

Nutrición en el envejecimiento

JOSÉ CARLOS MILLÁN

Por todos es conocida la gran influencia que la alimentación ejerce sobre el estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores, de tal manera que existe una relación directa entre la dieta y la aparición de determinados procesos morbosos. La mejora en la atención sanitaria, junto con el control de los factores de riesgo vinculados a la dieta, pueden contribuir a incrementar la esperanza de vida no dependiente.

El incremento del número de personas mayores ha generado la existencia de una mayor proporción de personas frágiles, con alteraciones sensoriales, cognoscitivas, del equilibrio o la marcha, todo lo cual afectara a su capacidad de movimiento y, por consiguiente, para realizar sus actividades de la vida diaria como ir a la compra o preparar sus alimentos. Algunos mayores son incapaces de mantener una dieta adecuada debido al aislamiento social, producido en ocasiones por una depresión que se acompaña de una sensación de pérdida a nivel de productividad, movilidad, ingresos, personas a las que ama y finalmente, de la imagen corporal. Otras veces se presenta desorganización y cambios en las rutinas diarias, en relación con la preparación de los alimentos y la comida en períodos como pueden ser el de viudedad. Algunas situaciones de falta de apetito pueden ser también llamadas de atención, demandas de afecto o de solución para algún problema de relación a nivel personal o familiar.

La falta de criterios nutricionales, unidos a dificultades funcionales, provocan el inicio de malos hábitos alimenticios, monótonos e inadecuados. Estos hábitos son potencialmente corregibles mediante una buena terapia de educación nutricional que tenga en cuenta los mecanismos motivacionales necesarios, a fin de que las personas mayores sean capaces de aprender y aplicar esquemas dietéticos para su salud. Un buen estado nutricional es esencial para una buena calidad de vida y los alimentos contribuyen a ella a través de mecanismos psicológicos y sociales, además de físicos.

Las personas mayores, en base a sus cambios morfofuncionales, presentan una serie de peculiaridades que repercuten sobre su estado nutricional. Estas peculiaridades, unidas a su pluripatología y a su nivel de salud, deben ser consideradas minuciosamente a la hora de realizar cualquier planteamiento dietético o planificación asistencial. Por ejemplo, la xerostomía (falta de salivación) afecta a más del 70% de la población anciana y altera de manera significativa la ingesta de nutrientes. Las caries sin tratamiento y las periodontitis son la causa más importante de la pérdida dental en los mayores, provocando el uso de dentaduras postizas (que en ocasiones no resultan las más adecuadas) o prótesis inadaptadas. Por lo general las personas que utilizan dentaduras postizas mastican con menor eficacia y esto influye a la hora de consumir alimentos con texturas similares a las de las carnes y frutas, repercutiendo en una ingesta inadecuada de energía, hierro y vitaminas (en particular vitamina C, fosfatos y betacarotenos).

Los mayores presentan dificultades sensoriales que dificultan la adquisición, preparación e ingesta de los alimentos. La agudeza visual disminuye a medida que avanza la edad. Muchas personas mayores presentan déficits sensoriales o trastornos en la coordinación neuromuscular, lo que en ocasiones puede dificultar la ingesta, el reconocimiento de los alimentos y capacidad para alimentarse por sí mismos. También se observa un deterioro de los sentidos del gusto y olfato a partir de los 60 años y de manera más acusada a partir de los 70, lo que puede repercutir en una falta de interés por el consumo de alimentos y, como consecuencia, en una disminución de la ingesta. Los sabores dulce y salado son los más afectados.

Algunos medicamentos, al igual que diversas condiciones médicas (como son el cáncer, la insuficiencia renal crónica, trastornos endocrinológicos e hipertensión) también pueden alterar dichas percepciones. No hay que olvidar que estos sentidos inducen cambios funcionales como la secreción de saliva, de ácido gástrico y algunas sustancias del páncreas etc. Por lo general en las personas mayores se observa una paulatina disminución tanto cuantitativa como cualitativa del conjunto de las secreciones digestivas, que afectan al volumen de la secreción y a la actividad enzimática en las glándulas salivares, gástricas, pancreáticas e intestinales, produciéndose así cambios que afectarán a su apetito, a la capacidad de digestión y a la absorción de los alimentos.

La hipoclorhidria se relaciona con la edad y es la causa de gastritis atrófica. Entre sus consecuencias se incluyen un mayor pH gástrico e intestinal y un sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado, pudiendo alterar la absorción de la vitamina B12, lo que puede resultar en una anemia perniciosa. La absorción intestinal del calcio también disminuye con la edad, tanto en hombres como en mujeres, principalmente debido a una alteración en los mecanismos de transporte.

La disminución de las secreciones intestinales, la marcada atrofia del músculo propulsor, el menor peristaltismo, la falta de ejercicio físico, ciertos cuadros psicológicos y la disminución de residuos en la dieta favorecen la aparición de estreñimiento en los mayores.

Con frecuencia se recomienda fibra para el tratamiento del estreñimiento y la hipercolesterolemia, pero esto contribuye a un equilibrio negativo de calcio. El riñón disminuye su funcionalidad, debido principalmente a la disminución de la filtración glomerular, acumulándose productos de desecho.

La función inmunológica, tanto humoral como celular, declina con la edad. Estos cambios se traducen en una menor capacidad para combatir infecciones. La reducción de la inmunovigilancia también puede ayudar a explicar la mayor frecuencia de neoplasias malignas en esta población.

En cuanto al metabolismo de los principios inmediatos, en las personas mayores se produce un trastorno en el metabolismo de los hidratos de carbono de absorción rápida. Hay una mayor resistencia periférica a la utilización de la glucosa, posiblemente debido a modificaciones de los receptores y a un menor rendimiento de la insulina, lo que se traduce en una mayor incidencia de la diabetes.

En algunos estudios se ha sugerido que la disminución en los depósitos de cromo podría estar relacionado con esta situación. También disminuye la actividad de la lactosa, que puede condicionar la aparición de intolerancia a la leche. Respecto a los lípidos, a partir de los 70 años se produce una disminución de los niveles plasmáticos del colesterol. Se produce una dificultad para sintetizar ácidos grasos esenciales (ácido linoleico y ácido linolénico) a partir de la delta-G-desaturasa. Los niveles séricos de colesterol tienden a elevarse hasta los 60 años de edad en los hombres; el colesterol total, así como la fracción de lipoproteínas de baja densidad (LDL), continúan elevándose hasta los 70 años en las mujeres.

El reemplazo progresivo de masa magra corporal por grasa y tejido conectivo parece ser uno de los cambios más significativos a nivel funcional en la vejez. Ninguna de las características del envejecimiento tiene un efecto más drástico sobre el metabolismo basal, la sensibilidad de la insulina, la respiración, la capacidad de desplazamiento, la movilidad y la independencia que la masa muscular. La cantidad de proteínas corporales en los mayores sanos es un 30-40% inferior a la de los adultos jóvenes. Esta pérdida se aprecia tanto a nivel muscular como visceral. La grasa se deposita más en el tronco y las vísceras y la grasa subcutánea aumenta de forma leve. La masa ósea disminuye y la osteoporosis es una complicación frecuente.

Los estados confusionales que presentan algunos de los mayores pueden ser debidos a diferentes causas. En esta área es de gran interés el uso de sustancias como la tirosina, el triptófano y la colina, que sirven como precursores de neurotransmisores cerebrales participantes en enfermedades como el Alzheimer y el Parkinson, entre otras. Hay datos que sugieren que dietas ricas en hidratos de carbono y pobres en proteínas pueden inducir a la disminución de la atención y la alerta, lo que podría deberse a una disminución de la síntesis de serotonina. La carnitina, que se deriva de los aminoácidos lisina y metionina, pueden ser eficaz para retardar el deterioro mental de la enfermedad de Alzheimer.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN LA PERSONA MAYOR

La valoración de la ingesta alimentaria en relación con el aporte nutricional recomendado puede ayudar a identificar a las personas con riesgo de malnutrición. No obstante hay que recordar que el aporte nutricional recomendado está establecido para personas sanas y que no tiene en consideración la presencia de enfermedades crónicas, minusvalías o enfermedades agudas, todas ellas de elevada prevalencia en estas edades.

En ancianos presumiblemente sanos se han detectado deficiencias de vitamina B-6 (por ingesta baja y aumento de las necesidades), vitamina B-12 y folatos (ingesta baja y mala absorción), vitamina D (falta de exposición solar, ingesta baja, disminución de la síntesis relacionada con la edad), calcio (ingesta baja) y zinc (ingesta baja en relación con una ingesta energética también baja).

En la práctica clínica las necesidades alimenticias de los mayores dependerán según se trate de:

- a) Ancianos sanos.
- b) Ancianos con enfermedades agudas o crónicas: con aumento de las necesidades como respuesta al hipercatabolismo secundario al estrés de las enfermedades agudas o crónicas.
- c) Ancianos frágiles: con escaso apetito, baja ingesta alimentaria y aumento de las necesidades de los nutrientes específicos.

A. CALORÍAS NECESARIAS

Las necesidades de energía están determinadas por el metabolismo basal, la termogénesis y la actividad física. Durante el proceso de envejecimiento se produce una disminución de la tasa metabólica basal a causa de la disminución de la masa celular

Tabla 1. Gasto energético total en función del grado de actividad física. P: peso.

Gasto energético en reposo	Hombres	Mujeres
> 60 años	(11,6 p) + 879	(8,7 p) + 829
< 60 años	(13,5 p) + 487	(10,5 p) + 596
Factor actividad		
Ligero	1,55	1,56
Moderado	1,64	1,78
Intenso	2,10	1,82

activa y de la actividad física. Ambos mecanismos contribuyen a que las personas mayores tengan un menor gasto energético. Una menor ingesta energética conlleva el riesgo de no poder vehicular la cantidad de nutrientes necesaria para satisfacer los requerimientos. Por ello la ración calórica debe estar en consonancia con el grado de actividad física.

La OMS considera que se produce una disminución del gasto calórico de alrededor del 10% cada década a partir de los 60 años. En 1985 publicó una serie de ecuaciones para calcular el gasto energético diario (Tabla 1). Primero se calcula el gasto energético en reposo según el peso (p), la edad y el sexo. Posteriormente se multiplica el resultado por el factor actividad. Estas ecuaciones son de fácil aplicación y muy útiles para este grupo de edad, en el que puede encontrarse una amplia variabilidad en las necesidades de energía entre los distintos individuos.

B. PROTEÍNAS

En el proceso de envejecimiento se producen los siguientes fenómenos:

- a) disminución de las necesidades proteicas, debido a la reducción de la masa magra (el hombre pierde 12 kg de masa magra desde los 25 a los 70 años).
- b) menor aprovechamiento proteico.

La reducción de la utilización proteica se compensa con la disminución de las necesidades, lo que da como resultado neto unas necesidades similares a las de los adultos. Sin embargo, hay autores que opinan que el mayor presenta un balance nitrogenado negativo cuando recibe 0,8 g/kg/día, que es la cifra habitualmente recomendada en el adulto, por lo que sugieren que esta cifra debe aumentarse a 1g/kg/día. Todavía no hay evidencias suficientes para hacer una recomendación concreta.

Las proteínas consumidas deben ser de alto valor biológico: el 60% del aporte debe ser de origen animal y el 40% a partir de proteínas vegetales. Para su utilización óptima las proteínas deben ir acompañadas de un aporte energético suficiente, sobre todo de hidratos de carbono, estableciendo una relación glúcidos / proteínas (g/día) inferior a los 2,5 para evitar el deterioro de la función renal debido a la hiperfiltración.

La malnutrición proteica es poco frecuente en nuestro medio, aunque puede constituir un problema en determinados grupos como los varones que viven solos. Tales deficiencias contribuyen a generar edema, prurito cutáneo, fatiga, debilidad y consumo muscular. Las heridas cicatrizan con lentitud y es posible que la respuesta inmunológica se altere.

Las necesidades de proteínas aumentan en relación con la gravedad y duración de las enfermedades coexistentes: estímulos físicos y psicológicos productores de estrés pueden inducir a un balance nitrogenado negativo. Las infecciones, trastornos de la función gastrointestinal y cambios metabólicos por una enfermedad crónica pueden reducir la eficacia de la utilización del nitrógeno de la dieta.

C. HIDRATOS DE CARBONO (HdC)

El 55-60% de la energía total consumida debe aportarse en forma de HdC, debiendo consumirse preferentemente HC de absorción lenta. El mayor conserva el gusto por los productos dulces, ricos en HdC simples, y su consumo de HdC complejos tiende a disminuir. Un exceso de azúcar eleva el riesgo de una pronta saciedad. Por ello se debe insistir en el consumo de cereales integrales que, además de polisacáridos, proveen de fibra, vitaminas y nutrientes inorgánicos. La sensibilidad a la insulina puede favorecerse con un menor aporte de azúcares simples y aumentando el consumo de carbohidratos complejos y de fibra en la dieta.

D. LÍPIDOS

Además de dar sabor a la dieta, los lípidos tienen la capacidad de dar textura y palatabilidad a los alimentos. Deben aportar el 30-35% de la energía total, repartidos de acuerdo al siguiente esquema:

- Menos de un 10% de ácidos grasos saturados.
- De un 10 a un 15% de ácidos grasos monoinsaturados.
- Un 10% de ácidos grasos poliinsaturados (con una relación ácido linoleico / linolénico de 6 a 10).

Los ácidos grasos indispensables son el ácido linoleico y el linolénico, los cuales intervienen en el metabolismo de los triglicéridos y el colesterol, además de que regulan algunas funciones fisiológicas.

No podemos olvidar que las enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de mortalidad y que existen estudios que han demostrado una estrecha relación entre la tasa de colesterol sérico y el riesgo de coronariopatías.

E. MINERALES

Conforme disminuye la masa magra corporal se reducen los requerimientos de los oligoelementos que se necesitan para el metabolismo muscular. Pero no podemos olvidar que con la edad va disminuyendo el aporte energético y aumenta el consumo de alimentos refinados, por lo que se observa una ingesta insuficiente de minerales, en particular de calcio, magnesio, cinc, cobre y manganeso (especialmente en mujeres). Esta subcarencia acarrea un trastorno discreto que puede llegar a comportar el desarrollo de enfermedades degenerativas. Además nuestros mayores, dada su pluripatología, utilizan numerosos fármacos, como los laxantes y los diuréticos, que pueden interferir o disminuir la absorción de los minerales.

F. VITAMINAS

Con el paso de los años se producen cambios fisiológicos que afectan a la capacidad de sintetizar la forma biológicamente activa de la **vitamina D**. En concreto la capacidad de la piel para producir la provitamina D3 disminuye a menos de la mitad, se reduce la capacidad del hígado para sintetizar la 1,25-dihidroxitamina D y el intestino no responde a los efectos calciotrópicos de la vitamina D. Por lo tanto el consumo de esta vitamina debe incrementarse a 250 UI/día.

Si bien la ingesta, los niveles sanguíneos y los niveles tisulares de **ácido ascórbico** tienden a ser bajos en el anciano, particularmente en aquellos que son fumadores o sujetos a estrés, el uso de suplementos no implica mejoría clínica.

Se ha demostrado la asociación entre el consumo de **vitamina E** y la disminución de padecer aterogénesis, cáncer, cataratas y cardiopatía isquémica. Se ha relacionado altas concentraciones plasmáticas de vitamina E con una disminución de la incidencia de infecciones. Su eficiencia se debe a la protección que ofrece contra la acumulación de radicales libres y contra la tasa, también elevada, de peroxidación de los lípidos.

A medida que avanza la edad se va reduciendo el **fosfato de piridoxal** en plasma, por lo que es necesario un consumo por encima de las recomendaciones del adulto sano para normalizar las concentraciones plasmáticas de la vitamina B6 (**piridoxina**) y sus derivados y alcanzar una actividad enzimática normal.

G. AGUA

La deshidratación es la alteración hidroelectrolítica más frecuente en los mayores. La reducción de la sensación de sed y la menor ingesta de líquidos, junto con la disminución de la conservación del agua por parte de los riñones, son factores importantes que contribuyen al desarrollo de dichas alteraciones. La ingesta deficiente de agua ante una diarrea o fiebre podría provocar deshidratación que requiera hospitalización, además de provocar o agravar otras patologías como son el estreñimiento o los cálculos renales. Medicamentos como diuréticos y laxantes disminuyen los líquidos con rapidez. Asimismo, los pacientes con incontinencia tienen mayor riesgo de deshidratación y deben ser vigilados cuidadosamente.

La ingesta de agua no debe ser inferior a los 1,5-2 l/día, no siendo recomendables las bebidas carbónicas, ya que suelen llevar muchas sales y además pueden aumentar el meteorismo.

H. FIBRA

A causa del débil tono muscular de la pared intestinal y de la disminución de la ingesta de líquidos, el problema del estreñimiento es frecuente en este colectivo. Se recomienda, por tanto, una dieta rica en fibra, que contenga aproximadamente 20-40 g/día, preferentemente de origen natural como la contenida en frutas, verduras, vegetales o pan integral.

ACTUACIONES DIETÉTICO-NUTRICIONALES EN LAS PRINCIPALES ALTERACIONES DE LA SALUD

TRASTORNOS COGNITIVOS Y ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL

Cualquier enfermedad del sistema nervioso que afecte al nivel de conciencia o que produzca trastornos funcionales o mecánicos de la masticación o deglución supone un problema para la alimentación. En las personas mayores cada vez son más frecuentes los trastornos cognitivos tipo demencia, en los que el riesgo de malnutrición está incrementado tanto por la dificultad de preparación del producto como de su ingesta. Con frecuencia en estos pacientes el riesgo de malnutrición se incrementa, además, por:

- Ingesta de fármacos con efectos secundarios gastrointestinales del tipo de vómitos o irritación gástrica, llegando incluso a alterarles el sentido del gusto.
- Enfermedades crónicas concomitantes, como pueden ser la insuficiencia cardíaca, renal o gastrointestinal.
- Enfermedades dentales o peridontales.
- Trastornos conductuales y cognitivos que interfieren con los hábitos sociales del enfermo, entre ellos el de comer.
- La disminución del sentido del gusto y del olfato.
- El aislamiento socioeconómico.

Todos estos factores se presentan en las demencias avanzadas, sumándose a sus efectos los de la inmovilidad, la falta de ejercicio físico, aparición de infecciones y la polimedicación. En la evolución de la enfermedad, en relación con los hábitos alimenticios, podemos hablar de varias fases:

- 1) Aversión hacia los alimentos
- 2) Necesidad de ayuda para alimentarse
- 3) Dependencia total y el individuo no es capaz de comer por sí solo
- 4) No existe alimentación oral, debido a la dificultad para la masticación y deglución de los alimentos. En este momento es necesario recurrir a la nutrición artificial.

Valorada la alteración nutricional, la actuación se centrará en:

- Seguimiento del paciente, para observar posibles cambios físicos corporales (masa grasa, pliegues musculares, cabello, piel...).
- Historia dietética.

- Instrumentos que analicen la existencia de trastornos en la alimentación, como son la **Escala de Blandford** (que clasifica a los mayores en *personas pasivas*, cuando no abren la boca, no mastican o necesita ayudad, y *personas activas*, cuando cierran la boca, mastican pero no tragan o escupen) y la **Eating Behaviour Scale** (que valora la capacidad funcional durante el acto de comer).
- Control de los trastornos de deglución, evitando los atragantamientos mediante la utilización de espesantes o gelatinas y aplicando cambios posturales en relación con la ingesta.
- Control del ambiente, evitando situaciones estresantes a la hora de las comidas.
- Modificar la ingesta a favor de las fibras y los líquidos, para evitar el estreñimiento.
- Incremento de los oligoelementos y vitaminas como la E, C, B₁ o el selenio, por su poder antioxidante.

ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (ACV)

Los pacientes con secuelas de un ACV pueden presentar alteraciones del nivel de conciencia, de deglución, de masticación o de autonomía, las cuales interfieren con una alimentación adecuada. Hay que insistir en la conveniencia de indicar la alimentación oral lo más precozmente posible, evitando de esta forma la aparición de una malnutrición calórico-proteica y sus complicaciones.

Los pacientes con bajo nivel de conciencia o imposibilidad de deglución deben seguir, inicialmente, la reposición hidroelectrolítica por vía intravenosa. Se intentará una nutrición enteral por sonda nasogástrica de forma prudente y progresiva, adoptando todas las precauciones posibles para evitar broncoaspiraciones.

A menudo estos pacientes no toleran los alimentos sólidos (no pueden masticarlos) ni los líquidos (que pasan con facilidad a las vías respiratorias). En estos casos se indicará una dieta pastosa, con alimentos triturados o en forma de puré y también sémola, fruta triturada, flan, yogur, etc. Un problema importante es la administración de agua cuando existe una disfagia a los líquidos. Mediante la dieta triturada se pueden proporcionar 1.000 ± 300 ml/día de líquido, pudiéndose administrar el resto en forma de agua pastosa preparada con gelatinas comerciales o con espesantes especiales instantáneos. Si los requerimientos hídricos no pueden cubrirse por vía oral, habrá que hacerlo por vía parenteral o por sonda nasogástrica.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Los pacientes con EPOC pueden presentar diferentes problemas a la hora de alimentarse, destacando la dificultad de masticación por la disnea, la intolerancia a la apnea en el momento de la deglución, el exceso de peso o la obesidad, la posibilidad de

desnutriciones proteicas, el estreñimiento por la inmovilidad o la ingesta de fármacos, o la tendencia a digestiones lentas y pesadas, pudiendo ser alguna de las normas a instaurar las siguientes:

- Intentar una dieta de control de peso si se trata de un paciente obeso.
- Fraccionar la ingesta de alimentos en varias raciones a fin de evitar una sobrecarga «robadora de oxígeno».
- En los casos en que existe una desnutrición calórico-proteica, con pérdida de peso y de masa muscular, se intentará reconducir la dieta aconsejando los alimentos más calórico-proteicos y aumentando el número de tomas diarias, si es necesario.

Cuando estas medidas no sean posibles o efectivas, se puede intentar suplementar la dieta con un preparado nutricional elaborado, preferentemente una «dieta completa», de densidad calórica 1,5 o superior, que sea aceptado por el paciente.

Algunos autores aconsejan a los pacientes con retención crónica de CO₂ una dieta baja en glúcidos (35-40% del total calórico) y alta en lípidos (45% del total calórico), con lo que se pretendería disminuir la producción de CO₂ y mejorar la gasometría del enfermo.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial constituye el principal factor de riesgo cardiovascular, siendo la dieta hiposódica el primer escalón terapéutico que se debe instaurar. Reducir la ingesta de sal no es tarea fácil en este grupo de edad. Entraña grandes dificultades modificar sus hábitos alimentarios, sobre todo en lo que respecta a un factor tan importante para ellos como es el sabor (además la capacidad de percepción gustativa está disminuida en este grupo de la población). Como efectos colaterales de la reducción de sal en la dieta se suele producir una reducción en la ingesta calórica así como en la tasa de grasas (a expensas de una reducción en grasas saturadas y monoinsaturadas), asociándose como efectos «adversos» una reducción en la ingesta de hierro, calcio, tiamina y riboflavina. De todos modos la repercusión en la pérdida de masa ósea no ha sido comprobada, aunque se supone mínima, toda vez que la reducción de sodio podría frenar la desmineralización ósea inducida por la reducción del ión Ca.

Por tanto en pacientes con HTA la reducción en la ingesta de sal será la primera herramienta en el control de las cifras tensionales, radicando el principal inconveniente en la necesidad de modificar los hábitos alimentarios de los afectados. Se ha de recomendar:

- Restringir el consumo alimentos ricos en sal como las conservas, embutidos, mantecas y aceitunas, entre otros.
- Limitar el consumo de alimentos con moderada concentración de sal, como son quesos curados y semicurados, helados, pasteles, galletas (permitidos

esporádicamente), pescado azul y marisco (se pueden consumir si se lavan con mucha agua).

- Consumir alimentos de bajo contenido sódico como leche entera o desnatada, yogur, queso fresco o de bajo contenido en sal, arroz, pastas, patatas, legumbres (secas, congeladas, pero no las que se venden ya cocidas) y pan sin sal. Si sólo se toman 2-3 rebanadas de pan al día, no es necesario que sea sin sal (100 g de pan contienen unos 500 mg de sodio).
- Proponer condimentos, especias y plantas aromáticas como sustituto de la sal, como el ajo, cebolla, perejil, limón, azafrán, clavo, etc.

ÚLCERAS POR DECÚBITO

La alimentación y el estado nutricional tienen una gran influencia sobre la aparición y evolución de las úlceras por presión (UPP). Los pacientes con UPP en general presentan pérdida de peso y niveles de albúmina significativamente más bajos que los que no las tienen. Juegan un papel importante la vitamina C y las proteínas, que deberán suponer entre 100 y 160 g/día sobre una ingesta calórica total de 2.800 a 4.000 Kcal/día.

HIPERCOLESTEROLEMIA

El control de los valores de colesterol en la sangre reduce la morbimortalidad cardiovascular en los mayores, tarea que puede ser alcanzada mediante una dieta adecuada que incluya:

- Evitar los alimentos ricos en colesterol y ácidos grasos saturados, como son la mantequilla, quesos grasos, vísceras, carnes grasas, grasa visible de la carne, manteca, patés y embutidos.
- Recomendar el uso equilibrado de farináceos, pescado blanco y azul, verduras y hortalizas, aceite de oliva y lácteos desnatados.
- Consumir carnes no grasas como la ternera, el pollo, el conejo, el caballo o el buey.
- En cuanto a la preparación de los alimentos, es conveniente que sean consumidos hervidos o a la plancha, pudiendo variar con otras preparaciones como los estofados o los guisos sencillos. En cuanto a las frituras, es preferible limitarlas a pocas veces por semana.

OBESIDAD

El control de la obesidad se basa principalmente en dos factores: el incremento de la actividad física y la reducción de la ingesta energética. Por tanto debemos de valorar a qué es debida potencialmente la obesidad, si a la sobreingesta o a la disminución de la movilidad, en cuyo caso entraremos a evaluar si la causa de dicha disminución es corregible o va a ser un factor que condicione nuestro tratamiento.

Los pacientes más necesitados de un programa de pérdida de peso serán aquellos con factores de riesgo asociados, como diabetes, hiperlipidemia, hipertensión u otros, que asimismo se verán individualmente beneficiados por la reducción ponderal, y en los que otras intervenciones como la reducción de sal o la reducción de grasas, van a incidir asimismo en un buen control del sobrepeso. La planificación de la dieta hipocalórica ha de considerar lo siguiente:

- Reducir la ingesta calórica en base a la reducción de los glúcidos y grasas, manteniendo el aporte proteico si no existe contraindicación (enfermedad renal).
- Mantener el aporte de micronutrientes.
- Animar a la persona exaltando sus logros a fin de mantenerlo «enganchado» a la dieta.

DIABETES MELLITUS

De acuerdo con las recomendaciones de la ADA (American Diabetes Association), la dieta de una persona con diabetes deberá de contener al menos un 50% de hidratos de carbono, un 30% de grasas y el resto de proteínas, aconsejándose cambiar las grasas saturadas por HdC como una medida adecuada para mejorar el control y reducir la aparición de complicaciones. Asimismo, debemos indicar dieta hipocalórica en todos aquellos pacientes diabéticos con sobrepeso. La dieta adecuada para el paciente con diabetes no es necesariamente hipocalórica, puesto que en el paciente sin sobrepeso deben ser respetados sus requerimientos calóricos diarios si no queremos inducir malnutrición.

En la dieta del diabético anciano no existe ningún tipo de recomendación diferente a las de cualquier otro paciente con diabetes tipo 2, salvo las derivadas de la reducción del gasto calórico que pudiera condicionar la reducción del ejercicio físico, por la edad o por las limitaciones que pudiera tener derivadas de las complicaciones de la diabetes.

CONCLUSIONES

En general, la disminución de la actividad física junto con cambios del metabolismo condicionan unas particularidades en la alimentación y nutrición de las personas mayores que deberemos de tener en cuenta a la hora de intervenir. Los cambios morfofuncionales y las diferentes alteraciones de la salud que en ellos se producen hacen necesario establecer programas de valoración integral que nos permitan detectar las posibles anomalías y actuar preferentemente de manera preventiva, evitando problemas de malnutrición o desnutrición que pueden descompensar sus frágiles estados de salud.

REFERENCIAS

- ARANCETA BARTRINA, J. (2000) *Nutrición Comunitaria*. Editorial Masson. Barcelona.
- CASANUEVA, E.; KAUFER, M.; HORWITZ, A. y ARROYO. (2001) *Nutriología médica*. Editorial Panamericana. Madrid.
- CASTILLO SÁNCHEZ, M.D y ESPINOSA DE LOS MONTEROS, M.T. (2000) *Educación Sanitaria en Alimentación y Nutrición*. Editorial Alcalá. Madrid.
- CHAPUY, H. (1996) *Cuadernos de Dietética*. Alimentación de la persona de edad avanzada. Editorial Masson. S.A. Barcelona.
- DÍEZ PÉREZ, A. (1999) *Mujeres, envejecimiento y salud: importancia de la alimentación en mujeres después de la menopausia*. Edición Glosa. Barcelona.
- GARCÍA OLMEDO, F. (2001) *Entre el placer y la necesidad. Claves para una dieta inteligente*. Editorial Crítica. Barcelona.
- GARCÍA RODRÍGUEZ, F. y CEBALLOS ATIENZA, R. (2002) *Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida*. Editorial Alcalá S. L. Madrid.
- GONZALO SANZ, L.M. (2002) *Tercera Edad y calidad de Vida. Aprender a envejecer*. Editorial Ariel. S.A. Barcelona.
- GUIGOZ, Y.; VELLAS, B. et al. (1994) «The mini nutritional assesment». *Facts and Research in Gerontology* (sup. Nº 2).