material genético de las células. Según esta teoría, cuando más vive un organismo, se halla más propenso a acumular mutaciones, lo que da lugar a que el funcionamiento celular se torne insuficiente dando lugar a trastornos metabólicos internos.

Por su parte, la teoría del ESLABONAMIENTO CRUZADO, se refiere al incremento de las uniones entre ciertas moléculas tisulares del organismo a medida que uno envejece. Esta teoría trata de explicar los cambios que conducen a la rigidez del colágeno por las uniones entre moléculas diferentes del mismo.

De todas las teorías postuladas para explicar el envejecimiento, la más conocida es la de los RADICALES LIBRES, los cuales son componentes normales del organismo que participan en el metabolismo por complejas reacciones bioquímicas, pero que también están involucrados en los procesos de envejecimiento y en más de sesenta procesos patológicos algunos tan graves como el cáncer y el Sida.

Otra teoría, que ha despertado el interés de los investigadores en los últimos años, es la TEORIA INMUNITARIA que explicaría las alteraciones morfológicas y funcionales de muchos sistemas orgánicos producidas por el paso de los años y que incluiría al sistema inmunitario relacionándolo con la patogenia de la involución.

Estudios experimentales han demostrado que ciertas funciones inmunitarias normales declinan con la edad afectando particularmente los linfocitos T. De manera general, podemos decir que la característica principal del envejecimiento es la lenta regresión de los órganos y sus funciones y que todas las teorías expuestas explican, de una u otra manera, el proceso inevitable del envejecimiento.

Es sabido que la edad cronológica no siempre coincide con la edad biológica. El envejecimiento prematuro es mucho más frecuente que un envejecimiento biológico retrasado respecto a la edad. Las manifestaciones del envejecimiento prematuro se hacen visibles de manera especial en las partes más expuestas de la piel, como la del rostro, las manos y los brazos.

- CAMBIOS BIOLÓGICOS MEDIADOS POR LA EDAD

Hay dos teorías principales que intentan responder cuáles son las causas de la decadencia física:

Las teorías de la pre-programación genética

Las primeras dicen que las células humanas sólo se reproducen hasta cierta edad, después de la cual ya no pueden separarse y según las teorías del envejecimiento por desgaste, las funciones mecánicas del cuerpo simplemente dejan de trabajar de manera idónea. Además, los restos de los productos que producen energía finalmente se acumulan, y se hacen errores en el proceso de reproducción celular. Finalmente el cuerpo, en realidad, se desgasta. No se sabe cuál de estas teorías explica mejor el proceso de envejecimiento físico; puede ser que las dos contribuyan.

Existen aspectos significativos en relación con los cambios psicológicos del envejecimiento, es el relativo a los miedos. Miedo a la propia vejez, al deterioro, a la dependencia, a la soledad, a la muerte

En el proceso de saber vivir la vejez mucho cuentan las actitudes y acciones de la sociedad en que el individuo envejece. En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo total. Es la ley de la naturaleza que todas las cosas vivan cambian con el tiempo, tanto en estructura

como en función. El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte.

La gerontología se interesa principalmente en los cambios que ocurren entre el logro de la madurez y la muerte del individuo, así como en los factores que influyen en estos cambios progresivos.

Numerosas diferencias individuales existen en el proceso de envejecer. No solamente hay variaciones entre individuos, sino también entre distintos sistemas de órganos.

Orgánicamente hablando, el individuo en cualquier edad es el resultado de los procesos de acumulación y destrucción de células, que ocurren simultáneamente. El envejecimiento comienza bien temprano en la vida. Distintas partes de la anatomía envejecen a ritmos diferentes. Específicamente, se ha señalado el caso del arcus senilis (arco senil o círculo del envejecimiento), que es la parte coloreada de los ojos de las personas viejas. Generalmente, tal cambio puede observarse por primera vez, alrededor de los 80 años, pero en otras personas puede notarse a los 50.

Con el paso de los años estos cambios en el organismo, algunos de ellos visibles otros no, se acentúan y requieren que las personas hagan ajustes para realizar las actividades cotidianas. Algunos de estos predisponen a las personas mayores a tener problemas de salud relacionados con esos cambios. A continuación se resumen algunos de ellos y los problemas de salud asociados:

Piel, uñas y pelo:

- La piel se vuelve seca y arrugada.
- La piel se vuelve más delgada y frágil.
- Decrece la función de las glándulas sudoríparas.
- Se aumenta el riesgo de insolación.
- El pelo se vuelve más fino.

- Las uñas se vuelven gruesas y ásperas (especialmente la de los pies).

Sistema Respiratorio:

- Disminuye la expansión pulmonar.
- Aumenta el riesgo de infecciones pulmonares.

Sistema Cardiovascular:

- Incrementa la arterioesclerosis.
- Incrementa el riesgo de padecer enfermedades del corazón.
- Incrementa el riesgo de presión alta.
- Incrementa el riesgo de enfermedades vasculares periféricas.

Sistema Gastrointestinal:

- Disminuye la movilidad gastrointestinal.
- Aumenta el riesgo de constipación.

Sistema Urinario:

- Disminuye la capacidad de la vejiga.
- Incrementa el riesgo de incontinencia vesical.
- Incrementa la concentración de la orina.
- Aumenta el riesgo de infección en la vejiga.

Sistema Inmune:

- Aumenta el riesgo de contraer infecciones.

Sistema Músculo-Esquelético:

- Disminuye el calcio de los huesos.
- Aumenta el riesgo de osteoporosis.
- Disminuye la masa muscular.
- Disminuye la fortaleza muscular.
- Disminuye la movilidad de las articulaciones.

- Incrementa el riesgo de osteoartritis.

Sistema Nervioso:

- Disminuye el equilibrio y la coordinación.
- Lentitud en los reflejos.
- Incrementa el riesgo de caídas.
- Disminución Perceptiva. Sensorial.

Cambios en la visión:

- Disminuye la visión nocturna
- Disminuye la percepción de colores
- Disminuye visión periférica
- Disminuye producción lagrimal
- Incrementa la sensibilidad al resplandor
- Incrementa el riesgo de caídas

Cambios auditivos:

- Disminuye la habilidad de distinguir sonidos de alta frecuencia.
- Disminuye la audición

Cambios del gusto y olfato:

- Disminuye la cantidad de papilas gustativas.
- Disminuye el sentido del olfato
- Riesgo de una nutrición deficiente

Lo prevaleciente es la noción de que la vejez es resultado inevitable del deterioro orgánico y mental. Tal deterioro se hace visible a mediados de la vida. De ahí en adelante, progresa a un ritmo acelerado.

En lo referente a los factores biológicos, se ha apuntado certeramente que los cambios que ocurren en el proceso de envejecer son los mismos en todas partes del mundo. En

este sentido parece inevitable que el organismo humano pasa a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez y la adolescencia, la plenitud, la declinación y la muerte.

COMPOSICIÓN CORPORAL

A medida que avanza la edad disminuye la masa magra corporal y aumenta el porcentaje de grasa. La grasa corporal no sólo aumenta, aunque se mantenga el peso total estable, sino que también sufre una redistribución. *Se describió una desviación progresiva de la grasa subcutánea de los miembros al tronco. Esta redistribución grasa podría tener repercusiones metabólicas y ejercer un papel importante en el desarrollo de hipertensión, enfermedades de la vesícula biliar, hiperlipidemias, etc.*

La masa ósea disminuye en ambos sexos, pero se detecta una pérdida especialmente importante en las mujeres en los años posteriores a la menopausia. Estos cambios en la masa ósea producen diversos grados de osteoporosis y aumentan el riesgo de las fracturas óseas.⁶

La pérdida de masa magra está asociada a una disminución del agua corporal total, con una reducción mayor del compartimiento de agua intracelular. Las modificaciones del agua corporal son importantes en lo que se refiere a la distribución de los medicamentos hidrosolubles, la administración de diuréticos y la regulación térmica. Así mismo, la disminución del agua corporal total hace que las personas mayores sean más susceptibles a la deshidratación y a la sobrehidratación.

- **CALIDAD DE VIDA Y HABITOS ALIMENTARIOS** (factores que se deben tener en cuenta a la hora de evaluar el estado nutricional de los ancianos).

⁶ Brozek 2005

Los cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido como los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano. Algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son:

- Factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.
- Factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.
- Factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios.

Estos aspectos contribuyen a la fragilización del individuo, entendida esta como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importante. La alimentación, el estado nutricional y la actividad física que realiza cada individuo influyen en la evolución de la fragilización, la malnutrición por lo tanto puede ser el origen o la consecuencia de la misma. Los marcadores predictivos de fragilidad son los criterios médicos, funcionales y sociodemográficos.

Para unos, el término de fragilidad lo marca la coexistencia de determinados procesos clínicos, para otros la dependencia en las actividades de la vida diaria y para otros la necesidad de cuidados institucionales, el concepto de fragilidad entendido de modo independiente a la incapacidad es un concepto multifactorial. El anciano frágil tiene

aumentado el riesgo de incapacidad y muerte ante mínimos factores estresantes externos, deteriorantes del estado de salud.

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psico-social que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional.

Además de los cambios físicos, la persona que envejece se enfrenta a cambios sociales que de manera directa o indirecta contribuyen al proceso de fragilización. Anteriormente la sociedad veía el adulto mayor con respeto, actualmente se han creado una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad y debilidad. Este punto de vista moderno hace que el adulto mayor asuma este estereotipo legitimado por la sociedad. Si bien la vejez genera limitaciones a los sujetos, también genera potenciales únicos y distintivos como la serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Se considera que la nutrición interactúa con el proceso de envejecimiento de varias formas:

1. A lo largo de la vida adulta las funciones corporales declinan progresivamente.
2. Incrementa la frecuencia de las enfermedades crónicas degenerativas con la edad.
3. En la edad avanzada, la mayoría de las personas comen menos y como consecuencia, las ingestas de nutrientes pueden resultar más bajas que las recomendadas.

El desafío de las Ciencias Médicas es fijar las condiciones de dieta que mejor preserven tejidos y funciones y minimicen enfermedades. La pregunta es cómo la nutrición y formas de estilos de vida contribuyen a empeorar o mejorar la pérdida de tejidos y funciones ligadas a la edad. Existe clara evidencia de factores dietéticos implicados en la etiología de estas enfermedades que, a su vez, pueden beneficiarse de una intervención nutricional. Una importante cuestión es si las personas de edad tienen el adecuado suministro de energía y nutrientes para mantener y aun mejorar su salud.

Los principales indicadores de un mal estado nutricional en las personas de edad avanzada son:

1. Pérdida de peso.
2. Bajo o alto peso en relación con la talla.
3. Significativa reducción de la circunferencia del brazo.
4. Incremento o disminución de los pliegues cutáneos.
5. Obesidad.
6. Significativa reducción de los niveles de albúmina sérica.
7. Sostenida ingestión inapropiada de alimentos.
8. Niveles inadecuados de vitaminas, minerales o lípidos en sangre y otras alteraciones relacionadas con la nutrición.

FACTORES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA A LA HORA DE EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ANCIANOS

La valoración nutricional habitualmente tiene cuatro componentes:

- Medidas antropométricas
- Exploración física
- Antecedentes nutricionales
- Pruebas de laboratorio

Ninguno de los cuatro componentes es definitorio, un resultado sin el otro no nos daría una completa información de la situación nutricional de la persona.

En la exploración física es útil conocer el estado de hidratación, valorar la dentadura y evaluar la capacidad de deglución de líquidos y sólidos.

Las medidas antropométricas en general son poco fiables, en primer lugar por el gran grado de variación entre ancianos sanos y en segundo lugar por los cambios en los compartimentos corporales producidos por el propio proceso de envejecimiento

Actualmente se utiliza una evaluación del estado nutricional que incorpora parámetros funcionales, dietéticos y subjetivos denominados MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) que está empezando a utilizarse con las personas mayores y cuya copia entregaré a continuación dentro de un caso práctico de desnutrición.⁷ La incorporación de encuestas dietéticas en las evaluaciones de los estados nutricionales nos da información sobre los hábitos alimentarios del anciano (preferencias alimentarias, consumo de alcohol, etc.) y evalúa los alimentos consumidos de forma que podamos detectar omisión de grupos alimentarios importantes o ingesta insuficiente.

⁷ publicado por Roser Solans en la Revista Multidisciplinar de Gerontología (Re Mult Gerontol 1998; 8: 106-112)

El cálculo de la talla concretamente ha requerido una especial atención:

TALLA

- A menudo es un problema conocerla debido a la descalcificación de las vértebras y la disminución del disco intervertebral.
- Para su cálculo nos basaremos en que los huesos largos mantienen la longitud del adulto en su madurez.

*En 1985 formularon unas ecuaciones para calcular la estatura a partir de la altura de la rodilla:*⁸

- Para mujeres:

$$T(\text{cm})=84,88 + (1,83 \times \text{altura rodilla en cm}) + (-0,24 \times \text{edad en años})$$

- Para hombres: $T = 60,65 + (2,04 \times \text{altura rodilla})$.

IMC

Este indicador es simple y útil y presenta moderadamente buenas correlaciones tanto con masa grasa como con masa magra.

El IMC ideal para los ancianos no está definido pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente entre 23-28 kg/m².

No existe evidencia de que en el anciano las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo niveles significativamente más altos o bajos que este rango son claramente no recomendables.

El IMC se clasifica:

Déficit IMC < 23

Normal IMC 23-28

Sobrepeso IMC 28-29.9

Obeso IMC > 30

⁸ Chumlea, Roche y Steinbaugh

- REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN EL ADULTO MAYOR

El proceso de envejecimiento se acompaña normalmente de una declinación en la función de los órganos; estos cambios fisiológicos influyen en las necesidades de alimentos de los individuos. A su vez, el proceso de envejecimiento está modulado por factores dietéticos y por lo tanto, la realización de una alimentación saludable durante toda la vida mejoraría la calidad en esta última etapa.

Los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable que requiere pautas claras y concretas sobre su alimentación y nutrición, que deben ser específicas debido a que las personas en proceso de envejecimiento presentan características heterogéneas, diferenciándose entre sí desde el punto de vista fisiológico, cronológico, psicológico y socio-cultural. Una nutrición adecuada sostenida a través del tiempo, facilitaría la transición del envejecimiento habitual al envejecimiento exitoso.

REQUERIMIENTO 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 de la calidad de vida.

Requerimiento de energía:

Los cambios en la composición corporal, la pérdida del tejido metabólicamente activo y la disminución de la actividad física, disminuyen los requerimientos energéticos, mientras se mantienen inalterados los requerimientos de proteínas, vitaminas y minerales. Se recomienda para un anciano bien nutrido 30 Kcal/kg/día, debiendo considerarse que si no se pueden alcanzar con una dieta estándar, será necesario suplementarla.

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

Para calcular el GER (gasto energético en reposo), se emplean las ecuaciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas mayores de 65 años, teniendo en cuenta el peso y la talla.

SEXO	G.E.R
VARONES	$[13,5 * \text{PESO (KG)}] + 487$
MUJERES	$[10,5 * \text{PESO (KG)} + 596$

Tabla 2: OMS, 1985

El aumento de 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

Requerimiento hídrico:

El balance de agua y electrolitos requiere atención tanto en los ancianos sanos como en los enfermos. La deshidratación es una situación patológica frecuente en el adulto mayor y reviste características graves que derivan en la hospitalización del individuo, situación que podría evitarse suministrándole diariamente la cantidad de agua recomendada. Algunos autores recomiendan entre 30 a 35 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 y cafeína.

Requerimiento de macronutrientes:

▪ Proteínas:

Las necesidades en la edad avanzada están influenciadas por los cambios que devienen del proceso de envejecimiento en sí mismo, por patologías asociadas a este proceso y por estados particulares de cada individuo que van desde hábitos alimentarios inadecuados a profundos grados de deterioro psicofísico y estrés. Por ello las recomendaciones deben establecerse en forma individual. En el adulto mayor se mantiene una recomendación de 1gr o 1,25 gr/kg/día.

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.

▪ Lípidos:

Una ingesta adecuada en cantidad y en calidad de grasas propicia el envejecimiento exitoso por sobre el habitual. Se recomienda un 30% del VCT. Se hace hincapié en una distribución armónica de ácidos grasos: menos del 10% de saturados, 10 a 15% de monoinsaturados y no más de 10% de poliinsaturados, precisamente para prevenir

cardiopatías coronarias. Se seleccionarán alimentos que provean adecuadas cantidades de ácidos grasos esenciales.

Tabla 3: Recomendaciones dietéticas de lípidos.⁹

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 < 10 mg/ 1000Kcal
Ácidos grasos n-3	0.2-2 g/día
Ácidos grasos trans	< 6 g/día

- Glúcidos:

Los hidratos de carbono constituyen el principal aporte energético en la dieta del anciano. Se deben seleccionar cuidadosamente los alimentos que los aportan, propiciando el consumo de glúcidos complejos. Asimismo se aconseja el consumo de cereales integrales porque aportan vitaminas, minerales y fibras. Se recomienda un consumo de carbohidratos no menor de 50-60% del VCT. Los azúcares simples no deberán exceder el 10 o 15%.

- Fibras:

⁹ Carabajal, 2001

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 frecuentes 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 fibras frente a diverticulosis y algunos tipos de cáncer, como el de colon y páncreas. Diversos organismos oficiales como la “Sociedad Española de Nutrición Comunitaria”, o “American Dietetic Association”, recomiendan ingestas diarias de fibra superiores a 25 g/día, aunque la mayoría de los ancianos no alcanzan estas recomendaciones. Por otro lado, los 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 entre 18 a 20 g/día.

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.

- Sodio: Se debe evitar tanto el consumo exagerado como la restricción extrema. Las recomendaciones para ancianos sanos están entre 2 y 4 gr de sodio.
- Potasio: Los requerimientos son de 2.000 mg y se recomienda una ingesta de 3.500 mg, por sus efectos beneficiosos sobre la presión arterial. Se debe estimular el consumo de fuentes naturales de potasio como son las frutas y verduras.
- Hierro: Para establecer las recomendaciones es conveniente evaluar las condiciones particulares de cada individuo, en relación a las posibles interferencias en la absorción y/o el aumento de las pérdidas de hierro. La educación alimentaria es necesaria para que los ancianos puedan satisfacer las recomendaciones nutricionales al mínimo costo. Para ancianos sanos con pérdidas normales se recomienda 10 mg/día; para una población con posibles alteraciones en la digestión, absorción y utilización se recomiendan 12 mg/día.
- Calcio: Se recomienda 1200 mg de calcio por día para ambos sexos. Promotores de la utilización del calcio son los alimentos que contienen lactosa y factores no identificados presentes en la leche. Antagonistas son el exceso de fibra alimentaria asociada con fitatos, plantas ricas en oxalatos, y mala absorción de las grasas.
- Magnesio: Evaluar el tipo de ingesta, atender a la función renal y al consumo de fármacos que pueden incrementar la excreción o aportar cantidades excesivas.
- Zinc: Son facilitadores de la utilización de zinc, factores no identificados en los alimentos con proteínas de origen animal. Reducen la disponibilidad, aquellos ricos en fitatos acompañados de una alta ingesta de calcio. La suplementación no

debe ser libre pues tiene efectos indeseados en el sistema inmunológico y sobre el HDL-C.

- Cromo: Las recomendaciones sugeridas van de 50 a 200 microgramos. Lo aporta el té, la levadura de cerveza, las papas, los cereales integrales, el queso y el pollo.
- Selenio: Son fuentes importantes el pescado y los cereales. Las recomendaciones son para el hombre 70 microgramos y para la mujer 55 microgramos.
- Vitamina A: Las dietas bajas en grasas y pobres en alimentos de origen animal disminuyen la biodisponibilidad de la vitamina A, limitando su absorción y su utilización. En cuanto a la capacidad de depuración de esta vitamina, puede no ser muy eficaz en los ancianos lo que los hace propensos a intoxicaciones con suplementos dietarios ingeridos sin control médico.
- Vitamina D: Las fuentes principales son pescados grasos, hígado y yema de huevo. Las recomendaciones deberán ser adaptadas a las necesidades individuales.
- Vitamina E: 10 mg/día para hombres y 8 mg/día para las mujeres.
- Vitamina C: Las frutas en general y en especial las cítricas son fuente de ácido ascórbico, también se encuentran en cantidades importantes en el tomate, los pimientos y hortalizas en general, es muy lábil y se pierde por cocción. La recomendación para ambos sexos es de 60 mg/día.
- Vitamina B12: Los alimentos fuentes son el hígado, las carnes magras, los pescados y mariscos, y la levadura de cerveza. La recomendación es de 2,4 microgramos para ambos sexos.

- Folatos: para mayores de 70 años se recomienda 400 microgramos para ambos sexos.
- Piridoxina o B6: Para hombres 1,7 mg/día y para mujeres 1,5 mg/día. Las fuentes principales son pollo, pescado, riñón, hígado, cerdo y huevos. También el arroz integral, el trigo entero, la soja y las nueces.
- Niacina: Las fuentes naturales son carnes magras, ave, hígado y levadura de cerveza. También las papas, hortalizas en general, trigo, avena y maní. Para hombres se recomienda 16 mg/día y para las mujeres 14 mg/día.
- Tiamina: Para hombres 1,2 mg/día y para mujeres 1,1 mg/día. Las fuentes principales son los cereales integrales y sus derivados, germen de trigo, carne de cerdo magra, pescado, pollo e hígado.
- Riboflavina: Para hombres 1,3 mg/día y para mujeres 1,1 mg/día. Las principales fuentes son levadura de cerveza, leche, huevo, riñón, hígado y hortalizas de hojas verdes. También se encuentran en los cereales y en las carnes de pescado y pollo.
- Fitoquímicos: Se definen como aquellas sustancias que se encuentran en forma natural en alimentos comestibles de origen vegetal (como los cereales integrales, las legumbres, las hortalizas, las frutas secas y frescas, las semillas, etc.) que, ingeridos a diario en pequeñas cantidades mediante una alimentación variada, exhiben un potencial para modular el metabolismo humano de una manera favorable en la prevención y tratamiento de enfermedades como en cáncer, diabetes, infartos e hipertensión arterial, como así también la osteoporosis, el mal funcionamiento intestinal y la artritis entre otras. Los pigmentos que colorean los alimentos no solo estimulan el apetito sino que contribuyen al mantenimiento de la salud.

▪ ALIMENTACIÓN DE LOS ANCIANOS EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Su estado nutricional mejora cuanto más individualizada es la dieta y mayor es su implicación en todo lo relacionado con la comida.

Se ha comprobado que la implicación de las personas mayores en su proceso de alimentación mejora su estado nutricional. Cuando los mayores viven en una residencia, esto no siempre es posible, pero al menos, se les debe integrar en la toma de decisiones.

Ha de evitarse la desnutrición de los adultos mayores y no obviar el respeto a sus deseos, es decir, que puedan escoger los platos o alimentos que más les apetezcan. Un aspecto importante es poder individualizar las dietas para adaptarse a las peculiaridades de cada uno, con el fin de hacerlas menos restrictivas y evitar por sistema que sean “bajas en sal”, “bajas en grasas”, etc. Estos puntos contribuirán a una mejor ingesta, más satisfacción, y por lo tanto, mejor estado nutricional y mejor esperanza y calidad de vida.

ES CLAVE INDIVIDUALIZAR LA DIETA

Las personas mayores constituyen un grupo muy heterogéneo, por lo que es imprescindible individualizar las necesidades de salud y los consejos. En el caso de las personas mayores institucionalizadas, además de los criterios básicos de alimentación saludable, los profesionales sanitarios deben conocer los requerimientos nutricionales y alimentarios de los residentes y saber cuáles son los factores que los influyen, para evitar la desnutrición.

Pero esto no es suficiente. Según un reciente documento de la Asociación Americana de Dietética (ADA) resulta esencial que, en la toma de decisiones, se integre al individuo

afectado, con el fin de mejorar el deseo de comer y el placer relacionado con el acto alimentario y, en última instancia, su estado nutricional y su calidad de vida.

Aunque la individualización de las dietas según la condición médica y las necesidades es frecuente en las residencias, el respeto por los deseos y los derechos de los adultos mayores no siempre se tiene en cuenta en la práctica diaria. La ADA recalca que en especial entre las personas mayores, la comida es una parte esencial de la calidad de vida, por lo que una dieta poco gustosa o mal aceptada condiciona una ingesta deficitaria, que deviene en desnutrición y sus consecuentes efectos negativos sobre la salud.

- INFLUENCIA PSICOSOCIAL PRODUCIDAS EN ANCIANOS QUE RESIDEN EN GERIATRICOS

El adulto mayor (AM) debe dejar el ambiente familiar para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal. *La reducción del tamaño de la familia, la falta de recursos y soluciones comunitarias generan el aumento de la internación geriátrica. De esta forma, el anciano deja el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución impersonal donde no va a poder tomar decisiones sobre asuntos cotidianos y llevar a cabo tareas de todos los días, produciéndose el llamado "estrés por reubicación", ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobreesfuerzo de adaptación.*¹⁰ Al respecto, un aspecto fundamental del traslado del AM a instituciones es el cambio que se produce en la percepción del control sobre los sucesos de la vida cotidiana. Más aún, autores como Mora, Villalobos, Araya, Ozols han revelado que la internación geriátrica acelera el deterioro, aumenta el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por

¹⁰ Buendía y Riquelme - 2007

encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo, aislamiento. Presentando discapacidades más visibles y requiriendo mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria

RELACION DE LOS ANCIANOS CON SUS FAMILIARES

Conjuntamente se desarrollan carencias de tipo afectivo por déficit de interacción social, pérdida de contacto social y problemas de movilización bastante acentuados en los AMI. Al respecto, el abordaje del tema de las relaciones sociales e interpersonales en la tercera edad es acogido por muchos desde una perspectiva negativa. Continuando con el modelo que la teoría de la desvinculación, los ancianos se retiran de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción del compromiso con las normas y valores. La ruptura, en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como: alejamiento de las conexiones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), carencia afectiva percibida con los hijos, y escasez en lo que se refiere a los enlaces con parientes y amigos que se van dejando por el camino como consecuencia de la distancia o la muerte.

- INTERACCIÓN MEDICAMENTO – NUTRIENTE

Muchos de los fármacos empleados, con frecuencia pueden interferir con la digestión, absorción, uso o excreción de nutrientes esenciales. Los fármacos pueden también tener ciertos efectos sobre el apetito, el gusto y el olfato.¹⁵⁻¹⁸

La elección adecuada de fármacos, el ajuste correcto de la dosis y la educación exhaustiva del paciente y su familia u otro personal encargado de su cuidado pueden mejorar con frecuencia el estado clínico del paciente. Sin embargo, es posible que se

hayan pasado por alto posibles interacciones negativas entre estos suplementos y los fármacos recetados.¹⁴

A través de investigaciones se ha reconocido que el apoyo nutricional es un factor importante en el mejoramiento de la longevidad y calidad de vida del adulto mayor, en ciertas condiciones como alcoholismo, problemas mentales, insuficiencia renal, problemas gastrointestinales, polifarmacia e intolerancia de alimentos.

Muchos ancianos son personas polimedicadas, con lo que aumenta el riesgo de interacciones, no solamente entre fármaco-fármaco, sino también entre fármaco-alimento, fármaco-nutriente y fármaco-estado nutricional. Estas interacciones pueden afectar tanto al estado nutricional del paciente como al efecto terapéutico de algunos fármacos, es decir, en definitiva a la calidad de vida. Por este motivo, hacemos mención esquemática de las más relevantes:

Tabla II	
<i>Procesos asociados a las interacciones fármacos-nutrientes</i>	
<i>Fármacos</i>	<i>Interacción fármaco-nutriente</i>
Paracetamol (analgésico)	↑ Utilización metabólica de proteínas
Laxantes	↓ Absorción de vitaminas y minerales
Digoxina (cardiotónico)	↓ Apetito
Diuréticos	↑ Excreción de potasio
Colestiramina (hipocolesterolemiantes)	↓ Absorción de folato, vitaminas A y K
Antiácidos	↓ Absorción de folato
Tetraciclinas (antibiótico)	↓ Absorción de calcio
Cefalosporinas, gentamicina (antibióticos)	↓ Metabolismo proteico y vitaminas A y K
Salicilatos (analgésico)	↓ Valores séricos de folato
Anticonvulsivantes	↓ Metabolismo de folato
Metotrexato (antitumoral)	↓ Absorción y metabolismo de folato
Aspirina (analgésico)	↓ Hierro
Tranquilizantes	↑ Peso corporal

INTERACCIONES QUE PUEDEN AFECTAR AL EFECTO DEL FÁRMACO

- Los pacientes tratados con anticoagulantes orales, pueden sufrir una disminución de la respuesta terapéutica al consumir habitualmente alimentos ricos en vitamina K, tales como hígado o algunas hortalizas de hoja. Se aconseja que una vez conseguido el equilibrio terapéutico, la dieta no sufra variaciones importantes.
- La absorción de algunos medicamentos puede verse afectada por la formación de complejos insolubles. La administración de sales de hierro junto con alimentos ricos en taninos, puede reducir la biodisponibilidad del fármaco. Asimismo, la absorción del calcio puede estar limitada en personas que paralelamente ingieren alimentos ricos en fibra.
- La ingesta conjunta de alimentos proteicos y la levodopa puede provocar una disminución del efecto terapéutico, por inhibición competitiva a nivel de absorción intestinal. Se aconseja definir y controlar la cantidad de proteínas a ingerir, establecer la dosis adecuada del fármaco y evitar alteraciones dietéticas que puedan modificar la respuesta a la pauta establecida.
- La biodisponibilidad del propanolol puede variar con las dietas ricas en proteínas.
- La biodisponibilidad de la teofilina cuando se administra en formas de acción retardada, puede estar afectada por las comidas, al modificarse la acidez gástrica.

- Asimismo, la administración de teofilina junto con dietas ricas en proteínas, disminuye la semivida del fármaco, en comparación con las dietas ricas en hidratos de carbono. Se recomienda evitar alteraciones bruscas de la dieta, tanto para prevenir la disminución del efecto terapéutico como la aparición de efectos secundarios indeseables.
- La malnutrición puede acelerar algunas de las modificaciones en la composición corporal propias del envejecimiento; así, puede darse una disminución de las proteínas plasmáticas y en especial de la albúmina y una disminución de la masa magra, una disminución del contenido en agua de los tejidos, que afectan tanto al transporte como a la distribución de numerosos fármacos y a su índice terapéutico.
- Algunas interacciones pueden ser útiles puesto que compensan o previenen los posibles efectos secundarios indeseables de algunos fármacos; basta recordar el efecto beneficioso de los alimentos ricos en potasio en pacientes tratados con diuréticos no ahorradores de potasio, o la protección gástrica de los alimentos frente a la acción lesiva de algunos medicamentos sobre la mucosa gástrica.

INTERACCIONES QUE PUEDEN AFECTAR AL ESTADO NUTRICIONAL

- El uso prolongado e incontrolado de medicamentos laxantes puede inducir el riesgo de malabsorción generalizada de los distintos nutrientes, al disminuir el tiempo de contacto con la mucosa intestinal.

- Asimismo, la administración de laxantes derivados de aceites minerales puede disminuir la absorción de las vitaminas liposolubles.
- El abuso de laxantes puede provocar hipoprotrombinemia al disminuir la absorción de la vitamina K.
- Los tratamientos con levodopa pueden provocar una deficiencia de vitamina B₆, debido a una interacción entre la levodopa y el piridoxal fosfato.
- La administración crónica de anticonvulsivantes se ha relacionado con deficiencias de folato.
- La administración prolongada del diurético triamtereno puede producir deficiencias de folato.
- La administración de diuréticos (excepto de los ahorradores de potasio) puede provocar un déficit de este ión. También hay que considerar que la administración incontrolada de diuréticos puede ocasionar déficit de iones calcio, magnesio y zinc, por excreción incrementada.
- La administración prolongada de medicamentos antiácidos puede inducir un déficit de tiamina, debido a su parcial destrucción por el pH excesivamente alcalino en la luz del intestino.
- La administración crónica y excesiva de medicamentos antiácidos puede provocar la precipitación del fosfato de la dieta e incrementar el riesgo de osteomalacia en el anciano.

• **LOS PROBLEMAS QUE SE DAN EN EL ADULTO MAYOR**

La adecuación nutricional de la dieta de las personas de edad es el resultado de la acción de una serie de factores de índole muy diverso que determina:

1. *La ingesta.*
2. *La utilización de energía y nutrientes.*
3. *Las necesidades de energía y nutrientes.¹¹*

Todos estos factores son consecuencia de aspectos biológicos, ambientales, sociales, y psíquicos (tabla) y su repercusión, en una población tan heterogénea como la de las personas de edad, también lo es.

Tabla. Factores que afectan al estado nutritivo de las personas de edad avanzada

<u>INGESTA</u>	<u>UTILIZACIÓN DE NUTRIENTES</u>	<u>NECESIDADES DE NUTRIENTES</u>
	<u>FISIOLOGICOS</u>	
Masticación	Salivación disminuida	Menor actividad física
Debilidad física	Acidez gástrica	Uso elevado de fármacos
Incapacidad física	Punción gástrica	Eficacia digestiva y metabólica disminuida
Inmovilidad - parálisis	Función renal	
Mala visión	Actividad enzimática	
Falta de coordinación neuromuscular	Menor peristaltismo	

¹¹ Dr. Sotolongo, “Envejecimiento y Nutrición”, Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas, Vol 26 n° 1.

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

Molestias por ingestión de algunos alimentos		
Pérdida del sentido, del gusto y olfato		
Anorexia		
Régimen por enfermedad		
	<u>SOCIALES</u>	
Aislamiento	Modelos dietéticos de baja bioutilización	Tiamina, más elevadas en alcohólicos
Soledad		
Pobreza		
Ignorancia		
Preferencias por alimentos inadecuados		
Hábitos alimentarios muy rígidos		
	<u>PSÍQUICOS</u>	
Alcoholismo		
Demencia		
Depresión y Ansiedad		
Creencias, tabúes, manías		

De entre los muchos factores socioeconómicos que pueden modificar la dieta y por tanto, el estado de salud, cabe destacar:

1. El abandono de la actividad laboral.
2. El bajo poder adquisitivo y las pensiones recibidas.
3. La falta de conocimientos mínimos sobre las normas básicas para la alimentación sana.
4. Hábitos alimentarios muy rígidos.
5. Incapacidad para adaptarse a nuevos alimentos y estrategias de mercado o simplemente la pobreza.

El aislamiento y la soledad conducen, entre los que viven solos, al consumo de comidas fáciles o ya preparadas, por falta de motivación en las mujeres o de habilidad culinaria en los hombres y, al mismo tiempo, el número de comidas omitidas va siendo mayor. Parece indudable que gozar de apoyo social y comer en compañía mejora el apetito, la cantidad de alimento ingerido y, por tanto, repercute en el estado nutritivo.

Por otra parte, las personas que viven en instituciones están en régimen de internado y realizan en ellas todas sus comidas y no se suele seguir un criterio dietético especial para este grupo de edad, excepto el que se aplique a una patología dada; la consecuencia puede ser que, conjuntamente, todos los individuos de una institución hagan comidas inadecuadas por su composición, monótonas y, lo que es peor, preparada con gran anticipación antes del momento de ser consumida, con la pérdida de nutrientes, especialmente vitaminas, por mantener las comidas calientes de manera prolongada o su recalentamiento.

La hospitalización es un alto riesgo, en particular en los viejos. Aun en las mejores circunstancias, las comidas del hospital no son las habituales y las dietas terapéuticas no suelen ser atractivas. También aquí el tiempo transcurrido desde que se prepara la

comida hasta la llegada a la habitación del paciente, recalentada, repercute negativamente en su valor nutritivo

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las instituciones geriátricas, una de las metas que deben proponerse infaltablemente es que sus pacientes logren atravesar esa etapa de sus vidas (a partir de los 65 años) saludablemente, y disfrutar a plenitud la etapa de la adultez. Para ello es de vital importancia poseer hábitos alimentarios saludables, temática a la que apunta la presente investigación:

¿En qué aspectos varía la alimentación sobre el estado nutricional de ancianos que residen en geriátricos de pueblos vecinos (Firmat y Los Quirquinchos)?

ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LA NUTRICION EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

La presente revisión pretende ofrecer algunas consideraciones acerca de los problemas nutricionales en relación con la población de más edad. ¹²Tras una introducción donde se enfatiza la importancia del tema y se establecen algunas consideraciones de tipo demográfico, el capítulo se centra en cinco puntos. El primero analiza la interrelación nutrición-envejecimiento, repasando los diferentes cambios que se van produciendo en el curso del tiempo. Se hace énfasis especial en aquéllos referidos al aparato digestivo, al de sostén (hueso y músculo), al inmunitario y al metabólico, comentando en cada caso la influencia que estos cambios ejercen sobre la nutrición.

El segundo apartado se limita a ofrecer un repaso somero sobre la epidemiología del cáncer en las edades avanzadas. El tercero, más extenso, insiste en la necesidad de verificar la evaluación nutricional del anciano en el contexto más amplio de una valoración geriátrica integral, y comenta las maneras más adecuadas de llevarla a efecto. El cuarto y el quinto apartados centran su atención, respectivamente, en exponer una mínima aproximación a lo que son las recomendaciones nutricionales para este colectivo, así como en exponer y comentar algunos aspectos muy concretos referidos a circunstancias específicas que pueden tener lugar en el anciano.

¹² Casado, J. M Ribera “Consideraciones especiales de la nutrición en el paciente geriátrico”, Capítulo xix, Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico, Servicio de geriatría Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Recuperado: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_19.pdf. Visto: 13/11/13

VALORACIÓN GERIÁTRICA: UTILIDAD PREDICTIVA EN EL ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE GERIÁTRICO HOSPITALIZADO

Profundizar en las características del paciente geriátrico asociadas a eventos sanitarios y sociales negativos o no deseables, tanto durante la estancia en el hospital, al abandonar éste, como a los seis meses del alta hospitalaria, es la base del estudio.

El abordaje del paciente geriátrico que ingresa en el hospital por enfermedad aguda, se realiza a través de la técnica diagnóstica que es la valoración geriátrica. Ésta se lleva a cabo en las primeras cuarenta y ocho horas del ingreso del paciente en el hospital.

En la valoración clínica se utilizan los diagnósticos de ingreso codificado según la Clasificación Internacional de las Enfermedades, novena y décima revisión, y los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, y también se estudian la presencia de las principales causas de incapacidad en el anciano (síndromes geriátricos). En la valoración funcional, como medida de las actividades básicas de la vida diaria, se emplean el Índice de Barthel y la Escala Funcional de Cruz Roja. En la valoración cognitiva se utilizan el Cuestionario Abreviado del Estado

Mental de Pfeiffer y la Escala Mental de Cruz Roja. Para la valoración social, una serie de preguntas claves: lugar de vivienda y tipo de convivencia, cuidador principal y cuantía de la pensión, entre otras.

Los objetivos del trabajo son el estudio de los componentes de la valoración, en el paciente geriátrico hospitalizado por enfermedad aguda, predictores de: estancia hospitalaria mayor de 28 días, mortalidad intrahospitalaria y a los seis meses del alta,

ingreso en residencia al alta y a los seis meses, uso del Servicio de Urgencias y reingreso a los seis meses del alta hospitalaria.¹³

¹³ Alarcón, María Teresa (1996) “Valoración Geriátrica: Utilidad predictiva en el estudio y seguimiento del paciente geriátrico hospitalizado” Tesis Doctoral Complense de Madrid. Recuperado: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0042701.pdf>. Visto: 14/12/13

OBJETIVOS DEL TRABAJO

GENERAL:

- Evaluar el Estado Nutricional (VEN) de los ancianos de ambos geriátricos (ancianos de más de 65 años) para comparar los resultados obtenidos en ambas instituciones.

ESPECÍFICOS:

- Analizar la alimentación que se brinda en cada uno de los geriátricos.

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento se produce por una serie de cambios morfológicos, psicológicos y fisiológicos, así como cambios de situación y actitudes. Ante esta situación es primordial una buena nutrición y dirigir la atención hacia las necesidades específicas de cada individuo.

La atención varía de un geriátrico público a uno privado pero la situación de los ancianos es la misma, hay cambios que influyen en su estado nutricional como hábitos alimentarios, alejamiento de la familia, pérdida del poder adquisitivo, incapacidad física entre otros.

RESULTADOS ESPERADOS

No habrá diferencias significativas en cada Institución, aunque la situación socioeconómica de cada geriátrico no sea la misma.

No se descarta que la calidad del menú sea para todos igual, sin adecuarse a las necesidades de cada anciano.

HIPÓTESIS DEL TRABAJO

Tomando en consideración al Hogar de Ancianos (Geriátrico Privado) y el Hospital San Martín sector geriátrico (Público) se encontrará que la alimentación que se brinda sea la misma sin diferenciar ni las patologías presentes, ni el nivel socioeconómico de cada longevo.

METODOLOGÍA

Áreas de estudio

Hogar de Ancianos Los Quirquinchos

La localidad de Los Quirquinchos se ubica en el departamento Caseros, provincia de Santa Fe, sobre la ruta provincial número 93 (al suroeste de la provincia). Limita: al oeste con Berabevú, al este con Cañada del Ucle, al sur con Chovet y Gódeken, y al norte con san José de la Esquina. Fue fundada el 27 de diciembre de 1892, por Don Emilio Vollenweider. Está a una altura de 102,27m. sobre el nivel del mar. Corresponden al distrito 21.550 has. El último censo (2010) consigna 2.600 habitantes.

El Hogar de Ancianos se ubica en el Bv. Vollenweider, esquina Juan de Garay. Fue fundado el 1° de octubre de 1.997 y cuenta con un edificio propio, en buenas condiciones, donde actualmente funciona también, el canal de tv LQQ6, circuito cerrado, al que se accede mediante el pago de una cuota mensual, la que, junto con el pago de cada residente, hacen que el hogar siga funcionando.

Hospital San Martín – sector Geriátrico

Firmat es una ciudad del departamento General López (provincia de Santa Fe, Argentina). Dista 107 km de Rosario, 58 km de Venado Tuerto y 261 km de Santa Fe, capital de la provincia. Se fundó el 30 de agosto de 1.888.

Por la gran cantidad de fábricas relacionadas al rubro agrícola, está considerada como una de las ciudades con mayor cantidad de industrias en proporción a la cantidad de habitantes en la provincia.

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

Cuenta con una población de 17.908 habitantes (censo octubre de 2010). El geriátrico se encuentra en la parte trasera del hospital, este cuenta con edificio propio y esta subsidiado por Vassalli.

El Hospital Gral. San Martín se inicia según la necesidad de la gente en 1932 como “Sala preauxilio Hospitalarios”.

Se crea una Comisión y se recauda fondos con el fin de un hospital. El terreno es donado en 1937, y se empieza a construir a partir del 1942. El edificio queda terminado en febrero de 1945. Pasa bastante tiempo para su habilitación, recién el 17 de octubre de 1950 se lo inaugura y se le da el nombre. Por ser el Año Sanmartiniano, se le impone el nombre del General San Martín.

Con el transcurrir el tiempo se crea una sala para ancianos (1957), Banco de Sangre (1965), UTI (2006).

Con la Ley SAMCO (Servicio de Atención Médica para la Comunidad) sancionada en el año 1967, el Hospital General San Martín pasa a denominarse SAMCO. (Santa Fe fue la única provincia en adoptar esa idea, aún vigente.)

En el 2008, con la reforma regional que apunta a establecer una red de atención referida a estrategias de jerarquizar la A.P.S (Atención Primaria de Salud), organizando las necesidades de la población en sus diferentes niveles. Así se forman los Nodos. Este SAMCO pertenece al Nodo 5.

Tipo de estudio

Estudio cuanti-cualitativo, observacional, descriptivo y transversal.

Es un estudio:

Cuanti-cualitativo: Cuantitativo porque se basa en cantidad, en valores numéricos y cualitativos porque se basa en cualidades, características; clasificando los resultados.

Observacional: en el que no hay intervención por parte del investigador, se observó a un conjunto de población en un intento de encontrar tendencias.

Descriptivo: porque se estudió situaciones que ocurren en condiciones naturales permitiendo la descripción del problema, registrando las características de las personas afectadas.

Transversal: porque permitió analizar los hechos en un momento determinado.

Población objetivo

La población seleccionada para la realización de esta investigación serán los adultos mayores que residen en geriátricos públicos y privados en las localidades de Firmat y los Quirquinchos.

Universo y Muestra:

Para llevar a cabo la presente investigación se tomará como *universo* a 70 adultos mayores que viven en los geriátricos estudiados, pertenecientes a la localidad de Firmat y Los Quirquinchos, provincia de Santa Fe, Argentina.

Como *muestra* se utilizarán a aquellos adultos que cumplan con el siguiente criterio: autoválidos.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: INSTRUMENTOS

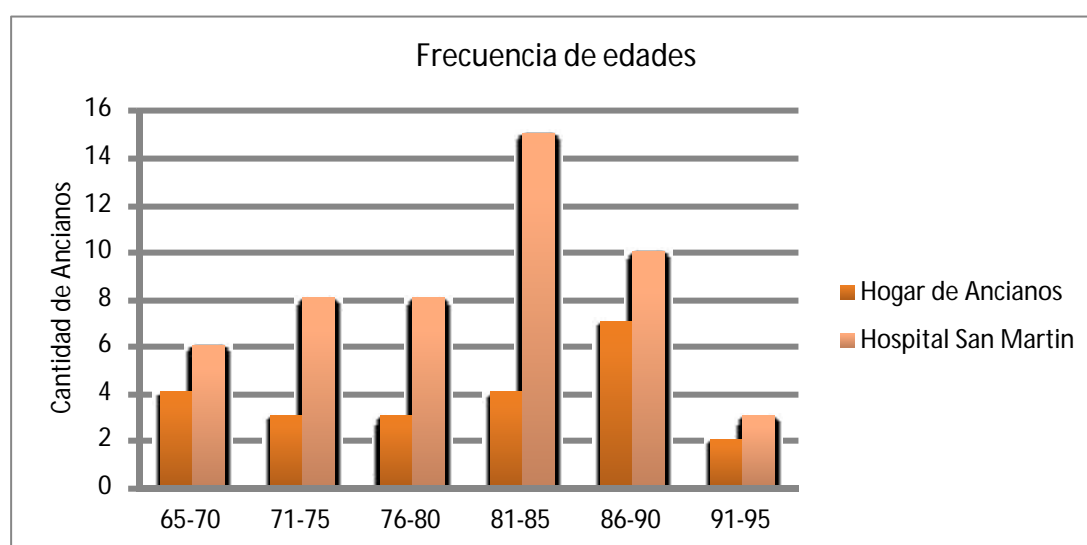
- **Menú semanal:** Provisto y autorizado por cada Institución.
- **Balanza**
- **Tallimetro**
- **Encuesta nutricional:** se empleará con el fin de recopilar los datos necesarios sobre los hábitos alimentarios y estado fisiológico de cada geronte en particular.
- **Diario de frecuencia de consumo de alimentos:** se realizará a fin de obtener mayor precisión sobre los hábitos alimentarios de los adultos mayores.

Con la finalidad de evaluar que la encuesta a realizar sea efectiva, realice en el año 2011 un trabajo similar encuestando a 23 ancianos que residen en el Hogar de Ancianos de Los Quirquinchos.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Se encuestó a 70 ancianos residentes de ambos geriátricos de las localidades de Firmat y Los Quirquinchos por el periodo de 15 días. Dichas encuestas se realizaron a ancianos autovalidados, estas fueron realizadas de acuerdo a los que ellos me iban diciendo.

Todos los encuestados quedaron muy conformes

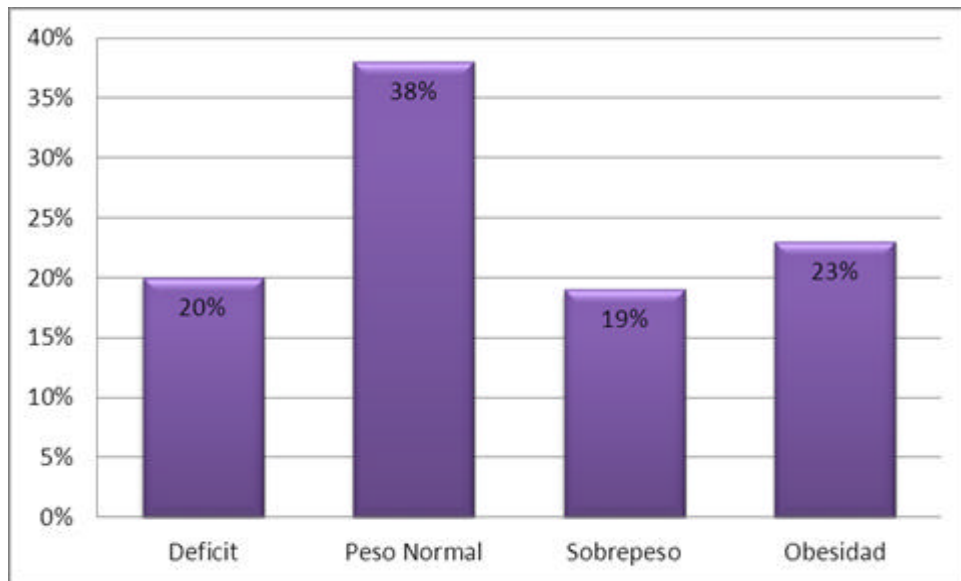


Se observó que en el geriátrico público, Hospital San Martín- sector geriátrico, la mayoría de los ancianos tienen entre 81- 85 años, mientras que en geriátrico privado Hogar de ancianos, la mayoría tiene entre 85 – 90 años.

IMC DE LOS ADULTOS DE AMBOS GERIÁTRICOS.

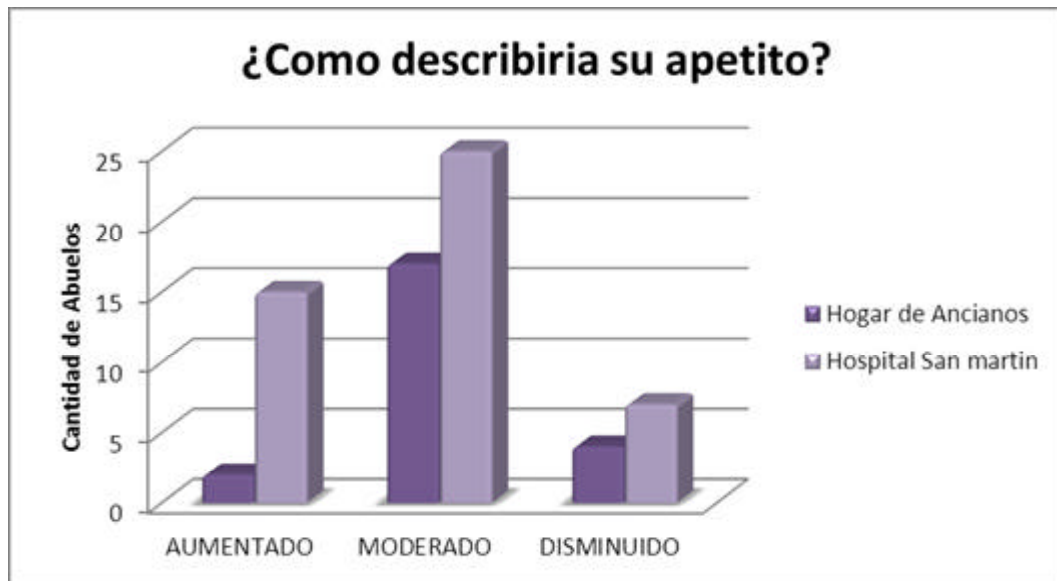
Geriatricos	Cantidad de Ancianos	Déficit	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad
Hogar de Ancianos	23	4	10	3	6
Hospital San Martín	47	10	17	10	10
Total	70	14	27	13	16
Porcentajes	100%	20%	38%	19%	23%

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”



En ambos geriátricos se pudo observar que en el total de ancianos (70) el mayor porcentaje (38%) poseen un IMC dentro de los valores normales y el menor porcentaje (19%) padecen sobrepeso.

APETITO



La mayoría de los ancianos de ambos geriátricos refirió que su apetito es moderado, siendo este más alto en el geriátrico público como también algunos describieron que su apetito era aumentado y se les pregunto en que momento comían desmesuradamente y refirieron que eran en todas las comidas.



“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

Los datos arrojaron que en un mayor porcentaje los ancianos de ambos geriátricos disfrutaban comiendo, mientras que un menor porcentaje lo hace a veces.

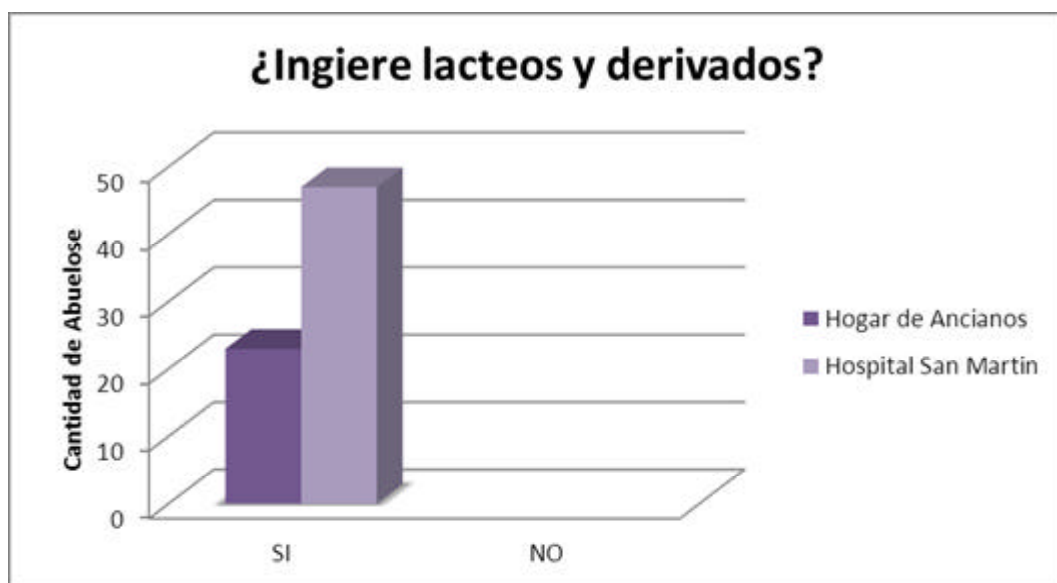
PREFERENCIAS ALIMENTICIAS



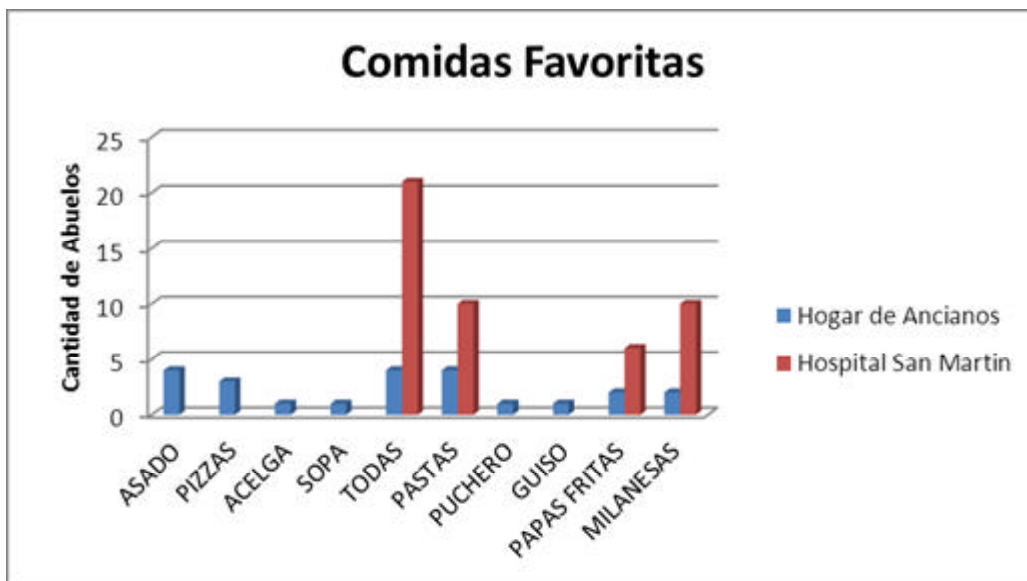
En este caso los ancianos describieron en un mayor porcentaje que no hay ningún alimento que no pueda comer, en un menor porcentaje hay alimentos que no pueden comer y refirieron que son: dulces, salsas, vegetales, cítricos, cebolla.



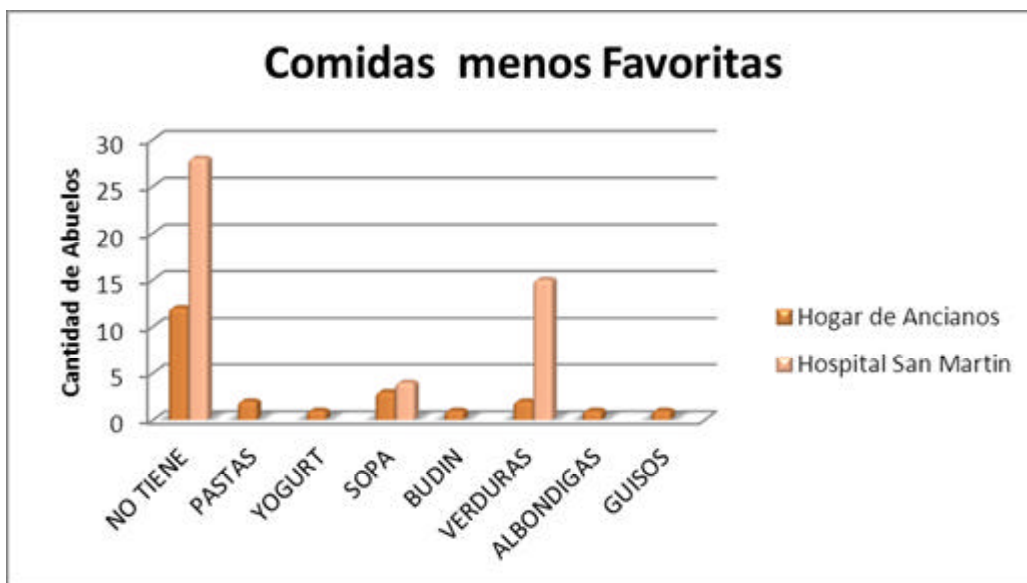
En este caso los ancianos refirieron en un mayor porcentaje que no están bajo ninguna dieta especial y en menor porcentaje que si están bajo dieta especial y la dieta que más refieren es baja en sodio (hiposodica) y se las prescribe el médico de cabecera.



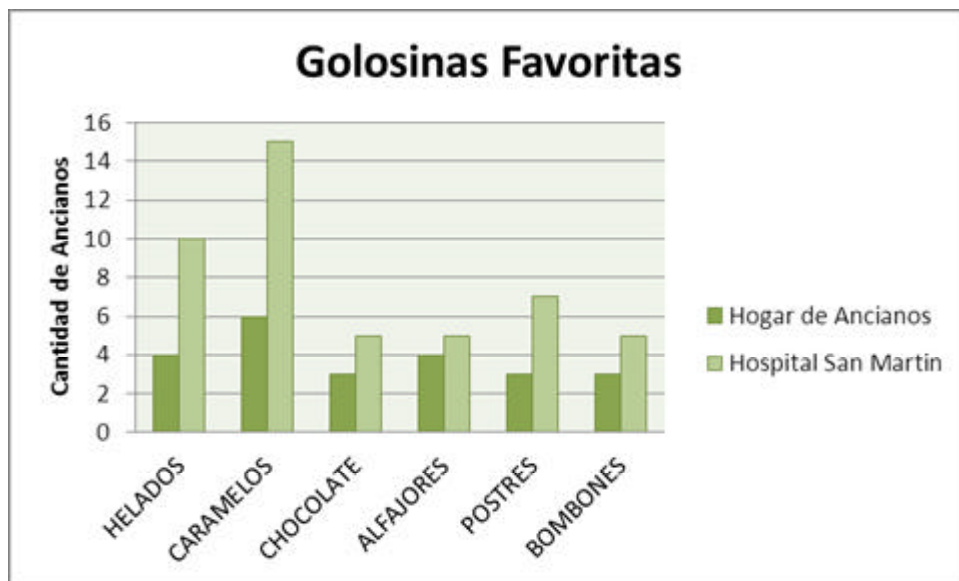
En ambos geriátricos el mayor porcentaje de ancianos consume lácteos y derivados, todos los días y de índole enteros.



En este caso el mayor porcentaje se da en el Hospital San Martín donde los ancianos refirieron que sus comidas favoritas son todas, lo mismo ocurrió en el Hogar de ancianos.

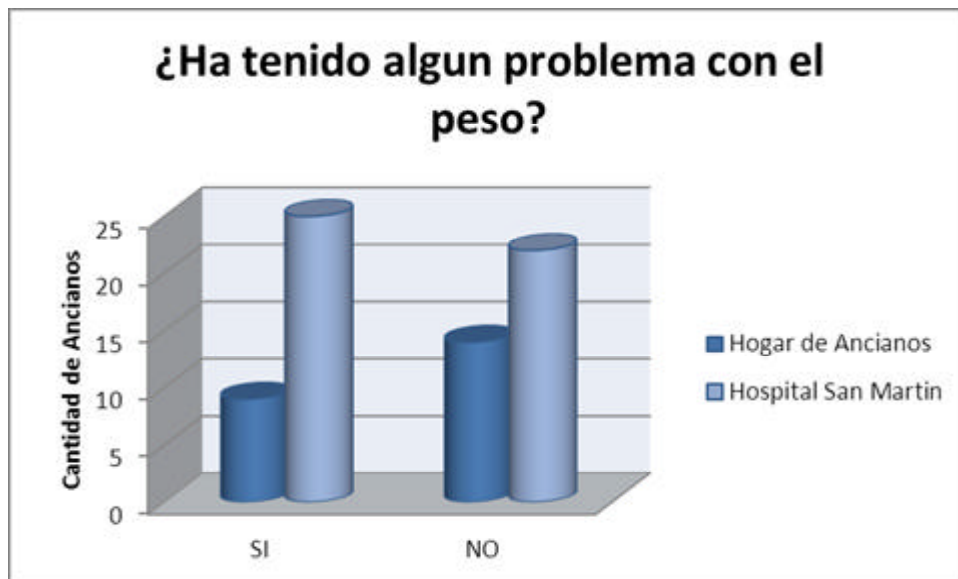


En este caso el mayor porcentaje se da en ambos geriátricos donde los ancianos refirieron que no tienen comidas menos favoritas



El mayor porcentaje lo tienen los caramelos aunque todos los ancianos en ambos geriátricos me refirieron que no les dan y si consumen es porque se los llevan los familiares cuando van a visitarlos.

HISTORIA DEL PESO

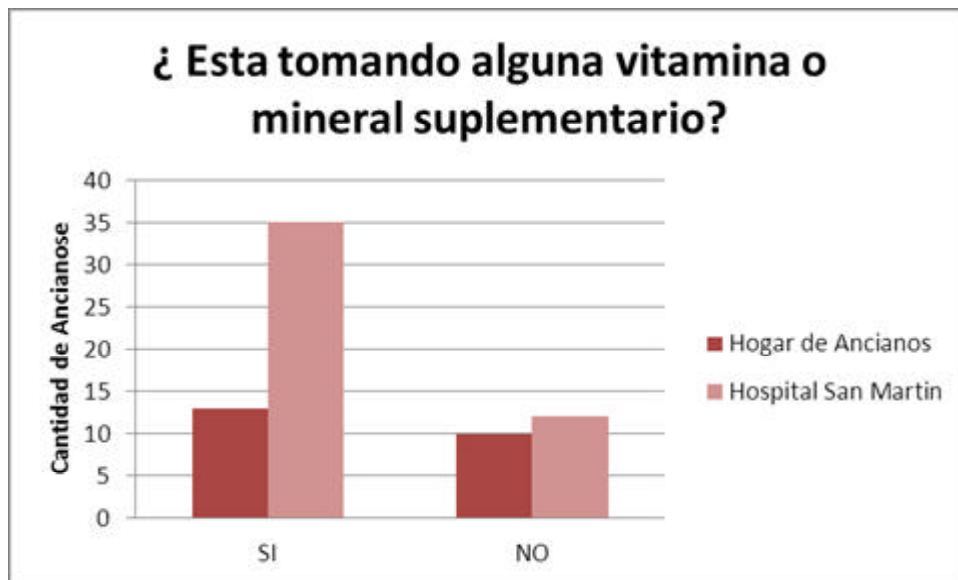


El mayor porcentaje se da en el Hospital San Martín – sector geriátrico donde los ancianos refirieron que tienen problemas con su peso sobre todo se sienten con sobrepeso ya que tiene una vida sedentaria.

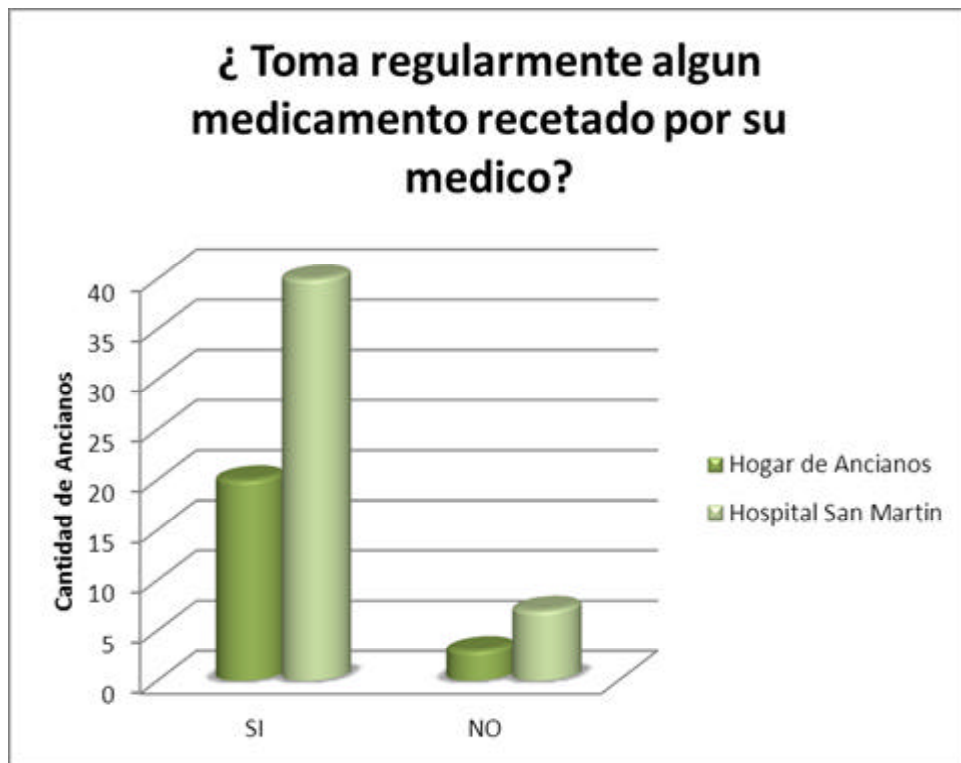


En este caso en ambos geriátricos el mayor porcentaje de los ancianos refirieron que se sienten bien con el peso que presentan.

SUPLEMENTOS Y MEDICAMENTOS



En este caso el mayor porcentaje se da en ambos geriátricos donde los abuelos además de la alimentación toman algún suplemento vitamínico- mineral.



El mayor porcentaje si toman medicamentos se da en ambos geriátricos, ya que por distintas patologías que presentan toman diariamente medicamentos recetados por el médico.

Las encuestas fueron llevadas a cabo de muy buena predisposición por parte de los abuelos y todos contestaron lo que se les preguntaba, pero a la hora de realizar el diario de frecuencia de consumo no se puedo realizar ya que me dijeron que ellos no realizaban las comidas y que no sabían la cantidad que comían porque muchos repitan el plato del día.

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

MENU “HOGAR DE ANCIANOS” GERIATRICO PRIVADO

	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	CENA
LUNES	Café con leche entera con biscochos.	Milanesa al horno con ensalada de lechuga y tomate. Pan	Café con leche entera con masitas dulces.	Fideos con salsa. Pan
MARTES	Café con leche entera con tostadas con mermelada.	Filet de pollo a la plancha con puré mixto. Pan.	Café con leche entera con tostadas con mermelada.	Pizzas.
MIERCOLES	Café con leche entera con vainillas.	Carne al horno con batatas y papas. Pan.	Café con leche con medialunas saladas.	Tarta de verduras.
JUEVES	Café con leche con pan con manteca y dulce de leche.	Polenta con salsa. Pan.	Café con leche entera con masitas de agua con mermeladas	Empanadas de carne y jamón/queso
VIERNES	Café con leche entera con pan	Bife a la plancha con ensalada de	Café con leche entera con	Canelones de verdura con

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

	con manteca	zanahoria. Pan.	vainillas	salsa. Pan.
SABADO	Café con leche entera con masitas dulces.	Hamburguesa con puré de papa. Pan.	Café con leche entera con bizcochos.	Arroz con pollo. Pan.
DOMINGO	Café con leche entera con pasta frola.	Tallarines con salsa bolognesa. Pan.	Café con leche entera con tortas.	Pizzas.

MENU “HOSPITAL SAN MARTIN - SECTOR GERIATRICO”. PUBLICO.

	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	CENA
LUNES	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con queso untable.	Filet de pescado a la romana con puré mixto. Postre de chocolate. Pan.	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con mermelada.	Arroz primavera. Banana. Pan.
MARTES	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con	Milanesa al horno con ensalada rusa. Flan. Pan.	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con	Tallarines con salsa mixta. Manzana al horno. Pan.

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

	queso untable.		mermelada.	
MIERCOLES	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con queso untable.	Hamburguesa de pollo con revuelto de zapallitos. Aspic. Pan.	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con mermelada.	Polenta con salsa filetto. Pan. Compota de pera.
JUEVES	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con queso untable.	Pollo al horno con papa y calabaza. Pan. Ensalada de frutas.	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con mermelada.	Canelones de carne y verdura con salsa blanca. Pan. Postre de chocolate.
VIERNES	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con queso untable.	Hamburguesa de carne con ensalada de tomate y huevo. Pan. Duraznos al natural.	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con mermelada.	Tallarines con vegetales. Pan. Manzana al horno.
SABADO	Infusión con leche entera con tostadas de	Filet de pescado con tortilla de	Infusión con leche entera con tostadas de	Tallarines con salsa mixta. Pan. Aspic.

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

	pan lactal con queso untable.	acelga. Pan. Pera.	pan lactal con mermelada.	
DOMINGO	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con queso untable.	Ravioles de carne y verdura con crema y queso. Pan. Gelatina.	Infusión con leche entera con tostadas de pan lactal con mermelada.	Filet de pollo con ensalada de zanahoria. Pan. Compota de manzana.

Al momento de analizar la alimentación que se brinda en cada geriátrico, se observó que en el público el menú que se propone es balanceado y se ajusta a las necesidades nutricionales de cada anciano. En cambio en el privado la alimentación es preparada en el momento y cada uno tiene la opción de elegir. Las frutas, yogures, entre otras cosas tienen que llevarselas dichos familiares.

CUADRO COMPARATIVO DE AMBOS GERIATRICOS

PREGUNTAS	HOGAR DE ANCIANOS (Geriátrico Privado)	HOSPITAL SAN MARTIN (Geriátrico Publico)
¿Cuenta la Institución con médico, nutricionista, psicólogo? ¿Con que frecuencia asiste?	No, al médico se lo llama en caso de urgencia y las encargadas de la comida son las cocineras.	Si, el geriátrico cuenta con un médico que asiste lunes, martes, miércoles y viernes por la tarde, también va la Nutricionista que realiza el

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

		menú y le da indicaciones a las cocineras. La psicóloga va una vez por semana.
Enfermeras, Cocineras y Mucamas ¿Cuántas hay? ¿Qué horario realizan?	Enfermeras: 4 fijas y 1 que realiza los francos y vacaciones. Cocineras: 2 fijas y una reemplazante. Mucamas; 2 fijas y una reemplazante. Todas tienen un horario de 8hs.	Enfermeras/os son 8 y tiene una carga horaria semanal de 40hs con horarios rotativos. Mucamas son 2 y cumplen 56 horas semanales con 2 francos.
¿Está estipulado el menú para todos los días? ¿Se diferencia para las distintas patologías que presenten los ancianos?	El menú no está estipulado, se prepara de acuerdo a los alimentos que hay. No hay un menú para las patologías que presenten los abuelos.	El menú se estipula todos los días junto con los enfermeros que dan información del estado de cada abuelo, teniendo en cuenta el estado nutricional y los factores que ponen en riesgo la alimentación.
¿Qué alimentos se	Pollo, verduras, carnes	Los alimentos que se

“Comparación del Estado Nutricional de ancianos que residen en geriátricos Públicos y Privados”

consumen semanalmente?	rojas, leche entera, pastas, frutas, huevos.	consumen semanalmente son a base de carnes rojas, pescado y pollo. Frutas, verduras, cereales, pastas, leche entera (larga vida), huevo, manteca, etc.
¿Se realizan comidas para eventos?	Si, se preparan empanadas, pizzas y distintos tipos de tortas.	El menú es el mismo de acuerdo a lo estipulado por la Nutricionista, solo se realizan tortas.
Método de cocción que más se usa	Horno, plancha, vapor, hervido.	Se cocina al vapor, hervidas y sobre todo en horno...
¿Se respetan las cuatro comidas principales? ¿A qué horario se realizan?	Si se respetan. Los horarios son: Desayuno:08:00hs Almuerzo: 12:00hs. Merienda: 17:00hs. Cena: 20:30hs.	Se respetan las cuatro comidas: Desayuno: 8hs Almuerzo: 12hs Merienda: 16hs Cena: 19hs.

CONCLUSIÓN:

Los resultados presentados en esta sección corresponden al análisis de la información recolectada sobre un total de 70 ancianos residentes en los geriátricos de las localidades de Los Quirquinchos y Firmat, provincia de Santa Fe.

Respecto al objetivo específico, el cual hace referencia a analizar la alimentación que se brinda en cada uno de los geriátricos, obtuve como conclusión que en el Hogar de Ancianos (Los Quirquinchos) la alimentación que se brinda es para todos iguales sin hacer diferencia a las patologías que presenten los abuelos, en cambio en el Hospital San Martín – sector geriátrico (Firmat), el menú es realizado por la Nutricionista del lugar y se tiene en cuenta las distintas patologías que estos presentan, ya que en esta etapa de la vida hay que tener en cuenta los cambios morfológicos, psicológicos y fisiológicos que se presentan.

Por lo tanto la hipótesis de trabajo fue certera en relación al geriátrico privado (Los Quirquinchos) pero, en contraposición, se puede decir que no fue verificada en el geriátrico público (Firmat) ya que el mismo está mejor adaptado a las necesidades del anciano, mientras que en el primero no se tiene en cuenta la parte nutricional que los ancianos necesitan, dejan de lado sus patologías particulares.

BIBLIOGRAFÍA

SITIOS WEB:

- **Casado, J.M Ribera.** Libro web “Consideraciones especiales de la nutrición en el paciente geriátrico”. Servicio de geriatría Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Consultado: 13 de noviembre de 2013. Recuperado: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_19.pdf
- **Alarcón, Alarcón María Teresa.** Tesis Web (1996). “Valoración geriátrica: Utilidad predictiva en el estudio y seguimiento del paciente geriátrico hospitalizado” Consultado: 14/7/13. Disponible: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_19.pdf
- **Rastrepo, S. L., Morales, R. M, Ramirez, M. C, Lopez , M. V, Varela, E. L,** Revista Chilena de Nutrición, Vol 33, nº 3 (2006).” Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud.” Consultado: 14/7/14. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006
- **Pareja. B,** Artículo de Revista Dermatológica Peruana, Vol 11, nº 2(Agosto 2000). “El envejecimiento: Factores fisiológicos y psicológicos”. Consultado:15 de enero de 2014. Disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/fofia/vol11_N2_agos_2000/envejecimiento.htm

- **Grupo de trabajo de Salud Pública de la sociedad Española de Nutrición**
Artículo Nutrición Hospitalaria. Vol 18. (Junio 2003), “Nutrición y Recomendaciones dietéticas para personas mayores.”. Consultado: 20 de diciembre de 2013. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000300001
- **Dr Sotolongo, Barrera, Dra. Leon, Osorio.** Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, Vol 26, nº 1(Enero- Marzo 2007). “Envejecimiento y Nutrición” Consultado. 12 de enero de 2014. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002007000100008&script=sci_arttext&tlng=pt
- **Genua Goena, Ma Isabel** (Agosto de 2011), “Nutrición y Valoración del Estado Nutricional en el Anciano”. Pág. 12. Consultado: 23 de enero de 2014. Disponible: http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/matia-nutricion_y_valoracion.pdf

ANEXOS

- 1) _____
2) _____

3. HISTORIA DEL PESO

- a) ¿Ha tenido algún problema con el peso? Sí [] No []
Si es sí, ¿Cuál? Sobrepeso [] Bajo peso []
- b) ¿Cómo se siente con respecto a su peso?
Demasiado pesado [] Demasiado delgado [] Bien []

4. SUPLEMENTOS Y MEDICAMENTOS

- a) ¿Está tomando ahora alguna vitamina o mineral suplementario? Sí [] No []
- b) ¿Toma regularmente algún medicamento recetado por su médico? Sí [] No []