

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA**

**DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN
RELACIÓN A LA FISIOPATOLOGÍA DIGESTIVA PROPIA DE SU EDAD EN LA
FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS.**

ELABORADO POR:

Katherine Alejandra Arias Pacheco

QUITO, OCTUBRE 2013

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo de asociación con 52 adultos mayores, que asisten a la Fundación Mariana de Jesús ubicada en la zona centro del Distrito Metropolitano de Quito de los cuales participaron 18 varones y 34 mujeres de un estrato socioeconómico medio bajo. Se seleccionó la encuesta como técnica para la recolección de datos y se contó con el consentimiento de los adultos mayores que apoyaron la realización de este trabajo. Los resultados demostraron que del grupo de adultos mayores todos padecieron alguna dificultad digestiva en su organismo la misma que en muchos casos no estuvo relacionada con el estado nutricional sino más bien con factores que ocasionaron el mal funcionamiento del sistema digestivo tales como la alimentación, carente de nutrientes específicos o por comidas muy condimentadas; así también esto se relacionó con la edad debido a las modificaciones que experimenta el adulto mayor en su organismo como la pérdida de piezas dentales o el aumento de molestias a nivel digestivo. En la investigación se evidenció que la aparición de molestias digestivas en cierta parte se debió al tipo de alimentación que estos reciben dentro y fuera de la fundación. Por tanto la aparición de la fisiopatología digestiva no está relacionada con estado nutricional y sino más bien con sus hábitos alimentarios.

ABSTRACT

Is performed a descriptive observational study of association with 52 older adults attending Mariana de Jesus Foundation located in the center of the Metropolitan District of Quito which took 18 men and 34 women from a low socioeconomic environment. Survey was selected as a technique for data collection and counted with the consent of the elderly who supported the completion of this work. The results showed that the older group all suffered some digestive difficulty in your body the same as in many cases it was related to nutritional status but rather to factors that caused the malfunctioning of the digestive systems such as food, lacking specific nutrients or spicy foods, so it also was associated with age due to changes experienced by the elderly in your body as tooth loss or increasing the digestive discomfort. The research evidenced that the occurrence of an upset stomach in some part due to the type of food they receive in and out of the foundation. Thus the appearance of gastrointestinal pathophysiology is not related to nutritional status but rather with their eating habits.

DEDICATORIA

Esta investigación la dedico a Dios que es el que me permitió finalizar con mi carrera universitaria y por el que he podido lograr mis sueños, a mis padres que con su amor y su apoyo me han ayudado a salir adelante, a mis hermanas por su ayuda incondicional y a todas mis amigas que a lo largo de la carrera universitaria han sido una compañía para todo este logro tan esperado.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco muy sinceramente a la Fundación Mariana de Jesús en especial a la Señora Sonia Cuadrado coordinadora del proyecto adulto mayor en la Fundación Mariana de Jesús por permitirme realizar la recolección de datos y muy gentilmente ayudarme con consejos acerca del grupo de trabajo, al igual gracias a mis profesores por la ayuda brindada para la realización de mi disertación.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 OBJETIVOS.....	8
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	8
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	8
1.4 METODOLOGÍA.....	9
1.4.1 <i>Tipo de estudio</i>	9
1.4.2 <i>POBLACIÓN</i>	9
1.4.3 <i>FUENTES TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</i>	10
1.4.4 <i>PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</i>	12
1.4.5 <i>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</i>	12
1.4.6 <i>PLAN DE ANÁLISIS</i>	13
CAPITULO II. MARCO TEÒRICO.....	15
2.1. SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR.....	15
2.1.1. <i>Situación nutricional del adulto mayor en el Ecuador</i>	16
2.2 ESPERANZA DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.....	17
2.2.1. <i>Adulto Mayor y la Sociedad</i>	18
2.3. ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR.....	20
2.3.1. <i>Macronutrientes</i>	21
Necesidades calóricas.....	21
Proteínas.....	21
Carbohidratos.....	22
Grasa.....	23
Fibra.....	23
Agua.....	23
2.3.2. <i>Micronutrientes</i>	24
Vitaminas.....	24
Minerales.....	24
Calcio.....	24
Hierro.....	25
Zinc.....	25
Sodio.....	25
2.4. FISIOPATOLOGÍA DIGESTIVA PROPIA DEL ADULTO MAYOR.....	26
Perdida de piezas dentarias.....	26
Disminución de la salivación.....	27
Disfunción de los sentidos.....	27
Dificultad en la deglución.....	28
Gastritis atrófica.....	28
Diarrea.....	29
Estreñimiento.....	30

HIPÓTESIS	31
CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS	71

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013..... 32

GRÁFICO N°2

TIPO DE DENTADURA QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013 34

GRÁFICO N°3

PRESENCIA DEXEROSTOMÍA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013..... 35

GRÁFICO N°4

PERCEPCIÓN DEL SABOR DE LOS ALMIENTOS POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013..... 36

GRÁFICO N°5

PERCEPCIÓN DEL OLOR DE LOS ALMIENTOS POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013..... 37

GRÁFICO N°6

PRESENCIA DE DISFAGIA EN EL ÚLTIMO AÑO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013 38

GRÁFICO N° 7

PRESENCIA DE REFLUJO GASTRO - ESOFÁGICO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013 39

GRÁFICO N° 8

PRESENCIA DE FLATULENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013..... 40

GRÁFICO N° 9

FRECUENCIA DE FLATULENCIAS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013..... 41

GRÁFICO N° 10

HORARIO EN EL CUAL SE PRESENTAN MAYORMENTE FLATULENCIAS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013..... 42

GRÁFICO N° 11

ALIMENTOS QUE LES OCASIONAN FLATULENCIAS A LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013 43

GRÁFICO N° 12

PRESENCIA DE DISTENSIÓN ABDOMINAL EN EL ÚLTIMO AÑO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013..... 44

GRÁFICO N° 13

PRESENCIA DE PIROSIS EN EL ÚLTIMO AÑO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013 45

GRÁFICO N° 14

ALIMENTOS QUE PRODUCEN PIROSIS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013 46

GRÁFICO N° 15

PROCESO DE EVACUACION EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 201347

GRÁFICO N° 16

NÚMERO DE VECES QUE SE ALIMENTA AL DÍA LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013 49

GRÁFICO N° 17

APETITO QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES EN LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013 50

GRÁFICO N° 18

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013..... 51

GRÁFICO N° 19

ALIMENTOS QUE PRODUCEN MALESTAR O ALTERACIÓN GASTROINTESTINAL EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013..... 53

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1

PUNTOS DE CORTE PARA VALORACIÓN DEL IMC EN LA POBLACION ADULTA MAYOR OPS 2011.....	10
--	----

TABLA N°2

RELACIÓN DE LA FISIOPATOLOGÍA DIGESTIVA CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013.....	55
---	----

TABLA N°3

RELACIÓN DE LOS ALIMENTOS QUE OCASIONAN MOLESTÍAS DIGESTIVAS CON LOS ALIMENTOS BRINDADOS EN UN CICLO DE MENÚ PARA 15 DÍAS EN LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013.....	57
---	----

TABLA N°4

GRADO DE APRECIACIÓN DEL MENÚ OFRECIDO POR LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS A LOS ADULTOS MAYORES PERIODO MAYO – JUNIO 2013.....	59
---	----

TABLA N°4.1

CRITERIOS DE VALORACIÓN DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS ORGANOLÉPTICAS DE LOS ALIMENTOS	59
--	----

TABLA N°5

DISTRIBUCIÓN DEL VALOR CALÓRICO TOTAL Y LA RELACIÓN CON LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL ADULTO MAYOR EN LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013.....	61
---	----

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	72
--------------------------------------	-----------

ANEXO 2

ENCUESTA DIRIGIDA A ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN “MARIANA DE JESÚS”.....	73
---	-----------

ANEXO 3

ENCUESTA DE ESTADO MENTAL DE FOLSEIN.	80
---	-----------

ANEXO 4

MATRIZ DE VALORACIÓN DEL MENÚ OFRECIDO EN LA FUNDACIÓN “MARIANA DE JESÚS”.....	82
---	-----------

ANEXO 5

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	83
--	-----------

INTRODUCCIÓN

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

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples factores: dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. Por lo tanto, la evaluación completa del estado nutricional, debe incluir información sobre estas dimensiones, esto implica que debe ser realizada en forma interdisciplinaria, con el objetivo de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad.

La nutrición en este grupo de edad tiene un alto riesgo de alterarse por los cambios en la fisiología del aparato digestivo, que pueden acelerarse por las condiciones y estilos de vida. Algunos de estos cambios son: la reducción del sentido del gusto y del olfato, disminución de la secreción salival originando dificultades para la lubricación, masticación, apetencia e ingestión, el deterioro de la dentición por ausencia de piezas y pérdida del esmalte ocasiona una alteración de la función masticadora y deglutora, esta última afectada también por la modificación del sistema neuromuscular que ocasiona deficiente coordinación para pasar el alimento, existe una disminución de la motilidad esofágica, aumenta el reflujo gástrico esofágico, los cambios en la mucosa gástrica y en las glándulas digestivas conducen a la saciedad con menor cantidad de comida, disminuye la capacidad de digestión y absorción de nutrientes, se enlentece el tránsito intestinal aumentando la susceptibilidad al estreñimiento.

La falta de apetito en esta etapa de la vida puede aparecer por la fisiología propia de la edad, como producto de la depresión, deficiencia de algunos neurotransmisores lo cual disminuye el consumo de nutrientes en el adulto mayor.

CAPÍTULO I ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La República del Ecuador es uno de los países de América Latina que ha entrado de lleno en transición demográfica debido a cambios como la migración, la urbanización, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa global de fecundidad y de la tasa de mortalidad, sumada a los avances científicos.

En 1997, la Organización Panamericana de la Salud en colaboración con científicos de la región, diseñaron el estudio sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento, conocido como SABE, para poder contar con datos actualizados y confiables sobre el estado de salud, los costos de la atención de salud, las condiciones de vida, la situación económica y las transferencias intergeneracionales de las personas de 60 años de edad y más.

En el Ecuador, según datos y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC-2010), hay 1'229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la región Sierra del país (596.429) seguido de la Costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad.

El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%).

A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder.

La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%).

El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, subcentros de salud y consultorios particulares. El 28% de los casos son ellos mismos los que se pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija.

El 42% de los adultos mayores no trabaja y en general su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de trabajar por: problemas de salud (50%), jubilación por edad (23%) porque su familia no quiere que trabaje (8%). En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a: problemas de salud (50%), su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%).

La mortalidad masculina es siempre superior a la femenina, lo que hace que el envejecimiento de la población tenga como una de sus características un claro predominio femenino. (INEC 2010).

Se constata la insuficiente formulación y aplicación de políticas, planes, programas y proyectos, que promuevan la contribución de la población adulta mayor en procesos de investigación, desarrollo comunitario, alimentario, entre otros.

El envejecimiento es un proceso normal, en el que se manifiestan cambios lentos y progresivos. Desde el punto de vista nutricional, los cambios más importantes son la xerostomía, sensación subjetiva de sequedad por hipo salivación, la pérdida de piezas dentarias a causa de caries y periodontitis y el uso de prótesis dentales, que reducen la eficiencia de la masticación, lo que conlleva a un menor consumo de alimentos de consistencia firme, tales como carnes, frutas y verduras frescas. (Quintero, 2009).

Un estudio elaborado en Barcelona – España (Muñoz, 2009) en un grupo de 128 adultos mayores indica que la pérdida y mal estado de los dientes se debe a caries o trastornos de las encías y/o raíces dentarias encontrando que mas del 80% de los adultos mayores presentaron pérdida y mal estado en sus dientes, esto a su vez se acompañó de sequedad de boca en un 50%, pérdida del gusto en un 17 %.

Otra de las molestias digestivas comunes en los adultos mayores es el estreñimiento, que suele atribuirse a un tránsito intestinal lento debido a un consumo deficiente de líquidos y /o fibra dietética y un estilo de vida sedentario.

Los episodios de estreñimiento y diarrea, acompañados de intenso dolor abdominal y una gran variedad de síntomas, de causa desconocida son una manifestación por la que acuden muy seguido los adultos mayores a los centros médicos. De un 30% a un 50% de los adultos mayores que acuden a las consultas de gastroenterología en Europa occidental podrían padecer esta enfermedad. (Reinoso, O 2006).

La disfagia es otra molestia digestiva que presentan los adultos mayores. Un estudio realizado en Chile (Restrepo, 2009) demuestra que en 80% de las disfagias son diagnosticadas en la población adulta mayor más que en el resto de la población.

Como se ha descrito, diversos factores pueden propiciar que el adulto mayor consuma una dieta poco variada. Si a ello se suma la presencia de patologías que obligan a restringir o seleccionar aún más los alimentos consumidos, disminuye sustancialmente la calidad de la dieta. Por otra parte, debe considerarse la amplia variedad de interacciones de los constituyentes de la dieta con medicamentos.

Además, existe en el país 1'600.000 personas con discapacidad que representa el 13,3 % de la población ecuatoriana, de los cuales 550.000 son personas de 65 años y más.(Thompson, ABR 2007).

La fundación "Mariana de Jesús" ubicada en el centro histórico de Quito es una entidad de ayuda social sin fines de lucro, encargada del cuidado del adulto mayor que carece de recursos económicos propios para su sustento personal; al igual que a esta fundación asisten 60 adultos mayores de los cuales 29 son varones y 31 son mujeres.

La fundación cuenta únicamente con \$2,50 dólares al día para la alimentación de cada adulto mayor brindándoles 2 comidas diarias; las cuales son: un refrigerio que se reparte a las 9:00 am., el cual está constituido por 1 porción de cereales, 1 porción de lácteos y 1 porción de fruta. La siguiente comida, el almuerzo se realiza a las 12:30 pm., la misma que está conformada por cinco porciones de cereales u otros almidones, 1 porción de

vegetales, ½ porción de carne y 1 porción de fruta. Esta comida es elaborada por un servicio de alimentación contratado por la fundación, las mismas que realizan un tipo de comida para todos los adultos mayores, únicamente aplican la restricción de sal y azúcar. (Fundación Mariana de Jesús 2013).

El envejecimiento poblacional plantea el desafío de asegurar la calidad de vida de las personas en edades avanzadas, mediante políticas sociales planteadas desde una perspectiva integral e innovadora, que favorezca la promoción de su salud, la transformación de los modelos para atender sus problemas y la valoración de sus potencialidades para continuar aportando sus capacidades y experiencias a la sociedad en la que viven.

1.2. Justificación del problema

La responsabilidad en el cuidado y la salud de los adultos mayores es un compromiso de la población en general, para que esta sea adecuada necesita contar con instrumentos que garanticen un correcto manejo nutricional, ya que de por sí están expuestos a grandes cambios fisiológicos como: pérdida de piezas dentales, trastornos de la digestión, un lento tránsito intestinal, entre otras, las mismas que limitan una buena alimentación.

El adulto mayor, siendo un grupo muy vulnerable, tiene derecho a la autodeterminación y lograr una independencia para participar en la satisfacción de sus necesidades, debe ser considerado como un ser holístico por naturaleza, tomando en cuenta factores que influyen en su bienestar tales como: factores fisiológicos, patológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales.

La nutrición desempeña un papel importante en la optimización de la salud, mejorar la calidad de vida y el bienestar del adulto mayor. Es por esto que debido a los cambios alimentarios, resulta importante contar con un diagnóstico de la situación nutricional del adulto mayor relacionado a la fisiopatología digestiva propia de su edad.

Dentro de este contexto, la elaboración de la presente investigación es importante debido a que el tipo de alimentación que reciben los adultos mayores en la Fundación Mariana de Jesús tendrá cambios significativos en cuanto a características organolépticas y a variación; de ella se obtendrá un control y diferenciación de los alimentos que causan perjuicios en el adulto mayor en relación a sus cambios digestivos propios de su edad y los resultados ayudarán a que los Adultos Mayores gocen de una calidad de vida diferente y una estancia más tranquila dentro del tiempo que permanecen en la Fundación, así mismo permitirá que la Fundación Mariana de Jesús ofrezca una mejor atención y reciba a más adultos mayores dentro de sus instalaciones.

Como beneficiarios directos en esta investigación se tiene al grupo de adultos mayores que asisten a la Fundación Mariana de Jesús, debido a que por ser un grupo vulnerable no se cuenta con un diagnóstico de su situación nutricional, el mismo que puede ser muy útil para disminuir la aparición de molestias gastrointestinales muy frecuentes en el adulto mayor.

Las recomendaciones que se hagan a la Fundación dando al personal médico como del servicio de Alimentación serán en beneficio de mejorar la calidad de la dieta que se proporciona al adulto mayor, la cual será adecuada a las condiciones patológicas y digestivas que se evidencio con frecuencia en esta edad.

También como beneficiarios están las familias de los adultos mayores ya que si se consideran los cambios en el manejo nutricional del adulto mayor se disminuirá la cantidad de molestias digestivas que estos presenten día a día.

Este estudio ha prestado un gran beneficio personal, pues como investigadora he podido aplicar los conocimientos adquiridos durante mi carrera universitaria y palpar muy de cerca la realidad nutricional del grupo evaluado. Considero que el presente trabajo servirá para realizar otras investigaciones y seguimientos a este grupo vulnerable de nuestra sociedad.

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la situación nutricional del adulto mayor y su asociación con la fisiopatología digestiva propia de su edad en la Fundación Mariana de Jesús, Quito 2013.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el estado nutricional del adulto mayor.
- Describir los procesos patológicos del aparato digestivo que presenta el adulto mayor.
- Evaluar la alimentación que tiene el adulto mayor en la Fundación Mariana de Jesús.
- Relacionar el estado nutricional con los problemas digestivos que presentan los adultos mayores.
- Relacionar las alteraciones digestivas con el tipo de alimentación que tiene el adulto mayor.

1.4 Metodología

1.4.1 Tipo de estudio

Es un estudio de tipo observacional descriptivo de asociación porque se realizó un diagnóstico nutricional en relación a la fisiopatología digestiva propia de su edad; se tomó una población específica en un tiempo determinado (adultos mayores – Fundación Mariana de Jesús.)

Tiene un enfoque cuali – cuantitativo perceptivo ya que por medio de la recolección de la información se pudo conocer a través de percepciones las molestias que el adulto mayor sentía; no cuentan con un diagnóstico médico para que sea visto como enfermedad propiamente dicha; además se evaluó el menú que se ofrece en la fundación, el mismo que se lo realizó en conjunto con el personal que prepara los alimentos permitiendo aportar criterios.

1.4.2 Población

Se estudio a 52 adultos mayores hombres y mujeres que asisten al Centro Gerontológico “Mariana de Jesús” ubicada en el Centro Histórico de Quito, en su mayoría de un estrato socioeconómico medio, bajo.

Criterios de inclusión

En la investigación participaron los adultos mayores que asistieron regularmente a la Fundación durante 2 años consecutivos y que no se hayan hospitalizado en los últimos 5 meses.

Criterios de exclusión

Se excluyeron a todos los adultos mayores que no completaron la puntuación adecuada en el test de estado mental, aquellos con problemas en el habla y en la audición, y los que

no accedieron a colaborar en la investigación. Para los criterios de exclusión se utilizó una encuesta para valorar el estado mental.

1.4.3 Fuentes técnicas e instrumentos

Fuentes

Primarias: Se levantó la información del diagnóstico nutricional, mediante la medición del peso y talla obteniendo el IMC, el cual se lo clasificó de acuerdo a los puntos de corte que plantea la OMS 2010.

TABLA Nº 1

**PUNTOS DE CORTE PARA VALORACIÓN DEL IMC EN LA POBLACIÓN ADULTA
MAYOR OPS 2011**

>50 Kg/m ²	Obesidad IV (extrema)
40 - 49,9 Kg/m ²	Obesidad III (mórbida)
35 -39,9 Kg/m ²	Obesidad II
30 - 34,9 Kg/m ²	Obesidad I
27 - 29,9 Kg/m ²	Sobrepeso
22 - 26,9 Kg/m ²	Normalidad
18,5 - 21,9 Kg/m ²	Posible riesgo de desnutrición
17 - 18,4 Kg/m ²	Desnutrición leve
16 - 16,9 Kg/m ²	Desnutrición moderada
<16 Kg/m ²	Desnutrición severa

Fuente: Biblioteca Virtual de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Organización Panamericana de la Salud; 2011
Elaborado por: Katherine Arias

Así mismo se realizaron preguntas por medio de una encuesta a cada adulto mayor para conocer las molestias digestivas que estos presentan. De igual manera se obtuvo información de los colaboradores de la fundación Mariana de Jesús, especialmente con el personal de la cocina, con quienes se evaluó el menú ofrecido para los adultos mayores.

Secundarias:Corresponde a los documentos, artículos, libros, revistas científicas utilizados para la elaboración de la disertación.

Técnicas

Encuestas: Se realizó encuestas a los adultos mayores. Dicha encuesta estuvo dividida en tres secciones correspondientes al estado nutricional el cual se midió mediante la antropometría (IMC) de la misma manera se indagó acerca de la fisiopatología digestiva del adulto mayor.

Observación: Durante la realización de las encuestas se observó parámetros que ayudaron a confirmar las encuestas y el tipo de alimentación que el grupo tienen tales como el apetito y la apreciación que tienen hacia la comida brindada en la Fundación, entre otros.

Instrumentos

Los instrumentos escogidos de acuerdo a las técnicas son:

Test de estado mental de Folstein: encuesta para valorar el estado mental.

Cuestionario: con preguntas cerradas.

Menú ofrecido por la Fundación

1.4.4 Plan de recolección y análisis de la información

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta personal a los adultos mayores. La información adquirida en dichas encuestas fue procesada mediante su tabulación, en una base de datos realizada en Excel; en donde se separaron cada una de las variables consultadas las mismas que fueron codificadas para su mejor comprensión. Los resultados de la encuesta se expresaron mediante gráficos con sus respectivos análisis.

A la encuesta se anexó una hoja en la que se describe el consentimiento informado, es decir la autorización de los adultos mayores para que se les pueda realizar la encuesta, esta autorización será expresada mediante la firma o huella digital del adulto mayor (Ver Anexo 1).

Las encuestas a cada adulto mayor fueron realizadas por la propia investigadora con la colaboración de una estudiante de Nutrición Humana de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

1.4.5 Operacionalización de variables

Las variables de estudio son las siguientes:

1. Estado nutricional.
2. Tipo de dentadura.
3. Patologías digestivas.
4. Tiempos de comidas.
5. Apetito.
6. Preferencias alimentarias.
7. Alimentos que producen malestar gastrointestinal.
8. Apreciación del menú ofrecido en la Fundación Mariana de Jesús.
9. Aporte calórico.

1.4.6 Plan de análisis

Análisis Univariado

Se refiere a las variables que fueron estudiadas individualmente y su influencia en la fisiopatología propia del adulto mayor.

1. Estado nutricional.
2. Tipo de dentadura.
3. Xerostomía.
4. Disfunción de los sentidos.
5. Disfagia.
6. Reflujo esofágico.
7. Flatulencia.
8. Distensión abdominal.
9. Pirosis.
10. Proceso digestivo.
11. Tiempos de comidas.
12. Apetito.
13. Preferencias alimentarias.
14. Alimentos que producen malestar gastrointestinal.
15. Apreciación del menú ofrecido en la Fundación Mariana de Jesús.
16. Aporte calórico.

Análisis Bivariado:

Se analizó la relación entre dos y más variables y su influencia en la fisiopatología propia del adulto mayor.

1. Fisiopatología propia y estado nutricional del adulto mayor que asiste a la Fundación Mariana de Jesús.
2. Alimentos que producen molestias gastrointestinales y alimentos ofrecidos en la Fundación.

3. Grado de apreciación del menú por la Fundación a los adultos mayores y a la investigadora a través de características organolépticas de los alimentos.
4. Recomendaciones calóricas del Adulto Mayor y aporte calórico ofrecido en la Fundación Mariana de Jesús.

CAPITULO II. MARCO TEÒRICO

2.1. Situación actual del Adulto Mayor en el Ecuador

El auge del crecimiento global de la población nos indica que la mayoría de los países de la Región de las Américas atraviesa una etapa intermedia de transición demográfica, en la cual las intervenciones destinadas a prevenir y controlar condiciones crónicas y enfermedades asociadas a la edad avanzada están en demanda, no sólo debido a un crecimiento demográfico, sino también como resultado de factores como los avances científicos, la migración, la disminución de la tasa de fecundidad, la mejora de la esperanza de vida, que nos ubican frente a una población que envejece con mayor rapidez, comparada con la de los países desarrollados. (Guía clínica Geronto – Geriátrica de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor 2008).

Según estadísticas proporcionadas por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC-2010) en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad, de este grupo el 29 % son jubilados, el 2 % tienen seguros privados, y el 69 % se encuentran desprotegidas (CEPAL 2003).

El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados, en su mayoría, viven con su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%).

El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, subcentros de salud y consultorios particulares. El 28% de los casos son ellos mismos los que se pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija.

Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%).

2.1.1. Situación nutricional del adulto mayor en el Ecuador

En Ecuador existen pocos datos estadísticos sobre sobrepeso y obesidad, ya que es a partir de la década de los ochenta cuando se empiezan a registrar las primeras publicaciones sobre este tema, donde se obtiene una prevalencia de obesidad en adultos del 13% en áreas urbanas y del 6% en áreas rurales. Yepez, R. 2011.

María José Noriega Borge docente de la Universidad de Cantabria (2009) manifiesta que la nutrición es un factor muy importante en el proceso de envejecimiento a través de la aparición de cambios asociados a diferentes órganos y funciones del organismo.

“La situación alimentaria y nutricional del Ecuador refleja la realidad socioeconómica; el potencial productivo y la capacidad de transformar y comercializar los alimentos que satisfagan los requerimientos nutricionales de los adultos mayores y de la población en general”.(FAO 2008).

Con el envejecimiento se produce una disminución de la masa muscular como consecuencia de una serie de cambios fisiológicos que pueden ser aumentados por cambios tales como nivel de actividad física o alimentación. Según la OMS 2010 se estima una prevalencia de de 22 – 28 % de disminución de masa muscular en varones y de 31 – 52% en mujeres de 60 años o mas.

Un informe reciente elaborado en Colombia 2012 revela que más del 50 % de muertes en los adultos mayores pueden corregirse con estilos de vida diferentes en la alimentación.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social, a través del Programa Aliméntate Ecuador MIES-AE 2010, realizó, en Chimborazo, el lanzamiento del proyecto de atención integral del adulto mayor, evento al cual asistieron 70 representantes de las juntas parroquiales. Parte de este proyecto es la entrega de la denominada sopa Vilcabamba, un alimento fortificado en sobres cuyo contenido tiene que ser diluido en la alimentación diaria; esto con el fin de contribuir a mejorar y mantener el estado nutricional de la población adulta mayor.

La sopa Vilcabamba nace de la intención de tener cada vez personas más sanas, adultos mayores útiles no aisladas de la sociedad, considerando que este producto contiene proteína, vitaminas y minerales que ayudan a mantener una alimentación rica y nutritiva. Este alimento cubre el 30% de los requerimientos nutricionales diarios de los adultos mayores.

Según datos estadísticos OMS 2010 aproximadamente el 80% de adultos mayores padece de enfermedades como mal nutrición, hipertensión, diabetes, osteoporosis, entre otros.

En el 2008, la OMS reportó 1.5 billones de casos de sobrepeso en adultos mayores y alrededor de 200 millones de hombres y 300 millones de mujeres cumplieron criterios de obesidad.

2.2 Esperanza de vida y calidad de vida del Adulto Mayor

La revista Consumer (2005) publica que a nivel mundial, los avances en las Ciencias de la Salud, incluida la Nutrición Humana, han permitido prolongar la esperanza de vida considerablemente. Así, ésta se sitúa por encima de los 70 años en países de alto nivel de bienestar.

El concepto de la calidad de vida ha adquirido mayor protagonismo entre quienes alcanzan la adultez, que ya no se conforman con vivir una larga existencia; ahora también se persigue llegar a esta etapa en el mejor estado físico y mental para mantener una adecuada calidad de vida.

Una alimentación adecuada es el primer paso para lograrlo, pero enmarcada dentro de un estilo de vida saludable, que comprende también la práctica regular de ejercicio físico, tomado muy en cuenta para la realización de esto, la condición física individual y el abandono de hábitos perjudiciales (tabaco, alcohol, auto medicación), sin olvidar la importancia de mantener la mente ocupada en actividades lúdico-recreativas.

Misericordia García Hernández, enfermera y docente Geriátrica de la Universidad de Barcelona en un estudio de los cambios físicos, psíquicos y sociales del adulto mayor (2007) plantea que existen determinadas alteraciones y enfermedades que se relacionan con desequilibrios en la alimentación, sea por exceso de algunos nutrientes, que pueden causar obesidad, hipertensión, colesterol elevado, etc.; o por déficit, como falta de vitaminas y minerales, que provocan anemia, falta de apetito, caída de cabello, etc.

Alimentarse no sólo consiste en comer para vivir o saciar el hambre, constituye una necesidad que se puede aprovechar para mejorar la salud o, al menos, para no empeorarla.

2.2.1. Adulto Mayor y la Sociedad

Según datos publicados por el INEC sobre el censo de población y vivienda (2010) el Ecuador, cuenta aproximadamente con 700.000 ancianos entre indigentes y/o semi-protegidos por el insuficiente sistema del seguro social. La tendencia acelerada del envejecimiento de la población ecuatoriana alcanzará en el 2025 a un millón doscientas mil personas mayores de 60 años de edad.

Esta acelerada tendencia del envejecimiento de la población trae consigo un elevado margen de desprotección jurídico social, que ha hecho que las Naciones Unidas a partir del año 2005, enfoquen, y dispongan a los países o regiones signatarios, serios estudios sobre el adulto mayor, tanto de las sociedades altamente industrializadas así como las de menor desarrollo como es el caso ecuatoriano.

La Ciencia de la Gerontología Social, nos está ayudando a descubrir los fenómenos o ciclos de este proceso de vida y senectud dividida en: envejecimiento físico, que provoca la declinación orgánica del cuerpo humano, el envejecimiento psicológico centrado en los procesos sensoriales, de personalidad y capacidad mental, el envejecimiento psico-social relacionado con el medio ambiente, con los valores, con las tradiciones, con los roles sociales, creencias religiosas etc., que involucra a las influencias que ejerce la sociedad y/o las instituciones públicas o privadas que tienen a su cargo y responsabilidad, la atención técnico jurídica de los adultos mayores.

La OMS 2010 plantea que “La problemática del envejecimiento a nivel mundial ha influenciado en las Naciones Unidas para que esta organización haya declarado en 1.999 el año internacional del adulto mayor”.

La Coordinadora Nacional de Movimientos Sociales del Ecuador como una Organización de carácter privado no Gubernamental que aglutina a todas las entidades sin finalidades de lucro que conforman el verdadero voluntariado en el país, previa intervención de su Coordinadora en un evento internacional sobre Derechos Humanos en la Tercera Edad en los países de América Latina, efectuado en New York el 10 de octubre de 1.997, organizado por las Naciones Unidas, y del desarrollo del Foro Habla la Tercera Edad del Ecuador, el 26 de noviembre de 1.997, plantea que el Estado garantiza a todas las personas, hombres y mujeres mayores de 60 años de edad, el libre y eficaz ejercicio y goce de los derechos civiles, políticos, sociales y culturales enunciados en la Constitución, sobre la problemática del envejecimiento.

La revista de la percepción de la persona adulta mayor en la sociedad actual publicada en la Universidad de Costa Rica dirigida por Mynor RodríguezHernández (2008) indica que “las condiciones de vida para las personas adultas mayores son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, en muchos casos se sienten postergadas y excluidas”. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor nivel de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a pensiones, garantías de salud entre otros beneficios.

Los cambios sociales que se producen durante esta etapa se refieren principalmente al cambio de rol, tanto en el ámbito individual como en el marco de la propia sociedad. Así mismo considera las diferencias generacionales existentes a nivel de comportamiento social, y la dificultad de adaptación e integración que suele presentar la persona adulta mayor ante estos cambios.

“Los adultos mayores se ven afectados por grandes pérdidas físicas, pérdidas afectivas, pérdidas económicas, entre otras; todas estas pérdidas van acompañadas de una serie de sentimientos como tristeza, dolor, tensión emocional y de un sentimiento de soledad”. (Escandón, M. 2007).

Los adultos mayores en su mayoría pasan por períodos de pena y de dolor, y por periodos de remordimiento alternativamente unidos a reacciones de cólera, dirigidas hacia el abandono familiar. Estas pérdidas acarrearán, en general, grandes cambios en su vida cotidiana como cambios de domicilio, nuevas responsabilidades; de estas vivencias, la consecuencia que ocasiona más problemas es la soledad muy difícil de superar por la mayoría de adultos mayores.

“Los problemas sociales y económicos que enfrenta este grupo, son los que más influyen sobre su estado nutritivo y se destacan la restricción en la ingesta de alimentos por pobreza, el aislamiento social, la discapacidad física y alteraciones mentales”. (SERNAC 2009).

2.3. Alimentación del Adulto Mayor

Las necesidades nutricionales dependen de cada persona, su edad, sexo, contextura física, condición biológica o patológica, actividad física, etc. Estas necesidades se satisfacen por medio del consumo de diferentes nutrientes, entre los cuales se encuentran proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas y minerales.(Consumer Revista. 2005).

La dieta para el adulto mayor debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible, de fácil masticación y digestión. (Moreno, J. 2008).

La última comida debe ingerirse entre las 19:00 y 20:00 horas y permanecer activo(a), a lo menos, hasta una hora antes de acostarse. Evitar los ayunos prolongados; ingiriendo, en lo posible, tres comidas diarias.

Lo importante es cómo debe aportarse dichas calorías en relación a los diversos componentes de la dieta, teniendo siempre en cuenta que las recomendaciones son para personas mayores y sanas, por lo que cada patología en particular necesitará variaciones específicas en su prescripción. La RDA (Recommended Daily Allowance-2008), señala un valor de 2.300 Kcal para varones mayores de 51 años y 1.900 Kcal para mujeres de la misma edad.

2.3.1. Macronutrientes

Necesidades calóricas

Esta es proporcionada fundamentalmente por los hidratos de carbono y las grasas. Los requerimientos de energía disminuyen con la edad, porque las personas se hacen más sedentarias y su consumo de energía es menor. Si la persona consume más energía (calorías) de las que necesita, las acumula como grasa y aumenta de peso.

La energía es necesaria para efectuar las funciones del cuerpo y para realizar actividad física. Después de los 65 – 70 años, se recomienda no abusar de los alimentos grasos de origen animal (mayonesa, crema, mantequilla, quesos granulados, carnes grasas, embutidos, y patés). Para los adultos mayores que no consumen calorías suficientes por falta de apetito, conviene preparar platos completos, de poco volumen, pero muy nutritivos. (Moreno, J. 2008).

El metabolismo de una persona entre los 50 y 70 años está disminuido en un 7,5% y descenderá a un 10% entre los 70 y 80 años. Se recomienda para los adultos mayores un aporte de 35-40 Kcal/Kg/día. (Moreno, J. 2008).

Proteínas

En los adultos mayores, la síntesis de proteínas es lenta porque existe una disminución en la digestión de los alimentos y la posterior absorción de nutrientes por el organismo, es una de las razones por las que se debe compensar este déficit, aportando más calidad proteica en los alimentos que se utilicen para la nutrición del adulto mayor. El porcentaje de proteínas que debe tener una dieta adecuada es igual que para el individuo adulto, es decir, el 15% pero con la diferencia que todo este porcentaje debe ser de alto valor biológico

Las proteínas que se encuentran en el huevo, carnes, pescados, y lácteos son de mejor calidad que las que se encuentran en alimentos de origen vegetal (legumbres y cereales). Sin embargo, la combinación de cereales con lácteos o de legumbres con cereales origina proteínas de tan buena calidad como las de origen animal.

Carbohidratos

Son la fuente energética más barata y fácil de obtener. Su consumo adecuado permite mantener un peso y la composición corporal ideal. El excesivo consumo de hidratos de carbono puede provocar caries dentales, sobrepeso y obesidad, alteración de los niveles de lípidos en sangre, diabetes, intolerancia a la lactosa o a la galactosa. (Rodríguez, R. 2008).

Existen dos tipos de hidratos de carbono, los de absorción rápida, que llegan prontamente a la sangre, (azúcar, almíbar, caramelo, jalea, dulces, miel, chocolate y derivados, repostería, pastelería, galletas, bebidas refrescantes azucaradas, fruta, y su zumo, fruta seca, mermeladas). Estos deben consumirse en forma racional y en cantidades moderadas.

Otro tipo de hidratos de carbono son los de absorción lenta, que pasan más pausadamente del intestino a la sangre, (verduras, hortalizas, farináceos como el pan, arroz, papas, pastas, legumbres, cereales de desayuno). Estos se deben consumir en cada comida del día.

La recomendación de carbohidratos es del 50 al 60 %. Se debe priorizar en la dieta del adulto mayor el consumo de carbohidratos complejos tales como arroz, pan, pastas integrales, avena, galletas. (Moreno, J. 2008)

Grasa

Son fuente de energía, regulan la temperatura corporal, envuelven y protegen órganos vitales como el corazón y los riñones, transportan las vitaminas liposolubles (A, D, E, K) facilitando así su absorción, resultan imprescindibles para la formación de determinadas hormonas y suministran ácidos grasos esenciales que el organismo requiere. (Rodríguez, R. 2008).

Los adultos mayores tienen tendencia a padecer de aumento de tensión arterial, elevación de colesterol sanguíneo, aumento del colesterol LDL y disminución de colesterol HDL, especialmente en aquellos casos donde no hay actividad física significativa. Además estas personas presentan una deficiencia en la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K).

Las recomendaciones de aporte lipídico para el adulto mayor oscilan entre un 25-35% del valor calórico total de la dieta. (Moreno, J. 2008)

Fibra

Se recomienda el consumo de 20-30 gramos de fibras solubles. (Rodríguez, R. 2008).

Agua

Los adultos mayores necesitan consumir de 1-1,5 ml de líquidos por Kcal de alimento consumido, es decir, de 8-10 vasos de líquidos durante el día. (Moreno, J. 2008)

2.3.2. Micronutrientes

Vitaminas

Se necesitan en pequeñas cantidades, no aportan energía, pero sin ellas el organismo es incapaz de aprovechar los elementos constructivos y energéticos suministrados por la alimentación. Algunas vitaminas se sintetizan en pequeñas cantidades en nuestro cuerpo: la vitamina D (se puede formar en la piel con la exposición al sol), y las vitaminas K, B1, B12 y ácido fólico, que se forman en pequeñas cantidades en la flora intestinal.

Diversos estudios no han demostrado exigencias específicas para las personas de edad avanzada, pero han mostrado deficiencias clínicas o subclínicas de vitaminas A, B1, B6, B12, C, D y Folatos. Una alimentación sana y equilibrada permite cubrir las necesidades vitamínicas del organismo, por lo que los suplementos deben usarse con precaución pues incluso pueden provocar reacciones adversas.

Minerales

Calcio

Forma parte de huesos, tejidos conjuntivo y músculos. Junto con el potasio y el magnesio es esencial para una buena circulación de la sangre y juega un papel importante en la transmisión de impulsos nerviosos.

Se recomienda una ingesta diaria de 1000-1500 mg. En mujeres aumentan las necesidades de calcio a diferencia de los hombres.

Hierro

Cumple un rol fundamental, es el transportador del oxígeno a la sangre, interviene en los procesos de obtención de energía. Se absorbe mejor el hierro de los alimentos de origen animal que de los de origen vegetal. El hierro abunda en las carnes, además en el hígado, pescado, yema de huevo, cereales enriquecidos, frutos secos y levaduras. (Noriega, MJ. 2009).

La anemia es frecuente en los adultos mayores y suele relacionarse con pérdidas de sangre, a menudo del sistema gastrointestinal, es por esto que se recomienda 10 mg/ día.

La absorción del hierro se puede ver afectado por el té, exceso de calcio y por lo contrario se puede mejorar su absorción por la vitamina C.

Zinc

La deficiencia de zinc se relaciona con la alteración en la función inmunológica, anorexia, cicatrización retardada de heridas y presencia de úlceras por permanecer acostados en forma prolongada.

Se recomienda una ingesta diaria de 15 mg/día en hombre y 12 mg/día en mujeres.

Sodio

Debido a que la hipertensión es muy frecuente en este grupo de edad, en la alimentación del adulto mayor debe tener un restringido consumo de sodio; esto es de 2-4 gr/día.

2.4. Fisiopatología digestiva propia del adulto mayor

En la población adulta mayor, las variaciones individuales respecto al estado de salud, actividad física y cambios fisiológicos son mayores que en los jóvenes y pueden influir mucho más en su estado nutricional.

Un estudio realizado en Costa Rica por Ana Palma (2005) acerca de los cambios fisiológicos del adulto mayor plantea que los cambios que se producen en la vejez no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible, sino a la combinación de varios factores interrelacionados, tales como: alteración de aptitudes funcionales, enfermedades agudas y crónicas, pobreza, marginación social, malnutrición y otros.

EL envejecimiento es diferente de un individuo a otro e incluso en el mismo individuo de un órgano a otro, sin embargo a nivel general se producen grandes cambios que influyen en una adecuada nutrición y alimentación. (Palma, A. 2005).

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

Pérdida de piezas dentarias

Partiendo por la boca, la presencia y funcionalidad de las piezas dentarias o de las prótesis, está condicionada por la integridad morfológica y funcional de las piezas dentales ya que los dientes del adulto mayor se vuelven de color amarillo, frágil y quebradizo. Una salud bucal deficiente provoca: alimentación inadecuada y fonación defectuosa principalmente. (Rodríguez, M. 2008).

Lo ideal sería que los adultos mayores llegaran con la dentadura natural en buen estado, pero la realidad es que en la mayoría de los casos los adultos mayores, y especialmente los que están en situación de pobreza, tienen la dentadura en mal estado,

que limita la masticación adecuada, especialmente de alimentos duros, y exige cambios en la consistencia de los mismos (puré, molidos, flanes, sopas, coladas, jugos, gelatinas).

La meta de la OMS de salud bucal para el año 2008 en personas mayores de 65 años, fue la conservación de 20 a 22 piezas dentales como límite inferior necesario para mantener una adecuada salud bucal.

Disminución de la salivación

El aumento de la incidencia de xerostomía entre los adultos mayores ha sido motivo de controversia. Un estudio realizado por el Dr. Rodrigo Pinto, Médico odontólogo (Universidad Mayor 2006), asocia la mayor incidencia de xerostomía a un aumento en el consumo de medicamentos por este grupo etáreo más que al envejecimiento en sí mismo.

Disfunción de los sentidos

El Dr. Rolando Taucar, médico cirujano Barcelona – España (2009), manifiesta que a medida que envejece, la persona, cambia la forma como los sentidos (gusto, olfato, tacto, vista y oído) pueden darle información acerca del mundo. Dichos sentidos se vuelven menos agudos y puede tener problemas para diferenciar los detalles.

Todos los sentidos pueden resultar afectados por la edad, pero la afectación mayor que influyen en la manera de alimentarse son los sentidos del olfato y del gusto cuya disminución puede reducir el interés y el placer al comer.

El olfato y el gusto juegan un papel importante en la nutrición del adulto mayor. El número de papilas gustativas disminuye con la edad. Cada papila gustativa que queda también comienza a atrofiarse (perder masa). La sensibilidad a las cuatro sensaciones gustativas a menudo disminuye después de la edad de 60 años. Generalmente se pierden primero los sabores salado y dulce, seguido de los sabores amargo y ácido.

El sentido del olfato puede disminuir, especialmente después de la edad de 70 años. Esto puede estar relacionado con la pérdida de terminaciones nerviosas en la nariz.

Ciertos factores ayudan a acelerar la pérdida de los sentidos del gusto y del olfato, entre ellos, enfermedades, tabaquismo y exposición a partículas dañinas en el aire.

Dificultad en la deglución

El paso de los años y el desarrollo de diferentes enfermedades ocasionan cambios en su organismo. La disfagia hoy en día, trae consigo diferentes complicaciones, como la desnutrición, deshidratación e infecciones entre las más resaltantes.

“La desnutrición, que se ve afectada por diferentes causas: pérdida de alimentos por la boca, interrupción por atragantamiento y tos, disminución de volumen en cada bocado, rechazo a la ingesta por ansiedad, depresión, exclusión de alimentos de la dieta, entre otros, ocasiona disminución de las proteínas musculares en el organismo que ocasiona un empeoramiento de la disfagia, entrando en un círculo vicioso” (Marino, A. 2013).

“El paciente geriátrico al ser un grupo vulnerable a muchos cambios digestivos merece adecuaciones, principalmente en su alimentación ya que con esto se lograría una óptima salud del mismo y de esta manera poder evitar complicaciones posteriores en ellos”.(TIMBILLIN, R. 2005).

Gastritis atrófica

La sociedad de Gastroenterología Minnesota -2007 manifiesta que el envejecimiento puede definirse como el conjunto de modificaciones en forma y funcionalidad que aparece como consecuencia del paso del tiempo. Dichos cambios suponen disminución de la capacidad de adaptación de tejidos, órganos, aparatos y sistemas, así como menor respuesta a enfermedades.

“El estómago es un órgano que conforme transcurren los años trabaja con mayor lentitud, tiene dificultad para digerir algunos alimentos y condiciona cierta predisposición a la pérdida de apetito. A esto deben sumarse otros factores, como estrés, ingesta de

medicamentos y alimentación poco saludable, pues todos ellos aceleran su deterioro y aumentan la probabilidad de sufrir enfermedades.” (Garzón, G. 2009).

Uno de los problemas digestivos más comunes que se observan en los adultos mayores es la gastritis atrófica, la cual se manifiesta a través de indigestión, dolor y gases abdominales, náuseas, vómito y pérdida del apetito.

Un estudio realizado por el Dr. Juan Carlos Chiriboga en Chile (2009) determinó que una de las afecciones digestivas más comunes en adultos mayores es la gastritis atrófica, pues se calcula que afecta a 37% de los adultos mayores.

Es importante que todo caso de gastritis, por leve que parezca, sea evaluado por un especialista médico general, geriatra o gastroenterólogo para determinar su gravedad, causas y tratamiento, así como programar revisiones periódicas del sistema digestivo, ya que muchos casos de inflamación gástrica en adultos mayores no presentan síntomas. También debe evitarse el auto-prescripción para evitar complicaciones.

Diarrea

“La diarrea es una de las alteraciones del aparato digestivo más frecuentes durante la tercera edad, y si bien no es mortal, puede ser peligrosa cuando no se atiende a tiempo ni se ofrece adecuada rehidratación”.(Chiriboga, JC. 2009).

“La diarrea es una enfermedad que se caracteriza por el aumento en el número de evacuaciones que se realizan diariamente (más de tres) y la consistencia y calidad de las mismas (líquidas). Sin embargo, hay que distinguir que si la persona tiene solamente tres deposiciones y éstas son de consistencia pastosa o semisólida, no deberá considerarse como tal.” (Pinto, E. 2011).

La alimentación del adulto mayor debe ser modificada, evitando de esta manera diarreas frecuentes. Los alimentos con alto contenido de grasa en especial los de origen animal modifican el transito de bolo fecal por el intestino, incorporando de esta manera la

cantidad de líquidos al interior del mismo provocando una diarrea alimenticia; el tipo de diarrea mas frecuente en este grupo etáreo.

Estreñimiento

“Los adultos mayores son los más afectados por el estreñimiento, con una prevalencia del 23 y de 42 % en hombres y mujeres mayores de 60 años, respectivamente”. (Flores, P. 2009).

En el adulto mayor, a causa del envejecimiento, se produce con frecuencia estreñimiento, caracterizado por una reducción de la frecuencia y/o por la eliminación de heces secas y duras. La escasa ingesta de líquidos y de actividad física, el poco consumo de fibra, la disminución del tono muscular abdominal, contribuyen a agravar este problema. La inactividad prolongada aumenta el riesgo de estreñimiento.

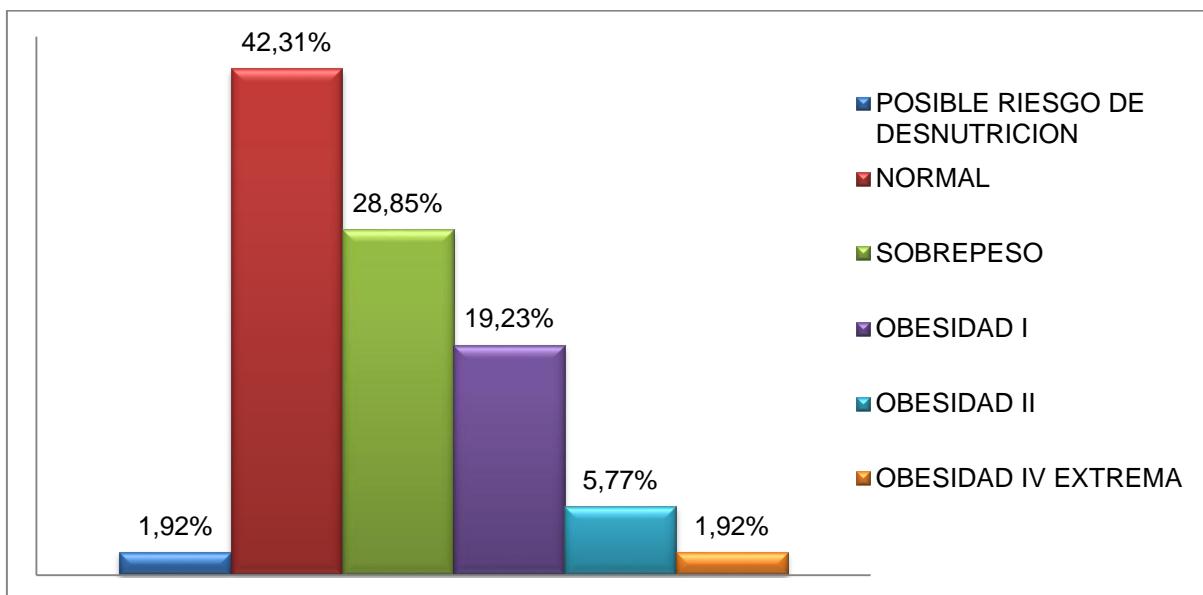
HIPÓTESIS

Los problemas digestivos que presenta el adulto mayor esta estrechamente relacionados con el tipo de alimentación.

CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

GRÁFICO N°1

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor.
Elaborado por: Katherine Arias

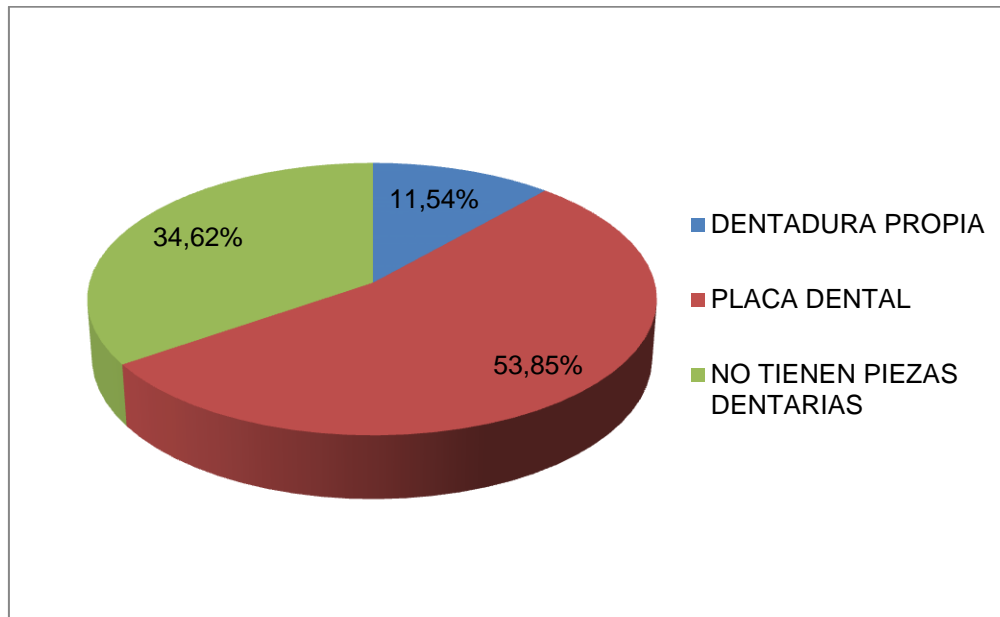
Un estudio realizado en Ecuador por el Ministerio de Salud Pública (2010) plantea que la tendencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta mayor en el Ecuador muestra una afectación especial en las mujeres, 40.6% de sobrepeso y 14.6% obesidad. En este último grupo, la mitad de las mujeres que se encuentran en condiciones de pobreza sufren de exceso de peso. Finalmente, un reciente estudio publicado de alcance nacional en adultos mayores reporta que el 59% de ellos tienen exceso de peso.

Utilizando el IMC como indicador de estado nutricional, se observa que en el grupo de población evaluada, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es elevada en relación a los adultos mayores bien nutridos y apenas un 1,92% presenta riesgo de desnutrición; estos datos corroboran el estudio realizado por el MSP en el año 2010.

Un estudio publicado por el Ministerio de Salud en Chile (2005) afirma que el estado nutricional de los adultos mayores esta 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 soledad, familiares, actividad mental y principalmente el estado de salud y las restricciones socioeconómicas.

GRÁFICO N°2

ESTADO DE LA DENTADURA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODOMAYO – JUNIO 2013



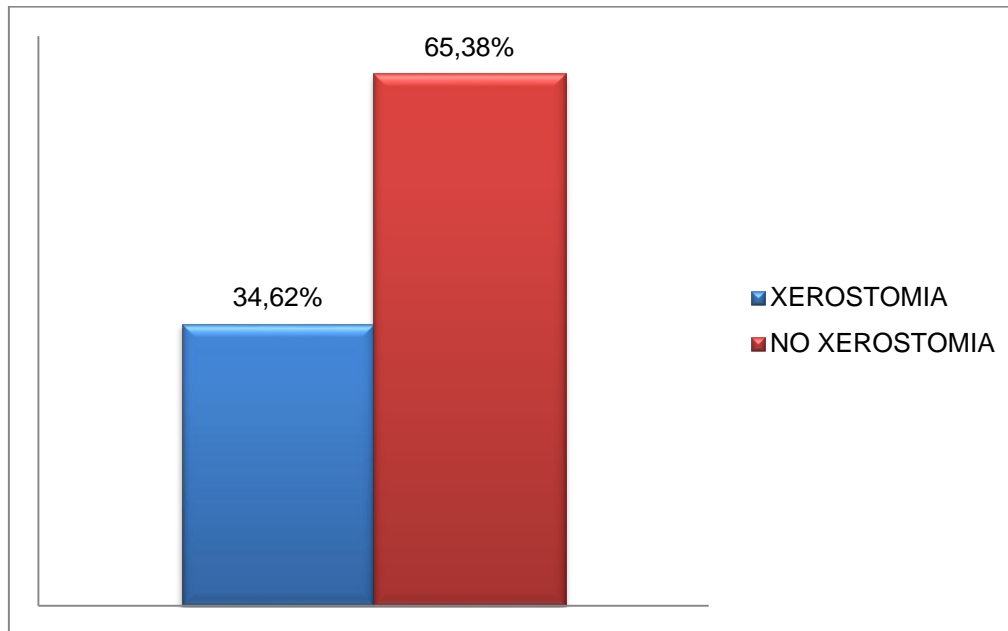
Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

En un estudio realizado por la odontóloga Iris Espinoza (2003) en una muestra de 889 adultos mayores de 65 años de edad de diferentes niveles socioeconómicos en Chile, afirma que las patologías orales más comunes en los adultos mayores son la presencia de caries y enfermedad periodontal que corresponde a la pérdida de dientes.

Las encuestas realizadas indican que los adultos mayores tienen dentadura propia la misma que en muchos casos no se encontraba en buen estado. Existe un gran porcentaje de adultos mayores que usan placa dental, sin embargo, hay que tomar en cuenta que esta no reemplaza totalmente la dentadura propia ya que en algunos de ellos la tenían deteriorada impidiendo alimentarse adecuadamente.

GRÁFICO N°3

PRESENCIA DE XEROSTOMÍA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



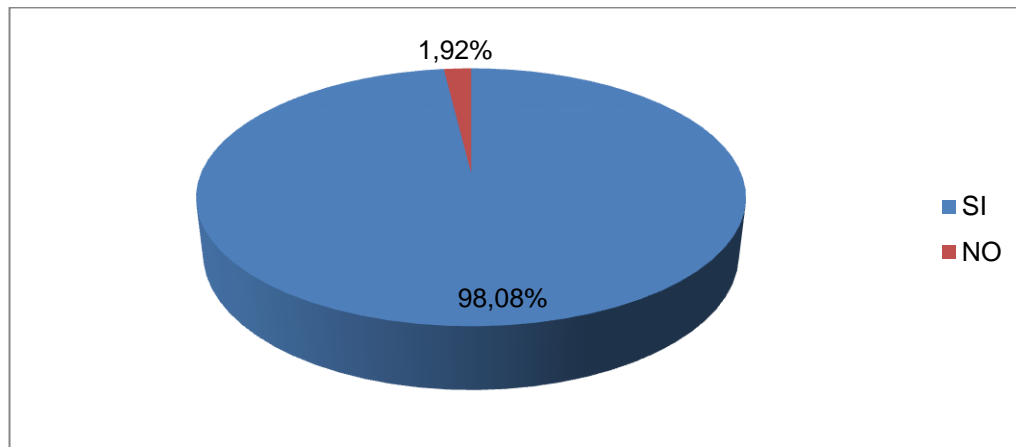
Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

En adultos mayores existe una menor producción de saliva, un estudio realizado en Nueva Zelanda (Muñoz, A. 2007) demuestra que el 79% de los adultos mayores presentan xerostomía, sin diferencias en cuanto a género, otros autores reportan que el 30% de la población de 65 años y más, experimenta xerostomía por hipofunción glandular, en otro estudio realizado en Barcelona – España (Reinoso, O. 2005) se reporta un 21% de prevalencia de xerostomía en personas mayores de 50 años.

Los adultos mayores que presentaron xerostomía supieron manifestar que esta molestia sintieron hace no más de un año, ocasionándoles incapacidades durante la alimentación, así mismo un grupo indica que a raíz que comenzaron a consumir medicamentos recetados por el médico para aliviar sus dolores musculares, depresión, estrés, tristeza, soledad, pérdida de su cónyuge, etc., se presentó el problema en mención.

GRÁFICO N°4

PERCEPCIÓN DEL SABOR DE LOS ALIMENTOS POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



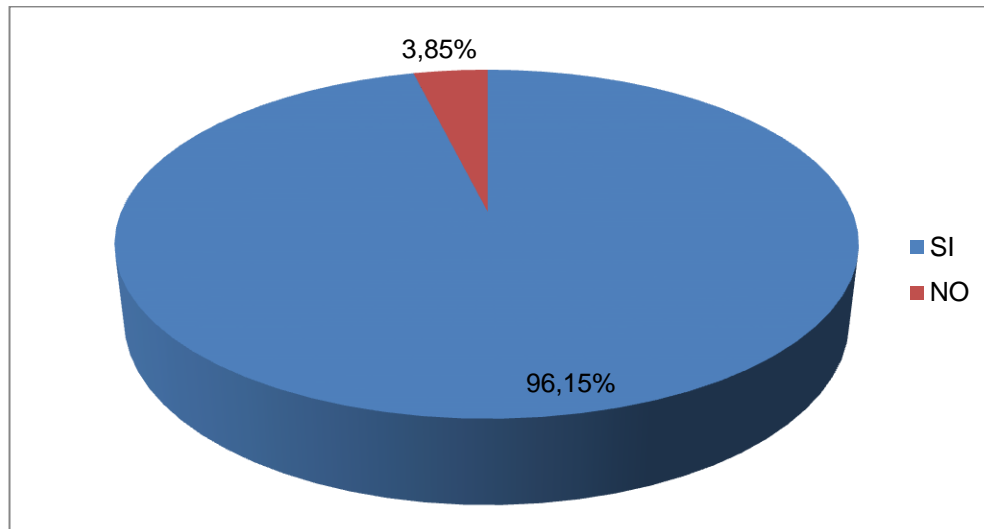
Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

Estudios efectuados en Japón (2006) han demostrado que los pacientes que viven en casas de reposo tienen problemas nutricionales; así mismo esto ocasiona alteración en la percepción del gusto, para la mayoría de los pacientes, los sabores no son los mismos cuando una prótesis les cubre el paladar.

Debido a que algunos adultos mayores manifestaron su desagrado por la alimentación ofrecida pues les parecía insípida, se degustó algunas preparaciones pudiendo observar que esta tenía un sabor agradable. A medida que avanza la edad, los sentidos del gusto y olfato van disminuyendo, esto podría relacionarse también al uso de placa dental o al consumo de medicamentos.

GRÁFICO N°5

PERCEPCIÓN DEL OLOR DE LOS ALIMENTOS POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

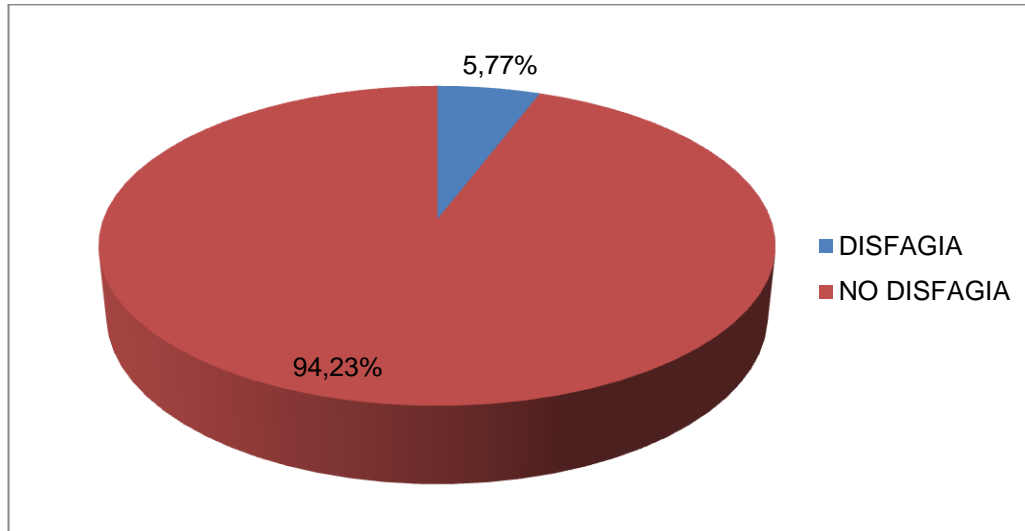
“El olfato es un sentido especializado en la detección de sustancias cuyo papel funcional es de gran relevancia puesto que permite evaluar de forma constante las cualidades de nuestro entorno convirtiéndose en un mecanismo básico de alerta e interacción con el medio que nos rodea”. Finelli, P.2008. Además, posee un papel crítico en la alimentación, ya que junto al sentido del gusto determina el sabor y aroma de los alimentos contribuyendo a una nutrición adecuada y permitiendo detectar aquellos alimentos que podrían causar daño al ingerirlos.

Los adultos mayores que se les imposibilita oler los alimentos tienen problemas de alergia, además indicaron que presentan problemas de congestión nasal desde la edad adulta.

Las alteraciones olfatorias se incrementan con la edad y más del 50% de los adultos mayores de 60 años presentan disminución en su capacidad olfatoria sin que este hecho implique patologías asociadas (Murphy C.; 2002).

GRÁFICO N°6

PRESENCIA DE DISFAGIA EN EL ÚLTIMO AÑO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

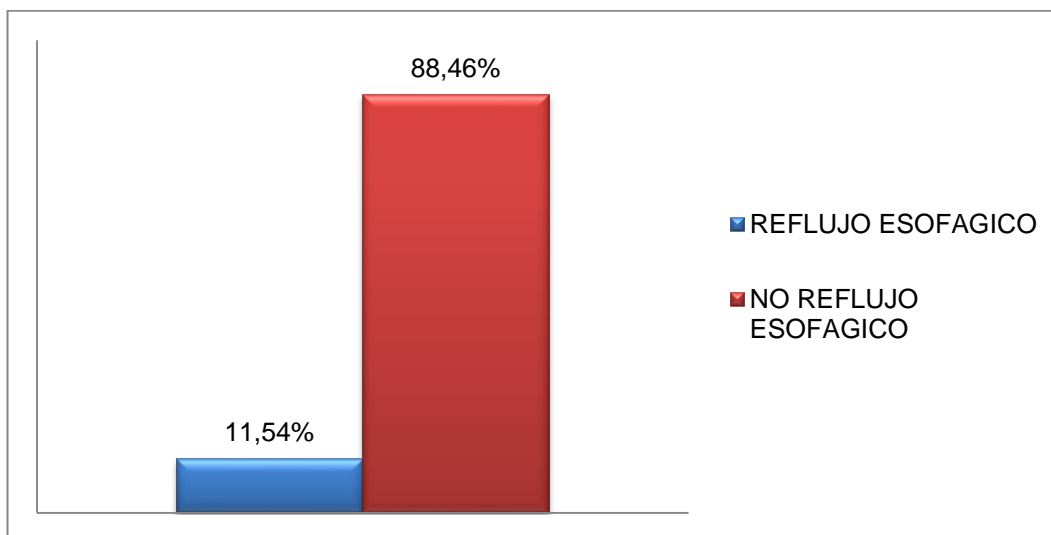
El Dr. Francesc Vilardell(2006) médico de la Fundación de Gastroenterología Chile, indica que la disfagia del adulto mayor puede producirse por una amplia variedad de alteraciones estructurales que afecten la anatomía durante la deglución o que obstaculicen el paso del bolo, o más frecuentemente por alteraciones funcionales que alteren la propulsión del bolo o enlentezcan la velocidad de diferentes reflejos orofaríngeos imprescindibles para la deglución.

El fondo de Investigaciones Sanitarias Barcelona – España (2004) afirma que la disfagia afecta al 30% de los pacientes que han sufrido un accidente vascular cerebral (AVC), el 52-82% de pacientes con Parkinson y hasta el 84% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Incluso en los casos más leves, la disfagia puede ocasionar un grave impacto en la calidad de vida del paciente pues manifestaron que es molesto sentir esta sensación mientras se alimentan.

GRÁFICO N° 7

PRESENCIA DE REFLUJO GASTRO - ESOFÁGICO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

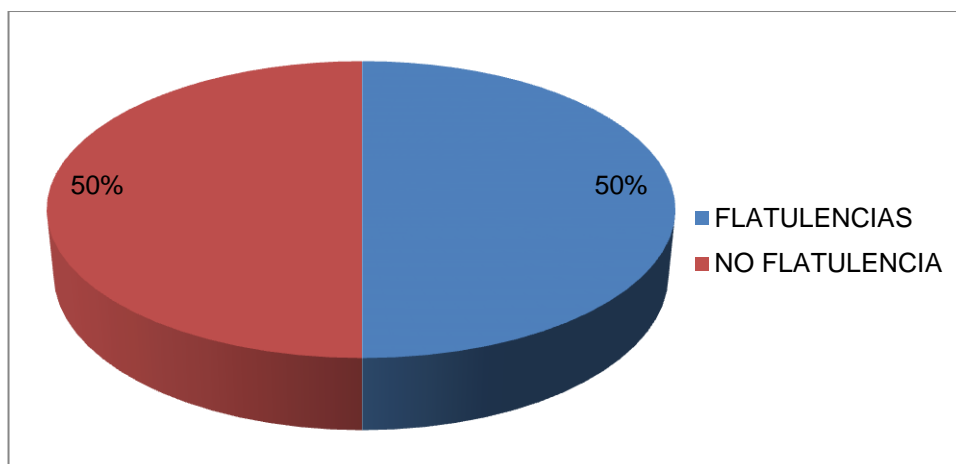
La Sociedad Iberoamericana de información Científica (SIIC) México (2002) indica que en los adultos mayores la sintomatología del reflujo esofágico incluye dolor, pirosis, regurgitación, distensión abdominal e indigestión, pérdida de peso, anemia o hemorragia. La prevalencia de complicaciones por encima de los 60 años asciende al 81%. Por lo tanto, la enfermedad por reflujo es más común en los adultos mayores.

Los adultos mayores con reflujo esofágico supieron manifestar que estas manifestaciones clínicas les ocurre con una frecuencia de 2 – 3 veces al día y esto les ocurre cuando consumen principalmente café o leche; sintiendo sensación de náuseas o vómito al momento de consumir estos alimentos.

“El envejecimiento está asociado a cambios de la motilidad esofágica, aumenta con la edad y ocasiona episodios de reflujo más prolongados o frecuentes”.(Thompson ABR; 2007).

GRÁFICO N° 8

PRESENCIA DE FLATULENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

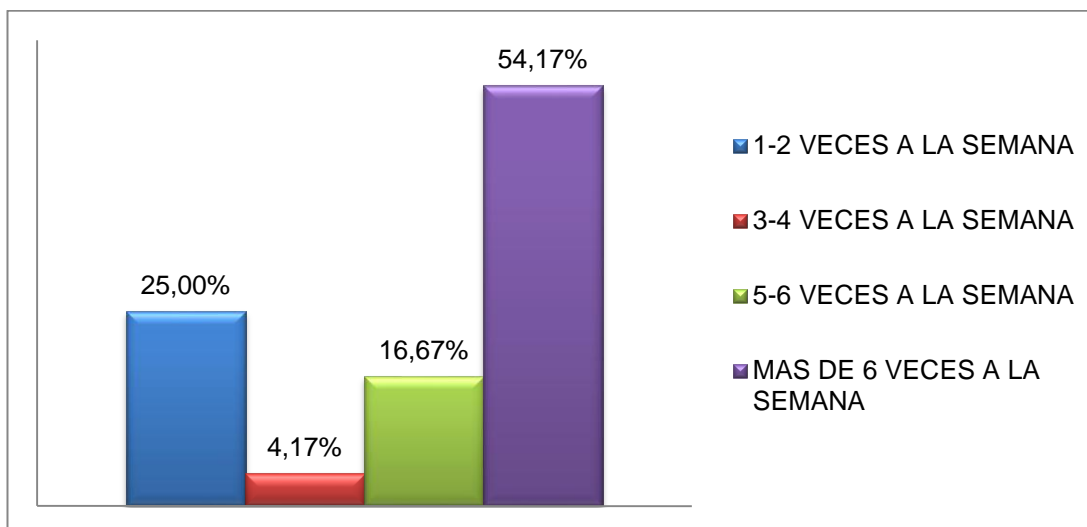
El Dr. Michael Levitt médico gastroenterólogo Barcelona – España (2007) manifiesta que existen muchos factores importantes que influyen en los síntomas relacionados con los gases, y entre ellos están: la cantidad de aire tragado; la eficacia del tracto gastrointestinal para movilizar y expeler el aire o gases; y, la cantidad de gases producida por las bacterias que habitan en el colon y actúan sobre los alimentos no digeridos por completo.

La mitad de adultos mayores que presentaron esta molestia supieron manifestar que a medida que han aumentado de edad han sentido con más frecuencia flatulencias, las mismas que se presentan acompañadas de fuertes dolores estomacales y en algunos casos con diarrea.

“Es evidente que algunas personas tragan demasiado aire, el cual ingresa al estómago. Comer rápido, y otros hábitos como masticar goma de mascar, o usar dentaduras postizas flojas podrían contribuir a que la persona trague aire en exceso”. Dr. Larry Szarka, Escuela de Medicina de Mayo Clínica, Rochester, Minnesota 2010.

GRÁFICO N° 9

FRECUENCIA DE FLATULENCIAS EN LOS ADULTOS MAYORES EN LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODOMAYO – JUNIO 2013



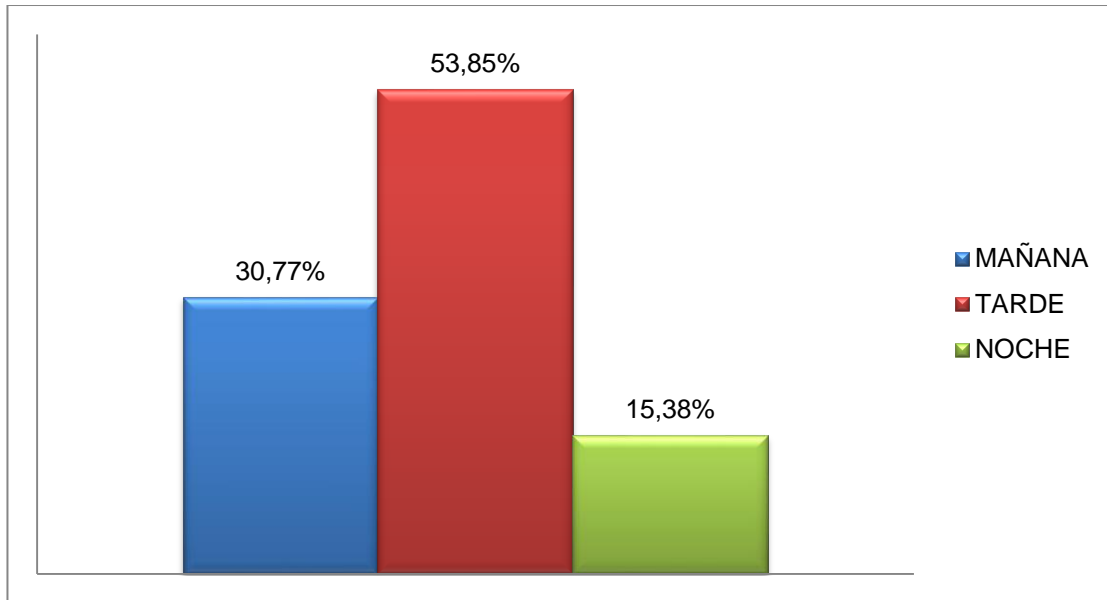
Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

Un estudio realizado por la Dra. Alida Muñoz Colombia (2007) donde se investigó a 100 adultos mayores, se pudo evidenciar que a medida que aumenta la edad la frecuencia de flatulencias se aumenta debido al deterioro digestivo que ocasiona el aumento de edad. La frecuencia normal de flatulencias se puede catalogar dentro de 15-30 veces al día como normal, si esta frecuencia aumenta ya se podría estar tratando de alguna manifestación clínica que deberá ser valorada por un médico.

Los adultos mayores evaluados en este estudio presentaron entre 15–20 veces al día flatulencias lo que se puede catalogar dentro de la normalidad; sin embargo muchos de ellos supieron manifestar como es un episodio molesto prefieren excluirse de las actividades del grupo por temor a ser rechazados.

GRÁFICO N° 10

HORARIO EN EL CUAL SE PRESENTAN MAYORMENTE FLATULENCIAS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

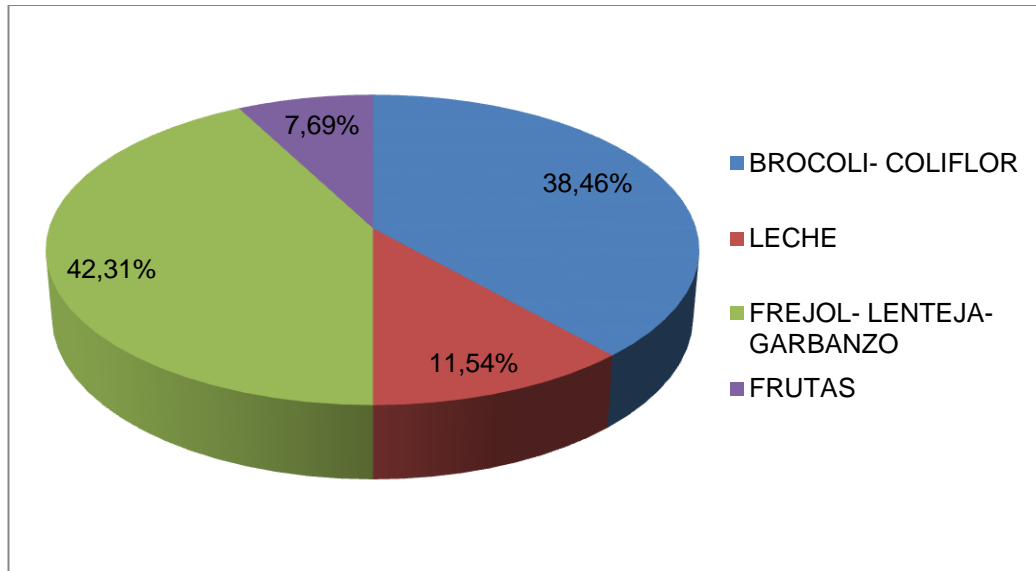
Un estudio realizado en Chile por el Dr. Armando Manchero (2009) indica que no se han elaborado investigación que señale que en la noche existe una mayor frecuencia de flatulencia pero el estudio elaborado por el Dr. Manchero en un grupo de adultos mayores demostró que con mayor frecuencia las flatulencias se producen en la noche debido a la carga alimentaria que el estómago recibe durante este periodo el mismo que luego el paciente va de descanso lo que indica menor trabajo para el organismo.

La presencia de gases es más intensa en los adultos mayores en la tarde, debido a que existen varios factores que facilitan su aparición a cualquier edad, entre los cuales destacan el tipo de comida, forma de comer y la existencia de ciertas enfermedades.

La frecuencia del día es de acuerdo al tipo de alimentación que se consuma en cada tiempo de comida puesto que no existe alguna investigación científica que afirme que en algún horario en especial se produce mayor frecuencia de flatulencias.

GRÁFICO N° 11

ALIMENTOS QUE LES OCASIONAN FLATULENCIAS A LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

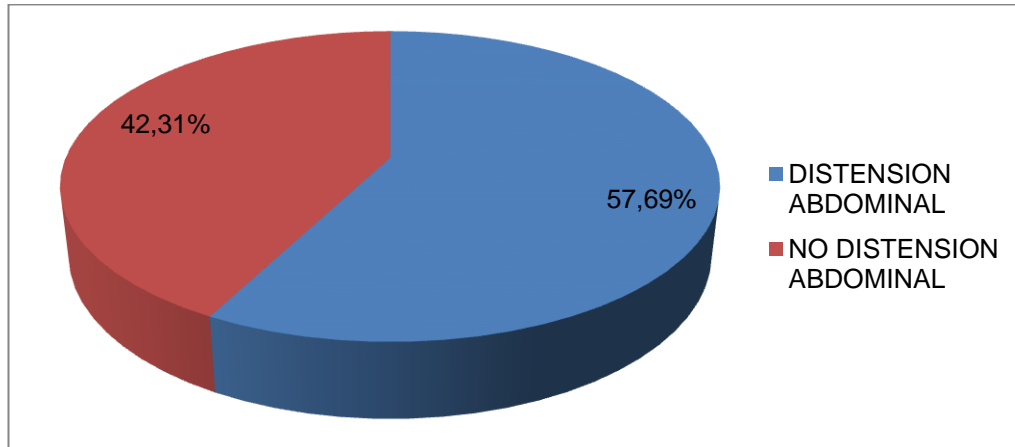
Un estudio realizado en Argentina (Noriega, M. 2006) manifiesta que en algunos adultos mayores se ve afectado su sistema digestivo debido a la edad, lo que provoca dificultad para digerir completamente ciertos alimentos, esto puede conducir a que transiten alimentos parcialmente digeridos desde el intestino delgado al colon. En el colon existe una gran cantidad de bacterias, que fácilmente “digieren” los alimentos aún más, pero este proceso produce gases.

Los alimentos que ocasionaron flatulencias en los adultos mayores fueron el frejol, lenteja, garbanzo, brócoli y coliflor.

La Dra. Alida Muñoz Colombia (2007) indica que los alimentos que contienen ciertos azúcares muy difíciles de digerir son los que ocasionan gases, en este grupo se encuentran el fréjol, habas y lentejas.

GRÁFICO N° 12

PRESENCIA DE DISTENSIÓN ABDOMINAL EN EL ÚLTIMO AÑO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

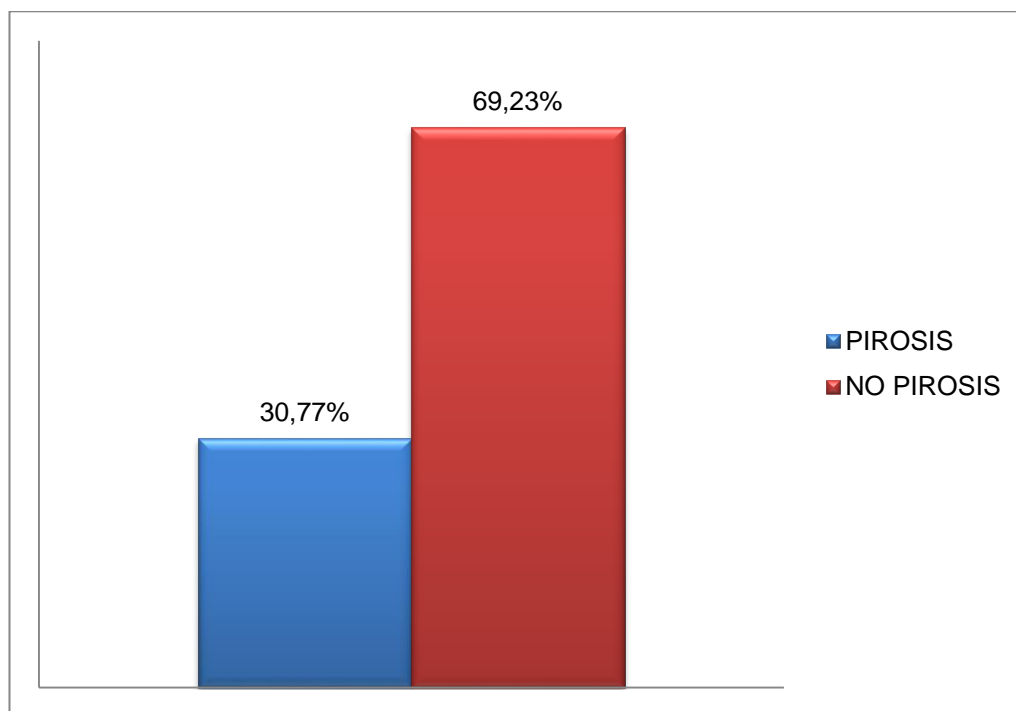
“Cuando el intestino es incapaz de digerir con normalidad algún componente habitual de nuestra dieta se produce una distensión abdominal. Al no poder ser digerido, el alimento, en lugar de pasar hacia el torrente sanguíneo, continua su camino hacia las partes terminales del intestino arrastrando a su paso agua y produciendo cierto dolor en forma de diarreas y flatulencias. Por este motivo, uno de los síntomas más habituales de intolerancia es la inflamación abdominal.” Ruiz, A. 2009, actualizado 2013.

Se pudo apreciar que los adultos mayores venían con este malestar debido a comidas muy pesadas que hacían en la noche manifestando que al momento de ellos ir a sus hogares consumían generalmente coladas en leche o comida grasosa (papas fritas) las mismas que en el transcurso de 2 horas aproximadamente les provocaba síntomas de distensión abdominal.

Otra manifestación que indicaron los adultos mayores es que principalmente después del almuerzo ellos sentían este malestar; por lo que se revisó el menú ofertado por la Fundación y se pudo apreciar que en ciertos días la alimentación era muy cargada de ingredientes ocasionando síntomas muy molestos para ellos.

GRÁFICO N° 13

PRESENCIA DE PIROSIS EN EL ÚLTIMO AÑO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



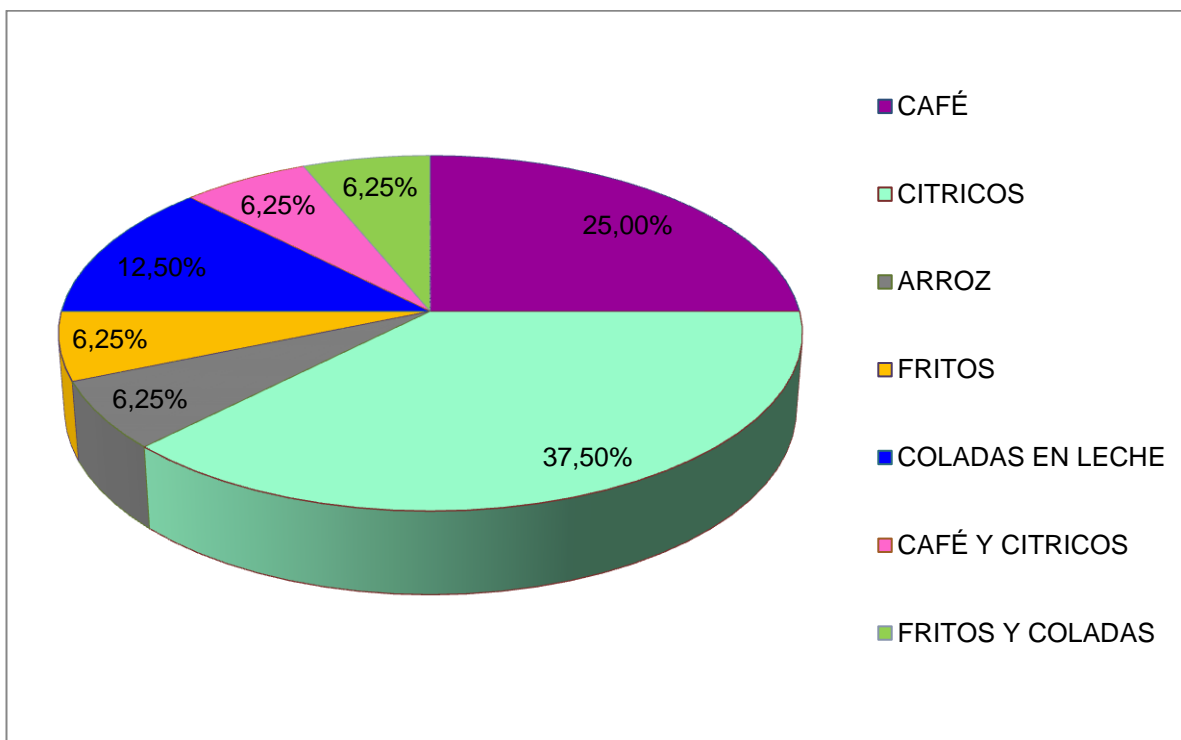
Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

Según un estudio realizado en Barcelona – España (Marino, A. 2008) se manifiesta que aproximadamente uno de cada diez españoles padece pirosis. A partir de los 65 años, la prevalencia de esta enfermedad se eleva a un 20%, ya que está estrechamente ligada a la edad y al progresivo deterioro que afecta al organismo, concretamente al aparato digestivo.

Los adultos mayores indicaron que este síntoma se presenta con mayor frecuencia en las mañanas, indicando que padecen de esta molestia desde la edad adulta.

GRÁFICO N° 14

ALIMENTOS QUE PRODUCEN PIROSIS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



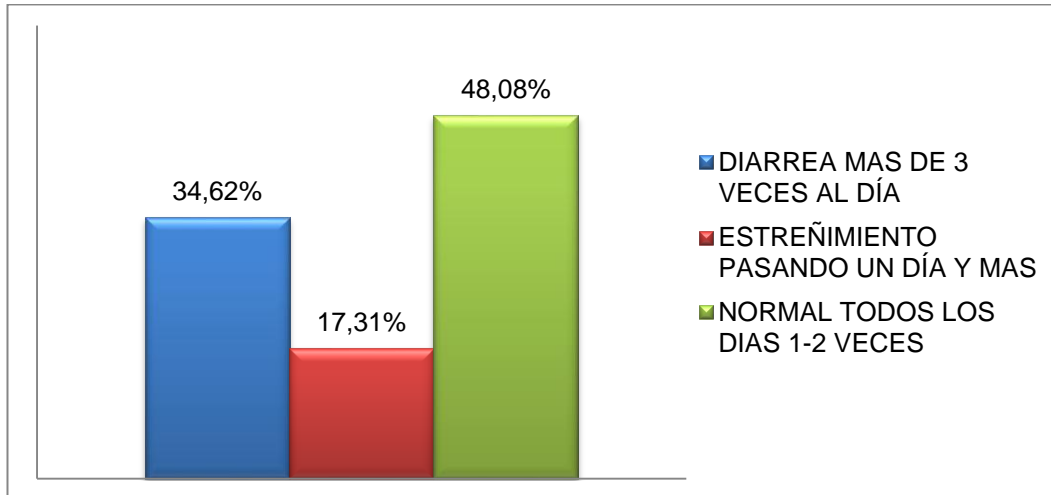
Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

“La pirosis es agravada por múltiples factores, en particular por lo alimentos, por lo que se agrava en las horas siguientes a las comidas. Algunos alimentos, como los grasos, los azúcares, la miel, el chocolate pueden agravar el cuadro de pirosis al disminuir la presión del esfínter esofágico inferior. Muchas bebidas, entre ellas el café, el alcohol, los jugos de cítricos también producen pirosis. En todos los casos, el malestar se inicia 1 o 2 horas después de la ingestión” (Quintero, A. 2009.)

Los adultos mayores presentaron síntomas de pirosis indicaron que estos alimentos aparte de producirles pirosis les ocasiona distensión abdominal.

GRÁFICO N° 15

PROCESO DE EVACUACION EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

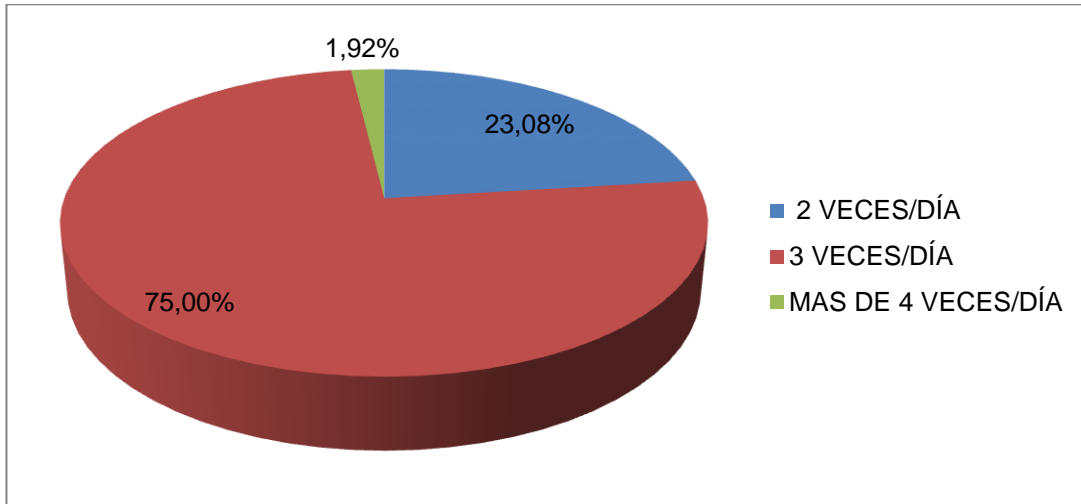
Un estudio realizado en Chile (Pinzón, D. 2009) a un grupo de adultos mayores indicó que generalmente cuando se evacua heces líquidas o demasiado blandas aproximadamente más de 3 veces al día se considera que ya presenta un problema de digestión denominado diarrea, así mismo cuando se presenta incapacidad para defecar llamándose estreñimiento se lo categoriza cuando la defecación es pasando un día o más días. Cuando las defecaciones son todos los días de 1 a 2 veces se los ubica dentro de la normalidad indicando en cierto modo que no tienen problemas en asimilación de los nutrientes.

El porcentaje de adultos mayores que presentaron diarrea afirmaron que esta manifestación clínica la sienten muy a menudo siendo acompañada de varios síntomas como dolor estomacal, distensión abdominal. Estos síntomas se producen cuando consumen alimentos elaborados con leche, la misma que tras 2 o 3 horas de consumir este tipo de alimentos comienzan con los síntomas ya antes mencionados.

“La digestión del adulto mayor difiere de una persona a otra y esta estrictamente relacionada con enfermedades diagnosticadas o los hábitos alimentarios así como intolerancias a ciertos componentes de los alimentos.” (Reinoso, O. 2006).

GRÁFICO N° 16

NÚMERO DE VECES QUE SE ALIMENTAN AL DÍA LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

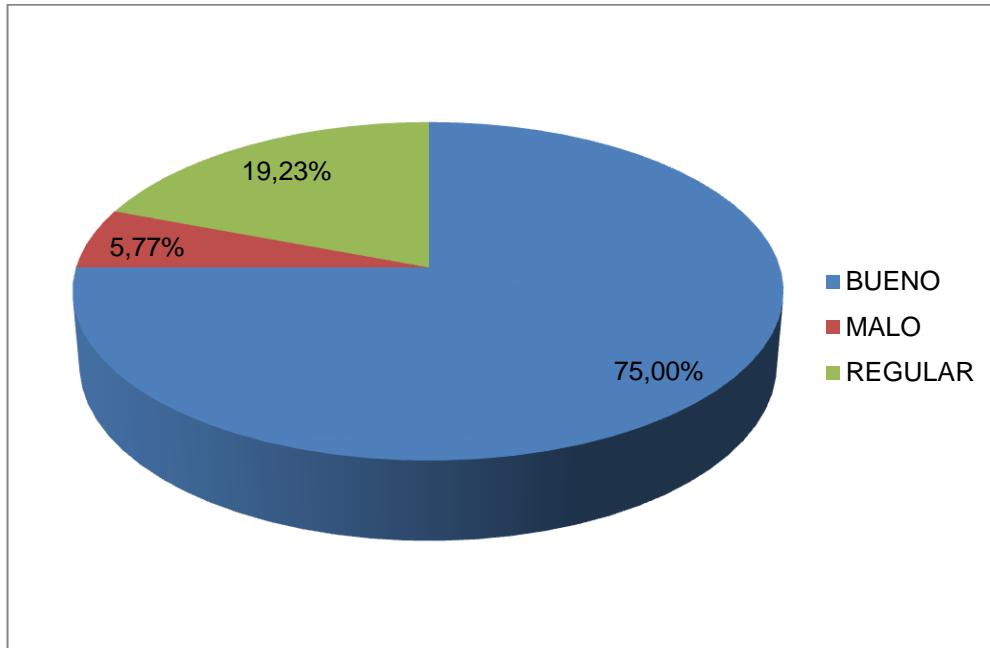
La recomendación dietaria difiere de una persona a otra, pero se recomienda realizar al menos 3 comidas diarias y 2 colaciones $\frac{1}{2}$ mañana y $\frac{1}{2}$ tarde, principalmente esta recomendación se basa en la cantidad de energía que necesita el organismo a lo largo del día para realizar las distintas actividades cotidianas necesitando de 5 tiempos de comidas para poder cumplir con todas las actividades con normalidad.

“Los adultos mayores suelen no comer en la noche, sin embargo, es importante mantener siempre una comida liviana al atardecer, que evitará un largo período de ayuno y mejorará las funciones metabólicas en el organismo.” (Quintero, A. 2009.)

Los adultos mayores aparte de las 2 comidas recibidas en la Fundación realizan una tercera comida, la merienda, la misma que es preparada en casa; por otro lado un grupo de adultos mayores se alimentan únicamente en la Fundación con las 2 comidas que les brindan lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de fragilización.

GRÁFICO N° 17

APETITO QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES EN LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

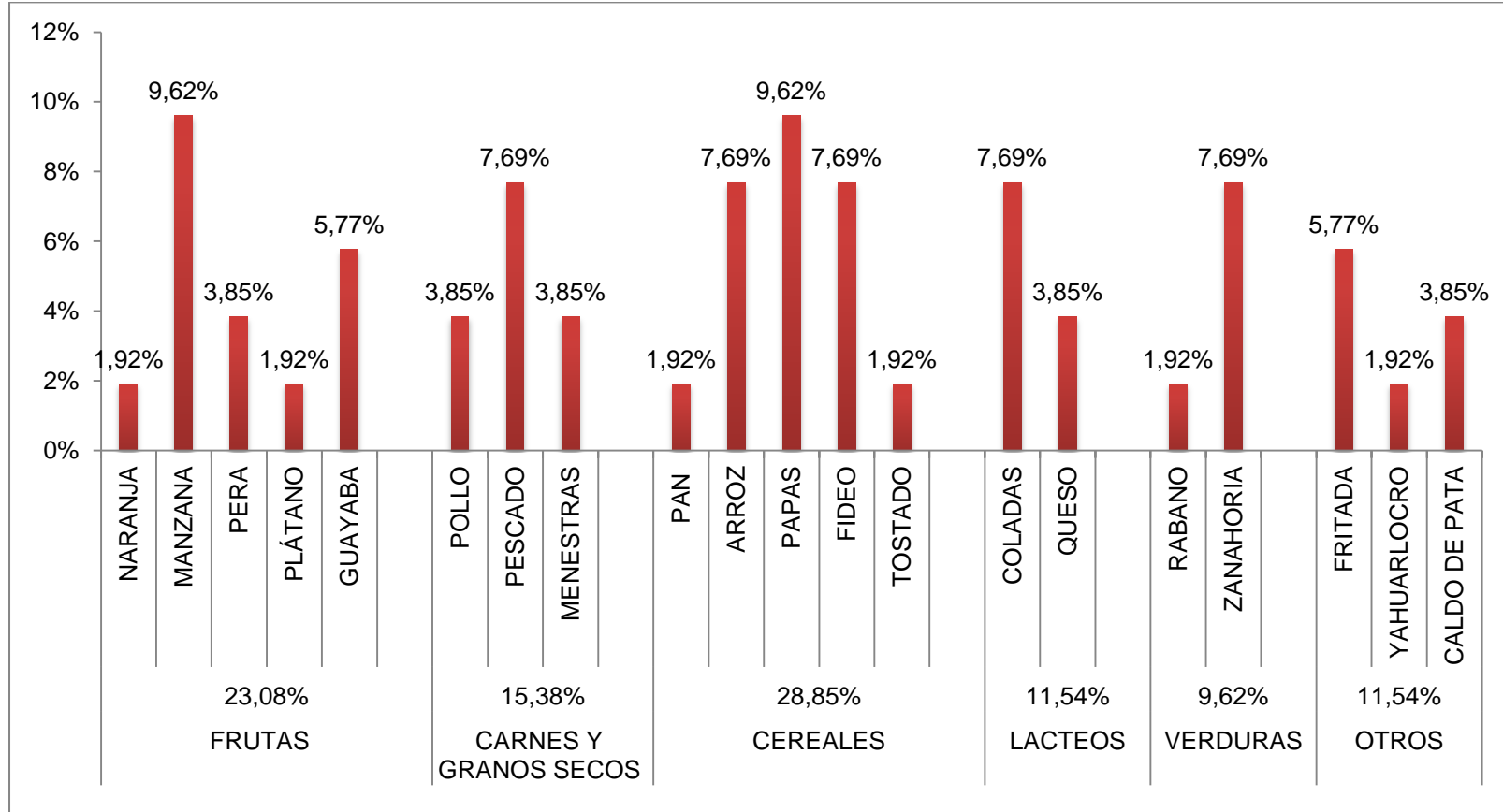
“Una disminución del apetito casi siempre se observa entre los adultos mayores y no se puede encontrar ninguna causa. Sin embargo, la tristeza, la depresión, la aflicción o la ansiedad son una causa común de pérdida de peso”. (Restrepo, SL. 2002).

La especialista en Geriatria en el Hospital de Guadalajara Julieta Moreno Vargas (2010), manifestó que es frecuente la pérdida de sed y apetito en los adultos mayores, lo cual propicia problemas de deshidratación y desnutrición debido a que existen varios factores, como los problemas de masticación, derivados de la pérdida de piezas dentales común a esta edad.

Esta manifestación no se refleja en el grupo debido a que manifestaron en gran mayoría que presentan un buen apetito, el mismo que mediante la observación se comprobó que consumían los alimentos con agrado.

GRÁFICO N° 18

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS
PERIODO MAYO – JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

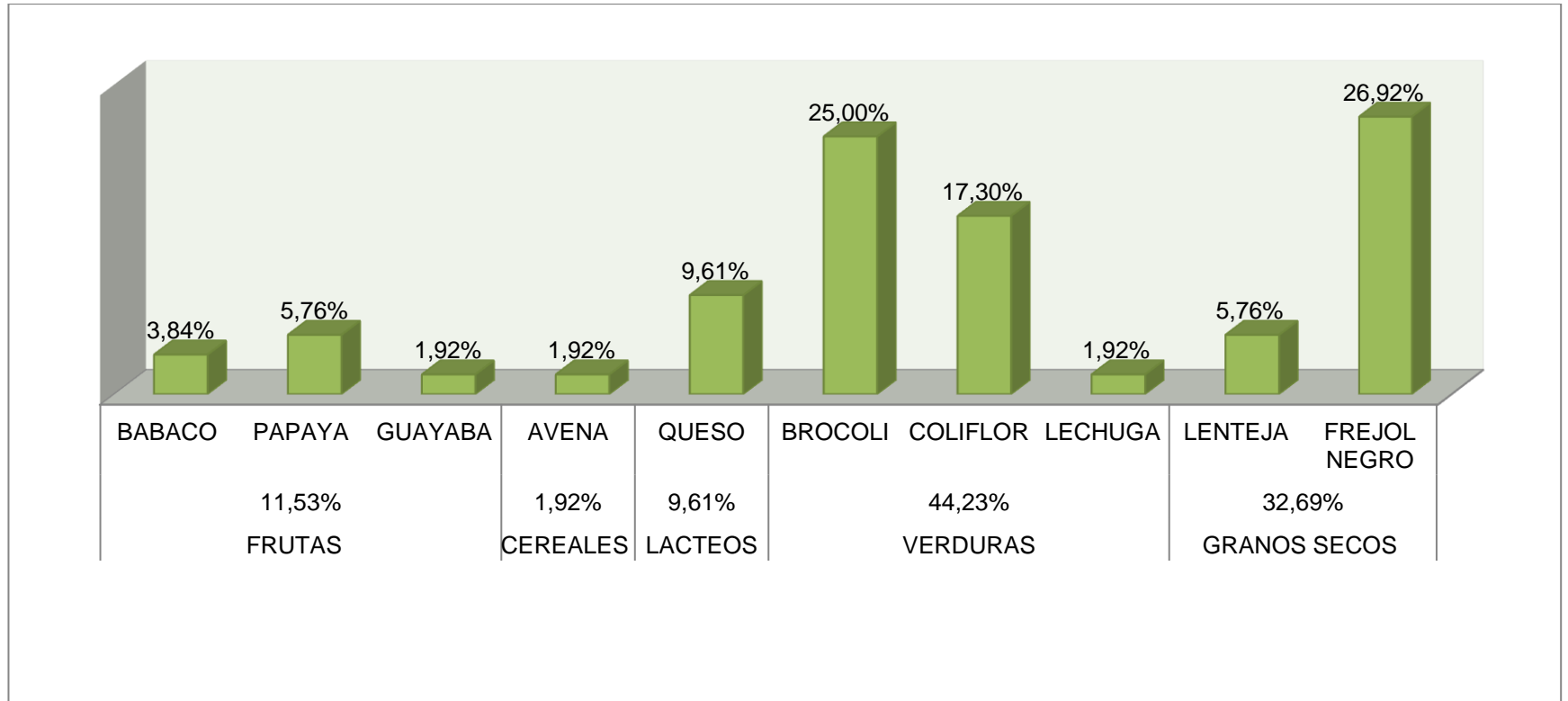
“Es importante resaltar que la conducta alimentaria en esta edad es difícil de modificar por diferentes factores, uno de ellos es la tradición, la cual da cuenta de aquellos valores y prácticas transmitidos de generación en generación y que marcan pautas de comportamiento. Alrededor de la tradición confluye el pensamiento mágico religioso, además se comprometen automatismos culturales que pueden tener origen en las creencias, las cuales se configuran en las costumbres y se instalan en los hábitos. Esto incide en la alimentación ya que en esta, se materializan los recursos disponibles para la adquisición de alimentos, además de los atributos de diferente orden que culturalmente se da a los mismos.” (Restrepo, SL. 2002).

En la indagación, los adultos mayores reconocen la necesidad de cambiar sus hábitos de alimentación para el manejo y control de sus enfermedades, pero igualmente plantean que esto significa una renuncia a sus preferencias alimentarias, agradables por su sabor y por lo que estos representan.

GRÁFICO N° 19

ALIMENTOS QUE PRODUCEN MALESTAR O ALTERACIÓN GASTROINTESTINAL EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO –

JUNIO 2013



Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

Investigaciones realizadas en España (Rodríguez, E. 2009) indica que todo ser humano siente algún rechazo a las comidas debido al daño que esta causa en el organismo; muchos de estos alimentos no son dañinos, pero la falta de educación nutricional en la población es muy evidente debido a que ciertos alimentos son flatulentos consumidos en horas donde el organismo no trabaja con la misma intensidad que a lo largo del día, asumiendo por desconocimiento, que son dañinos; pero es una conclusión errada, debido a que todos los alimentos aportan ciertos nutrientes esenciales consumidos a horas adecuadas del día.

“A mi si que me gustaba la carne gorda, el chicharrón como es de delicioso”, y ya no los puedo comer por que lo médicos le dicen a uno, que ya a esta edad no puede comer esas cosas por que hacen daño” (mencionado por un adulto mayor Mayo –Junio 2013).

TABLA N° 2

RELACIÓN DE LA FISIOPATOLOGÍA DIGESTIVA CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESÚS PERIODO MAYO – JUNIO 2013

	POSIBLE RIESGO DE DESNUTRICIÓN (1)	NORMAL (22)	SOBREPESO (15)	OBESIDAD I (10)	OBESIDAD II (3)	OBESIDAD IV EXTREMA (1)
DENTADURA PROPIA		5,76 %	3,84%	1,92%		
PLACA DENTAL	1,92%	19,23%	19,23%	5,76%	5,76%	1,92%
CARENCIA DE PIEZAS DENTALES		17,30%	5,76%	11,53%		
XEROSTOMÍA	1,92%	11,53%	3,84%	7,69%	7,69%	1,92%
DISFUNCIÓN DEL SENTIDO DEL GUSTO		1,92%				
DISFUNCIÓN DEL SENTIDO DEL OLFATO		3,84%				
DIFICULTAD PARA DEGLUTIR	1,92%	1,92%			1,92%	
REFLUJO ESOFÁGICO	1,92%	3,84%	1,92%	1,92%	1,92%	
FLATULENCIA	1,92%	28,84%	5,76%	5,76%	5,76%	1,92%
DISTENSIÓN ABDOMINAL		30,76%	7,69%	9,63%	7,69%	1,92%
PIROSIS		13,46%	9,63%	5,76%		1,92%

Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

“El estado nutricional del adulto mayor alterado constituye un factor de riesgo, es un agravante que se asocia a numerosas enfermedades. Se puede creer que existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así por ejemplo se enferman más los adultos mayores desnutridos y se desnutren más los adultos mayores enfermos. Esto a su vez se relaciona con factores tales como la alimentación, hábitos alimentarios y edad en la aparición de molestias y patologías digestivas. Por otra parte, un estado nutricional adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de la función en los diferentes órganos y sistemas”. (Quintero, 2009).

En la encuesta realizada a los adultos mayores mediante una asociación de la fisiopatología digestiva con su estado nutricional se puede observar en la tabla que no se relaciona la aparición de cambios digestivos con el estado nutricional debido a que el mayor porcentaje perteneció a los adultos mayores con estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad.

TABLA N° 3

RELACIÓN DE LOS ALIMENTOS QUE OCASIONAN MOLESTIAS DIGESTIVAS CON LOS ALIMENTOS BRINDADOS EN UN CICLO DE MENÚ PARA 15 DÍAS EN LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESUS PERIODO MAYO – JUNIO 2013

	ALIMENTOS QUE PRODUCEN MOLESTIAS DIGESTIVAS	ALIMENTOS BRINDADOS DURANTE LOS 15 DÍAS QUE PRODUCEN PATOLOGIAS DIGESTIVAS			
		REFRIGERIO 9:00 AM.		ALMUERZO 12: 30 PM.	
		DÍAS /15	PORCENTAJE	DÍAS/15	PORCENTAJE
REFLUJO ESOFÁGICO	LÁCTEOS	5	33,30%		
	FRUTAS CITRICAS	6	40%		
	MENESTRAS			2	13,30%
	HABAS			1	6,60%
FLATULENCIAS	LÁCTEOS	5	33,30%	8	53,30%
	COL			1	6,60%
	CEREALES	5	33,30%		
	FRITOS			5	33,30%
DISTENCIÓN ABDOMINAL	LÁCTEOS	5	33,30%	8	53,30%
PIROSIS	FRITOS			5	33,30%
DIARREA	MENESTRAS			2	13,30%
	FRITOS			5	33,30%

Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

“La comida debe ser fácil de asimilar por el adulto mayor. Hay que considerar que alimentos duros o muy secos no son los apropiados. Por lo tanto, una buena opción es la dieta semisólida o blanda”. (Palma, Ana. 2005).

En la Fundación se ofrecen alimentos de una consistencia de difícil masticación para el adulto mayor ya que se ofrece carne o pollo frito ocasionando disfagia en los adultos mayores manifestando que ellos deben tragar casi entero por lo que muchos no presentan piezas dentales o tienen su prótesis dental en mal estado.

Un estudio elaborado en Barcelona – España (2009) demuestra que no hay alimentos prohibidos para el adulto mayor, a menos que existan intolerantes a la lactosa, al fréjol o a la col debido a que les pueden causar malestares intestinales como flatulencias. Si estos alimentos no causan malestar, no hay razón para omitirlos de la alimentación.

De los 15 días tomados en cuenta se usaron preparaciones a base de granos siendo un factor muy importante para la aparición de molestias digestivas en los adultos mayores tales como flatulencias y diarrea.

TABLA N° 4

GRADO DE APRECIACIÓN DEL MENÚ OFRECIDO POR LA FUNDACIÓN MARIANA DE JESUS A LOS ADULTOS MAYORES PERIODO MAYO – JUNIO 2013

CARACTERÍSTICAS ORGANOLEPTICAS	RANGOS DE CALIFICACIÓN DE CICLO DE MENU DE 15 DIAS					PERCEPCIÓN
	1	2	3	4	5	
REFRIGERIO						
COLOR	12	2	1			ADULTO MAYOR
	9	2	4			INVESTIGADORA
OLOR	15					ADULTO MAYOR
	15					INVESTIGADORA
SABOR	10				5	ADULTO MAYOR
	15					INVESTIGADORA
CONSISTENCIA	13			2		ADULTO MAYOR
	9	1		5		INVESTIGADORA
ALMUERZO						
COLOR	15					ADULTO MAYOR
	5	3	7			INVESTIGADORA
OLOR	15					ADULTO MAYOR
	15					INVESTIGADORA
SABOR		8			7	ADULTO MAYOR
		15				INVESTIGADORA
CONSISTENCIA	11		4			ADULTO MAYOR
	8			7		INVESTIGADORA

Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor

Elaborado por: Katherine Arias

TABLA 4.1

CRITERIOS DE VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS ORGANOLÉPTICAS DE LOS ALIMENTOS

COLOR	
1	BUENO
2	MALO
3	REGULAR

OLOR	
1	AGRADABLE
2	DESAGRADABLE

SABOR	
1	DULCE
2	SALADO
3	AGRIO
4	AMARGO
5	OTROS

CONSISTENCIA	
1	SOLIDA
2	SEMISOLIDA
3	LIQUIDA
4	SEMILIQUIDA

Fuente: Criterios de evaluación bromatológica y nutricional de productos elaborados a partir del etiquetado e información técnica (Carrión, O. 2011).

Elaborado por: Katherine Arias

“Los adultos mayores debido al deterioro de los órganos de los sentidos, experimentan rechazo a ciertos alimentos, por lo que la alimentación en este grupo etéreo debe estar direccionada a estos cambios. La alimentación debe ser en base a las necesidades, la misma que debe ser variada en cuanto a la distribución de los alimentos por colores cuidando que este no mantenga un solo color en el plato”. (Chiriboga, JC. 2009).

Durante los 15 días la variación de colores en las preparaciones fue disminuida, pese a que los adultos mayores indicaron estar satisfechos con el color se puede afirmar que mas primaba el color blanco dado por los carbohidratos.

Existe una buena apreciación del menú ofrecido tanto para el adulto mayor como por la investigadora ya que aparentemente no existe un olor que indique que los alimentos están en mal estado.

“La consistencia de los alimentos para los adultos mayores debe ser semisólida a semilíquida por la pérdida de su dentadura propia impidiéndoles realizar un correcto proceso de masticación.” (Almeida, E. 2006).

TABLA N° 5

**DISTRIBUCIÓN DEL VALOR CALÓRICO TOTAL Y LA RELACIÓN CON LOS
REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL ADULTO MAYOR EN LA FUNDACIÓN
MARIANA DE JESUS
PERIODO MAYO – JUNIO 2013**

TIEMPO DE COMIDA	DISTRIBUCIÓN DE KCAL EN EL DÍA	RECOMENDACIONES CALÓRICAS		CALORÍAS CONSUMIDAS EN LA FUNDACIÓN	
		MUJER 1900 KCAL	VARÓN 2300 KCAL	MUJER	VARÓN
DESAYUNO	25%	475 KCAL	575 KCAL		
1/2 MAÑANA	15%	285 KCAL	345 KCAL	290 KCAL	290 KCAL
ALMUERZO	30%	570 KCAL	690 KCAL	520 KCAL	520 KCAL
1/2 TARDE	10%	190 KCAL	230 KCAL		
CENA	20%	380 KCAL	460 KCAL		

Fuente: encuestas aplicada a los adultos mayores de la Fundación Mariana de Jesús sobre fisiopatología digestiva del Adulto Mayor
Elaborado por: Katherine Arias

“Los adultos mayores tienen menos necesidades calóricas o energéticas que las personas más jóvenes, porque producen un menor gasto de energía. Su metabolismo gasta menos y en muchos casos porque reducen considerablemente la actividad física. Cumplir con los requerimientos nutricionales en el adulto mayor es un reto ya que si bien disminuyen las necesidades diarias de energía, no sucede así con las necesidades de los nutrientes: proteínas, vitaminas y minerales, las cuales no se reducen, sino aumentan”. Almeida, E. 2006.

La Fundación está cumpliendo con la recomendación en cuanto a calóricas en las 2 comidas repartidas diariamente. La distribución de macronutrientes está siendo suplida por carbohidratos, sustituyendo las carnes y verduras que la reparten en pequeñas porciones.

CONCLUSIONES

- El estado nutricional de los adultos mayores demuestra un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad.
- Las molestias digestivas que se encontraron en los adultos mayores fueron principalmente flatulencias y distensión abdominal tras consumir alimentos tales como el café, lácteos y granos.
- La apreciación del menú ofrecido en la Fundación presenta un adecuado valor calórico de acuerdo a las recomendaciones nutricionales para el adulto mayor.
- La alimentación que tiene el adulto mayor en la Fundación es adecuada en cuanto al olor; pese que los adultos mayores manifestaron estar satisfechos con el color, no fue adecuada debido a que la comida debe ser colorida para que sea atractiva para la vista del consumidor.
- La observación del menú ofrecido en la Fundación indicó un alto consumo de alimentos que causan molestias digestivas como los lácteos, fritos y granos.
- La fisiopatología digestiva que presentaron los adultos mayores hacen referencia a la disminución del consumo de energía o a la mala distribución de las comidas en el día, la enfermedad, el envejecimiento y factores relacionados con los estilos de vida que generan alteraciones en el estado nutricional que contribuyen a la disminución de la reserva funcional del adulto mayor.
- En cuanto a la frecuencia de alimentos consumidos los adultos mayores de la fundación Mariana de Jesús tiene una inadecuada ingesta de alimentos proteicos con alto valor biológico como la carne, el pescado y el pollo. También es limitado el consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales como frutas y verduras.

- El estado nutricional fue un indicador principal en la aparición de los cambios digestivos que presentaron los adultos mayores pero mas bien la aparición de la fisiopatología digestiva se relacionó con el tipo de alimentación que ellos consumen.

RECOMENDACIONES

- Es necesario difundir más información a los cuidadores de los adultos mayores sobre cómo debe ser una correcta alimentación con el fin de evitar el desarrollo y aumento de procesos digestivos en los adultos mayores.
- Se hace importante contar con charlas educativas en alimentación y nutrición, que motiven a los adultos mayores y a sus familias a conocer los beneficios de una alimentación saludable en el proceso vital y como esta contribuye al bienestar y a la calidad de vida individual y colectiva y de esta manera se puedan construir procesos importantes que potencien la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población.
- Es necesario crear una ficha clínica nutricional, la misma que se encuentre anexada en la ficha medica del adulto mayor para que esta pueda ser una herramienta para seguimiento en cuanto a cambios en la alimentación que se deban realizar durante su estancia en la Fundación.
- Se recomienda integrar al equipo de profesionales de la institución, un profesional en el área de la Nutrición y la Dietética, para que sea líder en todo lo relacionado con el tema, y a su vez proponga y desarrolle propuestas viables, que contribuyan a mejorar la calidad de vida conforme a las capacidades socio económicas de este grupo vulnerable.
- Se sugiere a la Fundación Mariana de Jesús que dentro de las actividades que realiza a los adultos mayores incluya talleres de nutrición dirigidos por un profesional en Nutrición y Dietética en los cuales exista participación activa tanto del adulto mayor como de la persona o personas a cargo de su cuidado y enseñe a los adultos mayores hacer preparaciones nutritivas con ingredientes económicos.
- Las afecciones digestivas son muy frecuentes, por lo cual su diagnóstico requiere de una evaluación que permita una modificación de hábitos alimentarios. Es por esto que se hace necesario individualizar los cambios en la dieta para cada adulto mayor,

teniendo en cuenta los cambios fisiológicos propios del envejecimiento que traen consigo la aparición de trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos.

BIBLIOGRAFÍA

INEC. (2010). **Censo de población y vivienda – ECUADOR.**

MIES SABE II. (2010 – 2011). **Situación de salud y nutrición de los adultos mayores ecuatorianos.** Revista sabe /salud bienestar y envejecimiento.

Noriega Borge, MJ. (2009). **Cambios fisiológicos del adulto mayor.** Profesora titular fisiológica. Universidad Cantabria.

FAO (2008). **Alimentación adecuada.** Disponible en:
http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/ecu_es.stm

Revista consumer (2005). **El adulto mayor en la sociedad.** Disponible en:
<http://Revista.consumer.es/web/es>

García Hernández, M. (2007). **Proceso de envejecer, cambios físicos, psíquicos y sociales del adulto mayor.** Enfermera. Profesora Titular Enfermería Geriátrica. E.U.E Universidad de Barcelona.

Rodríguez Hernández, M. (2008). **La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad actual.** Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica Vol. 8, No. 10-11, 2008 ISSN 1409 0112 31-39.

Escandón, M. (2007). **Acercamiento conceptual a la situación conceptual del adulto mayor en América Latina.** Santiago de Chile.

ASPEN. (2006). **Ciencia y Práctica del apoyo Nutricional.** México. Volumen 4, capítulo 18. p. 374-381.

RDA. (2008). **Recommended Daily Allowance.**

Palma, Ana R. (2005). **Cambios fisiológicos del adulto mayor.** Tesis - Facultad de Medicina. UMCA. Costa Rica.

- Pinto, R. (2006). **Cambios odontológicos en el adulto mayor**. Odontólogo Universidad Mayor.
- Taucar, R. (2009). **Proceso fisiológico digestivo del adulto mayor**. Médico cirujano Barcelona – España.
- Marino, A. (2013). **Resultados obtenidos en personas de edad avanzada desnutridas, con la adición a su dieta habitual de un preparado proteico vitamínico-mineral**. Geriatrics; N° 26: 50-51.
- Timbillin, R. (2005). **Prevalencia de malnutrición en población anciana**. Española. (Barcelona). 117: 766-770pp.
- Sociedad de Gastroenterología. (2007). **Reflujo esofágico**. Minnesota.
- Garzón, G. (2009). **Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos**. Revista Médica Chile 135:846-854
- Chiriboga, JC. (2009). **Nutrición y Alimentación Humana**. 2º edición. Editorial. Ergon. Madrid - España. Volumen 2. Chile.
- SENPLADES (2008). Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES. **Apuntes sobre la evolución demográfica**. Quito.
- Pinto, G. (2011). **Situación de los ancianos en Ecuador**. Disponible en: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>> 2011-05-08.
- Flores, P. (2009). **El envejecimiento poblacional desafío para Ecuador hacia el 2025**. Ecuador.
- MSP (2010). Ministerio de Salud Pública. **Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores**. Quito.

- Espinoza, I. (2003). **Proceso de pérdida dental e higiene bucal normal del adulto mayor.** Médico Odontóloga Chile.
- Almeida, E. (2006). **Fisiología de la cavidad bucal – adulto mayor.** Médico odontólogo Chile.
- Samaniego, E. (2007.) **Ingestas Recomendadas de energía y nutrientes para lapoblación española.** Departamento de Nutrición, Universidad Complutense de Madrid.
- Pinzón, D. (2009). **Nutritional status in a healthyelderlypopulation: dietary and Supplementalintakes.** The American Journal of Clinical Nutrition; N°36: 319-331.
- Alarcón, I. (2010). **Alimentación del adulto mayor y su efecto de algunos alimentos.** Ingeniera y especialista en Ciencia y tecnología de los alimentos. Universidad de Colombia.
- Ropper, AH. Brown, RH. (2007). **Trastornos del olfato y el gusto.** En: Ropper AH, Brown RH (Eds). Principios de Neurología, (pp 195-202). McGraw-Hill Interamericana.
- Finelli, P (2008). **Disturbances of smell and taste.** En: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel Gm, Jankovich J (Eds). Neurology in clinical practice, (pp 263-270). Philadelphia: Elsevier.
- Murphy, C. (2008). **Prevalence of olfactory impairment in older adults.** JAMA. 288: 2307-2312.
- Hawkes, CH. (2003). **Problemas neuronales. Parkinson y Alzheimer en el adulto mayor-Olfactory in neurodegenerativedisorder.** MovDisord. 18: 364-372.
- Vilardell, F. (2006). **Alimentos que producen flatulencias y pirosis en el adulto mayor.** Médico de la Fundación Gastroenterológica. Chile.
- Fondo de investigaciones sanitarias (2004). **Recomendaciones del tiempo de comidas ideal.** Barcelona – España.

Sociedad Iberoamericana de Información científica (SIIC) (2002). **Distensión abdominal dolorosa en el adulto mayor**. México.

Thompson, ABR. (2007).NOGUÉS, R. **Factores que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición**. Nutrición Clínica; Vol. XV/79, N°2: 39-44.

Levitt, M. (2007). **Métodos, bases científicas, y cuidados al adulto mayor**. Nutrición y Salud Pública: OPS. 500p. Gastroenterólogo Barcelona – España.

Szarka, L. (2010). **Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report**.(EEUU). 17:37-49 pp. Escuela de medicina Mayo – Clínica Rochester Minnesota.

Muñoz, A. (2007). Colombia.**Nutrición en el anciano**. Nutrición Clínica; Vol. XIV / 83, N°2: 45-55.

Manchero, A. Albala, C. Bunout, D. y Carrasco, F.(2009). **Evaluación del Estado Nutricional en el Anciano**. Guías de Alimentación para el Adulto Mayor. Publicado por el Ministerio de Salud de Chile, pp. 37-52; 2009.

Ruiz, A. (2009). Actualizado (2013).**Distensión abdominal causas – síntomas en el adulto mayor**. Dietista-Nutricionista, Complejo hospitalario de Navarra. Disponible en: <<http://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/nutricion-y-enfermedad/causas-y-soluciones-de-la-distension-abdominal-9314>>.

Quintero, A. (2009).**National Research Council.Recomended Daily Allowances**. 10th Edition, Washington, DC.National Academy Press.

Reinoso, O (2006).**Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people**.Santiago, Chile. Med. Nov; 32(10):571-5.

Moreno Vargas, J. (2010). **Enfermedades digestivas en el adulto mayor**. Especialista en geriatría en el Hospital de Guadalajara.

Thompson, ABR. (2007). **Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in Older persons?** J Am Geriatrics Soc; 39:1139-1140.

Restrepo, SL. (Nov. 2002). **Nutrition, aging, and age-dependent diseases**. Clin Ger Med 11(4):553-765.

Lammogial, E. (2008). **Camino a una vida sana**. Disponible en: <http://atenas.librosyarte.com.mx/ceninfo/> Buenos Aires.

Ruceguines Mederos IC, Prieto Ramos O. (2007). **Gerontología y Geriatría**. La Habana – Editorial Ciencias Médicas, 19,91:27.

Carrión, O. (2011). **Criterios de evaluación bromatológica y nutricional de productos elaborados a partir del etiquetado e información técnica**. Buenos Aires – Argentina.

Colina, D. (2006). **El concepto de salud en el anciano**. Rev. Cubana Salud Pública 19, 95 52-3. Cuba.

Prieto Ramos O. (2009). **Para dar más vida a sus años**. Gerontología. Avanc Méd Cuba 19, 96; 3(7):26-8.

Faisant, C. Lauque, S. Guigoz, Y. et al. (2005). **Nutrition assessment and MNA (mini nutritional Assessment)**. Facts Res Gerontology (Suppl. Nutrition):157-161.

Guigoz, Y. Vellas, B. Garry, PJ. (2004). **Mini-Nutritional Assessment: A practical assesment toolfor grading the nutritional state of elderly patients**. Facts and Research in Gerontology. Supplement 2:15-59.

Gobierno de Chile. (2003). **Resultados I encuesta de salud**. Chile: Ministerio de salud.

Gobierno de Chile. (2007). **Perfil epidemiológico de la Salud Bucal**. Chile: Ministerio de Salud.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por Katherine Arias estudiante egresada de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es elaborar un diagnóstico de la situación nutricional del adulto mayor relacionada a la fisiopatología digestiva propia de su edad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a una encuesta. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérmelo saber o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Nº de Identificación:.....

Fecha:.....

.....
FIRMA O HUELLA DIGITAL

Anexo 2

Encuesta dirigida a Adultos Mayores que asisten a la Fundación “Mariana de Jesús”.

La encuesta realizada es con el fin de conocer la relación de la fisiopatología digestiva del adulto mayor en relación a su estado nutricional, la misma que será tomada únicamente para dicha investigación. Desde ya le agradezco su colaboración.

Peso:.....

Talla:.....

1.- IMC- Estado nutricional:

DE ACUERDO A SUS CAMBIOS DIGESTIVOS:

ENCIERRE EN UN CÍRCULO SEGÚN SEA SU RESPUESTA.

2.- ¿Tiene usted la dentadura completa propia? RESPUESTA UNICA.

a.- Si *Si su respuesta es **SÍ** siga a la pregunta 4.

b.- No *Si su respuesta es **NO** responda la pregunta 3.

3.- ¿Usa usted placa dental? RESPUESTA UNICA.

a.- Si

b.- No

4.- ¿Últimamente ha sentido sequedad en su boca?

a.- Si *Si su respuesta es **SÍ** siga a la pregunta 5.

b.- No *Si su respuesta es **NO** responda la pregunta 6.

5.- ¿Desde hace que tiempo ha sentido sequedad en su boca? RESPUESTA UNICA.

a.- Hace 1-6 meses.

b.- Hace 7-12 meses.

c.- Hace más de 1 año.

6.- ¿Usted puede sentir el sabor de los alimentos? RESPUESTA UNICA.

a.- Si

b.- No

7.- ¿Usted puede percibir el olor de los alimentos? RESPUESTA UNICA.

a.- Si

b.- No

8.- ¿Usted al tragar los alimentos siente algún dolor? RESPUESTA UNICA.

a.- Si

b.- No

9.- ¿Usted siente sensación de que la comida se le regresa a la boca? RESPUESTA UNICA.

a.- Si

b.- No

10.- ¿En los últimos 15 días ha sentido usted gases estomacales? RESPUESTA UNICA.

a.- Si *Si su respuesta es **SÍ** siga a la pregunta 11 y 12.

b.- No *Si su respuesta es **NO** pase a la pregunta 13.

11.- ¿Con que frecuencia usted siente gases estomacales? RESPUESTA UNICA.

a.- 1-2 vez a la semana

- b.- 3-4 veces a la semana
- c.- 4-5 veces a la semana
- d.- más de 5 veces a la semana

12.- ¿En qué horario del día siente gases estomacales? RESPUESTA UNICA.

- a.- Mañana
- b.- Tarde
- c.- Noche

13.- ¿Siente usted hinchazón abdominal? RESPUESTA UNICA.

- a.- Si *Si su respuesta es **SÍ** siga a la pregunta 14.
- b.- No *Si su respuesta es **NO** pase a la pregunta 15.

14.- ¿En qué horario del día siente hinchazón abdominal? RESPUESTA UNICA.

- a.- Mañana
- b.- Tarde
- c.- Noche

15.- ¿Siente usted ardor estomacal? RESPUESTA UNICA

- a.- Si *Si su respuesta es **SÍ** siga a la pregunta 16 y 17.
- b.- No *Si su respuesta es **NO** pase a la pregunta 18.

16.- ¿En qué horario del día siente ardor estomacal? RESPUESTA UNICA.

- a.- Mañana

b.- Tarde

c.- Noche

17.- ¿Cuándo consume que alimentos le produce ardor estomacal? Especifique.

RESPUESTA MULTIPLE.

a.- Cereales

b.- Vegetales

c.- Carnes

d.- Lácteos

e.- Frutas

Especifique:.....
.....
.....

18.- ¿Siente usted llenura estomacal? RESPUESTA UNICA.

a.- Si *Si su respuesta es **SÍ** siga a la pregunta 19.

b.- No *Si su respuesta es **NO** pase a la pregunta 20.

19.- ¿En qué horario del día siente llenura estomacal? RESPUESTA UNICA.

a.- Mañana

b.- Tarde

c.- Noche

20.- ¿En los últimos 15 días usted a presentado diarrea?

a.- Si *Si su respuesta es **SÍ** siga a la pregunta 21.

b.- No *Si su respuesta es **NO** pase a la pregunta 22.

21.- ¿Con que frecuencia usted presenta diarrea? RESPUESTA UNICA.

a.- 1-2 vez a la semana

b.- 3-4 veces a la semana

c.- 5-6 veces a la semana

d.- más de 6 veces a la semana

22.- ¿En los últimos 15 días usted ha presentado estreñimiento? RESPUESTA UNICA.

a.- Si

b.- No

23.- ¿Con que frecuencia va al baño por deposición fecal? RESPUESTA UNICA.

a.- Todos los días. *Si su respuesta es **A** pase a la pregunta 24.

b.- Pasando un día.

c.- Pasando 2 días.

d.- Pasando más de 2 días.

24.- ¿Cuántas veces al día va al baño por deposición fecal? RESPUESTA UNICA.

a.- 1 vez.

b.- 2 veces.

c.- 3 veces.

d.- más de 4 veces

25.- ¿Cuántas veces al día come? RESPUESTA UNICA.

- a.- 1 vez.
- b.- 2 veces.
- c.- 3 veces.
- d.- más de 4 veces

26.- ¿Cómo es su apetito? RESPUESTA UNICA.

- a.- Bueno.
- b.- Malo.
- c.- Regular.

27.- ¿Qué alimentos son de su agrado? Especifique. RESPUESTA MULTIPLE.

- a.- Cereales.
- b.- Vegetales
- c.- Carnes
- d.- Lácteos
- e.- Frutas

Especifique:.....
.....
.....

28.- ¿Qué alimentos son de su total desagrado? Especifique. RESPUESTA MULTIPLE.

- a.- Cereales
- b.- Vegetales
- c.- Carnes

d.- Lácteos

e.- Frutas

Especifique:.....
.....
.....

Gracias por su colaboración.

Anexo 3

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

NOMBRE:				APLICÓ:		
SEXO: Masc () Fem ()	EDAD:	ESC:	FECHA APLIC.:			
PUNTAJE TOTAL:				EXPEDIENTE:		

(24-30 = Normal < - 23 = Deterioro)

ORIENTACIÓN

Calificación:
0 = incorrecto
1 = correcto.
Anote las respuestas tal como las dice el S.
Se acepta una variación de 30 min.

1. EN EL TIEMPO..... (máx. 5)

¿Qué fecha es hoy?
Día: _____ 0 1
Mes: _____ 0 1
Año: _____ 0 1
¿Qué día de la semana? _____ 0 1
¿Qué hora es, aproximadamente? _____ 0 1

2. EN EL ESPACIO..... (máx. 5)

¿Cómo se llama este hospital? / ¿en dónde estamos ahora? _____ 0 1
¿En qué piso o departamento estamos ahora? _____ 0 1
¿Qué colonia es ésta? _____ 0 1
¿Qué ciudad es ésta? _____ 0 1
¿Qué piso es éste? _____ 0 1

MEMORIA

Calificación:
Un punto por cada palabra recordada correctamente.

3. RECORDAR EL NOMBRE DE 3 OBJETOS..... (máx. 3)

Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita. Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale al S que las repita. acredite un punto por cada respuesta correcta. Luego repita las palabras hasta que el S se las aprenda (máx. 6 ensayos). Anote el orden de las palabras en cada ensayo.

	Ensayos: 1	2	3	4	5	6
PAPEL	()	()	()	()	()	()
BICICLETA	()	()	()	()	()	()
CUCHARA	()	()	()	()	()	()

ATENCIÓN Y CÁLCULO

Calificación:
Un punto por cada sustracción correcta, aunque no coincidan con las señaladas (p.e 92, 85 se acredita un acierto). Si el S tiene 3 o menos años de escolaridad, no aplique este reactivo y acredite los 5 puntos.

4. CONTAR HACIA ATRÁS..... (máx 5)

Le voy a pedir que reste de de 7 en 7 a partir de 100.
93: _____ 0 1
86: _____
79: _____ 0 1
72: _____ 0 1
65: _____ 0 1

MEMORIA DIFERIDA

5. RECORDAR LOS OBJETOS DEL PUNTO 3..... (máx. 3)

Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio.
PAPEL: _____ 0 1
BICICLETA: _____ 0 1
CUCHARA: _____ 0 1

LENGUAJE

Calificación:
0 = incorrecto 1= correcto
Anotar las palabras dichas por el S.

6. DENOMINAR..... (máx. 2)

Muestre el reloj y diga ¿qué es esto?; muestre el lápiz y diga ¿Qué es esto?
RELOJ: _____ 0 1
LÁPIZ: _____ 0 1

7. REPETICIÓN DE UNA FRASE..... (máx. 1)

Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Sólo se la puedo decir una sola vez, así que ponga mucha atención.
NI NO, NI SI, NI PERO

8. COMPRENSIÓN VERBAL..... (máx. 3)

Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez.

TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, 0 1
DÓBLELO POR LA MITAD 0 1
Y DÉJELO EN EL SUELO 0 1

Bonificar en caso de escolaridad de 3 o menos años.

9. COMPRENSIÓN ESCRITA..... (máx. 1)

Por favor haga lo que dice aquí.

Presente el letrero "CIERRE LOS OJOS" que tiene preparado, o use el de la siguiente hoja, doblándola por la línea punteada.

Bonificar en caso de escolaridad de 3 o menos años.

10. ESCRITURA DE UNA FRASE..... (máx. 1)

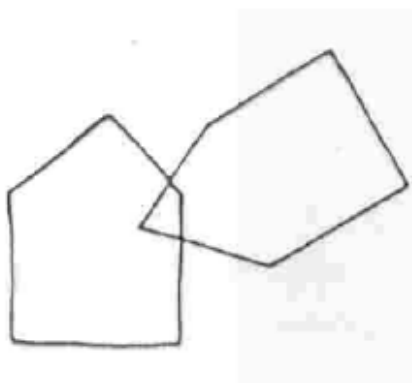
Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje. Utilice el reverso de la última hoja.

DIBUJO

11. COPIA DE UN DIBUJO..... (máx. 1)

Copie por favor este dibujo, tal como está

TOTAL: (máx. 30): []



Anexo 4

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERIA-NUTRICION HUMANA

TIEMPO DE COMIDA	ALIMENTO	PORCION QUE SE SIRVE	PORCION QUE CONSUMEN	KCAL	CARACTERISTICAS ORGANOLEPTICAS				APRECIACION
					COLOR	OLOR	SABOR	CONSISTENCIA	
REFRIGERIO									APRECIACION ADULTO MAYOR
									APRECIACION INVESTIGADOR
ALMUERZO									APRECIACION ADULTO MAYOR
									APRECIACION INVESTIGADOR

Anexo 5

OBJETIVO	VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	TECNICA	INSTRUMENTO
Estado nutricional	Medición antropométrica	IMC	>50 obesidad IV(extrema) 40-49,9 Obesidad III (mórbida) 35-39,9 Obesidad II 30-34,9 Obesidad I 27-29,9 Sobrepeso 22-26,9 Normalidad 18,5-21,9 Posible riesgo de desn. 17-18,4 Desnutrición leve 16-16,9 Desnutrición moderada <16 Desnutrición severa	Observación directa	Cuestionario
			Tiene a. completas b. incompletas	Observación directa	Registro de información
Procesos digestivos BOCA	Tipo de dentadura	Presencia de piezas dentales	No tiene	Encuesta	Cuestionario
			Usa placa dental		
			Tiene sequedad en la boca		
	Xerostomía	Presencia de salivación	No tiene sequedad en la boca	Encuesta	Cuestionario
			Bueno		
	Disfunción de sentidos	Presencia de sentido gustativo	Malo	Encuesta	Cuestionario
			Olor		
	Disfagia	Presenta dificultad al deglutir	poca dificultad al deglutir	Encuesta-observación	Registro de información
			mucha dificultad al deglutir		

Procesos digestivos esófago	Reflujo esofágico	Sensación de regresar la comida	Tiene	Encuesta	Cuestionario
			No tiene		
	Flatulencia	Presencia de gases estomacales	Tiene	Encuesta	Cuestionario
			<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 1-2 veces a la semana 3-4 veces a la semana 5-6 veces a la semana Más de 6 veces a la semana </div>		
			No tiene		
Procesos digestivos estomago intestino	Distensión abdominal	Aumento del tamaño del estómago	Tiene	Encuesta - observación	Cuestionario
			No tiene		
	Pirosis	Quemazón del estomago	Tiene	Encuesta	Cuestionario
			No tiene		
	Digestión	Tiempo del vaciamiento gástrico	Diarrea (mas de 3 veces al día)	Encuesta	Cuestionario
			Estreñimiento (pasando un día y mas)		
			Normal (1 – 2 veces al día)		
	Tiempos de comidas	Nº de comidas que realiza al día	2 veces al día	Encuesta	Cuestionario
			3 veces al día		
			Mas de 4 veces al día		
Conductas alimentarias	Apetito	Bueno	Encuesta	Cuestionario	
		Malo			
		Regular			

	Preferencias alimentarias	Lista de alimentos que sean de su agrado	Lácteos	Encuesta	Cuestionario
			Frutas		
			Verduras		
			Carnes		
			Carbohidratos		
	Intolerancias alimentarias	Lista de alimentos que no sean de su agrado	Lácteos	Encuesta	Cuestionario
			Frutas		
			Verduras		
			Carnes		
			Carbohidratos		

