



Nutrición en el adulto mayor:

Recomendaciones y Buenas Prácticas para el Mantenimiento de la Salud y el Envejecimiento Activo

Noviembre 2025

ÍNDICE



La presente Guía de Buenas Prácticas, se enmarca dentro del proyecto: "Modelo de nutrición y hábitos saludables, promoviendo la salud y el envejecimiento activo desde un modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona con Perspectiva de Género", desarrollado durante el año 2025.

Este proyecto está financiado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

"No podemos perder de vista que la Nutrición y la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) se relacionan de manera directa, al personalizar los planes de alimentación para satisfacer las necesidades, preferencias y deseos únicos de cada persona, especialmente en aquellas en situación de dependencia. De este modo, se promueve su bienestar físico, social y emocional, garantizando que la comida sea un acto de dignidad y placer, y no solo un requerimiento biológico."

Autoría: Adriana Gómez Izquierdo
Técnica de Proyectos de Lares Asociación

Financia y organiza:



1. Introducción

2. Contexto inicial estatal

- 2.1 Envejecimiento activo y saludable: una visión integral.
- 2.2 Prevalencia y tipos de desnutrición.
- 2.3 Factores asociados: la disfagia.
- 2.4 Intervención nutricional: una prioridad.
- 2.5 Herramientas de cribado y diagnóstico.
- 2.6 Funcionalidad: el eje de la salud en la vejez.
- 2.7 Suplementación nutricional: uso y criterios.
 - a. Abordaje de la desnutrición en pacientes diabéticos.

3. Normativa sobre alimentación en los centros residenciales para personas mayores

4. La atención integral centrada en la persona en los centros residenciales de larga duración

- 4.1 Conexión entre apoyo y autonomía.
- 4.2 Dimensiones del modelo de Atención Integral Centrado en la Persona.
 - a. La integralidad: una visión global de la persona.
 - b. La atención integral centrada en la persona: dignidad y autonomía.

5. Aspectos a tener en cuenta en la relación con las comidas – AICP

5.1 Aspectos determinantes en una buena nutrición y estado de salud.

- a. Aspectos sociales.
- b. Aspectos culturales.
- c. Aspectos económicos.

5.2 Antes de comer.

- a. Respetar tiempos y necesidades.
- b. Respetar las afinidades personales y la elección de los espacios.
- c. Higiene y confort.

5.3 Durante las comidas.

- a. El servicio: más allá de la comida.
- b. Respetar la participación en las decisiones alimentarias.
- c. Respetar la flexibilidad con los tiempos
- d. Respetar hábitos y costumbres individuales.
- e. Favorecer la autonomía.
- f. Si sucedieran accidentes.

5.4 Despues de comer.

- a. Higiene y confort tras las comidas.
- b. Respetar las costumbres.
- c. Registros y recogida de datos.

8. El papel de la alimentación en la prevención de la desnutrición y manejo de la pérdida muscular en el adulto mayor

8.1 Revisión nutricional, evaluación y planificación.

8.2 Buenas prácticas en la gestión de la alimentación en los centros residenciales para personas mayores.

- a. Fragilidad y Sarcopenia.
- b. Recomendaciones para la Fragilidad y la Sarcopenia.

8.3 Alimentos inflamatorios vs antinflamatorios.

6. ¿Cómo puede comer seguir siendo un placer?

6.1 Necesidades nutricionales en el adulto mayor.

- a. Alimentación con 5S.
- b. Recomendaciones Nutricionales.
- c. Distribución y frecuencia de los alimentos.

6.2 Importancia de mantener ciertos hábitos alimenticios de cada persona (AICP)

- a. Hábitos alimenticios en entornos residenciales y su impacto en el día a día.
- b. Aspectos sociales y culturales.

6.2 Recomendaciones nutricionales para personas con necesidades especiales o patologías.

- a. Alternativas a la dieta basal.
- b. Deterioro cognitivo y alimentación.
- c. Recomendaciones específicas para personas con patologías.
- d. Nutrición en los cuidados paliativos.

6.3 Otras situaciones que pueden condicionar la alimentación.

6.4 Alimentación e interacción con medicamentos.

7. Grupos de alimentos y planificación de las comidas

7.1 Estructura de los menús: ejemplo de programación semanal para una dieta basal.

9. Hábitos saludables: ejercicio físico y la importancia en la prevención de las caídas

9.1 Factores que incrementan el riesgo de caídas.

9.2 Consejos prácticos para disminuir el riesgo de caídas en personas mayores.

9.3 ¿Cómo puede el entorno residencial prevenir caídas?

9.4 Actividad física y envejecimiento activo.

10. Bibliografía recomendada





1

1. Introducción

La nutrición es fundamental en todas las etapas de la vida, pero adquiere especial relevancia en el mantenimiento de la salud y calidad de vida de las personas mayores. Entendemos nutrición como **consumir una dieta variada, saludable y equilibrada** que aporte la energía y los nutrientes necesarios, ayudando a prevenir o controlar enfermedades como **osteoporosis, hipertensión, patologías cardiovasculares, diabetes, cáncer y pérdida muscular** asociada a caídas.

Con la edad, **cambian las necesidades nutricionales**: disminuye el apetito, el metabolismo se ralentiza y baja la masa muscular, reduciendo el gasto energético, pero la **demandas de nutrientes sigue siendo alta**. Por ello, la dieta debe priorizar alimentos ricos en **proteínas de calidad, fibra, vitaminas y minerales**, adaptándose también a las posibles patologías, tratamientos y cambios hormonales.

La **nutrición y la salud** también están condicionadas por el entorno físico y social –hogar, vecindario, comunidad– y por características personales como **sexo, origen étnico o familia**, que pueden generar **desigualdades en salud**. Cuando estas desigualdades son injustas y evitables, hablamos de **inequidades**, cuyo efecto acumulativo impacta en la diversidad de capacidades en la vejez.

Comprender estas inequidades es clave para diseñar intervenciones personalizadas y equitativas.



Desmontando estereotipos

La edad no implica dependencia. Sin embargo, persisten **estereotipos** que presentan a las personas mayores como **carga o dependientes**, influyendo incluso en las políticas públicas y priorizando el control del gasto sobre la inversión en bienestar (WHO, 2015). Debemos aun así tener en cuenta que son los hábitos de vida que tenemos los que influyen y mucho, en nuestro estado funcional al llegar a ciertas edades.



Envejecimiento poblacional: obstáculos y género

La población mundial **envejece rápidamente**: se prevé que en 2050 el 16% tendrá más de 65 años. En **España**, en 18 años el 30% de la población superará esta edad. Según el **CSIC (2024)**, las **mujeres** (5,47 millones) superan a los hombres (4,21 millones), lo que exige **intervenciones específicas** para ellas, dado el mayor riesgo de **osteoporosis y sarcopenia** por los cambios hormonales, sobre todo a partir de la menopausia y cuya edad media en España se sitúa entre los 48 y 51 años, según la AEEM (Asociación Española para el Estudio de la Menopausia).



Desnutrición y actividad física: dos retos unidos

La **desnutrición** sigue siendo un problema crítico, sobre todo en residencias, donde la **pérdida de masa muscular y ósea** requiere **mayor ingesta proteica**. A esto se suma la **baja práctica de actividad física**: el **38,5%** de los mayores no realiza ejercicio, llegando al **42,5% en mujeres**. La **inactividad agrava la fragilidad y dependencia**, reforzando los efectos de la desnutrición.

Puntos clave

- La atención nutricional debe incluir el enfoque de género, priorizando estrategias específicas para mujeres mayores.
- El ejercicio físico regular y el aumento de proteínas son esenciales para prevenir la sarcopenia y la fragilidad.
- Intervenciones integrales en nutrición y actividad física son clave para preservar la independencia y calidad de vida.

02



2. Contexto inicial estatal

El incremento en la esperanza de vida es una realidad. En España, según datos del INE 2025, la esperanza de vida al nacer se sitúa en torno a 86 años para las mujeres y los 81 años para los hombres. La esperanza de vida en la salud pretende añadir una nueva dimensión, englobando tiempo de vida y calidad. En España, una persona que alcanza los 65 años puede esperar vivir, de media, 21 años adicionales. Esta cifra varía según el sexo: aproximadamente 19,06 años en los hombres y 22,96 años en las mujeres.

Todo ello refleja el desafío de garantizar no solo "más años a la vida", sino también añadir "más vida a los años". Esto pone de manifiesto la necesidad de promover un envejecimiento saludable, con un enfoque de género que tenga en cuenta las diferencias en la salud y las experiencias de hombres y mujeres, tanto en los datos epidemiológicos como en los problemas de salud que enfrentan.

2.1 Envejecimiento activo y saludable: una visión integral

El envejecimiento saludable se define como: "El proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez". Esta capacidad funcional está determinada por las capacidades físicas, mentales y psicosociales, y por su interacción con los entornos físicos, sociales y normativos en los que vive la persona. Por su parte, el envejecimiento activo busca: "Optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen" (OMS).

La OMS recomienda el diseño de políticas y programas basados en el enfoque de envejecimiento activo, que se desarrollen en los ámbitos sanitario, educativo y laboral. Este enfoque permite:

- Mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
- Reducir la mortalidad prematura y la discapacidad ligada a enfermedades crónicas.
- Optimizar los recursos mediante la disminución del gasto sanitario y farmacéutico.
- Fomentar la participación social, reconociendo a las personas mayores como agentes activos que aportan su experiencia a la vida social, económica y cultural del país.

Estas perspectivas se traducen en estrategias y planes de acción de instituciones internacionales y nacionales, que priorizan la prevención y control de enfermedades, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y sociosanitarios, y la mejora de los servicios y buenas prácticas profesionales dirigidas a la población mayor.



Según el último informe del CSIC (Envejecimiento en red, 2024) sobre el perfil de las personas mayores en España 2024, las personas habitantes en territorio nacional que tienen 65 años o más, representa el 20,1% de la población. La población mayor sigue aumentando y que continuando el proceso de envejecimiento, las personas habitantes de 80 y más años, son del 6% actualmente, lo cual implica una cifra de 2.871.854 personas.

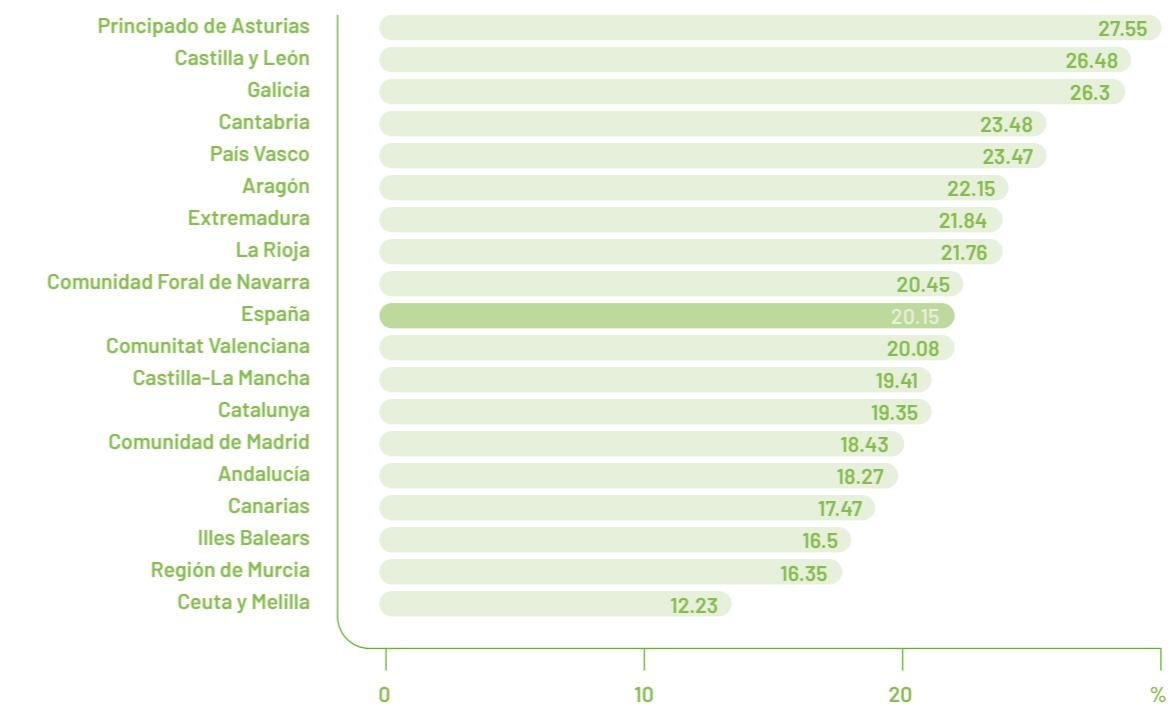
Según las **proyecciones del INE (2023-2041)**, para el año **2041** España podría superar los **14,5 millones de personas mayores** (14.558.557), lo que representaría aproximadamente el **27,9% de una población que superará los 52 millones de habitantes**.

Este crecimiento será especialmente notable a partir de **2030**, cuando el conjunto de personas nacidas del baby boom alcance la vejez, llevando la proporción de personas mayores a sus niveles más altos en la historia del país.



Puntos clave

Incorporar el enfoque de envejecimiento activo en las residencias significa trabajar de manera integral sobre la salud física, mental y social de las personas, fortaleciendo su autonomía y participación.



Fuente: INE. Censo anual de población 2021-2023. Consulta en mayo de 2024.

Gracias al Observatorio Nacional de Valoración Integral en Personas Mayores, realizado por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2002), se concluye que el 50% de las personas mayores hospitalizadas presenta desnutrición y más del 76% dependencia funcional para las actividades de la vida diaria.

Debemos subrayar que la **desnutrición** es un problema sociosanitario de alta prevalencia, que continúa **infradiagnosticado**, con un **impacto negativo** no solo en términos de **morbimortalidad, independencia y calidad de vida**, sino también en el uso de recursos y costes totales.

Un **estado nutricional deficitario** en un adulto mayor hospitalizado y/o que vive en un centro residencial, constituye una **condición patológica prevenible y tratable**. Para abordarlo es imprescindible una **evaluación nutricional integral** que incluya **cribado y diagnóstico**.

El impacto de la desnutrición en las personas mayores puede ser devastador, condicionar una pérdida de capacidad funcional, y precipitar la instauración de otros síndromes geriátricos.



2.2 Prevalencia y tipos de desnutrición

La mayoría del personal profesional que atiende pacientes en **situaciones de normonutrición o desnutrición leve** (26-50%). El **tipo mixto moderado**, considerado el **más grave y frecuente** en la población anciana, es valorado por el **42,6%** de los profesionales encuestados.

Existen diferencias significativas entre los distintos niveles asistenciales:

- Médicos de residencias: **identifican desnutrición mixta moderada en menos del 25% de los casos.**
- Médicos hospitalarios: detectan este tipo de desnutrición en un **26-50% de los casos.**

2.3 Factores asociados: la disfagia

La **disfagia** es un **síndrome geriátrico altamente prevalente**, con mayor incidencia en personas institucionalizadas (**40%-78%**).

En la encuesta, **55% de los geriatras** refiere encontrar disfagia en el **26-50%** de sus pacientes, lo que contribuye significativamente a las causas y mecanismos de la desnutrición.

2.4 Intervención nutricional: una prioridad

Una vez **diagnosticada la desnutrición o el riesgo de la misma**, debe iniciarse una **intervención nutricional precoz** con el objetivo de cubrir los **requerimientos energéticos y proteicos**:

- **Vía oral:** alimentos naturales, consejo dietético y alimentación básica adaptada.
- **Nutrición artificial** (si no se alcanza entre el 75%-60% de lo requerido por vía tradicional):
 - Suplementación oral.
 - Nutrición enteral.
 - Nutrición parenteral.

El desarrollo científico-tecnológico ha consolidado la **nutrición artificial** como una **terapia eficaz** para mantener el estado nutricional y **mejorar el pronóstico** de patologías frecuentes en la población mayor.

2.5 Herramientas de cribado y diagnóstico

Existen múltiples **herramientas de cribado clínico**, cuya aplicación es **recomendada en las primeras 24-48 horas de ingreso** hospitalario o residencial.

El objetivo debe ser **realizar una valoración nutricional completa al 100% de las personas mayores**, para establecer un diagnóstico y diseñar un **plan de intervención precoz** que revierta el déficit nutricional.

Esta intervención es **eficaz en términos de salud y coste-efectiva** para el sistema sociosanitario, al reducir reingresos hospitalarios, necesidad de rehabilitación y costes asociados.

2.6 Funcionalidad: el eje de la salud en la vejez

La **OMS** (Organización Mundial de la Salud) recomienda medir la salud de las personas mayores en términos de **funcionalidad**. Se entiende por funcionalidad, la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria de manera independiente y satisfactoria, tanto física como mentalmente. Sin embargo, es uno de los síndromes geriátricos **más desatendidos**.

La pérdida de funcionalidad afecta de manera directa en:

- Salud física, emocional y social.
- Participación social, aumentando el riesgo de aislamiento y soledad.
- Autonomía, dificultando tareas como salir de casa, hacer la compra, preparar alimentos o mantener el autocuidado.



2.7 Suplementación nutricional: uso y criterios

La suplementación nutricional hipercalórica e hiperproteica de alta calidad se considera eficaz para mantener el estado nutricional, e influye en el pronóstico y la evolución de las patologías asociadas.

92,6%

de los médicos geriatras utilizan suplementos en casos de desnutrición grave.

77,9%

los emplea en estadios moderados.

56,6%

los prescribe de forma preventiva si existen factores de riesgo relevantes.

82,4%

considera que el soporte nutricional es una intervención altamente eficaz y coste-efectiva.

a. Abordaje de la desnutrición en pacientes diabéticos

Dada la elevada prevalencia de **diabetes** en personas mayores de 65 años (13,4%-18,4%) y el mayor riesgo de **desnutrición** que supone (un 40% más según el estudio PREDYCES), se preguntó por las estrategias empleadas en estos casos:

- 33% prescribe **fórmulas específicas de nutrición enteral** para pacientes diabéticos. La nutrición enteral se administra en situaciones de malnutrición o la posibilidad de la misma. Es preciso comprobar la tolerancia del paciente al tratamiento antes de darle de alta. La nutrición enteral conlleva una serie de ventajas frente a la parenteral: es más fisiológica, más fácil de preparar, administrar y controlar y presenta menor número de complicaciones y de menor gravedad. Además, la utilización de los nutrientes es más eficiente y resulta menos costosa.
- Actuaciones complementarias:
 - Determinación de HbA1c (28,2%).
 - Determinación de vitamina B12 y ácido fólico (25,6%).





53

3. Normativa sobre alimentación en los centros residenciales para personas mayores

Según los **últimos datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)** correspondientes a 2021, en España más de 400.000 personas hacen uso de los **servicios de alojamiento y manutención** en residencias para personas mayores y más de 100.000 reciben **servicios de atención de día**, en muchos casos con servicio de comedor incluido.

En este documento se recogen algunas recomendaciones dietéticas saludables y sostenibles elaboradas por el Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) para la población general, pero adaptadas a las necesidades nutricionales de las personas mayores que residen en centros residenciales o que se benefician de los servicios disponibles en los centros de día, quienes suelen presentar **déficits específicos asociados a la edad** y que se han tenido en cuenta en la elaboración de las pautas que aparecen en esta Guía.

Corresponde en primer lugar al Estado, garantizar que todas estas personas reciben una **alimentación adecuada que satisfaga sus necesidades nutricionales**, tal como establece la Ley 17/2011, de seguridad alimentaria y nutrición, que regula el derecho a una dieta segura y de calidad.

Por lo general, cada una de las Comunidades Autónomas establecen sus regulaciones específicas, a menudo basadas en la Ley 17/2011, sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición. Cada comunidad autónoma desarrolla además sus propias normativas, adaptadas a sus características y necesidades específicas, por lo general incluyendo recomendaciones para los centros residenciales.

El objetivo actual es **aprobar un nuevo Real Decreto** que garantice que **todas las comidas servidas en centros que atienden a personas con dependencia o con necesidades especiales, tengan las siguientes características:**

- **Basadas en recomendaciones dietéticas** de alimentación saludable y sostenible para todos los grupos de edad.
- **Se adapten a los contextos específicos** de cada centro y población atendida.
- **Sigan las directrices de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)** y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El **sector público**, responsable de una gran oferta de alimentos y bebidas, debe asegurar que este gasto público cumpla los estándares más altos posibles, aplicando **criterios nutricionales** que fomenten una alimentación saludable y sostenible.

La futura normativa se enmarca dentro de las previsiones recogidas en la Ley 17/2011, de seguridad alimentaria y nutrición, y establecerá criterios mínimos de calidad nutricional y sostenibilidad que deberán cumplirse en la contratación y prestación de servicios de alimentación en hospitales y centros residenciales, asegurando la correcta alimentación de los y las residentes de centros y servicios dirigidos a personas dependientes y/o con necesidades especiales.

Esta iniciativa **responde al llamamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**, que en 2021 instó a los gobiernos a que sus **políticas públicas promuevan una alimentación saludable** en los establecimientos públicos. El principal **Objetivo de la OMS** es: *Reducir la prevalencia de enfermedades evitables relacionadas con la dieta.*



Puntos clave para profesionales:

- Las **enfermedades no transmisibles** fueron la **principal causa de muerte** de al menos **43 millones de personas** en 2021 en todo el mundo, lo que equivale al **75% de las defunciones** (sin contar las relacionadas con la pandemia).
- En **España**, el **54% de la población** sufre alguna **enfermedad crónica**, principalmente **hipertensión y colesterol elevado** (Encuesta Europea de Salud).

Ejemplo práctico para residencias:

Diseñar **planes alimenticios** que reduzcan el **consumo de sal, azúcares y grasas saturadas**, contribuyendo a la prevención de hipertensión y dislipemias entre las personas residentes. Incorporar en los pliegos de contratación de servicios de alimentación criterios **basados en las guías AESAN y OMS**, incluyendo menús variados, sostenibles y culturalmente adaptados.



4. La Atención Integral Centrada en la Persona en los centros residenciales de larga duración (AICP)

La Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), es aquella que se dirige a conseguir mejorar todos los ámbitos que se relacionan con la calidad de vida y el bienestar de las personas, desde un enfoque de respeto hacia su dignidad y sus derechos y con la defensa de sus intereses individuales, preferencias, participación activa y efectiva.

AICP es aquella atención que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. En este modelo se integran y complementan tanto los servicios y programas de intervención y atención como las características del ambiente (diseño arquitectónico, ubicación en el medio, utilización de productos de apoyo, TIC, etc)- tal y como se define en el propio Modelo de Fundación Pilares.

La dignidad, atributo intrínseco de la persona en cualquiera de sus etapas y circunstancias vitales, es el eje sobre el que se erige el modelo AICP. Preservarla en su integridad resulta obligado debiendo extremarse el celo en los aspectos más sensibles para lograr un trato digno: respeto absoluto por la intimidad, las creencias, la identidad e imagen, la orientación sexual, etc.

El respeto por la dignidad personal parte de la aceptación de que todas las personas somos igualmente valiosas y, por tanto, merecedoras de buen trato. Y por ello los principios de la ética deben presidir e impregnar tanto la práctica profesional como la de los agentes que diseñan y planifican acciones en este ámbito.

Partiendo de esta premisa, el modelo AICP se fundamenta en una serie de principios, y en unos criterios metodológicos que hacen posible su cumplimiento. Éstos y aquéllos se reclaman recíprocamente: los criterios constituyen una herramienta esencial para el desarrollo de una correcta praxis profesional, y al mismo tiempo, estos criterios deben estar supeditados al cumplimiento de los principios básicos del modelo.

La **atención integral centrada en la persona (AICP)** va más allá del ámbito sociosanitario, requiriendo la **intervención de múltiples sectores**, como:

- Educación.
- Cultura y ocio.
- Urbanismo y vivienda.
- Transporte.
- Empleo y seguridad social

4.1 Conexión entre apoyo y autonomía

En el modelo AICP, el objetivo no es solo ofrecer apoyo, sino promover la autonomía personal y la vida independiente. Para ello, resulta clave lo que se denomina "atención interseccional":

- Trabajo intersectorial.
- Ejecución transversal e integral.
- Desarrollo de redes de servicios de proximidad que fortalezcan la independencia de las personas.

Los **planes y programas** deben incluir, además de los objetivos dirigidos a la persona y su entorno más cercano, **metas específicas para implicar a la comunidad**, favoreciendo la **participación y la inclusión social**.

El **avance en los derechos y la preservación de la dignidad** como ejes de las políticas de atención obligan a un **cambio profundo en el modelo de intervención**, colocando a la persona en el centro de todas las decisiones y acciones.



4.2 Dimensiones del modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP)

a. La integralidad: una visión global de la persona

Aquí hay dos conceptos diferentes en cuanto a cómo debe ser la atención sociosanitaria, uno es que debe ser **integral** y el otro que debería ser **integrada** (esta es aún una asignatura pendiente, algunos intentos fueron "El Acuerdo Marco para la coordinación sociosanitaria, firmado el 14 de diciembre de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Asuntos Sociales, y El Libro Blanco de Atención a la Dependencia en España, publicado en diciembre de 2004 (IMSERSO 2004) planteaba la coordinación entre los sectores sociales y sanitarios como un reto "imprescindible" y define la coordinación sociosanitaria como "el conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia".

Sobre la atención **integral**

La Atención Integral según la OMS es aquella que se logra cuando planificamos los servicios y programas dirigidos a personas con necesidades de apoyo, de manera holística, contemplando todos los ámbitos y las necesidades de los seres humanos (biomédicos, psicológicos, sociales, etc), que es lo que explicas aquí.

La Atención Integral implica que toda planificación o intervención debe contemplar **todos los ámbitos y elementos que nos constituyen como personas**:

- **Aspectos biomédicos:** relacionados con el cuerpo y la salud.
- **Aspectos psicológicos y sociales:** nuestro funcionamiento emocional, relacional y social, la cultura e identidad social.
- **Entorno medioambiental:** la vivienda, el centro donde se vive o acude, el barrio, los espacios de interacción, ocio y participación, y el contacto con la naturaleza.

En situaciones de **discapacidad, fragilidad o dependencia**, las intervenciones no pueden limitarse a la recuperación de la salud o la capacidad funcional.

Deben tenerse en cuenta:

- La **vida afectiva** y las **relaciones sociales**.
- La **participación comunitaria** y las necesidades educativas o laborales.
- El **desarrollo de aficiones** y el confort en el hogar (ya sea vivienda propia o residencia).

Todos estos elementos contribuyen al **bienestar y calidad de vida**, por lo que deben integrarse en la planificación y la práctica profesional.



Puntos clave

Puntos clave para profesionales:

- Considerar todas las dimensiones de la persona: **biomédica, psicológica, social y ambiental**.
- Valorar también: **vida afectiva, relaciones sociales, participación comunitaria y desarrollo personal**.

Ejemplo práctico en residencias:

Incorporar en el plan de cuidados **actividades significativas** sobre hábitos, aficiones y redes sociales, (música, lectura, voluntariado) además del tratamiento médico.

Sobre la atención **integrada**

Nos referimos como **integralidad**, cuando contamos con una planificación y gestión que abarque y coordine la diversidad de servicios e intervenciones que se precisen desde los diferentes sectores, recursos y niveles de atención. Exige además una evaluación continua y una constante adaptación del proceso y los recursos en cada una de las etapas de la vida de la persona. La atención integrada hace referencia a la coordinación entre los sistemas sanitarios y sociales, desarrollado a continuación.

Coordinación de servicios: una asignatura pendiente

La integralidad exige **intervenciones globales e integradas**, con avances reales en la **coordinación sociosanitaria** que garanticen una atención conjunta y continuada, independientemente del lugar de residencia.

Además, requiere:

- Coordinación entre los **diferentes niveles de los servicios sociales** (primaria y especializada).
- Colaboración con otros sectores: **vivienda, cultura, educación, empleo, participación social**.
- Superar **estereotipos y actitudes discriminatorias** hacia las personas mayores o con discapacidad.

Claves:

- Integrar atención sanitaria y social.
- Coordinar servicios **primarios y especializados**.
- Colaborar con otros sectores: **vivienda, cultura, empleo, educación**.
- Superar estereotipos y actitudes discriminatorias.

Ejemplo práctico en residencias:

Programar reuniones periódicas entre el equipo del centro y servicios sociales/centros de salud para un seguimiento conjunto.



Diseño ambiental y tecnología al servicio del modelo AICP

En esta dimensión, también son esenciales:

- El **diseño arquitectónico y urbanístico adaptado**.
- Los **productos de apoyo** y avances en **domótica**.
- La **teleasistencia avanzada** y el uso de las **TIC**, que deben ser coherentes con los principios del modelo.

Claves:

- Diseño de espacios accesibles y adaptados.
- Productos de apoyo (sillas adaptadas, ayudas técnicas).
- Domótica, teleasistencia avanzada y TIC al servicio de la autonomía.

Ejemplo práctico en residencias:

Incorporar **sensores de movimiento** para prevenir caídas y sistemas de aviso rápido para emergencias.

b. La atención integral centrada en la persona: dignidad y autonomía

La atención integral centrada en la persona sitúa a la persona como eje de todo el sistema organizativo (centros, programas y servicios). Implica:

- Reconocer y respetar la **dignidad** y los **derechos** de cada individuo.
- Escuchar y considerar sus **opiniones** y **preferencias** en la planificación y ejecución de las intervenciones. No solo planificar **con** la persona sino **desde** la persona.
- Favorecer la **reducción de la fragilidad, discapacidad o dependencia**, ofreciendo los apoyos necesarios para el desarrollo de su **autonomía personal** y su **proyecto de vida**.
- Intervenciones personalizadas.

Desde este modelo es imprescindible:

- Conocer e integrar la **biografía** de cada persona: sus hábitos, gustos y deseos.
- Identificar **capacidades personales**, incluso en casos de deterioro grave.
- Aplicar **técnicas y apoyos basados en evidencia científica**.
- Desarrollar **planes individualizados** que promuevan la independencia y el control sobre las actividades de la vida cotidiana, potenciando la autodeterminación.

Claves:

- **Dignidad y derechos** como ejes de intervención.
- Escuchar y respetar preferencias de cada persona.
- Diseñar planes para **fomentar la autonomía y el proyecto de vida**.

Ejemplo práctico en residencias:

Entrevistas **biográficas** al ingreso para adaptar la rutina del centro a los hábitos de la persona (horarios, comidas, actividades). Generar ajustes en los horarios de comidas y actividades según las **preferencias biográficas** de la persona.



Síntesis del modelo

El modelo AICP concibe las **condiciones ambientales, la tecnología, los servicios y las intervenciones profesionales** como apoyos para:

- Mejorar la calidad de vida y el bienestar.
- Favorecer la continuidad de los proyectos vitales.
- Garantizar que las personas atendidas mantengan el control sobre sus propias vidas.

La misión de los profesionales es atender, proteger, acompañar, enseñar, intervenir y ofrecer cuidados, aplicando siempre la evidencia científica, pero con el fin último de que las personas vivan bien, con autonomía y dignidad.

Claves:

- Conocer la biografía de la persona.
- Identificar capacidades incluso en deterioros graves.
- Aplicar intervenciones basadas en evidencia.

Ejemplo práctico en residencias:

Elaborar planes individualizados que incluyan actividades adaptadas a capacidades y gustos (p. ej., rehabilitación con música favorita).



Principios rectores y criterios metodológicos

La **dignidad** es el eje del modelo. Preservarla implica:

- **Respeto absoluto** a la intimidad, las creencias, la identidad, la imagen y la orientación sexual.
- **Buen trato**, partiendo de que todas las personas son igualmente valiosas.
- Que los **principios éticos impregnén la práctica profesional** y el diseño de programas y servicios.

El modelo AICP se sustenta en **principios y criterios metodológicos** que se reclaman mutuamente:

- Definir **criterios** es una herramienta para una praxis profesional correcta.
- Estos criterios deben **subordinarse al cumplimiento de los principios básicos** del modelo AICP.

Claves:

- **Dignidad y buen trato** como principios básicos.
- **Respeto a la intimidad, identidad, creencias y orientación sexual**.
- **Ética profesional** presente en todas las decisiones.

Ejemplo práctico en residencias:

Garantizar **espacios privados** para visitas íntimas y respetar las decisiones personales sobre su cuidado.



6

5. Aspectos a tener en cuenta en la relación con las comidas – AICP

5.1 Aspectos determinantes en una buena nutrición y Estado de Salud

a. Aspectos sociales

Las comidas son un eje central de la vida social y emocional. Más allá de cubrir una necesidad fisiológica, constituyen un espacio de encuentro y participación. El hecho de comer acompañado favorece el apetito, incrementa la variedad de la ingesta y mejora la adherencia a la dieta, mientras que la soledad y el aislamiento se asocian a una peor nutrición y un mayor riesgo de malnutrición.

En los centros residenciales es recomendable organizar los comedores en ambientes pequeños, acogedores y agradables, que permitan mantener un clima hogareño. Es igualmente importante ofrecer horarios flexibles y propiciar que este momento del día se convierta en un espacio para la conversación y el disfrute. El acompañamiento y apoyo tanto del equipo profesional como de las familias reduce el rechazo alimentario y mejora notablemente la experiencia de comer.



b. Aspectos culturales

La alimentación también es una expresión de identidad y de pertenencia cultural. Los sabores, las recetas y las costumbres forman parte de la biografía personal, y respetarlos favorece la aceptación y el placer en las comidas. Adaptar los menús a festividades, creencias religiosas o preferencias éticas (como el vegetarianismo) incrementa la adherencia y la satisfacción.

Conocer la biografía alimentaria de cada persona es clave para individualizar los menús y ajustar las técnicas culinarias sin poner en riesgo la adecuación nutricional. De esta manera, se logra que la persona se sienta reconocida en sus hábitos y tradiciones.

Profesional culturalmente competente

Los centros atienden a personas procedentes de entornos diversos. Para dar respuesta adecuada a esta pluralidad, es necesario que los equipos dispongan de competencia cultural. Esto significa practicar una escucha activa, mostrar flexibilidad en menús y mensajes, y actuar sin juicios de valor. La competencia cultural también implica ofrecer alternativas equivalentes cuando sea necesario y adaptar las pautas de comunicación a cada contexto.

Este enfoque favorece la participación de las personas en la toma de decisiones sobre su alimentación, aumenta su satisfacción y hace más efectivas las intervenciones nutricionales.

c. Aspectos económicos

Garantizar una buena nutrición también requiere de una adecuada organización económica. Planificar de forma eficiente las compras, el almacenamiento y la producción permite equilibrar calidad, coste y preferencias individuales. Estrategias como ajustar gramajes a las necesidades reales, estandarizar preparaciones y reducir mermas contribuyen a optimizar el presupuesto disponible, sin sacrificar la variedad ni la densidad nutricional de los menús.

Coste de la malnutrición

La malnutrición es un problema mucho más frecuente en personas mayores en cuidados de larga duración que en la población general. Sus consecuencias son graves: mayor morbilidad, estancias hospitalarias más largas y un uso intensivo de recursos. Además, incrementa las complicaciones y los reingresos, con el consiguiente aumento de costes directos e indirectos. Prevenir la malnutrición significa, por tanto, mejorar la salud y reducir gastos al mismo tiempo.

El cuidado nutricional como inversión

El cribado, la valoración y la elaboración de planes de cuidado nutricional reducen el riesgo de malnutrición y mejoran los resultados clínicos y funcionales. Invertir en formación de equipos, protocolos claros y sistemas de monitorización supone un retorno positivo tanto en el plano sanitario como en el económico, ya que se previenen complicaciones y se favorece la calidad de vida.



Evitar el desperdicio de alimentos

El desperdicio alimentario se puede prevenir mediante diferentes medidas: ajustar las raciones al apetito real de la persona, diseñar menús participados que tengan en cuenta sus preferencias, cuidar la presentación de los platos y ser flexibles con las texturas y los tiempos de las comidas. También resulta útil registrar los consumos para retroalimentar la planificación y ajustar los menús en el futuro.

5.2 Antes de comer

El placer constituye un elemento esencial para alcanzar una buena alimentación. Al comer, nuestro organismo genera una respuesta fisiológica que nos produce bienestar y cuyo objetivo final es impulsarnos a buscar alimentos y consumirlos para garantizar la supervivencia. Por ello, no es posible hablar de alimentación saludable sin considerar el componente del placer.

Además, el espacio en el que se realizan las comidas debe transmitir comodidad y familiaridad, asemejándose a un comedor casero que genere una sensación agradable. Es importante que sea amplio, luminoso y acogedor, cuidando los detalles que contribuyen al bienestar durante el momento de la comida.

La mantelería y las servilletas deberían ser de tela, y la cubertería ha de ser adecuada y funcional, con cuchillos que realmente cumplan su función para favorecer la autonomía de las personas. Cuando sea necesario, pueden utilizarse cubiertos ergonómicos, siempre evitando que el diseño infantilice a las personas residentes. Las sillas deben ajustarse correctamente a la altura de la mesa e incorporar respaldo y reposabrazos para facilitar la movilidad, la autonomía y una correcta postura durante la comida.

La iluminación también influye en la experiencia: se recomienda una luz cálida, que aporte sensación de hogar, evitando las luces "frías" asociadas a entornos impersonales como oficinas o cocinas.

En cuanto al sonido ambiental, conviene minimizar ruidos desagradables, como los procedentes de las carretillas de cocina o el choque de cubiertos. Puede ser útil incluir música ambiental, siempre a un volumen que no dificulte la conversación. Si existe hilo musical, debe tenerse en cuenta los gustos musicales de las personas residentes, reforzando así el componente personalizado de la experiencia.

Por último, es recomendable evitar grandes salas abiertas que resulten impersonales. Para lograr un ambiente más acogedor, puede optarse por crear pequeños espacios dentro del comedor mediante la colocación de mobiliario o separadores(biombos o mamparas), favoreciendo así entornos más íntimos y agradables.

a. Respetar tiempos y necesidades

Es fundamental **respetar el "cuándo"**. Para ello, se recomienda establecer **franjas horarias amplias** de acceso al comedor en lugar de imponer una hora concreta, de modo que se **adapte la comida a la sensación de hambre de cada persona**, que puede variar según múltiples factores. Además, se debe **facilitar el acceso a las comidas y a los alimentos** incluso fuera del horario habitual o facilitando ciertas comidas en sus propias habitaciones, buscando **opciones que eviten la pérdida de una comida** por cuestiones de tiempo, espacio o preferencias personales.

b. Respetar las afinidades personales y la elección de los espacios

Las comidas son un momento idóneo para **socializar y fortalecer vínculos**. Por ello, es importante **respetar que el lugar para sentarse pueda variar** según las preferencias de las personas residentes. Hay quienes prefieren no sentarse siempre con las mismas personas o establecer **nuevos vínculos** y compartir la mesa con otras personas. Estos espacios deben favorecer la interacción y la libertad de elección. Es posible que haya personas que prefieran realizar ciertas comidas en sus habitaciones, de forma que mantengan cierta tranquilidad al mantener sus rutinas y costumbres.

c. Higiene y confort

Para que la experiencia en el comedor sea cómoda, es necesario **acompañar a las personas al baño antes de las comidas**, evitando prisas o incomodidades durante la ingesta. Asimismo, se debe **potenciar el lavado de manos previo** y asegurarse de que las **dentaduras postizas estén bien colocadas**, especialmente en el caso de personas con alteraciones cognitivas, garantizando así seguridad, higiene y confort.

5.3 Durante las comidas

Es esencial que se constituyan el **Plan de Atención y Vida** y que este incluya, en el apartado de preferencias e historia de vida, información sobre los **hábitos alimenticios y el vínculo personal con la comida**, considerando el pasado, presente y expectativas futuras de cada persona. Estos datos permiten personalizar la experiencia alimentaria, conectándola con su biografía y cultura. El Plan de Atención y Vida, es un enfoque metodológico centrado en la persona que busca organizar y personalizar los cuidados y apoyos para personas mayores, más allá de las necesidades asistenciales básicas. Su objetivo es potenciar la autodeterminación del individuo, respetar su proyecto de vida, y mejorar su bienestar y calidad de vida, involucrando activamente a la persona, su familia y al equipo profesional en un proceso continuo de evaluación y adaptación.

Las comidas no son solo un acto nutricional, sino un **momento idóneo para la escucha activa y la observación precisa**. En este espacio pueden detectarse cambios en el **estado general de la persona residente**, no solo relacionados con su alimentación, sino también **alteraciones funcionales, cognitivas o conductuales**, permitiendo una intervención temprana ante cualquier necesidad.

a. El servicio: más allá de la comida

En el momento de servir las mesas, tanto en el comedor como durante otras actividades que no requieren una vestimenta específica (por ejemplo, la ayuda en la higiene personal), el personal debería utilizar ropa que evite la imagen hospitalaria, contribuyendo a un entorno más hogareño y cercano.

Asimismo, es recomendable evitar el uso de guantes al servir los platos o ayudar a comer, favoreciendo la cercanía y naturalidad en el trato. Finalmente, se debe promover la participación activa de las personas residentes en tareas relacionadas con las comidas, como el autoservicio o la colaboración en la preparación del comedor, fortaleciendo su autonomía y sentido de pertenencia.

Es recomendable que los **utensilios de uso diario** estén fabricados con materiales que **minimicen el ruido**, creando así un ambiente más agradable. El **tono de voz del personal** debe ser siempre adecuado, evitando conversaciones entre profesionales que **excluyan a los comensales** y procurando que el diálogo sea apropiado al momento.

También es necesario **disponer de sillas adecuadas** para que las personas profesionales que ayudan durante las comidas se encuentren **a la misma altura que quien está acompañando**, ya sea en la mesa o en la cama, lo que facilita la interacción y la comodidad de ambas partes. Además, la diferencia en la altura fuerza la apertura de las vías respiratorias y aumenta el riesgo de atragantamientos.



b. Respetar la participación en las decisiones alimentarias

Las personas que viven en centros residenciales deben poder **participar en la planificación y, si es posible, en la elaboración de los menús**, recordando que el centro es, en muchos sentidos, **su hogar**. Es conveniente **ofrecer opciones para elegir los platos** que prefieren y **respetar sus costumbres alimentarias**, como, por ejemplo:

- Comer plato único.
- Platos de cuchara.
- Platos con ingredientes separados.
- Diferenciar comidas cotidianas y de días festivos.
- Las dietas licuadas, se recomienda emplatarse por separado, en lugar de triturar juntos el primer y segundo plato.

c. Respetar la flexibilidad con los tiempos

Es importante **respetar las decisiones sobre la cantidad de comida**, entendiendo que puede haber días en que una persona no tenga hambre o tenga mucha más. Incluso si rechaza el plato en su totalidad, debe respetarse esta decisión. Si estas situaciones son frecuentes, será necesario registrarlas y valorar alternativas.

d. Respetar hábitos y costumbres individuales

La comida debe desarrollarse de la manera **más natural y acorde a las costumbres de cada persona**. Esto incluye respetar:

- El orden de los alimentos (por ejemplo, comer fruta primero o separar los componentes de un plato como el cocido).
- El acompañamiento (con pan o sin pan).
- La manera de mezclar o separar los ingredientes.

Además, es fundamental **adaptarse a la duración que cada persona necesite** para comer: masticar más o menos, hablar, descansar a mitad de comida, beber o tomarse pausas. Se deben respetar especialmente los **tiempos de deglución**, favoreciendo que el momento de la comida sea seguro y placentero.

e. Favorecer la autonomía

La **autonomía en la alimentación** debe respetarse, incluso si el gesto de llevarse la comida a la boca no es tan efectivo como cuando recibe ayuda. Si es necesario, se recomienda el **uso de cubiertos adaptados o específicos** que permitan mantener esa independencia, siempre siguiendo las indicaciones recogidas en el **plan funcional o Plan de Vida** de cada persona.

f. Si sucedieran accidentes

En todo momento es fundamental **respetar la intimidad de las personas** que viven en centros residenciales. Aunque comparten un espacio común que funciona como su hogar, debe **protegerse su intimidad personal**, ser cuidadosos con la información y **evitar exponer asuntos privados** delante de otras personas.

Si durante la comida surge la **necesidad de ir al baño**, debe **priorizarse el acompañamiento**, siempre que sea requerido, asegurando que la persona pueda hacerlo con tranquilidad y dignidad.

En caso de **indisposición** por cualquier causa, se puede valorar la conveniencia de acompañarla a **otra estancia o a su habitación**, actuando siempre con **discreción y ofreciendo la ayuda necesaria**, evitando generar incomodidad o exposición innecesaria.

5.4 Despues de comer

Las personas que viven en centros residenciales deben disponer del **tiempo suficiente para hacer la sobremesa**, conversar y descansar después de las comidas. Este momento no solo contribuye al bienestar emocional, sino que también fortalece los vínculos sociales.

Las **mesas** deben limpiarse únicamente cuando **todas o la mayoría de las personas** hayan finalizado, evitando apresurar el cierre del comedor. Además, puede ser **muy beneficioso facilitar la participación de las personas residentes** en tareas como ayudar a limpiar las mesas, convirtiéndolas en una **actividad significativa** que refuerza su sentido de autonomía y pertenencia.

a. Higiene y confort tras las comidas

Es importante **acompañar al baño a quienes lo necesiten**, dando prioridad a este acompañamiento en las personas con **deterioro cognitivo**. También debe ofrecerse **ayuda en la higiene de cara, manos, dientes y ropa** a quienes lo requieran, asegurando que se sientan cómodos después de comer.

El **cuidado de la salud bucal** es especialmente relevante: mantener la boca limpia, húmeda y confortable durante todo el día es esencial, sobre todo en personas que se encuentran en **situación de cuidados paliativos o al final de vida**.

b. Respetar las costumbres

El comedor y sus rutinas deben reflejar la **vida cotidiana y las costumbres de cada persona**. Detalles como tomar un café, una infusión, unas galletas o chocolatinas, elegir un almuerzo dulce o salado, o **levantar las piernas en una butaca mientras se hace la digestión** contribuyen a mantener su identidad y favorecer el bienestar emocional.

Registros y recogida de datos

Para **valorar objetivamente la ingesta y el ambiente** durante las comidas, es recomendable **rellenar un registro detallado**, incluyendo también el **control de la ingesta de líquidos**. Estos datos son esenciales para ajustar los planes de alimentación y el apoyo diario a cada persona.



¿Cómo puede
comer seguir
siendo un placer?

06



6. ¿Cómo puede comer seguir siendo un placer?

6.1 Necesidades nutricionales en el adulto mayor

Nutrientes	Cantidades recomendadas (diarias)
Energía - calorías	1.875 kilocalorías (kcal)/día (mujeres) 2.400 kcal/día (hombres) Recomendación general: 30-35 kcal/kg/día
Proteínas	0,9-1,5 g/kg (15-20% AET* - Aporte energético total*) 25-35 kcal/kg/día Recomendación general: 55-90 g/día por persona Sobrepeso: 0,8 -1,5 g de proteína/kg/día
Hidratos de carbono	45-60% AET; < 10% de azúcares añadidos
Lípidos - grasas	20-35% AET: < 7-8% AGS (Ácidos Grasos Saturados); 5% AGPI (Ácidos grasos poliinsaturados) AG (ácidos grasos) trans < 3 g/día; w-3:250 mg/día
Fibra	20-35 g/día
Agua - líquidos	1-1,5 ml/kcal ingerida (1-1,5 l líquido) o 30 ml/kg peso

Energía

Las necesidades energéticas pueden calcularse utilizando ecuaciones o programas específicos de cálculo nutricional. No obstante, existe un método práctico que consiste en considerar un aporte aproximado de 30-35 kcal por kilogramo de peso corporal al día.

En el caso de colectividades, pueden tomarse como referencia las recomendaciones de energía para la población española elaboradas por el Departamento de Nutrición de la Universidad Complutense de Madrid del 2019, que proponen un consumo diario de 2.400 kcal para hombres mayores de 60 años y 1.875 kcal para mujeres mayores de 60 años. Estas cifras representan una propuesta general que, en cualquier caso, debe adaptarse a las diferentes tipologías y situaciones de las personas atendidas, siempre bajo criterio profesional.

El control periódico del peso constituye un excelente indicador para evaluar si el consumo energético resulta suficiente.

Proteínas

Si bien no hay un consenso entre profesionales, la evidencia científica sugiere que es necesaria una ingesta mayor para evitar la desnutrición y el desarrollo de sarcopenia. La sarcopenia está principalmente caracterizada por una pérdida progresiva de masa muscular, disminución de fuerza y funcionalidad o rendimiento físico.

Por lo general, para reducir la progresión de fragilidad, sarcopenia y riesgo de fractura, se recomienda una ingesta de 1,3-1,5 g de proteína/kg/día. Un rango de 55-90 g de proteína al día puede cubrir los requisitos de la mayor parte de los residentes. La inclusión de 25-30 g de proteína en cada comida principal maximiza la síntesis de proteína muscular.

Las proteínas animales (pescado, huevos, lácteos y carne) son de alta calidad por su contenido en aminoácidos esenciales y su fácil digestión, especialmente las de bajo contenido graso. Las proteínas vegetales (legumbres, frutos secos, semillas y cereales integrales) pueden alcanzar una calidad similar combinando diferentes fuentes a lo largo del día, como ocurre con garbanzos, judías blancas o soja.

Sustituir parcialmente proteínas animales por vegetales se asocia con menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, fragilidad, deterioro cognitivo y mortalidad prematura.

Hidratos de carbono

Los hidratos de carbono deben aportar entre el 45% y el 60 % de la energía diaria, priorizando los complejos y de bajo índice glucémico (legumbres, pasta, arroz, patatas, pan, verduras). Los azúcares libres no deberían superar el 10 % del aporte energético, y la OMS recomienda reducirlos incluso por debajo del 5 %. Azúcares simples como azúcar, miel, mermeladas, zumos o refrescos deben consumirse con moderación.

Los Hidratos de Carbono, sirven principalmente como fuente de energía para el cerebro y los músculos, además de evitar la pérdida de masa muscular, promover la salud intestinal gracias a la fibra, y contribuir a la regulación de los niveles de azúcar y el buen funcionamiento general del organismo.



Lípidos - grasas

Suelen darse las mismas recomendaciones que para la población adulta más joven. Las grasas deben aportar entre el 20 y el 35 % de la energía diaria, siendo adecuado el porcentaje más alto cuando se consume aceite de oliva de forma habitual. Este es la grasa de elección tanto para aliñar como para cocinar, recomendándose su consumo en todas las comidas principales, ajustando la cantidad según las necesidades calóricas de cada persona.

La inclusión de pescado azul y frutos secos (nueces, avellanas, almendras) en los menús mejora el perfil lipídico y ayuda a cumplir las recomendaciones.

Fibra

Por lo general, en personas mayores se recomienda consumir entre 21 y 30 gramos al día, dependiendo de su sexo, siendo las mujeres 21gr y 30g los hombres. Es de gran importancia introducir fibra de manera gradual en la dieta, para que el sistema digestivo se acostumbre, aumentando a su vez la ingesta de líquidos para facilitar la digestión.

Agua - líquidos

Tal y como se ha indicado anteriormente en esta Guía, para poder valorar objetivamente la ingesta y el espacio de las comidas, se aconseja llenar un registro detallado de la ingesta de líquidos. Es importante dar prioridad a la ingesta de líquidos diaria.

Vitaminas y Minerales

Garantizar un aporte adecuado de vitaminas y minerales no solo previene enfermedades, sino que mejora la calidad de vida y ayuda a mantener la autonomía en las personas mayores.

Con el envejecimiento, el organismo cambia sus necesidades nutricionales y disminuye la eficiencia en la absorción de algunos nutrientes. En este contexto, las vitaminas juegan un papel esencial para preservar la salud física y mental, prevenir enfermedades y favorecer la independencia.

La suplementación no debe sustituir nunca una dieta equilibrada, variada y rica en alimentos. Su función principal es complementar la ingesta de nutrientes cuando la dieta es insuficiente, no reemplazar los alimentos ni el tratamiento de enfermedades, y siempre debe hacerse bajo la supervisión y recomendación de un profesional de la salud para evitar riesgos y efectos perjudiciales, considerando siempre el contexto particular de cada persona.

Dentro de esta categoría, es importante considerar algunos de ellos de manera esencial:



- **Calcio:** La ingesta recomendada de calcio para personas mayores de 70 años es de 1.000 mg/día, aunque alcanzar cantidades superiores solo con la dieta resulta complicado. A esta baja ingesta frecuente se suman déficits de proteínas y vitamina D, que, junto con un bajo nivel de actividad física, dificultan el mantenimiento musculoesquelético. Para mejorar el metabolismo del calcio y preservar la masa ósea, se recomienda:

1. Cumplir con la ingesta estándar de calcio.
2. Asegurar un aporte adecuado de vitamina D. Esta vitamina es fundamental para la salud ósea y el sistema inmunológico. Con la edad, la capacidad de la piel para sintetizar vitamina D mediante la exposición al sol disminuye. Una deficiencia puede aumentar el riesgo de osteoporosis y fracturas. Fuentes naturales incluyen pescados grasos (como salmón y caballa), huevos y alimentos fortificados como la leche.
3. Evitar alimentos que dificulten la absorción del calcio, como algunos vegetales con oxalatos (por ejemplo, espinacas), ciertos cereales integrales con fitatos o las bebidas con cafeína (como café o refrescos).
4. Mantener ejercicio físico adaptado a las posibilidades individuales.

- **Zinc:** El zinc es un mineral clave en el envejecimiento por sus múltiples beneficios: favorece la síntesis de proteínas, ayuda a la cicatrización de las heridas, mejora la percepción del gusto, previene la pérdida de apetito y tiene efectos positivos sobre el sistema inmunitario y antioxidantes.

La ingesta recomendada para personas mayores de 70 años es de 10 mg al día en hombres y 7 mg al día en mujeres. En situaciones de enfermedad aguda o durante una hospitalización, puede ser necesario aumentar estas cantidades, sin superar los 30 mg al día para no alterar el equilibrio entre zinc y cobre.

- **Vitamina C:** La vitamina C es esencial para las personas mayores, con una recomendación de 70 mg al día para ambos sexos. Sus niveles pueden verse afectados por el tabaquismo y el estrés fisiológico. Además de su importante función antioxidante, la vitamina C favorece la absorción del hierro y participa en la producción de colágeno, fundamental para la piel, las encías y los tejidos.

Es una vitamina muy sensible: la luz, el calor, la humedad, el aire, los cambios de pH y algunos metales pueden reducir su contenido en los alimentos. Por este motivo, se recomienda incluir fruta u hortalizas crudas a diario en la dieta.

- **Vitamina B12:** Las deficiencias por baja ingesta de esta vitamina son poco frecuentes, pero a partir de los 50 años puede disminuir su absorción debido a cambios en la producción de jugos gástricos y otros factores o medicamentos.

Además, algunos medicamentos pueden interferir en su absorción, como la colestiramina, el clofibrato, la neomicina, la colchicina, la cimetidina y, en general, los inhibidores de la secreción gástrica. Las recomendaciones actuales son de 100 y 400 mcg/día al día para adultos, independientemente del sexo o la edad.

Sus principales fuentes alimentarias son los productos de origen animal: carnes, pescados y lácteos. Las cantidades presentes varían según la parte del animal y, en el caso de los lácteos, de los procesos de elaboración del producto.

a. Alimentación con las 5S

La alimentación tiene un valor fundamental en nuestra sociedad y, especialmente, en nuestra cultura. La Dieta Mediterránea, reconocida internacionalmente, con sus múltiples beneficios para la salud, es un ejemplo claro de ello. Además, en nuestra forma de vivir, los acontecimientos importantes suelen celebrarse alrededor de una mesa, convirtiendo la comida en un elemento central de las relaciones sociales.

Por estos motivos, hoy en día hablamos de la alimentación de las 5S:

- **Saludable:** una correcta alimentación, mantendrá un estado de salud óptimo, evitando la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, sistema inmunitario deficitario etc.
- **Sostenible:** sabemos que cualquier actividad que realicemos, puede tener de manera directa o indirecta una huella que tendrá consecuencias en el medio ambiente. Sabemos también que la alimentación tiene un impacto directo y es importante contribuir, en la medida de lo posible, a que este sea lo menos negativo posible. En ese sentido, la alimentación sostenible se refiere a una producción adecuada, un respeto a la diversidad y a los ecosistemas, que sea culturalmente aceptable y económicamente justa y asequible.
- **Segura:** Elegir los alimentos más adecuados es el primer paso para elaborar una dieta saludable, pero también debemos asegurarnos de que sean seguros. Esto implica prestar atención a cómo manipulamos los alimentos, desde el momento de la compra hasta que llegan al plato:
 - Los envases en los que los guardamos.
 - El lugar y la temperatura de almacenamiento.
 - Cómo los lavamos y cocinamos.

Cada una de estas acciones influye en la seguridad de lo que comemos. Dedicar el tiempo y cuidado necesarios a estas tareas ayuda a evitar contaminaciones que podrían perjudicar nuestra salud o provocar enfermedades.

- **Satisfactoria:** cuando disfrutamos de algo y nos produce placer, es mucho más sencillo continuar llevándolo a cabo a largo plazo en el tiempo. Debemos tener en cuenta el planificar dietas o comidas, que se pueda presentar de manera más atractiva, sobre todo con aquellos alimentos que no generen gran deleite, o para personas que deban alimentarse de una manera concreta por necesidades específicas o patologías.
- **Social:** la comida tiene un factor social y cultural muy importante, la realidad es que solemos reunirnos en torno a la comida, momento que aprovechamos para compartir experiencias y debatir sobre diferentes temáticas, relacionándose de manera directa con nuestro bienestar no solo físico, pero emocional. Se debe tener en cuenta este aspecto en relación a las personas mayores.

Estos cinco principios nos ayudan a comprender mejor el amplio contexto que rodea la alimentación y el objetivo que debe perseguir: promover el bienestar, respetar el entorno y mantener el valor cultural y social de la comida.

b. Recomendaciones Nutricionales

La etapa de la vejez comienza a partir de los 65/70 años y a partir de este momento son muchos los cambios que ocurren, como, por ejemplo:

- Disminución del metabolismo basal.
- Por lo general, disminuye el nivel de actividad física.
- Hay una perdida parcial de capacidades sensoriales.
- Deterioro de la dentadura.
- Disminuyen las secreciones digestivas y los procesos motores.
- Comienza la aparición de osteoporosis.
- Disminuye el riego sanguíneo.
- Se produce un desequilibrio metabólico.
- Por lo general, hay menos requerimientos nutricionales.

Enfermedades carenciales:

- Ingestas hipocalóricas.
- Absorción de algunos nutrientes.
- Consumo de medicamentos (disminución de absorción de B12...).
- Diminución de la absorción de Calcio y Hierro.
- Difícil detección de estas enfermedades carenciales por enmascararse con otras patologías.

Algunas recomendaciones generales:

- Realizar actividad física, en especial importancia el entrenamiento de la fuerza.
- Prevenir sobrepeso y obesidad.
- Beber suficiente agua.
- Moderar el consumo de sal y azúcar.
- Consumo variado de frutas, vegetales y hortalizas. Pescados azules.
- Aumentar el consumo de fibra.
- Alimentos de fácil masticación.
- Adecuar la dieta al estado de salud.

A continuación, veremos los nutrientes más importantes para las personas mayores, o aquellos incluso donde en ocasiones y en mayor medida, se tienen deficiencias.

Contar con gramajes de los diferentes alimentos (como los que se incluyen en las tablas a continuación) es útil para organizar la compra y la gestión de la cocina. Sin embargo, a la hora de servir los menús, es fundamental respetar la sensación de hambre expresada por cada persona. Las cantidades propuestas son orientativas y deben ajustarse a las particularidades individuales. En el cálculo nutricional de los menús se deben considerar las recomendaciones energéticas y nutricionales para las personas mayores, con el objetivo de cubrir sus necesidades, distribuir adecuadamente la ingesta diaria y evitar déficits o carencias.



c. Distribución y frecuencia de los alimentos

Alimentos vs Nutrientes

Con la finalidad de conseguir una aportación energética y nutricional de manera equilibrada, es importante que las frecuencias de alimentos ofrecidas se ajusten a las recomendaciones. La alimentación durante el día y durante la semana debería contener un número determinado de raciones de cada uno de los grupos de alimentos. Las cantidades pueden variar según la edad y las necesidades individuales, y es conveniente que se adapten a la sensación de hambre expresada.

Leche y productos lácteos	Proteínas, Calcio, Fósforo, Magnesio, Zinc, Yodo, Potasio, Vitaminas A, D, B12 y B2.
Agua	-
Aceite de oliva	Grasas - vitamina E, Vitamina A, D y K.
Hortalizas	Fibra, Vitaminas A, B, C, E y K, Potasio, Calcio, Magnesio, Hierro, Ácido fólico.
Frutas	Vitaminas C, A, K, B6, B9, Fibra, Potasio, Magnesio.
Cereales	Hidratos de carbono, Fibra, Ácido fólico, Zinc, Vitaminas grupo B.
Frutos secos	Proteínas, Fibra, Vitaminas B y E, Grasas.
Legumbres	Proteína, Hidratos de Carbono, Fibra, Ácido Fólico, Hierro, Zinc, Vitamina B6.
Patatas o tubérculos	Fibra, Vitamina C
Pescado y marisco	Proteínas, Grasas insaturadas, Vitamina B12, Vitamina D, Vitamina B6, Calcio, Zinc.
Huevos	Vitaminas C, A, K, B6, B9, Fibra, Potasio, Magnesio.
Carne o productos cárnicos	Proteínas, Ácido fólico (visceras), Vitamina B6, Vitamina B12, Hierro, Zinc.



Dentro de cada grupo de alimentos, se destacan a **color** aquellos **nutrientes** que hemos visto anteriormente como principales y necesarios en el adulto mayor:

RECOMENDACIONES PARA EL CONSUMO DIARIO

Grupo de alimentos	Raciones recomendadas	Nutrientes relacionados	Observaciones y consideraciones
Leche y productos lácteos	3-4 raciones al día 1 ración = 200-250 ml de leche o 30-40 g de queso curado	Proteínas Vitamina B2 Calcio Zinc	Muy recomendable el consumo de lácteos por su alto aporte nutricional. Es importante evitar aquellos lácteos con azúcares incorporados o alto contenido en sal.
Agua	Debe ser la bebida prioritaria 6-8 raciones (vasos) al día 1 ración = 200 ml	Agua como líquido esencial	Las personas mayores residentes en centros residenciales y centros de día necesitan que se les ofrezca con frecuencia agua (del grifo, siempre que sea posible), u otras bebidas saludables (infusión, etc.)
Frutas			Las frutas y hortalizas frescas y algunas preparaciones culinarias, como el gazpacho, sopas, consomés, purés, macedonias de fruta fresca o infusiones contribuyen a asegurar una buena hidratación.
Frutas			Las personas mayores a menudo no detectan la sed de manera eficaz, lo que puede llevar más fácilmente a la deshidratación.
Aceite de oliva	Consumo diario en todas las comidas principales (3 o 4 raciones) 1 ración = 10 ml 1 cuchara sopera	Grasas insaturadas	El aceite de oliva tiene cualidades importantes a tener en cuenta en las dietas de las personas mayores. Posee propiedades antinflamatorias y antioxidantes, ayudando a su vez a prevenir algunas enfermedades crónicas.
Hortalizas	3 raciones al día 1 ración = 150-200g	Hidratos de carbono Fibra Ácido fólico Vitamina C Calcio Hierro	Es preferible un consumo de las mismas frescas, cocidas, salteadas o cocinadas al vapor. Se recomienda también que sean alimentos de temporada y mezclar diversos productos al servirlos.
Frutas	2-3 raciones al día 1 ración = 120-200g	Fibra Vitamina C Vitamina B6	Incluir zumos naturales es positivo, pero no puede sustituir nunca a las frutas enteras por su alto contenido en azúcar y la pérdida de fibra esencial. La fruta entera al disponer de fibra mejora su absorción y reduce el pico de azúcar en sangre.
Cereales	3-6 raciones al día 1 ración = 40-60 g de pan o 50-70 g de pasta o arroz	Hidratos de carbono Fibra Ácido fólico Zinc	Es importante ampliar los cereales que se consumen, como, por ejemplo: sorgo, miso, trigo espelta o sarraceno tienen alta calidad nutricional. Disponen de alto contenido calórico.



RECOMENDACIONES PARA EL CONSUMO SEMANAL

Grupo de alimentos	Raciones recomendadas	Nutrientes relacionados	Observaciones y consideraciones
Frutos secos	3-4 raciones la semana	Proteínas Fibra Grasas (Omega 3) Calcio Hierro Zinc	Gran cantidad calórica, con gran utilidad en personas mayores con problemas de apetito o de pérdida de peso.
	1 ración = 20-30 g 1 puñado		Evitar aquellos que lleven sal, grasas o azúcares ya incluidos, que sean naturales o tostados.
Legumbres	4 raciones a la semana	Proteínas Hidratos de carbono Fibra Ácido fólico Hierro Zinc Vitamina B6	Las legumbres destacan como las más sostenibles y, además, son una opción asequible.
	1 ración = 50-70 g		Si se opta por legumbres en conserva, cuyo impacto ambiental es similar al de las cocinadas, se recomienda elegir aquellas con bajo contenido en sal.
Patatas o tubérculos	Consumo moderado, no más de 3 raciones a la semana.	Vitamina C Fibra	Es buena opción, alternar el consumo de patatas y tubérculos con otros cereales o con las legumbres como fuentes principales de Hidratos de Carbono. Evitar consumirlas fritas, preferibles otras formas de cocción como hervidas o asadas.
	1 ración = 100-150g (patata mediana o dos patatas pequeñas)		
Pescado y marisco	3 raciones al día	Proteínas Grasas insaturadas Vitamina B12 Vitamina D Vitamina B6 Calcio Zinc	Se recomienda priorizar el consumo de pescado azul y fomentar el consumo de especies con menor impacto ambiental.
	1 ración = 150-200g		Si se opta por pescado en conserva, que presenta un valor nutricional equivalente al pescado fresco, es aconsejable evitar las conservas con alto contenido en sal.
Huevos	4-5 huevos a la semana	Proteínas Grasas insaturadas Vitamina D Hierro Zinc	En situaciones de demanda nutricional elevada, como la anorexia asociada al envejecimiento, el consumo de huevos es muy recomendable, por su alto aporte nutricional y su facilidad de consumo.
	1 ración = 53-63 g 1 huevo		
Carne o productos cárnicos	Consumo moderado, máximo 3 raciones a la semana	Proteínas Ácido fólico (visceras) Vitamina B6 Vitamina B12	Se debe minimizar el consumo de carne procesada y priorizar en todo caso, carne de aves o de conejo.
	1 ración = 100-125 g 1 filete pequeño o 1 cuarto de pollo o conejo	Hierro Zinc	Elegir cortes magros, pues disponen de menor contenido en grasas totales y también saturadas.

6.2 Importancia de mantener ciertos hábitos alimenticios de cada persona (AICP)

Las personas que se encuentran en situación de discapacidad o dependencia desean, tal y como le sucede al resto de la población, desarrollar su vida en función de sus preferencias individuales, nutrir y controlar sus rutinas, tanto en decisiones importantes, como en las más triviales y cotidianas. De esto habla en todo momento el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona y es dicho modelo el que debemos incorporar en cada una de las áreas que conforman un centro residencial. En este caso, sería incluir el Modelo AICP en la alimentación y conformación de los planes alimenticios.

Mantener los hábitos alimenticios propios es fundamental porque forman parte de la identidad personal de cada residente. Conocerlos es clave para que quienes cuidan puedan personalizar la atención y mejorar la satisfacción de cada persona con su alimentación.

Los hábitos y prácticas alimenticias están profundamente influenciados por el contexto en el que se vive, diferenciándose dos grandes patrones:

- Personas que viven en su propio domicilio.
- Personas que viven en un entorno residencial donde reciben cuidados integrales para cubrir sus necesidades sociosanitarias, emocionales e identitarias.

Es importante tener en cuenta en todo momento a las diferencias de género que impregnan los hábitos y roles que tenemos como sociedad en relación a la alimentación y las comidas. En el caso de quienes viven en sus hogares, la mujer suele asumir el rol principal en la decisión sobre qué comer y en la preparación de los alimentos. Generalmente dedica tiempo y cuidado a la cocina, percibiéndola en cierta medida, como una actividad que también sirve de entretenimiento. En cuanto a la compra de alimentos, suele realizarse varias veces a la semana, e incluso diariamente en algunos casos. Este patrón combina el deseo inmediato de consumo ("lo que apetece") con el control del gasto económico y la preocupación por la salud.

El rol de los hombres cuando conviven con una mujer tiende a ser más pasivo: en ocasiones participan en las decisiones o hacen la compra, pero rara vez cocinan. No obstante, cuando viven solos, si disponen de recursos económicos y no disfrutan de la cocina o tienen alguna limitación física, suelen recurrir a servicios de comida preparada a domicilio o comer fuera de casa con mayor frecuencia.

a. Hábitos alimenticios en entornos residenciales y su impacto en el día a día

Las personas que viven en un entorno residencial con cuidados especializados presentan hábitos alimenticios con características propias. En general, tienen capacidad limitada para decidir qué y cuándo comer, con horarios establecidos y compañeros de mesa asignados. Muchas de ellas expresan que experimentan menos placer al comer que antes, principalmente por la falta de oportunidades para tomar decisiones relacionadas con su alimentación.

Sin importar el entorno en el que vivan, las personas mayores mantienen rutinas y rituales alimenticios diarios, asociados en muchos sentidos a una cuestión de género. Habitualmente realizan cinco comidas al día, aunque en algunos casos reducen el número a tres, suprimiendo la media mañana y la merienda. Además, sus horarios son muy estructurados y tratan de respetarlos siempre.

En los centros residenciales, esto puede generar un desajuste significativo respecto a sus hábitos previos: cambios en los horarios y el ambiente en que se realizan las comidas, en los elementos presentes en la mesa, e incluso en las recetas y formas de preparar los alimentos.

Asimismo, cada comida tiene un significado particular: las personas buscan satisfacer necesidades distintas en cada momento del día, estableciendo hábitos y rutinas diferenciadas según la ocasión. Es importante poder tener en cuenta todas estas casuísticas y proporcionar confort a las personas residentes a través de sus propias dinámicas de vida.

b. Aspectos Sociales y Culturales

Como se ha comentado anteriormente en esta Guía, las personas mayores pueden presentar preferencias alimentarias específicas que deben tenerse en cuenta siempre que sea posible. Este aspecto cobra especial relevancia en quienes presentan bajo apetito, ya que conocer sus gustos permite detectar posibles deficiencias nutricionales y plantear mejoras en la ingesta (Salvà Casanovas y Padró i Massaguer, 2014).

Además, las experiencias vividas a lo largo de la vida influyen en sus preferencias y aversiones, siendo frecuente la predilección por platos tradicionales de su región de origen o de su lugar habitual de residencia (Koehler y Leonhaeuser, 2008).

La ingesta alimentaria no depende solo de los nutrientes ofrecidos, sino que también se ve influída por factores externos como el entorno físico, la temperatura o el momento del día. Por ello, la gestión adecuada de estos ambientes, creando espacios relajados y agradables, puede utilizarse de forma terapéutica para mejorar la ingesta (Volkert et al., 2019; Stroebele y De Castro, 2004).

El apoyo social también juega un papel importante: comer en compañía favorece el apetito y la cantidad ingerida. Asimismo, la motivación para comer bien y disfrutar de la comida es un aspecto clave en la alimentación de las personas mayores que reciben servicios de atención residencial y diurna (Volkert et al., 2019; Shlisky et al., 2017).

Teniendo como base la dieta mediterránea, cocinar, en la medida de lo posible, platos ajustados a las tradiciones culinarias, a los usos y costumbres y al comportamiento alimentario de las personas residentes de estos centros, adaptándolos a sus necesidades y limitaciones, y también a sus gustos y apetencias generacionales y culturales (FEN/SEGG, 2019). El apoyo social que permite comer en compañía mejora el apetito y la ingesta; la motivación para comer bien y disfrutar de la comida son aspectos importantes a la hora de alimentar a las personas mayores residentes de servicios de atención residencial y diurna (FEN/SEGG, 2019) (Volkert et al., 2019) (Shlisky et al., 2017).

Técnicas culinarias

Una vez determinadas las calorías, nutrientes esenciales y micronutrientes que las personas mayores deben consumir, resulta fundamental seleccionar los alimentos adecuados y encontrar las mejores formas de prepararlos para que resulten agradables desde el punto de vista gastronómico.

En este sentido, salud y placer deben ir siempre de la mano, especialmente en las personas mayores, para quienes el placer gastronómico no debe convertirse en un imposible (FEN/SEGG, 2019).

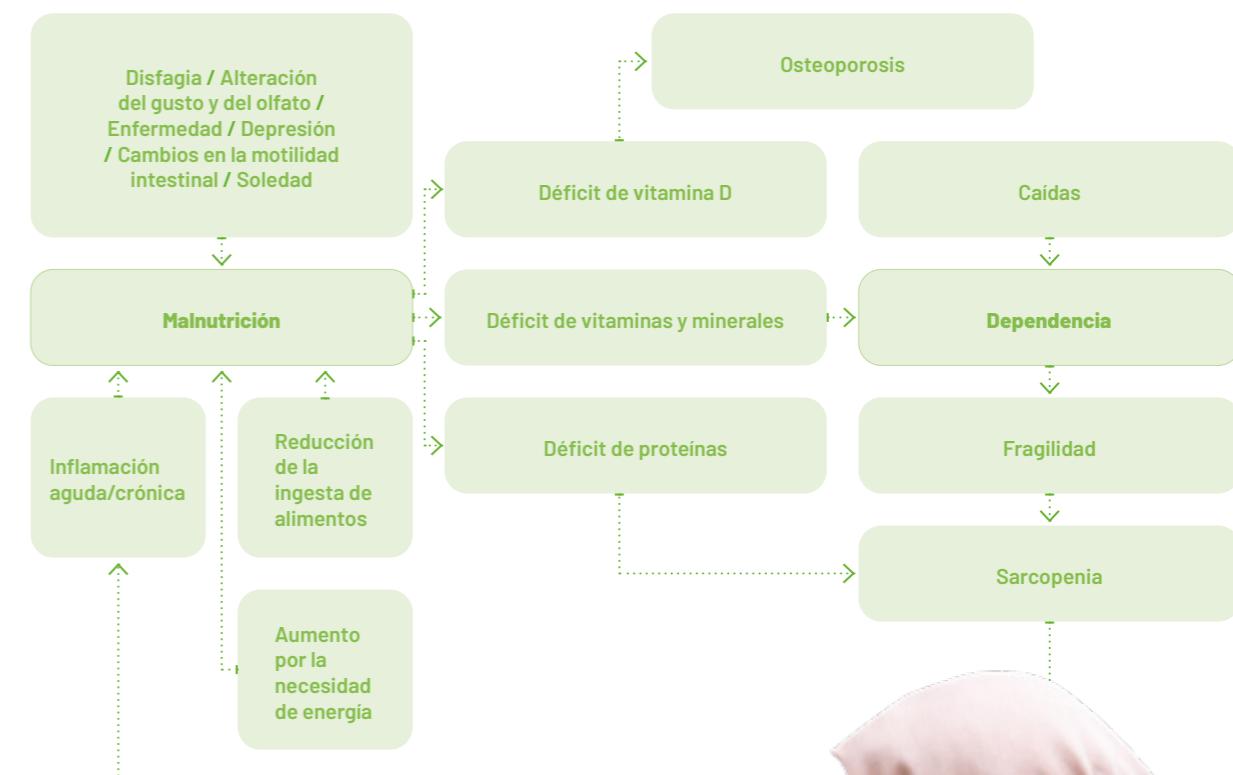
Es recomendable dar preferencia a métodos como la cocción, el horneado o la plancha frente a las frituras, rebozados y empanados. Asimismo, resulta conveniente cocinar guisos tradicionales y mantener el uso del sofrito –elaborado con hortalizas y aceite de oliva– como base de muchas preparaciones, incluso en aquellas comidas que necesiten ser trituradas. También se aconseja evitar repetir técnicas culinarias iguales en una misma comida siempre que sea posible (Moreno Guillamont y Martínez Martínez, 2004; FEN/SEGG, 2019).

La densidad y textura de las comidas deben adaptarse a las necesidades específicas de cada persona, especialmente en quienes presentan dificultades de masticación y deglución. Para ello, pueden utilizarse preparaciones de fácil masticación (como albóndigas de pescado o carne, pudines de pescado u hortalizas, huevos revueltos o rellenos) o bien comidas trituradas. Un asesoramiento detallado sobre la elaboración de cremas, purés y otros alimentos triturados puede mejorar su palatabilidad y reducir el rechazo que a menudo provoca esta modificación de consistencia (Moreno Guillamont y Martínez Martínez, 2004; FEN/SEGG, 2019).

En cuanto al condimentado de las comidas, se recomienda el uso de una cantidad moderada de sal y/o hierbas aromáticas y especias para favorecer su sabor. Siempre que sea posible, se deben habilitar medios para que las personas puedan sazonar los alimentos por sí mismas (Moreno Guillamont y Martínez Martínez, 2004; FEN/SEGG, 2019).

6.3 Recomendaciones nutricionales para personas con necesidades especiales o patologías.

Resulta prioritario, mencionar la importancia de la alimentación como factor preventivo de la dependencia. Una ingesta alimentaria deficiente supone bajas concentraciones de nutrientes, lo que se asocia con discapacidad en personas mayores:





Para intervenir sobre la malnutrición y así retrasar la dependencia y la discapacidad, se deben considerar las características clínicas de cada individuo, sin olvidarnos de su entorno (casa, hospital, residencias), y de los factores socioeconómicos y culturales.

Por otro lado, resulta evidente que restricciones dietéticas innecesarias pueden convertirse en una causa de desnutrición, ya que limitan la elección de alimentos y reducen el placer de comer, lo que conlleva el riesgo de disminuir la ingesta de nutrientes esenciales. Varios autores han señalado que las dietas restrictivas son menos eficaces a medida que aumenta la edad; por ejemplo, una restricción excesiva de alimentos ricos en grasa puede aumentar el riesgo de deficiencias de vitaminas liposolubles, ácidos grasos esenciales y otros nutrientes fundamentales (FSAI, 2021; FEN/SEGG, 2019; Volkert et al., 2019; Zeanandin et al., 2012; Darmon et al., 2010; Niedert et al., 2005; Moreno Guillamont y Martínez Martínez, 2004).

Las adaptaciones dietéticas son necesarias en diferentes trastornos o enfermedades para mejorar el curso clínico, prevenir complicaciones y minimizar efectos negativos añadidos a la enfermedad de base. Estas necesidades pueden ser específicas y temporales (durante un proceso intercurrente) o derivadas de alteraciones metabólicas propias de enfermedades crónicas.

Es importante que estas adaptaciones respeten las necesidades energéticas y nutricionales propias del envejecimiento y que las comidas incluyan los grupos de alimentos recomendados para cada tipo de dieta.

a. Alternativas a la Dieta Basal

En aquellas situaciones en las que sea posible, se deben ofrecer alternativas a la dieta basal para cubrir las demandas dieto-terapéuticas:

- Control de aporte calórico.
- Ajuste de grasas, hidratos de carbono, proteínas o residuos.
- Con o sin sal, según necesidad.

En muchos casos, estas dietas deben combinarse. Para evitar que la persona se sienta diferente al grupo y promover la relación social durante las comidas, es recomendable que las derivaciones de la dieta basal sean mínimas y necesarias. Además, se deben tener en cuenta no solo los aspectos relacionados con el estado nutricional (intolerancias, alergias), sino también las preferencias, aversiones y costumbres alimentarias de cada persona.

Texturas y alimentación triturada

La adecuación de texturas no debe alterar la composición nutricional de las comidas, salvo las adaptaciones imprescindibles. La alimentación triturada debe ser:

- Gratificante y suficiente en aporte energético.
- Equilibrada, con variedad alimentaria que cubra las necesidades nutricionales.
- Semejante a la dieta basal, respetando la proporción de macronutrientes.

Siempre que sea posible, se recomienda evolucionar de un único plato triturado hacia dietas texturizadas, donde los mismos platos de la dieta basal (primer y segundo) se presenten en formato adaptado.

Si se usan preparados en polvo, hay que considerar:

- Suelen generar monotonía en la alimentación.
- Pueden ser insuficientes energéticamente si no se complementan, ya que una preparación típica de 250 ml solo incluye unos 75 g de producto seco.

Calidad de los ingredientes

Los productos comerciales de textura modificada presentan composiciones variables:

- Verduras y hortalizas: 45-55 %.
- Arroz o harina de arroz.
- Proteína de garbanzo como fuente principal.
- Carne: solo 7-12 % (buey, ternera, pollo).
- Pescado: 11-17 %.
- Aceite de girasol o proteína de leche de vaca.
- Otros: sacarosa, jarabe de glucosa, potenciadores del sabor (glutamato) o aromas añadidos.

Texturas ofrecidas en los centros

Todos los platos deben ofrecerse en tres niveles de textura:

- Normal (fácil de masticar).
- Cortada o aplastada.
- Triturada.

Todas las dietas –basal, control calórico, grasas, hidratos de carbono, proteínas, residuos, con o sin sal– deben poder presentarse en cualquiera de estas texturas.

Presentación y palatabilidad

Independientemente del tipo de dieta o textura, las comidas deben ser:

- Gustosas, atractivas en sabor, olor y presentación.
- Adecuadas nutricionalmente, cubriendo las necesidades de energía y nutrientes estimadas.

Y todo esto, sin olvidar el hecho de que en todo momento hay que mantener una higiene adecuada en la manipulación y la preparación de los platos, así como respetar al máximo los gustos y las prioridades de la persona destinataria.



b. Deterioro cognitivo y alimentación

El deterioro cognitivo puede tener un impacto directo en el proceso de alimentación y, en consecuencia, en el estado nutricional de la persona. La desnutrición constituye el principal factor asociado, ya sea por una ingesta insuficiente –debida al desinterés por la comida, el olvido de las ingestas, las distracciones durante dichas comidas, la dificultad para masticar y tragar, la repetición de menús o la alteración del sentido del gusto–, o por un incremento de los requerimientos energéticos, relacionado con la agitación, temblores u otras enfermedades asociadas.

La evolución del deterioro cognitivo también puede verse condicionada por factores dietéticos, ya que estos influyen en la percepción de las características físicas de los alimentos, en la regulación del apetito, la masticación, la deglución, la digestión y en la coordinación de las habilidades motoras necesarias para una alimentación adecuada.



Recomendaciones principales

- Seguir la Dieta Mediterránea como patrón alimentario, ya que se asocia con la prevención del deterioro cognitivo y de enfermedades neurodegenerativas. Debe incluir grupos de alimentos como:
 - Antioxidantes: vitamina C, betacarotenos, vitamina B12, ácido fólico y vitamina E, como, por ejemplo: frutas, verduras, frutos secos.
 - Ácidos grasos omega-3, como los pescados grasos, las semillas, etc.
 - Aminoácidos como el triptófano, presente en huevo, leche, cereales integrales, chocolate, avena, dátiles, semillas de sésamo, garbanzos, pipas de girasol y de calabaza, cacahuetes, plátano, calabaza y alga espirulina.
 - Colina, aportada por lecitina, yema de huevo, hígado, soja, carne, leche y cacahuetes.
 - Selenio, presente en alimentos como los mariscos, las carnes, cereales integrales, etc.
 - Vitamina D, que podemos encontrarla en los pescados, las yemas de los huevos, las setas u hongos. Si bien es verdad, que el mayor aporte de Vitamina D es a través de la exposición al sol y el acceso a la luz. Como la capacidad de la piel y de síntesis de las personas mayores disminuye, se recomienda una exposición solar en las horas de menor intensidad.

- Fraccionar la ingesta en 4 a 6 tomas diarias, ajustando las cantidades y frecuencias a las necesidades individuales y según el contexto de cada persona, para llegar a los requerimientos nutricionales.
- Personalizar las pautas dietéticas en función de las características de cada persona.
- Garantizar una adecuada hidratación diaria, sobre todo teniendo en cuenta que, con la edad, se pierde la habilidad del cuerpo para sentir la necesidad de ingesta de líquidos. Hay que tener especial atención en los meses de verano o temporadas de mucho calor.
- Mantenerse activo, realizando actividad física adaptada a las condiciones de cada individuo.
- Favorecer la autonomía en las comidas, siempre que sea posible.
- Cuidar el entorno del momento de la comida, procurando transmitir tranquilidad, seguridad, positividad, flexibilidad y tolerancia.
- Evitar el tabaco y el alcohol.
- Promover la participación en actividades recreativas y fomentar el entrenamiento cognitivo.
- Evitar el consumo de comida procesada.

Es importante destacar que los suplementos no previenen ni corrigen el deterioro cognitivo. La prioridad debe ser siempre garantizar una alimentación saludable y equilibrada, que aporte todos los nutrientes necesarios. La suplementación nutricional oral solo se recomienda en aquellos casos en los que exista desnutrición, situación frecuente en personas con demencia en fases leves o avanzadas.

Antes de iniciar cualquier suplemento, es fundamental consultar con el médico, quien realizará una valoración completa de las necesidades del residente y pautará, si procede, el suplemento más adecuado.



La persona cuidadora

La persona cuidadora desempeña un papel clave en la alimentación de la persona mayor con deterioro cognitivo, acompañándola a lo largo de la evolución de la enfermedad y ofreciéndole un entorno cálido que facilite su día a día.

Entre sus funciones está ayudar y facilitar las tareas, procurando que la persona mayor mantenga su independencia el mayor tiempo posible en todas aquellas actividades que pueda realizar. También se encarga de adaptar el entorno, manteniendo el orden y procurando que los objetos estén siempre en el mismo lugar, para reducir riesgos como caídas o desorientación.

Asimismo, la persona cuidadora contribuye a establecer rutinas diarias que aporten seguridad, fijando horarios para las actividades y procurando que, siempre que sea posible, sean las mismas personas quienes acompañen a la persona mayor en las distintas tareas cotidianas.

En el momento de la comida y en el caso de las personas con deterioro cognitivo pueden presentar dificultades como olvidar si ya han comido o no recordar cómo utilizar los cubiertos. Según avance la enfermedad, será necesario adaptar la comida a sus necesidades específicas.

Además de las recomendaciones generales de esta guía, la persona cuidadora deberá:

- Recordarle cómo comer, si es preciso. Si no abre la boca, puede estimularse suavemente tocando la barbilla o la mandíbula, o introduciendo un pequeño sorbo o alimento. Si la dificultad es al masticar, se le puede mostrar cómo hacerlo.
- En algunas ocasiones, ofrecer alimentos que pueda tomar con las manos para facilitar que coma de forma autónoma.
- Cortar los alimentos en trozos pequeños y, en fases avanzadas, triturarlos o machacarlos para prevenir atragantamientos.
- Fomentar que coma despacio y con tranquilidad.
- Verificar que los alimentos estén a una temperatura adecuada para evitar quemaduras, ya que puede no percibir la diferencia entre frío y calor.
- Servir la comida en porciones pequeñas, presentando un alimento cada vez.

Si se detecta una pérdida de apetito, el médico debe valorar si existe una causa física o médica y ofrecer asesoramiento. También puede indicar técnicas para estimular la deglución.



c. Recomendaciones específicas para personas con patologías

A continuación, se encuentran algunas recomendaciones generales. Es importante tener en cuenta que en todos los casos en los que haya una patología es prioritario disponer de un seguimiento por parte de un profesional de la nutrición y/o un médico. A su vez, pasa lo mismo en relación con el diagnóstico, pues este debe siempre ser realizado por un profesional de la salud.

Cabe destacar la importancia de tener unas pautas específicas para aquellas personas que necesitan de una Nutrición Enteral. Como se ha mencionado anteriormente en esta misma Guía Nutricional, la Nutrición Enteral se ha afianzado como una intervención fiable y eficaz, como técnica de soporte nutricional por la cual se aportan sustancias nutritivas a personas con dificultades o patologías del tracto digestivo, actuando a su vez sobre la prevención de la malnutrición o tratamiento cuando está ya existe.

El seguimiento de la nutrición enteral (NE) persigue varios objetivos fundamentales:

- Evaluar la eficacia nutricional de la prescripción indicada.
- Identificar posibles alteraciones mecánicas o químicas derivadas del material utilizado y de las técnicas aplicadas.
- Resolver las complicaciones que puedan surgir tanto por la propia nutrición artificial como por la malnutrición energético-proteica, frecuente en estos pacientes.

Este proceso incluye controles diarios del estado nutricional y de la evolución clínica de la persona atendida.

Los cuidados de enfermería imprescindibles van desde:

1. La selección del material adecuado y de su utilización.
2. Cuidados de la piel y de las mucosas.
3. Prevención de broncoaspiración.
4. Controles habituales: peso, aporte de dieta y líquidos, residuos, vómitos, deposiciones, existencia de dolor o edemas, etc.

En estos casos para poder realizar el adecuado seguimiento de la persona residente, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Estado de hidratación.
2. Tener en cuenta aquellos factores que modifican las necesidades de agua y nutrientes (como otras patologías).
3. Alteraciones de la función digestiva.
4. Signos físicos de malnutrición.
5. Parámetros analíticos.
6. Evolución del estado nutricional a través de parámetros antropométricos y bioquímicos de manera semanal.



Otras sugerencias según contextos específicos:

DIABETES

Es importante tener en cuenta la necesidad de distribuir hidratos de carbono en todas las comidas de manera continua, de forma que pueda ajustarse a la insulina u a los medicamentos orales que la persona estuviera tomando.

En personas mayores con diabetes mellitus, es necesario evitar las dietas restrictivas para prevenir la desnutrición.

Por lo demás, la dieta nutricional no difiere de las recomendaciones sobre alimentación equilibrada para el resto de la población general.

• Restricciones

Se deben evitar los azúcares añadidos (miel, jarabe, azúcar de mesa, fructosa etc.), cualquier tipo de bebida azucarada, bollería, postres azucarados, gominolas, galletas, etc. Limitar también la ingesta de grasas saturadas como las carnes procesadas, embutidos o la mantequilla y la nata, entre otras.

• Evitar:

- Lácteos: quesos grasos, leche entera, nata, leche condensada, yogures enteros.
- Carnes y derivados: patés, chorizos, morcilla.
- Pescados: ahumados, en salazón.
- Cereales: precocinados, azucarados.
- Verduras y hortalizas.
- Patatas fritas o de bolsa.
- Frutas: confitadas y en almíbar.
- Grasas: nata, mantequilla, tocino, manteca de cerdo.
- Azúcares: chucherías, mermeladas, dulces.
- Bebidas: refrescos azucarados, tónicas, alcohol.

• Comidas/Planificación

Dieta mediterránea.

Otras recomendaciones en relación a los nutrientes:

- › ENERGÍA, muy importante realizar una distribución homogénea del aporte calórico a lo largo del día
- › VITAMINAS Y MINERALES, Adecuado aporte Normalmente no suele ser necesaria suplementación, valorar según el caso.
- › PROTEÍNAS, 15% de la ingesta energética diaria Moderar productos cárnicos: priorizar pescados No se recomiendan dietas hiperproteicas, no exceder de 0,8g de proteínas /kg de peso/día
- › HIDRATOS DE CARBONO, 50-55% de la ingesta energética diaria, fundamental que sea en forma de legumbres, frutas, verduras y cereales. De este % el 40-50% deben de ser HC complejos Azúcares simples: menos del 10% Alto consumo de fibra
- › FIBRA, 25-30g/día Una dieta rica en fibra reduce la glucemia, lipemia e hiperinsulinemia
- › LÍPIDOS, Menos del 30% de la ingesta energética total Priorizar grasas saludables: ej. AOVE.

• Consideraciones

Resulta primordial el dividir las comidas dependiendo del tratamiento y los fármacos que la persona esté tomando, así como buscar ideas para que la persona pueda comer de todo y evitar la anorexia asociada.

Para evitar hipoglucemias nocturnas en las personas que reciben insulina, se recomienda ofrecer una segunda cena o recena.

DIARREA

Resulta primordial mantener los niveles de hidratación, bebiendo pequeños sorbos a menudo. Suelen funcionar muy bien las infusiones, limonada alcalina, agua de arroz o de coco. Evitar bebidas con azúcares añadidos.

A su vez, durante este proceso, evitar alimentos con alto contenido en fibra, grasas y lactosa.

• Restricciones

Bebidas alcohólicas. Bebidas y alimentos que contengan cafeína. Productos lácteos como leche, queso y helado. Alimentos grasos y grasientos. Comidas picantes. Bebidas y alimentos y goma de mascar sin azúcar o caramelos que contengan edulcorantes como sorbitol, manitol y xilitol.

• Comidas/Planificación

Se incluyen alimentos suaves y de fácil digestión, como el pan tostado elaborado con harina refinada, la patata, la sémola de arroz, las sopas con pasta y el arroz muy cocido, así como verduras como la zanahoria y la calabaza cocidas. Las fuentes de proteína recomendadas son el pescado blanco, los huevos, la carne blanca sin piel, el jamón cocido bajo en sal y la pechuga de pavo de calidad extra. En cuanto a las frutas, se aconseja tomarlas en compota o al horno y sin piel, como la manzana, la pera, el melocotón o el membrillo; también son adecuadas algunas opciones frescas como el plátano maduro o la manzana rallada. Los lácteos deben ser sin lactosa y descremados. La hidratación se debe realizar en pequeños sorbos a lo largo del día, priorizando el agua, el agua de arroz o de zanahoria, infusiones suaves, caldos vegetales o desgrasados, bebidas isotónicas, suero oral (casero o comercial) y bebidas de arroz.

• Consideraciones

En algunos casos, puede ser necesario iniciar con un periodo de ayuno, asegurando el aporte de líquidos por vía oral o intravenosa. La reintroducción de alimentos debe hacerse de forma progresiva, comenzando por aquellos con efecto astringente, y adaptándose a la evolución de las deposiciones hasta su normalización. La evidencia científica indica que mantener una dieta excesivamente restringida no contribuye a resolver la diarrea en la mayoría de los casos. Se recomienda realizar comidas de pequeño volumen, repartidas en varias tomas a lo largo del día, ajustadas al hambre y apetito de la persona, y ofrecer los alimentos a temperatura ambiente, evitando servirlos muy fríos o demasiado calientes.



ESTREÑIMIENTO

Para tratar el estreñimiento hay que combinar adecuadamente tres elementos: la hidratación, la actividad física y una alimentación rica en fibra. Cuando la actividad física es imposible, los masajes sobre la pared abdominal pueden ser una alternativa.

- **Restricciones**

Cualquier alimento que sea astringente, como el arroz blanco, el membrillo o el pan blanco o tipo biscotes, entre otros, etc.

- **Comidas/Planificación**

Recomendados todos los alimentos que sean ricos en fibra. Ejemplos: frutas con piel, hortalizas (crudas y cocidas), fruta, frutos secos y semillas, legumbres, alimentos integrales (pan, pasta...) y fruta seca (ciruelas pasas, orejones....).

No se aconseja colar los triturados y los purés de verduras y legumbres o los zumos de fruta.

- **Consideraciones**

Cualquier aumento de fibra debe de ir siempre acompañado de un incremento del aporte de líquidos (sopas, agua, infusiones, etc.)

Cómo ir mejor al baño

Consejos generales



Rutinas y hábitos

Si te cuesta acudir a "la llamada", busca un momento en tu día en el que puedas estar tranquila y crees esa rutina sin prisas para ir al baño con calidad.



Respira

Siéntate bien, con buena postura, y haz respiraciones profundas que te relajen y te ayuden a estar presente. No te distraigas con el móvil u otras cuestiones. Conecta contigo.



Realiza ejercicio físico

El movimiento por fuera ayudará al movimiento por dentro. Con el ejercicio/actividad física tu intestino se movilizará y facilitará el proceso.



Tómate tu tiempo

No tengas prisa. Que tu sistema sienta que es el momento para estar ahí y que no hay otra cosa más importante que hacer.



Cuida tu alimentación e hidratate

Incorporar suficiente fibra en nuestra dieta (vegatables integrales, frutas, etc.) es esencial para evitar el estreñimiento.

Para evitar el estreñimiento necesitamos que nuestras heces no sean muy duras. Una buena hidratación nos ayudará a ir al baño y tener deposiciones saludables.



ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Los divertículos son pequeñas bolsas o sacos abultados que se forman en la pared interna del intestino. La diverticulitis ocurre cuando estas bolsas se inflaman o infectan.

Seguir una dieta rica en fibra se ha relacionado con una menor probabilidad de sufrir un primer episodio de diverticulitis aguda. Este tipo de alimentación favorece que las heces tengan un mayor volumen, sean más blandas y resulten más fáciles de evacuar, lo que reduce el riesgo de que queden atrapadas en un divertículo y provoquen inflamación. Además, un consumo adecuado de fibra no solo ayuda a prevenir los episodios agudos, sino que también puede contribuir a evitar la formación de nuevos divertículos.

- **Restricciones**

En la mayoría de los casos, las personas con diverticulosis o enfermedad diverticular no requieren eliminar alimentos concretos de su dieta. Aunque en el pasado era habitual aconsejar evitar frutos secos, palomitas o semillas, las investigaciones más recientes indican que su consumo no resulta perjudicial para quienes presentan estas patologías

- **Comidas/Planificación**

Se aconseja mantener una dieta rica en fibra, incorporando alimentos como frutas, verduras, cereales, frutos secos, semillas y legumbres. El incremento de fibra debe realizarse de forma gradual para favorecer la mejora de los síntomas y reducir el riesgo de nuevos episodios. Además, es fundamental acompañar este aumento con una adecuada ingesta de líquidos y la práctica regular de ejercicio físico, ya que ambos hábitos ayudan a prevenir o tratar el estreñimiento.

- **Consideraciones**

Cuando los síntomas se mantienen, puede ser útil seguir temporalmente una dieta baja en fibra, ya que durante los períodos de inflamación este componente puede resultar irritante. No obstante, es importante reincorporar la fibra de manera gradual en cuanto se observe una mejoría, para favorecer la recuperación y mantener los beneficios de su consumo a largo plazo.

DISFAGIA

Este trastorno puede resultar peligroso, ya que existe el riesgo de que los alimentos, parte de ellos o incluso la saliva, pasen hacia la vía respiratoria, lo que puede provocar problemas respiratorios o de atragantamiento.

Debemos modificar la consistencia de los alimentos y las bebidas, según las necesidades de cada persona, tomandolos en pequeñas cantidades.

- **Restricciones**

La alimentación para personas con disfagia puede adaptarse en tres aspectos principales. En cuanto a la consistencia o textura, se recomienda priorizar alimentos blandos o triturados con una textura uniforme, evitando mezclar distintas consistencias y evitando también los líquidos finos o de baja viscosidad, que pueden espesarse con productos específicos. Respecto a las cantidades, es preferible comenzar con porciones muy pequeñas, como el equivalente a una cuchara de café, y, si se toleran bien, progresar a una cuchara de tamaño intermedio y posteriormente a una cuchara sopera. Se desaconseja el uso de jeringas o pajitas. Por último, conviene elegir alimentos que estimulen los sentidos, como aquellos con un toque ácido y temperaturas frías, por ejemplo, helado de limón o de piña.

- **Comidas/Planificación**

Resulta primordial modificar la consistencia de los alimentos que se van a proporcionar, así como de las bebidas, según las necesidades concretas de cada persona. Los líquidos espesados y los sólidos triturados reducen los problemas para tragar.

Tener en cuenta que, por lo general, los alimentos calientes o fríos se tragan mejor que aquellos a temperatura tibia.

Si se presenta sequedad de boca, tomar una pequeña cantidad de agua fría y alimentos y bebidas ácidos (limón, vegetales en vinagre, etc.) antes de las comidas para estimular la secreción de saliva y mantener una óptima hidratación. Si el problema es un exceso de formación de mucosidad, evite los alimentos muy dulces y los zumos cítricos, ya que aumentan y espesan la saliva.

- **Consideraciones**

Además, la disfagia puede estar asociada a complicaciones como deshidratación, pérdida de peso y desnutrición. Si antes, durante o después de tragar aparece tos, cambios en el tono de voz, restos de comida en la boca o la garganta que obliguen a carraspear, o se producen episodios de atragantamiento, es fundamental consultar al equipo sanitario. En estos casos, podría ser necesaria una adaptación más personalizada que complemente estas recomendaciones generales.

Pautas a tener en cuenta en disfagia

Posicionamiento a la hora de comer

Paciente: Alineación tronco-cefálico.

Auxiliar: A la altura de los ojos del paciente o por debajo de ellos para evitar que suba la cabeza.

Cantidad del alimento

Poca cantidad, en líquidos dar a pequeños sorbos y en sólidos con cuchara de postre.

Temperatura

Dar a temperatura alta o baja. No a temperatura ambiente.

Información del alimento

Decirle al paciente qué es lo que va a comer.

Evitar distracciones visuales y auditivas

No hacer reír sustos, preguntarle acerca de algo o hablar sobre algún tema.

Velocidad

Dar de comer más despacio.

Pausas

Parar cada poco tiempo para que al paciente le dé tiempo a respirar, tragar nuevamente si lo necesitara o incluso hablar.

Pautas verbales

Dar pautas verbales para estimular el proceso deglutorio (que trague, mastique) o inhibirlo/ reducirlo (que mastique, que trague más despacio, que no trague si tiene comida en la boca,...).

Estimulación olfativa y visual

Enseñar la comida para que lo vea y lo puede oler.

Potenciar sentido del gusto

Sabores ácidos, dulces y amargos estimulan la deglución. Ej: limón en el agua. Favorecer el contraste de sabores en la medida de lo posible.

Ajustarse a la consistencia y/o dieta por el especialista

No darle más o menos consistencia de la indicada.

No utilizar nunca pajita en casos de disfagia

A la salida del comedor

Antes de que salgan del comedor, asegurarse de que no tienen restos de alimentos en la boca.

No dar de comer nunca si:

- Está dormido/a.
- Está nervioso/a.
- La prótesis bucal está floja.

Recomendaciones comedor



Entorno

Procurar que la comida se lleve a cabo en un ambiente tranquilo y agradable.



Posturales

Antes de comer, sentar al paciente erguido procurando que los hombros estén rectos.



Dietéticas

Comer frecuentemente en pequeñas cantidades para reducir el riesgo de desnutrición.

Evitar hablar durante la comida para disminuir el riesgo de atragantamiento.

Evitar las prisas durante la comida para disminuir el riesgo de aspiración y atragantamiento.

Limitar la cantidad de comida a un bocado cada vez. Los líquidos se han de consumir entre bocados.

Evitar la mezcla de alimentos con diferente textura con el objetivo de conseguir una ingesta segura y eficaz.

Mantener una correcta higiene bucal para evitar infecciones.

Es recomendable, en la medida de lo posible, dejar transcurrir 3 horas desde la cena hasta la hora de acostarse para asegurar que no queden restos de comida en boca y esófago.

Antes de comer, sentar al paciente erguido procurando que los hombros estén rectos.

Asegurar la fijación de la dentadura postiza antes de la ingesta.

Si los alimentos se atascan, colocar al paciente de pie, estirando la parte superior del cuerpo y los brazos. Haga que dé unos cuantos pasos.

Para fortalecer la mandíbula y la lengua, realizar ejercicios recomendados por logopedas y fisioterapeutas.

Realizar largas inspiraciones con la ayuda de logopedas.

Usar utensilios especiales si el paciente lo requiere: vasos anchos y evitar la utilización de cañas en los líquidos.



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las necesidades nutricionales no varían en exceso de las recomendaciones dadas a la población general sobre una alimentación equilibrada. Lo que si varía es la cantidad de sodio que se dará en la dieta.

Algunos de los factores que predisponen el desarrollo de la hipertensión son:

- Obesidad
- Factores genéticos
- Consumo excesivo de sal
- Consumo bajo de potasio

Indicadores para la tensión arterial:

- Normal: Menos de 120/80 mmHg ,
- Prehipertensión: 120-139 / 80-88 mmHg
- Hipertensión Fase 1: 140-159 / 90-99 mmHg

• Restricciones

Se debe restringir el acceso a sal de mesa o a los alimentos con mucha cantidad de sal como: adobados, conservas, embutidos, precocinados, ahumados, bebidas con gas o snacks salados, quesos (frescos, curados y semicurados) ... etc.

• Comidas/Planificación

Se ha recomendado el uso de especias o hierbas aromáticas para darles más sabor a los platos y mejorar los olores y sabores.

• Consideraciones

Es importante evaluar cuidadosamente la supresión de la sal, ya que una dieta sin este condimento puede disminuir el apetito. Para mantener el sabor natural de los alimentos, conviene adaptar las técnicas culinarias, priorizando métodos como la cocción al vapor, el horneado o la plancha, en lugar de los hervidos, que pueden reducir su intensidad sensorial del gusto.

Además, en estos casos, se recomienda la Dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) la cual ayuda a reducir la presión arterial alta:

- Dieta rica en frutas, verduras y lácteos desnatados.
- Dieta baja en sodio.
- Dieta baja en colesterol y grasas saturadas.
- Alimentos ricos en potasio, magnesio y calcio.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las necesidades nutricionales no varían en exceso de las recomendaciones dadas a la población general sobre una alimentación equilibrada.

Debe limitarse, aun así, el consumo de alimentos con colesterol y grasas saturadas, trans, sal o azúcares simples.

• Restricciones

Mantequillas y margarinas, queso curado y semicurado, embutidos, carne roja y procesada, salsas, repostería y bollería, bebidas azucaradas, bebidas alcohólicas y precocinados.

• Comidas/Planificación

Se ha recomendado el uso de especias o hierbas aromáticas para darles más sabor a los platos y mejorar los olores y sabores.

• Consideraciones

Por lo general, se aconseja moderar el consumo de alimentos procesados o bollería y aumentar con la dieta equilibrada, los niveles de colesterol HDL, por sus efectos beneficiosos para la salud cardiovascular.

A su vez, es importante evitar el consumo de tabaco, y aumentar el ejercicio físico en la medida de lo posible.

CIRUGÍA

Con un adecuado estado nutricional se facilita la cicatrización de las heridas quirúrgicas, se disminuyen posibles complicaciones infecciosas y se consigue una recuperación más rápida.

También, se recomienda mejorar el estado nutricional de la persona, previo a la cirugía, evitando posibles complicaciones posteriores.

• Restricciones

Es fundamental seguir las pautas de una alimentación saludable, entendida como aquella que proporciona a cada persona los alimentos necesarios para cubrir sus requerimientos nutricionales, preservar la salud y prevenir tanto enfermedades como posibles complicaciones posteriores a una intervención quirúrgica.

• Comidas/Planificación

Una alimentación saludable debe cumplir varios principios clave. Ha de ser completa, aportando todos los nutrientes esenciales que el organismo necesita, como hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. También debe ser equilibrada, manteniendo una proporción adecuada entre nutrientes: aproximadamente un 55-60% de hidratos de carbono, un 12-15% de proteínas, un 25-30% de grasas sobre el total calórico diario, y entre 1,5 y 2 litros de agua al día. Ha de ser suficiente, de manera que la cantidad ingerida permita mantener el peso dentro de los rangos de normalidad. Además, es importante que sea variada, incorporando alimentos distintos dentro de cada grupo, y adaptada a las características de la persona, como su edad, sexo y nivel de actividad física.

• Consideraciones

Si hubiera pérdida de apetito y/o alteraciones del gusto se recomienda:

- Hacer comidas de poca cantidad, pero bastantes veces al día (entre 6 y 10 comidas).
- Comer en ambientes agradables y relajados.
- No mostrar el siguiente plato sin haber retirado el plato anterior.



- Comer más cantidad en aquellas horas en las que tenga más apetito (suelen ser los desayunos)
- Beber líquidos fuera de los momentos dedicados a las comidas. Aprovechar a tomar zumos, batidos de frutas o suplementos nutricionales.
- Variar las técnicas de cocinado. Incorporar condimentos, como hierbas aromáticas, en la preparación de carnes y pescados es una buena estrategia para aportar matices y enriquecer su sabor.



CÁLCULOS RENALES

Los cálculos renales, comúnmente llamados "piedras", están formados por sustancias presentes de manera natural en la orina que, por distintas causas, se concentran y solidifican, dando lugar a fragmentos de tamaño variable. Cuando los cálculos son pequeños, suelen expulsarse de forma natural sin provocar síntomas; sin embargo, si alcanzan un tamaño mayor, pueden quedar retenidos en el uréter o en la vejiga, provocando un cuadro conocido como cólico renal.

• Restricciones

Es prioritario evitar el consumo de bebidas alcohólicas y refrescos carbonatados. Se debe moderar el consumo de alimentos proteicos como carnes y pescados. Es importante reducir el consumo de sal, ya que aumenta la eliminación de calcio en la orina. El exceso de vitamina D puede favorecer la formación de cálculos, aunque hay que recordar que también la vitamina D es necesaria para los huesos.

• Comidas/Planificación

Se aconseja beber líquidos de manera frecuente y en cantidad suficiente para que el volumen de orina también aumente a 2 litros por día. Ejemplo de distribución de líquidos:

1 vaso antes de desayunar - 1 vaso en cada comida - 2 vasos entre comidas - 1 vaso antes de acostarse - 1 ó 2 vasos si se levanta por la noche.

Otras consideraciones importantes son:

- Reducir consumo de alimentos ricos en oxalatos (espinacas, arándanos, fresas, té, cacao...).
- Aumentar consumo de alimentos con magnesio, tiamina y piridoxina.
- Reducir la ingesta de proteína animal.
- No consumir dosis innecesarias de Vit C.
- Reducir consumo de alimentos ricos en purinas. (carnes, pesados, anchoas, sardinas, etc.).

• Consideraciones

Los factores más importantes que influyen en la aparición de un cólico renal son los siguientes: las infecciones urinarias, la inmovilización prolongada, el exceso de peso o la deshidratación.

Salvo indicación expresa por parte de un médico, no se recomienda reducir el consumo de alimentos ricos en calcio, aunque los cálculos sean de calcio.



SOBREPESO

Los cambios físicos y la reducción de la actividad física que acompañan al envejecimiento hacen que los adultos mayores deban prestar especial cuidado en el control de su peso.

Combinar una alimentación equilibrada con la práctica regular de actividad física constituye una estrategia eficaz para mantener un peso estable y prevenir la obesidad.

En personas con problemas de salud vinculados al peso, las dietas para su reducción deben plantearse únicamente tras una valoración individual exhaustiva que permita evaluar beneficios y riesgos, y siempre con un seguimiento adecuado.

• Restricciones

Alimentos con alta densidad energética: mantequilla, pasteles, galletas, carnes grasas y procesadas, azúcares, zumos, bebidas azucaradas, caramelos, chocolate, etc.

Algunos consejos para evitar el sobrepeso/obesidad:

- › Reducir las calorías un 5% por década a partir de los 50 años.
- › Priorizar la ingesta de carbohidratos complejos (verduras, frutas, cereales integrales, etc)
- › Reducir la ingesta de proteínas de carne de vacuno y sustituirla por alimentos vegetales, pescado y aves de corral.
- › Limitar la ingesta de grasas a un máximo del 30% del total de calorías consumidas.
- › Evitar grasas saturadas y colesterol.
- › Evitar el exceso de azúcar.
- › Obtener minerales y vitaminas a partir de la ingesta de alimentos (suplementar en caso de que sea necesario y con supervisión de un profesional).
- › Beber suficiente agua.
- › Comer alimentos variados.
- › Mantener peso corporal adecuado para la edad y constitución.
- › Reducir consumo de sal.
- › No beber alcohol.
- › La dieta por intercambios puede ser una herramienta útil.

• Comidas/Planificación

Para evitar la pérdida de masa muscular, la restricción calórica debe ser moderada, reduciendo como máximo unas 500 kcal/día respecto a las necesidades energéticas estimadas y manteniendo una ingesta mínima de entre 1.000 y 1.200 kcal/día.

El objetivo recomendado es lograr una pérdida de peso de entre 0,25 y 1 kg por semana –lo que equivale aproximadamente a un 5-10 % del peso inicial tras seis meses o más–, garantizando una ingesta proteica de al menos 1 g por kilogramo de peso corporal al día, junto con un aporte suficiente de micronutrientes.

• Consideraciones

Para transformar las recetas y preparaciones de un menú estándar omnívoro en una versión vegetariana, basta con sustituir los alimentos de origen animal –como pescado, carne y sus derivados–, procurando realizar los mínimos cambios posibles respecto a la propuesta original.

En caso necesario, se puede incrementar el aporte proteico mediante la incorporación de suplementos de proteínas vegetales aisladas o de aminoácidos esenciales, asegurando siempre que las cantidades sean adecuadas para cubrir las necesidades nutricionales.

En definitiva, se debe aumentar el metabolismo basal y la actividad física.

Es posible la re-educación nutricional: distinguir hambre real de hambre psicológica. Los cambios de hábitos requieren interés, voluntad y motivación.

Tratamiento farmacológico y/o quirúrgico: consultar con un especialista para valorar cada caso.

Composición recomendada de la dieta(hipocalórica)

Nutriente	Recomendación
CALORÍAS TOTALES	El déficit calórico debe de ser de 500-1000kcal como máx con respecto a las necesidades energéticas. NUCA reducir la ingesta por debajo de 1200kcal. La pérdida de peso recomendada es de máx 1kg/semana
PROTEÍNAS	10-15% de la ingesta energética total
HIDRATOS DE CARBONO	50-55% de la ingesta energética total
FIBRA	25-30g/día
LÍPIDOS	30-35% de la ingesta energética total
Ácidos grasos saturados	Menos del 10%
Ácidos grasos monoinsaturados	El resto de la ingesta energética total de ácidos grasos(ácido oleico, por ejemplo)
Ácidos grasos poliinsaturados	6-11%
Colesterol	Menos de 300mg/día



ENFERMEDAD ÓSEA Y/O ARTICULAR

Es una enfermedad muy frecuente que afecta fundamentalmente a las personas mayores y a las mujeres después de la menopausia. Para prevenir la osteoporosis es necesario mantener una alimentación saludable y un adecuado consumo de calcio durante toda la vida, y sobre todo en los períodos de crecimiento: infancia y adolescencia, embarazo y lactancia.

• Restricciones

Es importante tener presente que factores como la inmovilización prolongada, la ausencia de actividad física, el consumo de tabaco o alcohol, así como el uso de determinados medicamentos —por ejemplo, los corticoides—, favorecen la pérdida de calcio en los huesos y aumentan el riesgo de desarrollar osteoporosis.

• Comidas/Planificación

Para asegurar un buen aporte de calcio y vitamina D, se recomienda consumir al menos cuatro raciones diarias de lácteos, optando por versiones sin lactosa si es necesario o enriquecidas con vitaminas A y D. Mantener una ingesta adecuada de proteínas, priorizando el pescado frente a la carne, es fundamental, sobre todo en personas mayores o en períodos de recuperación tras fracturas o cirugías.

La dieta debe incluir a diario tres piezas de fruta, una ración de verduras crudas y otra cocinada, y legumbres de dos a cuatro veces por semana. Se aconseja moderar el uso de sal y emplear condimentos como vinagre, ajo, cebolla, limón o especias y si es posible, practicar ejercicio 30-45 minutos, tres veces por semana.

• Consideraciones

La absorción del calcio de los alimentos se ve favorecida por la presencia de vitamina D y por los componentes presentes en la leche y sus derivados. A su vez, la exposición controlada a los rayos del sol facilita que se forme y active la vitamina D.

ONCOLOGÍA

La alimentación juega un papel clave en el tratamiento del cáncer. Tanto la enfermedad como los efectos secundarios de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia o trasplantes) pueden afectar la forma de comer y provocar desnutrición, un problema frecuente que deteriora la salud. Mantener un buen estado nutricional ayuda a tolerar mejor los tratamientos, aumenta su eficacia, reduce complicaciones y contribuye a una mejor calidad de vida.

• Restricciones

Realizar una alimentación adecuada a sus necesidades, en función de su edad, sexo, talla y grado de actividad física, capacidad de su aparato digestivo y dificultades para la ingesta ocasionadas por los tratamientos para la enfermedad y cumpliendo los criterios de una dieta saludable. Alejarse de los olores de la cocina, que favorecen la aparición de sensación de saciedad, las náuseas y los vómitos. No saltarse ninguna comida y reposar después de cada una de ellas, recostado o semisentado y si es posible evitar tumbarse en los 30 minutos siguientes.

• Comidas/Planificación

Variar los alimentos y menús a lo largo de la semana, presentando los platos de forma atractiva y con combinaciones de colores. Comer despacio, masticar bien, hacerlo en compañía y en un ambiente tranquilo. Aprovechar las horas de mayor apetito y tomar algo antes de dormir si se desea. Mantener alimentos líquidos a mano para despertares nocturnos. Enriquecer los platos con miel, leche en polvo, frutas en almíbar o frutos secos triturados.

Estimular el apetito con pequeñas cantidades de zumo, frutas, caldos. Beber de 2 a 3 litros de líquidos al día, preferiblemente fuera de las comidas y en tomas pequeñas. Realizar 5-6 comidas diarias, variadas y de pequeño volumen, facilitará la alimentación adecuada en este sentido.

• Recomendaciones dietéticas:

- Consumir al menos 5 porciones de frutas y verduras.
- Cantidades apropiadas de proteínas, pero sin que su consumo sea excesivo: 1-1,2 g/kg peso/día.
- Consumir alimentos naturales.
- Suplementar si necesario.
- Evitar alimentos ricos en grasa de mala calidad.

• Consideraciones

Los efectos secundarios del cáncer varían según el tipo de tumor, los tratamientos, los medicamentos y sus dosis.

En quimioterapia, los más comunes que afectan la alimentación y el estado nutricional incluyen náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, pérdida de apetito, llagas en la boca, cambios en el gusto y estreñimiento. En radioterapia, puede también presentarse cansancio, diarrea o problemas para tragar.

Conocer estos posibles síntomas permite a la persona y a sus cuidadores/profesionales anticiparse y, en algunos casos, prevenirllos.

- Efectos del tratamiento sobre el estado nutricional:
 - Dificultad para tragar o masticar.
 - Mala absorción de los alimentos.
 - Diarreas, obstrucción intestinal.
 - Pérdida de apetito, náuseas y vómitos.
- Efectos del cáncer en el estado nutricional:
 - Pérdida de peso sin causa aparente.
 - Anorexia (aumento de la sensación de saciedad, sentidos del gusto y olfato alterados).
 - Modificaciones metabólicas.
 - Cauquexia (cuadro de desnutrición severa).





MENOPAUSIA EN LA MUJER

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la menopausia natural o fisiológica como el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos sin menstruación, sin una causa patológica ni psicológica. Los cambios hormonales en la menopausia implican una disminución del estrógeno y la progesterona, que son producidos por los ovarios, y esto causa síntomas como síntomas y cambios que afectan a la piel, los músculos y la distribución de la grasa corporal.

• Restricciones

Mantener una dieta equilibrada y saludable es fundamental para aliviar los síntomas asociados con esta etapa y mejorar la calidad de vida. Algunos alimentos pueden empeorar ciertos síntomas de la menopausia o contribuir a los desequilibrios hormonales:

- **Alimentos altos en sal:** El consumo excesivo de sal puede aumentar la retención de agua y la presión arterial, lo que podría agravar los síntomas como la hinchazón y los sofocos en la menopausia.
- **Comidas picantes:** Aunque no afectan a todas las mujeres de la misma manera, las comidas picantes pueden desencadenar o intensificar los sofocos en algunas mujeres.
- **Alimentos con cafeína:** La cafeína puede alterar el sueño y exacerbar los sofocos y la ansiedad. Limitar su consumo puede ayudar a mejorar la calidad del sueño y reducir la irritabilidad.
- **Azúcares refinados y carbohidratos simples:** Los azúcares refinados y los carbohidratos simples son aquellos que el cuerpo descompone rápidamente, lo que puede llevar a picos y caídas en los niveles de azúcar en la sangre, contribuyendo a la fatiga, los antojos y, a largo plazo, al aumento de peso. Dentro de este grupo encontramos los siguientes alimentos: alimentos con harinas refinadas (pan blanco, pasta o arroz blanco), productos de panadería (pasteles, bollos, galletas), los cereales típicos para el desayuno, helados...

➢ **Alimentos ultraprocesados:** A menudo contienen altos niveles de azúcares, grasas saturadas y aditivos que pueden empeorar los síntomas de la menopausia y afectar a la salud general. Aquí dentro encontramos los snacks, golosinas, bebidas azucaradas, platos preparados, determinadas salsas... etc.

• Comidas/Planificación

Una alimentación saludable y adaptada en cada etapa es clave. Además, la presencia de ciertos nutrientes y alimentos o suplementos puede mejorar la sintomatología asociada a la menopausia:

- **Calcio y Vitamina D:** Además de un correcto aporte de Magnesio y vitamina K para favorecer su absorción ósea. Esto mejorará la salud ósea. Es habitual el déficit de vitamina D, por lo que será necesario revisar los valores para conocer si se debe suplementar.
- **Fitoestrógenos:** Ejercen una función "sustitutoria" de los estrógenos, disminuyendo la sintomatología asociada, y podemos encontrarlos en alimentos como la soja o las semillas de lino.
- **Ácidos grasos omega-3:** Tienen un potente efecto antiinflamatorio y ayudan a reducir el colesterol y el riesgo cardiovascular. Podemos encontrarlos en los pescados azules, en las nueces o en las semillas de lino y chía.
- **Fibra:** La fibra ayuda a disminuir los niveles de colesterol, a controlar el peso, a mantener un buen tránsito y a regular los niveles de azúcar en sangre. Para aumentar su consumo es indispensable incluir frutas, verduras, legumbres, frutos secos y semillas o cereales integrales como la avena.
- **Proteínas:** Serán fundamentales para asegurar un mejor mantenimiento de la masa muscular y ósea, que disminuye con la edad y esto se acentúa en el proceso menopáusico. Carnes magras, sobre todo blancas, pescados, huevo o legumbre, son las mayores fuentes.
- **Evitar procesados,** refinados, azúcar, grasas saturadas o alcohol, será clave para disminuir el riesgo cardiovascular, el aumento de grasa o los síntomas asociados a la menopausia.

• Consideraciones

Será fundamental mantenerse activa, sobre todo realizando ejercicio de fuerza, que mejorará la salud ósea y muscular, disminuyendo los síntomas y mejorando la composición corporal. También habrá que favorecer un buen descanso evitando grandes ejercicios previos al sueño, disminuyendo cafeína, cenando temprano, evitando pantallas en la hora previa a dormir (aprovecha para leer o meditar) o favoreciendo una buena temperatura ambiente. Por último, como en todos los casos, procura cuidar el estrés.

Otras preferencias

VEGETARIANISMO/VEGANISMO

Si bien no es una patología, pero una preferencia ética, el aumento de personas de diferentes países, culturas y religiones, así como de quienes siguen opciones alimentarias alternativas, como el vegetarianismo, hace recomendable ofrecer un menú paralelo que contemple estas variantes. Las dietas vegetarianas –incluidas las veganas–, cuando están bien planificadas y cuentan con suplementación adecuada de vitamina B12, son saludables y cubren todas las necesidades nutricionales.

• Restricciones

Carne, pescado, huevos, lácteos o derivados en función del tipo de dieta (lacto-ovo vegetariana, ovo-vegetariana, lacto-vegetariana, etc.). Pueden darse algunas variaciones. En las dietas veganas, se omite por completo cualquier alimento que venga de los animales.

• Comidas/Planificación

Para reemplazar la carne, el pescado, los huevos y los lácteos, se pueden incorporar legumbres como lentejas, garbanzos y alubias (blancas, rojas o negras), así como sus derivados: tofu, tempeh, proteína de soja texturizada o harina de garbanzo. Estas alternativas pueden presentarse en recetas elaboradas en cocina, evitando los productos precocinados (como salchichas o hamburguesas vegetales comerciales), y utilizándolos en preparaciones caseras como boloñesa, lasaña o albóndigas

Asimismo, las bebidas vegetales sin azúcares añadidos y enriquecidas con calcio son una buena opción para sustituir la leche.

• Consideraciones

Para adaptar las recetas y preparaciones de un menú estándar omnívoro a su versión vegetariana, basta con sustituir los alimentos de origen animal (como pescado, carne y derivados) procurando mantener el resto de la planificación sin cambios significativos. En caso necesario, se puede incrementar el aporte proteíco mediante la suplementación con proteínas vegetales aisladas o aminoácidos esenciales en las cantidades adecuadas para cada caso.

Importante siempre consultar con un especialista de la nutrición y consumir Vitamina B12 para un cuidado adecuado de la salud general.

DIETA HALAL

Si bien no es una patología, pero una preferencia ética, el aumento de personas de diferentes países, culturas y religiones, así como de quienes siguen opciones alimentarias alternativas, como el vegetarianismo, hace recomendable ofrecer un menú paralelo que contemple estas variantes. La dieta Halal es aquella que cumple con las leyes y los principios del islam, prohibiendo específicamente el consumo de carne de cerdo, la sangre, los animales que no se han sacrificado ritualmente (Zabiha) y sustancias embriagadoras como el alcohol.

• Restricciones

Las restricciones y prohibiciones dietéticas halal desempeñan un papel crucial en la vida de los musulmanes de todo el mundo. Halal, que significa "permitido" en árabe, se refiere a alimentos y bebidas que son legales y permitidos según la ley islámica, conocida como Shariah. Estas pautas dietéticas no solo se basan en creencias religiosas, sino que también abarcan consideraciones éticas, de salud y de higiene. En esta sección, exploraremos algunos de los aspectos clave de las restricciones y prohibiciones dietéticas halal.

• Comida/Planificación

Los musulmanes tienen prohibido consumir ciertos tipos de alimentos e ingredientes. Estas prohibiciones incluyen:

- › **Carne de cerdo:** El consumo de carne de cerdo y productos derivados del cerdo está estrictamente prohibido en el islam. Esto incluye todas las formas de carne de cerdo, como tocino, jamón y salchichas.
- › **Alcohol:** Los musulmanes tienen prohibido consumir bebidas alcohólicas o cualquier alimento o bebida que contenga alcohol
- › **Carroña y sangre:** Se prohíbe el consumo de carroña (animales que hayan muerto naturalmente) y sangre.
- › **Animales carnívoros:** No se permite el consumo de animales que sean considerados carnívoros, como leones y tigres.

› **Animales no sacrificados según las directrices islámicas:** a los musulmanes sólo se les permite consumir carne que haya sido sacrificada por un musulmán utilizando el método islámico correcto, que implica recitar el nombre de Alá (Dios) en el momento del sacrificio.

› **Certificación y etiquetado Halal:** Para garantizar que un producto sea halal, muchas empresas buscan la certificación halal de organizaciones islámicas acreditadas. Estas organizaciones verifican que el producto y sus procesos de fabricación cumplan con las directrices halal. Los productos que han sido certificados como halal suelen estar etiquetados con un logotipo o símbolo halal, lo que facilita a los consumidores identificar y comprar productos halal.

• Consideraciones

El término halal se refiere a alimentos permitidos o autorizados según el Islam y se aplica a alimentos y bebidas. Los productos halal no deben contener sustancias o ingredientes ilegales o haram. También deben fabricarse y almacenarse utilizando utensilios o máquinas que cumplan con las regulaciones islámicas.

Algunos ingredientes que son halal pueden ser carne, partes de frutas, verduras, arroz, pasta, etc. Los ingredientes alimentarios halal incluyen todos los alimentos permitidos, principalmente alimentos de origen animal. Por lo tanto, algunos ingredientes que son halal pueden ser carne de oveja, ganado vacuno, cabra y camello, así como carne de caballo, aves o conejo.

También se permiten mariscos, frutas, verduras, arroz, pasta y cereales. Por el contrario, la carne de cerdo, que suele citarse como ejemplo, es el haram, así como cualquier carne de animales que no se hayan sometido a los rituales islámicos de matanza.

d. Nutrición en los cuidados paliativos

• La terapia nutricional

En fases avanzadas de enfermedad, el objetivo principal pasa a ser el confort. Las decisiones sobre el soporte nutricional deben individualizarse, valorando beneficios y posibles cargas, respetando siempre los deseos de la persona y evitando intervenciones que prolonguen o aceleren el proceso vital de forma no deseada.

• Diferentes puntos de vista

En cuidados paliativos es habitual encontrar variabilidad en las expectativas y opiniones de la persona, su familia y los profesionales. Por ello es fundamental una comunicación clara, la deliberación ética y la documentación de acuerdos, que deben revisarse de manera periódica a medida que cambie la situación clínica.

• El bienestar como objetivo

La nutrición en cuidados paliativos se centra en el placer, el alivio de síntomas y la calidad de vida. Importa el sabor, la textura, la temperatura y la posibilidad de ofrecer pequeñas cantidades que resulten agradables. En fases finales, cuando el hambre y la sed disminuyen, el foco se desplaza hacia los cuidados de boca y el confort. Todas las intervenciones deben adecuarse al estado clínico y a las preferencias, y reevaluarse de forma continua.



6.4 Otras situaciones que pueden condicionar la alimentación

Debemos destacar la importancia de la alimentación en fases avanzadas de la vida, destacando que, en esta etapa, el objetivo principal no es únicamente cubrir los requerimientos nutricionales, sino también garantizar el confort, la dignidad y la calidad de vida de la persona.

La alimentación en esta etapa vital debe adaptarse a las necesidades y deseos individuales, priorizando el placer de comer y la adaptación a las capacidades funcionales de la persona. Es fundamental valorar el contexto clínico, funcional, social y emocional, con el fin de ofrecer un enfoque personalizado que tenga en cuenta los cambios fisiológicos y la evolución de la enfermedad.

Resaltar que las intervenciones deben respetar la voluntad de la persona y, cuando sea posible, favorecer su autonomía en la alimentación. La textura, el sabor y la presentación de los alimentos deben adaptarse para facilitar la ingesta y evitar riesgos, como la disfagia. En caso de pérdida de apetito, se recomienda ofrecer comidas más pequeñas, frecuentes y con alto valor energético y proteico.

En situaciones donde la ingesta oral ya no sea posible o suficiente, la decisión sobre soporte nutricional artificial debe basarse en un análisis cuidadoso de los beneficios, riesgos y deseos de la

persona. La hidratación, aunque a veces limitada por la situación clínica, sigue siendo un aspecto clave para el bienestar, debiendo asegurarse la ingesta de la cantidad correcta recomendada.

La atención nutricional en la etapa final de la vida o con enfermedades neurodegenerativas, requiere un trabajo coordinado entre profesionales sanitarios, familiares y cuidadores, con el fin de crear un entorno seguro, tranquilo y agradable para las comidas. Asimismo, se subraya la importancia de la comunicación clara con la persona y su entorno para alinear las expectativas y objetivos.

En conclusión, la nutrición en la etapa final de la vida debe equilibrar aspectos médicos, funcionales y emocionales, siempre desde un enfoque integral centrado en la persona, con el objetivo de aportar bienestar y mantener, en la medida de lo posible, la dignidad de la persona y su calidad de vida.



Alimentación e hidratación: buenas prácticas y protocolos

1

Principios generales

Comer es un acto social que influye en la calidad de vida.

La autonomía alimentaria debe respetarse en la medida de lo posible.

Prescripción dietética consensuada con la persona y/o familiares.

Adaptación de cantidad, calidad y variedad a necesidades específicas.

3

Buenas prácticas en alimentación

Evitar monotonía en menús: incluir especiales en fechas señaladas.

Difundir menús con antelación

Individualizar presentación según riesgos de masticación o deglución.

Flexibilizar horarios y ritmos; evitar prisas.

Facilitar participación de residentes en planificación y preparación de menús.

Informar personalmente en cambios de dietas.

2

Organización y protocolos

Servicio de cocina propio o contratado cumpliendo normativa.

Registro de menús y, si es necesario, registros individuales de ingesta.

Protocolos para situaciones de discrepancia entre persona, familia y profesionales.

Uso de ayudas técnicas solo con prescripción médica consensuada.

5

Hidratación

Vigilar ingesta de agua, especialmente en personas con menor autonomía.

Adaptar líquidos para personas con disfagia (aguas gelificadas, espesantes).

Ambiente y presentación

Decoración hogareña y adaptada a adultos en comedores.

Separar comensales en caso de hábitos alimentarios que resulten molestos.

Uso de equipamiento (microondas, bandejas calientes) para flexibilidad de horarios.



¿Qué beber?

El agua es la opción más recomendable y debe constituir la mayor parte de la ingesta diaria de líquidos. No obstante, existen otras fuentes interesantes para contribuir a la hidratación, como la leche, frutas con alta cantidad de agua, (ej. Sandía, melón, fresas... etc) y verduras, así como las sopas o caldos sin sal, que además aportan nutrientes y variedad.

El café y las infusiones sin azúcar también son alternativas adecuadas para hidratarse, aunque conviene tener precaución con determinadas plantas medicinales, como la cola de caballo, que posee efecto diurético y podría favorecer la deshidratación. En cuanto a las bebidas alcohólicas, no se aconseja su consumo, ya que el alcohol incrementa la eliminación de líquidos a través de la orina, entre otras consecuencias negativas.

Consejos para beber más agua

Lleva una botella siempre contigo



Pon recordatorios para beber agua



Bebe un vaso de agua al despertar



Bebe infusiones o prepara agua con sabores (echándole frutos rojos, por ejemplo).

Es importante que llevemos un registro de hidratación de las personas que atendemos ya que ellas no lo pueden hacer y que vigilemos los signos de la deshidratación

6.5 Alimentación e interacción con medicamentos.

El elevado consumo de medicamentos en las personas mayores incrementa la incidencia de interacciones entre alimentos y fármacos. Además, el envejecimiento altera la capacidad de absorber, metabolizar o eliminar los medicamentos, a lo que se suman sus posibles efectos secundarios —como náuseas, vómitos o cambios sensoriales que afectan al olfato y al gusto—reduciendo así la adecuada ingesta de nutrientes.

Interacciones más relevantes alimento – medicamento:

Medicamento/ Fármaco	Tipo de interacción	Recomendaciones
Hierro	Los alimentos ricos en vitamina C (cítricos, kiwi) mejoran la absorción. Los productos lácteos o la cafeína (café, té, refrescos de cola) disminuyen el efecto.	Se recomienda su administración con zumo de naranja u otros cítricos con el estómago vacío.
Anticoagulantes dicumarínicos Sintrom® (acenocumarol) Aldocumar® (arfarina)	Alimentos ricos en vitamina K (verduras de hoja verde –espinacas, lechuga, brócoli-, coliflor, té verde) antagonizan su efecto si se consumen en gran cantidad. Las dietas ricas en grasas disminuyen el efecto.	Se recomienda su administración siempre a la misma hora.
IECA ARA-II (medicamento indicado en el tratamiento de la hipertensión arterial y de la insuficiencia cardíaca sintomática)	Los alimentos ricos en potasio (naranja, plátanos) aumentan el riesgo de hipopotasemia.	
Diuréticos ahorreadores de potasio		
Bifosfonatos	Los productos lácteos disminuyen la disponibilidad. La cafeína (café, té, bebidas de cola) disminuyen la absorción del alendronato (medicación para la osteoporosis)	Se recomienda su administración 2h antes de una comida.
Antibióticos Fluoroquinolonas (ciprofloxacina, norfloxacina)	Los productos lácteos disminuyen la disponibilidad.	Se recomienda administrarlos al menos 1h antes o 2h después de la ingesta de lácteos.



Medicamento/Fármaco	Tipo de interacción	Recomendaciones
Antibióticos Fosfomicina Azitromicina	Cualquier alimento disminuye su absorción.	Se recomienda administrar con el estómago vacío.
Levotiroxina	La fibra puede reducir la absorción. La soja (fitoestrógenos) disminuye la absorción intestinal.	Se recomienda su administración 30 minutos antes de desayunar.
Clozapina Haloperidol Olanzapina	La soja (fitoestrógenos) aumenta los niveles plasmáticos. Las dietas ricas en grasas aumentan la disponibilidad de la clozapina.	-
Levodopa Carbidopa	Las dietas ricas en proteínas disminuyen la disponibilidad.	
Fenitoína	Las dietas ricas en grasas aumentan la disponibilidad. Las dietas ricas en proteínas disminuyen la disponibilidad.	

*Modificada d'Osakidetza. Administración de medicamentos orales: ¿cómo y cuándo? (INFAC. Farmakoterapia Informazioa, vol. 29, núm. 26, 2021)

Interacciones más relevantes medicamento – alimento:

Medicamento/ Fármaco	Nutrientes afectados
Antiácidos con aluminio	Calcio, cobre, folatos, fósforo, hierro.
Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en tratamiento crónico	Hierro.
Ácido valproico, carbamazepina	Vitamina D.
Colquicina	Potasio, sodio, vitamina A, vitamina B12.
Colestiramina, colestipol	Folatos, hierro, vitamina K, Vitamina A, vitamina B12, vitamina D.
Diuréticos	Calcio, magnesio, potasio, zinc y sodio.
Fenitoína, fenobarbital, primidona	Calcio, folatos.
Glucocorticoides	Calcio y vitamina D.
Heparina	Vitamina D.
Inhibidores de la bomba de protones (IBP) a largo plazo	Vitamina B12, magnesio, calcio, hierro.
Laxantes procinéticos	Vitaminas liposolubles.
Metformina	Vitamina B12.
Metildopa	Folatos, hierro, vitamina B12.
Metotrexato	Calcio, folatos.
Tetraciclinas	Folatos, hierro.
Trimetoprim/sulfametoxazol	Calcio, folatos.

*Modificada d'Osakidetza. Administración de medicamentos orales: ¿cómo y cuándo? (INFAC. Farmakoterapia Informazioa, vol. 29, núm. 26, 2021)





57

7. Grupos de alimentos y planificación de las comidas

7.1 Estructura de los menús: ejemplo de programación de un menú semanal para una dieta basal

Para realizar una buena planificación de los menús, aparte de conocer las cantidades y las frecuencias de consumo que se han indicado, lo prioritario en todo momento es conocer las necesidades y las prioridades individuales.

Es fundamental asegurar el consumo de todas las raciones recomendadas de cada grupo de alimentos, pero también resulta clave su adecuada distribución a lo largo del día. Lo ideal es realizar, como mínimo, tres comidas principales completas y entre una y tres colaciones, por ejemplo: desayuno, almuerzo, merienda, cena y una colación nocturna (recena).

En cada comida deben incluirse los grupos de alimentos recomendados, aplicando las adaptaciones necesarias según el tipo de dieta de cada persona.

COMIDA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO	Lácteos: vaso de leche semidesnatada y café Cereales: pan integral con aceite de oliva y tomate (AOVE)	Lácteos: yogur natural y café con leche Fruta: plátano Cereales: copos de avena con frutos secos	Lácteos: café con leche Cereales: tostada integral queso fresco y pavo Fruta: kiwi	Lácteos: yogur natural Cereales: avena con frutos secos Fruta: plátano	Lácteos: leche Cereales: pan integral con aceite AOVE y tomate Fruta: mandarina	Lácteos: café con leche Fruta: fresas Cereales: copos de avena y frutos secos	Lácteos: leche semidesnatada y café Cereales: pan con queso fresco y aguacate Fruta: pera
MEDIA MAÑANA	Hidratación agua, zumos naturales, limonadas, infusiones o aguas aromatizadas.						
ALMUERZO	Hortalizas: ensalada mixta Legumbres: lentejas guisadas Cereales: arroz Fruta: pera	Hortalizas: crema de calabacín/verduras Pescado azul: sardinas a la plancha Tubérculos: patata cocida Lácteos: yogur	Hortalizas: brócoli/verduras al vapor Carne: pollo a la plancha Cereales: pan integral Fruta: melón	Hortalizas: ensalada de tomate Pescado: salmón a la plancha Tubérculos: Patata asada Fruta: mandarina	Hortalizas: menestra Legumbres: garbanzos estofados Fruta: sandía	Hortalizas: pimientos asados Pescado: merluza la plancha Lácteos: yogur natural	Hortalizas: ensalada variada con Legumbres: alubias Carne: conejo al ajillo Fruta: fresas, naranja
MERIENDA	Frutos secos: nueces	Fruta: manzana	Frutos secos: almendras	Fruta: melocotón	Fruta: kiwi	Fruta: plátano Lácteos: yogur natural	Frutos secos: avellanas
CENA	Hortalizas: verduras a la plancha Pescados: merluza al horno con limón	Hortalizas: ensalada de espinacas Huevos: tortilla francesa Cereales: pan integral	Hortalizas: ensalada de lechuga con Legumbres: garbanzos Huevos: revuelto de setas	Hortalizas: puré de calabaza Carne: pechuga de pavo Cereales: pan integral	Hortalizas: verduras salteadas Pescado: lenguado a la plancha	Hortalizas: sopa de verduras Huevos: tortilla de verduras/espinacas Cereales: pan integral	Hortalizas: puré mixto Pescado: merluza a la plancha Cereales: pan integral
RECENA	Lácteos: vaso de leche semidesnatada	Fruta: compota de manzana Infusión	Lácteos: vaso de leche	Lácteos: yogur natural	Fruta: plátano Infusión	Lácteos: yogur /vaso de leche	Lácteos: yogur /vaso de leche

Resumen del cumplimiento de frecuencias:

- **Lácteos:** 3-4 raciones/día
- **Agua:** 6-8 vasos/día -(Incluir siempre fuera de las comidas)
- **Aceite de oliva:** diario
- **Hortalizas:** 3 raciones/día
- **Frutas:** 2-3 raciones/día
- **Cereales:** 3-6 raciones/día
- **Frutos secos:** 3-4/semana
- **Legumbres:** 4/semana
- **Patatas/tubérculos:** 3 raciones a la semana como máximo.
- **Pescado/marisco:** 3/semana
- **Huevos:** 4-5/semana
- **Carne:** máx. 3/semana





8

8. El papel de la alimentación en la prevención de la desnutrición y manejo de la pérdida muscular en el adulto mayor

8.1 Seguimiento nutricional, evaluación y planificación.

La desnutrición en mayores se evalúa con el método GLIM, que combina criterios fenotípicos (pérdida de peso, bajo IMC, reducción de masa muscular) y etiológicos (ingesta insuficiente, inflamación o enfermedad). Se recomienda realizar un cribado sistemático con herramientas validadas, como el MUST, al ingreso en un centro y repetir reevaluaciones periódicas.

La evaluación periódica, preferiblemente trimestral o ajustada al nivel de riesgo, debe incluir: ingesta y peso, evolución temporal, parámetros funcionales, presencia de comorbilidades, fármacos en uso, situación social y preferencias de la persona. El objetivo siempre es preservar o recuperar tanto el estado nutricional como la funcionalidad.

En personas mayores, un IMC de hasta 29,9 puede no asociarse a peores resultados, por lo que debe evitarse la pérdida de peso no intencionada. Se debe priorizar la fuerza y la capacidad funcional frente a un control estricto del peso.

El tratamiento nutricional debe tener en cuenta la densidad energética y proteica de la dieta, el fraccionamiento en varias tomas diarias, las texturas seguras adaptadas a cada persona, y el posible uso de suplementos orales. Todo ello debe coordinarse con el ejercicio físico y los objetivos funcionales. La planificación debe alinearse con la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), respetando preferencias, biografía alimentaria y metas realistas, con un seguimiento documentado.

Criterios diagnósticos GLIM

Criterios fenotípicos



Pérdida de peso

Más del 5% en los últimos 6 meses o más del 10% si el periodo es mayor a 6 meses.



Bajo IMC kg/m^2

IMC <20 para personas menores de 70 años. IMC <22 para personas mayores de 70 años.



Masa muscular reducida

Evaluada según una técnica validada para la medición de la composición corporal.

Criterios etiológicos



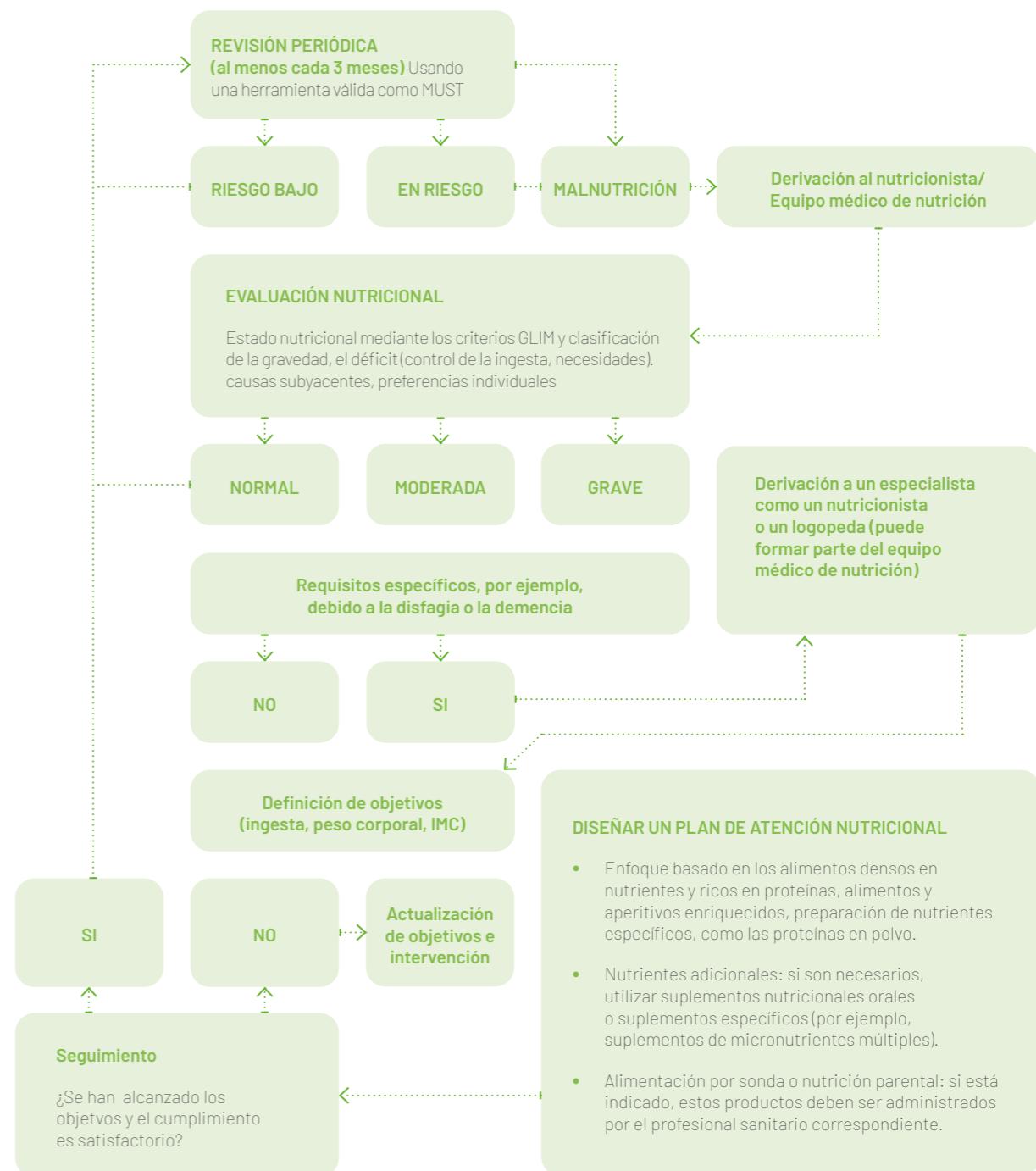
Ingesta alimentaria reducida o reducción de la absorción

<50% de la ingesta recomendada durante más de una semana o cualquier reducción de ingesta durante más de dos semanas, o cualquier enfermedad crónica digestiva con impacto adverso en asimilación o absorción de nutrientes.



Inflamación

Relacionada con una enfermedad aguda, cirugía o vinculada a una enfermedad crónica.



Paso 1

Puntuación del IMC

IMC kg/m ²	Puntuación
>20 (>30 Obesidad)	= 0
18.5-20	= 1
<18.5	= 2

Si no puede obtener la estatura ni el peso, consulte el dorso de las medidas alternativas y el uso de criterios subjetivos.

Paso 2

Puntuación de la pérdida de peso

Pérdida de peso involuntaria en los últimos 3-6 meses	IMC kg/m ²	Puntuación
>20 (>30 Obesidad)	= 0	
18.5-20	= 1	
<18.5	= 2	

Puntuación del efecto de las enfermedades agudas

El paciente está muy enfermo y no ha habido, o es probable que no vaya a haber, aporte nutricional durante > 5 días	2 puntos
Es improbable que el efecto de las enfermedades agudas tenga aplicación fuera del hospital. Véase más información en el Manual explicativo "MUST"	

Es improbable que el efecto de las enfermedades agudas tenga aplicación fuera del hospital. Véase más información en el Manual explicativo "MUST"

Paso 4

Riesgo global de malnutrición

Sume las puntuaciones para calcular el riesgo global de malnutrición
0 puntos: Riesgo bajo 1 punto: Riesgo intermedio 2 o más puntos: Riesgo alto

Paso 5

Directrices de tratamiento

0 Riesgo Bajo

Asistencia clínica habitual

- Repetir el cribado
 - Hospital: todas las semanas
 - Residencias: todos los meses
 - Comunidad: todos los años en grupos especiales, p. ej., mayores de 75 años

1 Riesgo Intermedio

Observación

- Documentar el aporte dietético durante 3 días.
- Si el aporte es suficiente: escaso interés clínico; repetir el cribado.
 - Hospital: todas las semanas.
 - Residencias: como mínimo todos los meses.
 - Comunidad: como mínimo cada 2-3 meses.
- Si el aporte es insuficiente: interés clínico; seguir las normas locales, fijar objetivos, mejorar y aumentar el aporte nutricional total, controlar y revisar periódicamente el plan de cuidados.
 - Hospital: todas las semanas.
 - Residencias: como mínimo todos los meses.
 - Comunidad: como mínimo cada 2-3 meses.

2 o más Riesgo alto

Tratamiento*

- Derivar a un dietista o a un equipo de apoyo nutricional, o aplicar las normas locales.
 - Fijar objetivos, mejorar y aumentar el aporte nutricional total.
 - Controlar y revisar el plan de cuidados.
 - Hospital: todas las semanas.
 - Residencias: como mínimo todos los meses.
 - Comunidad: como mínimo cada 2-3 meses.
- Salvo que sea perjudicial o no se espere ningún beneficio del apoyo nutricional, p. ej. en caso de muerte inminente.

Todas las categorías de riesgo:

- Tratar la enfermedad subyacente y proporcionar asesoramiento sobre la elección de los alimentos y ayuda para comer y beber cuando sea necesario.
- Registrar la categoría de riesgo de malnutrición.
- Registrar la necesidad de dietas especiales y seguir las normas locales.

Obesidad:

Registrar la presencia de obesidad. En los pacientes con enfermedades subyacentes, normalmente es necesario controlarlas antes de tratar la obesidad.

Cuando se identifique a una persona de riesgo...

deberá repetirse la evaluación en los distintos ámbitos de atención sanitaria.



8.2 Buenas prácticas en la gestión de la alimentación en los centros residenciales para personas mayores.

El envejecimiento se entiende como el conjunto de cambios estructurales y funcionales que ocurren en los seres vivos a lo largo del tiempo. Estos cambios pueden ser fisiológicos, cuando forman parte del proceso normal de la mayoría de las personas, o patológicos, cuando están asociados a alteraciones del equilibrio orgánico. En este último caso, la salud suele ser más frágil debido a la presencia de patologías, así como a factores sociales y funcionales, configurando lo que se denomina *envejecimiento patológico*.

En la práctica clínica, es posible diferenciar varios perfiles de personas mayores:

- **Persona mayor sana:** Individuo de edad avanzada sin enfermedades objetivables, con capacidad funcional intacta e independencia para realizar todas las actividades de la vida diaria.
- **Persona mayor enferma:** Persona mayor previamente sana que presenta una enfermedad aguda, sin coexistencia de patologías relevantes ni problemas sociales o mentales.
- **Persona mayor frágil:** Persona de edad avanzada con una o más enfermedades de base que, cuando están controladas, le permiten mantener la independencia básica. Aunque conserva la capacidad para las actividades esenciales (como comer, asearse o vestirse), presenta limitaciones para tareas instrumentales más complejas (hacer la compra, cocinar, gestionar dinero, etc.).
- **Paciente geriátrico:** Persona de edad avanzada con una o varias enfermedades crónicas y avanzadas que generan dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, frecuentemente acompañadas de alteraciones cognitivas y/o problemas sociales.

a. Fragilidad y sarcopenia

La fragilidad y la sarcopenia son síndromes geriátricos vinculados a un mayor riesgo de discapacidad, caídas, centros residenciales y mortalidad.

- **Fragilidad:** Estado de vulnerabilidad caracterizado por una reducción de la funcionalidad. La fragilidad es un estado de vulnerabilidad aumentado en las personas mayores, en el que su capacidad para responder a situaciones de estrés físico o emocional está reducida. Esto se debe a una disminución de las reservas fisiológicas y a una pérdida progresiva de fuerza, energía y capacidad funcional. Se manifiesta con síntomas como fatiga, pérdida de peso involuntaria, disminución de la actividad física y menor velocidad al caminar. La fragilidad aumenta el riesgo de caídas, hospitalizaciones, discapacidad y mortalidad, pero, con una detección precoz, es posible aplicar intervenciones que retrasen o incluso reviertan su evolución.



Baja fuerza muscular



Baja cantidad/
calidad muscular



Bajo rendimiento
físico

- **Sarcopenia:** Pérdida de masa, fuerza y función muscular, estrechamente relacionada con la fragilidad.

La sarcopenia es un síndrome geriátrico caracterizado por la pérdida progresiva y generalizada de masa muscular, acompañada de una disminución de la fuerza y de la función física. Esta condición no solo implica menos músculo, sino también una menor capacidad para realizar actividades cotidianas, lo que repercute en la autonomía y la calidad de vida. Incrementa el riesgo de caídas, fracturas, pérdida de independencia y mortalidad, y se asocia estrechamente con la fragilidad.

Aunque puede aparecer como parte del proceso de envejecimiento fisiológico, se ve acelerada por factores como la inactividad física, una ingesta inadecuada de proteínas, enfermedades crónicas, inflamación persistente o cambios hormonales. Su diagnóstico suele combinar la evaluación de la fuerza (por ejemplo, mediante la fuerza de prensión manual - dinamómetro), la masa muscular (medida con técnicas como la bioimpedancia o la DEXA - densidad ósea) y el rendimiento físico (pruebas de velocidad de la marcha o levantarse de una silla).

La fragilidad y la sarcopenia comparten una baja fuerza de agarre y una velocidad de la marcha lenta

Complicaciones que repercuten en el estado nutricional



Como se ha mencionado anteriormente, ambas situaciones repercuten y pueden aumentar la discapacidad y la reducción en la calidad de vida de las personas que la sufren. Las principales situaciones que pueden producirse en una persona mayor van desde sufrir una caída a la obesidad sarcopénica o la desnutrición en el caso de que el paciente tenga bajo peso.

Si debemos hacer frente a estos síndromes geriátricos, debemos asegurar que primero se cumplen los siguientes objetivos:

- Garantizar la adecuada ingesta de proteínas y vitamina D.
- Realizar ejercicio en función de las capacidades de cada persona y según sus necesidades personales.
- Mantener un peso adecuado.
- Se aconseja mantener un estilo de vida saludable, tomando la **Dieta Mediterránea** como patrón de referencia.

b. Recomendaciones para la Fragilidad y la Sarcopenia

- En caso de **fracturas óseas**: priorizar alimentos con calcio, vitamina D, magnesio, zinc, vitamina K, vitamina C y proteínas, por su papel en la salud ósea.
- En personas residentes con **lesiones por presión** (UPP): se recomiendan suplementos orales hiperproteicos (20-30% de la energía total en forma de proteínas). Respecto a micronutrientes, aunque no hay consenso total, algunos expertos sugieren suplementar con zinc, arginina (presente en gelatina, bacalao salado, alga spirulina, guisantes secos, crema de cacahuete, soja, lentejas, almendras, habas, piñones), carotenoides y vitaminas A, C y E.

• En pacientes con sarcopenia:

- Asegurar un consumo elevado de proteínas (1-1,2 g/kg de peso/día), priorizando aquellas con aminoácidos esenciales, especialmente leucina.
- Incluir alimentos **ricos en vitamina D**.
- En la **obesidad sarcopénica**, el enfoque no debe centrarse solo en perder peso, sino en mejorar la composición corporal y la funcionalidad. El tratamiento se basa, en primer lugar, en la actividad física de fuerza y resistencia, acompañada de un adecuado aporte proteico
- Mantener siempre una adecuada **hidratación**.
- El uso de suplementos debe estar supervisado por un profesional sanitario.
- Suplementar vitamina D únicamente en casos de déficit diagnosticado y bajo prescripción médica.
- Evitar tabaco y alcohol.
- Diseñar programas de alimentación y ejercicio personalizados, adaptados a cada persona mayor y desde un enfoque AICP.
- Incluir ejercicios funcionales de **equilibrio, fuerza, resistencia, marcha y entrenamiento físico global**, ya que ayudan a reducir el riesgo de caídas y sus complicaciones.

El manejo de la fragilidad y la sarcopenia debe iniciarse con **actividad física regular**, combinando fuerza y resistencia. A esto se suma una alimentación saludable y adaptada a las necesidades individuales.

Se recomienda que las personas mayores realicen semanalmente **actividad física variada y multicomponente**, con especial énfasis en el equilibrio y la fuerza, al menos **3 días a la semana**, a intensidad moderada o superior, con el fin de mejorar la capacidad funcional y prevenir caídas.

Inflamatorios



Azúcares refinados

Presentes en refrescos y bebidas azucaradas, dulces, postres, bollería...

Harinas refinadas

Presentes en la mayoría de los productos ultraprocesados (galletas, cereales)

Grasas trans y naturales

Presentes en la mayoría de los productos ultraprocesados (snacks, fritos, etc)

Carne procesada

Especialmente embutidos y carnes curadas

Lácteos altamente procesados

Quesos ultraprocesados y lácteos azucarados

Alcohol

Evita cualquier tipo de alcohol en tu dieta. No existe dosis mínima segura.

Aditivos y conservantes

Presentes en la mayoría de los ultraprocesados (sopas instantáneas...)

Comida rápida

Cualquier tipo de comida rápida (tanto en el supermercado como en cadenas de restaurantes)

Antiinflamatorios



Frutas

Altas concentraciones de antioxidantes. Especialmente nutritivos los frutos rojos.

Verduras

Combina diferentes colores. Muy importante incluir verduras de hoja verde (espinacas, brócoli, acelgas...)

Grasas saludables

Ricas en ácidos grasos sencillos y poliinsaturados (AOVE, aguacate)

Pescado rico en Omega 3

Sardinas, trucha, caballa, salmón...

Frutos secos y semillas

Semillas de chía, lino, y distintos tipos de frutos secos son grandes ideas como snacks o para incorporar a tus platos

Especias y hierbas naturales

Condimenta tus platos para darles sabor: jengibre y cúrcuma deben ser tus aliadas.

Legumbres y cereales integrales

Prioriza los cereales integrales siempre que puedas y acuérdate de incorporar las legumbres al menos 2-3 días a la semana.

Té y bebidas naturales

La bebida principal en tu día a día debe ser el agua. Tomar infusiones o té puede ayudarnos a estar más hidratados.



Hábitos saludables: ejercicio físico y la importancia en la prevención de las caídas



9. Hábitos saludables: ejercicio físico y la importancia en la prevención de las caídas

La prevención de caídas en centros residenciales debe de ser una prioridad. Existen a día de hoy diversas estrategias que se pueden llevar a cabo para proteger a las personas mayores. Es importante entender los factores que incrementan el riesgo y aplicar medidas prácticas y efectivas que disminuyan la posibilidad de accidentes. A continuación, exploramos los factores de riesgo, consejos de prevención, y cómo un entorno adaptado y la actividad física son claves en este proceso.

Las pruebas demuestran que la actividad física (a partir de ahora se indica como AF) y una dieta saludable (junto con no fumar y un consumo moderado de alcohol) son fundamentales para mantener la salud y el bienestar a cualquier edad. En la parte izquierda se muestra una posible trayectoria para las personas que no hacen ejercicio. Estas personas son susceptibles de padecer enfermedades asociadas al ejercicio y enfermedades no asociadas a la actividad física.

Diversos procesos patológicos provocan alteraciones fisiológicas. El ejercicio como terapia puede revertir potencialmente algunos deterioros, pero pueden persistir problemas relacionados con la baja capacidad cardiorrespiratoria (VO_2 máximo), la fuerza/potencia/masa muscular y los valores de capacidad funcional. La parte derecha ilustra el papel de la AF como medicina preventiva, haciendo hincapié en la preservación de funciones fisiológicas eficaces, aunque en gradual

disminución. Están parcialmente protegidos de las enfermedades asociadas al ejercicio, pero son igualmente propensos a padecer enfermedades no relacionadas con el ejercicio. El ejercicio/la AF no tendrá ningún efecto directo sobre aquellas enfermedades que no dependen directamente del ejercicio. Sin embargo, hay pruebas de que el ejercicio tiene un efecto protector en aquellas enfermedades cuya etiología depende del ejercicio. El ejercicio y la AF proporcionan beneficios inmediatos para la funcionalidad en una amplia gama de enfermedades, independientemente de los cambios en el VO_2 máximo.

Si bien las mejoras en el VO_2 máximo pueden contribuir a la protección cardíovascular, otros resultados del ejercicio, como la reducción del riesgo de caídas, fracturas y mortalidad, no dependen únicamente de la mejora del VO_2 máximo. En las personas muy mayores, esto puede no desempeñar un papel crucial, pero en muchos otros pacientes, los valores del VO_2 máximo, debido a su vínculo inextricable con la mortalidad por todas las causas, pueden ser cruciales.

Aunque los cambios en la fuerza de prensión manual se asocian generalmente con la fragilidad, la desnutrición y el riesgo de mortalidad, en lugar de ser un resultado directo u objetivo de la terapia de ejercicios, pueden servir como marcador complementario para evaluar el estado fisiológico general durante las sesiones que se realicen de ejercicio.

Salud y bienestar en todas las edades

Salud y bienestar a todas las edades

No adhesión a los estilos de vida

Falta de actividad física/ejercicio + dieta poco saludable junto con consumo de tabaco y alcohol



Fenotipo sin ejercicio

Falta de actividad física/ejercicio

Enfermedades por deficiencia de actividad física/ejercicio + enfermedades no relacionadas con la actividad física/ejercicio

Aumento del tiempo de morbilidad

↓ VO_2 pico, fuerza/potencia/m masa muscular y valores de capacidad funcional

Regulación patológica de la función decreciente
(Consecuencias negativas en dimensiones físicas, cognitivas y sociales)

Actividad física/ejercicio como terapia

Algún aumento en la función

La mortalidad por todas las causas sigue siendo alta porque el VO_2 pico, la masa/fuerza muscular y otros parámetros de condición física y funcionalidad son bajos

Muerte



Adhesión a los estilos de vida

(Actividad física/ejercicio + dieta saludable)



Fenotipo activo (con ejercicio)

Actividad física/ejercicio como medicina preventiva

Mitigación de enfermedades por deficiencia de actividad física/ejercicio

Reducción del tiempo de morbilidad

Enfermedad no relacionada con la deficiencia de actividad física/ejercicio

Enfermedad controlada mediante tratamiento médico

Regulación fisiológica + patológica presente

(Mejora de la función física, cognitiva y del compromiso social, pero sin protección frente a enfermedades no relacionadas con la actividad física/ejercicio)

Sin enfermedad no relacionada con la deficiencia de actividad física/ejercicio

Regulación fisiológica de la función decreciente

(Mejora de la función física, cognitiva y del compromiso social)

↑ VO_2 pico, fuerza/m masa muscular y otros parámetros de condición física y funcionalidad se mantienen altos

La función y la mortalidad por todas las causas se ven afectadas positivamente

Muerte

9.1 Factores que incrementan el riesgo de caídas

Las caídas en personas mayores no tienen una única causa, sino que suelen ser el resultado de la combinación de distintos factores físicos, médicos y ambientales. Reconocerlos es el primer paso para poder prevenirlas.

- **Debilidad muscular**

Con la edad, los músculos pierden fuerza, lo que repercute en el equilibrio y la estabilidad.

- **Condiciones médicas**

Algunas enfermedades incrementan el riesgo de caídas, como la artritis, la osteoporosis o problemas neurológicos (por ejemplo, el Parkinson).

- **Medicamentos**

Determinados fármacos pueden causar mareos, somnolencia o reducir la capacidad de reacción, favoreciendo la pérdida de equilibrio.

- **Problemas de visión**

Las alteraciones visuales, como las cataratas o el glaucoma, dificultan la detección de obstáculos y cambios en el terreno.

Por otro lado, los estudios han demostrado, que las sujeciones físicas y químicas pueden estar interrelacionadas como factor que aumenta la posibilidad de las caídas, formando un círculo vicioso que perpetúa el uso de estas. Este ciclo, puede resultar perjudicial tanto para la persona como para su entorno.

9.2 Consejos prácticos para disminuir el riesgo de caídas en personas mayores

Además de las medidas estructurales, es recomendable seguir algunos consejos prácticos que ayudan a reducir el riesgo de caídas, tanto para las personas que viven en centros residenciales como para sus familias.

- **Organizar el entorno**

Retirar alfombras sueltas, cables o muebles bajos que puedan convertirse en obstáculos. Mantener los pasillos despejados y bien iluminados es una medida sencilla y muy efectiva.

- **Ejercicios de equilibrio**

Favorecer la práctica de ejercicios suaves que mejoren el equilibrio y la coordinación. Estos deben adaptarse a las capacidades de cada persona para resultar seguros y eficaces.

- **Eliminar las sujeciones físicas o químicas**

Los profesionales de la salud deben priorizar enfoques alternativos y multidisciplinarios para abordar la agitación y otros comportamientos disruptivos, evitando recurrir al uso de sujeciones. En este sentido, las intervenciones no farmacológicas –como la estimulación cognitiva, las terapias ocupacionales y la mejora del entorno (por ejemplo, mediante la creación de espacios más seguros y estimulantes)– ofrecen soluciones más efectivas y con menos riesgos.

Al mismo tiempo, resulta esencial establecer un seguimiento continuo y adaptado a las necesidades individuales. De esta manera, las sujeciones físicas o químicas quedarían como último recurso, aplicadas únicamente cuando no existan alternativas viables. Este enfoque permite romper el círculo vicioso y favorece una atención más centrada en la persona, basada en el respeto a su dignidad y autonomía.

9.3 ¿Cómo puede el entorno residencial prevenir caídas?

El entorno en el que viven las personas mayores influye directamente en su seguridad. Por ello, es fundamental que los espacios residenciales estén diseñados para ser seguros y accesibles.

- **Barras de apoyo**

Instalar apoyos en zonas clave, como baños y pasillos, para facilitar la movilidad y ofrecer seguridad adicional.

- **Rampas y escaleras seguras**

Incorporar rampas antideslizantes y escaleras con pasamanos que permitan un desplazamiento estable y sin riesgos.

- **Iluminación adecuada**

Garantizar una buena iluminación en todos los espacios. Las luces nocturnas en dormitorios y zonas comunes ayudan a prevenir tropiezos durante la movilidad nocturna.

- **Formación en prevención de caídas y uso adecuado de ayudas técnicas**

Es recomendable recibir este tipo de formación para conocer los factores internos y externos en el riesgo de caída, así como las diferentes ayudas técnicas y su uso adecuado para garantizar la seguridad tanto de la persona mayor como del profesional.

9.4 Actividad física y envejecimiento activo

El ejercicio es clave para la prevención de caídas, así como para la sarcopenia o la osteoporosis, en comparación con otros tratamientos. Hay muchas intervenciones compuestas de ejercicio para reducir el riesgo de caídas. Estas incluyen ejercicios de flexibilidad, programas de fortalecimiento con ejercicios de resistencia y entrenamiento de equilibrio. Todas estas intervenciones han demostrado ser efectivas para mejorar la condición física y reducir las caídas en personas en situación de fragilidad. Los programas de entrenamiento multicomponente que incluyen estas intervenciones pueden ser de utilidad en sujetos con riesgo de caídas. Se presentan a continuación unas recomendaciones básicas para elaborar un programa de actividad física multicomponente dirigido a la población mayor frágil.

En el entrenamiento de la resistencia aeróbica se podrían incluir bloques (en función de la capacidad funcional de la persona) de:

- Caminar en diferentes direcciones y ritmos.
- Caminar en cinta rodante.
- Subir escaleras.
- Bicicleta estática.

El entrenamiento de equilibrio y marcha puede incluir ejercicios desde la posición de sentado y posición de pie como los que se indican a continuación.

Ejercicios sin desplazamiento:

- Subir y bajar talones.
- Quedarse sobre un pie, en la posición de tandem o semitandem.

Ejercicios con desplazamiento:

- Caminar con apoyo talón-punta, subir escaleras con ayuda, transferir el peso corporal (desde una pierna a la otra)
- Desplazamientos multidireccionales con pesos extra (2-4 kg)
- Ejercicios de Tai Chi modificados.

Estos ejercicios se pueden realizar todos los días en 2 o 3 series de 8-10 repeticiones cada una. El entrenamiento de la flexibilidad debe incluir ejercicios para los grupos musculares más grandes y podría incluir actividades tipo: estiramientos, yoga, Pilates...

Ejercicios de fuerza:

- Sentadillas: utilizando una silla, nos levantamos y nos sentamos con los brazos en cruz para intentar no utilizarlos. Si tenemos problemas de equilibrio, podemos usar los brazos o agarrarnos a una superficie estable para ayudarnos. Intenta mantener los hombros y la espalda, derechos durante el ejercicio.
- Flexión plantar: elevación de talones, cerca de una pared o silla para mantener el equilibrio. Levanta los talones mientras te apoyas en los dedos de los pies, intenta mantener las puntillas durante al menos 3 segundos, después vuélvelos a bajar lentamente hacia el suelo.
- Elevaciones de hombro: sentado en una silla, con los brazos a los lados, levanta los hombros hacia las orejas, mantener unos 3 segundos y luego bajar lentamente.
- Apertura y cierre de piernas: sentado en una silla con los pies apoyados en el suelo, abre y cierra las piernas hacia los lados y después júntalas nuevamente. Podemos poner cierta resistencia con nuestras propias manos a medida que el ejercicio nos vaya resultando más sencillo.

a. Cómo realizar los entrenamientos

- Es importante que se combine el programa de equilibrio con entrenamiento de fuerza y resistencia, ya que ha demostrado mejorar la capacidad funcional. Realizar el programa de ejercicios al menos 2 ó 3 veces por semana.
- Comenzar con 10-15 minutos durante las primeras semanas y progresar paulatinamente el tiempo de la actividad.
 - Repetir cada ejercicio 3-5 veces en cada sesión.
 - Mantener la posición durante 10-30 segundos.
 - Efectuar los movimientos lentamente, nunca hacerlo de forma violenta.
 - El estiramiento puede no causar dolor, pero sí puede generar cierta molestia o incomodidad.

Siempre que se pueda, el ejercicio debe ser implementado y supervisado por un profesional sanitario experto en ejercicio terapéutico, que debe, además, mantener informado de la evolución al resto del equipo. Así podrán incluirse las mejoras en el resto de las atenciones que se prestan a las personas mayores.





Referencias bibliográficas

1. **Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).** (2024). *Estrategia de Salud Global 2025-2030. Ministerio de Sanidad.* https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Estrategia_de_Salud_Global_2025-2030.pdf
2. **Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).** (s.f.). *Orientaciones para la elaboración de menús saludables y sostenibles en centros residenciales y de día para personas mayores.* Ministerio de Sanidad. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ORIENTACIONES_MAYORES.pdf
3. **Cederholm, T., Nouvenne, A., & Ticinesi, A.** (2014). *The role of malnutrition in older persons with mobility limitations.* Current Pharmaceutical Design, 20, 3173-3177.
4. **Commission on Social Determinants of Health.** (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on social determinants of health.* World Health Organization. https://www.who.int/publications/9789241563703_eng.pdf
5. **Dannefer, D.** (2003). *Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory.* Journal of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 58(6), S327-S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
6. **Darmon, N., Ferguson, E. L., & Briend, A.** (2010). *Impact of a nutrient-based food plan on energy cost and nutrient adequacy.* The American Journal of Clinical Nutrition, 91(6), 1227-1233. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.28508>
7. **Deng, J., Zhu, X., & Chen, Z.** (2017). *A review of food-drug interactions on oral drug absorption.* Drugs, 77, 1833-1855. <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0825-2>
8. **Fundación Pilares.** (2022). *Papeles Colección FPilares n.º 8.* Fundación Pilares. https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/09/PAPELES_8_Coleccion-FPilares.pdf
9. **Fundación Pilares.** (2022). *Principios y criterios del modelo AICP.* Fundación Pilares. <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/05/Principios-y-Criterios-AICP-1.pdf>
10. **INFAC.** (2018). *Tratamiento de las anemias por déficit de hierro y vitamina B12.* INFAC, 26(4), 27-36. [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_26-4_anemia-hierro-vitamina-B12.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/INFAC-Vol-26-4_anemia-hierro-vitamina-B12.pdf)
11. **INFAC.** (2020). *Vitamina D en adultos: ¿Está sobrevalorada?* INFAC, 28(1), 1-10. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2020/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_28_1_Vitamina-D.pdf
12. **Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSSERSO).** (2024). *Indicadores básicos sobre envejecimiento en España.* Envejecimiento en Red - CSIC. <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2024/12/enred-indicadoresbasicos2024.pdf>
13. **Morley, J. E.** (2018). *Defining undernutrition (malnutrition) in older persons.* Journal of Nutrition, Health and Aging, 22(3), 308-310. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0984-6>
14. **Osakidetza.** (2021). *Administración de medicamentos orales: ¿Cómo y cuándo?* INFAC, 29(26).
15. **Servei Català de la Salut (ASPCAT).** (2019). *Guía pequeños cambios para comer mejor.* Generalitat de Catalunya. https://www.restaurantcolectiva.com/ana1/ASPCAT_alimentacion_personas_mayores_residencias_cast.pdf
16. **Steves, C. J., Spector, T. D., & Jackson, S. H.** (2012). *Ageing, genes, environment and epigenetics: What twin studies tell us now, and in the future.* Age and Ageing, 41(5), 581-586. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs097>
17. **Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C.** (2019). *ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics.* Clinical Nutrition, 38(1), 10-47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
18. **World Health Organization.** (2015). *World report on ageing and health.* World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789241565042>
19. **Zeanandin, G., Mollet, A., & Guyonnet, S.** (2012). *Energy and nutrient intake in elderly people living in nursing homes.* Journal of Human Nutrition and Dietetics, 25(5), 456-465. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01263.x>





