



NUTRICIÓN Y ENVEJECIMIENTO

PATOLOGÍA ASOCIADA

Algunos procesos patológicos típicos del anciano van acompañados de trastornos nutricionales importantes que el farmacéutico puede detectar. También es posible, en algunos de ellos, instaurar medidas que reviertan la situación, basadas en la dieta, los estilos de vida y el uso adecuado de la medicación.

MONTSERRAT VILAPLANA | BATALLA

Farmacéutica comunitaria. Máster en Nutrición y Ciencias de los alimentos.

TABLA 1. ENFERMEDADES FRECUENTES EN LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA Y FACTORES NUTRICIONALES RELACIONADOS

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES	NUTRIENTES RELACIONADOS
• Malnutrición	• Calorías, proteínas, vitaminas, minerales
• Obesidad	• Calorías
• Diarrea/estreñimiento	• Vitaminas, minerales, fibra
• Hipertensión	• Minerales
• Diabetes mellitus	• Hidratos de carbono, minerales
• Aterosclerosis	• Grasas, colesterol, minerales
• Anemia	• Minerales, vitaminas
• Osteoporosis	• Minerales, vitaminas, proteínas
• Cirrosis	• Etanol, minerales, vitaminas, contaminantes
• Alteraciones renales	• Etanol, minerales, vitaminas, contaminantes

El gran aumento de la población anciana en la sociedad implica que cada vez sean más los usuarios de nuestras oficinas de farmacia que requieren una atención personalizada para mantener un estado nutricional y de salud, y una calidad de vida, en general, adecuados. El consejo farmacéutico en este ámbito es un servicio sanitario de gran trascendencia.

ENFERMEDADES DE LA EDAD AVANZADA Y FACTORES NUTRICIONALES RELACIONADOS

Muchas de las enfermedades que aparecen en la vejez son resultado de trastornos que han tenido lugar en el curso de la vida, en los que la nutrición podría haber desempeñado un papel protector. En la tabla 1 figuran las enfermedades más frecuentes y los nutrientes relacionados. Si la alimentación es inadecuada en cuanto a los nutrientes mencionados en la tabla, la enfermedad empeora. En ese caso puede aumentar la debilidad y la apatía y se entra en un círculo vicioso que favorece el desarrollo de la condición.

Por otra parte, la forma de envejecer se ve influenciada por la alimentación seguida en el transcurso de la vida y el envejecimiento en sí mismo puede influir también en la manera de alimentarse.

FIBRA Y ENFERMEDADES EN GERIATRÍA

Un nutriente que desempeña un papel importante en el desarrollo de enfermedades es la fibra dietética. La ingesta de fibra tiene relación directa con toda una serie de enfermedades geriátricas. Muchas de ellas son consecuencia directa del bajo consumo de fibra dietética a lo largo de la vida. Otras, como la obesidad, las afecciones bucodentales, el estreñimiento, el cáncer de colon, la diarrea, la patología hemorroidal, la diverticulosis, el síndrome del intestino irritable o la hipoclorhidria pueden empeorar al restringirse el aporte de fibra.

El aporte mínimo de fibra diario para la población adulta debe situarse por encima de los 20 g/día. Para la población

anciana este valor debe respetarse y a veces incluso aumentarse en presencia de determinadas enfermedades. Dado que un aporte de 20-35 g/día de fibra corresponde a entre 10-13 g de fibra por cada 1.000 kcal, una dieta que suministre 2.000 kcal debe aportar 25 g de fibra y una dieta de 2.500 kcal equivale a 30 g de fibra.

Estas recomendaciones deben respetar una proporción de fibra insoluble/soluble de 3 a 1.

DIETA, LONGEVIDAD Y DETERIORO COGNITIVO

El papel de la dieta en el progreso o enlentecimiento del deterioro cognitivo no ha sido todavía firmemente establecido. De to-

EL APORTE MÍNIMO DE FIBRA DIARIO PARA LA POBLACIÓN ADULTA DEBE SITUARSE POR ENCIMA DE LOS 20 G/DÍA

dos modos, algunos estudios hablan del posible papel preventivo que podrían tener oligoelementos como el cinc o el selenio, y provitaminas como el betacaroteno, la vitamina A, E o C.

DIETA MEDITERRÁNEA: ACEITE DE OLIVA

En un estudio nutricional de la población del área mediterránea se valoró el deterioro cognitivo relacionado con la edad y los hábitos nutricionales de los pacientes y como principal conclusión de este trabajo se observó que el aceite de oliva, y más concretamente los ácidos grasos monoinsaturados (AGMI), estaban relacionados con un enlentecimiento del envejecimiento cerebral.

Los resultados mostraron que entre el grupo de mayor consumo de aceite de oliva y tras diez años de seguimiento, no solo se constató una mejora cognitiva de 3,5 puntos en el MMSE (mini-mental test), sino que, además, la longevidad fue más patente.

En conclusión, una ingesta elevada de AGMI está significativamente asociada con un mejor valor de MMSS y,



TABLA 2. CUESTIONARIO: *THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE*

ASPECTOS A TENER EN CUENTA	PUNTOS
Presencia de enfermedad o de condición que haga cambiar la clase y/o la cantidad de alimentos que se ingieren	2
Hacer menos de 2 comidas al día	3
Comer pocas verduras, frutas y lácteos	2
Tomar tres o más bebidas (cerveza, licor o vino) casi todos los días	2
Tener problemas en la boca o en los dientes que dificulten la masticación	2
No disponer de suficiente dinero para comprar la comida	4
Comer en soledad la mayoría de las veces	1
Tomar tres o más medicamentos, prescritos o no, al día	1
Perder o ganar 4,5 kg sin causa conocida en los últimos seis meses	2
Ser incapaz de comprar, cocinar y/o comer sin ayuda	2
Total puntos:	

por tanto, con una mejor conservación de las funciones cognitivas.

Hay varias hipótesis que podrían explicar el papel protector de los AGMI.

Por un lado, los AGMI desempeñan un papel en el mantenimiento de la integridad estructural de las membranas neuronales. Parece ser que el proceso de envejecimiento requiere una demanda más elevada de AGMI. De hecho otros estudios realizados con AGMI muestran también un papel protector frente al debilitamiento cognitivo. La fluidez y la composición de la membrana neuronal son claves para un buen funcionamiento y un enlentecimiento en la aparición del deterioro cognitivo.

También se debe valorar el papel de los antioxidantes como el hidroxitirosol, los polifenoles y la vitamina E presentes en el aceite de oliva, que pueden ser clave en la protección inicialmente asociada a los AGMI. Por último, otra posible hipótesis son los efectos antiinflamatorios asociados a los AGMI.

MALNUTRICIÓN EN EL ANCIANO

Un estado de nutrición adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de la función cardiovascular y musculoesquelética y, en consecuencia, también a la independencia funcional, así como a un buen estado de salud y a una buena calidad de vida. El déficit nutricional contribuye a aumentar

la morbimortalidad asociada a numerosas enfermedades crónicas y empeora el pronóstico de las enfermedades agudas, por lo que es importante identificar a los pacientes con riesgo de malnutrición y establecer medidas preventivas.

FACTORES DE RIESGO

En diversos estudios se han identificado factores que incrementan el riesgo de un estado nutricional precario, entre los que se encuentran: mala dentición, alteración del gusto y del olfato, alteraciones digestivas, enfermedades crónicas, enfermedades agudas graves, incapacidad física, alcoholismo, depresión, deterioro cognitivo, viudedad, aislamiento social, escasos ingresos económicos, bajo nivel cultural y polimedización, sobre todo si se consumen fármacos anorexígenos (algunos antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos, digoxina, furosemida, fluoxetina y sertralina, entre otros).

En general, los diferentes factores de riesgo identificados se interrelacionan, se acumulan y se vinculan también con la dificultad en obtener los alimentos, en su preparación, en su ingesta y en la digestión y absorción de los nutrientes.

Para detectar situaciones de riesgo nutricional en ancianos como elemento de cribado nutricional hay un cuestionario específico, que se ha reflejado en la tabla 2. El riesgo de malnutrición se establece según la puntuación obtenida:

- 0-2 puntos. Bien. Revisar a los 6 meses.
- 3-5 puntos. Riesgo moderado. Revisar a los 3 meses.
- Más de 6 puntos. Riesgo alto. Presentar la lista a los profesionales sanitarios. Hablar sobre los problemas existentes y, si es preciso, preguntar por ayudas sociales.

ORIENTACIÓN PROFESIONAL EN CASOS DE MALNUTRICIÓN

Será indispensable derivar al paciente al médico para que reduzca algunos de los factores que provocan la malnutrición. A veces el dentista debe ayudar a facilitar la función de la masticación, que puede estar muy deteriorada. Otras veces habrá que contactar con la familia del enfermo o los servicios sociales con la finalidad de facilitar al paciente medios para comprar, cocinar o solventar su dependencia. La solución puede radicar, en otras ocasiones, en valorar el plan terapéutico del paciente para minimizar el riesgo de interacciones o efectos secundarios de los fármacos.

ORIENTACIÓN DIETÉTICA: PLATOS HIPERCALÓRICOS

Dado que la nutrición es parte esencial de la terapia en caso de desnutrición, la pauta dietética en estos casos estará dirigida al aumento del consumo de alimentos de alto valor energético y de alimentos proteicos para mantener o recuperar la masa magra. Deben evitarse los productos descremados, *light* o bajos en calorías, y aquellos alimentos que sacian y aportan escaso valor nutritivo (ensaladas, caldos desgrasados o infusiones, entre otros). La distribución de los alimentos en varias tomas, reduciendo así el volumen de cada toma, también es una estrategia que hace más fácil el consumo de alimentos a lo largo de todo el día.



CONSEJOS DESDE LA OFICINA DE FARMACIA

- Como detección de la desnutrición debe realizarse la medición periódica del peso y de la talla como parte del examen general en el paciente anciano. Al no existir un indicador claro que nos diagnostique la desnutrición en el anciano, la pérdida de peso y su referencia al valor anterior será el primer indicador de sospecha de una malnutrición.
- Es importante identificar a los ancianos con factores de riesgo de sufrir desnutrición, para ofrecerles consejo y tratar de modificar los factores que determinan el problema, si es posible (polimeditados, viudedad, alcoholismo, alteraciones cognitivas, bajos ingresos, mala dentición...).
- Conviene recordar la importancia del consumo de frutas y verduras para garantizar un óptimo aporte de fibra (dos o más veces al día).
- Cabe prestar atención a indicadores menores como pueden ser una mala cicatrización de las heridas, número de comidas completas al día (dos platos y postre), presencia de anorexia, ausencia de familia, problemas adyacentes como náuseas, disfagia, retención de líquidos, entre otros.
- Se debe valorar la ingesta líquida (al menos 3 vasos al día).
- Es necesario comprobar el aporte proteico mínimo diario (legumbres, carne, pescado, leche o huevos).
- Conviene aconsejar platos hipercalóricos en el caso de desnutrición, individualizándolos y adaptándolos a cada persona para que la dieta aconsejada tenga un mayor seguimiento.

El objetivo de la terapia nutricional es diseñar un menú hipercalórico e hiperproteico para acelerar la recuperación. Dado que la falta de apetito suele ser un síntoma frecuente en las personas desnutridas, hay que plantear platos y aperitivos concentrados en calorías y que no exijan mucho esfuerzo de masticación, deglución y digestión. Algunas sugerencias son:

- Añadir a sopas, consomés, cremas y purés, queso rallado, leche entera y/o en polvo, nata o crema de leche, aceites vegetales, margarina o mantequilla, pan frito, legumbres, arroz, carne picada, embutidos troceados, huevo batido y huevo duro troceado.
- Mezclar los platos de verduras y las ensaladas con queso, huevo duro, mayonesa, atún, frutos secos, pasas, aceitunas, aguacate. Por ejemplo: pastel de espinacas con piñones o de zanahorias y gambas.
- Saltear las verduras y emplear sofritos, bechamel, salsa rosa, tártara.
- Las legumbres frías combinan muy bien con ensaladas de todo tipo y algunas verduras, como por ejemplo la ensalada de garbanzos con arroz y champiñones, o la ensalada de judías blancas y salmón ahumado.
- Elaborar platos únicos completos en caso de inapetencia, por ejemplo lentejas con pequeñas albóndigas de carne, puré con pollo o pescado.
- Enriquecer las bebidas o elaborar batidos concentrados: con helado y frutos secos, leche con cacao y yema de huevo, yogur y queso fresco batido.
- Cuidar la presentación de los platos para favorecer que resulten apetecibles y con una buena apariencia gastronómica. **Of**