

La alimentación en el adulto frágil

Nutrition in the frail adult

Silvia Smetniansky¹

RESUMEN

Este trabajo plantea la fragilidad y la sarcopenia como síndromes que marcan la vulnerabilidad del adulto mayor y el riesgo a perder independencia. Cómo afecta en su vida cotidiana poniendo en riesgo su salud. Se desarrollan los parámetros para identificarlas en forma rápida y práctica en el consultorio para poder incorporarlas a la consulta. Igualmente analiza la posibilidad de mejorar la calidad de vida mejorando su nutrición y ejercicio físico. También se plantean los requerimientos de los distintos nutrientes.

Veremos a lo largo del desarrollo cambios en la proporción de nutrientes que en otro momento hubieran parecido inviables.

También en este trabajo se desmitifica la necesidad de indicar suplementos dietarios a todos los pacientes con síntomas compatibles con fragilidad sin previamente intentar con un cambio en la alimentación natural.

Palabras claves: fragilidad, sarcopenia, adulto mayor, nutrición, dieta mediterránea

ABSTRACT

This work addresses frailty and sarcopenia as syndromes that mark the vulnerability of older adults and the risk of losing independence. It discusses how they impact their daily lives and pose a risk to their health. Parameters are developed to quickly and practically identify these syndromes in the clinic in order to incorporate them into consultations. It also explores the possibility of improving quality of life through enhanced nutrition and physical exercise. The requirements for different nutrients are also discussed.

Throughout the course of this development, we will observe changes in the proportion of nutrients that might have seemed unfeasible at another time. This work also demystifies the need to prescribe dietary supplements to all patients with symptoms compatible with frailty without first attempting a change in their natural diet.

Keywords: frailty, sarcopenia, elderly, nutrition, Mediterranean diet

Geriatría clínica 2023;17(1):38-43

INTRODUCCIÓN

En general, a nivel mundial se hace más hincapié en problemas de sobrepeso y sus consecuencias. No se piensa en la pérdida de peso mayor de 5% en un mes de los adultos mayores o desnutrición que van a llevarlos a una cascada de enfermedad, deterioro funcional, alteración de la inmunidad, caída, muerte o discapacidad e institucionalización.

El estado nutricional del anciano se relaciona al envejecimiento y el comportamiento nutricional de toda su vida.

Hay evidencias científicas que demuestran que modificaciones en el estilo de vida, incluyendo la alimentación, pueden prevenir en muchos casos los cambios que se dan en el envejecimiento y las enfermedades crónicas que pueden acompañarlos.

El envejecimiento de la población mundial hace que la incidencia de ancianos frágiles aumente. La identificación de pacientes frágiles facilita la intervención y selección de aquellos que pueden beneficiarse de medidas preventivas o terapéuticas para prevenir la discapacidad. Todas estas enfermedades y cambios que estaban predeterminados genéticamente pueden modificarse con cambios en la conducta alimentaria. Estos cambios son un nuevo concepto para tener en cuenta ya que podemos modificar la genética a través del tiempo¹.

Hay síndromes geriátricos que aparecen frecuentemente en el adulto mayor: fragilidad, sarcopenia, caquexia, anorexia; todas tienen una base psicofisiológica diferente, pero se caracterizan por una pérdida de fuerza y masa muscular.

En estos últimos años este tema fue estudiado para intentar prevenir o aliviar estos síndromes mediante la alimentación natural, mejorando la calidad de vida y evitando así caídas, discapacidad y muerte.

Este trabajo observa las necesidades nutricionales de macronutrientes, las dietas adecuadas y únicamente en caso de necesidad la suplementación.

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es indagar cómo puede influir el cambio de la alimentación en el estilo de vida del adulto frágil.

Además, buscaré enumerar los nutrientes necesarios en una dieta de un adulto con fragilidad, analizar la definición de fragilidad y su relación con la sarcopenia.

Considero necesario buscar maneras naturales de mejorar la salud de un paciente con necesidades calóricas aumentadas.

Por último, a lo largo de la monografía intentaré definir cuándo se necesita el aporte de un suplemento y cuándo no.

DESARROLLO

Fragilidad: nombre femenino

1. *Facilidad de una cosa para romperse.*
2. *Debilidad de una cosa o facilidad para deteriorarse.*

Esta definición del diccionario no está tan alejada de la condición de adulto frágil, aunque esta es de etiología multifactorial. “Un adulto mayor frágil podría ser definido como la consecuencia de un deterioro relacionado con el envejecimiento en múltiples sistemas fisiológicos que condiciona una situación de vulnerabilidad”².

Cuando un individuo envejece se produce un deterioro progresivo tanto de la reserva funcional en múltiples niveles como del control del medio interno. Esa pérdida lleva a una

1. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría. Curso Superior Bienal de Especialista en Geriatría

✉ Correspondencia: [Silvia Smetniansky, silsmet@yahoo.com.ar](mailto:Silvia.Smetniansky.silsmet@yahoo.com.ar)

TABLA 1. Criterios de diagnóstico de la sarcopenia.

Criterio	Variable	Observación
1	Masa muscular	Disminución de la masa muscular por debajo de 2 desviaciones estándar del valor de referencia promedio de la población
2	Fuerza muscular	Disminución de la fuerza muscular por debajo del valor de referencia promedio de la población
3	Rendimiento físico	Descenso del rendimiento físico expresado por una velocidad de la marcha $\leq 0,8$ m/s

Paladines Betsabeth, Quizhpi Manuel, Illota Pablo. Tratamiento integral de la sarcopenia senil. 2016. 43, p.

mayor susceptibilidad a la agresión externa ya que disminuyen de una manera significativa los mecanismos de respuesta. Estos mecanismos son el sustrato fisiopatológico fundamental de la fragilidad.

El término fragilidad está fuertemente relacionado (aunque no es un sinónimo) con el concepto de sarcopenia y con la caquexia.

La caquexia es un síndrome médico asociado a enfermedades subyacentes caracterizado por la pérdida de músculo y grasa.

SARCOPENIA

Sarcopenia (del griego: *sárx*: carne; *penia*: pérdida) es la pérdida de masa del músculo.

La sarcopenia es una condición que involucra disminución de la masa, fuerza y funcionalidad muscular. Compromete la calidad de vida de los adultos mayores hasta el punto de la discapacidad.

La sarcopenia representa un estado de deterioro de la salud que compromete la movilidad, aumenta el riesgo de sufrir caídas y fracturas, lo cual conlleva a discapacidad, pérdida de la independencia y mayor riesgo de muerte. El riesgo de discapacidad es de 1,5 a 4,6 veces mayor en adultos mayores con sarcopenia que en los mismos con masa muscular normal³. El envejecimiento fisiológico predispone un estado catabólico consecuencia de la disminución de la síntesis proteica y mayor destrucción de las fibras musculares.

Desde un punto de vista fisiopatológico, hay 2 tipos de sarcopenia: la primera llamada sarcopenia primaria en la cual la pérdida de masa muscular es patente ya desde la 4ta década de la vida y es debido fundamentalmente a una alteración en la síntesis y degradación proteica, en una situación proinflamatoria, acompañada de alteraciones hormonales y disfunción mitocondrial. Por otra parte, se puede hablar de una sarcopenia secundaria a inactividad física, a enfermedades o relacionada con aspectos nutricionales, tales como baja ingesta, malabsorción o trastornos gastrointestinales.

La mejor aproximación terapéutica integral comprende la combinación de un adecuado aporte nutricional y un programa de ejercicios. Las herramientas de manejo nutricional que poseen evidencia de su beneficio son una dieta hiperproteica, suplementación con aminoácidos de cadena ramificada y vitamina D.

Fisiológicamente, nuestro cuerpo incrementa la cantidad de grasa y disminuye la masa magra. La pérdida de la masa muscular asociada con el envejecimiento puede deberse a cambios estructurales del aparato musculoesquelético, enfermedades crónicas, atrofia por desuso y malnutrición.

Fisiopatología

La disminución de la síntesis proteica está causada por una baja de andrógenos, estrógenos y factores de crecimiento.

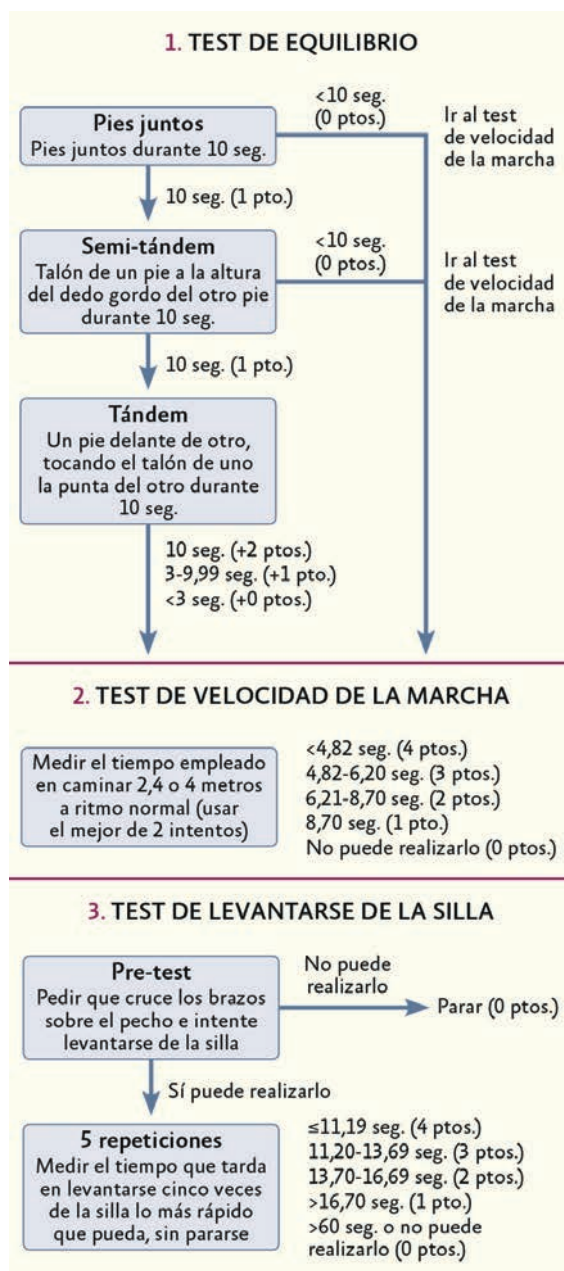


Figura 1. Esquema de ejecución de la batería SPPB. (Short Physical Performance Battery). Fuente: Ruth Paz Maya. Riesgo nutricional en el anciano frágil. *InfoGeriatría* 2017 Núm16: pág. 11.

La grasa muscular induce la presencia de lípidos intramiocelulares, disminuyendo la capacidad oxidativa del músculo. La angiotensina 2 reduce y promueve la resistencia de la insulina⁴.

El cortisol aumenta con la edad y posee una función catabólica. Niveles elevados de citoquinas proinflamatorias como TNF- α , IL-6 y la IL-1 disminuyen la fuerza y favorece mayor grado de sarcopenia.

El diagnóstico se basa en la confirmación del criterio 1 más el criterio 2 o 3⁵ (Tabla 1).

DETECCIÓN DE PACIENTES FRÁGILES EN RIESGO

La fragilidad es un síndrome médico con múltiples causas y factores contribuyentes y que se caracteriza por disminución

de la fuerza, la resistencia y la reducción de la función fisiológica que aumenta la vulnerabilidad de un individuo de desarrollar una mayor dependencia y/o la muerte.

Las pruebas de ejecución más empleadas y validadas en nuestro medio son la velocidad de la marcha, el test de levántate y anda cronometrado⁶ (Figura 1).

Para poder realizar un tratamiento en el adulto frágil es importante detectar al paciente en riesgo para que la intervención sea adecuada.

En el primer contacto que tenemos que realizar la anamnesis clínica y alimentaria, hay que evaluar la pérdida de peso. Se deben incluir medidas de peso, evaluar la dieta que está llevando a cabo y analizar cómo está su apetito.

Luego se realiza el examen físico y el laboratorio.

La obtención de los pesos corporales puede ser un reto, especialmente en pacientes frágiles. Para aquellos en que sea posible, el bajo peso corporal se define como menos del 80% del peso corporal recomendado⁷ (Tabla 2).

Los criterios clínicos para definir riesgos son:

- Riesgo poco probable (bajo): no luce delgado, peso estable, sin alteraciones del apetito.
- Riesgo posible (moderado): delgado por enfermedad, condición o pérdida de peso no planificada en los últimos 3-6 meses, reducción del apetito o de la capacidad de comer.
- Impresiona malnutrido (alto): delgado o muy delgado, significativa pérdida de peso en 3-6 meses previos, sin alimentarse en los últimos 5 días⁸.

Siempre se deben valorar los problemas de la ingesta como la dentadura y la capacidad socioeconómica del paciente. No hay que tratarlos con estimulantes del apetito.

De forma global, se han empleado dos indicadores diagnósticos, que son el índice de masa muscular (IMM) y el índice de masa esquelética (IME). Sin embargo, son difíciles de establecer desde Atención Primaria, por lo que nuestro papel se basa en identificar factores de riesgo de fragilidad, tales como el deterioro funcional con pérdida de independencia, un deterioro de la calidad de vida, pérdida ponderal, fatigabilidad, debilidad, velocidad de la marcha lenta, bajo nivel de actividad física. Pruebas como el test del equilibrio, la marcha en tándem, la velocidad de la marcha y el test de levantarse de la silla (pidiéndole que cruce los brazos sobre el pecho previamente), forman parte del SPPB (*Short Physical Performance Battery*), de fácil aplicación y útil para valorar la funcionalidad y la forma física, basándose en la musculatura de los cuádriceps.

ALIMENTACIÓN

Uno de los puntos de intervención fundamentales es la nutrición, por lo que se hace necesaria la valoración nutricional que permita iniciar un soporte dietético si fuera necesario. La pérdida de peso involuntaria está asociada a un aumento, entre otros, del riesgo de mortalidad y de pérdida funcional.

En la consulta de geriatría, la pérdida del apetito y/o reducción de ingestas (anorexia) es una preocupación constante de familiares y pacientes; la anorexia se puede deber a factores ambientales, sociales y fisiológicos.

Esto implica muchas veces una búsqueda (a menudo con malos resultados) de algún tratamiento que incremente el consumo de nutrientes.

TABLA 2. Medidas antropométricas (peso y altura).

Altura (cm)	Peso (kg)		
	60-69 años	70-79 años	80-89 años
154,94	58-69	55-70	-
157,48	60-74	57-70	54-67
160,02	61-74	58-71	55-68
162,56	64-79	59-73	58-69
165,1	65-81	59-75	57-70
167,64	67-84	60-76	58-72
170,18	70-86	62-77	59-74
172,22	72-89	63-79	60-75
175,26	74-91	65-81	62-77
177,8	76-94	66-83	64-80
180,34	78-97	68-85	65-82
182,88	80-100	70-86	67-85

Revista Argentina de Gerontología y Geriatría. 92, p.

Múltiples tratamientos se han probado en los ancianos con tal motivo, como el uso de vitaminas, estimulantes del apetito, complementos alimenticios y atención de diferentes especialidades hasta la colocación de una sonda para alimentación. Sin embargo, estas medidas demuestran que la disminución de la ingestión de alimentos no siempre se debe a una enfermedad y que es más frecuente conforme se incrementa la edad.

Si asumimos que tanto la sarcopenia, la caquexia y la anorexia pueden ser mejoradas con una dieta adecuada que puede, en algunos casos ser acompañada de suplementos dietarios los cuales no deben ser la única forma de alimentación y aporte de calorías, llegaríamos a una forma saludable de evitar la discapacidad del paciente.

En el siguiente apartado de mi trabajo mostraré la recomendación de ingesta de nutrientes que necesita un adulto mayor frágil.

Algunos nutrientes necesarios para la prevención de fragilidad y sarcopenia⁹

- **Proteína.** En varios estudios se ha demostrado el papel protector de una ingesta suficiente y adecuada de proteínas en el desarrollo de la fragilidad. El efecto estimulante de los aminoácidos esenciales se debe a la acción directa de la leucina en el inicio de la síntesis proteica.

Por tanto, aumentar la proporción de leucina en una mezcla de aminoácidos esenciales puede mejorar la respuesta anabólica muscular por diferentes mecanismos independientes de la insulina y de vías intracelulares de síntesis proteica muscular y ser similar al observado en sujetos jóvenes.

Los ancianos sanos para mantener y recuperar masa muscular necesitan más proteínas que los jóvenes. Se recomienda una ingesta diaria de proteína de al menos 1 a 1,2 g/kg al día. Además, se recomienda ejercicio físico individualizado de forma que sea seguro y bien tolerado. En enfermedades agudas o crónicas la cantidad de proteínas añadidas a la dieta depende de la enfermedad, de su severidad, del estado nutricional previo a la enfermedad, así como del impacto de la enfermedad sobre el estado nutricional del paciente. La mayor parte de los adultos con una enfermedad crónica necesitan más proteínas dietéticas, entre 1,2 y 1,5 g/kg por día.

Aquellos con enfermedad, lesión severa o malnutrición marcada pueden necesitar hasta 2 g/kg día.

Los ancianos con enfermedad renal crónica avanzada (filtrado glomerular estimado menor a 30 ml por minuto) sin diálisis necesitan limitar la ingesta proteica.



Figura 2. Pirámide de alimentación saludable.

La fuente de proteína también es importante debido al contenido de aminoácidos esenciales, particularmente de la leucina.

Las mismas deben distribuirse de manera adecuada, por lo menos 30 g de proteína de buena calidad por comida, que contengan al menos 3 g de leucina para estimular la síntesis proteica. Por ejemplo: huevo, pollo, omega 3 o leche que incluso estimula más la síntesis proteica que las proteínas vegetales

- **-hidroximetilbutirato.** Podría atenuar la pérdida muscular e incrementar la masa y función muscular.
- **Creatina.** Se recomienda una dosis óptima de 3 a 5 g por día. La creatina puede retrasar la atrofia muscular, mejorar la resistencia y la fuerza muscular. Por ejemplo: carnes rojas, pollo, arenques.
- **Ácidos grasos poliinsaturados.** Omega 3. Tienen un efecto directo en la síntesis proteica muscular. Se sugiere una dosis mínima de 1 g por día. Por ejemplo: pescados y mariscos.
- **Vitamina D.** Es recomendable mantener concentraciones de entre 30 y 50 ng/ml para conseguir los beneficios de estas vitaminas. 800/1000 UI por día en personas mayores de 65 años. Por ejemplo: trucha, salmón, caballa y atún.
- **Calcio.** 1000/1200 mg por día. Por ejemplo: lácteos.
- **Minerales.** Magnesio, selenio, hierro, zinc: también se relacionan con aumento de masa muscular. Por ejemplo: legumbres, espinaca y mariscos.
- **Micronutrientes y antioxidantes.** Carotenoides, vitamina A, C, B1, B6, B12 y ácido fólico. Por ejemplos: frutas, verduras.
- **Hidratos de carbono.** Los hidratos de carbono deben ser el 50% de la alimentación y de estos, 10% deben ser azúcares simples. Indispensables para la obtención de energía. Por ejemplo: hidratos complejos en frutas, verduras, hortalizas, legumbres y cereales e hidratos simples en harinas (Gráfico 1).
- **Vitamina B12.** Se recomienda una ingesta diaria de 10-15 mg para individuos mayores de 50 años que en general está disminuida en enfermedades con mala absorción.

Hay ciertas fórmulas como la de Harris-Benedict y la de la OMS que nos ayudan a calcular el valor calórico total de la dieta que debería tener una persona y a partir de ahí poder indicar el porcentaje de nutrientes y una dieta específica para cada paciente¹⁰.

Fórmula Harris-Benedict:

GEB (mujeres): $665 + 9,6 P + 1,85 T - 4,6 E$

GEB (varones): $66 + 13,7 P + 5 T - 6,8 E$

Fórmula OMS (1985)

GEB (mujeres): $10,5 P + 596$

GEB (varones): $13,5 P + 487$

(GEB: gasto energético basal. P: peso [kg]. T: talla [cm]. E: edad)

Una dieta que engloba bien todos estos nutrientes es la dieta mediterránea, la cual se recomienda a nivel mundial. En ella predomina el consumo de ácidos grasos omega 3, como aceite de oliva o frutos secos. Además, promueve el consumo diario de frutas, verduras, cereales integrales, semillas, hierbas y legumbres.

Por último, una o dos veces por semana huevos, lácteos y carnes blancas como pescado o pollo.

En esta dieta se reduce al máximo la ingesta de carnes rojas y dulces.

Esta dieta es recomendada ya que disminuye el riesgo de padecer obstrucciones en las arterias, y tiene un alto contenido en carotenos y vitamina E. El seguimiento de la dieta mediterránea, además de ayudar a controlar el peso consumiendo todos los nutrientes e incrementar la sensación de bienestar físico, mejora el funcionamiento de diversos órganos, como el riñón y el corazón.

Por último, se ha descubierto que la tasa de mortalidad por cáncer es menor entre quienes la practican, sobre todo en países que tienden a abusar más de comida rápida, los alimentos precocinados y las grasas¹¹ (Figura 2).

Dietas veganas y vegetarianas

De los aminoácidos esenciales, los aminoácidos de cadena ramificada (que incluyen leucina, isoleucina y valina) son particularmente importantes para promover la síntesis de proteínas musculares.

Estos aminoácidos están más concentrados en las proteínas de origen animal que en las de origen vegetal.

Algunas proteínas, como las del suero, se consideran rápidas, ya que se dirigen rápidamente, lo que hace que los aminoácidos aparezcan rápidamente en el torrente sanguíneo.

Otras proteínas, como la caseína, se consideran lentas ya que dan lugar a una tasa de absorción más lenta y prolongada. La proteína de soja también se considera una proteína rápida, aunque no estimula la síntesis proteica en la misma medida que la proteína de suero.

Ejercicio físico + nutrición

Se han comprobado los efectos anabólicos de la insulina y de los aminoácidos sobre la síntesis de proteínas: se potencian a través de la actividad física y algunos nutrientes se ven afectados por un estilo de vida sedentario, el reposo en cama o la inmovilización.

Los máximos efectos sobre la fuerza muscular aparecen tras la combinación de un programa de ejercicio de fuerza de 10 semanas y de un suplemento nutricional.

El grupo de expertos PROT-AGE recomienda prescribir un suplemento de 20 g de proteínas después de las sesiones de ejercicio.

Se han realizado también estudios en los que se confirma el aumento de la masa libre de grasa y la masa muscular esquelética, así como la fuerza con una terapia combinada de suplementos nutricionales (enriquecidos con leucina y HMB) y de ejercicio físico.

Suplementos orales y nutrición enteral

Hay productos que se utilizan en el tratamiento de situaciones metabólicas especiales, cuando la dieta habitual no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales diarias.

Son fórmulas no necesariamente completas ni equilibradas, por lo que no deben constituir una fuente exclusiva de nutrición.

Por lo tanto, los suplementos solo se recomiendan en pacientes que no recuperan el peso habiendo hecho previamente ajustes en la preparación de las comidas.

Por ejemplo, el máximo de síntesis proteica se consigue con una ingesta teórica de 25-30 g de proteína por comida, por lo que por debajo de ese nivel se debe plantear una suplementación oral. Los suplementos ricos en proteínas son de elección en pacientes, por ejemplo, con heridas, cáncer o en postoperatorios. La mayoría provee menos de 300 kcal, 12 g de proteínas y amplio espectro de vitaminas y minerales, aunque se recomienda únicamente administrarlo durante 2-3 meses. La dosis comúnmente es de 2 suplementos por día además de la comida. Se debe evaluar un objetivo a las 12 semanas. Tanto en situaciones agudas como crónicas se busca una salida de la condición de alto riesgo donde se pueda disminuir la ingesta a 1 suplemento diario por 2 semanas intentando optimizar la incorporación de alimentos.

ANÁLISIS DE CASO

Se presenta un paciente hombre de 75 años al consultorio con dificultad para caminar, con enfermedades crónicas como hipertensión, dislipemia, problemas coronarios y una queja de falta de fuerza y desgano.

Se debería en un principio hacerle un interrogatorio nutricional, detectar el riesgo, sacar el cálculo según la enfermedad que posee de cuántas calorías debe tener su dieta habitual y a partir de ahí calcular los porcentajes de nutrientes necesarios teniendo en cuenta las proteínas que se deben distribuir durante el día, bajo en grasas saturadas, alto en omega 3.

Es candidato a una dieta mediterránea e hiposódica que lo ayudara con su colesterol y los problemas coronarios. Luego se evaluarán los diferentes micronutrientes para ver si hay que suplementar alguno. Además se recomienda realizar actividad física personalizada. (*Este caso es hipotético y no está basado en datos de un paciente real*)

BIBLIOGRAFÍA

1. Maya, R. Actualización en nutrición extrahospitalaria en el paciente geriátrico Barcelona, 2017. p.3,4.
2. Martínez Velilla, N. Envejecimiento y nutrición. España, 2014 p.7.
3. Quizhpi, M; Villota, P Tratamiento integral de la sarcopenia senil. en Revista de la Facultad de Ciencias Químicas. Edición Especial, Simposio de Nutrición, Actividad física y Salud Pública. Cuenca, Ecuador. 2016. p. 43.
4. Aranzazu, A et al. Valoración de la sarcopenia y nutrición en el anciano frágil en Revista Electrónica de Portales Médicos. Vol. XVI. Número 16. Cádiz, 2017. 2017.
5. Ídem a cita 3).
6. Maya, R. Riesgo nutricional en el anciano frágil. Lanzarote, 2019. p.12.
7. Jauregui, J; Manzotti, M. Guía de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría para el manejo de personas mayores malnutridas en la comunidad en Revista Argentina de Gerontología y Geriátría. Vol. 31. Buenos Aires, Argentina. 2017. p.92-94.
8. Ídem cita 7).
9. Zelgasti Murillo, A; Casas Herrero, A. Nutrición hospitalaria. España, 2019 p. 26-33.
10. Bernardini Zambrini, D et al. Geriátría desde el principio. 2ªED. Barcelona, 2005. p. 292.
11. Sociedad española de nutrición comunitaria. La voz española. Barcelona, 2015.
12. Ídem cita 4).

CONCLUSIÓN

Este tema lo elegí porque lo veo en la práctica diaria. Cuando el paciente consulta y realiza una queja por la falta de apetito o adelgazamiento, inmediatamente lo derivamos a un nutricionista quien lo primero que indica es un suplemento nutricional.

Al analizar los textos encontrados descubrí nuevos cambios que se pueden dar en la alimentación de estos pacientes para evitar la mala evolución de enfermedades que pueden acompañar al envejecimiento normal y los hace más frágiles e inestables con riesgo de vida.

Se está llevando a cabo en Europa un estudio denominado SPRINTT¹² que pretende definir en un ámbito experimental la investigación tecnológica y la identificación de biomarcadores para ofrecer opciones de tratamiento adecuadas para el anciano frágil con sarcopenia, mejorando así su calidad de vida. Esto sería un avance para identificar en forma temprana pacientes en riesgo.

Lo que me planteo es si en la realidad económica que viven la mayoría de las personas mayores en la actualidad, podrían cumplir con una dieta recomendada para su edad y estado como, por ejemplo, la mediterránea.

Además, me pregunto, si el argentino que no está acostumbrado a una alimentación rica en legumbres o pescados, y sí a la ingesta diaria de harina o carne roja, puede modificar una dieta que llevó durante toda su vida.

Todo esto hace a la buena medicina y el poder darnos un tiempo para interrogarlo, pesarlo, buscar recetas y conversar con el paciente y/o familiar sobre sus necesidades y recursos. Y cómo incorporar estos nuevos cambios en la alimentación a sus hábitos sin que medie una prohibición.

Los suplementos alimentarios son a veces necesarios en casos donde no se pueden cumplir las calorías requeridas, en casos graves o de internaciones prolongadas, pero solo por un tiempo, y no debe ser la primera opción de alimentación. Esta revisión de la nutrición para mí significó una modernización de los conceptos que puedo incorporar a mi trabajo diario abriéndome las puertas a seguir investigando sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alfonso, J; Cruz, J et al. *Sarcopenia: Consenso europeo sobre su definición y diagnóstico* Londres, 2010.
- Aranzazu, A et al. *Valoración de la sarcopenia y nutrición en el anciano frágil en Revista Electrónica de Portales Médicos*. Vol. XVI. Número 16. Cádiz, 2017.
- Bernardini Zambrini, D et al. *Geriatría desde el principio*. 2ªED. Barcelona, 2005.
- Chávez Medina, Juan Humberto. *Anorexia fisiológica del envejecimiento en Práctica de la geriatría*. 3ªED. Buenos Aires, 2011.
- Jauregui, J; Manzotti, M. *Guía de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría para el manejo de personas mayores malnutridas en la comunidad en Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*. Vol. 31. Buenos Aires, Argentina. 2017.
- Jiménez, M. *Fragilidad cognitiva y nutrición en Revista envejecimiento y nutrición*. Martínez Velilla, N. Envejecimiento y nutrición. España, 2014.
- Martínez, V. *Concepto de anciano frágil e indicadores de fragilidad*. Barcelona, España. 2011. Maya, R. *Actualización en nutrición extrahospitalaria en el paciente geriátrico* Barcelona, 2017.
- Maya, R. *Riesgo nutricional en el anciano frágil*. Lanzarote, 2019.
- Maya, Ruth Paz. *Riesgo nutricional en el anciano frágil en Anciano frágil y riesgo nutricional en Revista Semestral Infogeriatría*. 16ªED. España. 2017.
- Murillo Zugasti, Ana; Herrero Casas, Álvaro. *Síndrome de fragilidad y estado nutricional: Valoración, prevención y tratamiento en revista Nutrición Hospitalaria, SENPE*. Madrid, España. 2019.
- Quizhpi, Manuel; Villota, Pablo. *Tratamiento integral de la sarcopenia senil en Revista de la Facultad de Ciencias Químicas. Edición Especial, Simposio de Nutrición, Actividad física y Salud Pública*. Cuenca, Ecuador. 2016.
- Rodríguez, Ricardo Rendón; Padilla, Iván Armando Osuna. *El papel de la nutrición en la prevención y manejo de la sarcopenia en el adulto mayor en Nutrición Clínica en Medicina*. Vol. XII, número 1. Madrid, España. 2018.
- *Sociedad española de nutrición comunitaria. La voz española*. Barcelona, 2015.
- Torregrossa Raúl; Martín, P. *Evidencias de las estrategias nutricionales en pacientes frágiles*. 2015.
- Zelgasti Murillo, A; Casas Herrero, A. *Nutrición hospitalaria*. España, 2019.