



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO DE INVESTIGACION FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN NUTRICION

DIRECTORA DE LA CARRERA:

Doctora Norma Guezikaraian

NOMBRE Y APELLIDO DE LOS AUTORES:

Mauriño, María Amelia

Ocello, Verónica Natalia Mariana

TITULO DEL TRABAJO:

"Estado Nutricional de adultos mayores institucionalizados en Capital y Gran Buenos Aires"

SEDE:

Buenos Aires. Larrea 770.

DIRECTORA DE TIF:

Lic. Adriana Buks

FECHA DE PRESENTACION:

2017

ASESORA:

Lic. Cristina Venini

INDICE

Resumen.....	2
INTRODUCCIÓN.....	6
Marco Teórico.	9
La Alimentación	9
¿Qué es la nutrición?	9
¿Qué es la desnutrición?	16
Ancianos, los más afectados por desnutrición.	19
Como darse cuenta.....	21
Envejecimiento y nutrición	23
Justificación	40
Objetivo general.....	40
Objetivos específicos	40
Diseño metodológico.....	40
Población y muestra.....	41
Técnica de Muestreo.....	41
Instrumento de recolección de datos	41
Criterios de elegibilidad e inclusión.	41
Criterios de exclusión.	41
Definición operacional de las variables.	44
Aspectos éticos.....	47
Materiales y métodos.....	48
Resultados.....	51
Gráfico 1,2,3,4 correspondiente al Geriátrico Serrano (CABA).....	52
.....	53
.....	54
Gráfico 5,6,7,8 correspondiente al Geriátrico Villa Libertad (Pvcia de BS.AS).....	55
.....	56
.....	57
.....	58
Discusión.....	61
Conclusión.....	63
Bibliografía.....	64
Anexos.....	66
Matriz Tripartita de datos: Geriátrico Villa Libertad.....	67
Matriz Tripartita de datos: Geriátrico Serrano.....	68
Diccionario de variables.....	69

Resumen

Introducción

La manera en que estamos ayudando a los ancianos en la actualidad resulta crucial para incentivar la socialización, el rol activo y participación en distintas actividades recreativas, fomentando la autonomía, elevando su autoestima, ofreciéndoles una red de contención en términos afectivos y relacionados con su estado de salud para lograr un envejecimiento exitoso.

Objetivo General

- Determinar el estado nutricional de los gerontes que residen en geriátricos del Gran Buenos Aires y Capital Federal durante el período comprendido de Abril del 2017-a Septiembre 2017-

Objetivos Específicos

- Realizar una valoración nutricional para informarse del estado nutricional de los mismos.
- Identificar el estado nutricional por medio de valoración objetiva (antropométrica) y valoración subjetiva (MNA)
- Valorar la importancia de la socialización en los ancianos institucionalizados.

Metodología

-Se ha valorado la situación nutricional a 28 pacientes de ambos sexos (19 mujeres y 9 varones) mayores de 60 años, pertenecientes a dos geriátricos de adultos mayores de Capital Federal y Gran Buenos Aires.

-La valoración nutricional de los pacientes de la tercera edad se llevó a cabo teniendo en cuenta. datos antropométricos (valoración objetiva) y cuestionarios establecidos como MNA (valoración subjetiva) La investigación se llevó a cabo a través de un estudio observacional, descriptivo, analítico, transversal.- Una vez recolectados los datos y volcados a la matriz de datos, se procedió con la tabulación colectiva de los resultados obtenidos en el lugar de campo.

Resultados La muestra se conformó con 28 pacientes estudiados, el 60,71% con tendencia y “riesgo de desnutrición”. Solo un paciente del Geriátrico Libertad presentó “desnutrición” con IMC por debajo de 19kgs/mtrs² que corresponde al 3,57% de los pacientes, la cual no resulta una muestra representativa en términos de desnutrición. El 35,71% restante presentó estado de nutrición normal según valoración subjetiva MNA e IMC.

Discusión Para el ex presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica (SAGG) “el primer factor de riesgo de los gerontes es la soledad” .A lo largo de nuestro estudio se pretende demostrar que en los adultos mayores institucionalizados, el hecho de “no estar solos ”por gozar de mayor contacto social, asistencia permanente y contención profesional en estos sitios, serían factores coadyuvantes a nivel físico y psicológico, que favorecería un mejor estado nutricional, mejorando su calidad de vida. Los resultados han sido similares comparados con otros estudios realizados en Argentina, Venezuela y España, confirmando el mayor “riesgo de desnutrición” en comparación con la prevalencia de “desnutrición declarada”.

Conclusión Se observó claramente el riesgo de desnutrición y/o malnutrición en ancianidad y el aumento significativo de la grasa visceral que conlleva al riesgo cardiovascular en ambos geriátricos analizados. Se considera que la sociabilización y compañía serían la piedra angular en esta etapa de la vida, por ello resulta fundamental el incentivo a realizar distintas actividades, para forjar un adecuado estado físico y mental, compartiendo experiencias, y haciendo del acto de alimentarse, un encuentro rodeado de entornos afectivos, es la clave principal para lograr un envejecimiento activo y óptimo.

Palabras claves: nutrición, ancianos, antropometría, geriátrica

SUMMARY

Introduction

The way in which we are helping our elderly today is key for stimulating socialization, an active role and participation in different recreational activities, promoting autonomy, and increasing self-esteem, offering an emotional support system that is associated with their state of health to achieve successful aging.

Overall Objective

-Determine the nutritional health of elderly patients who live in nursing homes in the Greater Metropolitan area of Buenos Aires and Capital Federal during the period between April and September of 2017.

Specific Objectives

- Conduct a nutritional assessment to learn about the nutritional state of the patients.
- Identify the nutritional state by objective assessment (anthropometric) and subjective assessment (MNA).
- Assess the importance of socialization for institutionalized elderly patients.

Methodology

- An assessment of nutritional state was conducted among 28 patients of both genders (19 females and 9 males) older than 60 years of age, belonging to two nursing homes in Capital Federal and the Greater Metropolitan area of Buenos Aires.
- The nutritional assessment of elderly patients was conducted keeping in mind anthropometric data (objective assessment) and surveys were established as MNA (subjective assessment). The investigation was conducted through an observational, descriptive, analytical, and transversal study.
- Once data was collected and placed in a data matrix, results gathered in the field were collectively tabulated.

Results

Sampling consisted of 28 patients, where 60.71% had a tendency of "malnutrition risk". Only one patient of Geriátrico Libertad was "malnourished" with IMC below the 19kgs/m² that correspond to 3.57% of the patients, which does not result in a representative sample regarding malnutrition. The remaining 35.71% showed a normal nutrition state, according to subjective assessment MNA and IMC.

Discussion For former president of the Argentine Society of Gerontology and Geriatrics, (SAGG, for its acronym in Spanish), "the first risk factor of the elderly is loneliness". This study seeks to demonstrate that, for institutionalized older adults, not "being alone" by enjoying increased social contact, permanent help, and professional support in these places, would be factors that contribute, at a physical and psychological level, to a better nutritional state, improving their quality of life. Results have been similar to those in other studies conducted in Argentina, Venezuela, and Spain, confirming the greatest "risk of malnutrition", compared to the prevalence of "declared malnutrition".

Conclusion

A risk of malnutrition and/or elderly malnutrition was clearly observed, as well as a significant increase in visceral fat, which increases cardiovascular risk in both of the nursing homes that were assessed. Socialization and company would be considered the cornerstone at this age. For which is vital to motivate a series of activities to seek an adequate physical and mental condition, sharing experiences, and promoting meal time as a time surrounded of affection, is the key to achieve active and optimal aging. Key words: nutrition, elderly, anthropometry, geriatrics

RESUMO

Introdução

Atualmente a forma em que estamos ajudando os idosos resulta crucial para incentivar a socialização, o papel ativo e participação em diferentes atividades recreativas, incentivando a autonomia, elevando sua autoestima, oferecendo-lhes uma rede de apoio de forma afetiva e relacionados com seu estado de saúde para alcançar um envelhecimento bem sucedido.

Objetivo Geral

- Determinar o estado nutricional dos idosos que residem nas casas de repouso de Buenos Aires e Capital Federal durante o período compreendido entre Abril de 2017-a Setembro de 2017-

Objetivos Específicos

- Realizar uma avaliação nutricional para se informar do estado nutricional dos mesmos.
- Identificar o estado nutricional por meio de valorização objetiva (antropométrica) e valorização subjetiva (MNA)
- Valorizar a importância da socialização nos idosos institucionalizados.

Metodología

- Foi avaliada a situação nutricional de 28 pacientes de ambos sexos (19 mulheres e 9 homens) maiores de 60 anos, pertencentes às casas de repouso de adultos da terceira idade da Capital Federal e de Buenos Aires.

- A valorização nutricional dos pacientes da terceira idade foi realizada tendo em conta dados antropométricos (valorização objetiva) e questionários estabelecidos como MNA (valorização subjetiva). A investigação foi realizada através de um estudo observacional, descritivo, analítico, transversal. - Uma vez recolhidos os dados e colocados na matriz de dados, procedeu-se com a tabulação coletiva dos resultados obtidos no lugar do campo.

Resultados

A amostra foi realizada com 28 pacientes que foram estudados, em 60,71% com tendência e “risco de desnutrição”. Somente um paciente da Casa de Repouso Libertad apresentou “desnutrição” com IMC menos de 19 kg/m² que corresponde 3,57% dos pacientes, o qual não resulta uma amostra representativa em termos de desnutrição. 35,71% restante apresentou estado de nutrição normal de acordo à valorização subjetiva MNA e IMC.

Discussão

Para o ex- presidente da Sociedade Argentina de Gerontología e Geriatria (SAGG) “o primeiro fator” de risco dos idosos é a solidão”. No decorrer do nosso estudo se pretende demonstrar que nos idosos institucionalizados, o fato de “não estarem sozinhos” por estarem em maior contato social, assistência permanente e controle profissional nestes lugares, seriam fatores intervinientes a nível físico e psicológico, que favorecerá um melhor estado nutricional, melhorando sua qualidade de vida. Os resultados foram similares comparados com outros estudos realizados na Argentina, Venezuela e Espanha, confirmando o maior “risco de desnutrição” em comparação com a prevalência de “desnutrição declarada”.

Conclusão: Foi observado claramente o risco de desnutrição e/ou má nutrição na velhice e o aumento significativo da gordura visceral que implica ao risco cardiovascular em ambas as casas de repouso analisadas. Considera-se que a socialização e companhia seriam a pedra angular nesta etapa da vida, por isso resulta fundamental o incentivo a realizar diferentes atividades, para obter um adequado estado físico e mental, compartilhando experiências e fazendo do ato de se alimentar, um encontro rodeado de entornos afetivos, é a chave principal para chegar a um envelhecimento ativo e ótimo.

Palavras-chaves: nutrição, idosos, antropometria, geriatria

AGRADECIMIENTO

Gracias a nuestras familias por ser nuestra principal motivación para alcanzar nuestros sueños, por acompañarnos a lo largo de este camino recorrido y brindarnos siempre amor, fuerza y comprensión.

Agradecemos a nuestra asesora metodológica la Licenciada Cristina Venini y tutora de tesis la Licenciada Adriana Buks, por habernos guiado en nuestro proyecto de investigación con sus conocimientos y paciencia como docentes.

Al personal de los geriátricos Serrano y Villa Libertad por abrirnos las puertas para la realización de nuestro proyecto de investigación.

INTRODUCCIÓN

Entre los adultos mayores, cambios sutiles en el estado nutricional pueden tener efectos adversos sobre su situación funcional y su calidad de vida. Este grupo poblacional es más susceptible que el de los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales, debido a una combinación de factores. Entre los que se encuentran los cambios fisiológicos que modifican sus requerimientos nutricionales y la utilización de los alimentos por el organismo, como así también la coexistencia de enfermedades físicas y/o mentales, el aislamiento social, los cambios culturales y la situación de indefensión económica en la que muchos de ellos desarrollan su vida. (1)

¿Cómo estamos ayudando a nuestros ancianos en la actualidad?

El apoyo y los servicios prestados actualmente por el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires son representados por medio de Hogares de residencia permanente, Centros de día; Servicio de Asistente gerontológico domiciliario y los programas “La tercera en la calle” y “Vivir en casa” (2)

A continuación vamos a hacer mención a sus diferentes características:

Hogares de residencia permanente

Se brinda una asistencia integral a adultos mayores que carezcan de vivienda, cobertura social y se encuentren en situación de vulnerabilidad social, carentes de apoyo familiar y/ o sin red de contención.

Como requisitos excluyentes: ser mayor de 60 años y no padecer trastornos mentales o de conducta que produzcan problemas de integración social. (2)

Centros de día

Se encuentra destinado a adultos mayores autoválidos de 60 años o más, ofrece una batería de talleres y actividades para favorecer la autonomía y el envejecimiento exitoso. Los concurrentes pueden asistir a las propuestas de actividades de su interés. Cuentan con actividades en las áreas reflexiva, recreativa, cultural, corporal y de la esfera cognitiva como yoga, danza armonizadora, estimulación de la memoria,

reflexión, etc. Los centros ofrecen atención diurna en espacios propios y de la comunidad.

Requisito excluyente: Ser autoválido (independencia para las actividades de la vida diaria). Residir en la Ciudad de Buenos Aires (2)

Servicio de Asistente Gerontológico domiciliario

El servicio otorga subsidios a adultos mayores en situación de pobreza o vulnerabilidad social, residentes en la Ciudad, con o sin familia, que requieran ayuda en su domicilio para mantener o restablecer su bienestar físico, social y afectivo y/o para realizar actividades elementales de la vida diaria. Este se encuentra a cargo de un asistente gerontológico.

Los subsidios se renuevan anualmente con una previa evaluación realizada por un trabajador social integrante del equipo técnico. (2)

La tercera en la calle.

Es un programa que ofrece a los adultos mayores actividades recreativas, juegos lúdicos, deportivos, talleres de memoria, de computación y controles de salud en los parques y plazas porteñas.

Esta iniciativa permite acercar a los adultos mayores a los distintos programas de la Secretaría de Tercera edad de manera descentralizada, en la cual se establece un recorrido de distintas plazas y parques de la ciudad todas las semanas.

Las actividades que se realizan: talleres de arte, lectura y canto, ajedrez, cursos de inglés, ejercicios para estimular la memoria y caminatas. (2)

Vivir en casa

Este programa otorga una transferencia monetaria para que sea destinada a gastos ocasionados por alquiler y expensas, dirigido especialmente a los adultos mayores de la Ciudad de Buenos Aires que no logran obtener el mismo beneficio a través de su obra social. (2)

Geriátricos

Según la Ley **14623** EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, SANCIONAN CON FUERZA DE LEY (3)

"Se considera establecimiento geriátrico a toda institución de gestión pública o privada que tenga por finalidad brindar alojamiento, alimentación, higiene, recreación activa o pasiva, atención médica y en general toda acción que haga al bienestar físico y psíquico de las personas adultas mayores desde los sesenta y cinco 65 años de edad, en las formas y condiciones que establezca la Autoridad de Aplicación". (3)

La Unidad de Gestión de Control y Registro de Establecimientos Residenciales y otros servicios de atención gerontológica para Adultos Mayores (UGCOR) (2) es un órgano tripartito que funciona en la Ciudad de Buenos Aires y está compuesto por el **Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, el Ministerio de Salud y la Agencia de Control Comunal**.

Se encarga de crear y mantener un Registro Único de Establecimientos de la Ciudad. La UGCOR tiene como objetivo:

- La sistematización del Registro Único de Establecimientos Residenciales.
- La inscripción y sistematización del Registro Único de Asistentes Gerontológicos.
- La evaluación de las prestaciones psicosociales y nutricionales que brindan los establecimientos geriátricos, a fin de garantizar la calidad de vida de los adultos mayores allí alojados, velando por el cumplimiento de lo establecido en la ley 661/01, modificada por la 1003/03 en cuanto a los derechos que les asiste.

Actualmente la Ciudad de Buenos Aires cuenta con un total de 600 geriátricos privados y 31 Centros de día. (2)

En esta tesis se presenta en primer lugar una introducción donde se describe la situación actual respecto al estado nutricional de los ancianos, en especial los institucionalizados, y de sus herramientas de cribado y evaluación. Posteriormente se justifica el trabajo que se presenta y se detallan sus objetivos y la metodología general con la que se ha realizado. Los centros de jubilados que nos propusimos visitar son tanto del ámbito Privado, Geriátrico Serrano (Capital Federal), como del ámbito estatal Geriátrico Villa Libertad. (Gran Buenos Aires).

Planteamiento del Problema:

¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores institucionalizados en geriátricos de Capital y Gran Buenos Aires?

Marco Teórico.

La Alimentación

Para que nuestro organismo pueda funcionar correctamente es necesario aprender a alimentarnos, esto quiere decir, que gran parte de nuestro bienestar está ligado a una buena nutrición.

La alimentación es “un proceso consciente y voluntario” mediante el cual los seres humanos recogen del medio exterior aquellos alimentos, cuyos nutrientes resulten suficientes para la obtención de energía, mantenimiento de las funciones vitales, y de crecimiento.

La realización de todas las comidas es fundamental para crear buenos hábitos, teniendo en cuenta el desayuno, que muchas veces se desestima por falta de tiempo, por olvido, etc. (14)

“Recuerde: Una dieta variada y equilibrada aporta todos los nutrientes necesarios para el correcto funcionamiento del organismo.” (14)

¿Qué es la nutrición?

Es el proceso mediante el cual el organismo toma los nutrientes de los alimentos a través de una serie de fenómenos involuntarios, como la digestión, la absorción de los nutrientes a la sangre a través del tubo digestivo y la asimilación de los mismos por las células del organismo. Todo este proceso se llama Nutrición, toma la energía necesaria para poder llevar el proceso de las funciones vitales y desempeñar las actividades diarias. Para tener una nutrición equilibrada es necesario consumir alimentos de los tres grupos alimenticios, como: el grupo de los cereales y tubérculos, en segundo lugar, el grupo de las frutas y verduras, y en tercer lugar, los productos de

origen animal y las leguminosas. De estos tres grupos, se destacan los nutrientes esenciales que el cuerpo necesita y que se debe consumir diariamente para tener una adecuada nutrición. La nutrición es vitalidad, y ayuda de manera directa al sistema inmunitario, evita contraer menos enfermedades y en definitiva, tener una buena salud. (14)

La Organización Mundial de la Salud señala que la malnutrición es una de las causas más importantes consideradas como factores claves de mortalidad en el mundo, y por supuesto, en los países menos desarrollados, donde un porcentaje elevado de su población sufre enfermedades o, en el peor de los casos, fallece a consecuencia de una mala nutrición. (14)

Fases de la Nutrición

Se pueden identificar tres tiempos en la Nutrición: Alimentación, Metabolismo y Excreción. (20)

Alimentación: Es el primer tiempo de la nutrición, cuyo objetivo es la trituración de los alimentos en componentes absorbibles y utilizables. Se produce en el aparato digestivo y debemos clasificarla en una etapa extrínseca y una etapa intrínseca, de esta manera transcurre desde la prescripción hasta la absorción de los principales nutrientes:(20)

Etapla extrínseca: Consta la prescripción y la realización. La prescripción se realiza por medio de una indicación llamada fórmula sintética. La realización del plan de alimentación se calcula a través de la fórmula desarrollada. (20)

Etapla intrínseca: Incluye la digestión por medio de la cual los nutrientes son degradados unidades más pequeñas, y la absorción, proceso por la mucosa del aparato digestivo capta los nutrientes. (20)

Metabolismo: Es el segundo tiempo de la nutrición. Tiene por objetivo la adecuada utilización de la materia y energía. Trascurre desde la absorción hasta la excreción y es llevada a cabo por medio de tejidos que utilizan la materia y energía (hígado, músculo) por un sistema de regulación (sistema nervioso y endócrino) por el aparato circulatorio que vehiculiza nutrientes, desechos y hormonas. (20)

Excreción: Es el tercer tiempo de la nutrición y su objetivo es mantener la constancia del medio interno. El organismo a través de la excreción, libera desechos de los

residuos que se forman como productos del metabolismo. Se eliminan fibra, Vit c, urea, ácido úrico y creatinina, productos del metabolismo proteico. (20)

Nutrientes Esenciales y requerimientos nutricionales en el adulto mayor.

Son sustancias aprovechadas por el organismo, y se encuentra distribuido en los alimentos de forma desigual, como, por ejemplo: hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y minerales. El agua y la fibra no nutren, pero desempeñan un papel muy importante para el buen funcionamiento del organismo.

Es importante consumir diariamente estos nutrientes, ya que aportan elementos necesarios para el crecimiento, reparación y mantenimiento de los tejidos, así como también dan energía para realizar las actividades fisiológicas y metabólicas del organismo. Entre ellos tenemos: (14)

Glúcidos o carbohidratos

Constituyen la principal fuente de energía en la alimentación.

Los carbohidratos se encuentran en el arroz, maíz, trigo, papas, leche, etc.

Sus moléculas más elementales son los monosacáridos, como la glucosa y la fructosa, y las más complejas son los polisacáridos, como el almidón y el glucógeno. (14)

Funciones:

- Forman parte de la estructura celular.
- Son constituyentes de los anticuerpos.

Los alimentos que se ingieren aportan la energía necesaria, que permitirá adaptarse a cada individuo, según su edad, talla, peso ideal, actividad física, patologías.

Es importante en este grupo etario, la selección de alimentos de alto valor nutricional. Si bien el metabolismo se encuentra disminuido en esta etapa, es fundamental cubrir las necesidades proteicas, calcio, hierro, y vitaminas. (15)

Proteínas

Son moléculas de gran tamaño que resultan ser indispensables para la formación de los músculos del cuerpo, se encuentran en la carne, la leche y sus derivados, los huevos y las legumbres.

El proceso de digestión permite degradarlas en moléculas más pequeñas: llamadas aminoácidos, que luego serán transportadas por la sangre y distribuidos a los diferentes tejidos. (14)

Funciones:

- Proporciona aminoácidos esenciales, necesarios para el crecimiento y la reparación de los tejidos.
- Es fundamental para mantener el equilibrio de las células.
- Constituyente principal de glucoproteínas, hormonas, lipoproteínas, enzimas y anticuerpos. (14)

Las Grasas

Son combustibles que tienen un gran valor, ya que protegen de las bajas temperaturas y ofrecen energía para que el organismo funcione correctamente. Constituyen un excelente medio de transporte como así también facilitan la absorción de vitaminas liposolubles e incorporación de ácidos grasos esenciales que el organismo no puede producir. Sus fuentes alimentarias son: lácteos, carnes, aceites, vegetales y frutos secos. (14)

Funciones:

- Es una fuente de energía.
- Sirven de protección para los vasos sanguíneos, los nervios y otros órganos.
- Son componentes de la membrana celular.
- Son estimulantes del apetito.
- Son vehículos para la absorción de vitaminas A, D, K y E.
- Son componentes del tejido nervioso. (14)

Su consumo en exceso, puede ocasionar sobrepeso, obesidad, alteración de los niveles de lípidos en sangre, diabetes, intolerancia a la lactosa o a la galactosa

Predominan dos tipos de hidratos de carbono, lo de rápida absorción, que llegan rápidamente a la sangre (azúcar, almíbar, caramelo, jalea, dulces, miel, chocolate, y derivados, repostería, pastelería, galletitas, bebidas refrescantes azucaradas, fruta y su zumo, fruta seca, mermeladas). Estos deben consumirse en forma moderada entre el 45% a 55% del aporte calórico. (15)

Los otros tipos de hidratos de carbono, son los de absorción lenta, que pasan más lentamente del intestino a la sangre (verduras, hortalizas, farináceos como el pan, arroz, papas, pastas, legumbres, cereales de desayuno). Estos se deben comer en cada comida al día.

Después de los 65- 70 años se recomienda no abusar de los alimentos grasosos (mayonesa, crema, manteca, quesos duros, carnes grasas, embutidos y pates).

Una buena estrategia para aquellos ancianos mayores que no consumen suficientes calorías por falta de apetito, es conveniente preparar platos completos de poco volumen, pero muy nutritivos. (15)

Las Vitaminas

Son componentes indispensables de los alimentos que el organismo no puede sintetizar y se encuentran en los tejidos animales y vegetales. Aseguran las funciones celulares y también algunos procesos metabólicos. (14)

Tipos de vitaminas

Las vitaminas se dividen en dos grupos, las vitaminas hidrosolubles y liposolubles.

-Las vitaminas hidrosolubles: son solubles en agua, coenzimas que tienen un funcionamiento activo en el organismo, entre ellas se encuentran la Vitamina C y la Vitamina B1 hasta la vitamina B12.

-Las vitaminas Liposolubles: son solubles en grasas y aceites. Las podemos encontrar en los alimentos grasos que son depositados en los tejidos adiposos del cuerpo. También se acumulan en el hígado. Entre ellas se encuentran la Vitaminas A, D, E y K. (14)

Los Minerales

“Representan el 5% del peso corporal y regulan muchos procesos del organismo. Pueden ser: Macronutrientes (calcio, magnesio y fósforo), y los Micronutrientes (yodo,

cobre, hierro, potasio, sodio y cloro, flúor, azufre, zinc y manganeso), se necesitan consumir de ambos al menos 100 g diarios.” (14)

El Agua

Resulta ser un elemento esencial para el funcionamiento de nuestro organismo, siendo que forma parte del 70% del peso corporal.

La podemos encontrar en la mayoría de los alimentos que consumimos a diario.

Entre sus funciones principales se destaca la regulación de la temperatura, excreción y orina, fundamental para evitar la deshidratación en ancianos y niños. (14)

Entre otras funciones:

- Facilita el transporte de nutrientes y productos residuales.
- Se encarga de la regulación de la temperatura corporal.
- Es un disolvente de sustancias.
- Es el componente estructural de las células.

Existen cambios en el mecanismo de la sed, disminución de la función renal y agua corporal total que se asocian al envejecimiento. Es por esto que los adultos mayores presentan un riesgo elevado de deshidratación, relacionado con hipotensión, estreñimiento, aumento de la temperatura corporal, desorden mental, dolor de cabeza e irritabilidad.

Pirámide Nutricional de los adultos mayores



Cuadro extraído de: Pinta Remache GA. Alimentación- nutrición del adulto mayor en el ancianato” Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja en el período mayo 2010- mayo 2011. (14)

Clasificación de los alimentos

Según la función que cumplen en el organismo, los alimentos pueden dividirse en los siguientes tres grupos: (14)

- Alimentos reguladores o protectores
- Alimentos energéticos
- Alimentos plásticos o constructores.

Alimentos reguladores o protectores: (vitaminas y minerales).

Regulan el funcionamiento del organismo, como la digestión, visión e introducen minerales que el cuerpo necesita.

Los principales alimentos reguladores son:

Verduras: acelga, zanahoria, coliflor, pimiento, rábano, Brócoli, Nabo, Remolacha entre otros.

Frutas: melón, guayaba, mandarina, limón, kiwi, naranja, fresa, mango, uvas, manzana, tomate, entre otros.

Semillas: lentejas, frijol, garbanzo, haba, maíz, entre otros.

Alimentos Energéticos: (carbohidratos), ofrecen energía para realizar actividades físicas, tales como: correr, caminar.

Resultan indispensables para el crecimiento, formación de músculos y huesos, como así también reconstruir el desgaste del cuerpo.

Los principales alimentos energéticos son:

Cereales y sus derivados: avena, pan, pasta, arroz, avena, maíz, cebada, quinua.

Leguminosas: lenteja, arveja, soja y granos secos.

Alimentos grasos: mantequilla, aceites, manteca, nata, etc. Se deben consumir con moderación.

Alimentos Plásticos o constructores: (proteínas), ofrecen sustancias necesarias para formar tejidos del cuerpo y permite reparar partes que han sido dañadas, tales como: una cortadura o un golpe.

Son los principales formadores de músculos, sangre, piel y otras partes del cuerpo.

Los alimentos plásticos son:

De origen animal: pescados y mariscos, huevo, cerdo, carne, pollo, la leche y sus derivados.

De origen vegetal: frijol, garbanzos, arvejas, legumbres, lentejas, etc. Nueces y semillas. (14)

¿Qué es la desnutrición?

Es una enfermedad provocada por un déficit de nutrientes que ocasiona un trastorno de la composición corporal, caracterizado por un exceso de agua extracelular, un déficit de potasio y de masa muscular, asociado con frecuencia a una disminución del tejido graso e hipoproteinemias y tiene como consecuencia la aparición de alteraciones en el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de la salud. (4)

Se denomina malnutrición a un estado clínico de salud que refleja alteraciones en la composición corporal en comparación con los parámetros de normalidad, generado

por un desequilibrio entre el consumo de nutrientes y su aprovechamiento, con respecto a las necesidades nutricionales de un individuo o población.

“Aunque los cuadros de malnutrición pueden serlo por defecto o por exceso, el uso habitual del término “malnutrición” hace referencia a la “desnutrición”. (11)

La malnutrición también está ligada a la “fragilidad” y la dependencia, pudiendo ocasionar consecuencias muy graves en personas mayores, siendo que aumenta la morbilidad, institucionalización, los ingresos, el tiempo de estancia en el hospital y reduce a su vez la calidad y esperanza de vida. (11)

Tipos de desnutrición en el anciano

Desnutrición Calórica: enfermedades crónicas que afectan negativamente a la ingesta. Se presenta caquexia con pérdida muscular generalizada y ausencia de grasa subcutánea, no suelen tener edemas periféricos y las proteínas viscerales son con frecuencia normales, a expensas de una disminución de las medidas antropométricas. Su desarrollo es gradual. (4)

Desnutrición proteica: inicio y desarrollo rápido produciéndose una disminución de los depósitos de proteína visceral, suele ser secundaria a un estrés elevado en pacientes con apariencia de bien nutridos y la frecuente aparición de edemas. (4)

Desnutrición Mixta: sujetos que previamente presentan un grado de desnutrición calórica y que sufren un proceso agudo provocando una desnutrición calórica proteica por no poder hacer frente a los requerimientos proteicos. (4)

Desde una perspectiva nutricional, la calidad de la alimentación está determinada por el tipo de alimentos que se consumen, su proporcionalidad, moderación y diversidad. La proporcionalidad se refiere a la ingesta equilibrada de ciertos nutrientes claves como por ejemplo hidratos de carbono y grasas, el aporte proporcional de energía derivado de los mismos, y la necesidad de consumir cierta cantidad de porciones de diferentes grupos de alimentos para asegurar dicho equilibrio. La moderación se refiere a la necesidad de limitar ciertos nutrientes como grasa, sodio y azúcares

refinados, que se asocian con un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas.
(1)

La diversidad dietaria se define como el número de diferentes alimentos o grupos de alimentos consumidos bajo un período de referencia dado, y es considerada como un elemento clave para definir la calidad de la dieta. Así lo había expresado Escudero, en el año 1935, al definir las Leyes fundamentales de la alimentación, estableciendo que “la alimentación debe ser suficiente, completa, adecuada y armónica”. (1)

Leyes fundamentales de la alimentación.

Ley de la cantidad: Con el objetivo de mantener el peso normal y saludable, deberán ingerirse una determinada cantidad de alimentos suficiente, para cumplir con las necesidades calóricas y energéticas que el organismo necesita.

Ley de la calidad: “El régimen alimentario debe ser completo para ofrecer al organismo todas las sustancias que necesita para su funcionamiento. Debe contener proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales, vitaminas y agua”

Ley de la armonía: En la alimentación las cantidades deben mantener una porción adecuada entre sí, lo mismo sucede a la hora de comer, debe hacerse en armonía para permitir que los alimentos se digieran en condiciones óptimas y el organismo lo pueda utilizar. (13)

Cuanto mayor es la variedad de alimentos consumidos mayor probabilidad existe de alcanzar una ingesta adecuada de micronutrientes y energía, lo cual disminuye los riesgos de desarrollar problemas de deficiencia o excesos de algún nutriente. (1)

Estudiar la calidad de la dieta en adultos mayores presenta ciertas dificultades, ya que con el envejecimiento aparecen una serie de factores que influyen en la alimentación.
(1)

Ley de la adecuación: “La finalidad de la alimentación está supeditada a su adecuación al organismo”

De esta ley surgen los conceptos de finalidad de la alimentación, la cual debe cubrir todas las necesidades del organismo; en el hombre sano de mantener la salud y en el enfermo promover la curación. El otro concepto es la adecuación, debiendo adaptarse la alimentación al individuo que la consume, dependiendo de sus gustos, costumbres, hábitos y de su situación socioeconómica. Mientras que en el individuo enfermo se

tendrá en cuenta el estado de los órganos, funcionamientos de sistemas, sintomatología como así también la evolución de la enfermedad.

“La ley universal que siempre debe cumplirse es la Ley de la Adecuación. Cuando no se cumple con ésta el régimen de alimentación es incorrecto” (19)

Ancianos, los más afectados por desnutrición.

“Se define “adulto mayor” a mujeres y varones que tienen una edad de 60 años en países en desarrollo y 65 años en países desarrollados”. (10)

La soledad, la viudez y la falta de recursos pueden hacer que los adultos mayores, aún clínicamente sanos, caigan en estados de desnutrición que los ponen en peligro. Muchas personas ancianas padecen desnutrición. A veces influye el costo de los alimentos en relación con los reducidos ingresos jubilatorios; otras veces son las dificultades de movilidad, que hacen que la persona necesite para ir a comprar y prepararse la comida, una ayuda con la que no siempre se cuenta. A veces, está deprimido y simplemente no tiene ganas de comer. (5)

Los trastornos cognitivos pueden empeorar las cosas. Para el doctor Isidoro Fainstein, ex presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica (SAGG), "el primer factor de riesgo es la soledad". Para las personas añosas que enviudan, los que no tienen con quién compartir la comida, esta puede dejar de ser un acto social y ponen menos atención en ella. (5)

A esto pueden sumarse la falta de recursos y lo que cuesta alimentarse sanamente en relación con la canasta familiar, el estado mental, tanto en lo afectivo como en lo cognitivo, enfermedades crónicas, operaciones o internaciones recientes que hayan reducido la movilidad u obligado a la persona a quedarse en casa, el estado de dentición (o si usa prótesis), o posibles alteraciones de la deglución. (5)

Por todas estas razones es muy importante desarrollar la resiliencia en esta etapa de la vida. Esta representa para el individuo una relativa adaptación positiva, frente a las dificultades, contextos riesgosos, adversidad, eventos traumáticos y otros problemas. Ser resiliente implica haber podido desarrollar un conjunto de recursos y fortalezas,

de manera tal de poder potenciar y proveer respuestas adaptativas y positivas, frente a las adversidades. (25)

La resiliencia resulta ser un eslabón fundamental en la tercera edad, teniendo en cuenta las características particulares propias en esta etapa de la vida. (26)

Convertirse en un ser resiliente es una estrategia esencial que hay que adoptar para poder afrontar las pérdidas que se experimentan: amigos, pareja, ex compañeros de trabajo, cambios biológicos, psicológicos y sociales propios del proceso de envejecimiento. (26)

Es muy importante que el adulto mayor pueda poner a prueba sus mecanismos resilientes. Estos últimos, pueden convertirse en verdaderos factores de protección, frente a los obstáculos y a los procesos lógicos esperables durante la vejez. Por ello, su desarrollo e implementación resultan de vital importancia e imprescindibles a la hora de poder lograr un envejecimiento activo y saludable. (26)

Algunos de los factores protectores más importantes son:

- El control personal: que le permite al sujeto poner en marcha herramientas inestimables, como la autoestima y la autosuficiencia, permitiéndole de esta manera fortalecerse y pudiendo enfrentar en mejores condiciones la crisis, los desafíos y los problemas propios de la edad (26)

- Identidad positiva y vital: para disminuir los procesos de vulnerabilidad y fragilidad esperables en esta etapa. (26)

- Optimismo: Ser optimista representa indudablemente una fortaleza, esperar que el futuro depare resultados favorables que nos permite tener beneficios concretos en salud y bienestar. (26)

- Emociones positivas: el amor, el perdón, la gratitud, la alegría, la paz, otras. Estos estados emocionales activan en las personas sentimientos y sensaciones positivas y placenteras. (26)

- Estilos y estrategias de afrontamiento: Proceso por el cual, los individuos manejan los retos y amenazas. El afrontamiento servirá fundamentalmente para adaptarse a problemas y situaciones estresantes. (26)

En el caso de los ancianos es una excelente idea poder desarrollar la resiliencia en grupos. Siendo que demuestran una mayor predisposición por el aprendizaje, relacionándose, generando nuevos vínculos, compartiendo una misma experiencia, generando mayor entusiasmo y deseos de superación.

Es muy importante optimizar y fortalecer la resiliencia en adultos mayores institucionalizados, necesariamente va a permitir una mejor adaptación al nuevo contexto. De esta manera, el trabajo con el grupo familiar beneficia, no solo a la familia, sino también al adulto mayor, para que pueda seguir progresando en mejores condiciones anímicas y mayor predisposición. (26)

Como darse cuenta

"Al llegar a la tercera edad se debe continuar con el consumo de las mismas fuentes de nutrientes que durante todo el transcurso de la vida- advierte el médico nutricionista Silvio Schraier, ex presidente de la Sociedad Argentina de Nutrición-. No es normal ni saludable comer menos y estar más delgados a medida que se envejece. "

Según este especialista, el screening nutricional es el primer paso para identificar posibles o potenciales casos de riesgo: "Esto permite identificar pacientes en riesgo de desnutrición con el principal objetivo de desarrollar un plan de tratamiento adecuado", afirmó. (5)

Para Fainstein, que dirige el Curso Superior Bienal de Medicina Geriátrica de la Asociación Médica Argentina, saber si una persona está desnutrida requiere conocer la historia, el estado clínico, el examen físico y la situación del entorno familiar del paciente. Sin embargo, hay ciertos datos de pérdida de peso que pueden llevar a que el médico tenga una sospecha bastante certera. Si la persona pierde un 2% de su peso en una semana, o el 5% en un mes, el 7,5% en 3 meses o un 10% en 6 meses, indica, "hay motivos para sospechar de un estado de desnutrición". (5)

Los riesgos

Además de poner en riesgo la propia vida de la persona, la desnutrición puede acelerar la progresión de determinadas enfermedades y un aumento de sus complicaciones, hace que las heridas cicatricen mal, puede generar una mayor predisposición a infecciones, la reducción de la fuerza. (5)

Los alimentos más baratos y fáciles de preparar consisten en hidratos de carbono, con lo que los estados de desnutrición suelen ser producto de la deficiencia de proteínas.

Un indicador clínico de desnutrición sería es la baja excesiva de albúmina en la sangre. La albúmina, explica Fainstein, es una proteína, y un nivel demasiado bajo indicaría que el organismo, al no recibir proteínas con la alimentación, está consumiendo las suyas propias. (5)

"Esta es una variable independiente que incide directamente en la mortalidad", advierte.

Subsanar la fragilidad.

De la fragilidad a la discapacidad

La palabra fragilidad se ha empleado en los últimos tiempos para hacer referencia a los adultos mayores, teniendo en cuenta sus condiciones de vulnerabilidad, que los lleva a tener un equilibrio inestable con su medio y parecerse a un cristal, que ante cualquier circunstancia se quiebra.

La asistencia geriátrica y la valoración son los peldaños fundamentales encargados de velar por el cuidado de los ancianos, teniendo en cuenta la condición de fragilidad por la que estén atravesando y tomando los recaudos necesarios para que no involucionen, se institucionalicen o mueran.

"Cuando no se reconoce ni se toman a tiempo las medidas necesarias para revertirla o detenerla, la fragilidad conduce a la discapacidad." (16)

"Según Bazlán (20) la secuencia sería la siguiente: la fragilidad provoca disfunción de un órgano o sistema (deterioro funcional); esto limitaría la realización de alguna acción física o mental (limitación funcional), lo que a su vez provocaría dificultad para realizar actividades instrumentadas o básicas de la vida diaria (discapacidad)." Algunos autores han definido la fragilidad como una discapacidad preclínica o subclínica, siempre que ésta puede presentarse en un número representativo de ancianos que aún no están discapacitados.

La prevención e identificación a tiempo del estado de fragilidad, desde el punto de vista sanitario y asistencial, es lo que va a permitir contar con las herramientas necesarias para actuar rápidamente. Truncando la discapacidad y morbilidad para así lograr un envejecimiento favorable. (16)

Cuando las personas están institucionalizadas, son quienes están a cargo quienes deben ocuparse del tema, pero, ¿cómo prevenir la desnutrición, por ejemplo, en una persona de 75 años que se ha quedado sola, y en la que el médico advierte que puede llegar a caer en un estado de desnutrición?

En primer lugar, indica Fainstein, si la persona está deprimida, por ejemplo, hay que tratar esa causa de base que podrá llevarla a la desnutrición: "De nada sirve decirle a alguien que, debe tener voluntad de comer, cuando justamente lo que a esa persona lo que le pasa es que no tiene voluntad".

Antes o después de una operación, de una enfermedad aguda o de una situación de estrés metabólico, que puede deberse a causas físicas o psíquicas, el médico puede recetar suplementos vitamínicos en forma preventiva o para paliar alguna deficiencia. Pero estos productos no pueden ser considerados la solución al problema nutricional de la persona, señala el doctor.

Para la doctora Orfanó, lo ideal sería que el sistema de salud pública pudiera evaluar, a través de una encuesta, el estado de fragilidad de población adulta que vive en sus casas. (5)

Envejecimiento y nutrición

En cualquier etapa del crecimiento y desarrollo humano, la vida ha estado condicionada por la nutrición y la salud, al igual que las enfermedades, una nutrición inadecuada acelera el envejecimiento. El hecho es que la población anciana mayor de 60 años está en alto riesgo de desarrollar enfermedades nutricionales debido a que el proceso de envejecimiento se acompaña de una variedad de cambios fisiológicos, bioquímicos, biológicos y psicológicos, que alteran no solo la actividad física del individuo sino también sus hábitos, conductas alimentarias y las relaciones sociales. (6)

Los procesos metabólicos, fisiológicos y bioquímicos se van modificando en la medida en que avanza la edad del individuo y estos cambios tienden a tener un efecto adverso sobre el estado nutricional del anciano como ser:

Cambios en los órganos de los sentidos.

El descenso en la agudeza del gusto, el olfato, la visión y el oído puede interferir con el disfrute de los alimentos. La merma de la sensibilidad al sabor, o hipogeusia, se relaciona con la disminución y alteraciones en las papilas gustativas del individuo, y

suele acentuarse en situaciones de deficiencia de vitamina A, piridoxina y ácido fólico, o con bajos niveles de zinc, mientras que la pérdida de piezas dentarias (debidas a enfermedades periodontales cuya causa puede ser la baja relación calcio/fósforo y la *baja* ingesta de vitamina D, asociada con osteoporosis) y la dentadura protésica mal ajustada pueden comprometer el acto de la deglución. La pérdida progresiva de papilas gustativas afecta, sobre todo, a la parte anterior de la lengua, lugar donde se detectan preferentemente los sabores dulces y salados. (6,17)

Por otro lado, el defecto funcional más frecuente en los ancianos es la afectación visual, y concretamente, las cataratas son el problema de mayor prevalencia. Una mejora de la nutrición puede llevar a retrasar su aparición; en concreto, un consumo adecuado de frutas, verduras y hortalizas, y niveles óptimos de vitaminas y minerales antioxidantes, pueden ser útiles en la lucha contra esta enfermedad. (17)

Cambios en el aparato gastrointestinal

Uno de los problemas más comunes en los gerontes es la poca producción de saliva que origina la sensación de sequedad en la boca o xerostomía.

En la ancianidad la digestión y absorción de nutrientes se ve afectado al haber un descenso de la función gastrointestinal, principalmente a nivel de la cavidad orofaríngea y mucosa que afecta a los requerimientos nutricionales y a las dosis de medicamentos que en la ancianidad se ingieren. (17)

Cambios a nivel del sistema renal

La masa renal, el número de nefrones funcionantes y el tamaño del hígado disminuyen trayendo consigo una menor capacidad de eliminar los productos de desechos metabólicos y pérdida de la capacidad funcional hepática.

Al disminuir la masa renal y número de nefrones, el riñón pierde parte de la capacidad de hidroxilación del 25-hidroxicolecalciferol, para dar lugar al 1,25 dehidroxicolecalciferol metabolito activo de la vitamina D originando deficiencia de esta vitamina. (17)

Cambios en el sistema cardiovascular

Durante el envejecimiento disminuyen la elasticidad y luz de los vasos sanguíneos aumentando la resistencia periférica total, con mayor predisposición a padecer hipertensión y enfermedad cardiovascular.

A la vez niveles altos de homocisteína en plasma, están asociados a aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Estudios comprueban que altos niveles de riboflavina, piridoxina y ácido fólico disminuyen los niveles de homocisteína en plasma, por lo que es importante insistir en el consumo de éstas vitaminas en la población anciana. (17)

Cambios metabólicos

En la ancianidad el metabolismo basal disminuye del 15-20% entre los 30-70 años, debido a cambios en la composición corporal y actividad física. Disminuyen la masa magra, el contenido total de agua y masa ósea, mientras que el volumen plasmático y el tejido adiposo suelen aumentar.

El tejido adiposo se concentra principalmente en la zona abdominal y visceral, siendo la pérdida de masa magra mayor en los tejidos periféricos que centrales. (17)

Con la edad, el agua corporal sufre una disminución, suponiendo un 50% del peso total. Debido a esta alteración, junto a una menor eficiencia renal y reducción de la sensación de sed, las personas de edad avanzada son más vulnerables al estado de deshidratación.

Un menor índice metabólico y un descenso progresivo en la tolerancia de los glúcidos a partir de los 30 años, hacen al anciano más vulnerable a la obesidad y la diabetes, debido a un deterioro de la secreción, como de la acción de la insulina. (6)

En cuanto al metabolismo de los lípidos, diversos estudios sugieren que la capacidad de oxidación de los mismos está disminuida (en reposo, durante la práctica de ejercicio, y después de haber comido), lo que contribuye a su acumulación a nivel central y por todo el organismo.

Estos cambios pueden ser debidos tanto a una reducción de la captación de ácidos grasos libres por el tejido adiposo, como a una menor capacidad de los tejidos para oxidar los ácidos grasos libres, o a una combinación de ambas.

La concentración plasmática de colesterol aumenta progresivamente entre los 20-50 años, y posteriormente se estabiliza, disminuyendo a partir de los 70 años.

Refiriéndonos al metabolismo proteico, la mayoría de los estudios indican que tanto la síntesis, como la degradación de proteínas a nivel corporal no experimentan cambios apreciables en los individuos mayores. A pesar de que, generalmente, se ha encontrado que la síntesis de proteínas es normal durante el envejecimiento, algunos estudios indican que dicha síntesis en el músculo esquelético está francamente deteriorada en estas edades, mientras que el depósito proteico visceral se conserva bien. (17)

Por otro lado, existen factores socioeconómicos y psicológicos que influyen en la nutrición del anciano. El aislamiento social, los recursos financieros limitados, la escasa educación sobre nutrición, la falta de apoyo familiar, la pérdida de seres queridos o de personas encargadas de su cuidado y la menor movilidad debido a limitaciones físicas o aislamiento social pueden disminuir la disponibilidad de diversos alimentos. (6)

Cambios en el sistema nervioso

Son muchos los factores que influyen en los cambios del sistema nervioso central siendo la alimentación uno de los más importantes, tienden al déficit de glucosa y /o vitaminas que producen enfermedades neurológicas.

Por ejemplo, el déficit de cianocobalamina produce desmielinización de las vainas de mielina, la falta de folato se asocia a la irritabilidad, amnesia y paranoia, mientras que la piridoxina se relaciona con neuropatía periférica y convulsiones.

En general los ancianos descuidan su alimentación con comidas repetitivas, monótonas o simplemente olvidándose de ingerir alimentos. (17)

Cambios psicosociales.

Entre los factores psicológicos que pueden afectar el estado nutricional se incluyen la depresión, el duelo y la demencia. La disminución del apetito es uno de los síntomas más frecuentes de depresión. Este puede deberse a una menor actividad, mayor aislamiento, a la pérdida del simbolismo de amor y participación propia del acto de comer. Se ha documentado en la depresión una alteración de los niveles de algunos neurotransmisores como la noradrenalina, y este fenómeno puede afectar al apetito. Los pacientes con demencia frecuentemente pueden no reconocer la necesidad de alimentarse ni recordar si han comido. La dedicación y cuidados brindados a los ancianos que se encuentran institucionalizados es de una calidad inferior en comparación con la propia familia, no sólo por el trato ajeno de un individuo desconocido, sino también por la idea de sentirse alejado de su propio hogar. (6)

La disminución de la actividad física es uno de los factores que más afecta al estado nutricional de las personas. Una menor actividad provoca la disminución del consumo de energía y una baja cantidad de la misma no es suficiente para vehiculizar la cantidad necesaria de nutriente. El ejercicio físico realizado con regularidad, puede retrasar la aparición de los síntomas que acompañan a algunas enfermedades degenerativas, manteniendo la capacidad funcional, paliando los cambios en la composición corporal y, de esta manera, contribuyendo a la autonomía del individuo. (6)

Cambios en el sistema óseo

El tejido óseo sufre pérdidas sustanciales durante el envejecimiento. La densidad ósea disminuye a partir de los 40 años y se acentúa a partir de esa edad, especialmente en las mujeres y es el resultado de ambos: baja actividad e ingesta, especialmente de calcio. A esta desmineralización se atribuye la pérdida de estatura consecuente con la edad. (6)

La osteoporosis es una de las enfermedades más prevalentes de los ancianos, y se caracteriza por el descenso de la masa ósea que incrementa el riesgo de fracturas aumentando la invalidez y morbilidad.

La ingesta adecuada de calcio y vitamina D junto con la actividad física contribuye a aumentar la interrelación sistema óseo –nutricional.

Frecuentemente la población anciana presenta disminución de la vitamina D debido a su bajo consumo, disminución de la síntesis renal como así también a la falta de exposición solar. El consumo de alimentos ricos en calcio o la exposición solar, no es factible en la mayor parte de la población anciana, ya sea por encontrarse residiendo en geriátricos o reclusos en su domicilio, por eso diversos estudios sugieren la suplementación de calcio y vitamina D en forma sistemática. (17)

Aunque lo lógico sea aportar calcio y vitamina D a través del aumento de la ingesta de alimentos ricos en calcio y de la exposición solar, ésto no siempre es factible, de ahí que Situación bibliográfica 19 diversos estudios propongan que la suplementación en calcio y vitamina D debería realizarse de forma sistemática en ancianos. (17)

Cambios en el sistema inmunitario

Muchos autores han demostrado que la malnutrición contribuye a aumentar el riesgo de contraer enfermedades infecciosas en la población anciana, tanto los institucionalizados como los de vida independiente.

En el envejecimiento los macrófagos aumentan la síntesis de prostaglandinas E2 y de óxido nítrico, los linfocitos T disminuyen la síntesis de interleucina2 (IL2), los linfocitos B disminuyen la producción de anticuerpos, y los linfocitos citolíticos natural killer reducen su actividad.

Diversos estudios han demostrado que la vitamina E es muy eficaz en la proliferación de linfocitos y síntesis de IL-2, disminuyendo la prostaglandina E2.

La deficiencia de algunos antioxidantes como la vitamina C, el selenio y cobre alteran la producción de prostaglandina y leucocitos.

El Zinc también es esencial para el sistema inmunitario. Se ha comprobado que valores bajos de este mineral baja la producción de citoquinas e interferón alfa.

La importancia en el consumo de éstas vitaminas y minerales debido a la desnutrición que frecuentan los ancianos de edad avanzada, es indispensable administrar suplementos de éstos nutrientes para evitar trastornos inmunológicos. (17)

Obesidad

La obesidad es un síndrome frecuente en la vejez. Tanto hombres como mujeres, y éstas últimas en mayor proporción inician en la obesidad luego de los 60- 65 años.

Los factores que determinan el incremento corporal son:

- El Fin de sus tareas cotidianas de la vida diaria por retiro o jubilación.
- Una progresiva y lenta disminución en sus actividades físicas diarias.
- La reducción en los ingresos económicos provocando cambios en la dieta.
- La declinación en la práctica del deporte.
- La interurrencia de enfermedades patológicas que afectan su movilidad.
- El abandono del tabaco en forma obligada por patología concomitante.

La reducción del peso debe hacerse en forma cuidadosa, evitando cambios abruptos, que no solo provocan intolerancias sino que pone en riesgo la salud en esta etapa tan vulnerable de la vida.

Principales Síndromes Geriátricos en 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. (17)

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.

Este desequilibrio entre el aporte de nutrientes y las necesidades de los mismos aumenta la morbilidad 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 lo tanto, aumentando la necesidad de precisar institucionalización. (17)

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.

Caídas

Uno de los accidentes más frecuentes entre las personas mayores de 65 años son las caídas, que junto a las complicaciones que éstas conllevan, se asocian positivamente a la inmovilización, institucionalización prematura y pérdida de la independencia por parte de los ancianos que las sufren. Parece ser que el ejercicio físico podría ser eficaz para disminuir el riesgo de las mismas. (17)

Incontinencia urinaria

La pérdida involuntaria de orina a través de la uretra en una cantidad o frecuencia suficiente o incontinencia urinaria (IU), es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, y a su vez más infrarreferido por los ancianos, e infradiagnosticado por los médicos.

Hipoacusia

Los defectos auditivos también son frecuentes entre los ancianos. Aproximadamente un 30% de los ancianos de 65-74 años y la mitad de los mayores de 85 años padecen hipoacusia. La pérdida auditiva se asocia al aislamiento social, pero no siempre se admite la asociación con depresión o deterioro cognitivo. Algunos estudios han encontrado una relación entre estos problemas con una mayor dependencia en las actividades de la vida diaria.

Demencia

La demencia es uno de los problemas sociosanitarios de mayor impacto sobre la calidad de vida de la población anciana y sus familiares.

Se define como un síndrome orgánico, caracterizado por una disminución adquirida, gradual, progresiva, persistente, superior a 6 meses, de varias de las funciones intelectuales sin alteración del estado de conciencia y que interfiere de forma significativa en las actividades sociales u ocupacionales de los individuos con una merma importante del nivel previo de actividad. La prevalencia de demencia es mayor a medida que aumenta la edad y en personas institucionalizadas. (17)

Malnutrición.

Interacciones nutrientes y fármacos

Existe una mayor incidencia de enfermedades en las personas de edad avanzada, que son llamadas “enfermedades de larga duración”, las cuales requieren un tratamiento farmacológico. Por esta razón, los ancianos son personas polimedicadas, y esto incrementa el riesgo de interacciones: “fármaco- fármaco”, “fármaco- alimento”, “fármaco- nutriente” y “fármaco- estado nutricional”. Estas interacciones pueden repercutir tanto sobre el estado nutricional del paciente, como el efecto terapéutico de algunos fármacos, en definitiva, sobre la calidad de vida. (19)

La utilización crónica de medicamentos puede dar lugar a implicaciones nutricionales cuyos mecanismos pueden ser:

1. Supresión o estímulo del apetito.
2. Lesión de las células de la mucosa absortiva.
3. Disminución de la utilización de nutrientes.
4. Incremento de la excreción urinaria.
5. Competición directa o antagonismo.
6. Interferencia o aumento de la biosíntesis de una enzima.
7. Coenzima o transportador de proteínas.
8. Alteraciones endocrinas.
9. Efectos indirectos debido a los componentes de algunos medicamentos, entre otros. (7)

Procesos asociados a las interacciones fármaco- nutriente	
Fármacos	Interacción fármaco- nutriente
Paracetamol (analgésico)	↑Utilización metabólica de proteínas
Laxantes	↓ absorción de vitaminas y minerales
Digoxina	↓ Apetito
Diuréticos	↑Excreción de Potasio
Colestiramina	↓ 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 folatos
Metotrexato (antitumoral)	↓ absorción y metabolismo de folato
Aspirina (analgésico)	↓Hierro
Tranquilizantes	↑Peso corporal

Cuadro extraído de: Arbonés G, Carbajal A, Gonzalvo B, González- Gross M, Joyanes M, Marques-lopes I, et al. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo “Salud pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). Nutrición hospitalaria. (18)

Interacciones que pueden afectar al efecto fármaco:

Los pacientes que reciben el tratamiento con anticoagulantes orales, puede padecer una reducción de la respuesta terapéutica al consumir en forma habitual alimentos ricos en vitamina k, como hígado y otras hortalizas de hojas.

La absorción de ciertos medicamentos puede encontrarse alterada por sustancias insolubles. La administración de sales de hierro en conjunto con otros alimentos ricos en taninos, puede reducir la biodisponibilidad del fármaco.

La ingesta conjunta de alimentos proteicos y la levodopa puede producir una disminución del efecto terapéutico, por inhibición competitiva a nivel de absorción intestinal. (19)

Es recomendable definir y controlar la cantidad de proteínas a ingerir, como así también establecer la dosis adecuada del fármaco, para evitar alteraciones dietéticas. La malnutrición puede acelerar cambios en la composición corporal propias del envejecimiento, de esta manera, puede producirse una disminución en las proteínas plasmáticas, en especial la albúmina, y una disminución de la masa magra, una reducción del contenido en agua de los tejidos, que afectan tanto transporte como a la distribución de fármacos y su terapéutica. (19)

Interacciones que pueden afectar el estado nutricional:

“El uso prolongado e ilimitado de laxantes pueden incrementar el riesgo de malabsorción generalizada de los distintos nutrientes, al disminuir el tiempo de contacto con la mucosa intestinal.”

“Como así también, los laxantes derivados de aceites minerales pueden disminuir la absorción de las vitaminas liposolubles.”

Los tratamientos con levodopa incrementan el riesgo de provocar deficiencia de vitamina B6, a causa de una interacción entre la levodopa y el piridoxal fosfato. (19)

La administración crónica de anticonvulsivantes se ha relacionado con deficiencias de folato.

El consumo prolongado del diurético tramitarenol puede producir deficiencias de folato.

La toma de diuréticos (excepto de los ahorradores de potasio) puede provocar un déficit de este ión. Si se realiza de modo incontrolado aumenta el riesgo de ocasionar déficit de iones calcio, magnesio y zinc, por excreción incrementada. (19)

La ingesta 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.

De la misma manera, la administración crónica y excesiva de antiácidos puede provocar la precipitación del fosfato de la dieta e incrementar el riesgo de osteomalacia en el anciano. (19)

Esperanza de vida.

En las últimas décadas se han sucedido una serie de cambios importantes, como avances en la medicina, mejores condiciones higiénicas, y hábitos de vida más saludables, que han hecho que se haya producido una substancial reducción de la tasa de mortalidad, junto con un aumento de la esperanza de vida. Esto, unido al descenso del índice de natalidad, ha hecho que los ancianos constituyan una parte considerable de la población total, lo que se observa principalmente en las sociedades desarrolladas. (17)

En general, la población anciana está constituida principalmente por mujeres, debido a que tienen una esperanza de vida más alta.

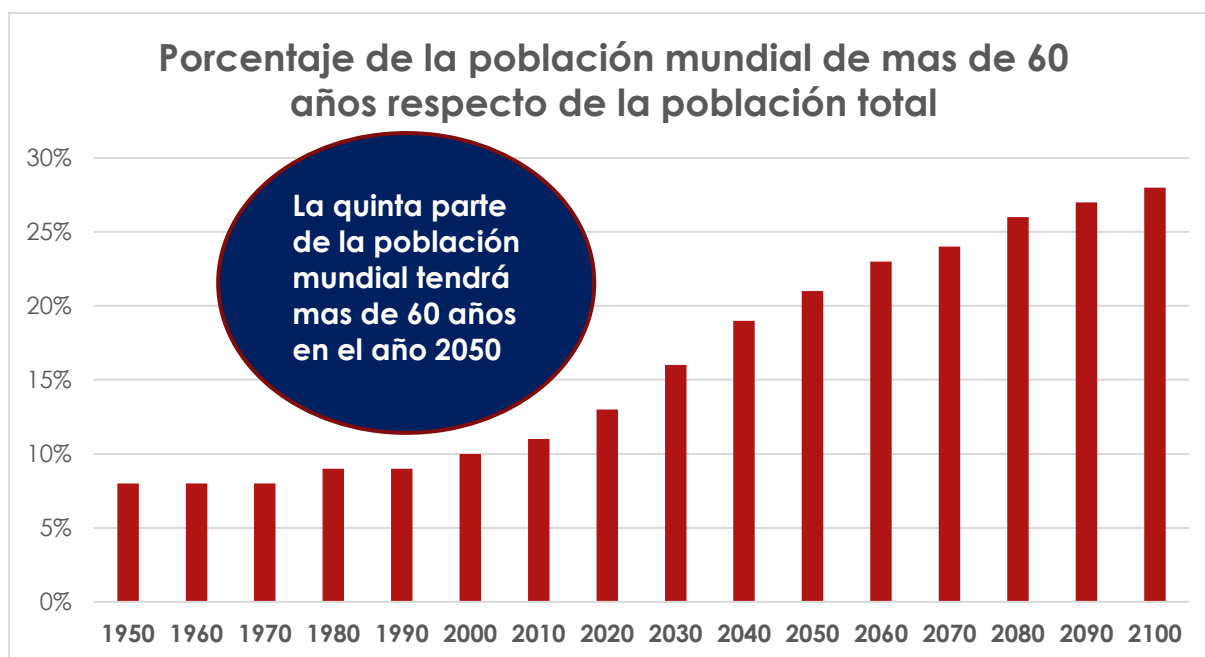
“En la II asamblea Mundial del envejecimiento organizada en Madrid por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002, se tomó el acuerdo de promover, entre otras iniciativas, el mejoramiento de la salud y el bienestar de la población mayor. Surge un nuevo concepto el de envejecimiento activo, que se define como “el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental de las personas a lo largo de su vida, con el objeto de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (GIL, 2010)(10)

Este hecho refuerza el convencimiento de que el estudio del envejecimiento y su complejidad no debe circunscribirse solamente a profundizar en los aspectos clínicos, nutricionales o sociales de forma aislada, sino que se debe estudiar esta etapa de la vida con una visión integradora en la que exista una gran interacción en los aspectos físicos, psíquicos y sociales del anciano. (10)

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.

Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. (10)

Se vive más tiempo en todo el mundo. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. (10)



Cuadro extraído de: Moderado. E. Envejecimiento Poblacional. (17)

Envejecimiento Poblacional: la bola de nieve del siglo XXI

De acuerdo al último censo nacional, el 14,6% de la población del país tiene 60 años o más.

Estas cifras son más alarmantes en la Ciudad de Buenos Aires, donde 1 de cada 5 personas es mayor de 60 años (21,66%). Este proceso, por el cual la población de mayor edad aumenta en relación a otros grupos etarios, se denomina envejecimiento poblacional. Para el año 2050, el CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) estima que en nuestro país los mayores de 60 años representarán el 25,3% de la población total, siendo un grupo que mantiene un crecimiento fuerte y sostenido, en detrimento del grupo etario de niños (0 a 14 años), a quienes superarán en número a partir del año 2035.

El envejecimiento es consecuencia de la contingencia de 2 procesos.

- La disminución en la tasa de fertilidad: en donde intervienen factores culturales, económicos, sociales y políticos que inciden principalmente en la postergación de la llegada del primer hijo y la elección de formar familias más pequeñas, entre otros aspectos.
- Los avances médicos, científicos y tecnológicos: posibilitaron la extensión de la esperanza de vida, y por el otro, el desarrollo de los derechos sociales, impulsaron la inclusión de los mayores de 60 años

en sistemas de seguridad social. Ambos factores contribuyen a una mayor longevidad de los miembros de la tercera edad.

- En el gráfico 1 se aprecia en el crecimiento de la esperanza de vida al nacer, en Latinoamérica y en Argentina. Mientras que la primera alcanzaba en 1950 los 51,8 años, y se espera en el 2050 que llegue a los 80,5 años, en nuestro país era en 1950 de 62,6 años, y se espera que crezca para 2050 a 81,4 años.

Esperanza de vida al nacer en América Latina y en Argentina según quinquenios 1950-2050.

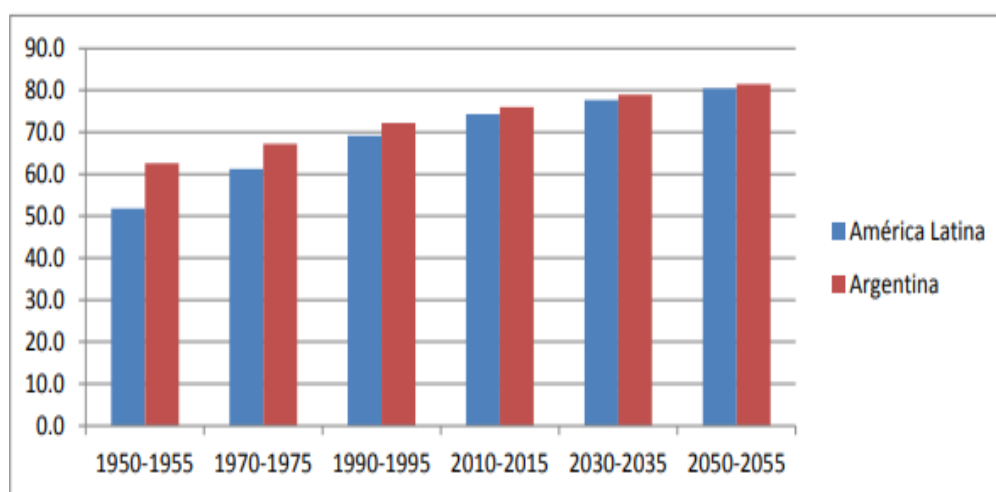


Gráfico extraído de: Moderado. E. Envejecimiento Poblacional. (17)

Índice de envejecimiento de América Latina y de Argentina 1950-2050.

En el gráfico 2, el crecimiento de este índice creció geométricamente, en un siglo en el caso de América Latina, se estima que se multiplicará por más de 10 veces (de 13,9 a 140,9) y este índice en nuestro país se espera que aumente más de 6 veces (de 23,1 en 1950 a 146,7 en 2050). Dentro de América del Sur. Argentina ocupa el 2º lugar, en el ranking de población con una proporción mayor de personas de 60 años o más (14,6 %) en el año 2009.

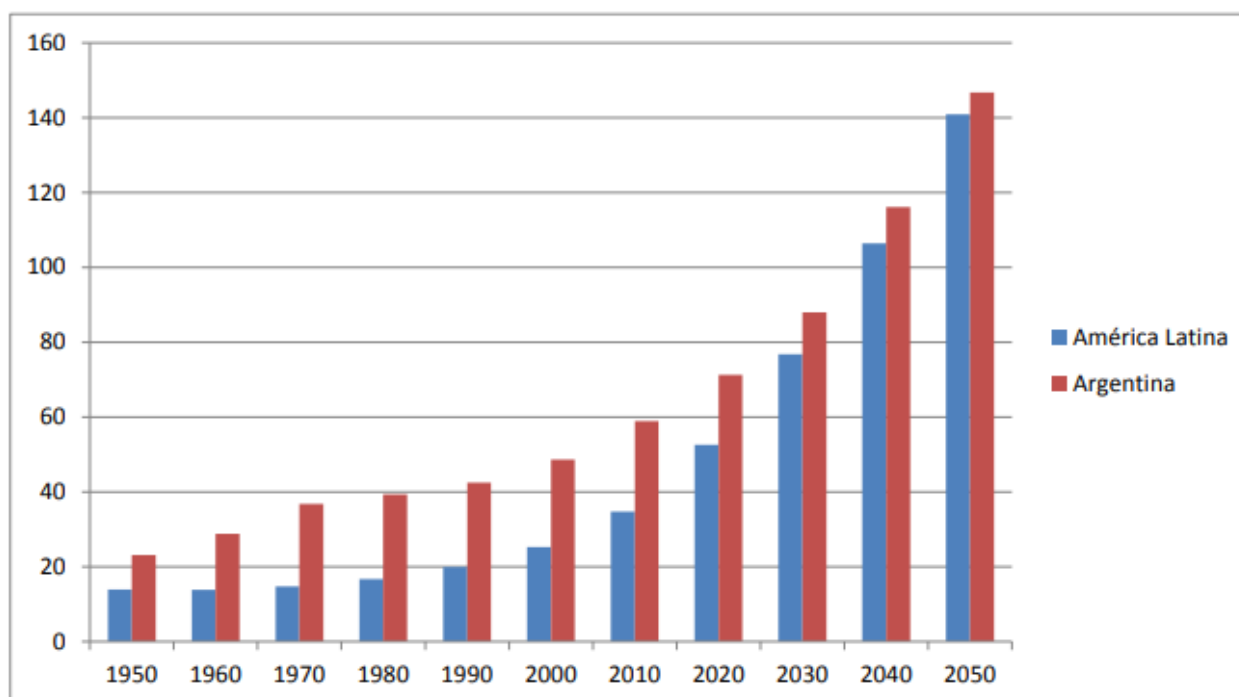


Gráfico extraído de: Moderado. E. Envejecimiento Poblacional. (17)

Envejecimiento y sistemas de cuidados.

El aumento de la población de personas mayores y el paulatino incremento de la esperanza de vida han incrementado el interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidado. El énfasis en este tema se debe, principalmente, a cuatro factores. (12)

En primer lugar, el envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia, debido a que las personas de edad experimentan con frecuencia cierto deterioro de sus condiciones de salud (física y/o mental) y un debilitamiento de las redes sociales por la pérdida de la pareja, los amigos y los parientes. En segundo término, la población adulta mayor que precisa cuidados de forma permanente se encuentra en proceso de crecimiento. De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina y el Caribe habrá aumentado en un 23% la prevalencia de necesidad de cuidados en la población de edad avanzada entre 2000 y 2010, y diez años más tarde se habrá incrementado en un 47%, lo que se traducirá en que más de diez millones de personas de 60 años y más requerirán asistencia cotidiana (WHO, 2002). En tercer lugar, el cuidado ha recaído tradicionalmente en las mujeres y éstas, debido a presiones económicas, sociales u opciones personales, se

han ido alejando progresivamente de estas tareas. Como contrapartida, la inserción de las mujeres en el mercado del trabajo extra doméstico no siempre es acompañada, con el mismo énfasis, por una mayor presencia de los hombres en las responsabilidades de cuidado, sea por socialización de género o porque quienes precisan de cuidado, valoran menos el aporte que los hombres puedan realizar en esta tarea. Y en cuarto término, los servicios sociales de apoyo a la reproducción social de la población de personas mayores aún no han logrado un pleno respaldo público. La familia y en menor medida, el mercado, actúa como principal mecanismo de absorción de los riesgos asociados a la pérdida de funcionalidad en la vejez. (12)

El aumento de la población de personas mayores no debería ser un problema para los sistemas de cuidados. La dificultad se encuentra en que las sociedades no han creado los mecanismos adecuados para enfrentar este fenómeno y sus consecuencias. El cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria. En este sentido, la necesidad de cuidado en las edades más avanzadas no es un asunto nuevo. En todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. (12)

Por una parte, y como en todas las épocas, existen personas que no pueden valerse por sí mismas, y los modos tradicionales de atenderlas están en crisis, justo en un momento en que aumenta la cantidad de personas que precisan ayuda por causas de distinto orden, tales como el envejecimiento, la extensión de la vida mediante métodos artificiales, la mayor supervivencia a los accidentes, entre otras (Sempere y Cavas, 2007). De ahí que numerosos estudios hayan calificado la necesidad de cuidados como un nuevo riesgo social, propio de las sociedades en transición o ya maduras, que demanda una serie de servicios de protección pública especializados. (12)

La principal diferencia entre los países de la región y los desarrollados es que en estos últimos la consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social empezó a instalarse a partir de los años setenta. En ese momento, un informe de la OCDE (1973) advertía que “el crecimiento no es suficiente en sí mismo, sino un medio para

lograr condiciones de vida mejores”, y colocaba en el primer lugar de una lista de preocupaciones sociales, la posibilidad de disfrutar de una buena salud a lo largo de toda la vida. En los países de la región, en cambio, este proceso ha tenido una evolución reciente, entre otras razones, porque los sistemas tradicionales de cuidado continuaban funcionando con relativa estabilidad hasta los años ochenta, ya que las personas de edad avanzada no tenían un peso demográfico importante en el conjunto de la población. Se prevé que la población con necesidad de cuidados aumente notablemente en los próximos años. Los menores de 5 años seguirán representando el sector más importante que proteger y cuidar hasta aproximadamente el año 2040. A partir de ese momento, las personas mayores de 75 años aumentarán paulatinamente, y seguramente concentrarán la atención y los servicios de asistencia. Aunque es verdad que muchas personas de este grupo etario gozan de buena salud y alto grado de independencia, no es cierto que el riesgo de sufrir una situación de fragilidad o discapacidad aumenten en proporción con la edad. Por lo tanto, en un contexto de envejecimiento, la sociedad debe preocuparse por la dependencia en los dos extremos: los más jóvenes y los más viejos. El impacto de estos cambios se sentirá con más fuerza en los próximos años, una vez que la maduración social y demográfica del fenómeno vaya exigiendo modificar las prestaciones sociales y sanitarias que en la actualidad se ofrecen a la población de personas mayores, a la niñez y a las personas con discapacidad. (12)

Justificación

Las razones que nos motivaron a realizar el estudio de investigación, se basaron en la fragilidad y tendencia a la desnutrición en la ancianidad como la importancia de una buena alimentación en esta etapa vulnerable de la vida.

La prevención del estado nutricional en los extremos de la vida son pilares fundamentales que deberían ser concientizados tanto por el adulto mayor, como su entorno familiar, quien reviste la figura de sostén más importante de esta etapa.

Este trabajo nos permitió detectar los hábitos alimentarios, nivel de sedentarismo, conocer la prevalencia de enfermedades o consumo de medicamentos que interfieran en la correcta nutrición.

Objetivo general

- Determinar el estado nutricional de los gerontes que residen en geriátricos del Gran Buenos Aires y Capital Federal durante el período comprendido de Abril del 2017a Septiembre 2017.

Objetivos específicos

- Realizar una valoración nutricional en los gerontes para informarse del estado nutricional de los mismos.
- Identificar el estado nutricional por medio de valoración objetiva (antropométrica) y valoración subjetiva (MNA)
- Valorar la importancia de la sociabilización en los ancianos institucionalizados.

Diseño metodológico

- La investigación se llevó a cabo a través de un estudio observacional, descriptivo, analítico, transversal.
- Una vez recolectados los datos y volcados a la matriz de datos, se procedió con la tabulación colectiva de los resultados obtenidos en el lugar de campo.

Población y muestra

- La muestra consiste en encuestas y valoración nutricional a adultos mayores de 60 años de ambos sexos que asisten a los geriátricos Centro de jubilados y pensionados “Serrano” y “Villa Libertad”, sin enfermedades terminales y sin internación hospitalaria.

Técnica de Muestreo

- Tipo de muestreo por conveniencia no probabilístico.

Instrumento de recolección de datos

- Valoración subjetiva como encuestas y MNA
- Valoración objetiva antropométrica como peso, talla, circunferencia de cintura, pantorrilla, pliegue tricipital.

Criterios de elegibilidad e inclusión.

- Adultos mayores de 60 años de ambos sexos que concurren a los geriátricos "Serrano" y " Villa Libertad", sin enfermedades terminales y sin internación hospitalaria.
- Pacientes que asisten a los “Serrano” y “Villa Libertad” con patologías medicas agudas.
- Pacientes que aceptan ser incluidos en el estudio.
- Pacientes sin trastornos graves neurológicos, conscientes.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que presentan patologías neurológicas graves, inconscientes.
- Pacientes que no aceptan ser incluidos en el estudio.
- Pacientes que no pueden deambular.

Valoración del Estado Nutricional

Las técnicas de evaluación nutricional permiten evaluar a los pacientes tanto de manera objetiva como subjetiva, según las variables a determinar. Los estudios de evaluación del estado nutricional mediante antropometría, utilizan diversas medidas previamente validadas, entre las cuales están el **índice de masa corporal**, el grosor del **pliegue tricipital**, la relación entre el peso actual y el ideal, etc. (8)

Adicionalmente se han validado escalas subjetivas que identifica alteraciones nutricionales de forma tan adecuada como los parámetros antropométricos, entre las cuales destaca el **Mini Nutritional Assessment (MNA)** (8)

El índice de masa corporal (IMC) no es, por sí mismo, un indicador sensible de la malnutrición proteico calórica, por lo cual existen otras variables antropométricas que complementan la medida del IMC; el pliegue tricipital da información de las reservas de grasa corporal; la circunferencia muscular del brazo ayuda a determinar la reserva proteica muscular las cuales resultan ser medidas más sensibles para la evaluación nutricional. (8)

Herramienta útil, rápida fácil y fiable (sensibilidad del 96% y especificidad del 98%) que permite detectar el riesgo de malnutrición en el adulto mayor.

Diseñado específicamente para valorar a la población geriátrica, el Mini Nutritional Assessment (MNA) estudia distintas variables agrupadas en cuatro grupos:

- Antropometría.
- Parámetros globales.
- Hábitos dietéticos.
- Percepción de la salud.

El MNA: analiza 18 ítems en total y su puntuación máxima es de 30 puntos:

-Estado nutricional satisfactorio: 24 o más puntos

-Riesgo de desnutrición: de 17 a 23,5 puntos

-Desnutrición: < de 17 puntos (8)

Parámetros Antropométricos:

Peso y talla

A partir de estos dos parámetros se calculan índices-porcentajes que nos dan información sobre el estado nutricional, sobre todo si hay cambios recientes.

Algunos de ellos son:

Índice de Masa Corporal (IMC)

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{T (m)^2}$$

El IMC ideal en personas mayores de 65 debería de estar entre 24 y 29. (7,20)

- Desnutrición leve: 17 – 19
- Desnutrición moderada: 16 – 16,9.
- Desnutrición grave: <16

Definición operacional de las variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	HERRAMIENTAS
PESO CORPORAL	Es el parámetro del estado nutricional más ampliamente usado para medir la masa corporal total. Es un indicador valioso para detectar la inminencia de la desnutrición proteica calórica.	Se procede a la toma de la medida con el paciente descalzo, descontando el peso de la ropa	Para determinar el peso corporal total se utilizó una balanza de 120kg marca SAN UP (Buenos Aires – Argentina). Se expresa en kilogramos (Kg)
TALLA	Expresión de la longitud corporal	Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta la bóveda del cráneo.	Se utilizó cinta métrica marca ANTHROFLEX (Diameter tape measure-6mts *2 mts- Estadounidense) . Se expresa en metros (mts) y centímetros (cm).
PERIMETRO DE PANTORILLA	Es un parámetro del estado nutricional en ancianidad muy sensible a la pérdida de masa muscular considerando el punto de corte de 31 cm	<u>Rango de perímetro de la pantorrilla:</u> PP< 31 cm: Desnutrición PP >= 31 cm: Normal	Se utilizó cinta métrica marca ANTHROFLEX (Diameter tape measure-6mts *2 mts- Estadounidense) . Se expresa en centímetros (cm).

Continúa en Pág 45

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	HERRAMIENTAS
IMC	También llamado Índice de Quetelet. Permite relacionar el peso del individuo con su talla para valoración del estado nutricional.	La determinación del mismo se basa en relación del peso (expresado en kilogramos) por medio de una balanza calibrada con la estatura (expresada en metros) elevada al cuadrado. Luego se aplicará la fórmula: $IMC = P \text{ (kg)} / \text{metros}^2$ Se considera los parámetros de normalidad establecidos por ambos geriátricos: < 18,5 Kg/m²: bajo peso 18,5-24,9kg/m²: Normopeso 25-29,9kg/m²: Sobrepeso(*) Pág45 Si bien no son los rangos de IMC de ancianidad, las nutricionistas de ambos geriátricos se manejaban con estos valores de IMC de adultos no geriátricos.	Se expresa en kg dividido en metros al cuadrado, realizándose la medición con las variables Peso corporal y talla cuyas herramientas fueron mencionadas con anterioridad.
PERIMETRO BRAQUIAL	Se emplea como indicador del compartimento muscular, esquelético y proteico- corporal	Rangos de percentilos para su determinación: PC<5: masa total del brazo muy disminuía. PC 5-10: Masa grasa disminuía PC 10-90: masa total del brazo normal PC>90: masa total del brazo aumentada PC>95: masa total del brazo muy aumentada	Se utilizó cinta métrica marca ANTHROFLEX (Diameter tape measure-6mts *2 mts- Estadounidense). Se expresa en cm

Continúa en Pág 46

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	HERRAMIENTAS
PLIEGUE TRICIPITAL	Permite estimar las reservas calóricas de un paciente. Es indicador de la masa grasa y se relaciona con valores estándares.	Percentilos para indicar la masa grasa total: PC < 5: Masa grasa muy disminuída PC 5-10: Masa grasa disminuída PC 10 - 90: Masa grasa Normal PC > 90: Masa grasa aumentada PC > 95: Masa grasa muy aumentada	Para realizar la medición de pliegue tricipital con Plicómetro marca SLIMGUIDE (Skinfoldthickness mm-Estadounidense) Se expresa en centímetros(cm).
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	Se realiza la medición de cintura según OMS, en centímetros, para estimar el riesgo cardiovascular	Parámetros de circunferencia de Cintura OMS: <u>Sexo femenino:</u> < 80 cm: Riesgo cardiovascular bajo 80 -88 cm: Riesgo cardiovascular medio > 88 cm: Riesgo cardiovascular alto <u>Sexo masculino:</u> < 94 cm: Riesgo cardiovascular bajo 94 -102 cm: Riesgo cardiovascular medio >102 cm: Riesgo cardiovascular alto	Se utilizó cinta métrica marca ANTHROFLEX (Diameter tape measure-6mts *2 mts-Estadounidense). Se expresa en centímetros (cm).
SOCIALIZACION	Mantener y establecer relaciones interpersonales es fundamental para favorecer el estado de ánimo del adulto mayor y así poder vivir en plenitud.	Se realizó por método observacional el comportamiento de los gerentes, su relación con el alimento en actividades recreativas. <u>Frecuencia:</u> Cumpleaños	Método Observación: Participante o Descripción densa

(*) Se aclara tener en cuenta los parámetros estipulados de IMC para un adulto mayor fundamentado según (20)

Suárez MM, López LB. Alimentación saludable: guía práctica para su realización. Alimentación saludable: guía práctica para su realización 2009.

Aspectos éticos

- La investigación se llevó a cabo en un ámbito de institucionalización geriátrica encaminada en un parámetro deontológico de la profesión con consentimiento aprobado y firmado por el propio paciente, respetando la dignidad, bienestar y derecho del sujeto en estudio, manteniendo la privacidad de los datos.

Se tuvo en cuenta:

- El bienestar del paciente: Prima sobre todos los valores. Prevalece exclusivamente el interés y beneficio del paciente, sin producirle daño, dolor ni perjuicio.
- Autonomía del paciente: Se respetó la decisión del paciente, aquellos que querían ser incluidos en nuestro estudio se tomaron como muestra representativa, así como también los que no estaban dispuestos a formar parte del estudio fueron excluidos de nuestro trabajo. En cualquier momento de nuestro trabajo de investigación el paciente podía negarse a formar parte del mismo.
- Conocimiento científico: Como profesionales de la salud tuvimos en cuenta nuestro conocimiento adquirido para llevar adelante nuestro trabajo.
- Se mantuvo durante el desarrollo de nuestra tesis:
- Participación activa en todas las actividades relacionadas con la profesión y sentido de la responsabilidad.
- Se respetaron profesores, médicos y otros profesionales sanitarios que colaboraron en nuestro proceso de desarrollo de nuestra tesina.
- Se mantuvo correcto comportamiento con los pacientes, profesionales y personal de la salud.
- No se obligó, coaccionó ni presionó a ningún paciente con el fin de lograr algún beneficio propio.
- Se respetó la intimidad del paciente y su derecho a la confidencialidad.

Materiales y métodos

Material:

Se ha valorado la situación nutricional a 28 pacientes de ambos sexos (19 mujeres y 9 varones) mayores de 60 años, pertenecientes a dos geriátricos de adultos mayores de Capital Federal y Gran Buenos Aires durante el período comprendido entre Abril 2017- Septiembre 2017.

Los adultos mayores fueron seleccionados previamente por el propio personal sanitario de los respectivos centros geriátricos a partir de los criterios de inclusión previamente estipulados como ser:

- Adultos mayores de 60 años sin enfermedades terminales y sin internación.
- Pacientes con patologías agudas como ser: diabetes, hipertensión, obesidad, desnutrición.
- Pacientes que aceptan ser incluidos en el estudio con previo consentimiento informado.
- Pacientes sin trastornos neurológicos graves y conscientes.

Criterios de exclusión:

- Se excluyó del estudio aquellos adultos mayores que no presentaron conformidad y consentimiento informado para el estudio.
- Pacientes con trastornos neurológicos graves no conscientes como ser demencia senil, mal de Alzheimer.
- Pacientes con estado de internación grave.

Métodos:

La valoración nutricional de los pacientes de la tercera edad se llevó a cabo teniendo en cuenta.

- datos antropométricos (valoración objetiva)
- cuestionarios establecidos como MNA (valoración subjetiva)

Material y métodos:

Estudio antropométrico:

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 28 pacientes (9 varones y 19 mujeres).

Las medidas antropométricas se tomaron en instalaciones adecuadas cedidas por los geriátricos en donde se realizó el estudio, desde la primera hora de la mañana y durante horas de la tarde, descalzos y estipulando la indumentaria que llevaban puesta, siguiendo la técnica estándar y normas internacionales OMS (1995).

Para evitar posibles errores producidos por determinación, las medidas fueron tomadas por el mismo observador entrenado por duplicado (peso corporal y talla) y por triplicado (pliegues y circunferencias), registrándose el valor medio de los mismos.

Las medidas antropométricas que se registraron fueron las siguientes:

Peso: La medida se determinó utilizando una báscula (San Up) (Buenos Aires-argentina) de capacidad máxima de 120 kgs., con la persona de pie en el centro de la báscula, descalza.

Talla: La medida de la estatura se efectuó con cinta métrica (Anthroflex) (diameter tape measure_EE.UU), con capacidad de 6 metros. Para ello los sujetos se midieron descalzos, de pie con la espalda lo más recta posible, apoyados en bipedestación en superficie plana, brazos extendidos y paralelos al cuerpo, talones juntos y cabeza alineada siguiendo el plano horizontal de Frankfurt.

Circunferencias corporales:

Las circunferencias corporales (cintura OMS, brazo y pantorrilla) fueron determinadas mediante una cinta métrica inextensible (Anthroflex-diameter tape measure) EE.UU. 6 mts.

Perímetro braquial: Esta medida se realizó en el punto medio, entre el acromion y olecranon, con el individuo en posición de pie, brazos extendidos a los laterales del cuerpo lo más recto posible y el peso repartido equitativamente entre ambas piernas.

Circunferencia de cintura-OMS: La medida fue tomada perpendicularmente al eje del cuerpo, en el punto medio de la última costilla y la cresta ilíaca, manteniendo a la persona

en posición de pie, repartiendo el peso del cuerpo equitativamente entre ambas piernas levemente separadas y con los brazos extendidos a ambos laterales del cuerpo.

La medición de la circunferencia de cintura OMS tiene una buena correlación con la acumulación de grasa visceral. Según datos OMS (1995) el riesgo de las complicaciones metabólicas aumenta cuando los hombres aumentan su CC (OMS) por encima de los 94cm y las mujeres por encima de 80cm.

Pantorrilla: La medición se realizó en la zona de la pierna en la que el vientre muscular es más voluminoso, con la persona sentada y la rodilla flexionada a 90°.

Pliegues cutáneos (mm).

Asimismo se tomó el pliegue cutáneo utilizando plicómetro (Slimguide_Skinfoldthicknes) (EE.UU) (mm).

Las medidas del grosor de los pliegues se efectuaron al 5° segundo de la aplicación del calibre, para reducir la variabilidad asociadas a diferencias de compresibilidad cutánea.

El pliegue que se determina es el pliegue tricipital. Se midió el músculo tríceps (parte posterior del brazo) con el brazo relajado, en el punto medio entre acromion y olecranon.

Se tomó el pliegue con el dedo índice y el pulgar de la mano izquierda en forma vertical y longitudinal del brazo. Se aplicó el plicómetro perpendicularmente al eje del brazo.

Una vez tomados los datos antropométricos se calculó el IMC (kg/m²) a partir del peso y talla del paciente según la fórmula de Índice de masa corporal de Quetelet (Dunin y Fidanza,1985).

Resultados

A continuación, se presentan los siguientes resultados:

El estado nutricional según MNA ancianidad arroja los siguientes datos:

Geriátrico “Villa Libertad”

MNA 24-30: estado nutricional normal (6 pacientes)

MNA 17-23,5: riesgo de malnutrición (10 pacientes)

MNA menor a 17: malnutrición (1 paciente)

Geriátrico “Serrano”

MNA 24-30= estado de nutrición normal (4 pacientes)

MNA 17-23,5= riesgo de malnutrición= (7 pacientes)

MNA menor a 17= malnutrición (0 pacientes)

MNA entre ambos geriátricos (“Villa Libertad” y “Serrano”)

MNA de 24-30= estado de nutrición normal (10 pacientes)

MNA de 17-23,5= riesgo de malnutrición (17 pacientes)

MNA debajo de 17= malnutrición (1 paciente)

Valoración objetiva antropométrica de circunferencia de cintura (OMS):

La muestra inicial se conformó por 28 pacientes entre el geriátrico "Serrano" situado en Palermo (Capital Federal) y del geriátrico "Libertad" situado en Villa Libertad (Gran Buenos Aires).

Geriátrico Serrano.

Se tomaron las medidas antropométricas Circunferencia de cintura OMS a un total de 11 pacientes, de los cuales eran 10 mujeres y 1 varón.

De las 10 mujeres, 9 de ellas presentaron Circunferencia de cintura por encima de 88 cm, lo que significa que el “*riesgo cardiovascular es elevado*”.

Una sola paciente presentó cintura OMS entre 80-88 cm, con “*riesgo cardiovascular medio*”.

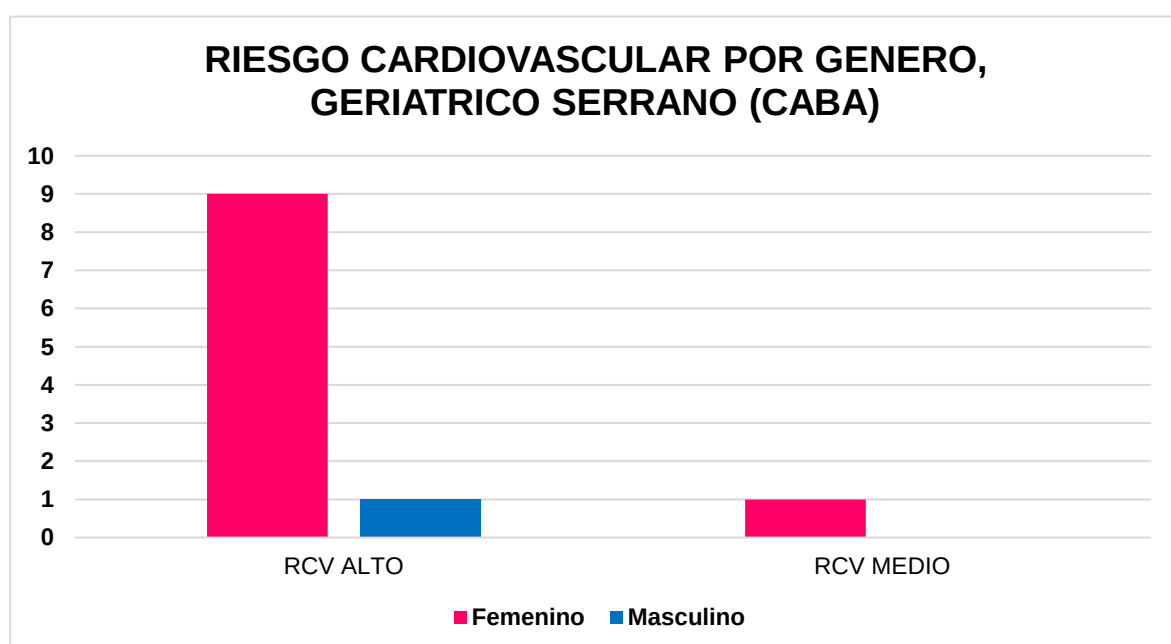
El único paciente masculino presentó medida CC OMS por encima de 102 cm, cuyo resultado denotó un “*riesgo cardiovascular elevado*”.

Esto demuestra también que en la ancianidad, la grasa central visceral aumenta, aumentando así el riesgo cardiovascular, accidente de miocardio, diabetes e hipertensión arterial. De la muestra final 91% pertenece al género femenino y 9% al género masculino.

Circunferencia de cintura OMS.

- 11 pacientes = 100%
- Conformado por 10 Mujeres y 1 hombre
- Del total de mujeres, 9 presentaron “riesgo cardiovascular alto” con CC OMS mayor de 88 cm y 1 “riesgo cardiovascular medio”
- 1 hombre presentó “riesgo cardiovascular alto”

Gráfico 1.



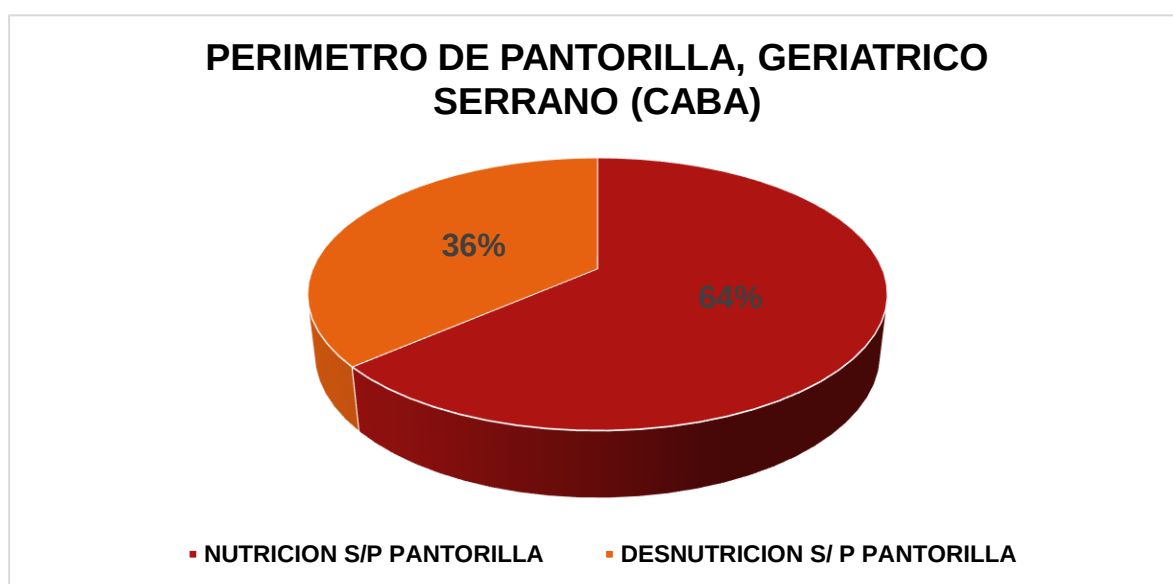
- **Valoración de medida antropométrica objetiva de "perímetro de pantorrilla"**
(punto de corte= 31 cm):

Se realizaron valoración objetiva de perímetro de pantorrilla a los 11 pacientes del geriátrico Serrano, presentando 4 pacientes del sexo femenino perímetro de pantorrilla inferior a 31 cm, siendo que 31 cm, es el punto corte para la desnutrición.

Sólo 1 de éstas 4 pacientes presenta un BMI menor a 18,5 Kg/mtr².

Los 7 pacientes restantes (6 femeninos y 1 masculino) superan los 31 cm de perímetro de pantorrilla, lo que indica que no hay presencia de desnutrición.

Gráfico 2.



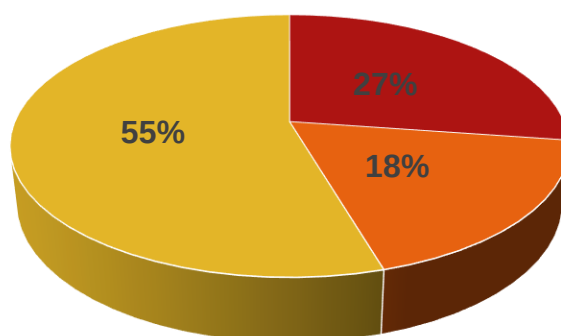
- **Análisis de valoración objetiva de la medida del perímetro braquial:**

De los 11 pacientes, hay 3 de sexo femenino por debajo del PC=5, lo que refleja masa muscular del brazo muy adelgazada; y 2 pacientes femeninos con PC=5 lo que refleja masa muscular del brazo adelgazada.

El resto de los pacientes tienen masa muscular dentro de los parámetros normales PC= 10-90 (6 pacientes en total: 5 pacientes femeninos y 1 masculino)

Gráfico 3.

PERIMETRO BRAQUIAL , GERIATRICO SERRANO (CABA)



■ MASA MUSCULAR MUY ADELGAZADA ■ MASA MUSCULAR ADELGAZADA
■ MASA MUSCULAR NORMAL

- **Análisis de valoración objetiva antropométrica pliegue tricipital:**

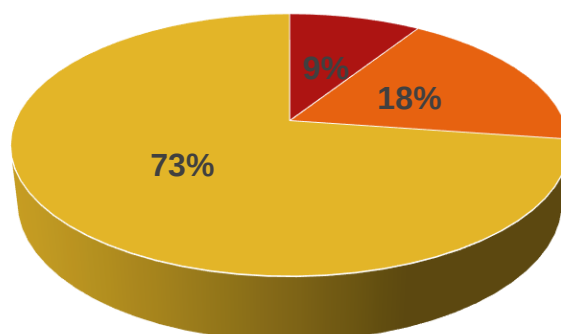
Del total de pacientes, 1 mujer presentó masa grasa muy adelgazada, con percentilo debajo de PC=5.

2 mujeres presentaron masa grasa adelgazada con PC=5-10

Los 8 pacientes restantes presentaron percentilos dentro del rango de normalidad PC=5-90. Conformado por 7 mujeres y 1 hombre.

Gráfico 4.

PLIEGUE TRICIPITAL, GERIATRICO SERRANO (CABA)



■ MASA GRASA MUY ADELGAZADA ■ MASA GRASA ADELGAZADA
■ MASA MUSCULAR NORMAL

Geriátrico Libertad:

- **Valoración objetiva antropométrica de circunferencia de cintura (OMS):**

Se pudo realizar valoración antropométrica objetiva de CC OMS a 17 pacientes.
Conformado por 9 mujeres y 8 hombres.

Del total de mujeres, 7 presentaron “Riesgo Cardiovascular elevado” con CC OMS por encima de 88 cm, y 2 “Riesgo Cardiovascular bajo” con CC por debajo de 80 cm.

Del total de hombres, 3 presentaron Riesgo Cardiovascular elevado” con CC OMS por encima de 102 cm, 4 “Riesgo Cardiovascular medio” con CC OMS 94-102 cm, solo 1 paciente presentó “Riesgo Cardiovascular bajo” con CC OMS por debajo de 94 cm.

Circunferencia de la cintura OMS.

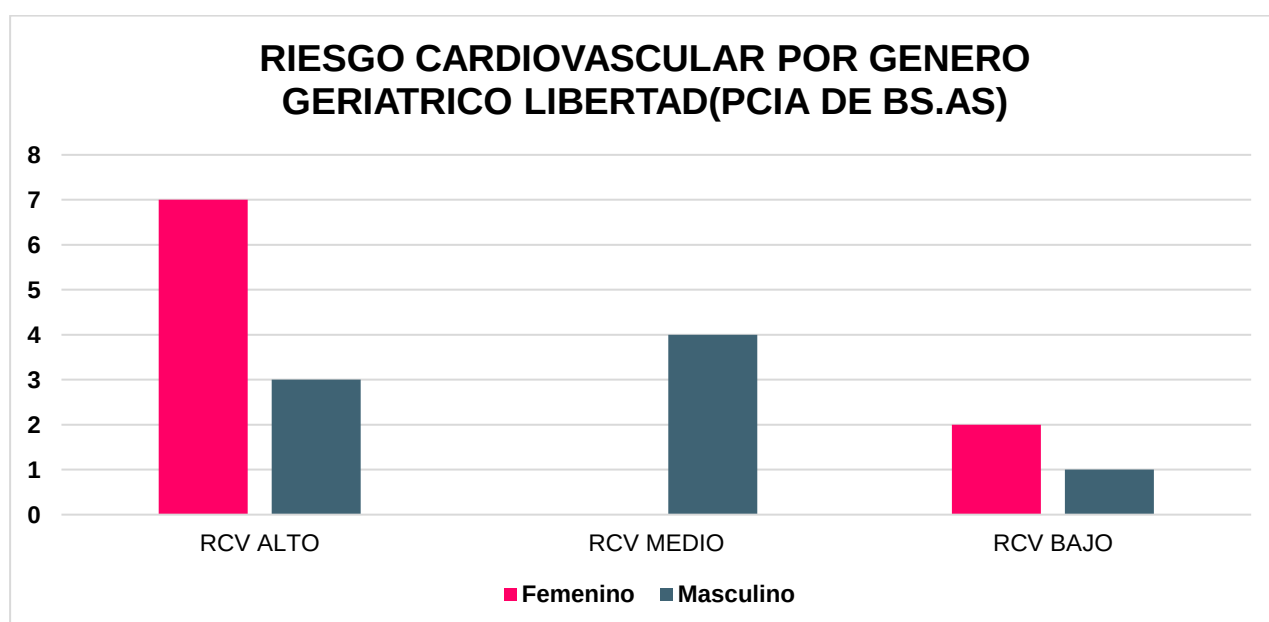
17 pacientes = 100%

Conformado por 9 mujeres y 8 hombres.

Del total demujeres,7 presentaron “riesgo cardiovascular alto” y 2“riesgo cardiovascular bajo”.

Del total de hombres, 3 presentaron “riesgo cardiovascular alto” 4 “riesgo cardiovascular medio” y 1 “riesgo cardiovascular bajo”.

Gráfico 5.



- **Valoración de medida antropométrica objetiva de "perímetro de pantorrilla" (punto de corte= 31 cm):**

Se realizó la valoración objetiva de perímetro de pantorrilla a 17 pacientes.

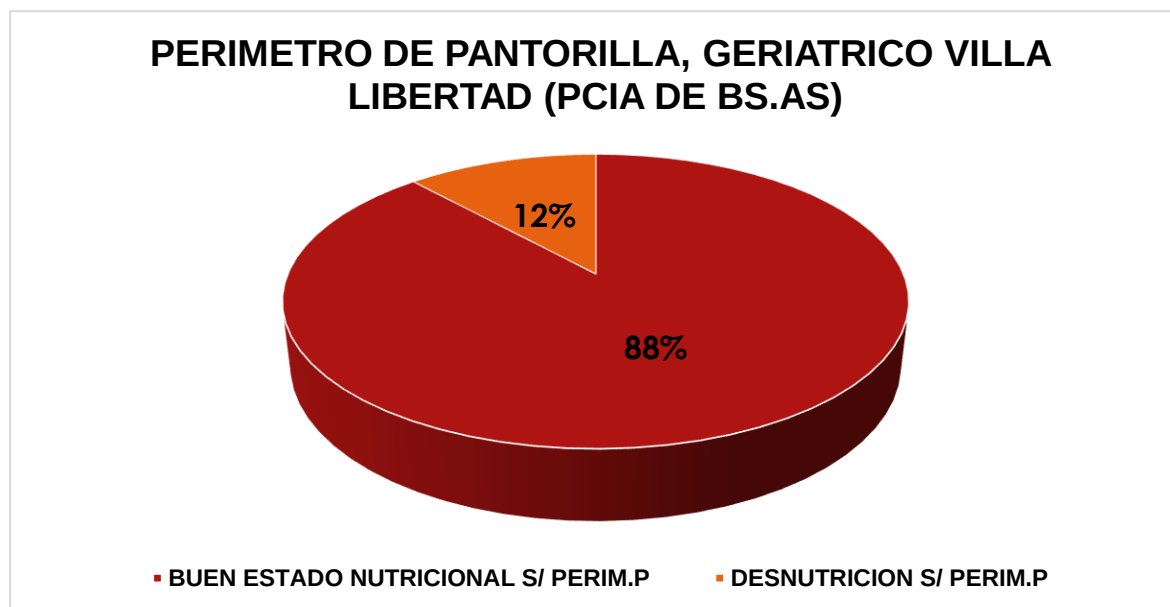
Conformado por 9 mujeres y 8 hombres.

Del total de mujeres, 7 presentaron "Nutrición Normal" según perímetro de pantorrilla por encima del punto de cohorte de 31 cm y 2 presentaron "desnutrición" según perímetro de pantorrilla por debajo de 31 cm.

Los hombres presentaron "Nutrición Normal" según perímetro de pantorrilla por encima de 31cm.

Para concluir de los 17 pacientes, 15 presentaron "Nutrición Normal" según perímetro de pantorrilla "por encima" de punto de corte de 31 cm, mientras que los 2 restantes presentaron perímetro de pantorrilla "por debajo" de 31 cm, coincidiendo a su vez con valores BMI por debajo de 18,5 Kg/mtr², reafirmando la presencia de desnutrición.

Gráfico 6.



- **Análisis de valoración objetiva de la medida del perímetro braquial:**

De los 17 pacientes, 9 eran mujeres y 8 hombres.

Del total de mujeres, 3 presentaron “masa muscular del brazo muy disminuida” con un perímetro braquial por debajo del PC=5;

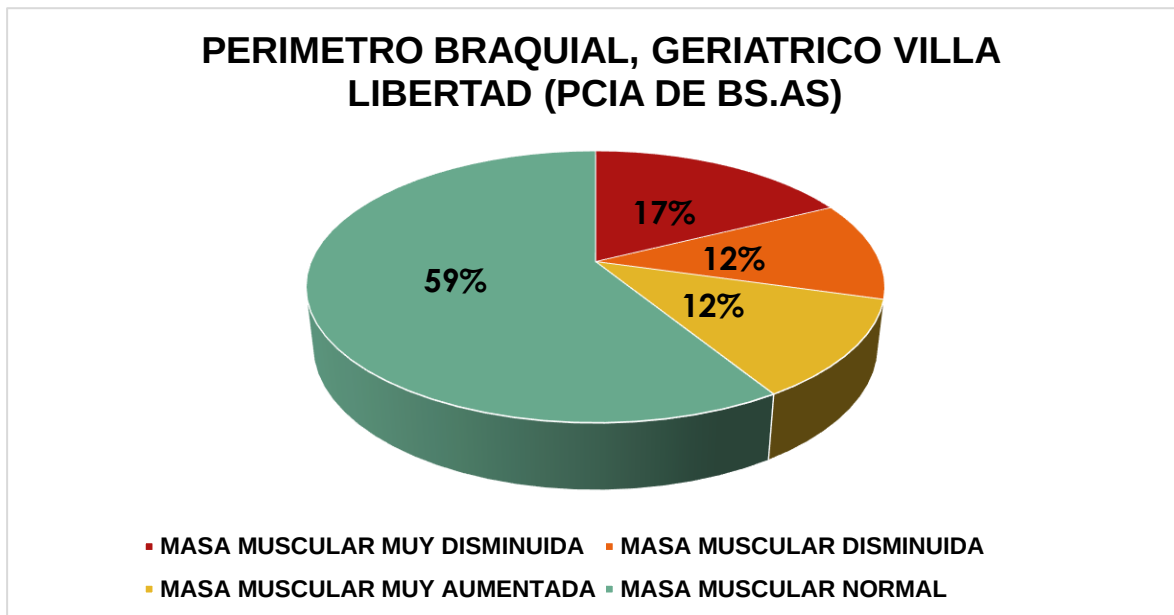
1 con “masa muscular disminuida” PC=5-10, 1 con “masa muscular muy aumentada” con perímetro braquial por encima de PC=95 y 4 “con masa muscular normal” en PC=10-90.

A su vez 2 presentaron BMI debajo de 18,5 Kg/mtr².

Del total de los hombres, 1 presentó “masa muscular del brazo disminuida” con un perímetro braquial entre PC= 5-10.

Otro presentó “masa muscular del brazo muy aumentada” con un perímetro braquial por encima de PC= 95 y 6 presentaron una “masa muscular normal” con PC= 10-90.

Gráfico 7.



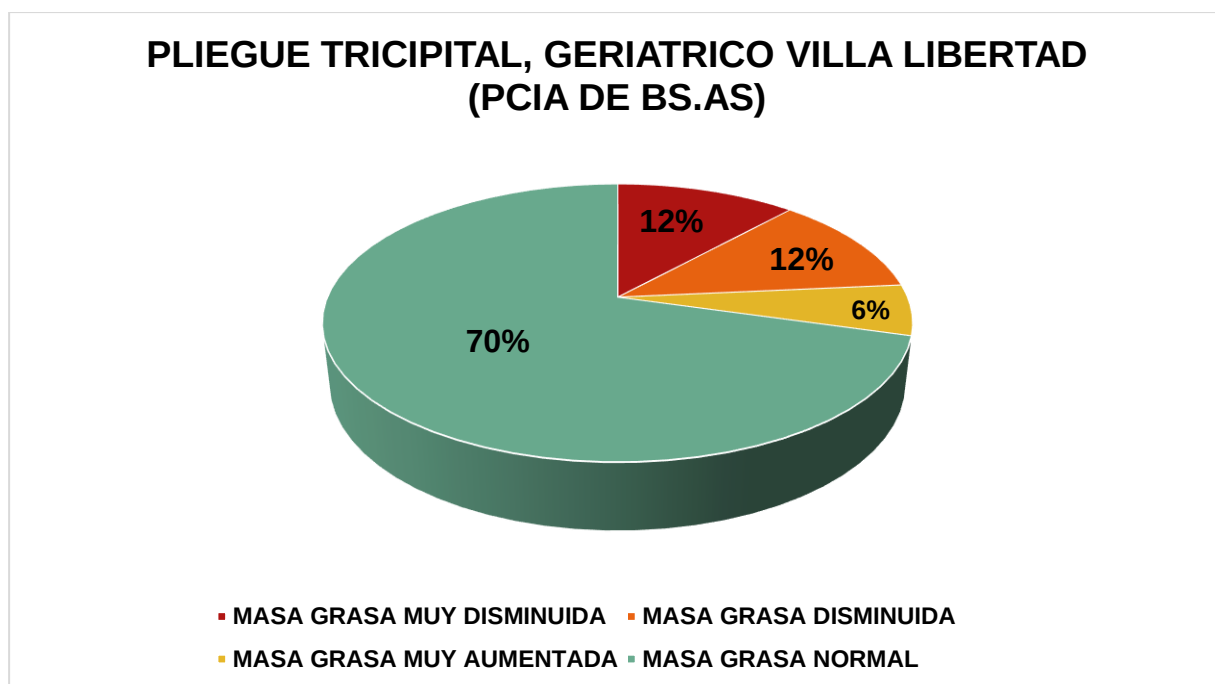
- **Análisis de valoración objetiva antropométrica pliegue tricipital:**

Del total de pacientes, 2 mujeres presentaron “masa grasa muy disminuida” s/pliegue tricipital con PC= debajo de 5, otras 2 “masa grasa disminuida”

s/pliegue tricipital con PC=5-10 y 5 mujeres con “masa grasa normal” con PC= 10-90.

Con respecto a los hombres, 1 presentó “masa grasa muy aumentada” con pliegue tricipital por encima de PC=95 y 7 “masa grasa normal” con PC= 10-90.

Gráfico 8.



Resultados totales entre los dos Geriátricos Villa Libertad y Serrano arroja los siguientes datos

Resultados totales de IMC: 28 pacientes

IMC debajo de 18,5kgs/m² (bajo peso): 3(tres) pacientes femeninas

IMC= 18,5kgs/m²-24,9kgs/m² (normopeso): 4 pacientes femeninos y 4 pacientes masculinos

IMC de 25kgs/m²-29,9kgs/m² (sobrepeso):6 pacientes femeninos y 3 pacientes masculinos

IMC de 30kgs/m² -34,9kgs/m² (obesidad I):3 pacientes femeninos y 1 paciente masculino

IMC de 35kgs/m² (obesidad II) :2 pacientes femeninos y 1 paciente masculino

IMC arriba de 40kgs/m² (obesidad III o mórbida): 1 paciente femenina

Resultados totales de circunferencia de cintura para calificar riesgo cardiovascular: 28 pacientes

CC MUJERES:19 pacientes totales

Debajo de 80 cm: 2 pacientes femeninas (riesgo cardiovascular bajo)

De 80-88 cm: 1 paciente femenina (riesgo cardiovascular medio)

Arriba de 88cm: 16 pacientes femeninas (riesgo cardiovascular alto)

CC HOMBRES: 9 pacientes totales

Debajo de 94 cm: 1 paciente masculino (riesgo cardiovascular bajo)

De 94-102 cm: 4 pacientes masculinos (riesgo cardiovascular medio)

Arriba de 102 cm: 4 pacientes masculinos (riesgo cardiovascular alto)

Resultados totales de perímetro de pantorrilla con punto de cohorte de 31 cm para calificar estado nutricional: 28 pacientes

Arriba de 31 cm: 13 pacientes femeninas y 9 pacientes masculinos (estado de nutrición normal)

Debajo de 31 cm: 6 pacientes femeninas (estado de desnutrición)

Resultados totales de perímetro braquial: 28 pacientes

PC debajo de 5: 6 pacientes femeninas (masa total braquial muy adelgazada)

PC de 5-10: 3 pacientes femeninas y 1 paciente masculino (masa total braquial adelgazada)

PC de 10-90: 9 pacientes femeninas y 7 pacientes masculinos (masa total braquial normal)

PC arriba de 95: 1 paciente femenina y 1 paciente masculino (masa total braquial muy aumentada)

Resultados totales de pliegue tricipital calificador de masa grasa: 28 pacientes

PC debajo de 5: 3 pacientes femeninas (masa grasa muy adelgazada)

PC 5-10: 4 pacientes femeninas (masa grasa adelgazada)

PC 10-90: 12 pacientes femeninas y 8 pacientes masculinos (masa grasa normal)

PC arriba de 95: 1 paciente masculino (masa grasa muy aumentada)

En el geriátrico “Villa Libertad” de provincia de Buenos Aires, se observó en campo por método descripción densa o participante, un evento de cumpleaños en el cual los ancianos participaban de actividades recreativas, como cantar, bailar e interviniendo en distintos juegos compitiendo para ganarse premios.

Durante el transcurso del festejo, un cantante dió un show, mientras aplaudían al son de la música y les servían sandwichitos compartiendo los alimentos y bebidas.

Discusión.

Para el ex presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (SAGG) “el primer factor de riesgo de los gerontes es la soledad”. Las personas añasas que enviudan, que no tienen con quien compartir la comida, dejan de lado el acto de alimentarse o lo hacen de una manera muy efímera, cayendo en la desnutrición lo cual acelera la progresión de enfermedades y aumento de complicaciones con mayor predisposición a las infecciones y reducción de la fuerza. (5)

A lo largo de nuestro estudio se pretende demostrar que en los adultos mayores institucionalizados, el hecho de “no estar solos” por gozar de mayor contacto social, asistencia permanente y contención profesional en estos sitios, serían factores coadyuvantes a nivel físico y psicológico, que favorecería un mejor estado nutricional, mejorando su calidad de vida.

Se ha observado que presentan los problemas comunes de la ancianidad como tendencia a la desnutrición – malnutrición y aumento de la grasa visceral aumentando el riesgo cardiovascular.

El estado nutricional de los pacientes tanto del Geriátrico Serrano ubicado en Capital Federal del ámbito privado, como el Geriátrico Libertad ubicado en el Gran Buenos Aires subvencionado por PAMI (Programa de atención Médica Integral) muestra los siguientes porcentajes: de los 28 pacientes estudiados, el 60,71% con tendencia y “riesgo de desnutrición”. Solo un paciente del Geriátrico Libertad presenta “desnutrición declarada” con MNA por debajo de 17 puntos, que corresponde al 3,57% de los pacientes, la cual no resulta una muestra representativa en términos de desnutrición. El 35,71% restante presenta estado de nutrición normal según valoración subjetiva MNA. Los resultados han sido similares comparados con otros estudios realizados en Argentina (21) Venezuela (22) y España (23), confirmando el mayor “riesgo de desnutrición” en comparación con la prevalencia de “desnutrición declarada”.

La proporción de la población femenina, al igual que otros estudios, tanto de Argentina como España predomina por sobre el sexo masculino.

Comprendemos que el adulto mayor institucionalizado con mayor cuidado y contacto social tienen menor riesgo de caer en un estado de desnutrición pudiendo desarrollar la capacidad de resiliencia indispensable en esta etapa de la vida.

De esta manera tanto el Geriátrico Serrano de Capital Federal, como el Geriátrico Libertad del Gran Buenos Aires subvencionados por PAMI, no arroja diferencias significativas entre ellos con respecto al “estado nutricional” de adultos institucionalizados.

Pudimos observar en nuestro estudio que este último establecimiento subvencionado por PAMI, (Villa Libertad) tenía actividades recreativas con animadores, música y shows, que coincidió con la celebración de un cumpleaños el día de la visita.

En dichas recreaciones los ancianos no solo bailaban y cantaban sino que compartían comidas como sandwiches de miga y salchichas, que servía tanto la institución como los alimentos que llevaban los familiares.

Comprobamos que fomentando la socialización se encuentran más predispuestos a ingerir alimentos.

Si bien esta población, presenta mayor tendencia a la desnutrición y/o malnutrición que los adultos jóvenes, debido a los cambios fisiológicos y /o mentales, el aislamiento social, situación económica y física desencadenando un estado de desnutrición con pérdida muscular generalizada y ausencia de grasa subcutánea, en nuestro estudio no se vio reflejada la desnutrición declarada, sólo se observó una mayor tendencia a la desnutrición y/o malnutrición con aumento de la grasa visceral característico en ancianidad.

Conclusión

En función a los datos recolectados de la evaluación subjetiva y objetiva se pudieron sacar las siguientes conclusiones respecto al estudio de la población:

1. Se pudo observar una mayor predisposición a la desnutrición en los gerontes estudiados tanto en el ámbito de institución privada como del estado y en Capital federal como del gran Buenos Aires.
2. Fue posible detectar el aumento de la grasa visceral, según valoración antropométrica objetiva cintura OMS en ambos geriátricos, confirmando la teoría del aumento de grasa visceral en ancianidad, siendo este uno de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
3. El análisis realizado con respecto al adelgazamiento de las extremidades según valoración objetiva de pliegues tricipitales, perímetro braquial y circunferencia de pantorrilla, develó una muestra muy pequeña, resultando poco significativa en términos de riesgo nutricional y desnutrición.
4. Se pudo verificar por observación que las actividades recreativas dadas en el geriátrico del ámbito estatal supervisado por PAMI, fomentaba la socialización de los gerontes y estaban predispuestos a una mayor ingestión de alimentos.

El riesgo de desnutrición y/o malnutrición en ancianidad y el aumento significativo de la grasa visceral que conlleva al riesgo cardiovascular en ambos geriátricos analizados, fueron los principales factores de riesgo que se valoraron y a tener en cuenta a la hora de implementar un abordaje exhaustivo en el cuidado de esta población. Se considera que la socialización y compañía es la piedra angular en esta etapa de la vida, por eso resulta fundamental el incentivo a realizar distintas actividades, para forjar un adecuado estado físico y mental, compartiendo experiencias, y haciendo del acto de alimentarse, un espacio social rodeados de entornos afectivos, es sin lugar a dudas, la clave principal para lograr un envejecimiento activo y óptimo

Bibliografía

- 1- Acosta RS, Clacagni MS, Massobrio E, Gasparutti G, Gubiani M, Boillos C, et al. Calidad dietaria, satisfacción vital y estados de malnutrición en ancianos, Córdoba, República Argentina, 2007. Salus. 2010;11(3).
- 2- <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/terceraedad>. Consultado en Noviembre de 2017
- 3- <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14263.html>. Consultado en Noviembre de 2017
- 4- Aicart MD, Tramontano A. DESNUTRICION EN EL ANCIANO.
- 5- <http://www.lanacion.com.ar/1184623-ancianos-los-mas-afectados-por-desnutricion>. Consultado en Abril de 2018
- 6- Barrera Sotolongo J, Osorio León S. Envejecimiento y nutrición. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2007;26(1):0-.
- 7- Cabrera AJR. Temas para la asistencia clínica al adulto mayor Aspectsofclinicalassistanceforelderlypeople. 2007.
- 8- Ortiz Saavedra PJ, Mendez Silva FJ, Varela Pinedo L, Pamo Reyna O. Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina de un hospital general. Revista Medica Herediana. 2007;18(1):4-9.
- 9- <http://www.telam.com.ar/notas/201311/40931-solo-el-13-de-los-mayores-en-argentina-estan-institucionalizados.html>. Consultado en Abril de 2018
- 10- González G, Lyrn J. Evaluación del Estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario Santa Francisca Romana: Facultad de Ciencias;2011.
- 11- Urrea RS. Estado Nutricional de los ancianos institucionalizados en residencias de mayores de la provincia de Albacete: Universidad de Castilla- La Mancha; 2013.
- 12- Arias C. Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina. En: Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Santiago: CEPAL, 2010 LC/ W 263 p 29-70. 2009.
- 13- González Orellana SI. Alimentación saludable del adulto mayor en el centro de salud Boca del Caña, del cantón Samborondón 2014-2015. 2014.

- 14-Pinta Remache GA. Alimentación- nutrición del adulto mayor en el ancianato” Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja en el período mayo 2010- mayo 2011 2011.
- 15-Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. 2008.
- 16-Aparicio A, Orteaga R, López A. Relación del estado nutricional y los hábitos alimentarios en la capacidad funcional, mental y afectiva de un colectivo de ancianos institucionalizados de la Comunidad de Madrid: Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid España; 2005.
- 17-Moderado. E. Envejecimiento Poblacional.
- 18-Arbonés G, Carbajal A, Gonzalvo B, González- Gross M, Joyanes M, Marques- lopes I, et al. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo “Salud pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). Nutrición hospitalaria. 2003; 18(3):109-37.
- 19-LópezLB,SuárezMM. Fundamentos de nutrición norma. Fundamentos de nutrición normal 2010
- 20-Suárez MM, López LB. Alimentación saludable: guía práctica para su realización. Alimentación saludable: guía práctica para su realización2009.
- 21- Suárez TM, Di Stéfano FL, Rossi ML, Leal M, Cynthia M, Herrera J, et al. Evaluación del estado nutricional en adultos mayores residentes de un hogar de ancianos. RevElec Biomed.2015 (1).
- 22-Peña E, Solano L.Valoración antropométrica y bioquímica de ancianos venezolanos institucionalizados. Revista Española de Geriatria y Gerontología.2004;39(6):360-6
- 23-Méndez Estévez E,Romero Pita J, Fernández Dominguez M, Troitiño Álvarez P, García Dopazo S, Jardón Blanco M, et al.¿ influye su institucionalización? Nutrición Hospitalaria.2013;28(3):903-13
- 24-De Girolami DH. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal: El Ateneo; 2003.
- 25-<https://www.guioteca.com/adulto-mayor/%C2%BFque-es-la-resiliencia-y-como-nos-ayuda/> Consultado en Diciembre de 2018
- 26-<https://www.redadultomayor.org/la-resiliencia-en-los-adultos-mayores/> Consultado en Diciembre de 2018

Anexos

Matriz Tripartita de datos: Geriátrico Villa Libertad

U.A(*)	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8
01	00	45	1,57	18,29	23(pc <5)	30	10(pc<5)	68
02	00	89	1,58	35,45	38(pc>95)	39	25 (pc50-75)	120
03	01	72	1,62	27,48	31 (pc50-75)	39,2	12 (pc50-75)	110
04	01	64	1,63	24,5	30 (pc25-50)	31,5	20 (pc90-95)	94
05	01	54	1,61	20,84	25(pc<5)	33	12 (pc50-75)	94
06	01	78	1,79	24,38	29 (pc25-50)	33,5	13 (pc50-75)	99
07	00	36	1,42	17,91	21(pc<5)	30	10(pc<5)	72,5
08	00	46	1,49	20,72	23(pc<5)	31,5	14(pc10)	91
09	00	78,5	1,48	35,84	32 (pc50-70)	39	23(pc50)	123
10	01	91	1,59	36,11	36(pc>95)	41	23(pc>95)	118
11	00	70	1,52	30,30	26 (pc10-25)	32	12 (pc5-10)	107
12	00	73	1,50	32,44	37 (pc90-95)	36	23(pc50)	106
13	01	79	1,60	30,85	29 (pc25-50)	35	12 (pc50-75)	106
14	00	66,5	1,55	27,70	29 (pc25-50)	33	22 (pc25-50)	109
15	01	65	1,60	25,39	26 (pc5-10)	34	13,5 (pc50-75)	95
16	00	63	1,49	28,37	25 (pc5-10)	32	17 (pc10-25)	108
17	01	60	1,68	21,27	27 (pc10-25)	32,5	16 (pc75-90)	90

Pc: Percentil

Matriz Tripartita de datos: Geriátrico Serrano.

U.A(*)	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8
01	00	59	1,52	25,6	29 (pc25-50)	32,25	16 (pc10-25)	95,67
02	00	72	1,60	28,12	30,7(pc50-75)	40,3	20 (pc25-50)	100,7
03	00	47	1,53	20,08	23,8(pc5)	32	8,9(pc<5)	85,5
04	00	65	1,45	30,95	25,7 (pc10-25)	34,2	14,7 (pc10-25)	102,67
05	00	40	1,49	18,01	24,8 (pc5-10)	28,3	13,17 (pc5-10)	90,67
06	00	63	1,53	26,92	26,8 (pc10-25)	30,2	15 (pc10-25)	111,67
07	00	61	1,44	29,46	29 (pc25-50)	30,3	15,7 (pc10-25)	112,36
08	00	96	1,54	40,50	40(pc>95)	46,5	32,3 (pc75-90)	128
09	00	41	1,41	20,70	23,7(pc<5)	26,7	13,8 (pc5-10)	88,67
10	00	48,5	1,47	22,45	24,33 (pc5-10)	31	15,9 (pc10-25)	100,33
11	01	73	1,68	25,88	29,2 (pc25-50)	37,7	19(pc90)	110,67

Referencias:

(*) Unidad de Análisis

Pc: Percentil

Diccionario de variables

Variable n°1 Sexo

00: sexo femenino

01: sexo masculino

Variable n°2 Peso

Se registrará el peso correspondiente a cada unidad de análisis en kilogramos y gramos con balanza de 120 kilogramos.

Variable n°3 Talla

Se registrará la longitud corporal en metros y centímetros con cinta métrica ANTHROFLEX.

Variable n°4 Índice de Masa Corporal

Se registrará el índice de masa corporal en kilogramos totales/ metros ²de cada unidad de análisis con la fórmula de Quetelet.

IMC debajo de **18,5 (color rojo)-desnutrición o bajo peso**

IMC de **25-29,9 (color marrón oscuro)-sobrepeso**

IMC de **30-34,9 (color naranja)-obesidad I**

IMC de **35-39,9 (color violeta)-obesidad II**

IMC arriba **de 40 (color rojo oscuro)-obesidad III**

Variable n°5 Perímetro Braquial

Se realizará la medición del perímetro braquial correspondiente a cada unidad de análisis en centímetros con cinta métrica ANTHROFLEX.

Pc<5=masa total del brazo muy disminuida

Pc 5-10=masa total del brazo disminuida

Pc 10-90= masa total del brazo normal

Pc 90-95= masa total del brazo aumentada

Pc >95= masa total del brazo muy aumentada (24)

Variable n°6 Perímetro de Pantorrilla

Se registrará la medición del perímetro de pantorrilla a cada unidad de análisis con cinta métrica ANTHROFLEX para estimar el estado nutricional con punto de cohorte de 31 cm debajo **de 31 cm (color rojo)** (24)

Variable n°7 Pliegue Tricipital

Se realizará la medición de pliegue tricipital a cada unidad de análisis con plicómetro SKINGUIDE para estimar la masa grasa según parámetros establecidos.

Pc <5=masa grasa muy disminuida

Pc 5-10=masa grasa disminuida

Pc 10-90=masa grasa normal

Pc 90-95= masa grasa aumentada

Pc >95= masa grasa muy aumentada (24)

Variable n°8 Circunferencia de Cintura OMS

Se realizará medición de cintura OMS con cinta métrica ANTHROFLEX para estimar el riesgo cardiovascular de acuerdo a parámetros establecidos.

Riesgo cardiovascular **elevado en mujer=arriba de 88cm =color rojo**

Riesgo cardiovascular **elevado en hombre= arriba de 102 cm= color rojo**

Riesgo cardiovascular **medio en mujer= de 80-88cm= color marrón oscuro**

Riesgo cardiovascular **medio en hombres= de 94-102cm=color marrón oscuro**

Riesgo cardiovascular **bajo en mujeres = debajo de 80cm=color verde**

Riesgo cardiovascular **bajo en hombres =debajo de 94cm=color verde** (24)

- Instrumentos de recolección de datos como MNA
- Tabulación de medidas antropométricas.
- Consentimiento informado por el paciente o cuidadora

15/11/2013 ENCUESTA

Solo el 1,3% de los mayores en Argentina están institucionalizados

Así lo informó la Directora Nacional de Adultos Mayores (D1NAPAM), Mónica Rogué, al brindar un avance de los resultados de la primera encuesta que se realizó en el país sobre estas instituciones y su marco legal. (9)

"En Argentina los mayores de 60 años representan el 14,3 por ciento de la población, es decir, que se registra un incremento de casi un punto en referencia a la década anterior; sin embargo, el porcentaje de ellos institucionalizado descendió de 1,4 en 2001, a 1,3 en 2010, muy lejos de las cifras que la población imagina", señaló Rogué.

La funcionaria, médica especializada en adultos mayores, informó: que en el país existen 3.696 residencias de larga estadía, con porcentajes mayores en las zonas y localidades donde se encuentra la mayor cantidad de personas envejecidas: Capital Federal y las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. (9)

"Estos datos fueron obtenidos del censo de 2010".

Si bien advirtió que "todavía no hemos terminado de procesar toda la información", en base a lo analizado "las características edilicias son buenas en general, aunque hay que mejorar algunos temas de accesibilidad, y muchas de estas instituciones tienen camas disponibles, es decir, no hay lista de espera en todas, como se cree popularmente". (9)

Según la funcionaria, "el mayor problema que detectamos hasta donde observamos es la concepción de las residencias, que sigue estando bajo el paradigma asistencialista y no de derechos humanos". (9)

"Observamos pocos equipos interdisciplinarios, pocas reuniones de equipo y también poca consulta con los residentes para definir acciones". (9)

"Las cosas que hay que cambiar en las residencias de larga estadía no requieren dinero, sino un cambio cultural". (9)

Como correlato de la mirada que asocia vejez con enfermedad, el 71% de la legislación vigente indica que las residencias de larga estadía deben ser habilitadas por el área de salud, y como espejo de la mirada asistencialista el 98% de la normativa no tiene previsto el consentimiento informado del adulto mayor, es decir, que la persona pueda ser consultada sobre si quiere o no quedarse. (9)

Y agregó que "ninguna ley menciona la autonomía", entiéndase por esto no la falta de dependencia sino la capacidad de las personas a decidir sobre su vida, que debería ser un valor por el cual todas las residencias deberían trabajar (9)

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual ☐

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso ☐

C Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio ☐

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = sí
2 = no ☐

E Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia moderada
2 = sin problemas psicológicos ☐

F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) ☐ ☐

12-14 puntos: estado nutricional normal
8-11 puntos: riesgo de malnutrición
0-7 puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación

G El paciente vive independiente en su domicilio?
1 = sí
0 = no ☐

H Toma más de 3 medicamentos al día?
0 = sí
1 = no ☐

I Úlceras o lesiones cutáneas?
0 = sí
1 = no ☐

J Cuántas comidas completas toma al día?
0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas ☐

K Consume el paciente

- productos lácteos al menos una vez al día? ☐ sí ☐ no
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? ☐ sí ☐ no
- carne, pescado o aves, diariamente? ☐ sí ☐ no

0.0 = 0 o 1 síes
0.5 = 2 síes
1.0 = 3 síes ☐ ☐

L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0 = no
1 = sí ☐

M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
0.0 = menos de 3 vasos
0.5 = de 3 a 5 vasos
1.0 = más de 5 vasos ☐ ☐

N Forma de alimentarse
0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad ☐

O Se considera el paciente que está bien nutrido?
0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición ☐

P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?
0.0 = peor
0.5 = no lo sabe
1.0 = igual
2.0 = mejor ☐ ☐

Q Circunferencia braquial (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22 ☐ ☐

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31 ☐

Evaluación (máx. 16 puntos) ☐ ☐ ☐

Cribaje ☐ ☐ ☐

Evaluación global (máx. 30 puntos) ☐ ☐ ☐

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos	☐	estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos	☐	riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos	☐	malnutrición

Ref: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Para más información: www.mna-elderly.com









Buenos Aires 29/04/2017

Estimada/do.

Nosotras, Mauriño María Amelia y Ocello Verónica, estudiantes de la Carrera de Nutrición, de 4° año de la Universidad Fundación H.A. Barceló, precisamos de su voluntad para cumplir ciertos requisitos, los cuales nos serán de utilidad para poder completar nuestra Tesis de Graduación como nutricionistas,

La tesis consiste en conocer el estado nutricional y determinar factores que pueden estar relacionados con el riesgo de malnutrición y desnutrición en los gerontes del geriátrico Serrano.

Se garantizará el secreto estadístico y la confidencialidad exigidos por ley.

Por esta razón, le solicitamos su autorización para participar en este estudio que consiste en pesarlos, medirlos y responder a una serie de preguntas del cuestionario diseñado específicamente para valorar a la población geriátrica.

La decisión de participar en este estudio es voluntaria.

Agradecemos desde ya su colaboración.

Yo _____ habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar del mismo que se llevará a cabo por las estudiantes arriba mencionadas.

Fecha: 29/04/2017