

Recibido: : 19.03.2020 | Aceptado: 20.10.2020


Palabras clave: Nutrición, adulto mayor, sarcopenia, desnutrición, masa muscular.

La nutrición en el adulto mayor

PABLO ZERMEÑO UGALDE

pablo.zermeno@uaslp.mx

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN, UASLP



El adulto mayor es la persona que tiene más de 60 años; sin embargo, la edad en este concepto difiere en varias partes del mundo. La población AM es el sector de más rápido crecimiento en todo el mundo. Se estima que en los próximos 30 años habrá un aumento de esta población de hasta 300 por ciento en Asia y Latinoamérica (Amarya, 2015).

El envejecimiento de la población mundial es el resultado de dos factores principales: una disminución en la fertilidad y un aumento de la esperanza de vida. La expectativa de vida en países desarrollados es de 75 a 80 años (Amarya, 2015). Los adultos mayores son más propensos a enfermedades relacionadas con la edad, alteraciones funcionales y discapacidad física que puede interferir con mantener un buen estado nutricional. El proceso de envejecimiento lleva consigo cambios en la composición corporal; en general, conforme se envejece, incrementa el porcentaje de grasa corporal y se pierde masa magra (músculo) y densidad ósea (hueso).

Causas de la pérdida de peso en el AM

La nutrición es un determinante en la salud de los adultos mayores, ya que las necesidades nutricionales cambian a lo largo de la vida, problema común que se relaciona con la pérdida de densidad ósea, la cual incrementa el riesgo de osteoporosis. La sarcopenia, que es la pérdida de masa muscular magra (músculo), puede ser más notable con la pérdida de fuerza, disminución funcional y baja resistencia.

Las personas con pérdida involuntaria de peso se encuentran en mayor riesgo de infecciones, depresión y muerte, las principales causas de desnutrición son la depresión (principalmente en residentes de asilos), cáncer, alteraciones cardíacas, enfermedades gastrointestinales y la polifarmacia refiriéndose al uso de tres o más fármacos de forma simultánea. Aunque la masa magra puede disminuir por los cambios fisiológicos asociados con la edad, una pérdida de cuatro por ciento al año es un predictor independiente de mortalidad (Amarya, 2015).

Estado nutricional en el AM

El músculo esquelético compromete principalmente dos tipos de fibras musculares (miofibras): Las miofibras tipo 1 tienen tiempo lento de contracción (resisten la fatiga), a diferencia de las miofibras tipo 2 que tienen un tiempo de contracción rápido y se fatigan más rápidamente. La pérdida de músculo relacionada con la edad se debe a la disminución del tipo de miofibras, sin embargo, las tipo 2 (de contracción rápida) tienden a perderse primero, en promedio, a los 70 años.

Muchos factores pueden influir en la disminución de masa muscular; uno de ellos es la inmovilización, que puede aminorarse con ejercicios de resistencia y la incorporación de suplementos en la dieta. El Grupo Europeo de Trabajo sobre Sarcopenia en Personas Mayores (EWGSOP) definió en su consenso como criterio para sarcopenia la disminución de masa muscular y baja función muscular (fuerza o rendimiento) (Sayer, 2013).

Cambios fisiológicos y baja ingesta alimentaria

Con la edad, hay una disminución de la secreción de ácido gástrico, la cual puede afectar la absorción de hierro y de vitamina B12; la producción de saliva disminuye y conduce a una motilidad intestinal disminuida y al estreñimiento; además de que se altera el apetito y la sed. Se registran cambios en el gusto y olfato de los adultos mayores, aunque generalmente, se preservan a pesar de la disminución de los receptores de olor y sabor.

Entre 90 y 95 por ciento de los adultos mayores consumen por lo menos un medicamento diario. Los analgésicos,

antihistamínicos, antibióticos, diuréticos, antihipertensivos, antipsicóticos y anti-depresivos pueden alterar la salivación, el olfato, gusto y apetito. Los medicamentos utilizados para tratar diversas enfermedades contribuyen significativamente en los déficits sensoriales, que traen como resultado la disminución de la producción de saliva y afectan la salud oral. Entre más medicamentos y dosis requieran, es más probable que esto interfiera en la absorción de algún alimento o viceversa, y es más probable que las dosis se omitan o se tomen en el momento equivocado, esto perjudica aún más la ingesta de alimentos y líquidos (White, 2003).

Los cambios sensoriales afectan el apetito de diversas maneras, debido a que la pérdida de la visión ocasiona dificultades para la preparación de alimentos, incluso en la alimentación. La disminución de los sentidos del gusto y el olfato ocasionan que la comida sea de menor agrado. Estos cambios alteran los hábitos y reducen la ingesta de nutrientes, lo cual puede ocasionar deficiencias nutricionales y problemas de salud (hipertensión, hiperglucemias, etcétera) por el exceso de condimentos, compensando la baja percepción de sabor u olor del alimento. (Amarya, 2015).

La deshidratación es un problema común en el adulto mayor, particularmente en aquellos que residen en asilos. Se estima que quienes viven en comunidad tienen una ingesta promedio diaria de líquidos de 2100 mililitros (ml) al día, y los que residen en asilos de entre 1100 y 1500 ml. Un inadecuado estado de hidratación contribuye a una confusión aguda, infecciones urinarias y en el tracto respiratorio y estreñimiento (White, 2003).

La disminución de la visión y de la audición dificultan las habilidades necesarias para disfrutar la comida, la organización del hogar y el autocuidado. El aislamiento, la depresión y la dificultad para formar y mantener relaciones sociales, frecuentemente resultan en un deterioro cognitivo. Las alteraciones visuales incrementan el riesgo de caídas y fracturas, haciendo más probable que se internen en un asilo o casa de cuidado. Los factores nutricionales sirven en la prevención y tratamiento de tres causas principales de alteraciones visuales y ceguera: cataratas, degeneración macular y retinopatía diabética en el adulto mayor.

Hasta un 92 por ciento de los adultos que no están en asilos tienen dentaduras postizas superiores e inferiores; sin embargo, entre 18 y 24 por ciento no las utilizan. Uno de cada tres adultos mayores en Estados Unidos de América que conservan sus dientes propios, no tienen tratadas las encías y caries; además, se estima que 40 por ciento de ellos tienen enfermedad periodontal (Sobotka *et al.*, 2009). Una salud oral carente contribuye al aumento del dolor y a la dificultad de masticar, deglutir, esto ocasiona cambios en la cantidad y calidad de los alimentos que se consumen.

La artritis es la condición más frecuentemente reportada, pues afecta a uno de cada dos adultos mayores. Este padecimiento impacta de manera negativa el estado nutricional, a través de la incapacidad para la movilidad, dificulta a los AM agarrar los utensilios para comer (tazas, platos, cubiertos, entre otros), estirarse o agacharse para alcanzar ollas y sartenes, abrir latas y cartones para acceder a los alimentos y el agotamiento para caminar en los

pasillos de las tiendas comestibles, son problemas funcionales que experimentan diariamente (Sobotka *et al.*, 2009).

La depresión es una causa común de pérdida de peso involuntaria, ocasionando una baja ingesta alimentaria y un pobre estado nutricional en el adulto mayor. Tienen depresión de cinco a 20 por ciento de quienes viven en comunidad y entre 25 y 40 por ciento de los que se encuentran en asilos. (White, 2003).

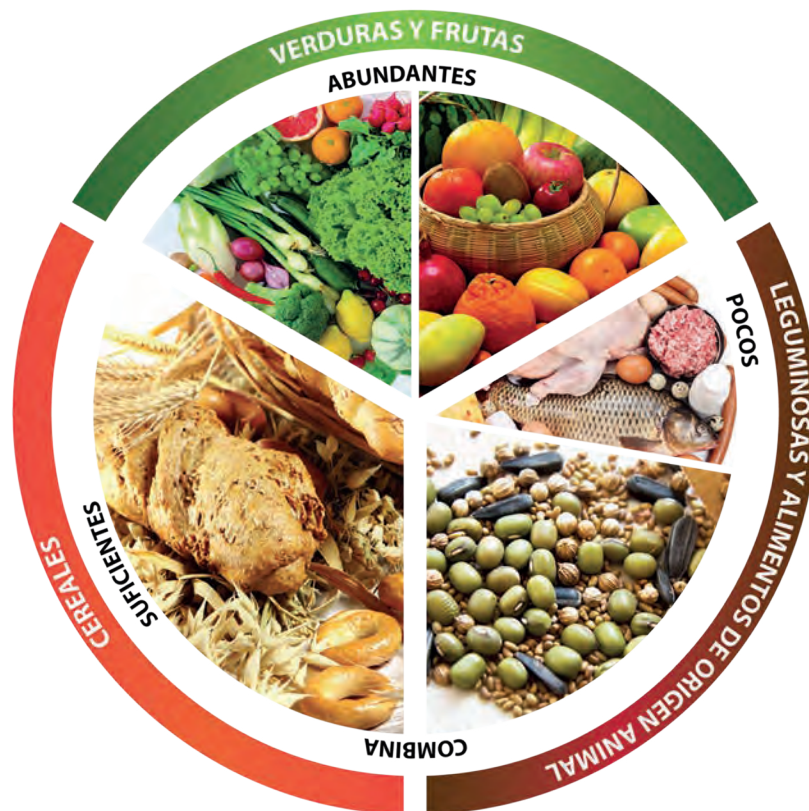
Aunque la demencia puede ocurrir en cualquier edad, es raro que se presente antes de los 60 años. Estimaciones sugieren que ocurre en aproximadamente el uno por ciento de los adultos de 65 a 69 años y hasta en 24 por ciento en mayores de 85 años (White, 2003). La demencia progresiva está caracterizada por una declinación gradual en varias áreas de la cognición, resultando en una pérdida de la habilidad para hacer elecciones

alimentarias, realizar actividades (comprar y preparar comida) y recordar que tiene que comer.

El riesgo de padecer cáncer incrementa con la edad; aproximadamente 70 por ciento de los pacientes son adultos mayores, y su mortalidad también es mayor. Las alteraciones del estado nutricional en pacientes con cáncer son causadas por la misma enfermedad y por los tratamientos para curar o detener su progresión, la intervención temprana para controlar los síntomas se asocia con baja ingesta alimentaria, anorexia, anemia, fatiga, boca seca, garganta y boca adoloridas, dificultad para masticar y deglutir la comida, náusea, vómito, diarrea o estreñimiento y desnutrición (White, 2003).

Nutrición

Los adultos mayores requieren menor energía —comparado con las personas adultas jóvenes— debido a su baja tasa



metabólica basal; como resultado, hay una reducción en sus niveles de actividad. Los requerimientos energéticos son dependientes de varios factores, entre los que figuran: edad, género, composición corporal, peso y nivel de actividad. Los requerimientos de energía disminuyen con la pérdida de masa libre de grasa (músculo).

En aquellos adultos mayores con requerimientos de energía muy bajos, hay un riesgo de que la dieta no cumpla con los requerimientos de ciertos nutrientes, por lo tanto, la calidad de la dieta es de vital importancia para garantizar que no se desarrollen deficiencias, por lo que debe alentárseles a cumplir con los requerimientos de energía, con el apoyo de un nutriólogo clínico.

Los adultos mayores se encuentran en alto riesgo de una ingesta inadecuada de proteína, necesaria para la construcción de músculos, además de ser requerida para procesos metabólicos del cuerpo, necesaria para formar enzimas y hormonas. La alimentación temprana con proteínas y aminoácidos esenciales, principalmente la leucina, aumenta la síntesis proteica de músculo. El beta-hidroxi-beta-metilbutirato (HMB) —un metabolito de la leucina— ha demostrado ser un potente estimulador de la síntesis de proteínas con una dosis de 2.4 gramos (g), provocando aumentos similares en comparación con una alimentación de proteína de suero de leche de 48 g.

El HMB en adultos mayores ha mostrado mejoras en su masa magra, fuerza muscular y ciertas capacidades funcionales (movilidad, marcha, etc). Los AM son personas vulnerables a la desnutrición energético/proteica, por lo que

niveles de ingesta de proteína elevados —de 1.6 gramos diarios por cada kilogramo (g/kg/d)— han demostrado un incremento de la hipertrofia (masa muscular). Arnal y col. en su estudio descubrió que 1g/kg/d de proteína es el mínimo requerido para mantener la masa muscular. Por este motivo se recomienda una ingesta de proteína de 1 a 1.5g/kg/d (Morley, 2010).

La reducción de músculo se asocia a la reducción de la fuerza muscular, así como a la predisposición a alteraciones metabólicas. La ingesta adecuada de proteína puede ser alcanzada mediante productos lácteos, huevo, carne (res, pollo, pescado), leguminosas (frijol, lentejas, entre otros) y oleaginosas (nuez, almendras) (Amarya, 2015).

Ejercicio

En los adultos mayores se recomiendan intervenciones de ejercicio, que incluyen entrenamientos de resistencia, de poder, entrenamiento funcional y aeróbico. Particularmente, ejercicios de resistencia progresivos —en el cual las personas aumentan la carga externa— han mostrado mejoras en la fuerza y en la función física (Sayer, 2013). En general, un mínimo de 20 a 30 minutos de ejercicios de resistencia y aeróbico tres veces por semana es recomendable para prevenir la pérdida de músculo y la sarcopenia (Morley, 2010).

Conclusión

El consumo de alimentos ricos en nutrientes puede ayudar a proteger a los adultos mayores. Los cambios en la calidad y cantidad de alimentos consumidos aportan beneficios, independientemente de la edad o estado físico. Es apropiado que los AM que tienen riesgo o se encuentran en desnutrición




PABLO ZERMEÑO UGALDE

Es especialista en Nutriología Clínica por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Es profesor investigador en la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP, en donde trabaja en el proyecto “Inseguridad alimentaria, cambios nutricionales y estilo de vida antes y durante pandemia por COVID 19”.



tengan una ingesta de energía y de proteína adecuada asesorada por un nutriólogo clínico, un acompañamiento en la hora de las comidas, apoyarlo emocionalmente y en la movilidad.

Nuestra comprensión de la nutrición en las etapas tempranas y tardías de la vida está cambiando rápidamente y con la población mayor de 60 años que aumentará globalmente en el futuro, es probable que el área de estudio de la nutrición aumente todavía más. 

Referencias bibliográficas:

- Amarya, S. (2015). Changes during aging and their association with malnutrition. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(3), pp. 78-84.
- Morley, J. E. (2010). Nutritional Recommendations for the Management of Sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(6), pp. 391-396.
- Sayer, A. A. (2013). New horizons in the pathogenesis, diagnosis and management of sarcopenia. *Age and Ageing*, 42, pp. 145-150.
- Sobotka, L., Schneider, S. M., Berner, Y. N., Cederholm, T., Krznaric, Z., Shenkin, A., Volkert, D. (2009). ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition*, 28(4), pp. 461-466.
- White, J. V. (2003). Nutrition in Chronic Disease Management in the Elderly. *Nutrition in Clinical Practice*, 18(1), pp. 3-11.