Alimentación en el anciano

En las personas mayores, tanto el tipo de hábitos nutricionales como los hábitos de salud que han mantenido a lo largo de la vida son los responsables de haber generado diversas patologías. Estos hábitos nutricionales no siempre correctos están ya establecidos, son difíciles de cambiar y seguramente van a agravar la misma patología. Por otro lado, el mismo proceso de envejecimiento demandará un tipo especial de alimentación. Este artículo abordará estos aspectos relacionados con la alimentación en edades avanzadas.

MONTSE VILAPLANA I BATALLA

Farmacéutica comunitaria
Máster en Nutrición y Ciencias de los Alimentos

Patologías en la vejez y factores nutricionales relacionados

Las pluripatologías que aparecen en la vejez se encuentran estrechamente relacionadas con la alimentación que el anciano ha llevado hasta el momento. Los desórdenes nutricionales son los que van a causar un gran número de patologías que se gestan en edades tempranas y se instauran en la edad adulta (tabla 1). Además, como los hábitos alimentarios incorrectos ya se han instaurado y no suelen mejorar, normalmente suele agravarse la patología. Por ello el binomio nutrición-patología en esta etapa es más patente que nunca.

Así pues, lo que sí resulta muy claro es que la forma de envejecer se ve influenciada por la alimentación realizada a lo largo de la vida.

Tabla 1. Patologías en la vejez y factores nutricionales relacionados.

Malnutrición	Calorías, proteínas, vitaminas, minerales
Obesidad	Calorías
Diarrea/estreñimiento	Vitaminas, minerales, fibra
Hipertensión	Minerales
Diabetes mellitus	Carbohidratos, minerales
Aterosclerosis	Grasas, colesterol, minerales
Anemia	Minerales, vitaminas
Osteoporosis	Minerales, vitaminas, proteínas
Cirrosis	Etanol, minerales, vitaminas, contaminantes
Alteraciones renales	Etanol, minerales, vitaminas, contaminantes

Recomendaciones dietéticas en la población anciana

La población de ancianos no es un grupo homogéneo sobre el que podamos hacer recomendaciones dietéticas generales. Si hablamos de población mayor no desnutrida, las recomendaciones que haremos respecto a su alimentación serán las de una *dieta ideal*.

La dieta ideal

La Fundación Española de Nutrición habla de *dieta ideal* cuando, en la dieta media consumida en un período de 15 días, el 10-15% de su energía deriva de las proteínas, el 30-40% de las grasas y el 50-60% de los hidratos de carbono. Esta definición no hace distinción entre jóvenes y ancianos. De hecho, no existe ninguna evidencia de que un anciano sano, con buen grado de actividad física, deba alterar su dieta con respecto a aquella que seguía cuando era más joven. Nuestro país se encuentra entre los que siguen la excelente dieta mediterránea con probados beneficios cardiovasculares, cuyas características principales son:

– Elevado consumo de frutas y vegetales, con los que se aportan grandes cantidades de vitamina C, betacarotenos y fibra.



FreeImages.com/Albert Albert

No existe ninguna evidencia de que un anciano sano, con buen grado de actividad física, deba alterar su dieta con respecto a aquella que seguía cuando era más joven.

– Elevado consumo de aceites vegetales, sobre todo de aceite de oliva, lo que conlleva una ingesta elevada de ácidos grasos monoinsaturados que de alguna manera combaten la enfermedad cardiovascular.
– Elevado consumo de pescados que aportan proteínas de excelente calidad y ácidos grasos poliinsaturados, sobre todo del grupo Omega-3, que son también beneficiosos en la prevención de la enfermedad cardiovascular.
– Alto consumo de leche y derivados, que proporcionan proteínas y especialmente calcio.
– Bajo consumo de grasas sólidas, del tipo de la mantequilla y la margarina, ricas en ácidos grasos saturados.

Estas características hacen a la dieta mediterránea especialmente recomendable por su elevado aporte de vitaminas y minerales y por su equilibrio en la proporción de las distintas grasas.

El problema es que los últimos años la dieta seguida por nuestra población está cambiando. La ingesta de frutas y legumbres está disminuyendo y aumenta el consumo de ácidos grasos saturados, aunque estos cambios parecen afectar menos a nuestros mayores. Por todo ello, la principal recomendación que debemos hacer a nuestros ancianos es que sigan una dieta rica y variada.

Peculiaridades de la nutrición en la edad anciana

Otro aspecto a destacar en esta etapa de la vida es que el envejecimiento por sí mismo y por las circunstancias que lo rodean puede influir en la manera de alimentarse. Por ello, a pesar de la recomendación general de seguir una dieta ideal, existen ciertas peculiaridades que conviene tener en cuenta en la edad anciana:

– Con la edad, el *gasto energético* asociado al metabolismo basal se reduce. Además, hay una tendencia a realizar menos actividad física, por lo que sería conveniente reducir la ingesta de energía para evitar la aparición de obesidad y, del mismo modo, recomendar el mantenimiento o recuperación de un cierto grado de ejercicio.
– Se disminuye la *percepción de la sensación de sed*. Por ello, las personas mayores se encuentran predispuestas a la deshidratación. Es importante insistir en una ingesta líquida abundante de aproximadamente 1,5 a 2 litros al día, en forma de agua, zumos, caldos e infusiones. Un estado de hidratación adecuado también ayuda a regular el tránsito intestinal, facilita la eliminación de secreciones bronquiales y disminuye la incidencia de infecciones urinarias.
– La *ralentización del ritmo intestinal*, frecuente en los ancianos, hay que evitarla con una ingesta de fibra adecuada, 40 gramos al día de forma aproximada. Por ello hay que insistir en un consumo elevado de legumbres, frutas y cereales. Además existen preparados comerciales que nos pueden ayudar cuando la ingesta de la fibra dietética no es suficiente para regular el ritmo intestinal.
– Las *deficiencias de vitaminas y minerales* a las que están expuestas las personas mayores son: hierro, calcio, zinc, vitaminas del grupo B, vitamina D y ácido fólico. Por este motivo es bueno tomar regularmente fruta, legumbres y verduras junto con carne o pescado, alimentos ricos en estos oligoelementos y vitaminas.
– La *exposición moderada al sol* es imprescindible para el funcionamiento de la vitamina D y del calcio, por lo que, dado que vivimos en un país soleado, hay que insistir a las personas mayores en que dejen que el sol tome contacto con su piel siempre con la protección solar adecuada. Existe elevada prevalencia de hipovitaminosis D en ancianos incapacitados, por no salir de casa o de la residencia y no estar en contacto con el sol. No se debe olvidar el uso de un fotoprotector solar para la piel.
– Por lo que respecta al alcohol, una *ingesta moderada de vino* (1-2 vasitos diarios) puede permitirse por su acción beneficiosa antioxidante dentro de la dieta mediterránea. Si el anciano ha tenido esa costumbre, podemos respetarla y tan solo se debe tener en cuenta la interacción del alcohol con la medicación.

Dieta en la persona mayor dependiente

Las peculiaridades generales que deben tenerse en cuenta en la dieta de las personas mayores dependientes son las siguientes:

– Las variables que están conectadas de manera directa con el consumo energético y la dieta en general son el *ejercicio físico y la situación mental* de la persona. De este modo, en una persona dependiente hay que tener muy en cuenta que la actividad física menor debe ir acompañada de una menor ingesta, por lo que se debe vigilar siempre tanto la

obesidad como la *desnutrición*. La obesidad es sin duda uno de los principales factores negativos en la vida de una persona dependiente, puesto que provoca un círculo vicioso claro: la dependencia física implicará una menor actividad física, la menor actividad física originará sobrepeso, a mayor sobrepeso habrá una mayor dependencia física. Así hasta llegar a ser el detonante de una dependencia más grave que obligue al ingreso en una residencia por no poder atenderle ya en el domicilio.

– La inmovilidad de mayor o menor grado también lleva consigo un mayor o menor *estreñimiento*, por lo que es muy útil que la persona dependiente incremente su consumo de fibra y su hidratación.

– La *disfagia* es la dificultad para la deglución de la comida o la interrupción del bolo alimenticio en su paso hacia el esófago. Las principales causas son: alteración de la coordinación neuromuscular (la más frecuente) como secuela de un ictus, obstrucciones del esófago por tumores, inflamaciones esofágicas, etc. La disfagia neuromuscular se manifiesta sobre todo en la dificultad para tragar líquidos, mayor que para los sólidos, con tos al intentarlo o almacenamiento en la parte posterior de la boca.

Consejos en disfagia

– Recordar que, en muchos casos, hay disfagia aunque no aparezca tos.

– No insistir nunca en la alimentación si existe dificultad o tos.

– Las gelatinas o purés espesos se toleran mejor.

– Son preferibles las tomas frecuentes y en pequeñas cantidades.

– El enfermo debe estar sentado o semisentado.

Suplementos nutricionales

Son preparados farmacéuticos con presentaciones distintas y diferentes sabores (chocolate, fresa, vainilla) y texturas, que tienen una cantidad energética aproximada de 250 kilocalorías y que completan, aunque no sustituyen, la dieta habitual. Son útiles para aquellas personas mayores con anorexia o que acaban de superar convalecencias de enfermedades graves que le han obligado a una larga hospitalización, como una cirugía, una prótesis de cadera, etc.

Malnutrición en el anciano

Un estado de nutrición adecuado contribuye positivamente al mantenimiento no solo de la función cardiovascular sino también musculoesquelética y, en consecuencia, también a la independencia funcional, así como a un buen estado de salud y a una buena calidad de vida. Por otro lado, 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 precozmente 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 severas, incapacidad física, alcoholismo, depresión, deterioro cognitivo, viudedad, aislamiento social, escasos ingresos económicos, bajo nivel cultural y polimedicación, sobre todo si se consumen fármacos anorexígenos (algunos antibióticos, AINE, digoxina, furosemida, fluoxetina y sertralina, entre otros).

Otra situación que favorece la malnutrición es el ámbito hospitalario. En el hospital, las comidas no son específicas para cada paciente y es muy frecuente que por el diferente tipo de comida, las prisas y el carácter poco familiar de un hospital, la persona mayor sufra desnutrición en su ingreso hospitalario.

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

Para detectar situaciones de riesgo nutricional en ancianos como elemento de cribado nutricional existe el cuestionario que queda recogido en la tabla 2.

El riesgo de malnutrición se establecerá según la puntuación obtenida en la tabla 2:

– *0-2 puntos*: **Correcto**. Revisar a los 6 meses.

– *3-5 puntos*: **Riesgo moderado**. Revisar a los 3 meses.

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	2
Hacer menos de 2 comidas al día	3
Comer pocas verduras, frutas y lácteos	2
Tomar 3 o más bebidas de 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 comida	4
Comer solo la mayoría de las veces	1
Tomar 3 o más medicamentos, prescritos o no, al día	1
Perder o ganar 4,5 kg sin causa conocida en los últimos 6 meses	2
Ser incapaz de comprar, cocinar y/o comer sin ayuda	2
Total puntos	

– *Más de 6 puntos*: **Riesgo alto**. Presentar la lista a los profesionales sanitarios. Hablar sobre los problemas existentes y preguntar por ayudas sociales.

Orientaciones para la malnutrición

Será indispensable derivar el paciente al médico para que reduzca algunos de los factores que provocan la malnutrición. A veces el *odontólogo* debe ayudar a facilitar la función de la masticación que pueda 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 estar otras veces en valorar el *plan terapéutico* del paciente para minimizar el riesgo de interacciones o efectos secundarios de los fármacos.

Un estado de nutrición adecuado contribuye positivamente al mantenimiento no solo de la función cardiovascular sino también musculoesquelética y, en consecuencia, también a la independencia funcional, a un buen estado de salud y a una buena calidad de vida.

Orientaciones dietéticas para la malnutrición: 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 el volumen de cada toma, también es una estrategia que hace más fácil el consumo de alimentos.

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 planear platos y aperitivos concentrados en calorías y que no exijan mucho esfuerzo ni para masticar ni para digerir. Algunas sugerencias son:

– Añadir a sopas, a consomés, a cremas y a 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, salsa tártara.
– Combinar legumbres y verduras: las legumbres frías combinan muy bien con ensaladas de todo tipo y con 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: leche con helado y frutos secos, leche con cacao y una yema de huevo, yogur y Petit Suisse batido.
– Cuidar la presentación de los platos para favorecer que resulten apetecibles y con una buena apariencia gastronómica.

Aspectos psicológicos y económicos de la dieta

Existen *factores económicos* que agravan la capacidad de los mayores para llevar a cabo una correcta alimentación y algunos de ellos están ligados al apoyo familiar que se les demanda actualmente a los ancianos.

La crisis económica ha hecho que muchas familias jóvenes no tengan suficiente base económica donde sustentarse y requieran la ayuda de sus padres para tirar adelante sus familias. Ello lleva a que personas mayores deban ofrecer apoyo económico a sus hijos, ya mayores y muchos de ellos con familias a su cargo. Además, a menudo se hacen cargo de nietos para reducir el gasto que implica la guardería. En otros casos, hijos que se separan vuelven a casa de sus padres, otras, se les requiere para avalar la compra de un inmueble o se acude a ellos para ayuda económica.

Estas obligaciones tanto económicas como psicológicas merman en gran parte la vida del anciano, que no podrá a veces hacer frente a todo lo que de él se demanda. Si esto se suma a la reducción de las pensiones y a la crisis económica general, todo ello va a limitar la capacidad económica que redundará claramente no solo en la alimentación sino en el propio cuidado de la salud.

Aspectos prácticos a tener en cuenta

– Para la detección de la desnutrición, desde la oficina de farmacia puede 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 del peso y su referencia con el peso anterior será el primer indicador de sospecha de una malnutrición.
– Identificación de los ancianos con factores de riesgo para aconsejar y modificar dichos factores en el caso de que sea posible (polimedicados, viudedad, alcoholismo, alteraciones cognitivas, bajos ingresos, mala dentición).
– Recordar la importancia del consumo de frutas y verduras para garantizar un óptimo aporte de fibra (dos o más veces al día).
– 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, o patologías adyacentes como náuseas, disfagia, retención de líquidos, entre otros.
– Valorar la ingesta líquida (al menos 3 vasos al día).
– Vigilar un aporte proteico mínimo diario (legumbres, carne, pescado, leche o huevos).
– Aconsejar platos hipercalóricos en el caso de desnutrición individualizándolos y adaptándolos a cada uno para que la dieta aconsejada tenga un mayor seguimiento. □