

Algunas anotaciones sobre la nutrición en el envejecimiento.

El fenómeno del envejecimiento de una población se relaciona con el envejecimiento de un individuo. Pero ese fenómeno significa cosas diferentes para cada uno de ellos. Para una persona, envejecer implica vivir más años, lo que inevitablemente se acompaña de cambios progresivos en la estructura y función de los órganos que persiguen la adaptación y el mantenimiento hasta el final de su vida. Para una población, envejecer significa aumentar la edad media, determinada por una mayor supervivencia de los individuos y por una menor fertilidad. En la naturaleza, excepto la humana, desde hace unas décadas, para todas las especies, la vida más allá de la edad reproductiva era inusual; la dureza de la selección natural muestra su mayor impacto en el grupo de los más jóvenes y en el de los más ancianos. Sin embargo, la esperanza de vida al nacer, y a partir de cualquier edad, está aumentando para las personas. En España se estima que actualmente el 16% de la población tiene una edad superior a los 65 años, incrementándose al 20% para el año 2020. El sector de edad de mayor crecimiento es el de los mayores de 80 años. Se calcula que, en

el año 2050, las personas mayores de 65 años superarán por primera vez a las menores de 15 años, de tal manera que un tercio de la población mundial tendrá 65 años o más (una quinta parte de estos rebasarán los 80 años).

Los cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y económicos asociados a la edad pueden ser modificados por la dieta, los patrones de alimentación y el estado de nutrición de los individuos. Se han asumido muchos de estos cambios pero, sólo recientemente, estamos descubriendo, a través de estudios específicos diseñados para ancianos sanos, las relaciones entre nutrición y envejecimiento.

EL ENVEJECIMIENTO Y LA COMPOSICIÓN CORPORAL

El análisis de la composición corporal es un instrumento muy útil para valorar el estado nutricional de la mayoría de los pacientes, pero muy complicado en los ancianos por las dificultades metodológicas y las modificaciones de la composición corporal que, de forma natural, se observan en el envejecimiento. Los cambios más importantes son, sarcopenia, fragilidad y failure to thrive.

La sarcopenia es la pérdida involuntaria de masa muscular (especialmente de fibras musculares tipo II – relacionadas con la resistencia muscular -).

Disminuye, por tanto, la fuerza y la tolerancia al ejercicio, provoca debilidad, astenia y una menor capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Además, la pérdida de fuerza es un factor de riesgo de sufrir alteraciones del equilibrio, de la marcha y caídas. Se ha demostrado que los ejercicios de resistencia muscular en pacientes institucionalizados muy frágiles pueden contrarrestar la debilidad al mejorar su función muscular. Este efecto es incluso mayor si se combinan los ejercicios con suplementos dietéticos. La sarcopenia hay que diferenciarla de la pérdida involuntaria de peso (wasting), en la que suele predominar la pérdida de las reservas grasas, aunque invariablemente ambos sucesos suelen coincidir en el tiempo, en especial a partir de los 80 años.

El síndrome de fragilidad representa una situación de vulnerabilidad fisiológica en relación con los cambios que ocurren durante el envejecimiento, por la alteración de la homeostasis de reserva y por una capacidad menor del organismo para resistir el estrés. Clínicamente se manifiesta por pérdida de peso, debilidad, astenia, inactividad y disminución de la ingesta de alimentos. Todos estos síntomas se han asociado con deterioro funcional, institucionalización y mortalidad. La disminución de

la reserva se relaciona con los cambios del sistema muscular (sarcopenia), de las funciones neuroendocrinas (disminución de la hormona de crecimiento, de los estrógenos y de la testosterona, aumento del tono simpático y alteración de la regulación del cortisol) y del sistema inmunológico. Estos déficit explicarían el riesgo elevado de los efectos adversos que se asocian a la fragilidad, pero no explicaría el síndrome de debilidad, pérdida de peso e inactividad. Se ha postulado que el síndrome de fragilidad forma parte de un ciclo de malnutrición relacionado con la actividad física, con un balance negativo de proteínas y energía, pérdida de masa muscular y ósea y ulterior deterioro de la fuerza, de la tolerancia al ejercicio y del nivel de actividad.

El término failure indica una situación donde la capacidad del paciente anciano para vivir con enfermedades multisistémicas, enfrentarse con los problemas consiguientes así como el manejo de su cuidado se encuentran muy disminuidos y no responden a las intervenciones médicas. Representa, junto con la fragilidad, una continuidad de un síndrome clínico, en el que failure to thrive es la manifestación extrema que se asocia con una probabilidad de recuperación muy baja y que precede a la muerte.

AUMENTO DEL PORCENTAJE GRASO Y DE LA MASA GRASA TOTAL

Por sí sola, la edad no se relaciona con el porcentaje graso en los ancianos sanos. Si la masa magra, que es metabólicamente muy activa, y la actividad física disminuyen en los ancianos, se reducen también las necesidades calóricas e inevitablemente aparece un exceso de energía acumulada en forma de grasa. Esto ocurre en el grupo de ancianos menores de 80 años si no reducen de forma paralela la ingestión de alimentos. A partir de los 80 años, por el contrario, disminuye la masa grasa aunque se mantenga una alimentación similar.

La distribución de la grasa también varía con la edad: en los ancianos se deposita en la región superior del tronco y alrededor de las vísceras, disminuyendo la del depósito subcutáneo y de las extremidades. La medida de la circunferencia de la cintura y su relación con la circunferencia de la cadera está vinculada con un mayor riesgo metabólico de sufrir ciertas patologías (intolerancia hidrocarbonada, diabetes, hiperlipidemia, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular).

Pérdida de masa ósea.

Los huesos de las mujeres pierden un 40% del calcio a lo largo de su vida. La mitad de esta cantidad se pierde los cinco primeros años de la menopausia y el resto a partir de los 60. Los niveles de 25-hidroxicolecalciferol, imprescindibles para mantener la integridad ósea disminuyen en los ancianos por una menor ingesta, una menor exposición al sol y, quizás lo más importante, una síntesis cutánea ineficaz. No debemos olvidar que el déficit de vitamina D y calcio se asocia además con varias enfermedades (gastritis, alteraciones gástricas atróficas, gastrectomía, insuficiencia renal)

Las consecuencias clínicas de la osteopenia (dolor, deformidad y fractura).