

Adecuación alimentaria y nutricional en la ración del desayuno y en los aportes dietéticos ofertados a adultos mayores: una mirada al futuro

Javier Aranceta-Bartrina¹⁻³

¹Departamento de Fisiología y Ciencias de la Alimentación. Universidad de Navarra. Pamplona. España. ²Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Barcelona. España. ³CiberOBN. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Resumen

Los cambios sociales y demográficos, con el progresivo envejecimiento de la población ha determinado que en la actualidad el colectivo de personas mayores de 65 años represente cerca del 18% de la población española y las proyecciones estiman que alcanzará el 20% para el año 2020. Aunque en la actualidad se encuentra en discusión cuál es el modelo asistencial de mejor calidad y eficiencia en la atención a las personas mayores, la tendencia hasta ahora en España se ha inclinado hacia la atención residencial profesionalizada en instituciones que acogen más de 100 personas mayores.

El colectivo de personas mayores es muy heterogéneo, como también lo son sus necesidades nutricionales. Los procesos de envejecimiento y otras circunstancias frecuentes en las personas mayores influyen de manera determinante sobre el hecho alimentario y sobre el estado nutricional en la vejez. Las estimaciones de prevalencia de malnutrición en ancianos son variables, pero es un problema frecuente en los ancianos institucionalizados.

Investigaciones en adultos mayores residentes en su domicilio reflejan que el cuidado en los aportes con el desayuno contribuye de manera significativa a mejorar la calidad nutricional de la dieta y la calidad de vida.

La amplia variabilidad interpersonal en cuanto a los requerimientos nutricionales en las personas mayores hace necesaria la prescripción de pautas individualizadas, contemplando el fraccionamiento en las diferentes ingestas a lo largo del día, teniendo en cuenta el estado de salud, patología subyacente, consumo de medicamentos, consumo de alcohol, características socioculturales, grado de autonomía, actividad física y hábitos de consumo alimentario. Se propone una dieta básica universal para ancianos, en base a una alimentación prudente y saludable y estrategias para promover la autonomía personal, la vida activa y prevenir la dependencia.

Palabras clave: Ancianos. Riesgo nutricional. Malnutrición. Hábitos alimentarios. Desayuno. Autonomía personal.

Introducción

Los cambios sociales y demográficos, con el progresivo envejecimiento de la población han determinado que en la actualidad el colectivo de personas mayores de 65 años represente cerca del 18% de la población española y las proyecciones estiman que alcanzará el 20% para el año 2020¹. Según datos del Instituto Nacional de

DIETARY AND NUTRITIONAL ADEQUACY IN BREAKFAST AND IN DIETARY SUPPLY OFFERED TO OLDER ADULTS: A LOOK INTO THE FUTURE

Abstract

Social and demographic changes, with the progressive aging of the population, have led to an increasing proportion of people aged 65 years and over. To date, that age group accounts for 18% of the Spanish population and projections estimate that it will reach 20% by 2020. Although it is currently under discussion which is the best quality and most efficient model of provision care for the elderly, the trend so far in Spain has been towards professional residential care in institutions that accommodate more than 100 elderly people.

The group of elderly people is very heterogeneous, so are their nutritional needs. Changes linked to aging processes and other frequent conditions in the elderly influence food intake and nutritional status in the old age. Estimates of prevalence of malnutrition in the elderly are variable, but it is a frequent problem in the institutionalized elderly.

Research conducted on free living older adults reflects that the supply of quality breakfast contributes significantly to improving the nutritional quality of diet and quality of life.

The wide interpersonal variability in the nutritional requirements in the elderly makes it necessary to prescribe individualized guidelines, considering the distribution of the different food intakes throughout the day, taking into account the health status, underlying pathology, consumption of medications, alcohol consumption, socio-cultural characteristics, degree of autonomy, physical activity and eating habits. A universal basic diet for the elderly is suggested, based on a prudent and healthy diet and strategies to promote personal autonomy, active life and prevent dependence.

Key words: Elderly. Nutritional risk. Malnutrition. Food habits. Breakfast. Personal autonomy.

Estadística de 2016, la esperanza de vida en varones es de 80,4 años y en mujeres de 85,9 años².

Aunque se encuentra en discusión cuál es el modelo asistencial de mejor calidad y eficiencia en la atención a las personas mayores, la tendencia hasta ahora en España se ha inclinado hacia la atención residencial profesionalizada en instituciones que acogen más de 100 personas mayores³.

El colectivo de personas mayores es muy heterogéneo, como también lo son sus necesidades nutricionales. Los procesos de envejecimiento y otras circunstancias frecuentes en las personas mayores influyen de manera determinante sobre el hecho alimentario y sobre el estado nutricional en la vejez⁴⁻⁶.

Las estimaciones de prevalencia de malnutrición en ancianos son variables, oscilan desde el 3% estimado en ancianos menores de 75 años que viven en su domicilio hasta el 60% en ancianos hospitalizados o al alta hospitalaria⁷⁻¹⁰. En ancianos institucionalizados se han estimado prevalencias entre 13,5% y 28,5%. Las situaciones de riesgo detectadas mediante métodos de cribado alcanzan al 40% de la muestra en algunos casos. Los estados de carencias nutricionales y malnutrición tienen repercusiones negativas para la salud, con alteración en la respuesta inmune, fragilidad y aumento de la morbilidad y mortalidad evitable^{6,7}.

En este grupo de población es frecuente la pluripatología y la polifarmacia. A menudo las personas mayores presentan dificultades para masticar los alimentos por el deterioro de la cavidad bucal, la pérdida de piezas dentales o el uso de prótesis mal ajustadas⁵⁻⁷. De acuerdo al informe "Libro Blanco de la Alimentación en los mayores", basado en el análisis de los aportes dietéticos y nutricionales en instituciones para mayores ubicadas en diferentes Comunidades Autónomas, el 28,4% de los ancianos manifestaba presentar normalmente dificultades para la masticación de alimentos¹¹.

Los problemas para la deglución de sólidos y/o líquidos y con mayor frecuencia, el deterioro motor y/o sensorial, son otros aspectos que limitan la autonomía para el consumo de alimentos y bebidas. La anorexia y la depresión son problemas frecuentes^{8,10,11}. Todos estos factores tipifican al grupo de ancianos como un colectivo de riesgo nutricional.

De acuerdo al Libro Blanco de la Alimentación de los Mayores, tan solo el 9% de las instituciones geriátricas contaban con la supervisión de los menús por un dietista-nutricionista¹¹. La amplia variabilidad interpersonal en cuanto a los requerimientos nutricionales en las personas mayores hace necesaria la prescripción de pautas individualizadas, teniendo en cuenta el estado de salud, patología subyacente, consumo de medicamentos, consumo de alcohol, características socioculturales, grado de autonomía, actividad física y hábitos de consumo alimentario.

Aportes nutricionales en ancianos institucionalizados en España

En el "Libro Blanco de la Alimentación de los Mayores"¹¹ se puso de manifiesto que en el 63% de los centros el personal sanitario utilizaba algún cuestionario estandarizado para identificar precozmente a los pacientes con riesgo de malnutrición. Un 73% refería medir habitualmente el peso y talla de los residentes. En el 36% de los centros el médico supervisaba las planillas de los

menús ofertados; en el 27% personal de enfermería y en el 9% de los casos un profesional de la dietética realizaba esta labor.

Las modificaciones dietéticas indicadas con mayor frecuencia por el personal sanitario se referían a las dietas específicas para pacientes diabéticos, dietas de textura modificada, dietas hiposódicas y dietas de bajo contenido en grasas.

En este estudio se estimó la ingesta energética en 1.968 ± 480 kcal/pc/día en el subgrupo de varones y 1.638 ± 449 kcal/pc/día en el colectivo de mujeres. Este aporte calórico procedía en un 16% de las proteínas, la ingesta grasa representaba el 40% del aporte calórico y el 44% de la ingesta energética se realizaba a partir de los hidratos de carbono¹¹. Según el mencionado informe, el desayuno aportaba el 20% de las calorías diarias ingeridas.

Adecuación del desayuno

En todas las edades de la vida, un desayuno completo debe aportar un 20-25% de la ingesta energética diaria. Investigaciones en adultos mayores residentes en su domicilio han evidenciado que el cuidado en los aportes con el desayuno contribuye de manera significativa a mejorar la calidad nutricional de la dieta¹² y la calidad de vida¹³.

En nuestro entorno, considerando los hábitos alimentarios más usuales en la población, el desayuno debe estar constituido por tres grupos alimentarios: una ración de lácteos o equivalente, una ración de alimentos del grupo de los cereales y una ración de fruta. Opcionalmente, según qué tipo de actividades se vayan a realizar y de cómo se vayan a configurar el resto de las ingestas diarias, pueden consumirse además alimentos de otros grupos, adecuando el tamaño y la cantidad de las raciones consumidas¹⁴.

La ración de lácteos puede cubrirse con un vaso de leche semidescremada de primera calidad, al que se puede añadir un poco de cacao negro o cereales solubles en los más pequeños y café, malta o achicoria en las personas adultas. Como alternativa también podrían ofertarse yogures naturales, queso fresco, cuajada, requesón... En caso de intolerancia a los lácteos podemos probar con preparados y bebidas vegetales de soja, soya, almendra, arroz, avena, etc., enriquecidos con calcio y vitaminas A+D, que también pueden ser acompañados de un saborizante de cacao o cereales solubles si facilita su aceptación.

En el apartado de cereales podemos variar la oferta a base de pan integral tostado, cereales de desayuno (sin azúcares añadidos) y ocasionalmente repostería de elaboración casera; madalenas, bizcocho... La bollería industrial y las galletas solo se consumirán de forma muy esporádica, eligiendo en este último caso preferentemente las galletas tipo María sin azúcares añadidos y menor contenido graso.

El consumo de fruta con el desayuno es imprescindible para mejorar y modular la absorción intestinal de los

nutrientes a lo largo de la mañana. Podemos alternar la fruta de temporada más apetecible en forma de macedonia o trocitos de fruta pelada; pera, manzana, melocotón, piña, fresas, albaricoques, rebanadas de naranja o mandarina, etc.¹⁴.

Pautas para colectivos de ancianos

Es conveniente estructurar una dieta básica universal adaptada a la población mayor, en base a una alimentación prudente, saludable y apetitosa. Esta orientación debe servir como marco alimentario normal para todas las personas de edad avanzada que no requieran modificación estricta en su dieta. Las dietas terapéuticas o alternativas se estructurarán a partir de la dieta básica, siguiendo el mismo perfil que las prescripciones señaladas para la población adulta.

La amplia variabilidad interpersonal en cuanto a los requerimientos nutricionales en las personas mayores hace necesaria la prescripción de pautas individualizadas, teniendo en cuenta el estado de salud, patología subyacente, consumo de medicamentos, consumo de alcohol, características socioculturales, grado de autonomía, actividad física y hábitos de consumo alimentario^{14,15}.

Cuando el contenido calórico de la dieta es bajo, es difícil conseguir una densidad nutricional óptima, por lo que deberán buscarse las fuentes más adecuadas de los nutrientes, incluida la suplementación y los preparados especiales, de manera que se configure una dieta que permita una buena cobertura nutricional.

En las instituciones geriátricas la oferta de menús es uno de los servicios más importantes del centro. Los usuarios disfrutan secuencialmente de las distintas raciones diarias interesándose después del desayuno por el menú de la comida y después de la merienda por los contenidos de la cena. La comida, la atención sanitaria y espiritual y las actividades lúdicas son en las residencias de nuestro entorno momentos vitales de gran impacto en la calidad de vida del anciano.

Es necesario poner más atención al estado nutricional de nuestros mayores para apoyar una de los objetivos importantes de la OMS para el siglo XXI, conseguir un envejecimiento activo. Se propone una dieta básica universal para ancianos, en base a una alimentación pru-

dente y saludable y estrategias para promover la autonomía personal, la vida activa y prevenir la dependencia.

Referencias

1. Causapié Lopesino P, Balbontín López-Cerón A, Porras Muñoz M, Mateo Echanagorria A (dirs). Libro blanco del envejecimiento activo. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)-Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
2. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida. Actualizado 4 de julio de 2017 disponible en URL: [http://www.ine.es/] (Acceso 18 de julio de 2017)
3. Portal Mayores. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de noviembre de 2011. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 128. [Fecha de publicación: 17/11/2011].
4. Aranceta Bartrina J. Nutrición y vejez. En: Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J (eds.). Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones (segunda edición). Barcelona: Masson-Elsevier, 2006: 316-26.
5. Rubio MA (ed.). Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Madrid: SCM, 2002
6. Gutiérrez Robledo LM, Picardi Marassa P, Aguilar Navarro S, Ávila Funes JA, Menéndez Jiménez J, Pérez Lizaur AB (eds). Gerontología y nutrición del adulto mayor. México DF: McGraw-Hill-Interamericana, 2010
7. Aranceta Bartrina J. Epidemiología de la desnutrición en el anciano. En: Caballero JC (ed.). Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud. Madrid, Ergón, 2011: 1-18.
8. Esteban Pérez M, Fernández Ballart J, Salas Salvadó J. Estado nutricional de la población anciana en función del régimen de institucionalización. *Nutr Hosp* 2000; 15 (3): 105-13.
9. Gutiérrez Reyes JG, Serralde Zúñiga A, Guevara Cruz M. Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario. *Nutr Hosp* 2007; 22 (6): 702-9.
9. Varela Moreiras G. Libro blanco de la nutrición en España. Madrid: Fundación Española de Nutrición (FEN), 2013; 1-605.
10. Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Muñoz Hornillos M. Hábitos alimentarios de la población anciana institucionalizada en España. En: Muñoz M, Aranceta J, Guijarro JL (eds). Libro blanco de la alimentación del anciano en España. Madrid: Panamericana, 2005: 225-56.
11. García Milla P, Candia Johns P, Durán Agüero S. Asociación del consumo de desayuno y la calidad de vida en adultos mayores autónomos chilenos. *Nutr Hosp* 2014; 30 (4): 845-50.
12. Gollub EA1, Weddle DO. Improvements in nutritional intake and quality of life among frail homebound older adults receiving home-delivered breakfast and lunch. *J Am Diet Assoc* 2004; 104 (8): 1227-35.
13. Aranceta J. Dieta en la tercera edad. En: Salas-Salvadó J, Bonada i Sanjaume A, Trallero Casañas R, Saló i Solá ME, Burgos Peláez R (eds.). Nutrición y dietética clínica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson, 2008: 141-52.
14. Aranceta Bartrina J. Nutrición comunitaria, 3ª ed. Barcelona: Elsevier, 2013; 1-392.