



PRIMITIVO RAMOS
 Presidente de la Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerodontología.

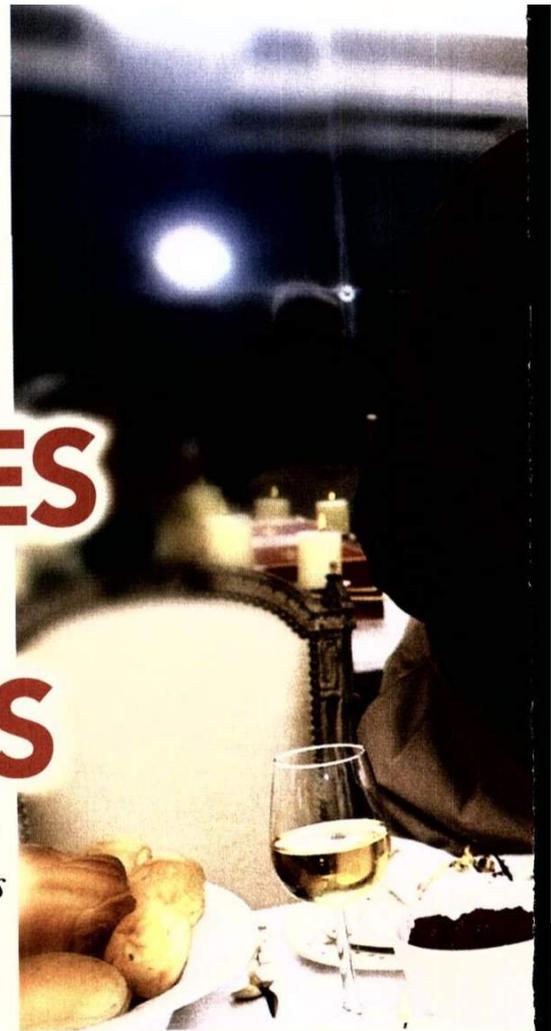


ALIMENTACIÓN *mayores*

EN LA DIETA DEL MAYOR

LOS PRINCIPALES PROBLEMAS NUTRICIONALES

A medida que avanza la edad hay que hacer ciertos cambios que nos permitirán adaptar la ingesta a las necesidades físicas y fisiológicas.



En las personas mayores aparecen una serie de factores que condicionan la alimentación y el estado nutricional lo que hace que sea un colectivo vulnerable o de alto riesgo para la malnutrición y los déficits vitamínicos y minerales.

Así, se producen diversos cambios fisiológicos que acontecen en el envejecimiento y que alteran los órganos de los sentidos (papilas gustativas, olfatorias, visión...). Efectos que adquieren mayor expresión cuando se asocian a problemas de salud, algunos específicos para la ingesta (como los problemas orales, masticatorios y deglutorios), los regímenes o restricciones dietéticas que algunas enfermedades conllevan como la diabetes, la presencia de discapacidad, la soledad, la depresión, las limitaciones económicas o la toma de medicamentos algunos de los cuales producen pérdida de apetito (diuréticos, antiarrítmicos, cardiotónicos, antihipertensivos, broncodilatadores, antiinflamatorios, anti-depresivos, sedantes), y otros, que inhiben la absorción de alimentos ordinarios de la dieta (antiácidos, antiinflamatorios, anti-epilépticos, diuréticos, antihipertensivos, corticoides).

Todo esto hace que los mayores deban llevar una alimentación adecuada y adaptada a sus características especiales.

REQUERIMIENTOS DIARIOS

A medida que avanza la edad, en general, disminuyen las necesidades energéticas (calóricas), ya que la actividad física y la masa muscular son menores. Una dieta saludable y equilibrada ha de aportar la energía necesaria para mantener nuestra actividad diaria y un peso estable, es decir, debe mantener un equilibrio entre la ingesta energética y el consumo o gasto orgánico.

En tal sentido, ha de aportar un valor energético o calórico en torno a 1.700-2.500 kilocalorías/día (30-35 cal/kg de peso/día). Este aporte energético, desde el punto de vista cualitativo, ha de efectuarse a expensas de los macronutrientes (hidratos de carbono (60 por ciento), grasas (menos del 30 por ciento) y proteínas (15 por ciento). El aporte diario de fibra debe ser en torno a 20-35 gramos y de líquidos (preferentemente agua), en torno a un mililitro por kilocaloría ingerida o 30-35 mililitros por kilo de peso, es decir unos 2.500 mililitros al día.

El aporte de micronutrientes (minerales y vitaminas) es similar al de los adultos, si bien cabe singularizar por su importancia y

- **VITAMINA D:** su déficit es frecuente en mayores institucionalizados o encamados. La síntesis cutánea está disminuida por su menor exposición a la luz solar. La suplementación está indicada en personas, especialmente mujeres, con osteoporosis o que hayan sufrido alguna fractura.
- **VITAMINA A:** el déficit es raro, salvo en personas con enfermedades hepáticas o con malabsorción o con el síndrome nefrótico.
- **VITAMINA B1:** es normal que los mayores disminuyan la ingesta, debiendo estar especialmente atentos en los institucionalizados, alcohólicos y los que toman diuréticos a largo plazo.
- **VITAMINA B6:** muchos mayores tienen niveles bajos por una ingesta inadecuada, especialmente los que ingieren escasas proteínas, los vegetarianos, los alcohólicos, las personas que toman algunos medicamentos (isoniacida, hidralacina, estrógenos). Ante déficit de vitamina B6 se



OTROS DÉFICITS NUTRICIONALES

reducen los linfocitos B y aumentan los niveles de homocisteína con el consiguiente riesgo cardiovascular.

● **VITAMINA B12:** muchas personas mayores tienen disminuida su absorción por una gastritis atrófica, intervenciones de estómago (gastrectomía), malabsorción, uso prolongado de protectores gástricos (omeprazol y derivados).

● **ÁCIDO FÓLICO:** no se aconsejan suplementos sistemáticos en la dieta, salvo en fumadores, alcohólicos y los que toman antiépilépticos.

● **VITAMINA C:** las personas muy mayores que viven en residencias, los fumadores y las personas con enfermedades graves han de estar atentos frente al déficit y el desarrollo del escorbuto.

● **CALCIO:** el aporte diario de calcio en los mayores ha de ser de 1.200 miligramos para el hombre y de 1.300 miligramos para la mujer (esencial en la prevención de la osteoporosis). La dieta es el mejor

método para evitar su déficit, y si no es posible, recurriremos a los suplementos de calcio, asociados siempre a vitamina D.

● **HIERRO:** los requerimientos de hierro en los mayores son menores. Suplementar con hierro, solo la dieta de las personas mayores intervenidas de estómago (gastrectomizadas) o con malabsorción.

● **CINC:** las situaciones de estrés (cirugía, traumatismos...) requieren aportes adicionales de cinc para la cicatrización.

● **POTASIO:** en general no afecta a los mayores, salvo aquellos que tomen diuréticos o digoxina con el consiguiente riesgo de arritmias cardíacas.

● **SODIO:** el déficit de este mineral aparece en personas mayores que presentan un síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética o bien por una administración excesiva de líquidos (suero).

aspectos diferenciales los de calcio, fósforo, cinc, vitaminas D, B1 y B12, y el ácido fólico.

MALNUTRICIÓN EN LA TERCERA EDAD

Las personas mayores presentan con frecuencia un déficit proteico-calórico, tanto si viven solos, institucionalizados, como si se encuentran hospitalizados.

Se estima que la desnutrición afecta entre el tres y el cinco por ciento de los mayores que viven en su domicilio mientras que en los institucionalizados y en los hospitalizados puede alcanzar cifras mayores del 30 por ciento. Sus causas son multifactoriales, apareciendo no sólo en los que están enfermos, si bien existen personas con un perfil claramente predisponente como son las que padecen enfermedades asociadas, insuficiencias orgánicas muy avanzadas (demencia, cáncer o alcoholismo) y las que presentan dependencia funcional.

Las personas malnutridas tienen peor calidad de vida, son más susceptibles de presentar trastornos del estado de ánimo, infecciones, mala recuperación quirúrgica, heridas cutáneas crónicas, accidentes y caídas, pérdida de su autonomía y un aumento de la mortalidad. ♦