A woman with short, curly brown hair, wearing a blue zip-up jacket and a plaid skirt, is focused on cooking in a kitchen. She is holding a wooden spoon in her right hand and a blue plate of cooked rice in her left hand, transferring it from a stainless steel pan on the stove. The kitchen has white tiled walls and a window with a blue frame. On the counter, there is a silver thermos, a white mug, a red container, and a yellow bag. The top of the image features three colored bars: yellow, teal, and pink.

Manual de Alimentación para Personas Mayores

Herramientas para
los equipos de salud
que acompañan a
personas mayores



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*

Manual de Alimentación para Personas Mayores

Herramientas para los equipos
de salud que acompañan
a personas mayores



Ministerio de Salud
Argentina

**primero
la gente**

Autoridades

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Fernández

Ministra de Salud

Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Dr. Marcelo Daniel Bellone

Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Nicolas Ivan Haeberer

Directora de Personas Adultas y Mayores

Dra. Adriana Elizabeth Capuano

EQUIPO DE REDACCIÓN

Lic. Malena Giai, coordinadora del Programa de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, Lic. Daniela Sánchez, Programa de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, Lic. Nair Abrodo, Programa de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, Lic. Marianela Rebequi, equipo técnico de la Dirección de Personas Adultas y Mayores, Lic. María Victoria Gazia, equipo técnico de la Dirección de Personas Adultas y Mayores y Lic. Adriana Risoli, equipo técnico de la Dirección de Personas Adultas y Mayores.

AGRADECIMIENTOS

Dirección Nacional de Transferencia y Extensión del INTA por haber facilitado las imágenes.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Carolina Berdiñas y Candela Goldschmidt

Introducción

p6

Parte 1

p8

Herramientas para pensar un envejecimiento activo y saludable

Salud en personas mayores con perspectiva de derechos.

Situación demográfica, hábitos alimentarios y problemas de salud: herramientas para repensar las prácticas en salud

Características fisiológicas del envejecimiento

La Valoración gerontológica integral (VGI)

Parte 2

p22

Deficiencias Nutricionales en Personas Mayores

Guías Alimentarias para la Población Argentina

Alimentación en personas mayores. ¿Cómo adaptar las recomendaciones de las GAPA a este grupo etario?

Situaciones especiales

Parte 3

p54

Reflexiones finales

Anexos

Bibliografía

Referencias

Introducción

En Argentina como en muchos países con similares características de América Latina y del mundo, se observan cambios en el comportamiento del crecimiento y dinámica poblacional, así como también de la epidemiología, es decir en la distribución, frecuencia y los factores determinantes de las enfermedades existentes¹.

Entre los principales cambios, se ha observado el aumento de la expectativa de vida y la disminución de la natalidad, lo que impacta en las pirámides poblacionales aumentando los porcentajes de las personas de 60 años y más, especialmente en lo que atañe a las mujeres. Del mismo modo, la tendencia de las principales causas de morbilidad y mortalidad muestra cómo las enfermedades crónicas no transmisibles y por causas externas han ido superando a las enfermedades infecciosas, las cuales representaban los principales problemas de salud en el siglo pasado.

Sin embargo, si bien la expectativa de vida ha aumentado, el cambio de patrón de enfermedades ha obligado a pensar en la calidad de esos años vividos, teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas o por causas externas, pueden traer discapacidad y dependencia severa manifestándose con más intensidad a partir de los 60 años. Es decir, han surgido nuevos problemas de salud, que van requiriendo nuevas respuestas.

La capacidad funcional de una persona, comprende las capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Entre las principales capacidades (capacidad psicomotriz, cognitiva, auditiva, visual, locomotriz) también se encuentra la alimentación y nutrición, una capacidad y estado vital para la salud de una persona.

Como se explicita en los siguientes apartados, el envejecimiento trae aparejado cambios propios del momento evolutivo, así como, en algunos casos patologías previas, requiriendo de la adaptación de hábitos para mantener el mayor grado de equilibrio en la salud en una persona mayor.

En este sentido, surge la necesidad de adecuar las recomendaciones de las Guías Alimentarias² para la población Argentina a las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales que se comienzan a evidenciar en personas de 60 años y más, para lograr un abordaje más específico e integral que contribuya por un lado a conservar la salud nutricional y funcional en esta etapa de la vida, así como también para garantizar el respeto a la dignidad en el marco del derecho a la salud contemplando distintos factores que atraviesan a la propia alimentación y salud de una persona.

Para tal fin, de manera integrada entre la Dirección de Personas Adultas y Mayores, perteneciente a la

Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida del Ministerio de Salud de la Nación, y el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad de la Dirección de Abordaje Integral de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación, se desarrolló el presente manual destinado a los equipos de salud del primer nivel de atención y quienes cumplen funciones asistenciales en residencias de personas, con el objetivo de brindar herramientas prácticas de consulta técnica para llevar adelante un abordaje integral en la atención de las personas mayores.

Los objetivos planteados a lo largo de este recorrido han sido:

- incorporar el enfoque de derechos en el abordaje de las personas mayores y la alimentación;
- caracterizar los cambios fisiológicos que ocurren en esta etapa de la vida, la necesidad de nuevos hábitos adaptados a este momento evolutivo o casos especiales de salud, y su relación con la alimentación;
- incorporar la estrategia de la valoración gerontológica integral en la atención de personas mayores y
- brindar recomendaciones alimentarias generales para personas mayores basadas en las Guías Alimentarias para la Población Argentina.

Parte 1

Herramientas para pensar un envejecimiento activo y saludable

El envejecimiento poblacional es un gran logro de la humanidad. Garantizar que aquellos años de vida que se prolongan sean vividos con calidad, en condiciones adecuadas, con oportunidades de salud, participación, seguridad, aprendizaje y satisfacción, es un inmenso desafío. Este manual se edita en el contexto de la Década del Envejecimiento Saludable, que fue declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas e impulsada por la OMS/OPS, para el período 2021-2030; y es la principal estrategia para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades.

En esta iniciativa se proponen 4 áreas fundamentales:

- I. cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento;
- II. asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores;
- III. ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores y
- IV. brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan.

El concepto de envejecimiento activo y saludable lo define la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPD) como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez.

Del mismo modo, permitirles así seguir contribuyendo activamente en sus entornos: familia, amigos, comunidades, etc.

Debe tenerse en cuenta que el envejecimiento es un proceso continuo, progresivo, irreversible, heterogéneo, individual y universal. Las condiciones de salud son distintas para cada persona y muchas enfermedades no están en relación directa, ni dependen de la edad, sino que se relacionan con los hábitos de vida³. Es decir, son el resultado de cómo vive una persona y se pueden evitar o prevenir si se modifican comportamientos, acciones y se toman las mejores decisiones que ayuden a reducir los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de enfermar. Como equipos de salud, el desafío es brindar herramientas e información para la promoción de esos cuidados.

Este concepto, se aplica tanto a individuos como a grupos de población, por lo cual suscita por un lado un modelo de atención de la salud centrado en la persona, que promueve la optimización de las capacidades intrínsecas, y funcionales de las personas a medida que envejecen. Y por el otro, el abordaje desde el enfoque por curso de vida, es decir, tomando en consideración la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno, las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida. La capacidad funcional se define como los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella, tales como:

- satisfacer las necesidades básicas;
- aprender, crecer y tomar decisiones;
- tener movilidad;
- establecer y mantener relaciones y
- contribuir a la sociedad.

La capacidad funcional, del mismo modo, hace alusión al conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno. Dichas habilidades son llamadas capacidades intrínsecas. Las mismas incluyen: la capacidad de movilizarse, ver, oír, alimentarse, sentir, pensar y recordar.

Algunos factores que pueden influir sobre ella son la presencia de enfermedades, los traumatismos cambios relacionados con la edad.

En este sentido, una de las ideas principales que subyace al concepto de envejecimiento activo y saludable atraviesa la modalidad y calidad de los servicios de salud que se prestan a las personas mayores.



El objetivo del presente documento es contribuir a la promoción de planes de atención integrados y personalizados, donde puedan abordarse todos los dominios que hacen a la funcionalidad de una persona, con el fin de fortalecer dichas capacidades o, para revertir o frenar la disminución de las mismas, evitando de este modo que el deterioro progrese. Del mismo modo, donde el abordaje sea digno y diferenciado respetando la idiosincrasia de la persona (cultura, género, religión, etc.)

Foto: Pablo Oliveri/INTA.

Salud en personas mayores con perspectiva de derechos

Aquí es donde comienza la espera y el peregrinaje de la persona buscando profesionales que resuelvan. El envejecimiento es un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de la vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variados desenlaces, los cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio (las personas y su entorno).

En ese sentido y desde una mirada gerontológica, se considera que en la vejez se trata de velar por el disfrute pleno de esta etapa de la vida, que las personas mayores gocen como sujetos de derechos, sin ningún tipo de discriminación, con respeto a su dignidad e historia de vida, así como su lugar en la sociedad.

En el Artículo 19 de la CIPDPM, (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores), al respecto del Derecho a la salud, se expresa que la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación, y enumera responsabilidades y deberes de los Estados Parte para garantizar el cumplimiento de los mismos.

En este sentido, se explicita que:

a) deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.

b) Para hacer efectivo este derecho, se comprometen entre otros a considerar el derecho a la salud de las personas mayores en un marco preferencial con accesibilidad universal, equitativa, oportuna, en servicios socio sanitarios integrales, con recurso humano capacitado en la atención de la persona, con políticas públicas que fomenten el envejecimiento activo y saludable, entre ellas las de fortalecer y mejorar el estado nutricional de las mismas.

Desde este enfoque, las intervenciones que los equipos de salud o cuidadores realicen sobre la alimentación en este grupo poblacional, es de suma importancia contemplar los aspectos sociales, culturales y económicos, y asegurar se cumplan con las necesidades, deseos, expectativas, decisiones y elecciones que realice la persona mayor.

Situación demográfica, hábitos alimentarios y problemas de salud: herramientas para repensar las prácticas en salud

Situación demográfica y envejecimiento poblacional

Una de las bases para poder identificar prioridades en cada grupo poblacional, orientar las acciones en salud, y adaptar los servicios a las necesidades que muestra la realidad es conocer la dinámica, la composición y distribución de la población de un lugar a otro, a lo largo de los años.

En este sentido, en Argentina, se atraviesa, desde la mitad del siglo pasado, un proceso de envejecimiento poblacional, siendo uno de los países más envejecidos de Latinoamérica⁴. Este proceso se evidencia, según los datos del Censo 2010 (INDEC) y proyecciones poblacionales, por el aumento en la proporción de personas de 60 años y más a partir del año 1960, con una tendencia que se profundiza de manera tal que se estima que para el año 2040 la proporción de personas mayores ascenderá al 20,6%.

Este hecho está vinculado a la esperanza de vida al nacer, es decir el promedio de años que se espera que una persona viva desde el momento de su nacimiento. En Argentina para el año 1970 se observó que la misma fue en promedio para ambos sexos de 68 años, para el año 2020 según los datos de las



proyecciones censales fueron de 78 y se estima que para el año 2040, será de 82 años. Es decir que la expectativa de vida ha aumentado en los últimos 30 años, 10 años y se espera que aumenten aún más.

Actualmente cumplidos los sesenta años, la esperanza de vida promedio es 78,67 años para los varones y de 83,10 años para las mujeres, por lo cual la vejez se transforma en una etapa vital de una duración promedio de veinte años.

Principales problemas de salud

En Argentina, y en la mayor parte de los países de América Latina, así como se observa un proceso de cambio en la dinámica poblacional, también se viene experimentando en las últimas décadas una profunda transición epidemiológica, es decir un cambio en distribución, frecuencia y factores determinantes de las enfermedades⁵.

La disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias es sustancial, aunque aún insuficiente, y está acompañada de un incremento rápido de los procesos crónicos.

En nuestro país, según el último análisis de tendencia de mortalidad en Argentina realizado por el Ministerio de Salud y la OPS, que abarca el período de 2010 - 2019, se observa que las causas más frecuentes de defunción en personas mayores son: las enfermedades del sistema circulatorio (32,6%), las enfermedades del sistema respiratorio (19,3%) y los tumores malignos (17,7%), seguidas por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades del sistema urinario, diabetes mellitus, trastornos metabólicos, causas externas (Caídas y accidentes), Trastornos mentales y del comportamiento, Enfermedad de Alzheimer⁶.

Es decir, las enfermedades no transmisibles –enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias y renales crónicas y las lesiones de causa externa– son responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad, acompañando la tendencia mundial⁷.

En las personas mayores, las enfermedades crónicas pueden producir discapacidad y dependencia, restando años de vida con calidad y la consecuencia pérdida de autonomía y disfrute.

En líneas generales, entre los principales factores de riesgo asociados a estos eventos se pueden citar: una alimentación inadecuada, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol y la inactividad física. Esto presenta variaciones, además, de acuerdo a la condición social y el nivel educativo.



Conocer la dinámica, la composición, distribución de la población de un lugar a lo largo de los años así como los principales problemas de salud, son las bases para poder identificar prioridades en cada grupo poblacional, orientar las acciones en salud, y adaptar los servicios a las necesidades que muestra la realidad, entre otros.

Foto: Pablo Oliveri/INTA.

Alimentación en personas mayores: determinantes sociales y patrones alimentarios

Como se ha visto, la salud y la alimentación están intrínsecamente relacionadas por lo que consideramos relevante abordar los hábitos alimentarios de la población. Estos se refieren a la manera en que las personas seleccionan, preparan y consumen los alimentos. Los hábitos alimentarios son adquiridos desde la niñez y pueden ir cambiando a lo largo de los años debido a que están influenciados por diversos factores (geográficos, climáticos, políticos, agropecuarios, económicos y de transporte) que influyen en la cantidad, variedad, calidad, disponibilidad y accesibilidad de alimentos. Por otro lado, a nivel individual existen otros factores que intervienen en la toma de decisiones y en la elección de los mismos en base a la oferta disponible (aspectos psicológicos, sociales, antropológicos, culturales, tradiciones, nivel educativo, nivel de información sobre la salud y cuidado personal, el marketing, la publicidad, medios de comunicación, entre otros). No se come sólo para satisfacer los requerimientos energéticos y nutricionales, el acto de comer y alimentarse es un entramado complejo.

Es por eso que no existe un mismo o único patrón alimentario en el mundo, tampoco dentro de un mismo continente ni al interior de un país o provincia.

Este formato que la cultura instala es lo que se conoce como cocina y se define por cuatro elementos⁸:

1. Un número de alimentos seleccionados como comestibles.
2. El modo característico de preparar estos alimentos (la manera de cortarlos, asarlos, cocerlos, guisarlos, freírlos, ahumarlos, golpearlos, mezclarlos).
3. Las formas propias de utilizar las especias y sus combinaciones.
4. La adopción de un conjunto de reglas de comensalidad (esto es la manera de compartir la comida: la organización y jerarquía de edades y géneros –si los niños y mujeres comen en la mesa con los varones adultos por ejemplo- la separación de platos de consumo diario y de prestigio, las reglas acerca de la cantidad de comidas diarias, sus horarios, la cantidad y formato de los platos que debe tener cada uno).



Foto: Candela Goldschmidt

Construcción social del gusto⁹

Empieza muy temprano, en el útero materno, ya que hay sustancias que atraviesan la barrera de la placenta (ajo, limón, ají chile, etc) y ponen en contacto al feto con un abanico de sustancias químicas que después serán reconocibles. De manera que con ese primer mapa gustativo también recibe su primer acceso a la alimentación. Posteriormente, si el/la niño/a come todos los días la misma comida y si está expuesto/a todos los días a los mismos ingredientes, a un número limitado de productos, tenderá a considerar “normal” esos alimentos, preparaciones y platos a los cuales está expuesto, construyendo un gusto por lo cotidiano.

Se aprende a reconocer y gustar de la comida en el marco de un grupo en el que nos han enseñado a hacerlo. De ahí que el órgano del gusto no es la lengua sino el cerebro, un órgano cultural e históricamente situado, a través del cual se aprenden los criterios de valoración. Desde esta perspectiva, se puede decir que el gusto por determinados sabores es sobre todo una construcción social. Si bien es parte esencial de la percepción humana, es mucho más que solo una impresión o respuesta sensorial gustativa que se manifiesta en la lengua ante estímulos químicos, tal como lo presenta la tradición científica occidental. Por ejemplo, no nacemos con una especie de atracción innata por el sabor dulce de las bebidas azucaradas o el sabor salado y grasoso de las papas fritas envasadas, ambos productos fuertemente promovidos por parte de la industria alimentaria.

Como se ve, el acto de comer da cuenta de procesos que van más allá de lo individual, y tiene fuertes relaciones con aspectos colectivos, sociales y culturales. Aquello que se come está influenciado por experiencias, aprendizajes conscientes e inconscientes, sensaciones, estatus social, necesidad de pertenecer o de no pertenecer. Aunque no se note, estos aspectos se esconden detrás de las prácticas alimentarias que cotidianamente llevamos adelante.

Si se tiene en cuenta lo descrito hasta el momento, parece importante conocer o, al menos, aproximarnos a los hábitos alimentarios de las personas mayores en nuestro país, antes de trabajar sobre recomendaciones de alimentación saludable.

Patrón de consumo de personas mayores en Argentina

En Argentina, según la Encuesta Nacional de Gastos de Hogares (ENGHo) 2017-2018 el gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas representó el 22,7% del gasto total de consumo de los hogares. En los hogares unipersonales correspondientes a personas mayores de 65 años se observó un gasto similar, apenas un poco mayor siendo un 25,3%. Sin embargo, el gasto en salud de estos hogares (9,5%) fue mayor en comparación con los hogares sin personas mayores (5,1%). En los hogares donde viven dos o más personas mayores, el gasto en salud alcanzó un 14% del presupuesto y el gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas fue de un 24.8%. Respecto a comer fuera del hogar, las personas mayores lo realizan en menor proporción en comparación con el promedio nacional y los motivos son por esparcimiento (10,8%) y por estudio o trabajo (1,8%).

De acuerdo a los datos epidemiológicos de la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (4ta. ENFR) realizada en 2018, muestran que el 8% de la población mayor de 65 años consume 5 porciones o más de frutas o verduras, siendo el promedio de consumo diario 2.3 porciones. En la 2da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS2) de 2019 evidencia una continuidad en el mismo sentido, en relación con los cambios que se deberían esperar que ocurran para mejorar la calidad de vida de nuestra población. Sólo el 30 - 40% de la población adulta (mayores de 18 años) consume frutas y verduras respectivamente al menos vez al día, mientras el 32,9% refiere consumir bebidas azucaradas diariamente el 17,2% de la población prefiere consumir productos de pastelería, y/o facturas, galletitas dulces, cereales con azúcar al menos una vez al día.

Los datos encontrados demuestran que los hábitos alimentarios de las personas mayores no alcanzan las ingestas recomendadas para llevar una alimentación adecuada.

Debido a que los hábitos alimentarios inadecuados pueden aumentar el riesgo de deficiencias nutricionales, afectando la calidad de vida de las personas es que consideramos relevante contribuir con pautas para llevar adelante una alimentación saludable.

Características fisiológicas y psicosociales del envejecimiento

El proceso de envejecimiento incluye distintos aspectos que van desde cambios físicos - fisiológicos, así como también socio afectivos que serán necesarios contemplar a la hora de ajustar las necesidades nutricionales de una persona mayor para garantizar la integralidad. Algunas características de ese proceso son las siguientes:

Con frecuencia, después de los 70 años, la masa muscular disminuye, lo cual puede tener efectos importantes y potencialmente dañinos para la vitalidad. Al mismo tiempo, puede aumentar la masa adiposa. El peso corporal puede disminuir, o también puede permanecer inalterado, ocultando estos posibles cambios perjudiciales. Una alimentación inadecuada y la falta de ejercicio físico pueden llevar a una pérdida de masa muscular y de fuerza. Por consiguiente, una persona con deficiencias nutricionales puede haber perdido importantes tejidos magros y aun así mantener un índice de masa corporal (IMC) dentro del intervalo "normopeso" o incluso en la categoría de sobrepeso. A este fenómeno se lo denomina sarcopenia. Los signos y síntomas incluyen debilidad, cansancio, falta de energía, problemas de equilibrio y dificultades para caminar y mantenerse de pie. La sarcopenia y la fragilidad también pueden estar asociadas a las deficiencias nutricionales. Es decir, puede estar presente con diferentes valores de IMC, y no indica necesariamente que la persona mayor tenga signos de delgadez.

Otros puntos a tener en cuenta en relación a los cambios fisiológicos que pueden influenciar en una adecuada nutrición son: enfermedades crónicas de base que la persona trae de años anteriores y la posible asociación a la polifarmacia; cambios en la esfera sensorial (disminución del sentido del gusto y del olfato), disminución de secreción de jugos gástricos y factor intrínseco, disminución de la motilidad intestinal, alteraciones bucodentales como los problemas de masticación por sensibilidad o pérdida de dentición, dificultades al tragar por la disminución de la producción de saliva, disminución de la sensación de sed, entre los principales.

Desde el punto de vista de las características socioemocionales es importante contemplar: aislamiento, los duelos por pérdidas de pares o red de contención, el aislamiento social y la consecuente soledad, ingresos bajos, entre los principales.

SARCOPENIA Y FRAGILIDAD: evaluar condiciones asociadas

La Sarcopenia y la Fragilidad pueden estar asociadas con deficiencias nutricionales. En ambos casos se sugiere hacer intervenciones en lo que atañe a los estilos de vida como: alimentación y actividad física.

La Sarcopenia: pérdida creciente de fuerza, masa muscular y su función. La fragilidad puede manifestarse como pérdida de peso, debilidad muscular, escasa actividad física, agotamiento, lentitud. Puede ser consecuencia de problemas físicos o psicológicos.

Ambas situaciones requieren de una derivación para un tratamiento adecuado

Todos los aspectos mencionados del proceso de envejecimiento, influyen en el acceso a una alimentación saludable, y por consiguiente a una adecuada nutrición.

La Valoración gerontológica integral (VGI)

Para poder garantizar el cumplimiento del derecho a la salud, es necesario fortalecer e implementar modelos de atención integrales de la salud.

En este sentido, la valoración gerontológica integral (VGI) se ha consolidado como una herramienta que, junto con la historia clínica de la persona mayor, permite identificar las necesidades de atención, tanto de problemas médicos comunes, como de aquellos donde se ve involucrado el aspecto psicológico, la capacidad cognitiva, la nutrición, aspectos sociales y riesgos de dependencia.

Es decir, hace alusión a un modelo de atención centrado en la persona, a partir del diseño planes personalizados preventivos, terapéuticos y rehabilitadores, que busca fomentar la conservación de la capacidad funcional para lograr el mayor nivel de independencia y calidad de vida de la persona mayor.

En síntesis, los objetivos de la VGI incluyen:

- mejorar la exactitud diagnóstica atendiendo a las cuatro esferas; clínica, funcional, mental y social;
- descubrir problemas no diagnosticados previamente y potencialmente tratables;
- establecer un tratamiento adecuado a las necesidades de la persona, contemplando las alteraciones identificadas en las cuatro esferas;
- mejorar el estado funcional y cognitivo;
- mejorar la calidad de vida;
- conocer los recursos de la persona y su entorno sociofamiliar para situar en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, fomentando en la medida que sea posible la autonomía, intentando evitar los ingresos hospitalarios y las institucionalizaciones y
- disminuir la mortalidad.

Las dimensiones de la VGI son:

1. **Clínica:** Enfermedades crónicas, agudas, medicación, estado nutricional. Valoración del estado sensorial (Se adjunta en Anexo N° 2, el Esquema de Atención para abordar la alimentación deficiente en el 1° nivel de atención).
2. **Funcional:** ABVD (actividades básicas de la vida diaria), AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria).
3. **Mental:** evaluación cognitiva, psicológica.
4. **Social:** redes, participación social, recursos económicos, contexto social, laboral y comunitario. (Escala de recursos sociales de la OARS). Se deberán considerar e indagar los aspectos interculturales y transgeneracionales como el consumo de hierbas e infusiones y su posible interacción con el consumo de alimentos.

Si bien este manual pretende dar herramientas específicas para una buena alimentación/nutrición, resulta de suma importancia tener una mirada integral a la hora de abordar o acompañar a una persona mayor, y de ser necesario, hacer una interconsulta con un profesional correspondiente.



Parte 2

Deficiencias Nutricionales en Personas Mayores

La malnutrición se define como una condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente, desequilibrado o excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo¹⁰.

Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, es un agravante que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y también deteriora el pronóstico en el curso de patologías agudas. Se sabe que en las personas mayores como se ha mencionado anteriormente, existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad. Por otra parte, un estado nutricional adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de la función en los diferentes órganos y sistemas.



Existe un sinnúmero de factores de riesgo que facilitan o provocan malnutrición de la persona mayores, entre las que se pueden destacar:

Cambios fisiológicos:

- Edad avanzada
- Déficits sensoriales y cognitivos
- Cambios digestivos y endocrinos
- Inmunosenescencia
- Cambios metabólicos
- Enfermedad bucodental

Cambios en la composición corporal:

- Mayor adiposidad corporal
- Menor densidad ósea
- Menor musculatura

Factores socioeconómicos:

- Retiro o jubilación
- Baja de ingresos o pobreza
- Falta de información adecuada
- Ingesta inapropiada de alimentos (cantidad y/o calidad)

Para obtener datos que permitan construir una verdadera valoración nutricional, resulta fundamental considerar información relevante en los siguientes aspectos mencionados, sumado hábitos nutricionales, problemas odontológicos, trastornos de la deglución, consumo de alcohol y tabaco, entre otros.

El personal de atención primaria fácilmente puede hacer un análisis inicial del estado nutricional, que debe formar parte de toda la evaluación de la salud de una persona mayor. **El mismo puede realizarse a través del cuestionario corto MNA (Mini Nutritional Assessment) el cual se adjunta en el Anexo.**

El profesional podrá indicar una evaluación adicional sobre otros trastornos asociados a una nutrición deficiente, aunque el estado nutricional parezca adecuado.

Factores psicoemocionales

- Soledad y aislamiento
- Duelos
- Trastornos afectivos y cognitivos
- Problemáticas de morbilidad crónica:
- Diabetes mellitus tipo 2
- Morbilidad cardiovascular
- Osteoporosis
- Osteoartritis, depresión, polifarmacia)
- Dependencia y/o discapacidad
- Trastornos farmacológicos/ polifarmacia
- Intolerancias alimentarias

Algunos signos son:

- Caquexia
- Dolor bucal
- Pérdida acelerada de peso
- Dolor o dificultad para tragar
- Vómitos o diarreas crónicos y
- Dolor abdominal.

Guías Alimentarias para la Población Argentina

En Argentina se cuenta con “Guías Alimentarias para la Población Argentina” (GAPA) elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación, que brindan una serie de recomendaciones que buscan promover una alimentación saludable a través del consumo de una alimentación variada compuesta mayormente por alimentos frescos, teniendo en cuenta la cultura y tradiciones locales. Se sostienen en el marco del derecho humano a la alimentación adecuada como elemento básico para alcanzar la salud y un estado de alto bienestar de la población. Sus mensajes se encuadran en la promoción de una alimentación saludable en personas sanas y mayores de 2 años de edad. Utilizando a las GAPA como estándar de referencia, se realizan las adaptaciones consideradas para la población de personas mayores.

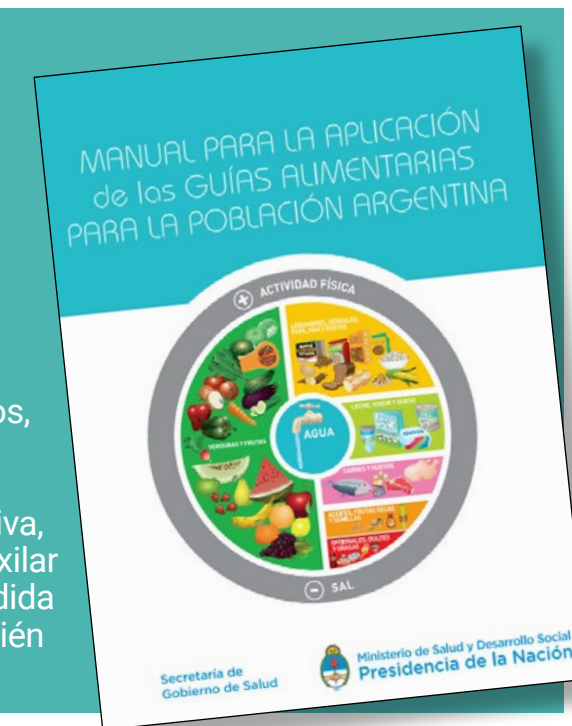
Se puede acceder a la misma a través del Banco de Recursos del Ministerio de Salud de la Nación.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina-manual-de-aplicacion>

¿Qué se entiende por Alimentación Saludable?

La alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes y la energía necesaria para que cada persona pueda llevar adelante las actividades diarias y mantenerse sana.

Una buena nutrición es importante para el correcto desarrollo de los órganos y su funcionamiento. A medida que pasan los años, hay ciertos cambios que pueden influir en el estado nutricional de las personas como por ejemplo la disminución de producción de saliva, el desgaste dental, atrofia del tejido óseo maxilar y mandibular, adelgazamiento de encías, pérdida del olfato, cambios del gusto, así como también cambios gastrointestinales y metabólicos.



Las GAPA promueven la incorporación de variedad de alimentos a lo largo del día, distribuidos de forma armónica en cuatro comidas. Sugieren comer con tranquilidad y en lo posible en compañía, así como también preferir los alimentos preparados en casa.

En Argentina, junto con las GAPA, se diseñó La “**Gráfica de la Alimentación Diaria**”, para acompañar a las recomendaciones. Ésta hace referencia al consumo de diferentes grupos de alimentos que se sugieren distribuir a lo largo del día, respetando las costumbres y preferencias individuales de cada persona.

Los distintos alimentos en la gráfica se agrupan en 6 grupos que se identifican por colores.

Del **1 al 5** están aquellos que aportan **nutrientes esenciales** para el mantenimiento de la salud (carbohidratos, proteínas, grasas, fibra, vitaminas y minerales) que se deberían consumir en forma diaria teniendo en cuenta la porción o cantidad adecuada que se necesita para el correcto funcionamiento del cuerpo.

El **6° grupo** está conformado por **alimentos opcionales**, que no aportan nutrientes esenciales y que no es necesario incorporar en la alimentación diaria. Su consumo en exceso daña nuestra salud aumentando las posibilidades de tener un grupo de enfermedades llamadas enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, entre otras. Este grupo está compuesto por productos que tienen excesivas cantidades de grasas, azúcares y/o sal, además de conservantes, aditivos, colorantes.



Alimentación en personas mayores.

¿Cómo adaptar las recomendaciones de las GAPA a este grupo etario?

A continuación se describirán los grupos de alimentos recomendados para las personas mayores, incluyendo los obstáculos habituales que se presentan para su incorporación en la dieta, y propuestas para facilitar su inclusión en la alimentación.

Grupos de alimentos recomendados

Grupo 1: Verduras y Frutas

¿Por qué es importante elegir estos alimentos?

Son fuente principal de vitaminas, minerales y antioxidantes necesarios para el funcionamiento del cuerpo. Contienen fibra que contribuye a generar sensación de saciedad, mantener el buen funcionamiento intestinal y los niveles de colesterol y glucosa en sangre.

Dentro de este grupo se encuentran: tomate, lechuga, acelga, espinaca, zapallo, zapallito, berenjenas, coliflor, brócoli, repollo, repollitos, kale, rúcula, zanahoria, manzana, mandarina, limón, naranja, pomelo, pera, kiwi, frutilla, cereza, banana, melón, sandía, entre otras.

Se recomienda consumir al menos 5 porciones por día. Una porción equivale a ½ plato plato de verduras o 1 fruta o 1 taza de frutas/verduras.

A tener en cuenta:

- No se incluyen en este grupo papa, batata, choclo y mandioca
- Es importante realizar un correcto lavado y sanitizado antes de consumirlas. Para esto, sumergirlas en agua durante 10-15 minutos con unas gotas de lavandina apta (ver siempre indicaciones en los envases) y luego enjuagar.
- Se sugiere elegir frutas y verduras que sean de estación por disponibilidad y costo. (En el capítulo

2 de las GAPA se puede ampliar información: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina-manual-de-aplicacion>).

- El consumo de frutas y verduras diario disminuye el riesgo de obesidad y enfermedades como diabetes, hipertensión, cáncer de colon y enfermedades cardiovasculares.
- Un aporte excesivo de fibra puede interferir en la absorción de ciertos micronutrientes y producir malestar gastrointestinal.
- La fibra aporta saciedad, esto se debe tener en cuenta en caso que se presente poco apetito.

A este grupo de alimentos se lo puede incluir en sopas, budines, purés, pasteles, guisos, terrinas, galletitas caseras, pastas untables, ensaladas frías o calientes, rellenos, croquetas, tortillas, tartas o empanadas, entre otras.

¿Qué obstáculos se pueden encontrar a la hora de intentar incorporar diariamente frutas y verduras?

- Barreras de accesibilidad y/o disponibilidad a lo largo del país, ligadas a la falta de producción local y el consecuente encarecimiento, como dificultades en su transporte, por ser alimentos perecederos.
- Creencia respecto a ser alimentos caros y poco rendidores, difíciles de preparar; desconociendo que hay frutas y verduras de estación (varía el costo y disponibilidad al momento de elegir).
- Desconocimiento de las diferentes formas de preparación y/o inclusión en las comidas, o dificultad para combinar verduras y frutas con otro grupo de alimentos.
- Pérdida de piezas dentales con dificultad para masticar.
- Disminución del apetito en personas mayores. Como vimos, la fibra de frutas y verduras aporta saciedad y se debe prestar atención a la cantidad y forma de preparación recomendada en estos casos. Por ejemplo, quitar cáscaras.



¿Cómo facilitar la inclusión y elección de frutas y verduras variadas diariamente?

- Conocer las frutas y verduras de estación: según la estación del año hay distinta variedad de frutas y verduras. El aumento de la disponibilidad genera disminución en el precio, manteniendo intactas todas sus propiedades nutricionales. Si está al alcance, se sugiere elegir el consumo de frutas y verduras agroecológicas.
- Adecuar consistencias: en personas mayores con dificultad para masticar alimentos, adecuar la consistencia de frutas y verduras para facilitar el consumo. Se pueden cortar en pequeños trozos, procesar, pisar con un tenedor o “pisapapas”, licuar o rallar antes de consumir.
- Utilizar diferentes métodos de cocción: En algunos casos, las frutas y verduras cocidas son mejor toleradas debido a que tanto la masticación como la digestión se ven facilitadas. Se pueden hervir y realizar compotas o purés de frutas o verduras, budines de verduras, croquetas de verduras, entre otros.
- Tener en cuenta la temperatura de los alimentos: a veces la temperatura en que se encuentra un alimento puede favorecer su incorporación según tolerancia o preferencias. Muchas veces las temperaturas frías son mejor toleradas ante una disminución del apetito, mientras que las temperaturas calientes pueden ser una buena opción para facilitar la incorporación de frutas o verduras en días invernales, a través de sopas con alimentos procesados, por ejemplo.

Prevención de diabetes

¿Sabías que un consumo adecuado de frutas y verduras colabora en la prevención de diabetes?

La ingesta de fibra funciona como un factor protector de la salud. Se ha comprobado que las personas con diabetes II que consumen altas cantidades de fibra tienen menor concentración de glucosa e insulina en sangre y una baja tolerancia a la glucosa. Por otro lado, las dietas asociadas a un menor riesgo de diabetes II son aquellas que aportan una gran cantidad de cereales integrales, verduras y frutas, que son fuentes de fibra¹¹.



Recomendación alimentaria

Se sugiere consumir diariamente y en todas las comidas, alimentos frescos y fuentes de fibra como frutas y verduras (crudas, cocidas o con las adaptaciones que cada persona requiera). Cada comida es una oportunidad para incluir alimentos de este grupo y evitar o disminuir el consumo de productos ultraprocesados por su alto contenido de grasas, azúcares y/o sal/sodio (ver grupo 6 <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina-manual-de-aplicacion>).

¿Y los “alimentos para diabéticos”?

Se recomienda evitar el consumo de productos que se promocionan como “alimentos para diabéticos”. Algunos pueden ser bajos en azúcares simples pero altos en kilocalorías y grasas. Su ingesta en exceso también puede contribuir a la hiperglucemia.

Grupo 2:

Legumbres, cereales, papa, pan y pastas

¿Por qué es importante elegir estos alimentos?

Los alimentos de este grupo aportan hidratos de carbono complejos, vitaminas (del complejo B), minerales (hierro, zinc y calcio), fibra (en legumbres y cereales integrales) y proteínas.

Los alimentos de origen vegetal aportan todos los aminoácidos esenciales (los que nuestro cuerpo no puede formar) pero es importante incluir variedad de ellos y combinar a lo largo del día cereales y legumbres o incluir proteínas de origen animal presentes en la leche, yogur, queso, carnes y huevo. La incorporación de legumbres y cereales preferentemente integrales en la alimentación diaria contribuye a la prevención de enfermedades.

Dentro de los cereales, se encuentran: arroces, maíz, avena, quinoa, cebada, trigo, mijo, centeno, etc. en forma de granos, harinas blancas o integrales, pastas y panes).

Dentro de las legumbres: arvejas, lentejas, lentejones, porotos, garbanzos, soja, habas, entre otros. Secas, enlatadas, en forma de harinas.

La papa, batata, choclo o mandioca (vegetales feculentos) poseen una composición nutricional más similar a los cereales que a las hortalizas y por eso se ubican en este grupo.

Es saludable consumir 4 porciones al día de este grupo de alimentos. Una porción equivale a 60 g de pan (1 mignón) o 125 g en cocido de legumbres o cereales (½ plato), pastas (½ plato), 1 papa mediana o ½ choclo o ½ mandioca chica.

Se los puede utilizar en budines, buñuelos, pasteles, rellenos, masas de tarta o empanadas, hamburguesas, croquetas, pastas untadas, para rellenar verduras, en ensaladas, galletas caseras, entre otros.

¿Qué obstáculos se encuentran a la hora de consumir estos alimentos en cantidad y calidad adecuada?

- Desconocimiento de las variedades de legumbres y cereales asociándolos solo a “lentejas y arroz” o papa, batata, choclo y mandioca.
- Creencia que las legumbres y algunos cereales integrales (granos) llevan mucho tiempo de cocción, excluyendo estos alimentos de las comidas diarias.
- Mayor accesibilidad a variedades refinadas respecto a las versiones integrales, lo que favorece a un desplazamiento en su elección diaria.
- Hábito de consumir amasados de pastelería y productos ultraprocesados a base de harinas refinadas, en todas las comidas del día.
- Desconocimiento de las diferentes formas de preparación de las legumbres y cómo combinarlas con otros grupos de alimentos.

¿Cómo facilitar la elección de este grupo de alimentos en cantidad y calidad adecuadas?

Los alimentos de este grupo brindan saciedad, tienen un gran rendimiento y son fáciles de conservar. Existen distintas formas de incluir legumbres y cereales:

- Legumbres: se pueden preparar guisos, hamburguesas, buñuelos, ensaladas, bizcochuelo, croquetas, galletas, pastas untables, rellenos entre otras.
- Cereales: se pueden preparar guisos, ensaladas, hamburguesas, croquetas, rellenos de verduras, galletas. También se pueden combinar con frutas, leche, yogur.
- Siempre que sea posible y teniendo en cuenta adaptaciones individualizadas, preferir versiones integrales de cereales y harinas de cereales.

Algunas combinaciones nutritivas:

- Polenta, preparada con leche, queso y trozos de verduras.
- Avena en copos con leche/yogur y frutas.
- Arroz, fideos, o polenta con salsa de legumbres.
- Milanesa o hamburguesa de soja, quinoa, lentejas, etc.
- Guiso de porotos y verduras.
- Galletas de avena y fruta.
- Pan con pasta untable de arvejas o de cualquier otra legumbre.

➔ Para aprovechar mejor el hierro que contienen las legumbres se sugiere acompañar con:

- Una pequeña cantidad de carne
- Morrón o tomate fresco
- Un postre como mandarina, naranja, pomelo, bergamota, kiwi, frutilla, mamón o papaya.
- Cualquier jugo cítrico recién exprimido.
- Vegetales color naranja como zapallo, zanahoria.

Evitar el consumo de infusiones (te, mate, café) cerca de las comidas que incluyan legumbres (Las infusiones afectan la absorción de nutrientes).

Para digerir mejor las legumbres y aprovechar más sus nutrientes:

Sumergir en agua y dejar en remojo durante al menos 8 horas, (por ejemplo toda la noche). Luego de escurrir y enjuagar, hervirlas con agua nueva hasta que estén tiernas.



Grupo 3: Leche, yogur y queso

¿Por qué es importante elegir estos alimentos?

Son fuentes de proteínas de alto valor biológico (buena calidad nutricional), vitaminas (A, D, B2 y B12) y minerales (calcio, fósforo y magnesio).

Debido a su aporte de calcio, el consumo de alimentos pertenecientes a este grupo, la realización diaria de actividad física y una apropiada exposición al sol (10-15 minutos por día) durante toda la vida colaboran en la mantención de la salud ósea y en la prevención de la osteoporosis.

Se sugiere un consumo de 3 porciones por día para el aporte de calcio. Una porción equivale a 1 taza de leche líquida o 3 cucharadas de leche en polvo al ras o 1 vaso de yogur o 1 rodaja de queso cremoso del tamaño de un mazo de cartas.

Se los puede incluir en infusiones, licuados, purés, salsas, rellenos, revueltos, ensaladas, para gratinar, entre otros.

¿Qué obstáculos son frecuentes encontrar a la hora de elegir leche, yogur o queso?

- Creencia que el calcio que se encuentra en estos alimentos y solo es necesario en la niñez o por mujeres postmenopáusicas.
- Creencia que la crema o la manteca reemplazan el consumo de leche, yogur y queso.
- El consumo de ellos está fuertemente relacionado al desayuno y la merienda (sobre todo la leche y el yogur) y estas comidas son las que se saltean con mayor frecuencia; este motivo colabora en la escasa incorporación de este grupo en la alimentación diaria.

Compartir las comidas con otros miembros de la familia y cocinar junto a los más chicos colabora en la incorporación de estos alimentos.

¿Cómo facilitar la elección de este grupo de alimentos en esta población?

Ideas para consumir diariamente estos alimentos:

Leche

- Infusiones, licuados, postres caseros.
- Utilizar leche en polvo para fortificar preparaciones sin modificar el volumen, esto es importante en aquellas personas que tienen disminuido el apetito. Algunos ejemplos para incorporar leche en polvo son: salsas, purés, guisos, bocaditos, en rellenos, croquetas, sopas.
- Cocinar con leche, por ejemplo cereales como fideos o polenta o para hervir papas, tiernizar carnes al horno o en la cacerola.

¿Qué pasa en casos de intolerancia a la lactosa?

Frente a la intolerancia a la lactosa, frecuente entre las personas mayores, la recomendación debe basarse en hábitos y presencia de síntomas. De ser necesario restringir el consumo, y tener en cuenta que existen otros alimentos que también aportan calcio y no contienen lactosa. En casos leves, el consumo en pequeñas cantidades de leche, o en preparaciones que modifiquen su consistencia (postres que contienen leche) y retrasen el vaciamiento gástrico, puede favorecer la tolerancia.

El yogur suele ser bien tolerado ya que tiene menor cantidad de lactosa debido al proceso de producción. Los quesos de pasta dura no son fuente de lactosa por lo que no

Yogur

- Solo, con cereales o frutas. Licuado con yogur y frutas frescas, se puede congelar y hacer helados.
- El yogur natural en aderezos para ensaladas, con pimienta, jugo de limón y aceite.

Queso

- En rellenos, tartas, pasteles, bombas de papa o mandioca, rellena con un cubito de queso, bocaditos, croquetas, guisos, sopas.
- Para gratinar verduras, aderezos con queso untado, queso fresco en pizzas caseras, ensaladas, tartas, empanadas.

Prevención de osteoporosis.

¿Sabías que el consumo frecuente de leche, yogur y quesos colabora en la prevención de osteoporosis?

La OMS define a la osteoporosis como una “enfermedad caracterizada por la baja masa ósea y el deterioro microestructural del tejido óseo, que lleva a una mayor fragilidad ósea y al consiguiente aumento del riesgo de fractura¹²”

Respecto a la relación que existe entre la alimentación y las fracturas por osteoporosis se ha encontrado un menor riesgo cuando se alcanzan los requerimientos de calcio y vitamina D y se realiza actividad física.

¿Qué otras recomendaciones pueden hacerse a personas mayores sobre alimentación y estilo de vida asociadas a un menor riesgo de fracturas¹³?:

- **Aumentar la actividad física.** Se ha comprobado su beneficio en la prevención de fracturas osteoporóticas, sobre todo al realizar ejercicios que mantienen o incrementan la potencia muscular, la coordinación y el equilibrio, importante para la prevención de caídas. Adecuar la actividad a la edad y posibilidades de realización.
- **Reducir la ingesta de sodio.** La sal visible es aquella que se agrega al cocinar y preparar alimentos. La sal invisible es la que proviene de los alimentos ultraprocesados, como caldos concentrados, sopas, aderezos, conservas, fiambres, embutidos, galletitas, hamburguesas, snacks, entre otros. (Podes ampliar información en mensaje de “Menos sal”)
- **Aumentar el consumo de frutas y verduras.** Varios de sus componentes están asociados a un menor riesgo de fracturas (alcalinidad, vitamina K, fitoestrógenos, potasio, magnesio, boro). La carencia de vitamina C (escorbuto) provoca osteopenia osteopénica.
- **Mantener un peso corporal saludable.**
- **Evitar el tabaco.**
- **Limitar el consumo de alcohol.**

Grupo 4: Carnes y huevos

¿Por qué es importante elegir estos alimentos?

Este grupo de alimentos aporta proteínas de alto valor biológico (buena calidad nutricional, aportando aminoácidos esenciales que el cuerpo no puede formar), vitaminas (del complejo B, específicamente B12), minerales (hierro, fósforo y zinc) y grasa.

Es importante siempre cocinarlas bien, evitando que queden partes rosadas y elegir preferentemente cortes magros o retirar la grasa visible antes de cocinar.

Es saludable consumir 1 porción por día (1 porción equivale al tamaño de la palma de la mano de cualquier tipo de carne -pollo, vaca, pescado, cerdo, otras-) o 1 huevo.

Se las puede incluir en diferentes preparaciones adecuando la consistencia según necesidad individual, picándolas, procesándolas, en budines, pasteles, rellenos, a la milanesa, en tartas o empanadas, salpicones, guisos, cazuelas, hamburguesas caseras, entre otros.

¿Qué obstáculos son frecuentes encontrar a la hora de elegir carnes variadas, pescado y huevo en la alimentación?

- Mayor costo de la carne de pescado y cortes magros, lo cual incide en que los cortes más consumidos sean los que tienen mayor contenido graso y con escasa variedad.
- Dificultad en la masticación en personas mayores, lo cual requiere adaptar la preparación a la consistencia tolerada
- Falta del hábito de incluir pescado en preparaciones tradicionales por suponerlo una comida no rendidora.
- La escasez de carnes magras y pescado en comidas familiares y menús de comedores comunitarios, limitan la variedad y calidad.
- Bajo conocimiento en la preparación de diferentes tipos de carnes.
- Creencia de que los fiambres y achuras pueden reemplazar el consumo de carne fresca. Los fiambres son productos ultraprocesados que tienen un alto contenido de sodio y grasas saturadas (Podes ampliar información sobre éstos en el grupo 6).
- Antigua creencia de que el consumo de huevo aumenta el colesterol.

¿Cómo facilitar la elección de este grupo de alimentos en la población y el cumplimiento de la recomendación?

En Argentina, el hábito de consumir carne en la mayoría de las comidas está instalado. Debemos buscar la forma de incorporar mayor variedad de carnes, como el pescado, para aprovechar sus diferentes nutrientes.

El huevo es un alimento fácil de conservar, económico y está disponible en todo el país. Se recomienda incluir hasta 1 huevo por día, sobre todo si el consumo de carnes no es el adecuado.

Es importante combinar este grupo de alimentos con verduras crudas o cocidas. Una pequeña cantidad de carne alcanza para enriquecer guisos y otros platos.

Adecuar consistencias para favorecer la masticación y/o digestión de las carnes: procesar, picar, moler, licuar, desmenuzar, e incorporarlas en preparaciones con verduras, cereales o legumbres.

Opciones prácticas para facilitar el consumo de pescado y carne:

- Idealmente consumir pescado fresco, si esto no es posible, elegir pescados enlatados. Por ejemplo, atún caballa, merluza, sardinas, etc.
- Rendimiento: 1 kg de carne picada especial (picada a partir de carnes magras) o sin hueso (como la nalga) se aprovecha todo (100%), en cambio, 1 kg de asado o falda se aprovecha sólo la mitad (50%) por los huesos y partes no comestibles. Es importante conocer estas características para implementarlas de acuerdo a cada situación particular.
- Se recomienda hervir a fuego lento o con olla a presión las carnes más duras -que suelen ser las más económicas- para lograr hacerlas más tiernas. Agregar al agua 1 vaso de leche da como resultado una carne más tierna o blanda y suma nutrientes a la preparación.
- Las carnes cocidas y frías de vaca, pollo o pescado son un buen sustituto de los fiambres y embutidos.

Es importante dar a conocer a las personas mayores que las mismas preparaciones que cocinan con frecuencia pueden hacerlas con distintas variedades de carnes, adecuando la consistencia según sus propias necesidades. De esta manera se puede lograr mantener sus costumbres y gustos, mejorando el aporte nutricional.

Grupo 5: Aceites, frutas secas y semillas

¿Por qué es importante elegir estos alimentos?

Fuente principal de vitaminas, minerales y antioxidantes. Los alimentos de este grupo aportan ácidos grasos esenciales, ácido linoleico (omega 6) y ácido alfa linolénico (omega 3) que el cuerpo no puede sintetizar y vitamina E, que es un antioxidante que previene el envejecimiento de las células. El consumo de este grupo protege la salud cardiovascular.

Los aceites, las frutas secas y las semillas tienen principalmente grasas insaturadas y no tienen colesterol. El aceite de coco y palma aporta cantidades importantes de grasas saturadas, a diferencia de otros aceites.

Se busca priorizar el consumo moderado y preferentemente crudo de aceites y elegir frutas secas y semillas sin agregado de sal.

Es saludable consumir 2 porciones por día. Una porción equivale a 1 cucharada sopera de aceite (de maíz, girasol, canola, oliva, lino, etc.) o 1 puñado de frutas secas sin salar (nueces, maní, almendras, etc.) o 1 cucharada sopera de semillas (de chía, lino, sésamo, amapola, etc.). Se recomienda triturarlas previamente en un mortero manual o molinillo de café y consumirlas en el momento para aprovechar mejor sus nutrientes.

Los frutos secos se pueden utilizar enteros o en forma de pastas, procesados, picados, solos, con yogur o frutas, en rellenos, masas, galletas o budines caseros. La forma de incorporarlos dependerá de la preferencia y posibilidad individual y las características especiales a tener en cuenta como por ejemplo dificultad para masticar.

En personas mayores con riesgo de desnutrición, las grasas pasan a ser un nutriente muy importante porque es el de mayor concentración energética, (aporta 9 kcal por gramo) y además se puede incorporar a la alimentación sin modificar el volumen de los alimentos.

Como se mencionó anteriormente, las grasas insaturadas son esenciales para el correcto funcionamiento del organismo y deben ser aportadas en cantidades suficientes a través de los alimentos.

Dentro de este grupo se encuentran los ácidos grasos esenciales:

Ácido alfa linolénico: omega 3

Reduce el colesterol LDL, los triglicéridos y el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer.

Se encuentra en pescados (caballa, sardina, atún, merluza, salmón), aceite de chía y lino, frutas secas (nueces) y semillas (lino y chía).

Ácido linoleico. omega 6

Reduce el colesterol LDL

Se encuentra en aceite de girasol, soja, maíz, canola, uva, oliva, germen de trigo, semillas (sésamo), y frutas secas (almendras).

Ácido oleico: omega 9

- Aumenta el colesterol HDL y reduce el colesterol total y colesterol LDL:
- Disminuye los niveles de triglicéridos.
- Previene enfermedades cardiovasculares
- Podemos encontrarlo principalmente en el aceite de oliva, de canola, de girasol alto oleico, frutas secas (sobre todo el maní), semillas de sésamo, palta y aceitunas.

¿Qué obstáculos se encuentran a la hora de elegir incorporar aceite, frutas secas y semillas en la alimentación?

- Desconocimiento de las diferentes calidades y propiedades de los aceites para realizar elecciones más saludables. Por ejemplo: el aceite de girasol alto oleico aporta mayor cantidad de omega 9 (ácido oleico) que el aceite de oliva, tiene un costo más bajo y además es un aceite neutro lo que nos permite utilizarlo en preparaciones dulces.
- Reutilización del aceite para reiteradas cocciones, dañando sus propiedades.
- Desconocimiento de formas de preparación y porciones recomendadas de frutas secas y semillas. Las frutas secas pueden ser difíciles de masticar para aquellas personas con pérdida de piezas dentales o con prótesis mal ajustadas, en esos casos puede optarse por procesarlas o molerlas para facilitar su consumo.
- Costo elevado de frutas secas, semillas y algunas variedades de aceites (por ejemplo, aceite de oliva, uva, canola, sésamo, lino).
- Elevada oferta y publicidad de aderezos en el mercado (mayonesa, ketchup, mostaza, salsa de soja, salsa golf) que desplaza el consumo de aceite para condimentar las comidas.
- Presencia de caries o prótesis mal ajustadas que predispone a que las semillas se depositen entre los dientes, causando molestias y daños por lo que disminuye su consumo.

¿Cómo facilitar la elección de este grupo de alimentos en personas mayores?

Formas de incorporar frutas secas y semillas

- En desayuno o merienda con yogurt, licuados, cereales y frutas secas; también se puede incluir semillas sobre el queso untado en pan o tostadas.
- Como snacks saludables solas o mezcladas, incluirla en licuados o batidos. Por ejemplo semillas de zapallo o de girasol sin salar.
- Picadas, molidas o espolvoreadas en salpicones, ensaladas, postres, pastas.
- En el relleno o masa de tartas y empanadas. En budines dulces o salados.
- Para rebozar alimentos.
- Agregar a panes y amasados.
- En forma de pastas untables, sobre un pan.

Formas de incorporar aceites

Muchas veces el aceite se utiliza solamente para condimentar ensaladas. Sin embargo, se puede agregar a diferentes preparaciones como purés, pastas, arroz y polenta ya cocidos. De esta manera, como se mencionó anteriormente, en personas mayores con poco apetito se aumenta el valor nutricional.



Foto: Candela Goldschmidt/DIPAM

Grupos de alimentos NO recomendados

Grupo 6: Alimentos de consumo opcional

Los alimentos de este grupo no deberían formar parte de la alimentación diaria. Este grupo se compone principalmente por productos ultraprocesados y su incorporación habitual no ayuda a mejorar la calidad de la alimentación porque aportan baja o nula cantidad de vitaminas, minerales y fibra, con exceso de grasas, azúcares y/o sal, además de conservantes, aditivos, colorantes. Un consumo en exceso daña la salud aumentando el riesgo de malnutrición y enfermedades como , diabetes, hipertensión, enfermedades renales y cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, entre otras.

Ejemplos de estos productos alimenticios son: galletitas dulces, saladas, amasados de pastelería (pastelitos fritos, churros, medialunas, bizcochos de grasa, facturas, otros), golosinas, bebidas azucaradas como gaseosas, aguas saborizadas, jugos industrializados y jugos en polvo (para diluir), productos de copetín (maní salado, palitos salados, papas, mandioca y/o batatas fritas, chizitos, otros), embutidos y chacinados (salchichas, chorizo, morcilla, otros), fiambres, achuras, carnes procesadas (preformados de carne o pollo, hamburguesas, bastones de pescados, otros), helados, manteca, margarina, dulce de leche, mermeladas (industrializadas), aderezos tales como mayonesa, ketchup, mostaza, salsa golf, salsa de soja, otros.

¿Qué obstáculos son frecuentes encontrar a la hora de limitar el consumo de alimentos de este grupo?

- Son alimentos con gran palatabilidad por el contenido de azúcar, sal y/o grasas lo que hace difícil limitar su consumo.
- Son productos/bebidas de fácil acceso y disponibilidad en la mayoría de los kioscos y supermercados.
- Existe la costumbre de tomar mate con azúcar o miel y/o utilizar jugos para diluir (ultraprocesados) en la preparación de tereré.
- Tener siempre disponible una jarra con agua segura para beber en el hogar o una botella en la mochila o cartera.
- Limitar la adición de azúcar a infusiones, mate, tereré, jugo de frutas.
- Promover el hábito de cocinar preparaciones caseras con alimentos frescos, mínimamente procesados evitando comidas listas para consumir.
- Utilizar alimentos frescos y naturales para elaborar comidas.
- Proponerles cocinar una comida casera junto a otros miembros de la familia.

Alcanzar los requerimientos de micronutrientes en las personas mayores es un gran desafío, ya que por lo general las necesidades energéticas se encuentran disminuidas. La selección de alimentos se debe hacer teniendo en cuenta el aporte de una alta densidad nutricional por porción y evitando alimentos que contienen kilocalorías sin aportar nutrientes.

¿Cómo identificar los productos ultraprocesados?

La forma práctica de identificarlos es verificar su lista de ingredientes. Los ingredientes que componen el producto se enumeran en orden decreciente de peso inicial por lo que el ingrediente que figura en primer lugar es el que se presenta en mayor proporción. En este sentido, si la lista contiene más de cinco ingredientes, y aunque sea alguno de ellos es una sustancia que nunca o rara vez se utiliza en la cocina, probablemente estemos en presencia de un comestible ultraprocesado.

Existen diversos productos que a simple vista podrían considerarse “saludables” por tener un envase de color verde o estar identificados como alimento “light” o “dietético” pero son ultraprocesados. Muchos productos de estas características, tienen exceso de nutrientes críticos (azúcares, grasas, sodio), colorantes y aditivos, entre otras sustancias, y distan mucho de lo que se considera un alimento saludable.

En este sentido, el etiquetado frontal de alimentos que a continuación detallaremos es de suma importancia para garantizar el derecho a la información y facilitar la identificación de productos ultraprocesados.

Ley de Promoción de la Alimentación Saludable

En 2021, en Argentina se aprobó la Ley 27642 de Promoción de la Alimentación Saludable; una ley integral que considera la incorporación de los mejores estándares de salud a través del etiquetado frontal de alimentos, así como la regulación de los entornos a través de la regulación la publicidad en medios masivos de comunicación y en los envases, y la promoción y el patrocinio de esos productos. Además es una medida de salud pública que permitirá limitar la oferta de estos productos en instituciones educativas y en las compras públicas de organismos nacionales de gobierno. La mencionada ley se está implementando por etapas graduales.

Mediante el etiquetado frontal de alimentos, a través de sellos de advertencia que son octógonos negros, se informa de manera clara, rápida y sencilla el contenido en exceso de nutrientes críticos como azúcares, grasas totales, grasas saturadas y sodio.

Además también indican el exceso de calorías y advierten mediante leyendas precautorias el conteni-

do de edulcorantes y cafeína y se recomienda evitar su consumo.

Al seleccionar y/o recomendar alimentos, es importante ver los sellos de advertencia que presenta su envase. A mayor cantidad de sellos, el producto presenta mayor número de nutrientes críticos. Las recomendaciones diarias de alimentación saludable deben estar basadas en alimentos que no contengan sellos.

SELLOS DE ADVERTENCIAS :



LEYENDAS PRECAUTORIAS



Se puede acceder a más información a través del siguiente enlace:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/ley-de-promocion-de-la-alimentacion-saludable>

Disminuir el consumo de sal.

Se recomienda cocinar sin sal y de ser necesario agregarle un poco al finalizar las comidas. Disminuir el consumo de productos ultraprocesados que tienen alto contenido de sodio como: conservas, enlatados, embutidos, panificados, galletitas saladas o dulces, fiambres, productos de copetín como palitos, papas fritas de paquete (Podes ampliar esta información en el grupo 6).

El consumo elevado de sodio contribuye a la hipertensión arterial y a aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Para realzar el sabor de las comidas puede reemplazar la sal por

jugo de limón, hierbas aromáticas o especias, como por ejemplo ají molido, albahaca, anís, clavo de olor, comino, estragón, jengibre, laurel, orégano, nuez moscada, perejil, pimienta, pimentón, romero, salvia, tomillo.

Prevención de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es considerada uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cardiopatía coronaria y accidentes cerebrovasculares, además su prevalencia está relacionada con el aumento del número de personas con discapacidad, aumento de los gastos en salud y de la mortalidad. Durante la vejez las personas se encuentran más propensas a contraer HTA debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que suceden en esta etapa, esto sumado a otros factores de riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollarla como el elevado consumo de sodio.

Algunas recomendaciones alimentarias a tener en cuenta:

Reducir el consumo de sal y de productos con elevada cantidad de sodio.

La sal se encuentra en distintas formas: Aproximadamente dos tercios del consumo diario de sodio, se incorpora oculto en productos industrializados o envasados y el tercio restante se incorpora con el agregado de sal de mesa. (GPC HTA 2019).

- **Sal visible:** Sal que se agrega al cocinar y preparar las comidas fuera o dentro del hogar. Representa el 30% del consumo diario.
- **Sal invisible:** Sal que proviene de los alimentos industrializados. Representa el 70% del consumo diario.

Ejemplos de éstos son: caldos, sopas, salsas, aderezos, conservas, fiambres, embutidos, hamburguesas, palitos salados, papas fritas de bolsa, y otros productos de copetín, queso, manteca, margarina, pan, galletitas dulces y saladas con o sin salvado, masa de tarta y empanadas, preformados de carnes/verduras congelados, suprema de pollo y medallones congelados, alfajores, galletitas dulces y saladas, productos de panadería, prepizzas, criollos, gaseosas y bebidas azucaradas/edulcoradas, etc.

Conservantes como: cloruro de sodio, fosfatos de sodio, sales de sodio, lactato de sodio (E325), sorbato de sodio, ribonucleótido de sodio (E635), benzoato de sodio.

¿Cómo reducir el consumo de sal?

Algunas sugerencias...

- Cocinar sin sal. Si fuera necesario agregarle un poco al finalizar la preparación.
- Evitar llevar el salero a la mesa.
- Al cocinar las carnes, se recomienda dar un dorado inicial, creando una “costra” para evitar que pierdan sus jugos durante la cocción. Asado o a la plancha realza el sabor.
- Utilizar condimentos aromáticos en reemplazo de sal: jugo de limón, vinagre, cebolla, ajo, hierbas aromáticas y especias: albahaca, ají molido, azafrán, cardamomo, clavo de olor, comino, coriandro, cúrcuma, curry, estragón, hinojo, jengibre, laurel, nuez moscada, orégano, perejil, pimienta, pimentón, romero, salvia, tomillo, entre otros. (cuadro anexo).
- Trabajar para deshabituar el paladar al sabor salado. Las personas tenemos la capacidad de ser plásticas, luego de algunas semanas sin consumir sal, la preferencia por el sabor salado se reduce y se comienza a disfrutar el sabor natural de los alimentos.
- Preferir alimentos frescos o mínimamente procesados, en lugar de los productos ultraprocesados

¿Sabía que la sal se encuentra de distintas formas en los alimentos?

Agua. El consumo de agua en las personas mayores puede resultar problemático debido a que suelen presentar tanto estados de deshidratación como de hiperhidratación. A menos que esté contraindicado se recomienda una ingesta abundante de agua y/o líquidos para mantener una adecuada hidratación, de lo contrario aumenta el riesgo de infecciones, constipación, disminuye la capacidad de la vejiga y se produce un desequilibrio hidroelectrolítico¹⁴.

Las personas mayores suelen evitar o restringir el consumo de agua y/o líquidos por presentar una menor o baja sensación de sed, temor a la incontinencia urinaria o nocturna, falta de motivación, menor accesibilidad a líquidos, dificultad para beber sin ayuda y alteraciones cognitivas. Las personas con función renal y/o vascular disminuida presentan problemas con ingestas excesivas de líquidos¹⁵.

Recomendaciones a tener en cuenta sobre el consumo de agua

Preferentemente se recomienda el consumo de agua segura para beber como fuente principal de hidratación diaria. Se recomienda no esperar a tener sed para tomar agua, como se dijo anteriormente la sensación de sed se encuentra disminuida. Para facilitar su incorporación, se puede saborizar naturalmente el agua con rodajas de frutas frescas (sin el agregado de azúcar), hojas de menta o elegir infusiones frías.

A lo largo del día consumir al menos ocho vasos de agua segura, distribuidos en diferentes momentos, acompañando las comidas y en personas mayores que realizan actividad física especialmente antes, durante y después de la misma.

Se sugiere un consumo moderado de infusiones como té, mate y café por su contenido en taninos ya dichas sustancias son inhibidoras de la absorción del hierro. Además, tienen nulo o escaso valor nutritivo y son consideradas estimulantes del sistema nervioso.

Es importante que el agua utilizada para beber, lavar y/o cocinar alimentos sea segura. En caso de no contar con disponibilidad de agua segura, utilizar medio de potabilización de agua previo a utilizarla; se puede colocar 2 gotas de lavandina (concentrada de 60 g/l) por cada litro de agua y dejarla reposar media hora antes de consumirla o hervir el agua durante 3 minutos y esperar a que se enfríe para beberla (no volver a hervir).

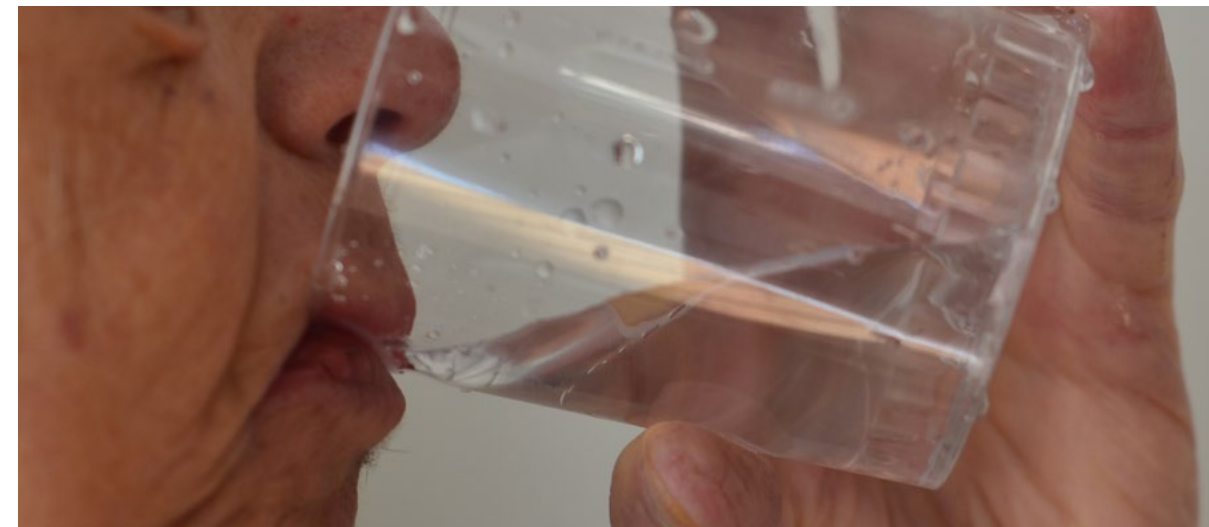


Foto: Candela Goldschmidt/DIPAM

Situaciones especiales

¿Por qué la persona no quiere comer?¹⁶

El desinterés por la comida puede deberse a varios motivos; problemas en la cavidad bucal (encías, labios, garganta o prótesis), náuseas a causa de la toma de medicación (no informadas por menor capacidad para comunicarse), comidas desabridas o menos atractivas, inexistencia de un motivo para vivir, comer en soledad, etc.

Lo primero que se puede hacer es preguntarle a la persona cual es el motivo, teniendo en cuenta las distintas esferas que pueden influir que van desde molestias físicas, gusto, así como también estado emocional - motivacional.

En aquellos casos de dependencia mayor en los que la comunicación no se pueda garantizar, se sugiere probar estas alternativas implementandolas directamente: si come en soledad, fomentar la compañía, variar sabores y consistencias, así como combinación en casos de malestar estomacal. Siempre el acento tiene que estar en el respeto y el bienestar integral.

Otros puntos que se recomiendan ante estas situaciones es aumentar el valor energético de las comidas, agregar huevo o leche en polvo a preparaciones como la sopa, puré, rellenos, gratinar con queso, condimentar con aceite preparaciones, etc. para garantizar que aunque no se ingiera en abundancia, al menos se ingiera la calidad suficiente.

Otra herramienta para tener en cuenta en aquellos casos en los que la persona se encuentre desorientada y se niegue a sentarse a comer, es probar implementar hábitos que le sirvan de referencia temporal y espacial, como por ejemplo fijar horarios para las comidas, establecer una rutina antes de comer (ir al baño, lavarse las manos, colocar música suave), utilizar la misma vajilla y mantel, servir los platos de a uno de manera que no produzcan confusión. Se pueden utilizar cubiertos especiales o adaptados (con mangos fáciles de agarrar y las cucharas son un poco más profundas), vasos y platos irrompibles (los "antivuelco" se adhieren a la mesa), servir la comida cortada y las frutas peladas, y ofrecer alimentos que puedan servirse con la mano como croquetas, albóndigas, empanadas. Es aconsejable estimular el uso de los utensilios por la propia persona para que pueda conservar esas habilidades por más tiempo.

¿Qué hacer cuando la persona come con demasiada frecuencia?¹⁷

Pueden haber casos en los que alguna persona quiera comer todo el tiempo. Estos pueden deberse a varios aspectos, tal vez porque se olvidan de la sensación de saciedad, o por la ingesta de fármacos como los antipsicóticos, que ocasionan aumento del apetito, pero también se puede deber a que

se sienten aburridos, o solos. Como se mencionó anteriormente, lo primero que se sugiere hacer es preguntar porque considera que le sucede: si toma dimensión de la situación, si cumple una función dicho acto, si siente hambre frecuentemente, etc. La respuesta orientará la sugerencia.

En aquellos casos que el motivo sea por ejemplo el aburrimiento o la soledad una estrategia puede ser ayudarlo a armar un cronograma con actividades que fomenten el entretenimiento según sus intereses.

Otro aspecto a tener en cuenta en aquellos casos que se observe que la persona comen de forma compulsiva y tragan los alimentos casi sin masticar corren el riesgo de atragantarse y/o asfixiarse. Se recomienda ofrecer pequeñas porciones, cortar la comida en pequeños trozos, ofrecer frutas sin piel, preferir alimentos de fácil digestión, servir las comidas a temperatura apta para evitar quemaduras.

Dificultad para tragar y disfagia¹⁸.

En ocasiones las personas suelen retener la comida en la boca, juegan con ella y no quieren tragar, esto se debe a una disminución en el reflejo de la deglución. Además, en el envejecimiento la producción de saliva se encuentra disminuida lo que dificulta el acto de tragar y las papilas gustativas disminuyen alterando la percepción de sabores la comida resulta insípida y las personas olvidan que tienen comida en la boca.

Se priorizan los alimentos jugosos, que estimulan la producción de saliva (por ej. cítricos como mandarina o frutilla), aderezar las comidas con variedad de condimentos (hojas, vinagre, aceites, etc) bien las preparaciones.

Cuando las personas se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad suelen presentar mayores dificultades para alimentarse o disfagia. En el tratamiento de la disfagia además de contar con nutricionistas que valoren los requerimientos energéticos y nutricionales se debe contar con profesionales de fonoaudiología para evaluar masticación, deglución y riesgo de aspiración.

En el tratamiento se priorizará mantener la vía oral mientras sea posible y se brindarán estrategias para evitar complicaciones respiratorias. Algunas estrategias tienen que ver con técnicas posturales, incremento sensorial y praxias neuromusculares que ya se han descrito anteriormente.

En lo que respecta a lo estrictamente nutricional según las características de la disfagia se indican modificaciones de las características del bolo alimenticio, tanto en el volumen como en la viscosidad.

Se pueden utilizar espesantes comerciales para lograr la textura deseada, usándolos en alimentos líquidos, fríos o calientes.

Consejos básicos para la alimentación de personas con demencia avanzada y disfagia

- Comer en un ambiente relajado, sin distracciones (apagar televisión y radio) y despacio con tranquilidad. Tomar el tiempo necesario para la comensalidad, la misma debe durar como mínimo 30-40 minutos.
- Presentar menús variados.
- Adaptar las texturas de los alimentos sólidos.
- No mezclar alimentos de distinta consistencia (ej. no ingerir alimentos sólidos y líquidos al mismo tiempo) y evitar alimentos de riesgo.
- Consumir alimentos fríos o calientes si no hay alteraciones de la sensibilidad de la boca, del gusto o del olfato.
- Enriquecer la dieta con nutrientes calóricos y proteicos (leche en polvo, etc.).
- Adaptar la viscosidad de los líquidos, utilizar espesantes.
- Comprobar que la boca esté vacía y sin residuos antes de administrar la siguiente cucharada.
- Utilizar utensilios de cocina adaptados para mejorar la independencia. No llenarlos con demasiada comida.
- No utilizar sorbetes ni jeringas.
- Mantener una posición adecuada, sentado o a 30–45° hasta media hora después de la ingesta.
- Utilizar la postura más correcta posible; en general, espalda alineada y apoyada sobre el respaldo de la silla, con la cabeza ligeramente en flexión, evitando la hiperextensión. Si hay dificultad para controlar la postura, utilizar un sistema de posicionamiento específico.
- Seguir las maniobras deglutorias indicadas por fonoaudiología.
- Aumentar el número de tomas y de menor cantidad si hay fatiga muscular.
- Utilizar la presentación de los fármacos más adecuada.
- Mantener una higiene bucal adecuada.
- La persona no debe estar somnolienta o agitada en el momento de comer.

Alimentos de riesgo en personas con disfagia¹⁹.

Con doble textura	Mezclas de líquido y sólido: sopas con fideos, verduras, carne o pescado; leche con cereales; yogur con frutas.
Alimentos pegajosos	Amasados de pastelería, chocolate, miel, caramelos masticables, banana, pan de molde, puré de papa espeso, leche condensada.
Alimentos resbaladizos que se dispersan en la boca, es decir no forman un bolo cohesivo	Arroz, legumbres enteras (lentejas, garbanzos, arvejas), pastas, uvas.
Alimentos que desprenden agua con la masticación	Melón, sandía, naranja, mandarinas, pera.
Alimentos que pueden fundirse en la boca	Helados, gelatinas.
Alimentos fibrosos	Lechuga, apio, espárragos.
Frutas y vegetales con piel y/o semillas	Mandarina, uvas, tomate
Alimentos crujientes y secos o que se desmenuzan en la boca	Tostadas, hojaldre, galletas, papas fritas, panes que contengan semillas
Alimentos duros y secos	Frutos secos, pan con cereales.
Alimentos con pieles, grumos, tendones y cartílagos, espinas	

Disminución sensorial en personas mayores (gusto y olfato)

Los órganos de los sentidos se ven afectados con el envejecimiento y pueden afectar en el día a día a las personas mayores. La disminución visual, la pérdida del olfato y el gusto afectan en la elección y el consumo de alimentos. La disminución visual dificulta o impide la lectura de las etiquetas de los productos lo que interfiere en el acceso a la información nutricional y a la fecha de vencimiento, por ejemplo.²⁰

La pérdida de la sensibilidad gustativa disminuye la percepción de los sabores dulces y salados por lo que las PM suelen incorporar mayor cantidad de azúcar y sal a las comidas por sentir que tienen poco sabor. En consecuencia, en algunas ocasiones, se reduce el interés y el placer por las comidas y esta situación puede afectar el estado nutricional de las PM. (25)

El consumo de medicamentos y las enfermedades neurológicas como la enfermedad de Alzheimer o Parkinson son algunas de las causas que producen alteraciones en el olfato. La alteración en el olfato afecta también el gusto debido a que están estrechamente relacionados²¹.

Se recomienda utilizar variedad de condimentos, especias e hierbas aromáticas para realzar el sabor de las comidas. Siempre que no haya contraindicaciones variar texturas y elegir alimentos de distintos colores, que contrasten, de manera que resulten más atractivos y evitar la monotonía de las preparaciones.

Especias	Preparaciones para aderezar
Azafrán	verduras, arroz, cazuelas, pollo y paellas
Clavo de olor	carnes rojas, compotas
Curry	pollo y carnes rojas
Jengibre	pescado y arroz
Nuez moscada	carnes, salsas y verduras
Pimienta	todos los platos
Pimentón	salsas, guisos, carnes
Ají molido	carnes, verduras, rellenos y guisos
Albahaca	ensaladas, pastas, verduras. Combinada con ajo
Anís	infusiones, sopas

Hierbas aromáticas	Preparaciones
Cilantro	carnes
Estragón	ensaladas, carnes, salsas
Laurel	salsas, carnes, estofados, escabeches
Menta	salsas
Orégano	ensaladas, pastas, salsas, carnes (rojas y blancas)
Perejil	ensaladas, salsas, sopas, caldos
Romero	carnes (rojas y blancas) con legumbres (lentejas, porotos, garbanzos)
Salvia	carnes blancas, con legumbres, ensaladas
Tomillo	carnes, con legumbres

En el Anexo 1 se encuentran algunas ideas de menú que pueden resultar prácticas para personas mayores, adecuando consistencias e incluyendo todos los grupos de alimentos recomendados por las Guías Alimentarias para la Población Argentina.

¿Qué ocurre con los medicamentos y los alimentos?

Existen múltiples interacciones entre los alimentos y los fármacos. En unos casos pueden ser beneficiosas porque disminuyen los efectos adversos o aumentan la eficacia del medicamento, pero en otros casos pueden ser no deseables y conllevar a una alteración en la absorción del fármaco.

Por ejemplo, en personas que toman anticoagulantes orales, se debe limitar la ingesta de alimentos ricos en vitamina K, como brócoli, espinaca, lechuga, ya que antagonizan su efecto. O en aquellos que toman determinados fármacos para patologías tiroideas, se debe controlar la ingesta de fibra dietaria en las horas posteriores, como cereales integrales, frutos secos o semillas.

Por este motivo es importante que el médico/a que receta un medicamento, indique a la persona mayor la forma correcta de tomar el fármaco a fin de evitar interacciones perjudiciales para su salud y obtener el efecto terapéutico deseado.

Parte 3

Reflexiones finales

El envejecimiento es un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de la vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio. En este sentido, la valoración gerontológica integral (VGI) se convierte en una herramienta que garantiza un abordaje completo de estas dimensiones. Implica diseñar un plan individualizado preventivo, terapéutico y rehabilitador, con el fin de lograr el mayor nivel de independencia y calidad de vida de la persona mayor.

Desde esta perspectiva de derechos humanos, resulta crucial promover un estilo de vida saludable, en donde la alimentación juega un rol fundamental ya que los cambios mencionados pueden afectar una adecuada nutrición en la vejez y por lo tanto traer aparejados otros problemas de salud. Las Guías Alimentarias para la Población Argentina brindan una serie de recomendaciones que buscan promover una alimentación saludable a través del consumo de una alimentación variada compuesta mayormente por alimentos frescos, teniendo en cuenta la cultura y tradiciones locales. Sugieren porciones estimativas de diferentes grupos de alimentos para la población general sana y fomentan la comensalidad. Se sostienen en el marco del derecho humano a la alimentación adecuada como elemento básico para alcanzar la salud y un estado de alto bienestar de la población.

La salud y la alimentación están intrínsecamente relacionadas por lo que abordar los hábitos alimentarios de esta población es un tema importante a tener en cuenta, sin dejar de lado las influencias de los diversos factores (geográficos, climáticos, políticos, agropecuarios, económicos y de transporte) que influyen en la cantidad, variedad, calidad, disponibilidad y accesibilidad de alimentos.

Como profesionales del equipo de salud resulta fundamental acompañar a las personas mayores con las recomendaciones adecuadas para su edad, pero sin que estas se conviertan en enunciados imperativos. Por el contrario, para trabajar en las recomendaciones se deberá tener en cuenta el contexto y la complejidad en la que cada persona va forjando sus prácticas alimentarias. Esto probablemente haga posible que se puedan dar los cambios necesarios que permitan ir hacia una alimentación saludable, brindando la posibilidad de tener un rol activo en su proceso de envejecimiento.

Anexo 1

Sugerencias a la hora de tener contacto con las personas mayores, las familias o cuidadores tanto en residencias de larga estada como en comunidad:

Es importante favorecer un ambiente cálido y armonioso al momento de las comidas. Comer acompañados/as en los casos que sea posible puede favorecer la rutina alimentaria y la nutrición adecuada de cada persona.

Algunos puntos importantes a tener en cuenta

- Favorecer un ambiente tranquilo para el momento de la comida.
- Fomentar espacios compartidos con pares, familia, u otras personas que generen sensación de bienestar en el momento de la comida.
- Adecuar la mesa o el espacio donde se realice la comida a las comodidades y necesidades de las personas.
- Elaborar platos que sean agradables a la vista.
- Si existe la posibilidad, incentivar a que las personas elijan qué comer no mismo que puedan formar parte de la elaboración de los mismos, citando recetas aprendidas, o aprendiendo nuevas.

Ideas prácticas de desayunos y meriendas

Avena cocida con leche, acompañada con frutas de estación y espolvoreada con semillas de girasol molidas.	Manzanas o peras al horno con yogur y espolvoreadas con maní picado y copos de cereal sin azúcar.	Licudo de leche y fruta de estación, junto a una porción de budín de avena y frutos secos.	Taza de leche junto a una rodaja de pan untada con puré de frutas de estación y huevo duro picado.	Infusión junto a un sandwich de queso, tomate y palta.	Arroz con leche espolvoreado con frutos secos picados fruta de estación.	Postre lácteo casero elaborado con leche y almidón de maíz junto a una manzana al horno espolvoreada con semillas de sésamo.
---	---	--	--	--	--	--

Ideas prácticas de almuerzos y cenas

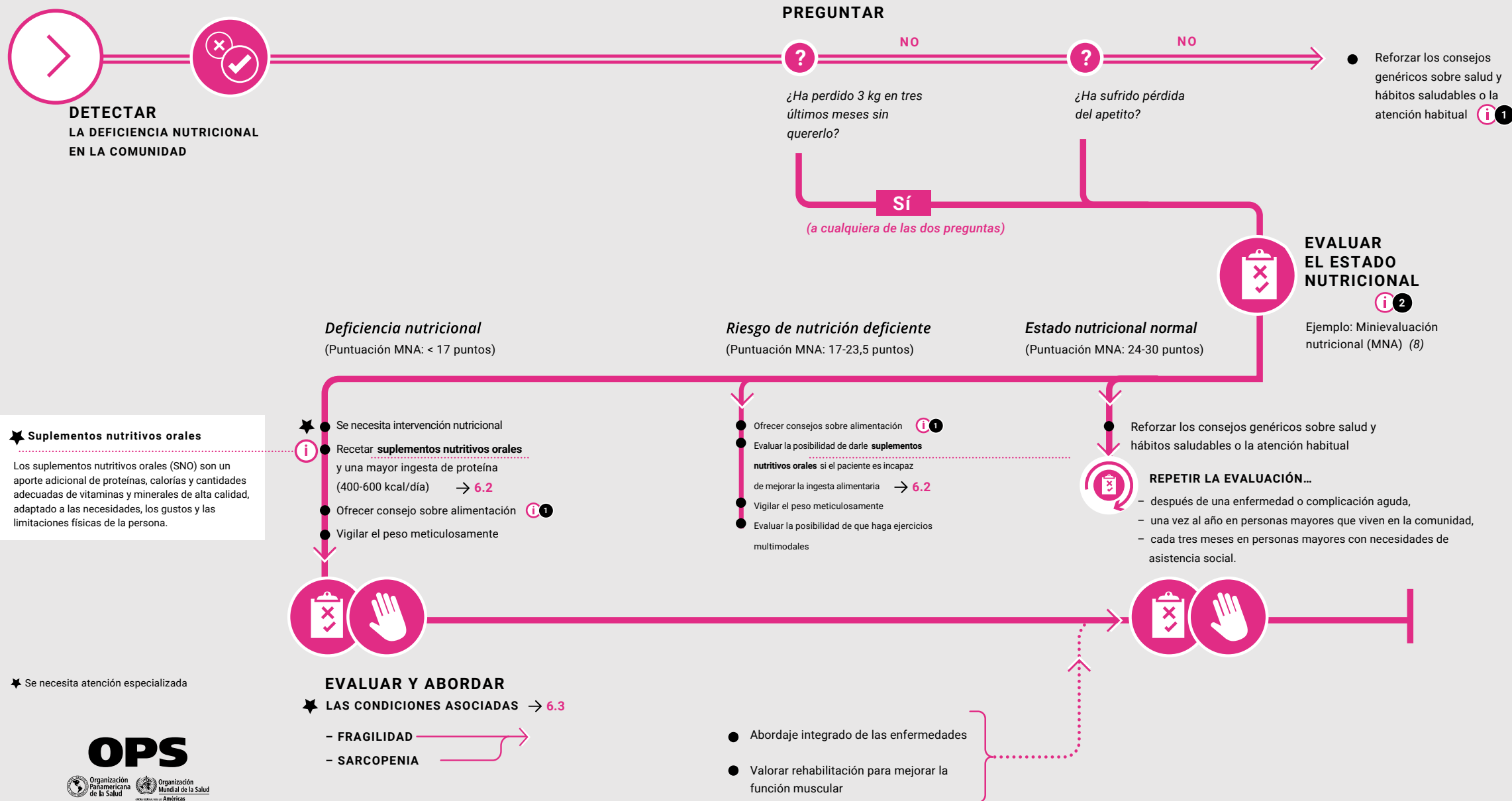
Arroz con vegetales salteados y cubos de pollo.	Pastel de papa y carne picada con ensalada de verduras de estación.	Pescado al horno con puré de coliflor y garbanzos procesados.	Tarta de brócoli gratinada con queso.	Salteado de fideos con verduras de estación y cubitos de cerdo.	Omelette de arvejas con verduras de estación al vapor.	Polenta hecha con leche y salsa bolognesa (tomate, verduras de estación y carne picada).
---	---	---	---------------------------------------	---	--	--

Anexo 2

Evaluación y esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente. Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. ICOPE. OPS.

Vitalidad

Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente



Anexo 3

Valoración nutricional

El NSI (Determine) fue desarrollado en EU a inicios de 1990 como proyecto conjunto de la Academia Americana de Medicina Familiar, La Academia Americana de Nutrición y el Consejo Nacional de la Tercera edad. Es una guía encaminada a valorar el estado nutricional de los ancianos. El Nivel 1 puede ser autoadministrados por el cuidador e identifica a los candidatos de intervención nutricional.

Cuestionario “DETERMINE su salud nutricional”

Afirmación	SÍ
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2
Tomo menos de dos comidas al día	3
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4
Como sólo la mayoría de las veces	1
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	2
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2

Si la puntuación total es:

0 a 2 Bueno. Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.

3 a 5 Riesgo nutricional moderado. Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses

6 o más Riesgo nutricional alto. Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

La puntuación obtenida permite cuantificar el riesgo nutricional y de acuerdo a este, se establece un plan de reevaluación. Cuando los resultados del cuestionario indican un riesgo nutricional alto, se propone un estudio nutricional más profundo, mediante aplicación de otros instrumentos.



Foto: Candela Goldschmidt/DIPAM

Evaluación del estado nutricional-MNA

CRIBAJE	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="radio"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="radio"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="radio"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="radio"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	<input type="radio"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="radio"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) 12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

EVALUACIÓN	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="radio"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="radio"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="radio"/>
J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="radio"/>
K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 0.0 = 0 o 1 sí 0.5 = 2 sí 1.0 = 3 sí	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="radio"/>
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos .	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

<p>N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad</p>	<input type="radio"/>
<p>O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición</p>	<input type="radio"/>
<p>P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22 .</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31</p>	<input type="radio"/>
<p>TOTAL (CRIBAJE + EVALUACIÓN max. 30 puntos)</p>	<input type="radio"/>
<p>Evaluación (máx. 16 puntos)</p>	<input type="radio"/>

Mini Nutritional Assessment-Evaluación del estado nutricional

INDICACIÓN: Todos los ingresos y para detección de malnutrición.
En Residencias de Ancianos cuando el NSI sea positivo.

INTERPRETACIÓN:

- **24 PUNTOS:** Estado Nutricional satisfactorio
- **DE 17 A 23,5 PUNTOS:** Riesgo de malnutrición
- **17 PUNTOS:** Mal estado nutricional.
- **REEVALUACIÓN:** Con carácter anual en los casos con riesgo nutricional obtenido en el NSI o con problemas de malnutrición ya identificados.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS: El MNA se correlaciona fuertemente con las valoraciones clínicas e indicadores objetivos del nivel nutricional (Nivel de albúmina, IMC, ingesta de calorías) Consistencia interna: 0,83. Fiabilidad test-retest : 0,89. En caso de riesgo de malnutrición el riesgo de mortalidad es de un 24 %. Si existe Mal estado nutricional el riesgo de mortalidad es de un 48%.

Bibliografía

- Carlos D'Hyver de las Dese. (2017). Valoración geriátrica integral. Revista de la Facultad de Medicina de México. SCIELO Link: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000300038&script=sci_arttext
- Cuestionario MNA (Mini Nutricional Assessment)
- Huenchuan, S. (2018) Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Pag. 19.
- ICOPE INGER. OPS. (2021). Esquema de Atención para abordar la nutrición deficiente. Curso ICOPE Atención Integrada para un Envejecimiento Saludable. Link: <http://inger.gob.mx/my/>
- ICOPE INGER. OPS. (2021) Curso ICOPE Atención Integrada para un Envejecimiento Saludable. Link: <http://inger.gob.mx/my/>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2018).Manual para la aplicación de las Guías Alimentarias para la población argentina. Buenos Aires. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina-manual-de-aplicacion>
- Ministerio de Salud de la Nación. DIPAM (Año 2022). Manual de Autocuidado a la Personas Mayor. Link Banco de Recursos: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-autocuidado-de-la-persona-mayor-en-la-decada-del-envejecimiento-saludable>
- Ministerio de Salud de la Nación (Año 2021)Análisis de Mortalidad en Personas Mayores, Argentina - Años 2010 - 2019. Pag.19.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).(2014). Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Pag.1.
- Organización Mundial de la Salud OPS/OMS (2003): Conocimientos Actuales sobre Nutrición. Octava Edición
- WHO Technical Report Series 843 (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneve: WHO

Referencias

- 1 **Huenchuan, S. (Huenchuan). (2018).** *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- 2 **Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.** *Manual para la aplicación de las Guías Alimentarias para la población argentina.* Buenos Aires, 2018. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina-manual-de-aplicacion>
- 3 **Msal (Año 2022).** *Manual de Autocuidado a la Personas Mayor.* Link Banco de Recursos: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-autocuidado-de-la-persona-mayor-en-la-decada-del-envejecimiento-saludable>
- 4 **Huenchuan, S. (Huenchuan). (2018).** *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Pag. 19.
- 5 **Huenchuan, S. (Huenchuan). (2018).** *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Pag. 19.
- 6 **Ministerio de Salud de la Nación (Año 2021) Análisis de Mortalidad en Personas Mayores, Argentina - Años 2010 - 2019.** Pag.19.
- 7 **Ministerio de Salud de la Nación. (2019).** 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.
- 8 **Fernandez Armesto, F. Historia de la Comida. Alimentos Cocina y Civilización.** Tusquets Editores. Barcelona. 2001
- 9 **Aguirre, P. Katz, M. Bruera, M.: Comer: Una palabra con múltiples sentidos.** Libros del Zorzal. Buenos Aires. 2010. pag 13-63
- 10 **FAO,2014. ¿Por qué la alimentación es importante?.** Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición 19 - 21 de noviembre de 2014. Pag. 1.
- 11 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400010

- 12 **WHO Technical Report Series 843.** *Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis.* Geneva: WHO, 1994
- 13 **Organización Mundial de la Salud OPS/OMS:** *Conocimientos Actuales sobre Nutrición.* Octava Edición 2003
- 14 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000300001&lng=es&tlng=es.
- 15 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000300001&lng=es&tlng=es
- 16 **Organización Panamericana de la Salud.** *La salud de los adultos mayores: una visión compartida.* 2ª Edición. Washington, D.C.: OPS, © 2011.
- 17 **Organización Panamericana de la Salud.** *La salud de los adultos mayores: una visión compartida.* 2ª Edición. Washington, D.C.: OPS, © 2011.
- 18 **Organización Panamericana de la Salud.** *La salud de los adultos mayores: una visión compartida.* 2ª Edición. Washington, D.C.: OPS, © 2011.
- 19 **Cares L., Víctor, Pavlovic J., Andrés, Gac E., Homero, Cox L., Valentina, González, Daniela, Barrientos Z., Marcelo, Villamizar, Adriana, Villablanca, Claudia, & Carrasco, Gonzalo. (2020).** *Aspectos cognitivos y legales en personas mayores.* Revista médica de Chile , 148 (8), 1183-1188.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801183>
- 20 **Álvarez Hernández, J., y Gonzalo Montesino, I., y Rodríguez Troyan, JM (2011).** *Envejecimiento y nutrición.* Nutrición Hospitalaria, 4 (3), 3-14. [Fecha de Consulta 30 de Agosto de 2021]. ISSN: 0212-1611.
Disponibile en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226782001>
- 21 **Carrillo V, Bernardita, Carrillo A, Vicente, Astorga V, Andrés, & Hormachea F, Diego. (2017).** *Diagnóstico en la patología del olfato: Revisión de la literatura.* Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 77(3), 351-360. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162017000300351>

argentina.gob.ar/salud
0800.222.1002
Av. 9 de julio 1925. CABA



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*