



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA

“ EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL A TRAVES DEL MINI
NUTRITIONAL ASSESMENT Y ELABORACION DE UNA GUIA
ALIMENTARIA-NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL
INSTITUTO ESTUPIÑAN DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI.2012”

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del Título de:

NUTRICIONISTA DIETISTA

ADRIANA ELIZABETH MONCADA SALAZAR

RIOBAMBA – ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN

La presente investigación ha sido revisada y se autoriza su presentación

N.D. Valeria Carpio Msc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICACION

Los miembros de la tesis certifican que el trabajo de investigación titulado **“Evaluación del estado nutricional a través del Mini Nutritional Assesment y elaboración de una Guía Alimentaria-Nutricional en adultos mayores del Instituto Estupiñan de la provincia de Cotopaxi. 2012”**; de responsabilidad de Adriana Elizabeth Moncada Salazar, ha sido revisada y se autoriza su publicación.

N.D. Valeria Carpio Msc.

DIRECTORA DE TESIS

.....

N.D. Verónica Delgado Msc.

MIEMBRO DE TESIS

.....

Riobamba, 18 de junio del 2013

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública.

Escuela de Nutrición y Dietética por brindarme una educación de calidad.

A la N.D. Valeria Carpio Msc. Directora de Tesis por haber creído en mí y dedicar parte de su tiempo profesional para el desarrollo de esta investigación.

A la N.D. Verónica Delgado Msc. Miembro de Tesis por ayudarme a la culminación de este proyecto.

A Sor Narcisca González por abrirme las puertas del Hogar de Ancianos Instituto Estupiñan y de manera especial a los Adultos Mayores que me apoyaron con su tiempo y conocimientos.

DEDICATORIA

Dedicado con mucho amor y gratitud a Dios por darme la vida y la oportunidad de
ser una profesional.

A mi madre por haber creído en mí, y que ahora desde el cielo me da su
bendición.

A Luis, mi esposo por su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanos por su apoyo moral, para seguir adelante.

A toda mi familia por su apoyo.

Les dedico mi esfuerzo plasmado en esta investigación.

Adriana Moncada Salazar.

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Hogar de ancianos Instituto Estupiñan de la ciudad de Latacunga, se evaluó el estado nutricional del adulto mayor a través de la Mini Nutritional Assessment. El estudio es de tipo descriptivo de diseño transversal, donde participaron 33 adultos mayores comprendidos en edades entre 61 y 98 años, con promedio de edad de 80 años; se analizó las variables: Estado nutricional con situación de salud y situación alimentaria; se realizó análisis descriptivo y bi-variable para establecer la prevalencia de los determinantes y su asociación con la variable efecto. Las pruebas estadísticas de significancia que se utilizaron fueron Chi cuadrado y ANOVA. Como resultados de la investigación se obtuvieron los siguientes diagnósticos: 18.2% se encontró bien nutrido, 63.6% en riesgo de desnutrición y 18.2% desnutridos; relacionándolo con sexo se encontró mayor probabilidad de encontrar mujeres desnutridas; relacionando el estado nutricional con edad se encontró que a mayor edad mayor desnutrición; relacionando el estado nutricional con situación alimentaria se encontró que los pacientes bien nutridos tienen probabilidad del 18.18% de tener una situación alimentaria adecuada; relacionando el estado nutricional con situación de salud se encontró que los pacientes desnutridos tienen un 18.18% de probabilidad de estar en situación de salud mala, estas diferencias fueron estadísticamente significativas por cuanto el valor de p. fue menor de 0.05. Por lo que es importante realizar evaluación nutricional del adulto mayor de manera periódica para así detectar problemas a tiempo y evitar mermar el estado de salud del adulto mayor.

SUMMARY

The topic of this research work is “Assessment of Nutritional status through the Mini Nutritional Assessment and development of a food and nutritional guide in older adults Estupiñan Institute, in Cotopaxi province.2012.

This research was carried out in the nursing home Estupiñan Institute in Latacunga city; it was assessed nutritional status of the older adult through the Mini Nutritional Assessment. This study is descriptive type cross-sectional design in which involved 33 older adults ranging in ages between 61 and 98 years, with a mean age of 80 years was analyzed variables: Nutritional status with health situation and food security; descriptive analysis and bi-variable was carried out for establishing the prevalence of determinants and its association with the variable effect. Statistical tests of significance used were Chi square and ANOVA. As results of the research were obtained the following diagnoses: 18.2% was found well nourished, 63.6% at risk of malnutrition and 18.2% malnourished; relating it to sex was found more likely to find malnourished women. Linking the nutritional status with age was found the greater the age increased malnutrition; relating the nutritional status with food situation was found that patients are well nourished have 18.18% chance of having an adequate food situation; associating the nutritional status with health status was found that malnourished patients have a 18.18% chance of being in bad health situation. These differences were statistically significant because the value of p. was less than 0.005. Therefore, it is important to perform nutritional assessment the older adult periodically in order to detect problems early and avoid reducing the health status of the older adult.

INDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	N° de PÁG.
I.INTRODUCCION.....	1
II.OBJETIVO.....	4
III.MARCO TEORICO.....	5
A.ADULTO MAYOR.....	6
B.EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR.....	20
C.GUIA ALIMENTARIA PARA ADULTOS MAYORES.....	31
V.METODOLOGIA.....	33
A.LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION.....	33
B.VARIABLES.....	33
C.TIPO Y DISEÑO DE LA POBLACION.....	37
D.POBLACION.....	37
E.DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS.....	37
V.RESULTADOS Y DISCUSION.....	41
VI.CONCLUSIONES.....	74
VII.RECOMENDACIONES.....	76
VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	77
IX.ANEXOS.....	81

INDICE DE GRAFICOS Y CUADROS

CUADRO Y GRAFICO	CONTENIDO	PÁG.
1	Distribución porcentual de la población según sexo.....	41
2	Distribución porcentual de la población según edad.....	42
3	Distribución porcentual de la población según peso.....	43
4	Distribución porcentual de la población según talla.....	44
5	Distribución porcentual de la población según Índice de Masa corporal.....	
6	Distribución porcentual de la población según circunferencia del antebrazo.....	46
7	Distribución porcentual de la población según circunferencia de la pantorrilla.....	47
8	Distribución porcentual de la población según pérdida de peso.....	48
9	Distribución porcentual de la población según número de comidas completas al día.....	50
10	Distribución porcentual de la población según ingesta de proteína.....	51
11	Distribución porcentual de la población según consumo de frutas.....	53
12	Distribución porcentual de la población según la ingesta de líquido.....	54
13	Distribución porcentual de la población según forma de alimentarse.....	55
14	Distribución porcentual de la población según pérdida de apetito.....	56
15	Distribución porcentual de la población según la percepción del estado nutricional.....	57

16	Distribución porcentual de la población según percepción del estado de salud.....	58
17	Distribución porcentual de la población según toma de medicamentos diario.....	59
18	Distribución porcentual de la población según enfermedad o estrés psicológico en los últimos 3 meses.....	60
19	Distribución porcentual de la población según movilidad.....	61
20	Distribución porcentual de la población según úlceras en la piel o por presión.....	62
21	Distribución porcentual de la población según problemas neuropsicológicos.....	63
22	Distribución porcentual de la población según estado nutricional según MNA.....	64
23	Relación entre Estado Nutricional y Sexo.....	66
24	Relación entre Estado Nutricional y Edad.....	67
25	Relación entre Estado Nutricional y Situación Alimentaria.....	69
26	Relación entre Estado Nutricional con Situación de salud.....	71

INDICE DE ANEXOS

NUMERO DE ANEXO	N° DE PAGINA
1 Oficio.....	81
2 Mini Nutritional Assessment.....	82
3 Guía Alimentaria.....	84

I. INTRODUCCION

Una revolución demográfica está ocurriendo en todo el mundo, actualmente hay alrededor de 600 millones de personas de 60 años y más; esta cifra se duplicará hacia el año 2025 y llegará a casi dos mil millones hacia el año 2050, la mayoría de ellos en países en vías de desarrollo.¹

América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes. El Ecuador se ubica en la fase de transición demográfica, con una tasa de fecundidad del 2,6%. En Ecuador hay 1,2 millones de adultos mayores, de los cuales un 53,4 % de ellos son mujeres, con una esperanza de vida de 78 años frente a los 72 años de vida del hombre, según INEC, 2010.

La población anciana es uno de los grupos etarios de mayor riesgo de problemas nutricionales por déficit o exceso, tanto por el proceso de envejecimiento, que aumenta las necesidades de algunos nutrientes y produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, como por otros factores asociados tales como: físicos, psíquicos, sociales y económicos, que desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor, disminuyendo su capacidad de respuesta a las enfermedades debido a un sistema inmunológico deprimido. Se estima que la desnutrición en la población anciana española que vive en su domicilio varía entre el 3% y el 5%, mientras que en los ancianos institucionalizados puede alcanzar cifras superiores al 30%. Cada vez más estudios demuestran la elevada prevalencia de malnutrición-desnutrición en el sector poblacional de personas mayores.

Independientemente de si los ancianos viven solos, están institucionalizados es decir viven en residencias de ancianos o en centros de larga estancia, o se encuentran hospitalizados, la desnutrición merma su calidad de vida y los hace más proclives a enfermedades infecciosas e, incluso, a una mayor estancia hospitalaria.²

La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento a través de la modulación de cambios asociados al envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo; de allí la importancia de evaluar el estado nutricional en el anciano.

El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas.³

Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física. La ingesta energética disminuye más aún en los más ancianos a causa de incapacidades que limitan su actividad física.

La nutrición del adulto mayor es un problema de salud pública ya que el estado nutricional en esta etapa de la vida, juega un papel protagónico en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas, que atacan a un gran número de adultos mayores.⁴

Si bien la prevalencia de desnutrición entre los ancianos que viven en la comunidad es relativamente baja, el riesgo de desnutrición aumenta drásticamente en las personas mayores hospitalizadas o institucionalizadas. La incidencia de la desnutrición es aún mayor en ancianos con las funciones cognitivas alteradas y se asocia al declive cognitivo.

Por ello el propósito de esta investigación y tomando en cuenta la importancia que tiene el estado nutricional en el proceso salud-enfermedad en la tercera edad, se evaluó el Estado Nutricional del adulto mayor del Hogar de Ancianos Instituto Estupiñan mediante la Mini Nutrition Assessment la misma que es un instrumento ampliamente validado y que en la actualidad se está utilizando en el Ministerio de Inclusión Económica y Social como herramienta de evaluación nutricional en el adulto mayor, y con dicha información se creó una guía alimentaria que ayudará a mejorar las prácticas de alimentación del anciano y con ello a mejorar su condición de salud.

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

1. Realizar la evaluación del estado nutricional a través del Mini Nutrition Assessment y elaboración de una guía alimentaria-nutricional en adultos mayores del instituto Estupiñan de la provincia de Cotopaxi. 2012

B. ESPECIFICOS

1. Evaluar las características generales de la población en estudio
2. Realizar la Evaluación del Estado Nutricional a través del Mini Nutrition Assessment a la población de estudio.
3. Identificar la situación de salud del Adulto Mayor.
4. Elaborar una Guía alimentaria nutricional para los adultos mayores del Instituto Estupiñan.

III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

A. ADULTO MAYOR

1. Definición de Adulto Mayor

En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. A fin de orientar adecuadamente los servicios socio sanitario destinados a las personas adultas mayores, es funcional clasificarlas en tres grupos:

a. Persona Adulta Mayor Independiente o Autovalente: Es aquella capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía con autonomía mental.

b. Persona Adulta Mayor Frágil: es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.

c. Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada (no Autovalente): Es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental. ⁵

2. Los Procesos Del Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal que se traduce en una serie de cambios fisiológicos que lenta y progresivamente se presentan en el transcurso del tiempo y pueden considerarse como el efecto global del envejecimiento celular.

Se caracteriza por el enlentecimiento gradual de las funciones y desaparición de otras, disminución de la adaptabilidad y defensas frente a los cambios ambientales, aumentando la vulnerabilidad de la persona con la aparición de una mayor incidencia de enfermedades, que ponen en peligro la supervivencia del sujeto. El envejecimiento es hoy en día uno de los cambios notables de la estructura de la población mundial y es consecuencia de la transición demográfica que acompaña a la modernización y por lo tanto resulta un fenómeno característico de las sociedades avanzadas (ONU, 1982). Este fenómeno se debe en parte a la disminución de las tasa de fecundidad y también al aumento en la esperanza de vida de las poblaciones.⁶

a. Cambios fisiológicos propios del envejecimiento

- Variaciones de peso, talla y cambios en la composición corporal: En nuestro país, trabajos llevados a cabo han mostrado dimorfismo sexual: disminución del peso y talla corporal, circunferencias corporales y pliegues cutáneos con el avance de la edad, con mayor circunferencia de muslo y mayores pliegues cutáneos en el sexo femenino. En líneas generales se estima que la estatura disminuye de 0.8 a

1.0 centímetro por década a partir de la edad adulta. Esta pérdida de talla obedece principalmente a una disminución de la altura de los discos intervertebrales, a una pérdida del tono muscular y a otros cambios que se producen en la columna vertebral. Los cambios que se producen en el peso obedecen a una pérdida de masa celular que puede llegar hasta el 30% en el curso del envejecimiento. El peso aumenta entre los 40 y 60 años, se estabiliza alrededor de los 65 años y decrece a partir de los 70 años. El aumento de peso es mayor en las mujeres y en ellas se estabiliza 10 años más tarde. ⁶

- Aumento de la grasa: La grasa corporal como porcentaje del peso, se incrementa alrededor del 18% al 36% en varones y del 27% al 45% en mujeres.
- Reducción de masa magra: principalmente en musculo y hueso, pudiendo llegar a 10 kilogramos en hombres y hasta 15 kilogramos en mujeres. Se dice que gran parte de la perdida de esta masa muscular es prevenible e incluso puede ser reversible con el ejercicio moderado.
- Disminución del agua corporal total en un 17%
- Disminución del agua extracelular en 40%
- Disminución del volumen plasmático en un 8%
- Disminución de la masa ósea entre un 8 y 15% en especial entre las mujeres de 45 a 70 años.

- Menor gasto energético por disminución del metabolismo basal y de la actividad física (21% de los 20- 74 años; 31% de los 74-99 años).
- Disminución de la sensibilidad del centro de la sed y de los osmoreceptores, lo cual claramente produce tendencias a la deshidratación.
- Atenuación de la respuesta inmune tanto humoral como celular.
- Disminución de la capacidad de homeostasis interna y de adaptación externa a los cambios. Esto se traduce en menor eficacia de los mecanismos de control, los cuales son regulados por las hormonas y por el sistema nervioso autónomo, que se refleja en un enlentecimiento de las respuestas complejas que requieren la coordinación entre diferentes sistemas orgánicos.
- Tendencia al estreñimiento debido a la baja ingesta de líquidos, alteraciones del tubo digestivo y al sedentarismo, entre otros factores.
- Cambios morfológicos y funcionales del aparato digestivo, que se traduce en el estreñimiento antes señalado y a las alteraciones en la digestión y absorción de nutrientes y por lo tanto, al menor aprovechamiento de los alimentos ingeridos. Estos cambios están asociados al déficit de algunas vitaminas del grupo B como la vitamina B12. Así mismo se observan cambios en la flora intestinal lo que definitivamente influye en la absorción de algunos nutrientes y disminución de la barrera defensiva.
- Intolerancia a los hidratos de carbono lo cual aumenta con la edad. ⁶

b. Cambios Anatómicos En El Envejecimiento

Es conocido que en el anciano se altera la percepción del gusto. Se elevan los umbrales de detección y reconocimiento para los dulces, amargo, salado y agrio. El sentido del olfato también se altera. Esta disminución de sensaciones puede reducir el agrado de comer y perjudicar al estado nutricional.⁷

Son numerosos los cambios en el tubo digestivo que pueden influir en el estado nutricional del anciano.

Partiendo por la boca, las alteraciones en la dentadura, casi universales en este grupo etario, conducen a un cambio en la consistencia de los alimentos que se pueden consumir. Si se pierden las piezas dentales y deben usar prótesis, pierden eficiencia masticatoria.⁷

Otra alteración importante son los cambios en la motilidad del tubo digestivo. Se altera la motilidad del esófago, siendo frecuente los espasmos esofágicos, disminuye la velocidad de vaciamiento gástrico y se altera la motilidad del intestino delgado. La constipación asociada a estos cambios y a otros factores como el menor consumo de fibra.⁷

Otro factor que influye en la calidad de la alimentación son las carencias y prácticas culturales, muchos adultos mayores viven encerrados en hábitos alimentarios que ellos consideran correctos debido a que fueron entregados por generaciones anteriores o adquiridos en el seno familiar, los cuales son respetados en gran manera siendo fuentes de ciertos desequilibrios de la alimentación diaria.⁷

c. Problemas De Salud Frecuentes Del Adulto Mayor

La tercera edad es un grupo de riesgo en el punto de mira de algunas enfermedades y afecciones.⁸

1) Malnutrición: La malnutrición es mala alimentación por defecto, cuando los nutrientes son escasos, o por exceso, cuando los nutrientes son excesivos a menudo, se pasan por alto los problemas de nutrición de la tercera edad, lo que puede traer complicaciones muy serias tales como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (B12, C, tiamina...), déficit de ácido fólico, desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica. El deterioro cognitivo puede ser causado por tantos factores no nutricionales que es fácil pasar por alto causas nutricionales potenciales, como deshidratación, desequilibrio del potasio, anemia ferropénica y déficit de muchas de las vitaminas hidrosolubles.⁸

a) Pérdida de peso involuntaria en el adulto mayor

La pérdida de peso involuntaria, es un problema frecuente entre los ancianos. Su prevalencia es alta, llegando en algunos casos al 27%. Mayor edad, minusvalía, comorbilidades, internación previa, bajo nivel educativo, deterioro cognitivo, tabaquismo, pérdida del cónyuge, y bajo peso habitual, se asocian a mayor incidencia de la pérdida de peso.⁹

La definición más aceptada de pérdida de peso clínicamente significativa es la disminución del 5 % del peso en seis a doce meses, basándose en que la pérdida de peso de 4 – 5% en un año, se asocia a mayor mortalidad.

La pérdida de peso además, se asocia a mayor deterioro de la funcionalidad e institucionalización, complicaciones intrahospitalarias y deterioro de la calidad de vida. Muchos ancianos, tienen desnutrición concomitante a la pérdida de peso, se produce pérdida de masa magra, proteínas viscerales y alteraciones en las funciones fisiológicas. La caquexia se asocia a respuesta inflamatoria sistémica que podría estar relacionada con el mal pronóstico. Se produce una alteración en la respuesta inmune tanto humoral como celular que se relaciona con la mayor incidencia de infecciones en ancianos desnutridos. Normalmente, la masa magra disminuye a una velocidad de 0,3 kg/año después de la tercera década, y al mismo tiempo, aumenta la masa grasa, que persiste hasta los 70 años. Por lo tanto, el peso suele disminuir a partir de los 70 años, aproximadamente: 0,1 – 0,2 kg/año. ⁹

La edad se asocia también a cambios en la funcionalidad gastrointestinal – retraso en el vaciado gástrico, saciedad precoz-; a cambios a nivel del gusto y el olfato por pérdida de receptores sensoriales, que pueden contribuir a la pérdida del apetito y por lo tanto, de peso.⁹

Asimismo, algunas enfermedades y fármacos (carbameceptina, allopurinol, captopril, antihistamínicos, levodopa, litio) pueden influir sobre el gusto y el olfato, aumentando el riesgo de desnutrición.

La pérdida de peso puede ocurrir en períodos cortos, relacionada con enfermedades agudas, o en forma indolente, relacionada a cuadros crónicos.

El cáncer es la causa más frecuente de pérdida de peso involuntaria, aproximadamente del 30 % de los casos.⁹

La depresión en ancianos, se asocia frecuentemente a pérdida de peso, y es altamente prevalente. El duelo también se asocia a pérdida de peso. El alcoholismo es otra causa que se debe tener en cuenta.⁹

Los pacientes con demencia tienen alto riesgo de presentar trastornos nutricionales. La causa no es clara, y probablemente sea multifactorial.⁹ Los fármacos son una causa frecuente, pueden tener efecto periférico o central.

Los trastornos gastrointestinales son la causa orgánica no maligna más frecuente de pérdida de peso involuntaria.

Entre ellos, la úlcera gástrica, enfermedad inflamatoria intestinal, dismotilidad, pancreatitis crónica, enfermedad celíaca e isquemia intestinal.⁹

Aunque la diarrea es frecuente, un tercio de los pacientes con diarrea tienen malabsorción. Las causas más frecuentes de malabsorción son sobre crecimiento bacteriano, deficiencia pancreática exocrina y la enfermedad celíaca.⁹

Los trastornos dentales y deglutorios también pueden resultar en pérdida de peso.

La pérdida de peso es más frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca, EPOC.⁹

Las causas endocrinológicas más frecuentes son diabetes, hipo e hipertiroidismo.⁹

Durante los procesos infecciosos se produce un estado catabólico, con balance nitrogenado negativo, asociado a anorexia e hipofagia, por lo que los requerimientos nutricionales aumentan un 50%.⁹

En ancianos también puede existir anorexia nerviosa, que se da con mayor proporción en mujeres, y tiene las mismas características que en más jóvenes y se asocia a trastornos depresivos.⁹

El déficit de algunas vitaminas, como la C, B 12, tiamina y cinc también se asocian a pérdida de peso.⁹

En alrededor del 25 % de los casos, no se encuentra causa evidente. A pesar de ser un trastorno frecuente, no existen guías claras en cuanto a como debe evaluarse el anciano con pérdida de peso.⁹

Lo que es claro, es que la pérdida de peso mayor o igual al 5 % en 6 – 12 meses, debe dar lugar a una evaluación exhaustiva.

En ancianos, el peso debe evaluarse con periodicidad, ya que muchas veces, no remarcan sobre la pérdida, ó lo atribuyen a la edad. ⁹

2) Desgana geriátrica: En las personas mayores, la desgana es un estado de declive funcional que no guarda proporción con la enfermedad sufrida. Según el Instituto de Medicina (1991), se manifieste por una pérdida de peso superior al 5% del peso base. Si bien la prevalencia de la desgana aumenta con la edad, no se

considera una consecuencia normal del envejecimiento. Sus causas son múltiples, pero son principalmente una falta de energía proteínica en la dieta, pérdida de masa muscular, problemas de equilibrio y de resistencia, facultades cognitivas en declive, y depresión.⁶

3) **Arterioesclerosis de las Extremidades:** es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.⁸ La persona afectada empieza a notar dolor de piernas, hormigueo en los pies estando en reposo, úlceras e incluso gangrena en los pies (el tejido “se muere”, notándose visiblemente).⁸

4) **Artrosis:** afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años, prácticamente todas las personas tienen artrosis en alguna articulación. La edad, la obesidad, la falta de ejercicio, son sólo algunos de los factores que predisponen a sufrirla. Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular con los movimientos.

El tratamiento de la artrosis consigue mejorar la movilidad y disminuir el dolor mediante antiinflamatorios no esteroideos, o la infiltración de esteroides, además de ejercicios de rehabilitación. En casos de extrema gravedad se puede recurrir a la cirugía, que consiste en sustituir las articulaciones por prótesis artificiales.⁸

5) **Artritis:** es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local. Puede estar causada por numerosas enfermedades y síndromes; por micro cristales (afectos de gota), neuropatía (lesiones del sistema nervioso), reumatoide (origen multifactorial), infecciosa (de origen bacteriano, vírico, micótico o parasitario), sistemática (de origen cutáneo, digestivo, neuropático), reactiva (múltiples factores), etc. Se suele detectar pasados los 40 años, en radiografías, sin que antes se haya presentado ningún síntoma.⁸

6) **Alzheimer:** La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. Se desconocen las causas, si bien se sabe que intervienen factores genéticos. Por desgracia el Alzheimer sigue siendo incurable, pero la comunidad científica se muestra optimista por encontrar una cura a corto plazo.⁸

7) **Párkinson:** El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que se produce en el cerebro, por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral. El principal factor de riesgo del párkinson es la edad.⁸

8) **Hipertrofia benigna de Próstata:** Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los

hombres a partir de los 60 años. Para su diagnóstico, es frecuente la “biopsia prostática” y el tacto renal (palpar la próstata a través del recto), que además puede detectar síntomas de cáncer. Suele provocar un síndrome miccional: mayor frecuencia de orinar, irritación y obstrucción; que pueden complicarse con infecciones urinarias, cálculos renales, etc. ⁸

9) Gripe: Se trata de una enfermedad “común” que dura entre 3 y 7 días, pero las personas mayores pueden tener complicaciones que a menudo requieren hospitalización por problemas respiratorios. Es por ello que las Autoridades Sanitarias aconsejan a la tercera edad (mayores de 65 años), como grupo de riesgo, vacunarse cada año contra la gripe. La vacuna de la gripe producirá anticuerpos contra el virus. Y otra arma muy eficaz contra la gripe es la prevención, especialmente contra el frío. ⁸

10) Mareos en los mayores: Buena parte de los mayores de 60 años, acuden al médico por culpa de inexplicables mareos o vértigos. También son habituales las pérdidas de equilibrio y otras sensaciones de aturdimiento. ⁸

11) Sordera: A menudo, los déficits auditivos se consideran “normales” en los ancianos, y, si bien es propio de la edad el desgaste en nuestras capacidades, siempre se debería poner solución, con las pruebas diagnósticas precisas y si es necesario, con la ayuda de un audífono que amplificará la señal sonora ayudándolos a recuperar parcialmente nuestra capacidad auditiva. ⁸

12) Presión arterial alta: La presión arterial es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre contra las paredes de las arterias. La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardiaca, un derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal. ⁸

13) Problemas Visuales: Con la edad adulta es muy frecuente que nuestra vista vaya perdiendo facultades. Es por ello que se aconseja a las personas mayores una revisión ocular una vez al año para detectar los problemas visuales más frecuentes y su tratamiento específico. Los problemas de visión más frecuentes en las personas mayores son la miopía, presbicia, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma, tensión ocular. ⁸

14) Claudicación intermitente: Es un trastorno que se produce como consecuencia de la obstrucción progresiva de las arterias que nutren las extremidades. Las paredes de las arterias sufren lesiones, llamadas “placas de ateroma”, que se van agrandando dificultando el correcto riego sanguíneo y haciendo que los músculos produzcan ácido láctico. Caracterizado por la aparición de dolor muscular intenso en las extremidades inferiores, en la pantorrilla o el muslo, que aparece normalmente al caminar o realizar un ejercicio físico y que mejora al detener la actividad. Se observa con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer; generalmente en pacientes mayores de 60 años. ⁸

15) Demencia senil: La demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al

envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas. Los primeros síntomas suelen ser cambios de personalidad, de conducta, dificultades de comprensión, en las habilidades motoras e incluso delirios. A veces se llegan a mostrar también rasgos psicóticos o depresivos. Algunos tipos de demencia son el alzheimer, demencias frontotemporales como la enfermedad de Pick, demencia vascular, demencia arterioesclerótica, enfermedad de Binswanger, demencia de Cuerpos de Lewy.⁸

16) Osteoporosis: La osteoporosis es una enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical por un defecto en la absorción del calcio, volviéndose quebradizos y susceptibles de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales, de calcio y vitaminas por malnutrición, por lo que un aporte extra de calcio y la práctica de ejercicio antes de la menopausia favorecerán en su prevención. Para frenar la osteoporosis conviene ponerse en manos de un profesional que determine qué hábitos de nuestra vida debemos potenciar. Los ejercicios y la gimnasia para la tercera edad son una manera de luchar contra la osteoporosis llevando una vida sana. ⁸

17) Accidente Cerebro Vascular (Ictus): Es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que parte del cerebro no

consiga el flujo de sangre que necesita, quedándose la zona sin riego, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos, quedando paralizada la zona del cuerpo “dirigida” por esa parte del cerebro. Uno de los principales factores que multiplica el riesgo de padecer cáncer es la edad. Pasados los 55 años, cada década vivida dobla el riesgo de padecer un ictus.

8

18) Insuficiencia cardiaca: La insuficiencia cardiaca puede definirse como una alteración de la función del corazón en la que este es incapaz de bombear sangre de forma adecuada a las necesidades del organismo. En el anciano confluyen en la aparición de insuficiencia cardiaca tanto las enfermedades que van a llevar a ese fracaso del corazón como bomba, como los cambios producidos en el corazón con el envejecimiento. Cualquier patología del corazón con suficiente intensidad puede producirla aunque, la mayor parte de los ancianos con este problema padecen hipertensión arterial o una enfermedad coronaria que produce cardiopatía isquémica. La hipertensión condiciona una sobrecarga de esfuerzo del corazón y a su vez favorecerá la aparición de una enfermedad coronaria que puede dañar el músculo cardiaco. Son muchas otras las causas de insuficiencia cardiaca en el anciano aunque cabe destacar también las valvulopatías. En ellas, la alteración en la estructura y funcionalidad de una válvula cardiaca, como puede ser la estenosis aórtica o la insuficiencia mitral, pueden producir el que se padezca esta entidad. La insuficiencia cardiaca produce una sintomatología típica o clásica bien definida en los adultos y que también puede aparecer en los ancianos:

- a) Disnea: que es una sensación subjetiva de dificultad respiratoria, en donde la respiración se hace consciente, dificultosa y desagradable. La disnea aparece con los esfuerzos como subir escaleras y progresar hasta estar presente incluso en reposo, o aparecer con el decúbito al acostarse en plano.
- b) Edemas o acumulación de líquido en las partes declives como los tobillos o las piernas si está de pie.
- c) Cansancio y fatiga muscular: por el mal funcionamiento de la función de bomba del corazón para llevar sangre a los músculos. ¹⁰

B. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

La evaluación del estado nutricional pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo.

Importante información adicional se puede obtener conociendo la dieta habitual, cambios en la ingesta o cambios en el peso como asimismo la capacidad funcional del individuo. De esta forma, la evaluación del estado nutricional debe incluir antropometría, algunos parámetros bioquímicos, indicadores de independencia funcional y actividad física, como también patrones de alimentación, ingesta de energía y nutrientes. ¹¹

1. Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional.

Aunque el mayor atractivo de la antropometría en la evaluación del estado nutricional es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se tomen en forma rutinaria, las mediciones aisladas son de limitado valor. Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en ancianos considerando que la función y problemas de salud asociados, son aun materia de debate. Más aun las medidas antropométricas puede que no aporten una estimación adecuada de la composición corporal, debido la redistribución del tejido adiposo desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral que ocurre con la edad. Aun así, las medidas antropométricas son esenciales como información descriptiva básica, y por su sencillez son las más utilizadas. ¹¹

Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el anciano son: peso, talla, pliegues tricipital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables, muy útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los ancianos. Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el índice de Quetelet (peso Kg/ talla² m) o índice de masa corporal (IMC), que se usa con mucha frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicadores de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional. ¹¹

a. **Peso y talla:** El peso y la talla han sido las mediciones más corrientemente utilizadas, considerándose que solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutritivo global, pero no indican necesariamente, las modificaciones que

ocurren en cada uno de los compartimentos del cuerpo. El peso es un indicador necesario pero no suficiente para medir composición corporal; sin embargo, la comparación del peso actual con pesos previos permite estimar la trayectoria del peso. Esta información es de utilidad considerando que las pérdidas significativas son predictores de discapacidad en el anciano. ¹¹

b. **IMC:** Este indicador es simple y útil y presenta moderadamente buenas correlaciones tanto con masa grasa como con masa magra ($r = 0.6- 0.8$). El IMC ideal para los ancianos no está definido pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente entre 23-28 kg/m² (5). No existe evidencia de que en el anciano las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo niveles significativamente más altos o bajos que este rango son claramente no recomendables. ¹¹

c. **Circunferencia del brazo:** Es una técnica sencilla para evaluar la reserva proteica-energética. En las últimas décadas ha sido utilizada para estimar la prevalencia de malnutrición en varios grupos de pacientes hospitalizados. Se mide en el brazo derecho relajado, en el punto medio entre la punta del proceso acromial de la escápula y el olecranon, mediante una cinta angosta, flexible e inextensible, tratando de no comprimir los tejidos blandos. Debe disponerse de tablas con valores normales según sexo y edad.¹¹

d. **Circunferencia de cintura y caderas:** El envejecimiento se asocia con una redistribución del tejido adiposo con un aumento de la grasa visceral que es un

conocido factor de riesgo cardiovascular a través de su asociación con insulinoresistencia, diabetes, hipertensión e hiperlipidemia.¹¹

La medición de estas circunferencias y su combinación en el índice cintura/cadera, permiten una aproximación sencilla a la distribución de la grasa corporal. La circunferencia de cintura se mide a nivel del ombligo con el sujeto de pies con la pared abdominal relajada. La circunferencia de caderas es la máxima circunferencia a nivel de los glúteos. Los valores del índice cintura / caderas considerados de riesgo han sido estimados en estudios de adultos: > de 1 para hombres y >0.85 para mujeres.¹¹

e. **Pliegues cutáneos**: Los depósitos de grasa corporal representan la energía almacenada. Se ha demostrado que mediciones directas del grosor de los pliegues cutáneos en diferentes sitios del cuerpo se correlacionan con la grasa corporal total, evaluada por métodos más exactos como la densitometría y métodos de dilución isotópica. En ancianos esta correlación es menor debido a la redistribución de grasa que se produce con el envejecimiento. Las combinaciones de pliegues subcutáneos, se han utilizado para predecir grasa corporal total, empleando para ello, diversas fórmulas. Entre las más utilizadas, están las ecuaciones de regresión propuestas por Durnin et al., para predecir la densidad corporal en base al logaritmo de la sumatoria de cuatro pliegues subcutáneos: tricipital, bicipital, subescapular y suprailíaco.¹¹

El pliegue cutáneo tricipital es la medición más frecuentemente utilizada para establecer la escasez de reserva calórica, como su aumento en la obesidad. Se mide en el brazo derecho, línea posterior, en el punto medio entre el acromion y el olecranon; el brazo debe estar relajado, colgando al lado del cuerpo. La medición se repite tres veces, luego se promedian estos valores, con el objeto de obtener una medición más exacta.¹¹

El pliegue bicipital, se mide en el punto medio del brazo derecho extendido y relajado, en la cara anterior de éste. El pliegue subescapular, se mide bajo la punta inferior de la escápula derecha, formando un ángulo de 45° en relación a la columna vertebral. En tanto que, el pliegue supraíliaco, se mide sobre la cresta íliaca, tomando como referencia la línea media axilar.¹¹

2. Parámetros bioquímicos en la evaluación del estado nutricional

a. **Hemoglobina (Hb) y Hematocrito (Hto):** La prevalencia de anemia encontrada en estudios Europeos (SENECA) y Norteamericanos (NHANES II) es muy similar y alcanza valores entre 5% y 6%, usando los patrones de referencia OMS (Hb<130mg/dl para hombres y <120 mg/dl para mujeres). Respecto al hematocrito la mediana para hombres es 46 y 44% en los mismos estudios, con rangos entre 37 y 53 para percentiles 2,5 y 97,5. En mujeres estos valores alcanzan cifras de 41% y 42% con rangos de 35 a 50% para los mismos percentiles.¹¹

b. **Albumina:** Aunque la albúmina sérica no es un indicador ni muy específico ni muy sensible de las proteínas corporales, sin embargo, aparece como un muy buen indicador de estado de salud en el anciano. Diversos estudios en ancianos viviendo en la comunidad y con buena capacidad funcional muestran una muy baja prevalencia de albuminemias bajas (<35mg/dl) o muy bajas (<30 mg/dl), en contraste con lo que ocurre con ancianos institucionalizados o enfermos. Niveles de albúmina menores a 3.5 g/dl, tienen significado como indicador nutricional. en la medida que no medien otros factores patológicos.¹¹

c. **Perfil lipídico:** Los factores de riesgo que predicen enfermedad coronaria en adultos y adultos jóvenes parecen hacerlo igualmente en ancianos. Más aún, se ha observado que la mejoría o corrección de factores de riesgo cardiovascular en los ancianos disminuye su riesgo de enfermar y morir por esta patología. En población anciana es bastante frecuente encontrar valores de colesterol total superiores a 200 mg/dl, como también valores de colesterol de HDL inferiores a 40 mg/dl y de triglicéridos superiores a 150 mg/dl. La pregunta que surge al respecto es si todos ellos requieren terapia. Ciertamente no todos ellos son candidatos a terapia, sin embargo, el primer paso es hacer un análisis crítico de su riesgo coronario y de su salud en general. En pacientes con alto riesgo coronario pero plenamente funcionales el tratamiento de la hipercolesterolemia puede ser tan útil como los tratamientos para corregir la hipertensión o el tabaquismo.¹¹

3. Cribado o Screening Nutricional

a. Evaluación global subjetiva

La historia clínica, incluyendo datos dietarios y el examen físico pueden establecer o hacer sospechar la presencia de malnutrición. Baker y Detsky comprobaron la validez y reproducibilidad del método más antiguo y simple utilizado en la evaluación del estado nutricional, como es la valoración clínica.

La evaluación clínica, también llamada evaluación global subjetiva (EGS), se realiza sin previo conocimiento de datos de laboratorio, sobre la base de la historia clínica, con particular atención en la reducción de la ingesta dietaría, voluntaria o involuntaria, cantidad de peso perdido, enfermedades básicas que afectan al paciente y los efectos de la malnutrición sobre el estado funcional, tales como: debilidad e incapacidad para trabajar o realizar actividades de la vida diaria. En el examen físico se considera: emaciación muscular y de grasa, edema y ascitis.

Se ha descrito una buena correlación entre las mediciones subjetivas y objetivas (validez convergente). Además, las infecciones post-operatorias podrían predecirse con un grado igual o mejor de posibilidad, que con mediciones objetivas (validez predictiva); se ha encontrado también que el método tiene un alto grado de reproducibilidad.¹¹

b. Mini Nutritional Assessment:

La Mini Nutritional Assessment (MNA), que se ha propuesto como una herramienta clínica de evaluación del estado nutricional del sujeto mayor de 60 años, es una de

estas herramientas que fue desarrollada en los 1990's como resultado de la colaboración del Hospital de la Universidad de Tolón (Francia), el Programa de Nutrición Clínica de la Universidad de Nuevo México (Estados Unidos), y el Centro Nestlé de Investigaciones (Suiza).¹²

La MNA se ha propuesto como la herramienta de elección en la evaluación nutricional del sujeto mayor de 60 años por la facilidad de aplicación, el retorno rápido de los resultados, la no-invasividad, la economía, y la buena correlación con otros indicadores nutricionales.¹²

La MNA es un cuestionario agrupado en 4 secciones:

- 1) **Evaluación antropométrica**: Circunferencia del brazo, Circunferencia de la pantorrilla, Índice de Masa Corporal, Pérdida de peso en los últimos 3 meses.
- 2) **Evaluación global de los estilos de vida del sujeto**: Movilidad dentro del hogar, Medicación corriente, Estrés síquico/sicológico, Enfermedad aguda en los últimos 3 meses, Capacidad para vivir por sí mismo en su hogar (sin necesidad de cuidador), Presencia de demencia, Ulceras de decúbito/Otras lesiones cutáneas.
- 3) **Evaluación dietética**: Número de comidas completas en el día, Consumo de fuentes de proteínas alimentarias, Consumo de frutas y vegetales, Ingresos líquidos, Modo de alimentación (Con/Sin ayuda), Cambios recientes en los hábitos alimentarios.

4) **Autoevaluación subjetiva:** Autopercepción de problemas nutricionales, Autopercepción del estado de salud.¹²

La MNA se compone de un encabezado, el mismo que comprende los campos siguientes: nombre y apellido, sexo, edad, peso, estatura, fecha. Además comprende 18 variables de diverso tipo:

- Han disminuido los ingresos alimentarios en los últimos 3 meses (por pérdida del apetito, problemas digestivos, dificultades para la masticación y/o la deglución): Refleja los cambios ocurridos en los ingresos de alimentos del anciano debido a pérdida del apetito, problemas digestivos, dificultades para la masticación y la deglución. Pérdida reciente de peso: Refleja los cambios ocurridos en el peso del paciente durante los últimos 3 meses.
- Movilidad: Refleja la capacidad funcional actual del anciano, y el grado de autonomía.
- Ha sufrido estrés psicológico o una enfermedad aguda en los últimos 3 meses: Refleja la ocurrencia de eventos que hayan ocasionado un incremento de las demandas metabólicas del paciente, o afectado los ingresos alimentarios del paciente. ¹²
- Problemas neuropsicológicos: Refleja la presencia de demencia en el anciano, o cualquier otra afección neuropsicológica que atente contra la autonomía del paciente.

- Índice de Masa Corporal: Refleja el Índice de Masa Corporal corriente del paciente.
- Vive independientemente (no está recluido en un hogar de ancianos u hospital): Refleja la capacidad corriente del anciano de desempeñarse socialmente, sin auxilio alguno.
- Consume más de 3 medicamentos diariamente: Refleja la medicación instalada corrientemente en el anciano para el control de los problemas de salud.
- Presencia de escaras de decúbito, úlceras varicosas, otras lesiones cutáneas: Refleja la presencia de soluciones de continuidad de la piel y tegumentos, con pérdida de tejidos, exudación de líquidos e infección microbiana.
- Cuántas comidas completas consume el anciano diariamente: Refleja la frecuencia actual de los ingresos alimentarios del anciano.
- Marcadores selectos de consumo de proteínas: Refleja la cantidad y calidad de los ingresos de proteínas del anciano.
- Consume 2 o más porciones de frutas o vegetales diariamente: Refleja el consumo corriente de frutas y vegetales del anciano.
- Qué cantidad de líquidos consume diariamente: Refleja el consumo actual de líquidos.

- Modo de alimentación: Refleja la capacidad actual del anciano para alimentarse por sí solo.
- Autopercepción del estado nutricional: Refleja la capacidad crítica del anciano sobre su estado nutricional actual.
- Autopercepción del estado de salud: Refleja la capacidad crítica del anciano sobre su estado de salud, por comparación con sus semejantes.
- Circunferencia del brazo: Recoge el valor actual de la circunferencia del brazo del anciano, indicador de las reservas proteico-energéticas.
- Circunferencia de la pantorrilla: Recoge el valor actual de la circunferencia de la pantorrilla.

Estas variables se administran en 2 partes: Cribaje y Evaluación. La Sección Cribaje comprende las 6 primeras preguntas de esta herramienta. El objetivo del completamiento de esta Sección es identificar a aquellos sujetos libres de trastornos nutricionales, y que, por lo tanto, no necesitan una evaluación nutricional exhaustiva, o, por la misma razón, profunda. En caso de que se detecten signos de desnutrición después del completamiento de la Sección Cribaje, se conduce la Sección Evaluación.¹²

C. GUÍA ALIMENTARIA PARA ADULTOS MAYORES

La guía alimentaria para persona Adultas mayores, es un instrumento educativo que adapta una serie de conocimientos científicos en materia de Nutrición, siendo

una herramienta de vital importancia porque permite orientar y aplicar decisiones adecuadas en la alimentación de las personas Adultas Mayores, identificando los requerimientos nutricionales que surgen producto de los cambios que ocurren en el proceso del envejecimiento, para atender adecuadamente sus necesidades, brindando una dieta balanceada y una alimentación saludable.¹³

1. **Alimentación saludable:** significa comer abundantes verduras y frutas diariamente, tomar leche o yogurt con poca grasa preferir el pescado, pavo, pollo o carnes rojas sin grasa, comer legumbres y granos enteros y beber mucha agua. Estos alimentos nos permiten estar sanos y vivir mejor, porque aportan una cantidad suficiente de proteínas, grasas esenciales, minerales, vitaminas, antioxidantes y agua. Gracias a ellos nuestro cuerpo funciona bien y crea los mecanismos para defenderse de las enfermedades.¹⁴

2. **Consumo de leche:** la leche o el yogurt son necesarios en todas las etapas de la vida, porque contienen proteínas para reparar y renovar los tejidos y calcio esencial para mantener los huesos sanos y prevenir la osteoporosis. Se recomienda de 2 a 3 tazas de leche o yogurt diarios, aportan el calcio que necesita.¹⁴

3. **Consumo de grasa y aceites:** El aceite contiene ácidos grasos esenciales para la salud, incluya una pequeña cantidad en su alimentación diaria. Use de preferencia aceites de oliva, canola, soya que contienen grasas omega 3.¹⁴

4. **Consumo de sal:** el exceso de sal se asocia a la hipertensión. Se recomienda disminuir el consumo de alimentos preparados con mucha sal, como

los alimentos enlatados, las galletas saladas y las comidas preparadas. Lea siempre la etiqueta de los alimentos, prefiera aquellos que contienen menos sodio (sal).¹⁴

5. **Consumo de agua:** con la edad la sensación de sed disminuye. El agua es esencial para el buen funcionamiento de los riñones, evita la deshidratación, mantiene la temperatura corporal normal y ayuda a la digestión. ¹⁴

IV. METODOLOGIA

A. LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION

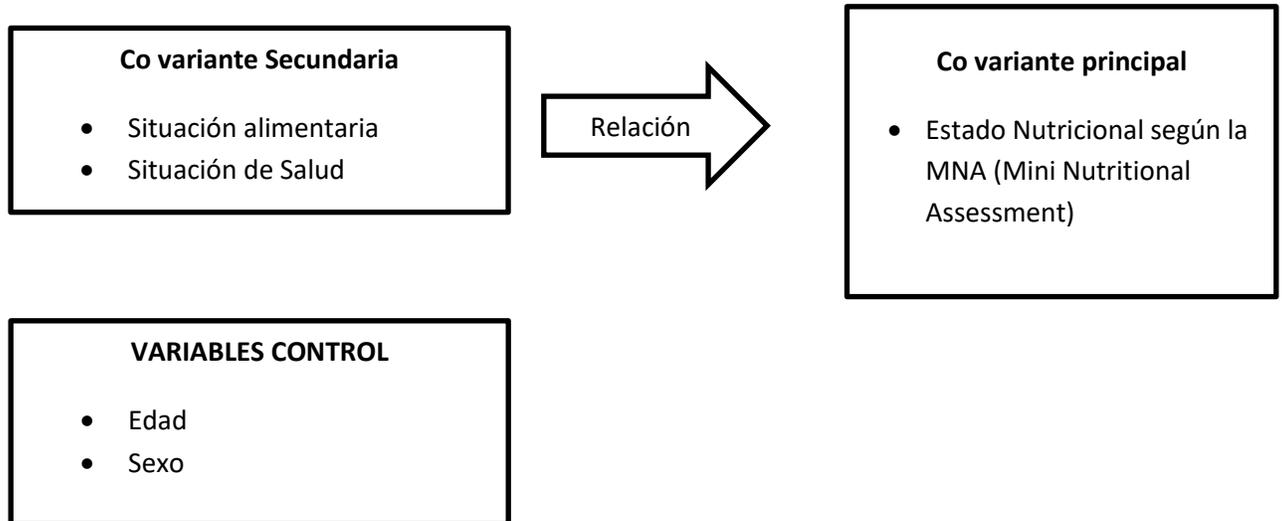
La presente investigación se llevó a cabo en el Hogar de Ancianos Instituto Estupiñan de la Ciudad de Latacunga, perteneciente a la Provincia de Cotopaxi en los meses de Diciembre 2012 a Marzo 2013.

B. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Este estudio es de diseño no experimental de tipo transversal.

C. VARIABLES

1. Identificación



2. Definición

- **Características generales:** corresponde a la identificación del sexo y edad de los ancianos participantes en la investigación.
- **Estado nutricional:** aquí se identificó la pérdida de peso, índice de masa corporal, perímetro braquial, perímetro pantorrilla, percepción del estado nutricional de los ancianos.
- **Situación alimentaria:** corresponde a conocer sobre la pérdida del apetito, comidas diarias, consumo de proteína, frutas y verduras, líquidos, forma de alimentarse de los ancianos.

- **Condiciones de salud y funcionalidad:** movilidad, enfermedad aguda, medicación, úlceras o lesiones cutáneas, percepción del estado de salud, problemas neurológicos.

3. Operacionalización de variables

VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALOR
Características generales		
Sexo	Nominal	Hombre Mujer
Edad	Continua	Años
Peso	Continua	Kilogramos
Talla	Continua	Centímetros
Estado Nutricional		
IMC	Continua	Kg/m ²
	Ordinal	IMC •IMC <19 0 puntos •IMC ≥19 - <21 1 punto •IMC ≥21 - <23 2 puntos •IMC ≥23 3 puntos
Circunferencia Antebrazo	Continua	Centímetros
	Ordinal	Circunferencia Antebrazo Puntaje PB < 21 0,0 puntos PB ≥21 - ≤22 0,5 puntos PB > 22 1,0 puntos
Circunferencia de la Pantorrilla	Continua	Centímetros
	Ordinal	Perímetro pantorrilla Puntaje PP < 31 0 puntos PP ≥ 31 1 punto
Pérdida de peso (< 3 meses)	Continua	Kilogramos
	Ordinal	Pérdida de peso (<3 meses) Puntaje > 3kg 0 puntos No lo sabe 1 punto Entre 1 y 3 kg 2 puntos No hay pérdida 3 puntos
Número de comidas	Ordinal	Número de comidas

		No sabe 1 punto Sin problemas 2 puntos
Percepción de salud	Nominal	Percepción de salud Puntaje Peor 0,0 puntos No lo sabe 0,5 puntos Igual 1 punto Mejor 2 puntos
Condiciones de salud y funcionalidad		
Medicamentos (Toma más de 3 al día)	Nominal	Medicamentos Puntaje SI 0 puntos NO 1 punto
Estrés Psicológico o una Enfermedad	Nominal	Estrés Psicológico o una Enfermedad Puntaje *Si 0 puntos *No 1 punto
Movilidad	Nominal	Movilidad Puntaje De la cama al sillón 0 p Autonomía en el interior 1 p Sale del domicilio 2 p
Úlceras en la piel	Nominal	Úlceras/lesiones cutáneas Puntaje *Si 0 puntos * No 1 punto
INDEPENDENCIA	NOMINAL	Independencia Puntaje *Si 1 punto *No 0 puntos
Salud Mental		
Problemas neuropsicológicos	Nominal	Problemas neuropsicológicos Puntaje Demencia grave 0 puntos Demencia moderada 1 punto Sin problemas 2 puntos
Estado Nutricional según la MNA		

Estado Nutricional	Nominal	Estado Nutricional Puntaje Bien nutrido > 24 punt En riesgo 17 – 23.5 p Desnutrido < 17 punt
---------------------------	---------	---

D. POBLACION, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO

El Grupo de estudio lo constituyeron 33 personas adultas mayores que se encuentran acogidos en el Hogar de Ancianos Instituto Estupiñan de la ciudad de Latacunga, inicialmente la muestra comprendía 55 personas que se encuentran asiladas en el instituto pero no todos eran de la tercera edad por lo que se tuvo que excluir a las personas menores de 60 años. También se excluyó a los ancianos inmovilizados a los que no se les pudo pesar por no contar con los equipos necesarios para dicho efecto.

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

La presente investigación se realizó mediante los siguientes pasos:

1. **Acercamiento:** mediante una solicitud (ANEXO 1) y entrevista con Sor Narcisca Gonzales, directora del Hogar de ancianos Instituto Estupiñan, se explicó el tipo de estudio a realizar y se solicitó la autorización para la recolección de datos,

utilización de la infraestructura física y acceso a la historia clínica de cada adulto mayor.

2. Recolección de datos:

La recolección de la información se realizó en el Hogar de Ancianos Instituto Estupiñan, de la ciudad de Latacunga.

- Se recolectó datos sobre las características generales de la población de estudio.
- Se realizó la toma de datos para la evaluación del estado nutricional mediante la Mini Nutritional Assessment
- Para la evaluación antropométrica los equipos que se utilizaron son los siguientes: balanza, tallímetro, lápiz demográfico y cinta antropométrica, con la aplicación de las siguientes técnicas:
 - **Talla:** Paciente de pies descalzos con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza erecta mirando al frente en posición de Francfort (el arco orbital inferior alineado en un plano horizontal con el trago de la oreja), ubicado de espaldas haciendo contacto con el tallímetro, los pies formando ligeramente una V y con los talones entreabiertos, con poca vestimenta, el cabello suelto y los brazos colgados libremente a ambos lados del cuerpo. El piso y la pared donde esté instalado el tallímetro deben ser rígidos, planos (sin bordes) y formando un ángulo de 90°. Se

desliza la parte superior del tallímetro tocando la parte superior más prominente de la cabeza. Se realizó la medición dos veces.

- **Peso:** Paciente de pies descalzos con poca vestimenta, en posición erecta y relajada de frente a la báscula con la vista fija en un plano horizontal o de Francfort. Las palmas de las manos extendidas y descansando lateralmente en los músculos; con los talones ligeramente separados, los pies formando una ligera V y sin realizar movimiento alguno.
- **Circunferencia del brazo:** Esta medida fue tomada con el brazo colgado libremente. El paciente se encuentra de pie con el brazo descubierto y relajado al costado del cuerpo. El evaluador se ubica al frente, rodeando con la cinta a la altura del punto medio entre al acromion y olecranon.
- **Circunferencia de la pantorrilla:** Esta medida fue tomada con la pierna colgado libremente con el paciente sentado. La cinta antropométrica rodea la zona de máximo volumen de la pierna, debe moverse la cinta hacia arriba y abajo hasta encontrar el valor máximo, se realizaron dos lecturas.

3. **Elaboración de una guía alimentaria para el Adulto Mayor:**

De acuerdo con los datos obtenidos de la investigación se procedió a la elaboración de una Guía Alimentaria-Nutricional para el Adulto Mayor.

4. **Análisis de la información:**

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

- Se realizó una base de datos Excel con la información obtenida de las variables: características generales, estado nutricional, situación alimentaria, situación de salud del anciano. Luego esta base de datos se ingresó al programa JMP, para realizar el respectivo análisis estadístico.

ANALISIS ESTADISTICO

Para las variables medidas en escala nominal y ordinal, se presentaron los resultados en número y porcentaje.

Los resultados de las variables continuas se describieron con medidas de tendencia central y dispersión: promedio, mediana, desvíos estándar, valor mínimo y máximo.

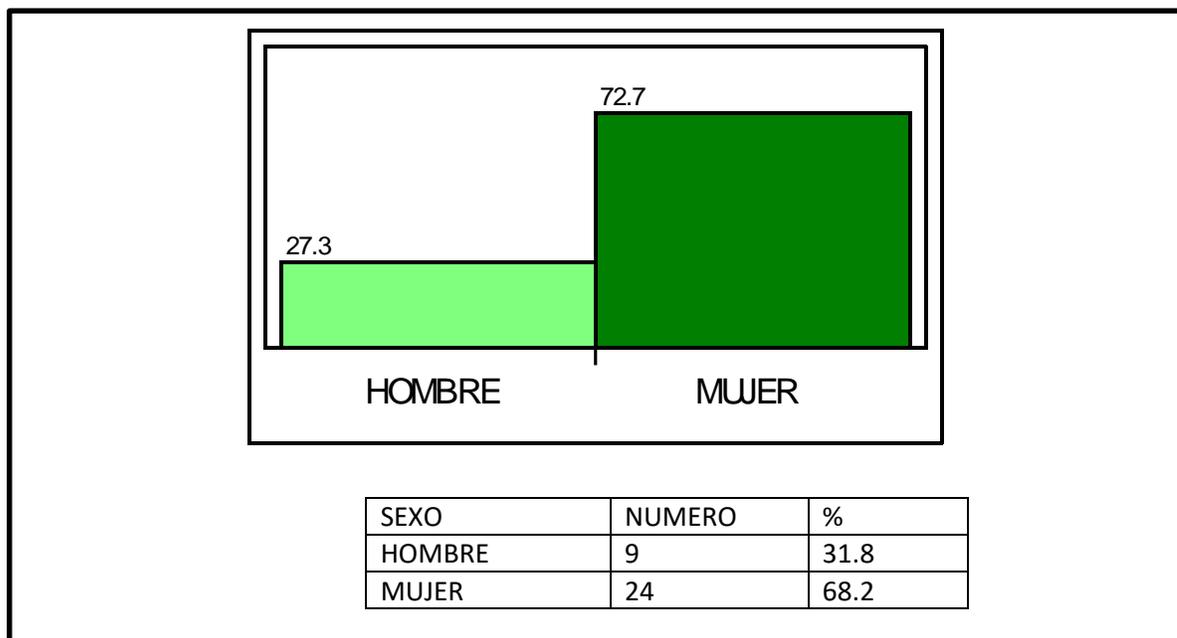
V. RESULTADOS Y DISCUSION

A. CARACTERISTICAS GENERALES

1. Sexo

GRAFICO 1:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO

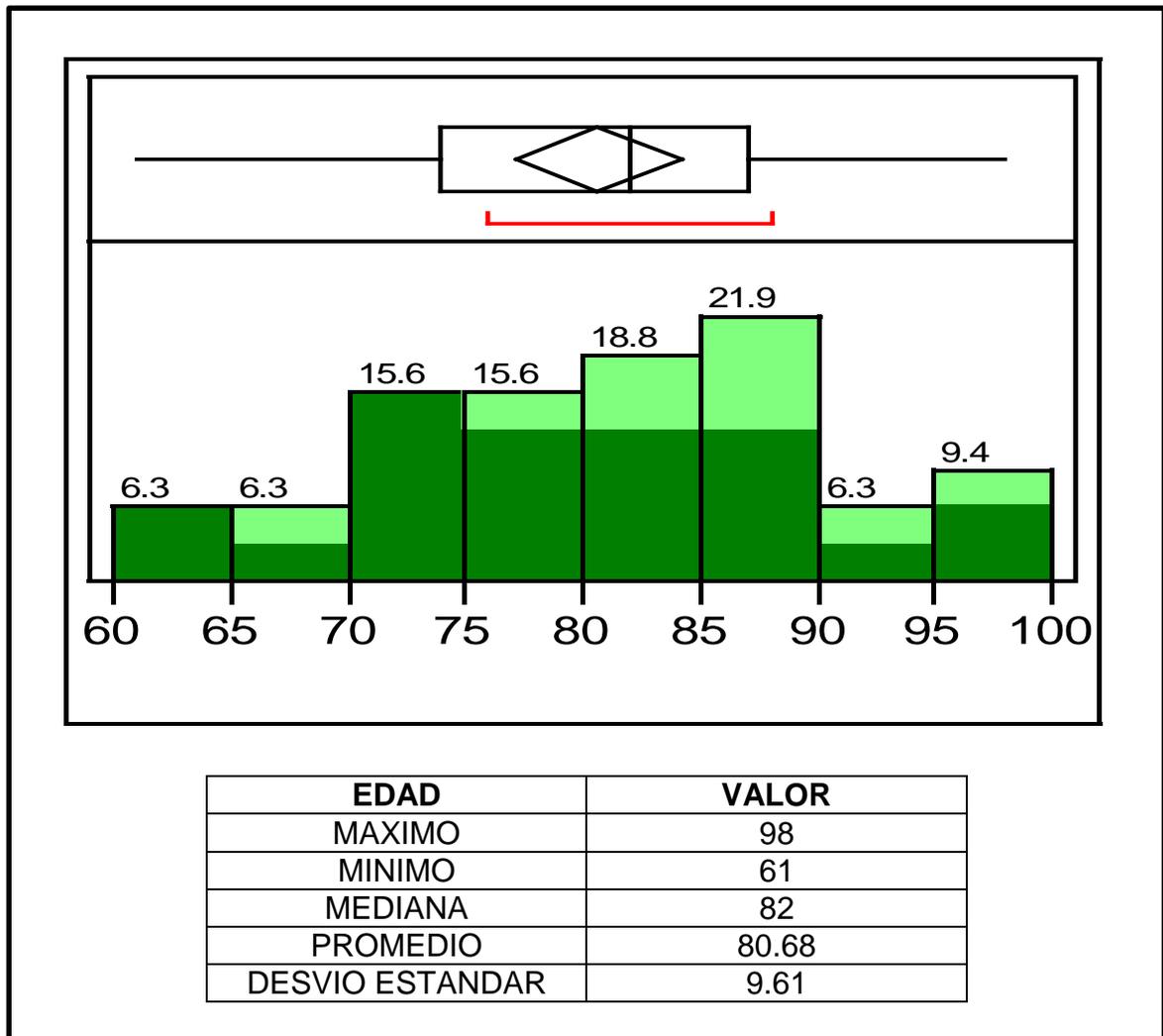


La población en estudio es predominantemente femenina con un 68.2% frente a un 31.8% de población masculina.

2. Edad

GRÁFICO 2:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD



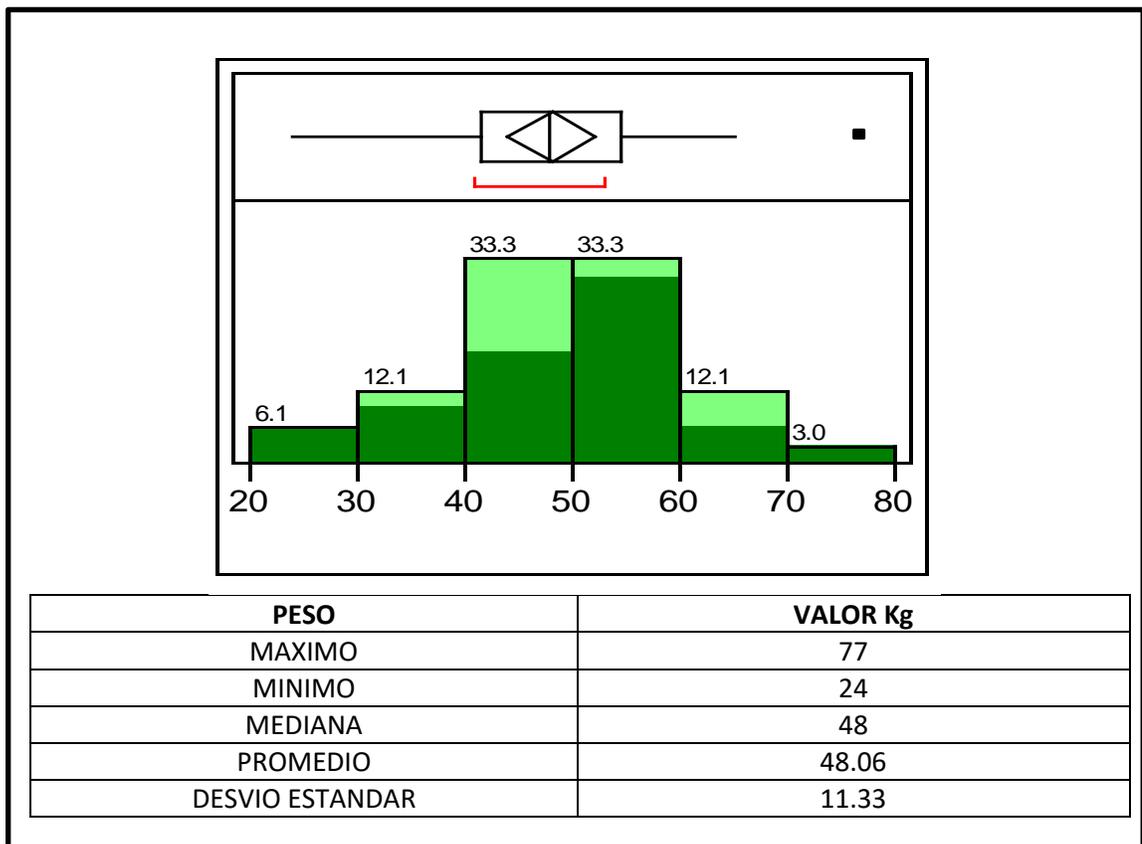
La edad de la población en estudio oscilaba entre 61 como edad mínima y 98 años como edad máxima, el promedio de edad fue de 80.68 años con una Desviación

estándar de 9.61 años. La distribución de la edad fue asimétrica, con desviación negativa por cuanto el promedio es menor que la mediana.

3. Peso

GRÁFICO 3:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN PESO

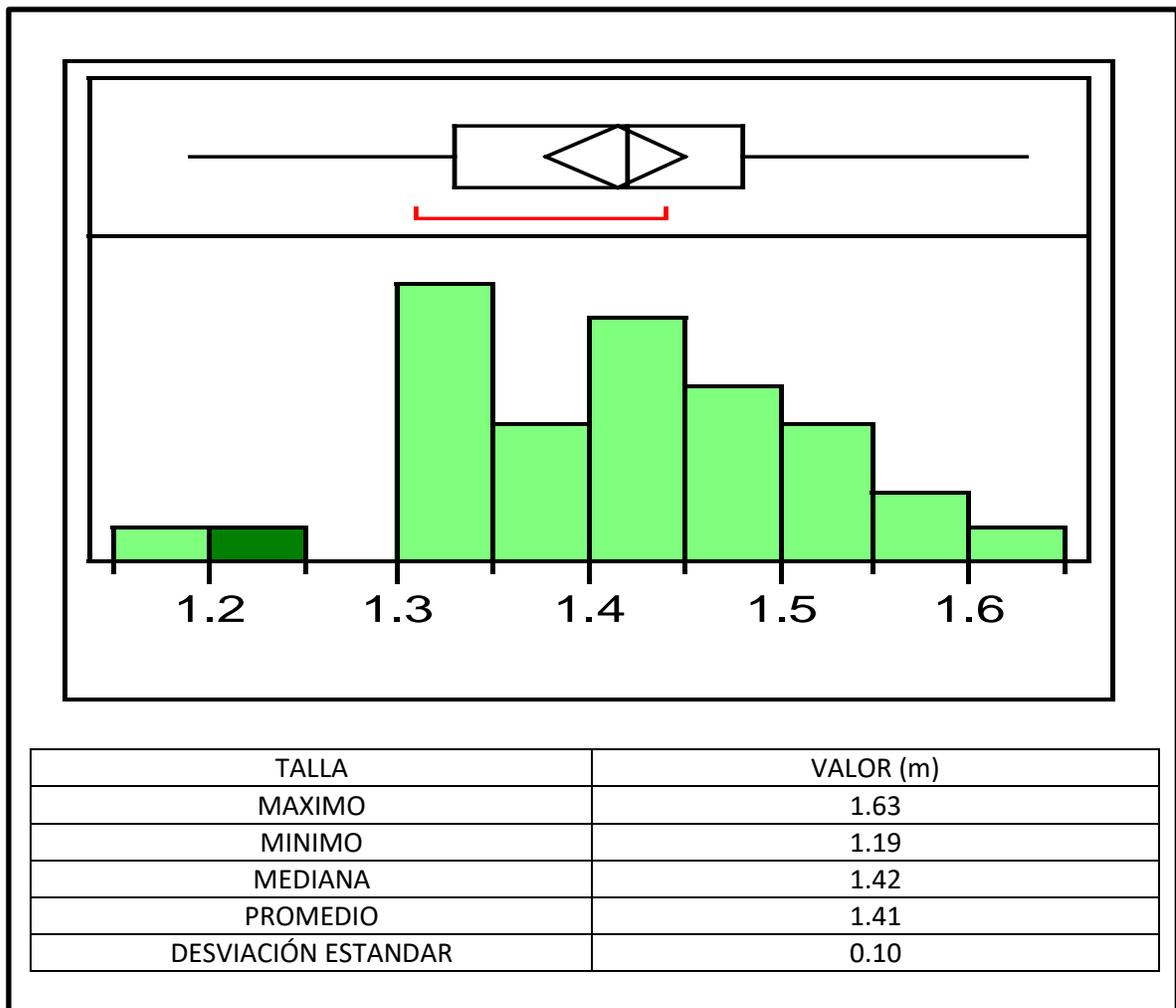


El peso de la población en estudio oscilaba entre 24Kg. como peso mínimo y 77Kg. como peso máximo, el promedio de peso fue 48Kg. con una desviación estándar de 11.33Kg. La distribución del peso fue asimétrica con desviación positiva puesto que el promedio es mayor que la mediana.

4. TALLA

GRÁFICO 4:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN TALLA.



La talla de la población en estudio oscilaba entre 1.19m como talla mínima y 1.63m como talla máxima, el promedio de la talla fue de 1.41m con una desviación

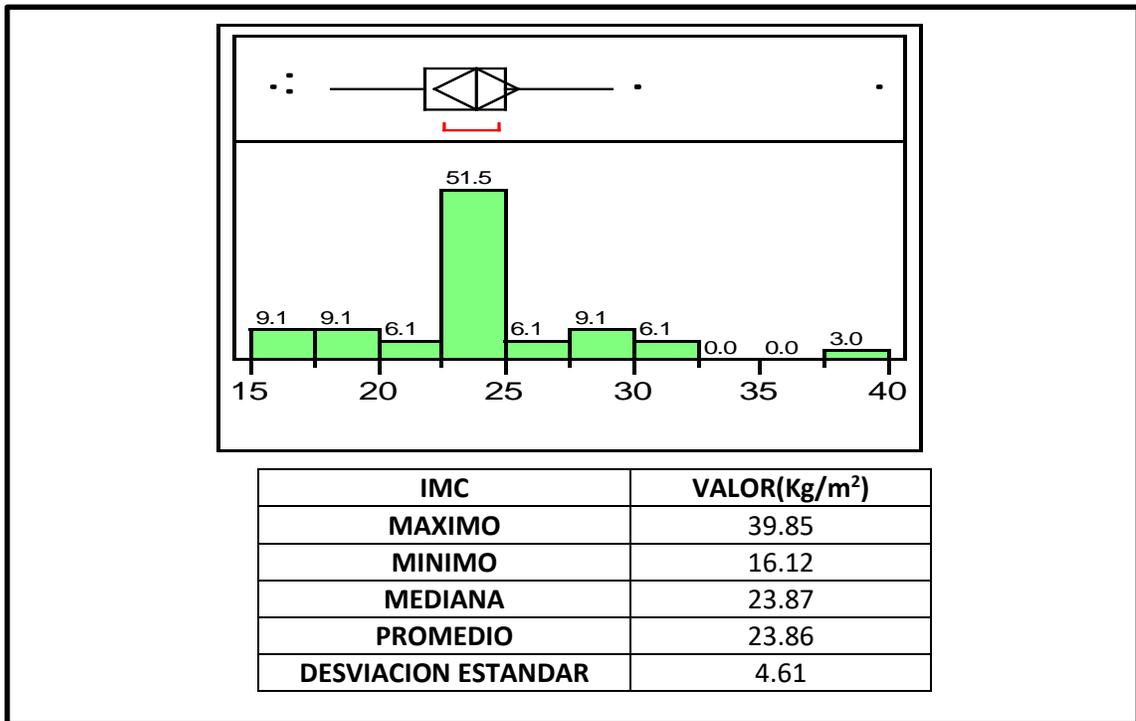
estándar de 0.10m. La distribución de la talla fue asimétrica con un desvío negativo, puesto que el promedio es menor que la mediana.

B. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

5. Índice de Masa Corporal

GRÁFICO 5:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL



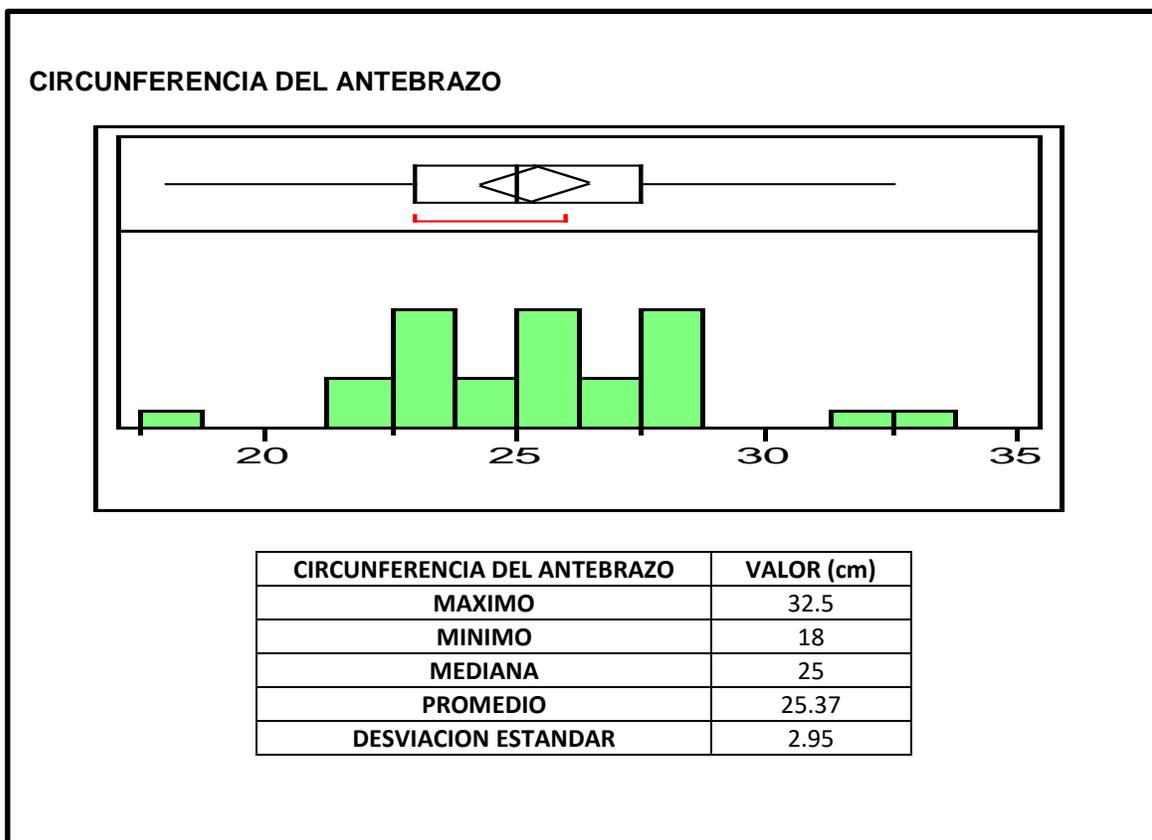
El IMC de la población en estudio oscilaba entre 16.12Kg/m² como valor mínimo y 39.85 Kg/m², el promedio de IMC fue de 23.86 Kg/m² con una desviación estándar

de 4.61 Kg/m². La distribución del IMC fue asimétrica con un desvío positivo puesto que el promedio es menor que la mediana.

6. Circunferencia del antebrazo

GRÁFICO 6:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN CIRCUNFERENCIA DEL ANTEBRAZO.



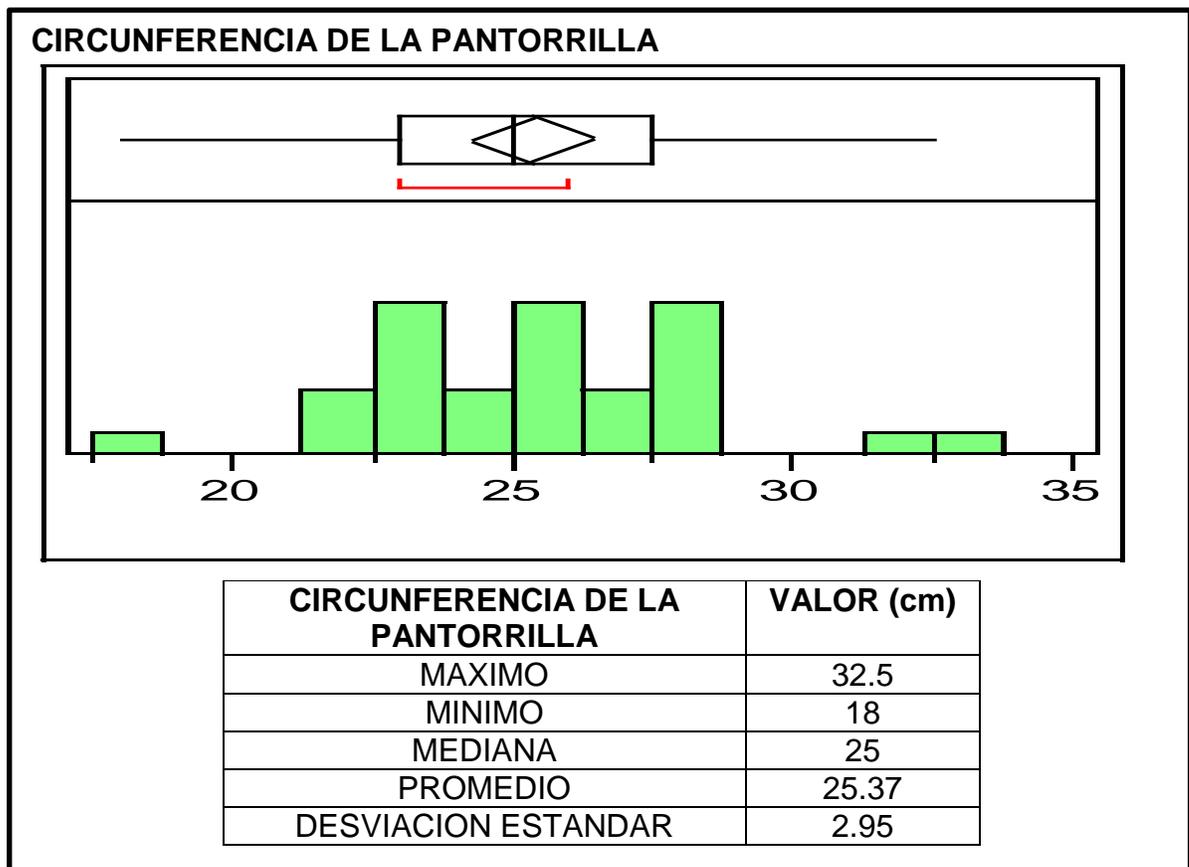
La circunferencia del antebrazo de la población en estudio oscilaba entre 18cm como circunferencia mínima y 32.5cm como circunferencia máxima, el promedio de circunferencia del antebrazo es de 25.37cm con una desviación estándar de

2.95cm. La distribución de la circunferencia del antebrazo fue asimétrica con un desvío positivo, puesto que el promedio es mayor que la mediana.

7. Circunferencia de la pantorrilla

GRÁFICO 7:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN CIRCUNFERENCIA DE LA PANTORRILLA.



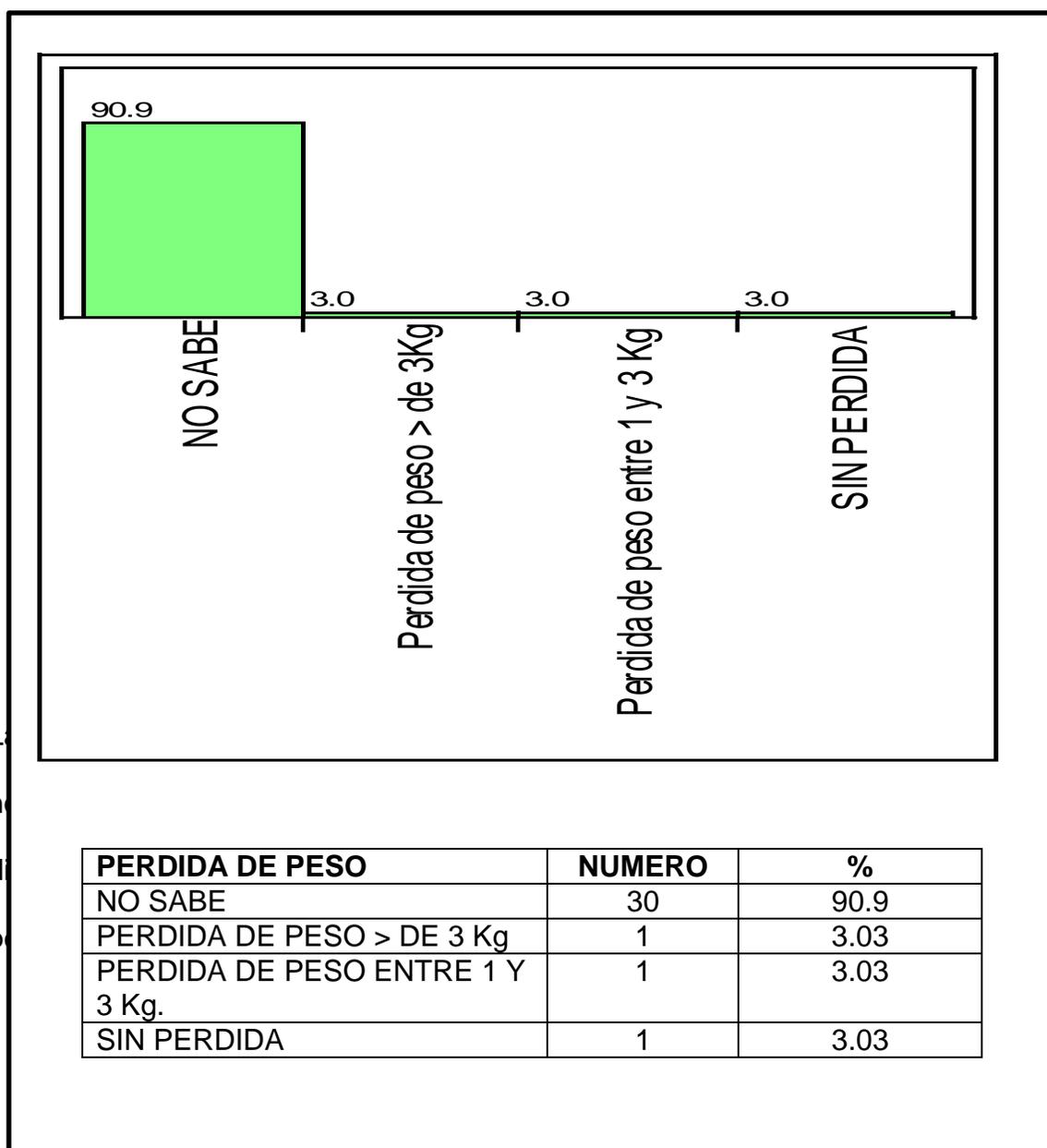
La circunferencia de la pantorrilla de la población en estudio oscilaba entre 18cm como circunferencia mínima y 32.5cm como circunferencia máxima, el promedio de

la circunferencia de la pantorrilla fue de 25.37cm con una desviación estándar de 2.95cm. La distribución de la circunferencia de la pantorrilla fue asimétrica con un desvío positivo, puesto que el promedio es mayor que la mediana.

8. Pérdida de peso

GRÁFICO 8:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN PÉRDIDA DE PESO.

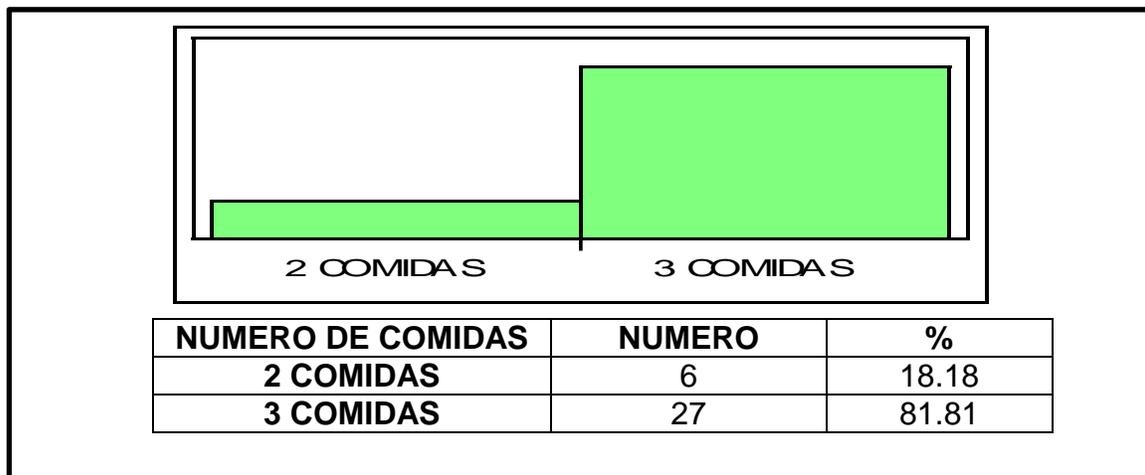


problemas nutricionales y de salud a tiempo y poder realizar acciones inmediatas que permitan mantener la salud, mientras que el 6.06% manifestó haber percibido una pérdida de entre 1 y más de 3 Kg y en igual porcentaje señalaron no tener pérdida de peso.

9. Número de comidas completas al día.

GRAFICO 9:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN NÚMERO DE
COMIDAS COMPLETAS AL DÍA

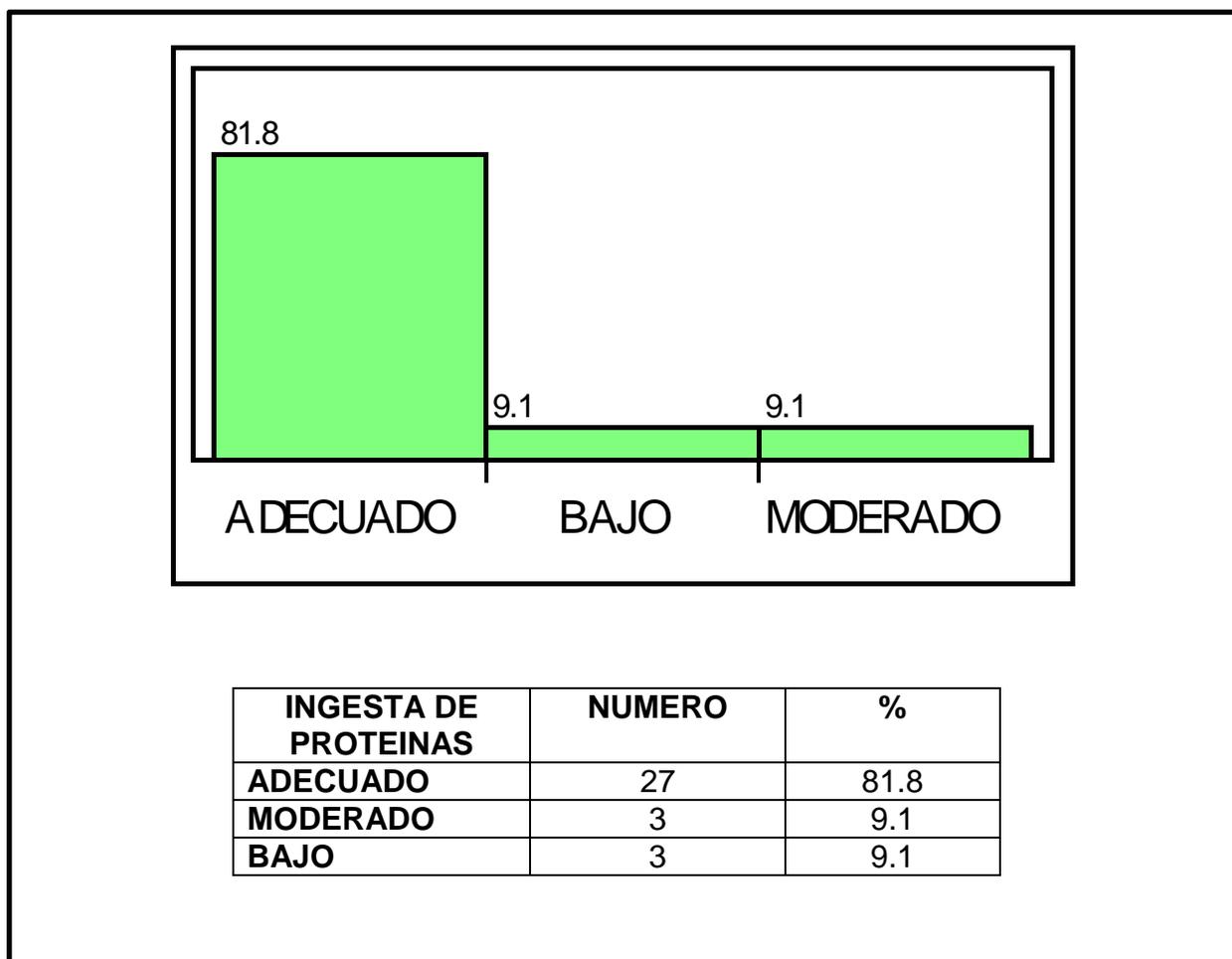


El 81.8% de la población encuestada manifiesta ingerir las 3 comidas completas, mientras que el 18.18% señala ingerir 2 comidas completas, siendo este último grupo el que señalo tener falta de apetito moderado, ya que en hogar de ancianos tienen tres comida completas y dos refrigerios uno en la mañana y otro en la tarde, por lo que el número de comidas ingeridas en el día no es el problema sino la cantidad de alimento que ingieren en ellas, por lo que se debería buscar alternativas en la forma de preparación para que estas sean más agradables para los adultos mayores aumentando así la de ingesta y por ende evitando la desnutrición en los ancianitos lo cual ayudara a enfrentar de mejor manera las enfermedades que vienen con la edad.

10. Ingesta de proteína

GRAFICO 10:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN INGESTA DE PROTEINA



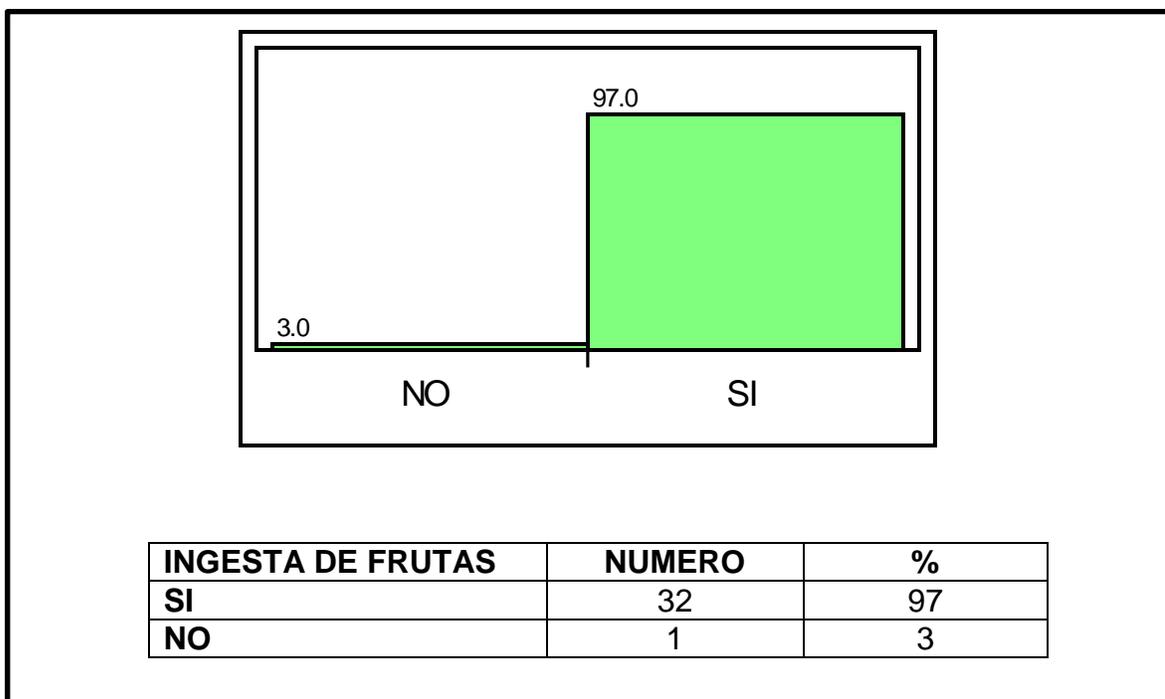
La ingesta de proteínas de la población en estudio se evaluó de acuerdo a los alimentos fuentes de proteína consumidos, siendo que el 81.8% manifestó tener un consumo adecuado de proteínas al señalar que consumen todos alimentos fuentes de la misma, mientras que un 9.1% indicó que no consumía carnes y lácteos siendo este un consumo moderado de proteínas debido a que no podían masticar las

carnes porque algunos son edentulos y también la falta de consumo de lácteos por su intolerancia a la lactosa, manifestándose en problemas digestivos, por lo que con dichas personas habría que tener especial cuidado en incorporar otros alimentos o cambiar la forma de preparación para que no se queden sin la incorporación en su dieta de este grupo alimenticio importante, el mismo que le ayudará en los procesos vitales y a no disminuir su masa muscular que es muy frecuente en este grupo de etario.

11. Ingesta de frutas

GRAFICO 11:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN
CONSUMO DE FRUTAS

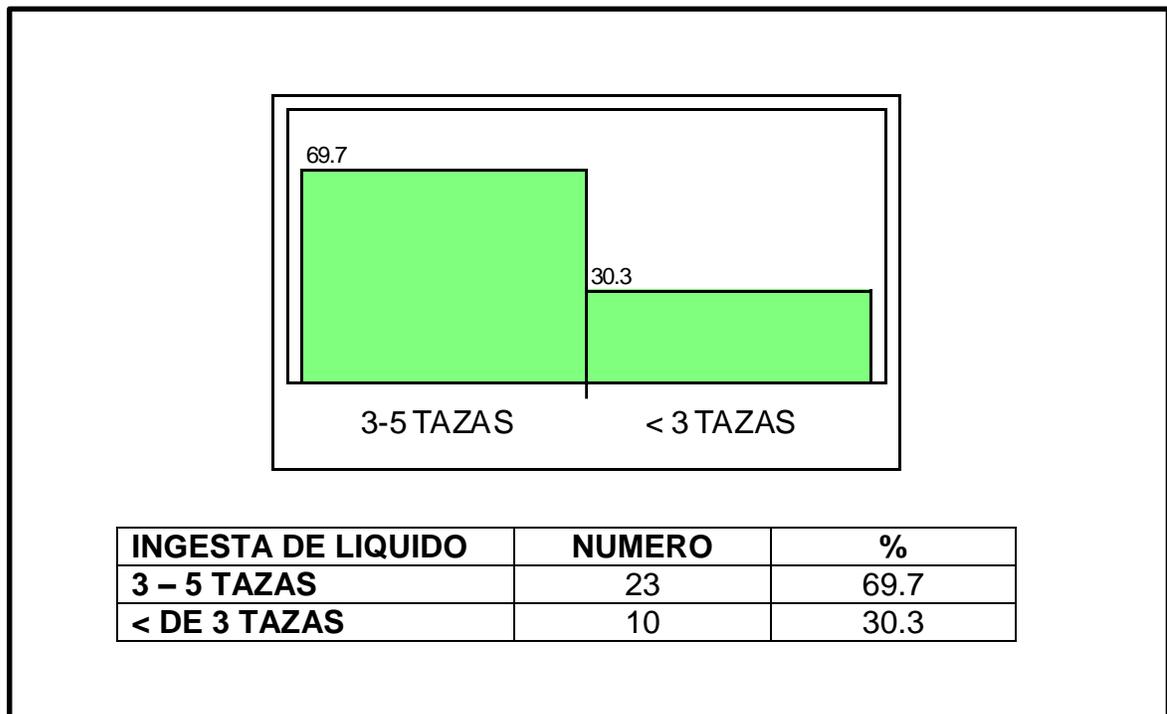


La 97.7% de la población encuestada señaló consumir las frutas que son proporcionadas en el menú del Hogar de ancianos, mientras que el 3% indica que no las consume, por lo que para este grupo se debe buscar alternativas de preparación, por lo que el consumo de este grupo alimenticio es muy importante ya que son fuentes de vitaminas, minerales que son utilizados en las diferentes interacciones químicas que se llevan a cabo en nuestro organismo y son fuente de fibra que va a facilitar la digestión del anciano.

12. Ingesta de líquido por día

GRAFICO 12:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN LA
INGESTA DE LÍQUIDO

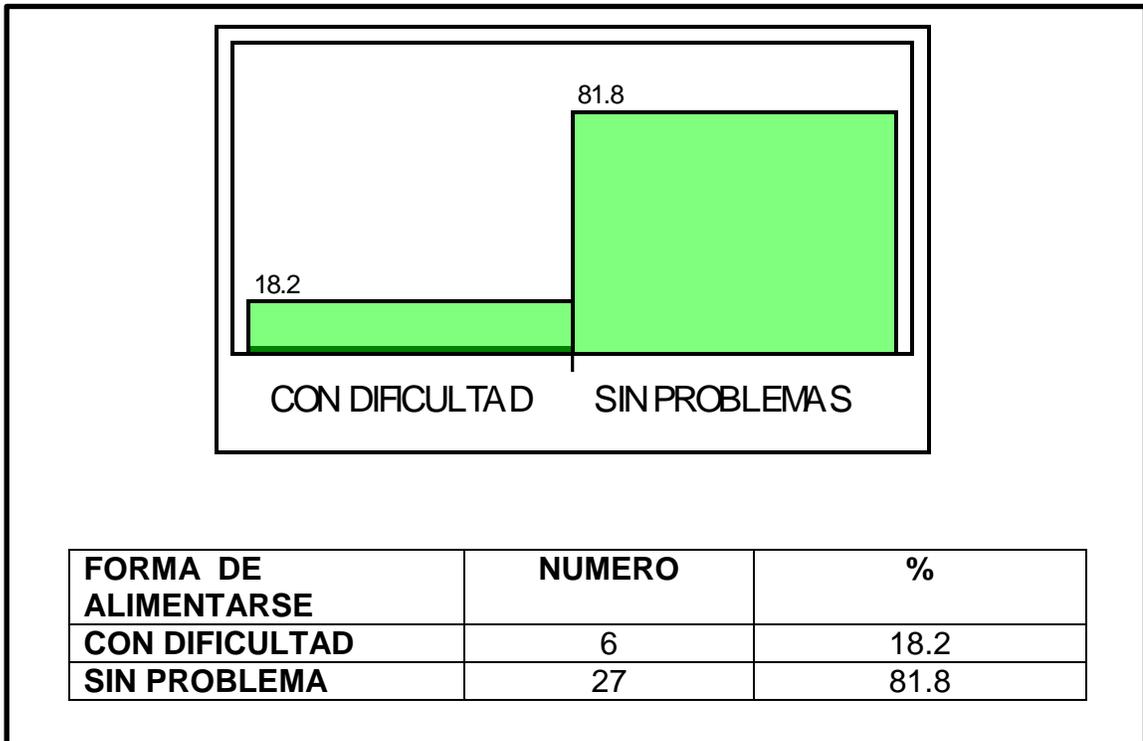


El 69.7% de la población en estudio señala una ingesta de líquido diario de 3 a 5 tazas, mientras que el 30.3% de la población señala un consumo diario de menos de 3 tazas, siendo este consumo de líquido insuficiente, lo que provocará deshidratación en el individuo y viéndose afectada aún más por la disminución de la sensibilidad del centro de la sed y de los osmorreceptores.

13. Forma de alimentarse

GRAFICO 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN
FORMA DE ALIMENTARSE

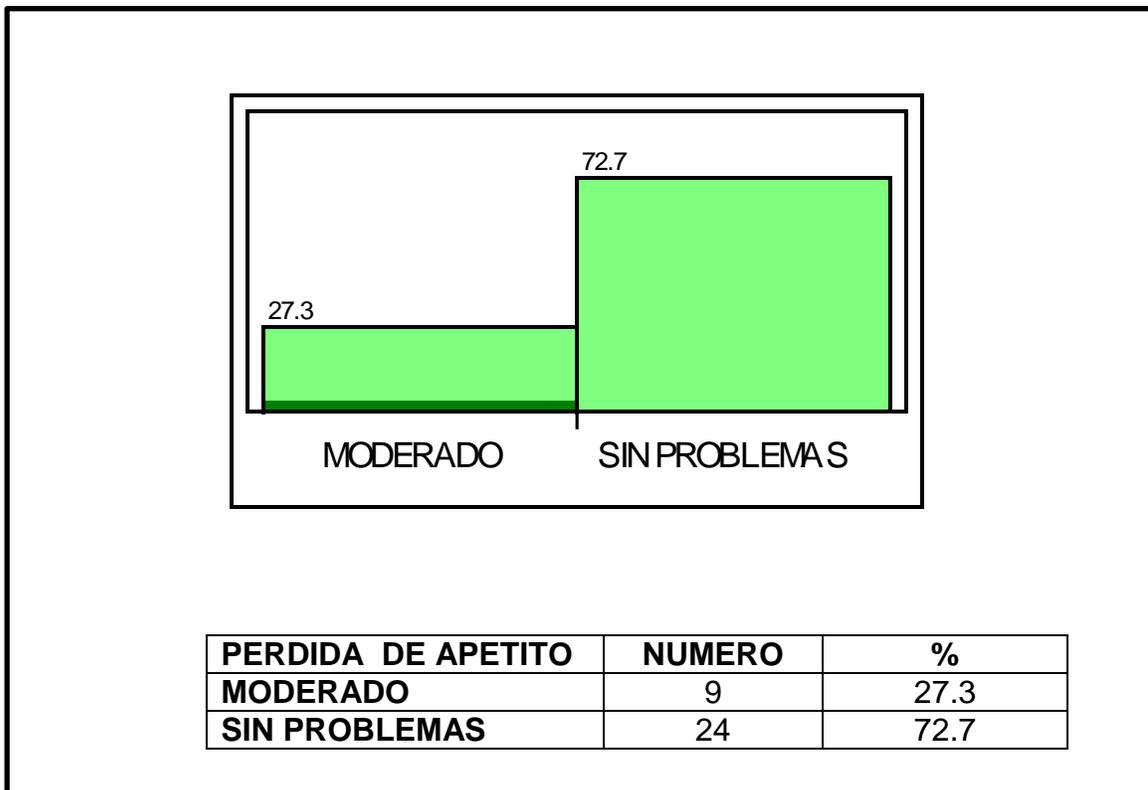


El 81.8% de la población en estudio no tiene problemas para alimentarse, mientras que el 18.2% es incapaz de comer sin ayuda, por lo que se debe vigilar que el número de personal sea el adecuado para la cantidad de individuos con problemas para alimentarse.

14. Pérdida de apetito

GRAFICO 14:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN
PERDIDA DE APETITO



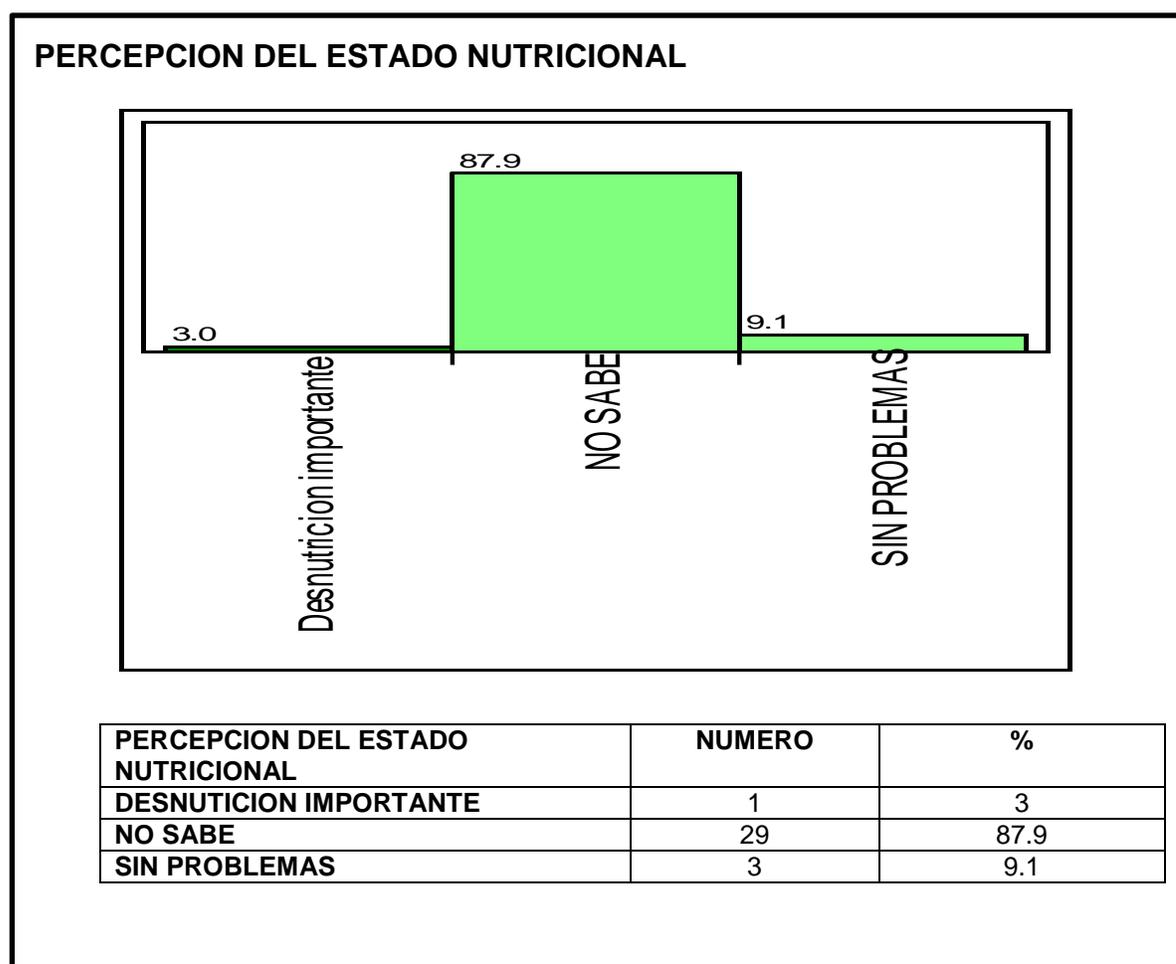
El 72.7% de la población en estudio manifiesta no tener problemas de apetito, mientras que el 27.3% indicó una falta de apetito moderado por lo que se debe

vigilar el menú proporcionado incluyendo los tipos de alimentos, técnicas de preparación, que aumenten el apetito de los ancianitos.

15. Percepción del Estado Nutricional

GRAFICO 15:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE ESTADO NUTRICIONAL



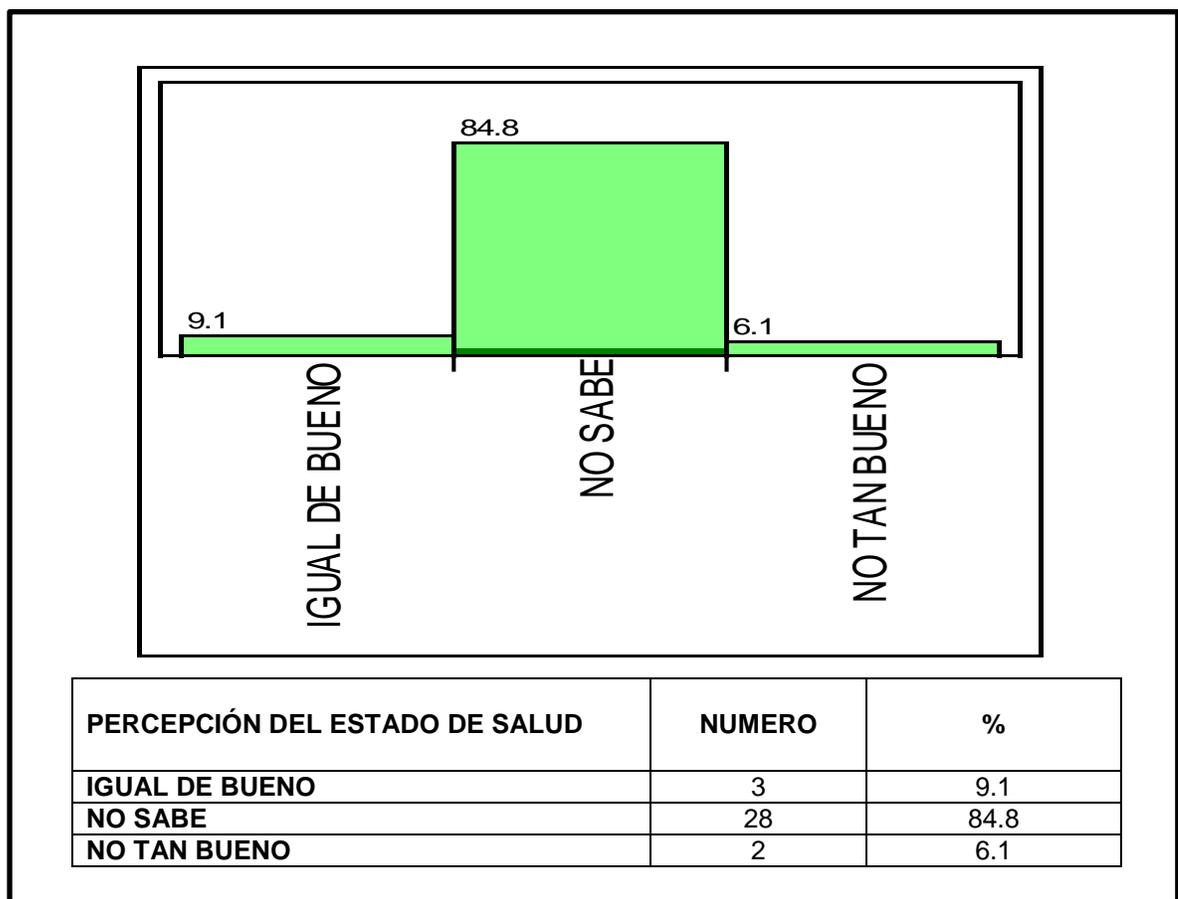
El 87.9% de la población en estudio no sabe si tiene o no problemas nutricionales, mientras que un 9.1% señala no tener problemas nutricionales, datos que deben estar sujetos a comprobación mediante datos bioquímicos, antropométricos para

comprobar el estado nutricional de los adultos mayores para poder tomar medidas para mejorar su estado nutricional.

16. Percepción del Estado de Salud

GRAFICO 16:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRUPO EN ESTUDIO SEGÚN
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD



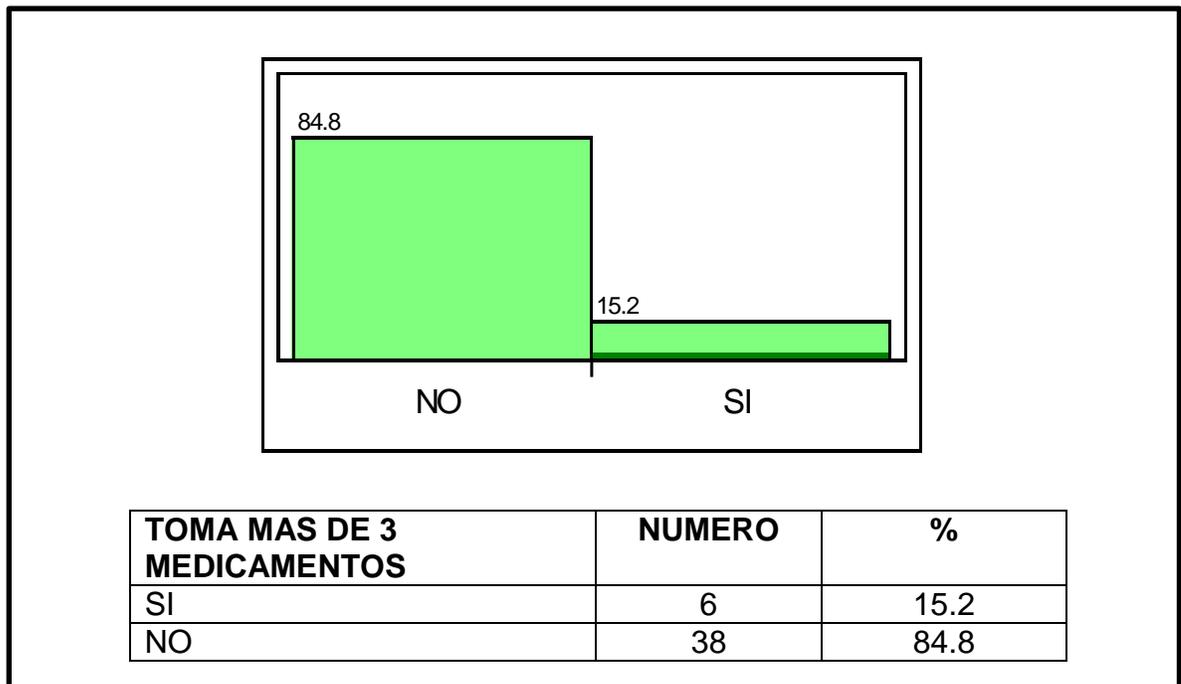
El 6.1% de la población en estudio consideran que su estado de salud no es tan bueno porque por lo menos tienen alguna dolencia o enfermedad, mientras que el 84.8% señala no saber. La toma de los datos se dificultó debido a que muchos

individuos del grupo no estaban con plena conciencia o no disponían de un familiar que los ayude en el momento de la toma de la encuesta.

17. Condiciones de salud y funcionalidad: Toma de medicamentos

GRAFICO 17:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN
TOMA DE MEDICAMENTOS DIARIO



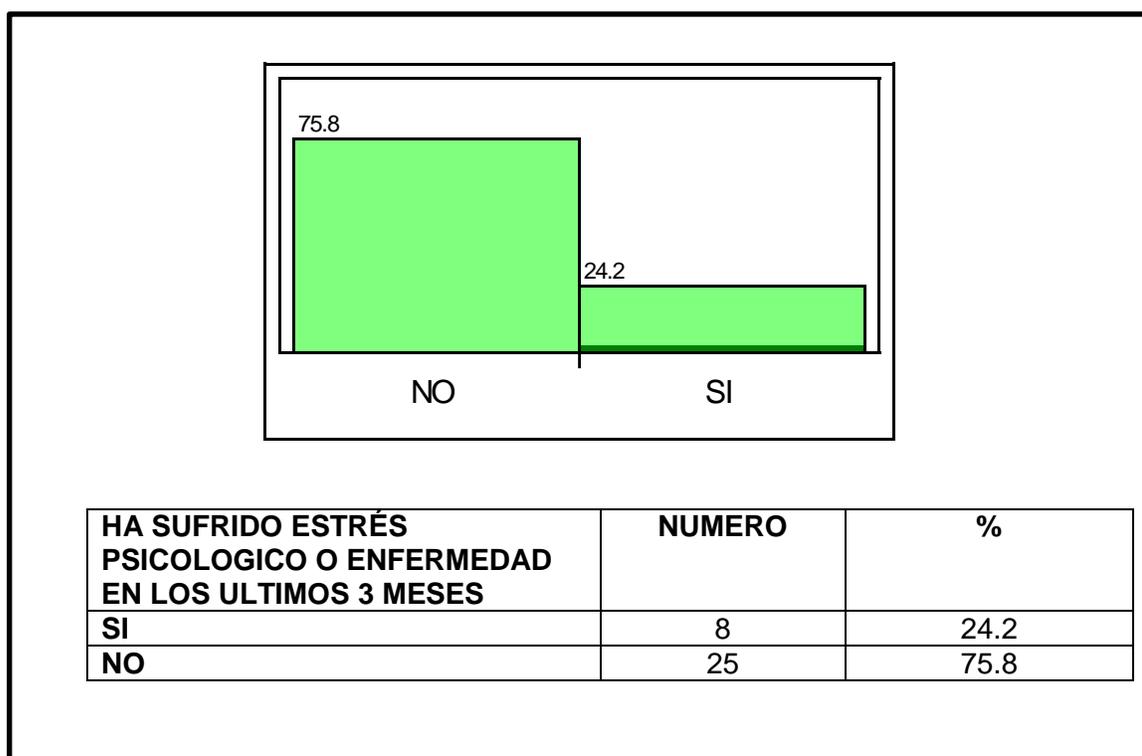
El 15.2% manifestó tomar más de tres medicamentos al día, mientras que el 84.8% de la población en estudio indicó tomar menos de 3 medicamentos al día, pero la mayoría de ellos si toma por lo menos un medicamento, mismos que han sido prescritos y entre los más utilizados están los que son para la presión alta por lo

que hay que vigilar el menú en base a esos requerimientos, para evitar complicaciones de dichas enfermedades. Los medicamentos son recetados por el médico del centro, quien realiza visita ocasionales (1 vez al mes).

18. Enfermedad o estrés psicológico en los últimos 3 meses.

GRAFICO 18:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ENFERMEDAD O ESTRÉS PSICOLOGICO EN LOS ULTIMOS 3 MESES



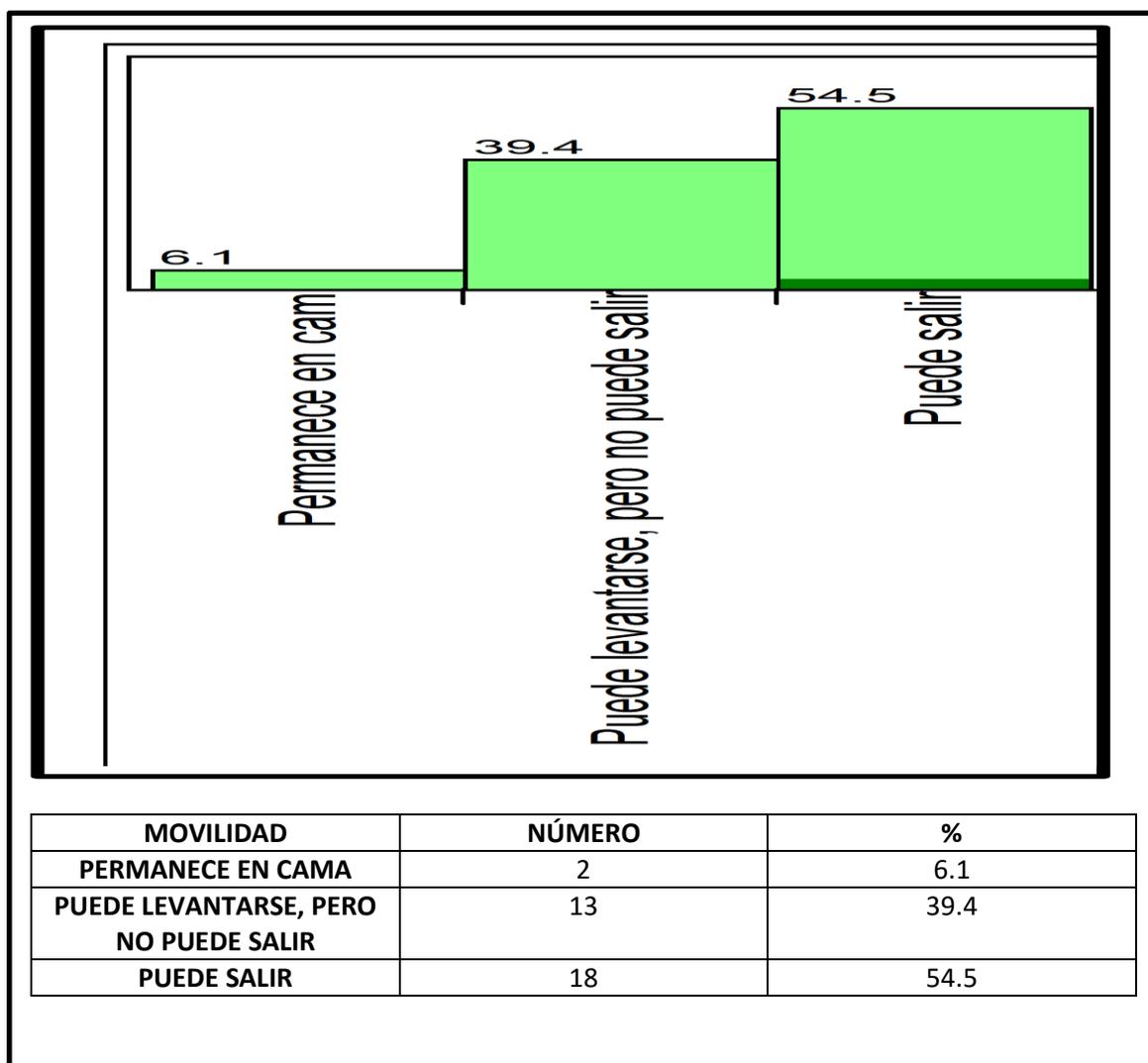
El 75.8% de la población en estudio señala no haber sufrido estrés psicológico o enfermedad en los últimos tres meses, mientras que el 24.2 % señaló que si ha

sufrido alguna enfermedad en los últimos tres meses, este último grupo refirió que sufrieron de influenza o gripe estacionaria siendo esta la respuesta en la mayoría de pacientes entrevistados.

19. Movilidad

GRAFICO 19:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN
MOVILIDAD

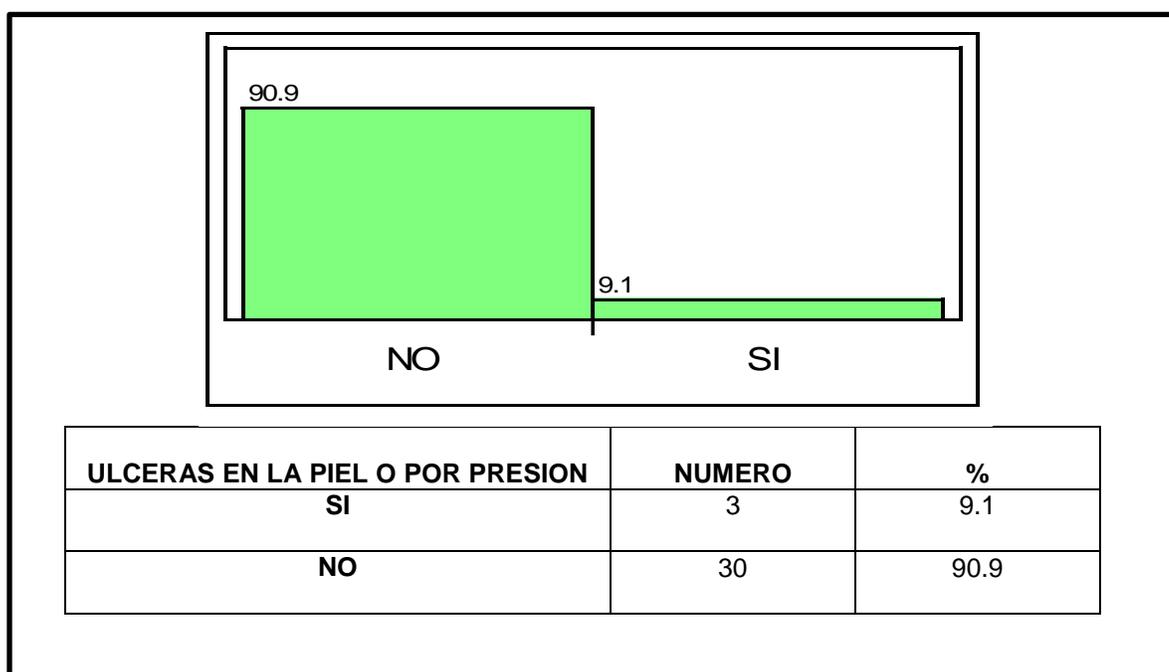


Más del 50% de la población en estudio puede movilizarse sin problemas, lo cual es bueno ya que eso permite que los adultos mayores realizar actividades cotidianas por sí mismos.

20. Úlceras en la piel o por presión

GRAFICO 20:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ÚLCERAS EN LA PIEL O POR PRESIÓN.



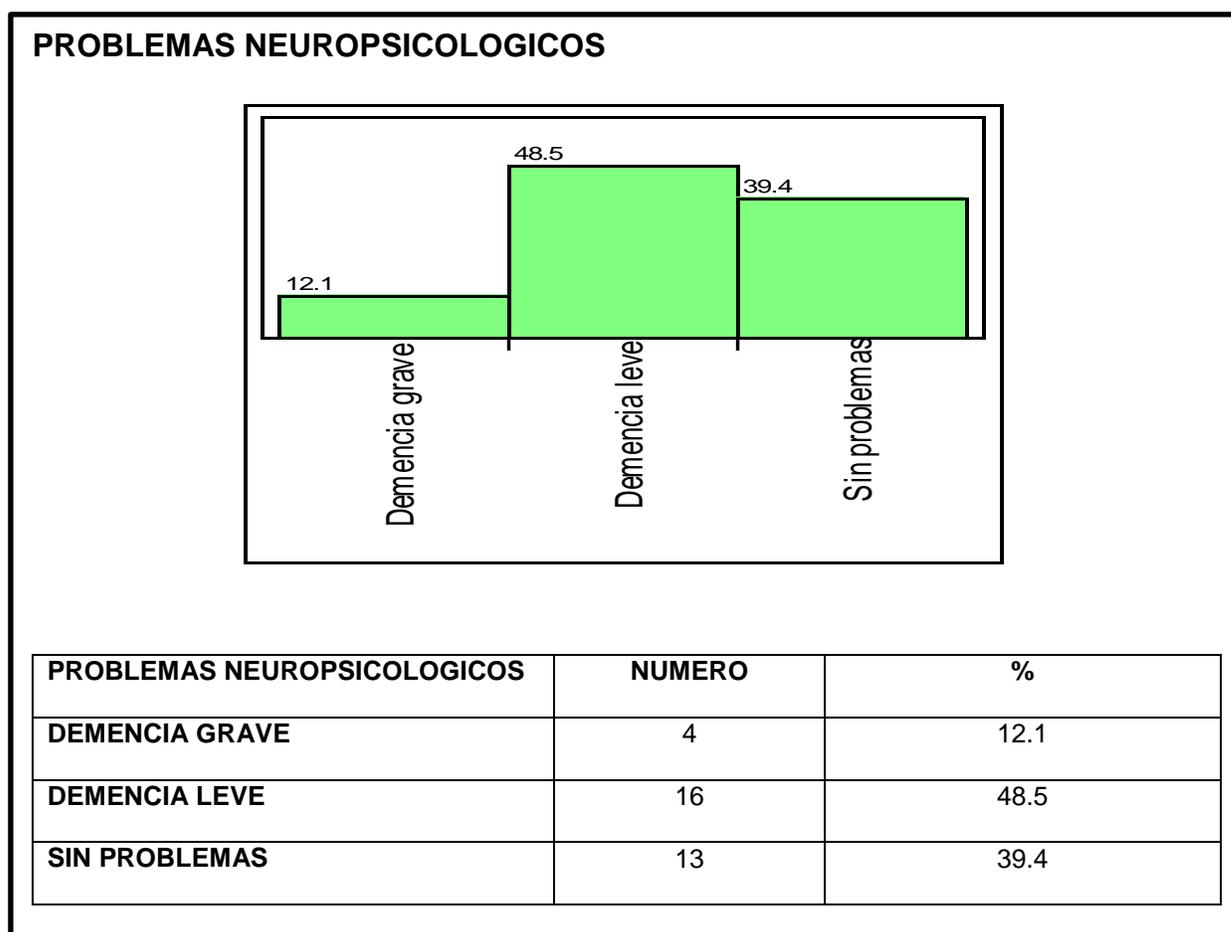
El 90.9% de la población en estudio no presenta úlceras en la piel o por presión, ya que los adultos mayores son capaces de movilizarse por sí solos y aquellos adultos mayores que no pueden movilizarse es el personal encargado de su cuidado los que los levantan de sus camas lo colocan en silla de ruedas en las que salen a

distraerse por el patio, siendo por tal motivo que no permanecen en una sola posición, evitando así la aparición de úlceras en la piel, mientras que el 9.1% si presenta úlceras en la piel .

21. Problemas neuropsicológicos

GRAFICA 21:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN
PROBLEMAS NEUROPSICOLOGICOS



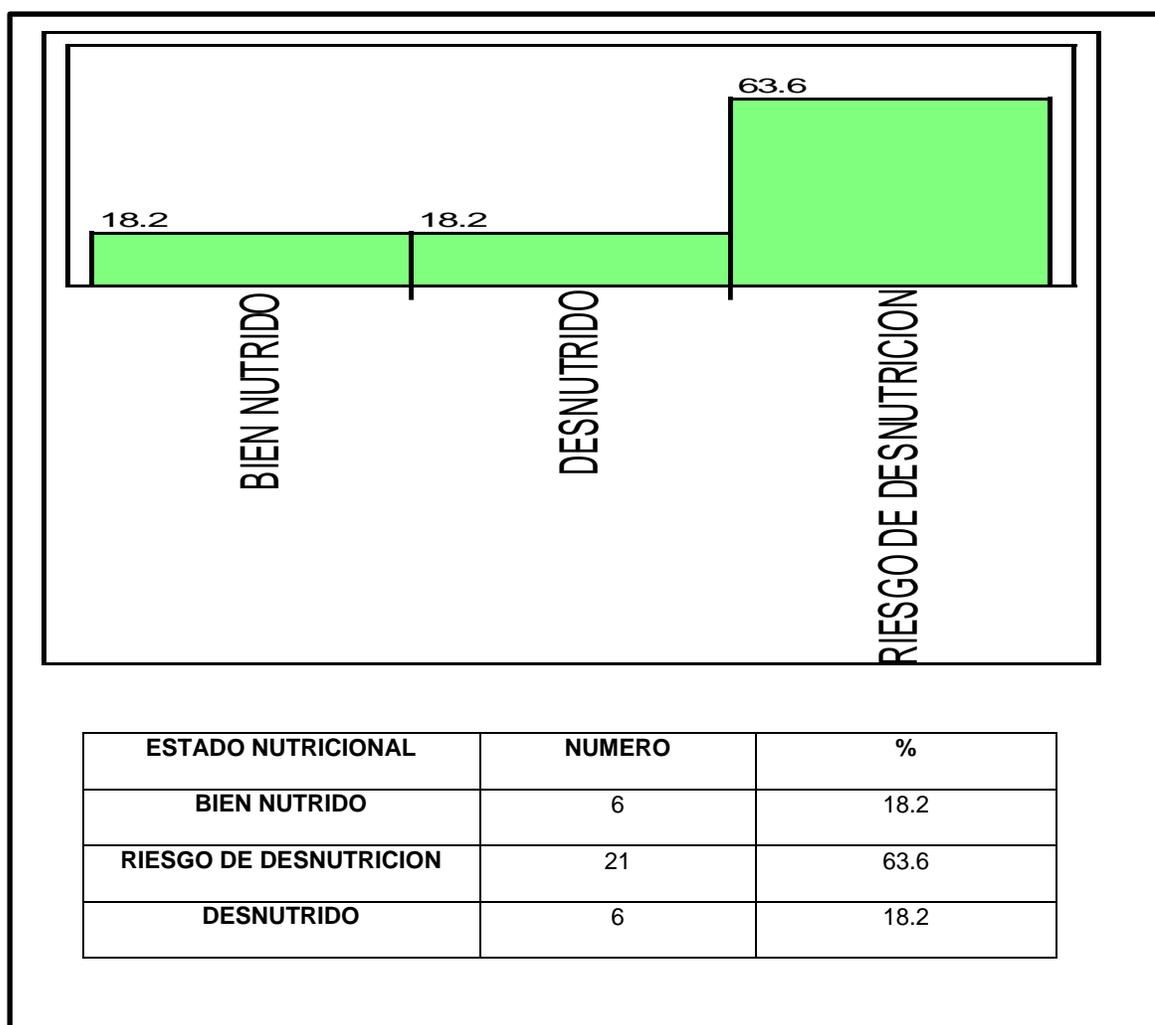
La determinación de problemas neuropsicológicos en la población en estudio se la realizo de manera subjetiva el momento de la toma de datos, sin embargo lo más

recomendable es que esta evaluación la debería realizar un especialista para así poder tener un dato más cercano a la realidad.

22. Estado nutricional según la Mini Nutritional Assessment (MNA).

GRAFICO 22:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN LA MNA

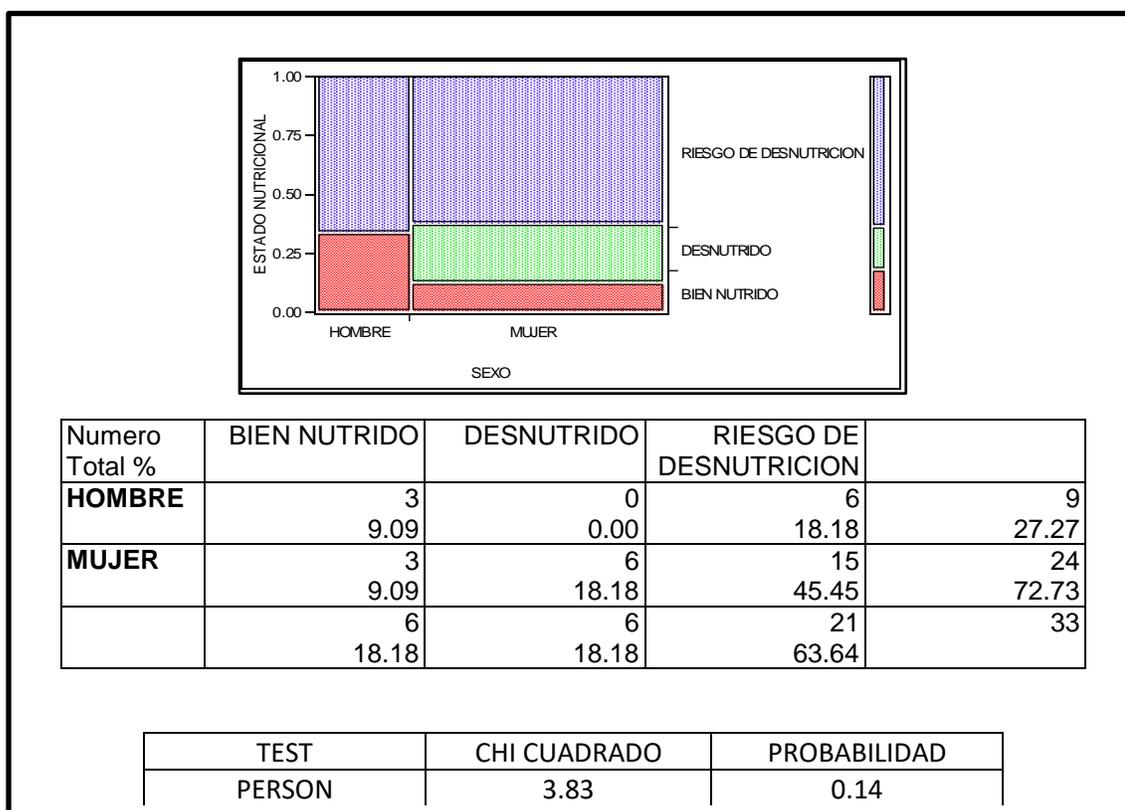


Según el resultado de la Mini Nutritional Assessment (MNA) aplicado a la población en estudio, esta se encuentra con un riesgo de desnutrición en un 63.6%, el mismo que es un porcentaje importante el cual es un llamado de alerta, para evitar que ese riesgo de desnutrición se convierta en desnutrición, representa un grave riesgo para su salud, haciéndolos más vulnerables a enfermedades que pueden presentarse eventualmente y también producto de la edad avanzada.

C. RELACIÓN ENTRE VARIABLES

23. Relación entre Estado Nutricional y sexo

GRAFICO 23: RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y SEXO



Al analizar el estado nutricional con sexo, se encontró que existe un 18% de probabilidad de encontrar mujeres desnutridas frente a un 0% de hombres desnutridos.

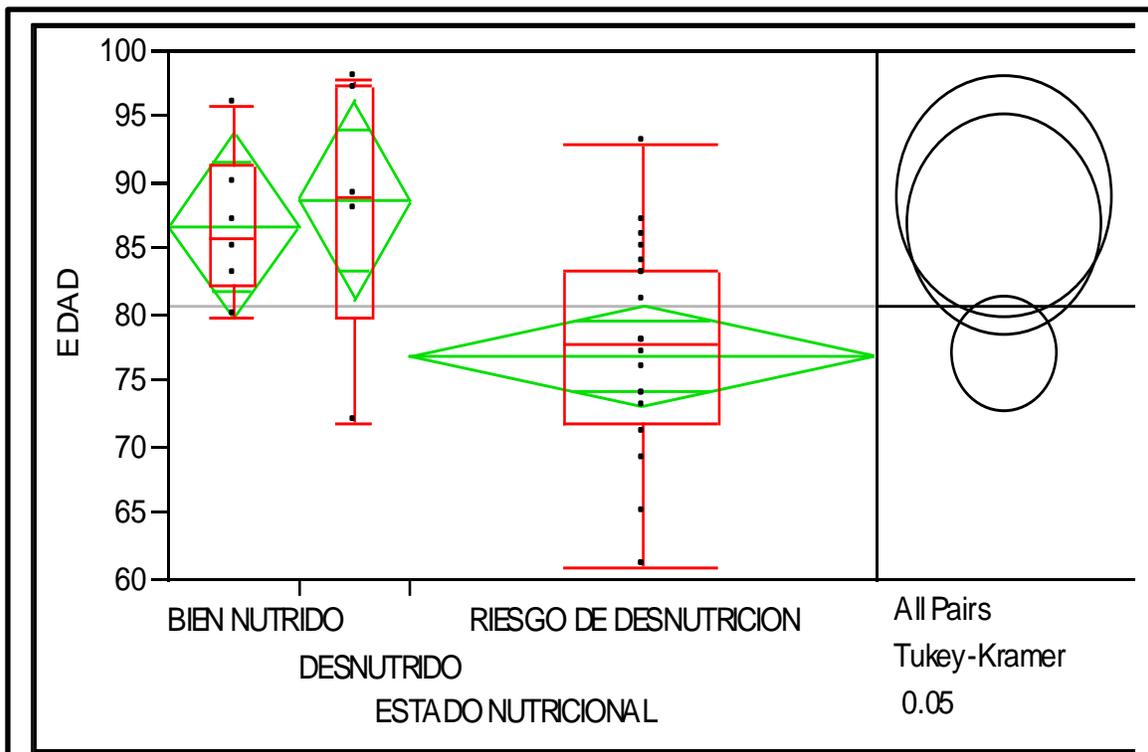
Estas diferencias no son estadísticamente significativas por cuanto el valor de p. no es <0.05 (0.14).

Por lo tanto se concluye que el Estado Nutricional no se relaciona con sexo.

24. Relación entre Estado Nutricional y Edad

GRAFICO 24:

RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y EDAD



ESTADO NUTRICIONAL	Número	Promedio	Desviación Estándar
BIEN NUTRIDO	6	86.83	3.41
DESNUTRIDO	5	88.80	3.73
RIESGO DE DESNUTRICIÓN	21	77.00	1.82

F Ratio	Probabilidad > F
6.0218	0.0065

Al analizar el Estado Nutricional con edad se encontró que los pacientes desnutridos tienen el mayor promedio de edad (88 años) mientras que los pacientes bien nutridos tienen un promedio de edad de 86 años, esto indica que a mayor edad, mayor desnutrición.

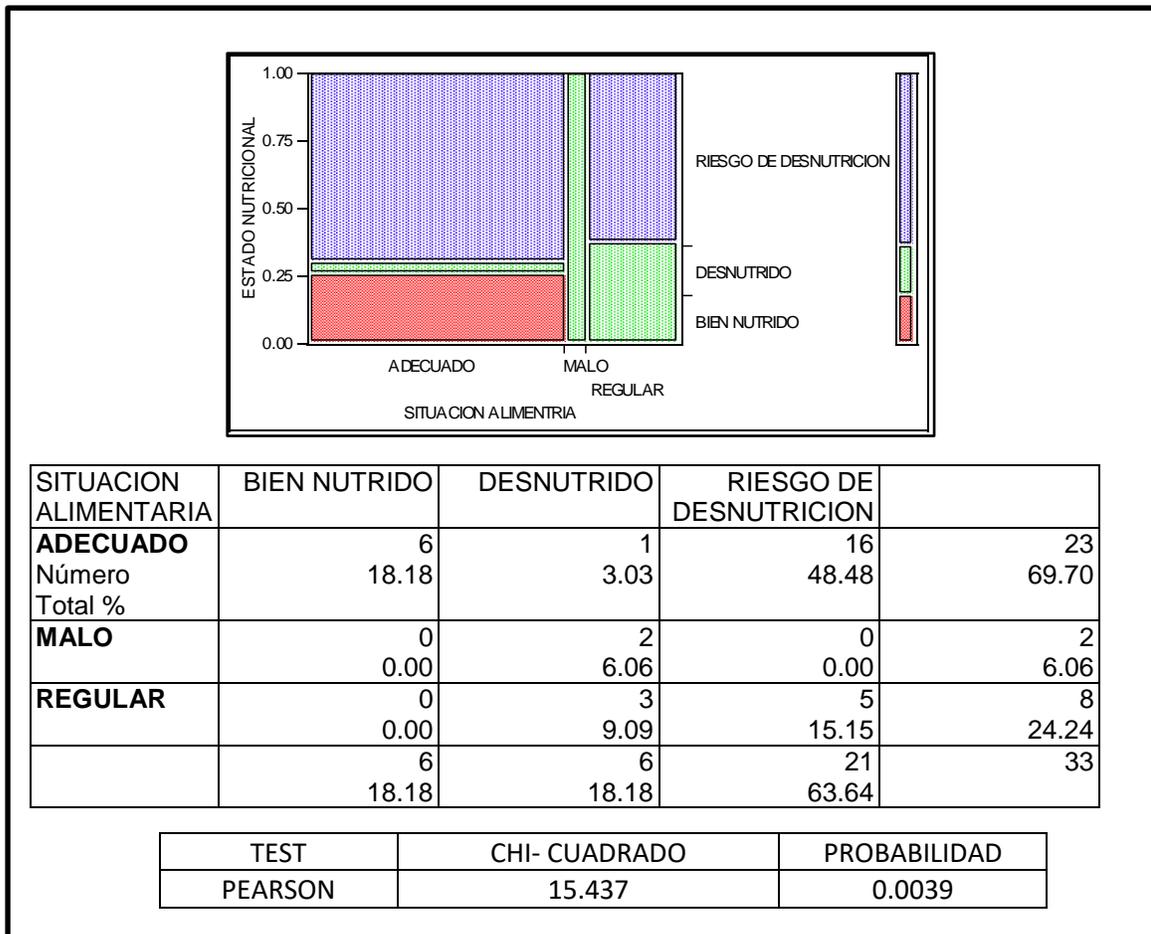
Estas diferencias son estadísticamente significativas por cuanto el valor de p. es menor de 0,05 (0,0065)

Se concluye que el Estado Nutricional se relaciona con la edad.

25. Relación entre Estado Nutricional y Situación Alimentaria

GRAFICO 25:

RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y SITUACIÓN ALIMENTARIA



Al analizar la relación entre el Estado Nutricional y Situación alimentaria se encontró que los pacientes bien nutridos tienen un 18.18% de probabilidad de estar en

situación alimentaria adecuada frente a un 0% de individuos bien nutridos con Situación alimentaria mala.

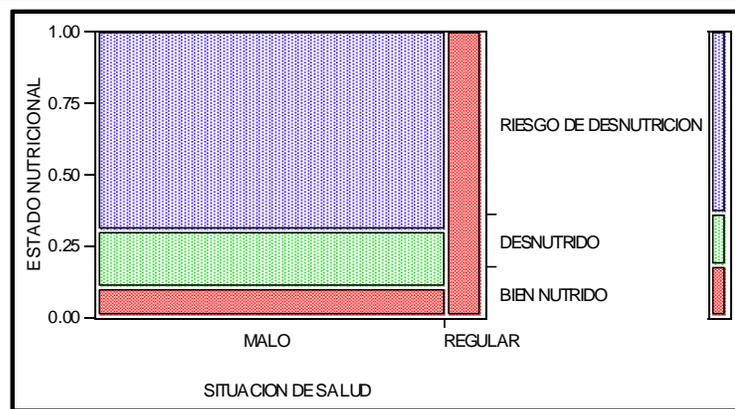
Esta diferencias son estadísticamente significativas por cuanto el valor de p. es <0.05 (0.0039).

Por tanto se concluye que el Estado Nutricional si se relaciona con Situación de Salud.

26. Relación entre el Estado Nutricional con Situación de salud

GRAFICO 26:

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL CON SITUACIÓN DE SALUD



Número Total %	BIEN NUTRIDO	DESNUTRIDO	RIESGO DE DESNUTRICION	
MALO	3 9.09	6 18.18	21 63.64	30 90.91
REGULAR	3 9.09	0 0.00	0 0.00	3 9.09
ADECUADO	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00
	6 18.18	6 18.18	21 63.64	33

TEST	CHI- CUADRADO	PROBABILIDAD
PEARSON	14.850	0.0006

Al analizar la relación entre estado nutricional y situación de salud se encontró que los pacientes desnutridos tienen un 18,18% de probabilidad de estar con una situación de salud mala frente a un 0% de individuos desnutridos con probabilidad de estar en situación de salud regular.

Estas diferencias son estadísticamente significativas por cuanto el valor de p. es $<0,05$ (0,0006)

Por tanto se concluye que el Estado Nutricional si se relaciona con la Situación de Salud.

D. DISCUSIÓN

La vejez es una etapa en el ciclo de la vida la cual por ser la última no es la menos importante y a esta se debe llegar con dignidad, por lo que la nutrición es una pieza clave para el mantenimiento de la salud.

La prevención y la detección precoz de los déficits alimentarios, así como el control y seguimiento periódico de la persona mayor, son los principales ejes de trabajo para evitar complicaciones de salud y conseguir que las personas mayores de 60 años de edad tengan la posibilidad de gozar de todo su potencial de salud y jugar un papel activo en la sociedad (OMS, 2002).

El presente estudio revela que el 18.2% de los adultos mayores tienen buena nutrición y el 63.6% están en riesgo de desnutrición. Los ancianos con riesgo de desnutrición no han perdido peso significativamente, sin embargo, tienen una

circunferencia de la pantorrilla disminuida, lo que da indicios de una pérdida de masa muscular que puede conllevar a una desnutrición proteica a futuro, por lo tanto se necesita una intervención nutricional oportuna.

Ilana Feldblum y col. En el 2007 publicaron un estudio realizado en adultos mayores utilizando el MNA para evaluar nutricionalmente a este grupo poblacional, detectando que de 259 adultos mayores el 18.5% se encontraron desnutridos, teniendo una semejanza con el presente estudio sin embargo el porcentaje de personas mayores en riesgo de desnutrición es del 81.5% siendo un valor más alto que el encontrado en nuestra comunidad, pero se evidencia que el mayor porcentaje se concentra en el grupo de riesgo de desnutrición.

Sería importante aplicar métodos de tamizaje e incluir una ficha clínica completa para el Instituto Estupiñan, de manera que se identifique a tiempo a aquellos ancianitos con riesgo de desnutrición y prevenir en ellos problemas relacionados a la nutrición. Se debe realizar tomas de peso periódicas para tener conocimiento acerca de los cambios de peso, además en este estudio no se pudo definir o conocer problemas neurológicos que tenían los pacientes por lo que se los valoró subjetivamente y las preguntas de autopercepción fueron contestadas por la persona encargada del cuidado de los ancianitos, y este hecho no podía confirmarse porque no hay registro de datos con estos antecedentes. Por lo que se debería realizar una valoración integral por un equipo interdisciplinario compuesto por el médico, nutricionista y psicólogo.

La realidad de los adultos mayores institucionalizados en América Latina es similar, siendo necesaria la creación de políticas públicas para este sector vulnerable de la sociedad y el grupo poblacional demográfico creciente en los últimos tiempos.

VI. CONCLUSIONES

- La población de estudio estuvo conformada por 33 personas adultas mayores el mayor porcentaje corresponden al sexo femenino con un 72.7% y edad promedio de 80. 68 años.
- Al aplicar la Mini Nutritional Assessment (MNA) se obtuvo como resultado que el 63.6% de la población en estudio se encuentra en riesgo de desnutrición, mientras que el 18.2% bien nutrido y los pacientes desnutridos también con un 18.2%.
- Al analizar el Estado Nutricional y Situación Alimentaria se encontró que la relación es estadísticamente significativas puesto que el valor de p. fue menor que 0.05 (0.039) y hay probabilidad de que el Estado nutricional empeore cuando existe una Situación alimentaria mala.
- Al relacionar Estado Nutricional con Situación de Salud se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa ya que el valor de p. es menor que 0.05 (0.006) y hay probabilidad de encontrar pacientes desnutridos cuando la Situación de Salud es mala.

VII. RECOMENDACIONES

- Tomar el peso de los adultos mayores de manera continua para detectar a tiempo los problemas nutricionales de los mismos.
- Implementar en el centro geriátrico una balanza adecuada para pesar a los adultos mayores que no pueden movilizarse.
- Integrar un/a Nutricionista de Planta para que exista una supervisión permanente del Estado Nutricional del Adulto Mayor en el Hogar de ancianos.
- Formar un equipo multidisciplinario para que trabaje conjuntamente con el médico que realiza consulta médica.
- Elaboración de los menús de acuerdo al grupo etario y las necesidades de los adultos mayores, tales como porciones diarias recomendadas, textura mezcla y combinación de alimentos, alternativas y reemplazos alimentarios, también de acuerdo a las diferentes patologías que padecen los adultos mayores en el Centro Geriátrico.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PERSONAS MAYORES (ESTADISTICAS)

<http://www.who.int/ageing/events/idop>

2012 - 11- 10

2. DESNUTRICION DEL ANCIANO

<http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender>

2012- 11-10

3. ESTADO NUTRICIONAL (EVALUACION)

<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/>

2012- 11-10

4. MEXICO: Bernal Orozco, M.A. Vizmanos, B. Celis de la Rosa A. J. La

nutrición del anciano como un problema de salud pública

<http://www.didac.ehu.es/antropo/>

- 5. PERU: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.** Plan Nacional para las
Personas Adultas Mayores 2006-2010 Lima: Dirección de Personas
Adultas Mayores.

www.mimdes.gob.pe/files/.../planes/

2012-11-10

- 6. SENPE (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN PARENTERAL Y
ENTERAL) Y SEGG (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y
GERONTOLOGÍA)** Valoración Nutricional del Anciano (En línea)

<http://www.SENPEvaloracion-nutricional.pdf>.

2012-11-12

- 7. NUTRICION (PERSONAS MAYORES)**

http://www.icn.ch/matters_nutrition_olderpeoplesp.htm

2012-11-12

8. ADULTO MAYOR (ENFERMEDADES)

<http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp>

2012-11-12

9. PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA EN EL ADULTO MAYOR

<http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews>

2012-11-12

10. ENFERMEDADES FRECUENTES EN LOS ANCIANOS

<http://www.portalcoquimbo.cl/>

2012-11-12

11. ESTADO NUTRICIONAL (EVALUACION)

<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/>

2012- 11-10

12. Guigoz, Y. Vellas, B. Garry, P.J. Assessing the Nutritional status of the

elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev 1996; 54:59-65 pp.

13. PERU: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Guía Técnica

Alimentaria para Personas Adultas Mayores Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social 2009.

<http://www.mimdes.gob.pe/files/>

2012- 11-11

14. Olivares, S. Zacarias, I. Soto, D. Alimentación y Vida Saludable en

el Adulto Mayor: Guía de Alimentación para el Adulto Mayor. Chile:

INTA 2007 [en línea]

http://www.inta.cl/revistas/Adulto_Mayor.pdf

2012-11-12

15. Pirlich M, Loch H. Nutrition in the elderly. Baillieres Best Practice Res Clin

Gastroenterol 2001;15:869-84

IX. ANEXOS

ANEXO 1: Oficio

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Latacunga, 20 de diciembre del 2012

Sor

Narcisa Gonzales

DIRECTORA DEL INSTITUTO ESTUPIÑAN

Presente.-

Deseándole muchos éxitos en las funciones que desempeña, me dirijo a usted para solicitarle de la manera más comedida la autorización necesaria para la utilización de la infraestructura física y de la base de datos de adultos mayores, para poder llevar a cabo el trabajo de investigación con el tema “EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL A TRAVES DEL MINI NUTRITION ASSESMENT Y ELABORACIÓN DE UNA GUIA ALIMENTARIA-NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL INSTITUTO ESTUPIÑAN DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI.2012”

Reciba mi sincero agradecimiento por su atención a la presente

Atentamente,

Adriana Moncada S.
Estudiante

ANEXO 2: Mini Nutritional Assessment



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA

ENCUESTA NUTRICIONAL SUBJETIVA

APELLIDOS: **NOMBRE:** **SEXO:** Hombre..... **FECHA:**.....
EDAD: 85 años..... **ESTATURA:** **PESO:** **ALTURA DE LA RODILLA:**

A. VALORACIÓN ANTROPOMETRICA

1. Índice de masa corporal

- a) IMC < 19 = 0 puntos
- b) IMC 19 HASTA < 21 = 1 punto
- c) IMC 21 hasta < 23 = 2 puntos
- d) IMC > 23 = 3 punto

2. Circunferencia del antebrazo (cm)

- a) CA < 21 = 0 puntos
- b) CA 21 – 23 = 0,5 puntos
- c) CA > 22 = 3 puntos

3. Circunferencia de la pantorrilla(cm)

- a) CP < 31 = 0 puntos
- b) CP > 31 = 1 punto

4. Pérdida de peso durante los últimos 3 meses

- a) Pérdida de peso mayor de 3 Kg = 0 puntos
- b) No sabe = 1 punto
- c) Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg = 2 puntos
- d) Sin pérdida de peso = 3 puntos

B. VALORACIÓN GLOBAL

5. Vive independiente (no en una residencia u hospital)

- a) No = 0 puntos
- b) Si = 1 punto

6. Toma más de 3 medicamentos al día

- a) Si = 0 puntos
- b) No = 1 punto

7. Ha sufrido estrés psicológico o una enfermedad aguda en los últimos 3 meses

- a) Si = 0 puntos
- b) No = 1 punto

8. Movilidad

- a) Tiene que permanecer en cama o en una silla = 0 puntos
- b) Es capaz de levantarse de la cama o silla pero no de salir = 1 punto
- c) Puede salir = 2 puntos

9. Problemas neuropsicológicos

- a) Demencia o depresión grave = 0 puntos
- b) Demencia leve = 1 punto
- c) Sin problemas psicológico = 2 puntos

10. Ulceras en la piel o por presión

- a) Si = 0 puntos
- b) No = 1 punto

11. Comidas completas que toma el paciente al día

- a) 1 comida = 0 puntos
- b) 2 comidas = 1 punto
- c) 3 comidas = 2 puntos

12. Indicadores seleccionados de la ingesta de proteína

Al menos una ingesta de productos lácteos (leche, queso, yogur) al día Si No

Dos o más ingestas de legumbres o huevos a la semana Si No

Carne, pescado o pollo cada día Si No

0 – 1 si = 0,0 puntos

2 si = 0,5 puntos

3 si = 1,0 puntos

13. Consume 2 o más derivados de frutas o verduras al día

a) No = 0 puntos

b) Si = 1 punto

14. Ha reducido el consumo alimenticio durante los últimos 3 meses debido a falta de apetito problemas digestivos o dificultades al masticar o al tragar

a) Gran falta de apetito = 0 puntos

b) Falta de apetito moderado = 1 punto

c) Se autoalimenta sin ningún problema = 2 puntos

15. Cantidad de liquido (agua, café, té, leche..) que consume diariamente (1 taza = ¼ de L)

a) < 3 tazas = 0,0 puntos

b) 3 – 5 tazas = 0,5 puntos

c) > 5 tazas = 1,0 puntos

16. Manera de alimentarse

a) Incapaz de comer sin ayuda = 0 puntos

b) Se autoalimenta con dificultad = 1 punto

c) Se alimenta sin ningún problema = 2 puntos

VALORACIÓN SUBJETIVA

17. Considera que tiene problemas nutricionales

a) Desnutrición importante = 0 puntos

b) No sabe, o desnutrición moderada = 1 punto

c) Sin problemas nutricionales = 2 puntos

18. Comparándose con gente de su misma edad, considera su estado de salud

a) No tan bueno = 0,0 puntos

b) No sabe = 0,5 puntos

c) Igual de bueno = 1,0 puntos

d) Mejor = 2 puntos

25 - 30 puntos = bien nutrido

17 – 24 puntos = en riesgo de desnutrición

<17 puntos = Desnutrido

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo.....C.I.....autorizo para que los datos antropométricos, físicos/clínicos sean usados en la investigación "Evaluación Del Estado Nutricional A Través Del Mini Nutrition Assessment Y Elaboración De Una Guía Alimentaria-Nutricional En Adultos Mayores Del Instituto Estupiñan De La Provincia De Cotopaxi.2012", mínimos que tendrán fines únicamente académicos.

.....

Firma

**ANEXO 3: GUIA ALIMENTARIA PARA LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR
DE ANCIANOS INSTITUTO ESTUPIÑAN**

GUIA ALIMENTARIA PARA EL ADULTO MAYOR

HOGAR DE ANCIANOS INSTITUTO



ESPOCH

Guía alimentaria para el Adulto Mayor

*Hogar de Ancianos Instituto
Estupiñan*



Autoras:

Adriana Moncada Salazar

Asesoras:

N.D. Valeria Carpio Msc.

N.D Verónica Delgado Msc.

2013

Tabla de contenido

INTRODUCCION	5
CARACTERISTICAS DE LA DIETA	6
PROMOVER UNA ALIMENTACION ADECUADA	7
PIRAMIDE NUTRICIONAL	8
GRUPO DE ALIMENTOS AGUA Y CEREALES	9
GRUPO DE FRUTAS Y VERDURAS	10
GRUPO DE LACTEOS Y CARNES	11
GRUPO DE GRASAS Y AZUCARES	12
COSEJOS VARIOS	13
CICLO DE MENU TIPO	14
REEMPLAZOS ALIMENARIOS	15
ACTIVIDAD FISICA	16
BIBLIOGRAFIA	17
ANEXOS	18

Introducción

El envejecimiento es un proceso progresivo natural del ser humano, que cada persona experimenta con diferente intensidad. En la actualidad, es difícil establecer el comienzo de esta etapa de la vida en función exclusiva de la edad, debido a la creciente longevidad que se observa en las sociedades occidentales.



En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

La alimentación en esta etapa de la vida juega un papel importante, puesto que mediante esta se pueden prevenir enfermedades al ayudar a que el sistema inmunológico no se deprima impidiendo que las enfermedades ataquen al organismo. De esta manera se asegura una adecuada calidad de vida y se optimiza la utilización de los alimentos en el tratamiento de diversas enfermedades y evitar el progreso de las mismas.

Para mejorar la alimentación de los ancianitos que asisten al Instituto Estupiñán se propone la siguiente guía alimentaria.

CARACTERISTICAS DE LA DIETA

Las comidas deben ser fraccionadas en 4 ó 5 tomas al día.

EN CASO DE ANCIANOS EDENTULOS
La consistencia debe ser blanda.

Las técnicas culinarias y de condimentación deben ser sencillas y suaves: cocido, al vapor, horno, plancha, papillas, guisos y estofados.



Coma lento y mastique bien.

Para condimentar puede emplear gran variedad de especias y hierbas frescas que enriquecen en aromas y sabores el menú de cada día.

En los ancianitos inmovilizados es importante la asistencia durante la alimentación

PARA PROMOVER UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN EN EL ADULTO MAYOR



Una opción es ofrecer pequeñas cantidades de alimentos. Los adultos mayores se sienten cansados cuando comen una gran cantidad de comida o se satisfacen muy rápidamente. Ofrecer las comidas con frecuencia y en pequeñas cantidades es menos fatigante.

Ofrecer leche, agregar queso en las comidas, son una buena fuente de calorías, calcio, proteínas y grasas.



Triture o sirva alimentos fáciles de masticar y tragar para los adultos mayores que tengan problemas dentales.

Adicione vegetales a las sopas y guisos. Incluya frijoles como rutina diaria en la preparación de alimentos. Es una buena fuente de fibras y no son caros.

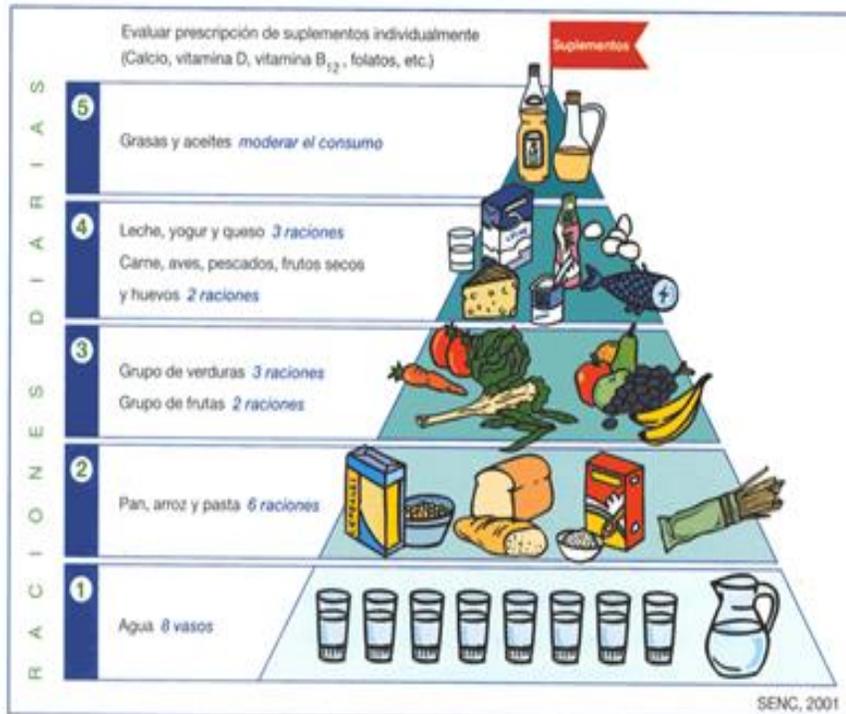
El momento de la alimentación debe ser de convivencia, armonía y tranquilidad.

En los ancianitos inmovilizados es importante la asistencia durante la alimentación.



ALIMENTACION SALUDABLE

Para los adultos mayores no más del 30% de calorías provienen de las grasas, 15% de las proteínas y el 55% de los carbohidratos.



REQUERIMIENTO DE ENERGIA

Edad (años)	Necesidades de ingesta energética (Cal/día)	
	Varones	Mujeres
60-69	2400	2000
70-79	2200	1900
>80	2000	1700

FUENTE: NOVARITS, 2002

AGUA

TOME 6 A 8 VASOS DE AGUA AUNQUE NO TENGA SED

Con la edad, la sensación de sed disminuye. El agua es esencial para el buen funcionamiento de los riñones, evita la deshidratación, mantiene la temperatura corporal normal y ayuda a la digestión.



EN CASO DE HIPERTENSION O ENFERMEDADES CARDIACAS

Prefiera el agua natural sin gas debido a que el agua con gas contiene sodio y puede agravar la enfermedad.

Hay que tomar en cuenta la restricción de líquidos en caso de edemas, problemas renales o retención de líquidos.



GRUPO DE CEREALES Y TUBERCULOS.

PAN, ARROZ, PASTAS, PAPAS, YUCAS, ZANAHORIA BLANCA, son los alimentos que integran este grupo es preferible ofrecer pan integral y cereales para cubrir las necesidades de fibras y vitamina B y mejorar la función intestinal.

Las fibras es otro importante componente de la dieta para mantener la función gastrointestinal.

Se recomienda consumir 6 raciones al día.

GRUPO DE LAS FRUTAS



Su consumo debe ser variado, pero prefiera las frutas cítricas ya que tienen un alto contenido de Vitamina C que le ayudan a reforzar el Sistema Inmune.

SE RECOMIENDA 2 A 3 RACIONES DIARIAS DE FRUTAS



GRUPO DE LAS VERDURAS

Este grupo alimenticio es muy importante, puesto que es una buena fuente de minerales y de fibra que le ayudara a mantener una buena digestión.

SE RECOMIENDA 2 A 3 RACIONES DIARIAS DE VERDURAS

**GRUPO DE LOS
LACTEOS**



Son necesarios por su contenido de proteínas para reparar y renovar los tejidos y calcio esencial para mantener los huesos sanos y prevenir la osteoporosis.

SE RECOMIENDA 3 RACIONES DIARIAS DE LACTEOS.

**GRUPO DE LAS
CARNES**



**Prefiera las
carnes blancas
como el pescado,
pollo o pavo**

Se recomienda
2 raciones de
carnes diarias.

VISCERAS

Son alimentos ricos en purinas, colesterol y sodio, Sólo se recomienda el hígado por su riqueza en hierro y ácido fólico (vitamina B9). Consumir hasta dos veces a la semana.

GRUPO DE LAS GRASAS Y ACEITES

ACEITES

Los aceites tienen ácidos grasos esenciales para la salud, incluya una pequeña cantidad en la alimentación diaria.

La mantequilla, la mayonesa, pate y productos de pastelería con crema aportan grasas saturadas y colesterol por lo que se deben dejar solo para ocasiones especiales.



UTILICE ACEITES VEGETALES DE OLIVA, CANOLA, O SOYA QUE CONTIENEN OMEGA 3,6 Y 9.

GRUPO DE LOS AZUCARES.

EN CASO DE INAPETENCIA

Se puede utilizar los azúcares simples para aumentar el valor calórico y recuperar a los ancianitos desnutridos o con anorexia, a excepción de los ancianitos diabéticos.

OJO CON LOS AZUCARES SIMPLES

En ancianos con diabetes hay que cuidar el consumo de azúcares simples como son azúcar, miel, galletas, dulces, ahí es aconsejable utilizar azúcares complejos que no lleguen rápidamente a la sangre como pan integral, arroz, papas.

ALGUNOS CONSEJITOS



Evite el consumo excesivo de sal

Está relacionado con la hipertensión y también hay que tener cuidado con los enlatados y los embutidos.

DISMINUYA EL CONSUMO DE TE Y CAFE

Estos productos alteran el sueño y son diuréticos, es decir contribuye a la deshidratación, en especial cuando se toma líquido.



CONTIENEN PROTEINAS DE ALTA CALIDAD

SE RECOMIENDA SU CONSUMO HASTA 4 UNIDADES A LA SEMANA.

HUEVOS

CICLO DE MENÚ TIPO

PARA UNA SEMANA

TIEMPO DE COMIDA	DIA 1	DIA 2	DIAS	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
DESAYUNO	Taza de leche con chocolate, pan con queso, jugo de melón	Colada machica en leche, pan, huevo cocinado, jugo de babaco	Infusión, pan con mortadela, batido de plátano	Maicena en leche, pan, papaya picada	Colada de avena con guayaba, pan con mortadela huevo revuelto	Arroz de cebada en leche, pan, huevo cocinado	Cauca en leche, con pan con queso
MEDIA MAÑANA	Vaso de yogur con galletas con mermelada	Guineo	Empanada de viento con gelatina	Gelatina con sanduche de mortadela	Chochos con tomate	Habas cocinadas con queso	Empanadas de verde con infusión
ALMUERZO	Sopa de pollo con verduras, arroz, pescado al vapor, ensalada de tomate jugo de papaya	Crema de espinaca, arroz con pollo al jugo, ensalada de zanahoria y arveja, jugo de tomate	Sopa de quinua con col, arroz con pollo desmenuzado, arvejas y zanahoria, jugo de tamarindo	Sopa de nabo con papa, arroz con estofado de pescado, ensalada de tomate y aguacate, limonada	Locro de zapallo, puré de zanahoria blanca, pollo al horno, ensalada rusa, jugo de naranja	Consomé de menudencias y verduras, arroz con carne estofada, maduro cocinado, jugo de mora	Colada de haba con canguil, arroz con menestra de lenteja, pollo al horno, jugo de papaya
MEDIA TARDE	Choclo cocinado con queso	Taza de leche con galletas de sal	Maduro cocinado con queso	Galletas de sal, mermelada de guayaba	Colada de manzana con pan	Quimbolito con leche	Key de naranja con leche
MERIENDA	Sopa de acelga, infusión	Arroz con bistec higado, maicena	Tortilla de huevo, cocoa en leche	Guiso de mellocos, albóndigas, infusión	Sopa de fideo con acelga, infusión	Arroz relleno con infusión.	Tortilla de papa, huevo revuelto, ensalada de tomate con cebolla, maicena en leche.

REEMPLAZOS ALIMENTARIOS

ALIMENTO	REEMPLAZO
LACTEOS	Podemos reemplazar la leche entera por queso cuando existe intolerancia a la lactosa.
CARNES	Se debe utilizar carnes blancas pollo, pescado, pavo ya también se puede utilizar mariscos esporádicamente.
CEREALES	Podemos reemplazar harina de trigo por harina de cebada, arroz blanco por arroz integral, avena por quinua que contiene proteína de mejor calidad.
PANES	Se puede reemplazar pan blanco por pan integral hecho a base de granos enteros como la linaza
TUBERCULOS	Se puede reemplazar la papas por yuca, camote, zanahoria blanca, oca.
VERDURAS Y HORTALIZAS	Se pueden reemplazar zanahoria por espinaca, lechuga por col morada, col de ceda, acelga por nabo, brócoli por coliflor.
FRUTAS	Se deben intercambiar entre si y ser variadas es decir de diferentes colores
GRASAS	Podemos reemplazar el aceite de girasol por aceites de canola de oliva o de soya. Evitar el consumo de aceite de palma.
AZUCARES	El azúcar morena podemos reemplazar por miel de abeja o panela también se puede utilizar edulcorantes naturales como la estibia

ACTIVIDAD FISICA

Evita enfermedades,
aumenta el ánimo,
regula el
metabolismo.



La caminata es
una buena
recomendación.

Se puede empezar por secuencias
de 10 a 15 minutos diarios, hasta que
el cuerpo se vaya acostumbrando

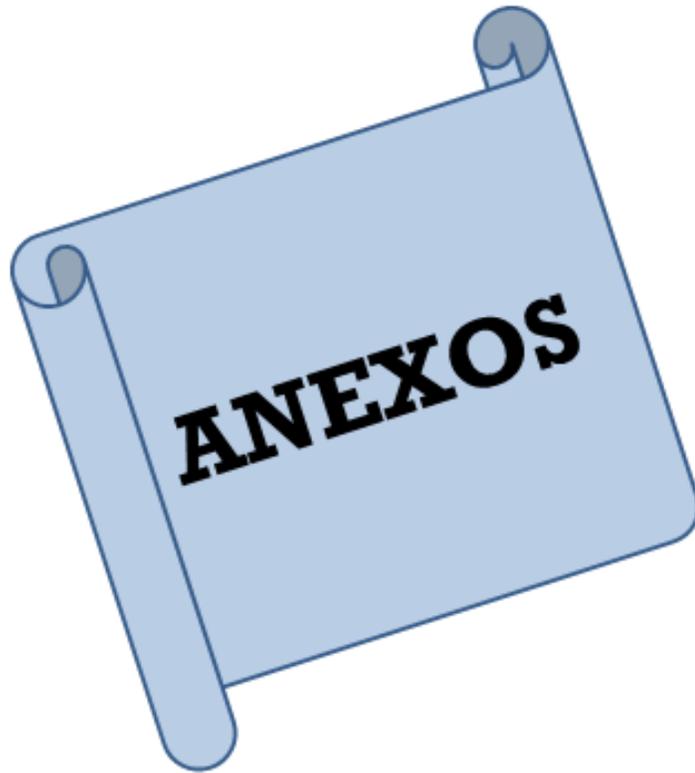
Lo ideal es realizar 40 minutos a 1 hora
diaria de algún ejercicio que no
necesita ser vigoroso, pero si
mantenido en el tiempo.



BIBLIOGRAFIA

1. **PIRAMIDE:**
<http://www.nutricion-dietas.com/>
2. **REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES:**
<http://www.NOVARIT S.com>
3. **GUIA DE ALIMENTACIÓN: LO QUE HAY QUE SABER**
4. **ESPAÑA:** Guía De Alimentación Para Personas Mayores, MANUEL SERRANO RIOS. PDF
5. **Guías de programas para adultos mayores,** Pamela [Elfenbein](#), PhD, Universidad Internacional De La Florida.
6. **PERU: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.** Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010 Lima: Dirección de Personas Adultas Mayores.

www.mimdes.gob.pe/files/.../planes/



ANEXO 1

FICHA CLINICA

FICHA GERIATRICA			
DATOS GENERALES Y ANTROPOMETRICOS			
NOMBRES:		APELLIDOS:	
SEXO:	EDAD:	FECHA	
PESO (Kg):	TALLA (m):	IMC:	
C. Antebrazo(cm):	C. Pantorrilla(cm):		
CON QUIEN VIVE:			
PARAMETROS BIOQUIMICOS			
ALBUMINA (3,5-5g/dl):		TRANSFERRINA (200-400mg/dl):	
COLESTEROL (<200 mg/dl):		TRIGLICERIDOS:	
PARAMETROS CLINICOS			
Diabetes: Si _____ No _____		Hipertensión: Si _____ No _____	
Enfermedades Cardiovasculares: Si _____ No _____		Otro: Cual _____	
PROBLEMAS DIGESTIVOS: Si _____ No _____		CUAL _____	
CONSUMO DE MEDICAMENTOS: Si _____ No _____		CUAL _____	
PARAMETROS DIETETICOS			
FALTA DE APETITO Si _____ No _____			
HACE CUANTO TIEMPO:			
COMIDAS COMPLETAS QUE CONSUME EN EL DIA			
CONSUMO DE PROTEINA: LACTEOS _____ LEGUMBRES _____ HUEVOS _____ CARNES _____			
CONSUMO DE FRUTAS: Si _____ No _____			
CONSUMO DE LIQUIDO: < 3 TAZAS _____ 3-5 TAZAS _____ > 5 TAZAS _____			
CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACION			

ANEXO 2

ESCALA DE MEDICIÓN DEL ESTADO MENTAL

ESCALA DE PFEIFFER

+	1. ¿CUAL ES LA FECHA DE HOY? (Día, Mes, Año)
	2. ¿EN QUE LUGAR ESTAMOS? ⁽¹⁾
	3. ¿CUAL ES SU NUMERO DE TELEFONO? (SI NO TIENE) ¿CUAL ES SU DIRECCION COMPLETA?
	4. ¿CUANTOS AÑOS TIENE?
	5. ¿DONDE NACIO?
	6. ¿CUAL ES EL NOMBRE DEL PRESIDENTE DEL GOBIERNO
	7. ¿CUAL ES EL NOMBRE DEL ANTERIOR PRESIDENTE DEL GOBIERNO?
	8. DIGAME EL PRIMER APELLIDO DE SU MADRE
	9. RESTAR DE 3 EN 3 DESDE 30 ⁽²⁾ .

RESULTADOS:

0 - 2 Errores: NORMAL
3 - 4 Errores: DETERIORO LEVE
5 - 7 Errores: DETERIORO MODERADO
8 - 10 Errores: DETERIORO SEVERO

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales), se admite un error más para cada categoría

⁽¹⁾ Es valida cualquier descripción correcta del lugar.

⁽²⁾ Cualquier error hace errónea la respuesta.