

Artículo de Revisión

Malnutrición y fragilidad en la persona mayor. Una mirada sociocultural.

Malnutrition and aging. A sociocultural view.

Andrea de Lourdes Ramírez Ramírez^{1*} <https://orcid.org/0009-0008-0298-197X>

Niurka Cascudo Barral² <https://orcid.org/0000-0003-4639-0692>

¹Universidad Juárez, Durango, México. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, Habana, Cuba.

²Centro de investigaciones sobre longevidad, Envejecimiento y Salud, Habana, Cuba.

*Autor para correspondencia. Correo: andrealulu29@hotmail.com

RESUMEN:

La última etapa del curso de la vida del ser humano es el envejecimiento, lo cual implica cambios de tanto psicológicos, fisiológicos, entre otras situaciones sociales. La fragilidad y la mala nutrición forman parte de los tantos padecimientos que involucran a la persona mayor y que, si coexisten, en la mayoría de los casos, podría derivarse a una muerte precoz. Ante tal situación se busca identificar la asociación de la malnutrición y la fragilidad en el anciano de acuerdo con los aspectos socioculturales y con ello, posibilitar una prevención de éstas y dar un punto de partida para nuevas investigaciones, ya que son muy pocas.

Palabras Clave: envejecimiento; nutrición; fragilidad.

ABSTRACT:

The last stage of the life course of the human being is aging, which implies changes of both psychological, physiological, among other social situations. Frailty and poor nutrition are part of the many ailments that involve the elderly and that, if they coexist, in most cases, could lead to early death. Faced with such a situation, the aim is to identify the

association of malnutrition and frailty in the elderly according to the sociocultural aspects and with this, enable their prevention and provide a starting point for new research, since there are very few.

Key Words: aging; nutrition; frailty.

INTRODUCCIÓN:

Definitivamente, se manifiesta el envejecimiento poblacional porque hay más viejos, en contraste con la población joven.⁽¹⁾ El individuo logra situarse esta etapa, pero ¿a qué costo se llega? ¿Es similar en hombres y mujeres? ¿Se vive en calidad? El estado nutricional de las personas mayores (PM) se ve alterado por cambios a nivel del metabolismo, a esto se suman otros factores como los cambios en la dieta, la escasa práctica de la actividad física, las enfermedades crónicas, la polimedicación, etcétera; factores de riesgo para desarrollar trastornos nutricionales en este grupo etario.^(2,3)

Las PM aquejan múltiples patologías englobadas en diferentes síndromes propios de esta edad, como son la malnutrición y la fragilidad, que tristemente no son tomadas adecuadamente por el personal de salud.⁽⁴⁾

Se conoce que el ignorar estas situaciones de salud, puede añadirse no solo nuevas enfermedades o descompensación de estas, sino complicaciones; aunadas a una calidad de vida (CV) deficiente, prolongando estancias hospitalarias y aumentando el gasto sanitario, incluso con la posibilidad de la muerte precoz.⁽⁵⁾

El objetivo de esta revisión es resumir los elementos más destacados de la fragilidad y la malnutrición.

MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica relacionada con la fragilidad y la malnutrición en las personas mayores, desde el ámbito sociocultural en publicaciones desde el 2016 al 2020. Dentro de los criterios de inclusión a utilizar fueron artículos que mencionarán malnutrición, evaluación de fragilidad, calidad de vida en la población geriátrica en la comunidad. Criterios de exclusión: artículos relacionados con malnutrición y fragilidad en

ancianos hospitalizados/institucionalizados. Para la búsqueda de los artículos se utilizaron palabras clave como: fragilidad, nutrición, malnutrición, persona mayor, anciano frágil, calidad de vida, factor pronóstico, género.

Base de Datos	Artículos
Google académico	8
Página Web	8
Pubmed	7
Libros	2
Pubmed central	3
Elsevier	3
Infomed	1

DESARROLLO:

1. ENVEJECIMIENTO

Proceso universal, progresivo e irreversible. A pesar de ser universal, no todas las PM envejecen al mismo ritmo de un individuo de la misma edad, ya que depende de su capacidad intrínseca definida como el conjunto de capacidades físicas y mentales que el individuo utiliza en determinado momento (genes, características personales) y de su capacidad funcional (CF): atributos relacionados con la salud para que el individuo logre hacer lo que desee; ambos elementos interactúan con el entorno y si no hay una homeostasis entre ellos podría acelerar dicho proceso.⁽⁶⁾ Durante esta etapa, se producen cambios en la composición corporal que afectan la autonomía y la funcionalidad, y que programas de rehabilitación y ejercicio físico mejoran la CF. A partir de los 40 años, la masa muscular (MM) comienza a disminuir, sobre todo en los sedentarios. La disminución de la MM suele ser sustituida por un aumento de la masa grasa, que se refleja en el índice de masa corporal (IMC), que aumenta hasta los 70-75 años, y posteriormente disminuye. Por otra parte, la densidad mineral ósea aumenta hasta la tercera década de la vida, para

más tarde decrecer por diferentes factores. La osteopenia afecta más a mujeres; alrededor de los 70 años, la tasa de pérdida ósea se incrementa equitativamente en ambos sexos. Por lo tanto es de importancia reconocer que la población geriátrica es heterogénea, a pesar de compartir una misma edad cronológica. ^(7,8)

Relacionado con la MM y la densidad ósea está el estado nutricional y es que en todo ser vivo la nutrición es básica y clave para la supervivencia; determinante en el envejecimiento (período nutricionalmente vulnerable) ya que hay disminución del número de papilas gustativas, pérdida de piezas dentales, redistribución de la grasa corporal, pérdida de músculo esquelético, deterioro del olfato y gusto, disminución de la secreción por las glándulas anexas del tracto digestivo, reducción del metabolismo basal, entre otras condiciones, expone al anciano a un mayor riesgo nutricional. ⁽⁹⁾

Según la Real Academia Española, la longevidad deriva del latín “longus” largo y “aevum” que alude al tiempo o edad de alguien, hace referencia a la larga duración de vida de los seres vivos;⁽¹⁰⁾ para que se presente se apoya de elementos genéticos, culturales, alimentación y medioambientales.⁽¹⁾ Pero ¿existen personas con esa cualidad? Se evidenció que los lugares donde se encontraron concentraciones de personas longevas, por el demógrafo belga Pulain y médico italiano Pes denominándolo como “zonas azules”, después de ubicar a Barbaglia (Italia). Posteriormente en el 2012, el investigador estadounidense Dan Buettner identificó otros lugares con las mismas características, ubicados en Okinawa (Japón), Icaria (Grecia), Loma Linda (California) y la península de Nicoya (Costa Rica); y analizó por qué este grupo de individuos vivían más, plasmándolo en nueve factores: 1. Intensa movilidad habitual 2. Tener “ikagai” razones de una persona para vivir 3. Disminución del estrés asociado a las enfermedades causadas por el envejecimiento 4. No comer hasta saciarse “Hara hachi bu” 5. Preferencia a los alimentos vegetales 6. Ingesta moderada de alcohol 7. Inserción a grupos que fomenten los comportamientos saludables 8. Pertenecer a comunidades de creyentes con prácticas religiosas y 9. Relaciones sólidas entre los diferentes miembros de la familia. ^(1,11) Todo encaminado a evitar estrés tanto celular como emocional.

2. GÉNERO

En otro sentido, el género se refiere al rol que adjudica la sociedad dependiente de las características y oportunidades apropiadas para cada sexo biológico y etapa de la vida. Es un concepto dinámico, dependiente de tiempo y lugar; esto no queda ajeno a la llegada de la última etapa de la vida, impactando en el desarrollo y la progresión de las enfermedades crónicas. ^(8,12)

Por años, las PM se les caracterizaba por poseer un nivel educativo bajo, marcadamente en el sexo femenino fruto de las desigualdades de acceso a la educación. ⁽¹³⁾ Por lo tanto, con esta gran barrera del poco o nulo conocimiento del alimento nutritivo, debe actuar el personal de salud de la mano con la sociedad iniciando la educación de una alimentación saludable desde la niñez. ⁽⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ambiciona a que desaparezca la malnutrición en todas las poblaciones gozando de salud y bienestar. Se han creado los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en donde dos de los 17 objetivos van orientados a tales motivos; el ODS 2: poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible y el ODS 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas las edades. ⁽¹⁴⁾ Es difícil pero no imposible lograrlo. En el caso de Cuba, como datos estadísticos, es un país con población de 11.2 millones de habitantes, el 20.4 % tiene más de 60 años. La esperanza de vida al nacer es de 78 años (80 años para las mujeres y 76 años para los hombres). La seguridad alimentaria no ha sido fácil, con el bloqueo económico, comercial y financiero. Esto conlleva nuevos desafíos asociados al rápido envejecimiento de la población. Sumando la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) hay descenso de las fuentes de ingresos provocando que no tengan éxito en la búsqueda de alimentos al no haber abastecimiento y/o no poder costearlos. ⁽¹⁵⁾

A pesar de la ración mensual de alimentos básicos como parte del programa integral de atención a las personas ancianas, no se garantiza una dieta suficiente, solo cubre el 40 % del aporte energético requerido. Para completar el 100 % recurren a mercados que lamentablemente los precios son elevados y/o la compra es con otra divisa, del cual la mayoría de este grupo etario no son favorecidos. Se calcula que el hogar cubano medio

destina entre el 55-70 % de sus ingresos a la compra de alimentos, previendo que empeore esta cifra con la COVID-19. Las PM que viven solas (el 15 % de las personas ancianas) son vulnerables a la inseguridad alimentaria. El 70 % de las PM, considera que tiene privaciones y carencias. ^(15,16)

En el estudio realizado por Pacurucu et al, se encontró asociación estadística entre el riesgo de malnutrición y malnutrición a la economía ($p=0.001$), nivel de instrucción “sin estudios” ($p=0.036$), antecedentes clínicos: diabetes ($p=0.019$), sordera ($p=0.012$), parálisis facial ($p=0.012$) y en la dependencia funcional ($p=0.000$). ⁽³⁾

3. ESPERANZA DE VIDAD

La diferencia en la esperanza de vida (EV) entre hombres y mujeres se encontró entre 1970 y 1990. Se evidenció más en Europa donde tenía la EV era inferior a los 40 años y la longevidad de ambos géneros no había diferencia entre ellos. En las mujeres la alta mortalidad se atribuyó al embarazo y parto; en cambio en los hombres por causas relacionadas con el trabajo, accidentes o violencia. No hay diferencia en la categoría de las enfermedades. Para el siglo XX, hubo el cambio de transición epidemiológica recayendo la mortandad en la población geronta, dejando en ventaja de supervivencia femenina. Esta discrepancia en la EV explica las tasas de mortalidad materna; además se le atribuye a diferencias de comportamiento y biología entre hombres y mujeres. ⁽¹⁷⁾

En la actualidad, las sociedades están conformadas por la gran mayoría de mujeres, esto a pesar de la alta natalidad de niños que niñas. Estadísticamente nacen al año 106 varones por cada 100 féminas, sin embargo, paulatinamente habrá un punto de igualdad entre ambos sexos. En España (2018) esta equivalencia surge en la 5ta década; a los 65 años hay 108 mujeres por cada 100 hombres, a los 80, 142 por cada 100 y en los 90 años, 216 por cada 100. ⁽¹⁾ A pesar de que el género femenino tenga una EV elevada, no implica necesariamente un estado de salud bueno. En los hombres, existe una mayor prevalencia de situaciones que llegan a la muerte. Estas diferencias entre sexos, en el aspecto social, las mujeres gerontas presentan un bajo nivel educativo, ingresos y desarrollo personal inferiores, derivándolas a la pobreza y al aislamiento social. Son propensas a envejecer solas y tener sentimientos de soledad, llevando a alta probabilidad

de morbimortalidad, involucrando a una CV insatisfactoria. En contraste con los hombres lo hacen en compañía; siendo enérgico el desgaste del organismo por actividades que realiza con intensidad, incidencia de hábito de sustancias nocivas y enfermedades profesionales. ^(1,8)

4. CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida (CV) definida por la OMS como “percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”. Valiéndose de aspectos objetivos relacionados al bienestar del individuo y aspectos subjetivos sentimientos y apreciaciones ante la vida de la PM. ⁽¹⁸⁾

Llegada la etapa del envejecimiento toma importancia la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) aspecto relacionado con la salud en el tópico del bienestar percibido del individuo. Tiene en cuenta la influencia de la enfermedad y su tratamiento en la capacidad funcional del individuo, además de factores psicológicos. ⁽¹⁹⁾ Esto va a la par de los determinantes sociales de la región demográfica que reside la PM. ⁽²⁰⁾

La epidemiología de las enfermedades relacionadas con la edad es diferente entre los géneros y manifestándose más en las féminas posteriores a la menopausia, ya que ellas, suelen tener un umbral de malestar físico bajo, por lo que tienden con mayor frecuencia a recibir atención médica, tendiendo a la polimedicación. A diferencia, en el hombre con la andropausia se evidencia una disminución paulatina y continua de la producción de hormonas sexuales. En ambos se observa disminución de la masa muscular esquelética al unísono de infiltración de grasa desencadenando el declive de fuerza muscular. En los países de la unión europea, las mujeres informaron tener peor autopercepción de salud, más enfermedades de larga duración y/o más problemas de salud que los hombres. ^(17,21)

En el género masculino aumenta la percepción de la CV al tener una red social de apoyo amplia, en contraste con las féminas, con ellas se incrementa al tener una participación ante la sociedad. ⁽²²⁾

A pesar de que al envejecer, se tiende a aislar la PM, se debe inculcar su participación en diversos programas de la comunidad con la finalidad de pactar lazos sociales con los

sujetos que le rodean, creando el sentido de pertenencia de la PM y por consiguiente mejorar su CV. ⁽²⁰⁾

En el metaanálisis realizado por Verlaan et.al, con 5,447 PM de diez estudios, 128 (2.3 %) se caracterizaron como desnutridos y 1,036 (19.0 %) como físicamente frágil y 2,810 (51.6 %) como prefrágil; se encontró la asociación entre fragilidad física con malnutrición en PM en comunidad mostrando una prevalencia significativa ($p < 0.0001$). En contraste con la población geronta con un nivel nutricional apropiado para la edad se identificaron en estado prefrágil (42 %) o frágil (9 %).⁽²³⁾

En el estudio realizado por López en Galicia en PM en la comunidad para identificar aspectos sociales y la calidad de vida relacionado con el fenotipo de fragilidad y el estado nutricional por sexo. En las mujeres, se observó que el principal determinante para desarrollar un estado de prefragilidad o fragilidad y el riesgo de malnutrición o malnutrición fue presentar bajas puntuaciones con la CVRS. En cuanto a los hombres, la edad entre 80-89 años y una CV fueron determinantes de prefragilidad o fragilidad, mientras que no estar casado y estar poco satisfecho con la salud se asociaron con el riesgo de malnutrición o malnutrición.⁽⁸⁾

En el estudio realizado en la Ciudad de Castellón de la Plana, España se analizaron factores relacionados con la fragilidad como el riesgo de desnutrición, en PM de entre 75-96 años, con un total de 326 individuos, se incluyeron aspectos sociodemográficas: convivencia (solo / acompañado), ingresos mensuales y sexo), CVRS y fragilidad; y la variable dependientes (MNA-SF). Los resultados obtenidos este estudio fueron: que los factores que se asocian a la alteración del estado nutricional son: percepción de la salud ($p=0.001$), salud general ($p=0.005$) y fragilidad ($p=0.001$).⁽⁵⁾

5. FRAGILIDAD

La fragilidad es el declive de varios de los sistemas desencadenando la dependencia, enfermedades e inclusive la muerte cuando se enfrenta a situaciones estresores, mermando su CF. Siendo un síndrome geriátrico, común en la consulta externa de atención primaria, ^(4,24) con el consiguiente aumento del riesgo de padecer eventos adversos y de mortalidad, asociado a malnutrición.⁽⁵⁾ Se caracteriza este síndrome por

una notable pérdida de peso, desgaste de las funciones física, manifestándose la malnutrición y la pérdida de apetito. ⁽²⁵⁾ La prevalencia de la fragilidad entre los adultos mayores que viven en la comunidad varía entre el 10 %-27 % en contraste, en hogar de ancianos aumenta al 50 %.^(7, 24)

Dentro del propio Síndrome de Fragilidad, toma relevancia la Fragilidad Física (FF) caracterizada por la disminución de la fuerza muscular, la resistencia, función fisiológica disminuida que aumenta la vulnerabilidad del individuo para desarrollar mayor dependencia o mortalidad. ^(5, 23)

Por otra parte, se describe la relación entre Fragilidad cognitiva y el estado nutricional, siendo este último uno de los principales factores de riesgo contribuyente para FF, que a su vez incrementa el riesgo de deterioro cognitivo y demencia. La prevalencia de desnutrición en PM que son frágiles o dementes, que están en hospitales o residencias de ancianos es alta. La Fragilidad Cognitiva (FC) se define por la presencia de FF con deterioro cognitivo, pero en ausencia de demencia. Al presentarse la FC aumenta el riesgo de efectos adversos para la salud de la PM, inclusive más dañina que la fragilidad o deterioro cognitivo solo. ⁽²⁶⁾

Se realizó un estudio transversal en Singapur con una muestra de 2,804 PM que viven en comunidad, para examinar la prevalencia de malnutrición en individuos sin demencia. Se encontró una alta prevalencia de malnutrición entre los adultos mayores con FC. Además, se observó una mayor prevalencia de mala calidad con el uso de MNA-SF en riesgo de malnutrición y malnutrición. ⁽²⁶⁾

6. MALNUTRICIÓN

Según las guías de Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) define a la malnutrición como "un estado resultante de la falta de absorción o ingesta de nutrientes que conduce a una composición corporal alterada (disminución de la masa libre de grasa) y masa celular corporal, lo que conduce a una función física y mental disminuida, así como a un resultado clínico deteriorado".⁽²⁷⁾

La mala alimentación se relaciona con una esperanza de vida corta. La dieta se puede modificar, la edad no. Una inadecuada nutrición incrementa el riesgo de muerte

prematura, disminución en CF, dificultades con las actividades de la vida diaria (AVD), caídas, estadía hospitalaria prolongada y fragilidad. Dichos cambios se vuelven más evidentes entre los 70 y 90 años. (2,7,9)

Es así que la fragilidad como la malnutrición están relacionadas ya que comparten determinantes comunes (tejido corporal reducido, inflamación crónica, antecedentes sociodemográficos desfavorables, funciones físicas y cognitivas deterioradas) varias vías fisiopatológicas reflejándose en una mala salud que guía al camino de la dependencia, incluyendo la muerte. (28,29,20)

En la revisión sistemática de Verlaan et.al se evidenció con la evaluación de mini evaluación nutricional (MNA) fue la prevalencia de malnutrición significativamente ($p < 0.0001$) asociada a la prevalencia de fragilidad física. (30)

La malnutrición en las PM es común en todos los niveles de atención sanitaria, comunitaria, hospitalaria y en residencias geriátricas. A partir de los artículos publicados, es interesante de no encontrarse con datos estadísticos significativos en la comunidad. Sin embargo, existe incidencia en pacientes hospitalizados del 40 % y en residencias geriátricas superan el 60 %. (5) En países de Latinoamérica, la prevalencia en la malnutrición de PM en zonas rurales, ronda entre el 4.6 % -18 % en contraste con los hospitalizados que aumenta al 50 %. (3)

Las PM tienen que brincar obstáculos para tener una dieta saludable, pero debido a la edad son vulnerables a situaciones adversas para lograr mantener una nutrición adecuada. Es necesario tomar en cuenta las capacidades y vulnerabilidades del individuo para la adquisición de alimentos. No dejar de lado las influencias sociales y culturales (cambios de lugar de vivienda, ingresos, creencias personales). (9)

Un buen estado nutricional y una actividad física regular contribuyen al mantenimiento de un equilibrio neuro-muscular y cognitivo apropiados, prevenir la pérdida de peso y la disminución de masa y fuerza muscular, componentes determinantes del estado de fragilidad. Así, se demostró en el estudio realizado por São Romão Preto et.al; respecto al estado nutricional, la prevalencia de fragilidad fue mayor en los ancianos con riesgo de malnutrición o malnutrición (54.2 %), comparándolos con los bien nutridos (19.9 %). La asociación entre estas variables fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$). (7)

7. GÉNERO Y NUTRICIÓN

¿Quién elige y prepara los alimentos? Los dientes.... Según el metaanálisis de Toniazzo et.al., resultó que las PM bien nutridas tenían sus piezas dentales en óptimas condiciones, en comparación con los de las PM malnutridas. Esto deja ver que la población geronta se priva de degustar alimentos de su preferencia por no poder triturarlos y el miedo a asfixiarse. ⁽²¹⁾

Así mismo apoya la relación de malnutrición y fragilidad el estudio de Giraldo, et.al: los problemas bucales conducen a elegir alimentos con poca o nula calidad nutricional y bajo consumo de frutas, verduras, nueces y carnes, traduciéndose en menor ingesta de proteínas, fibra, carotenos, vitamina A y C, complejo B, calcio, hierro y zinc; en contraste con mayor proporción de consumo de grasa saturada y colesterol. Finalmente, estos cambios rompen la homeostasis en los hábitos alimenticios conduciendo a estado nutricional alterado; por lo cual las PM se privan de probar alimentos que les apetezca por las molestias de la cavidad bucal. ⁽²⁾

La dieta es la mezcla todo lo que consume un individuo, varía según el sexo, la cultura, la edad, la región, etcétera; sin embargo, la dieta restrictiva hace referencia a omitir cierto grupo de alimenticio con el objetivo de prolongar la salud en condiciones saludables para un envejecimiento óptimo. Pero no es posible aplicarse en la vida cotidiana ya que, por un lado la población geronta no puede cubrir ciertas pautas de una dieta saludable al no contar con el recurso monetario suficiente y por otra parte se ve afectada la función reproductiva y lívido, existe resistencia a las infecciones, lenta cicatrización de herida, incrementa el riesgo de presentar osteoporosis, fracturas, anemias y arritmias cardiacas. ^(31,32)

Resulta muy interesante el dato de que existen incluso asociaciones entre el tipo de alimento y género, con sus implicaciones en el estado de nutrición en las PM y el tema que desarrollamos. Por ejemplo, las carnes rojas y las porciones abundantes se codifican como masculinos, en cambio los "alimentos femeninos" reflejan opciones más ligeras como pescado, fruta y yogur. ⁽⁹⁾

Esto denota que el tema va más allá del contexto dietético-fisiológico. En el varón se tiene que considerar las influencias fisiológicas y socioculturales de alimentos, ya que existe el

argumento que los hombres mayores son vulnerables a una mala nutrición, ya que no están implicados en el área de la preparación gastronómica, el rol de compras de alimentos, dependen de las mujeres para recibir asesoramiento y apoyo sobre alimentación y salud. La sociedad tiende hacer publicidad de alimentos, alfabetización en salud y mensajes de promoción a la salud con enfoque hacia la mujer y no hacia los hombres, tanto jóvenes como mayores de edad. ⁽⁹⁾

Las PM varones que viven solos cuentan una dieta menos variada y una comprensión más pobre de la nutrición que las mujeres mayores que viven solas. Además, el duelo ante la pérdida de su pareja deja hombres mayores mal preparados para atender sus necesidades alimentarias, debido a la falta de habilidades culinarias y conocimientos nutricionales. El aislamiento social reduce el significado y placer de la comida; y al no tener acceso al transporte hay menos probabilidades de participar en actividades sociales. Así mismo, en los viudos que viven solos se encuentran en riesgo de aislamiento social y más si tienen dificultades para comprar, cocinar y comer una dieta nutritiva; al principio pasa desapercibido hasta que impacte negativamente en la salud y se presentan a los servicios de salud. ⁽⁹⁾

Pero entonces, ¿cuál es la dieta ideal? Se tiene que individualizar, ya que toda persona mayor es heterogénea, enfatizado sus gustos culinarios, nivel socioeconómico, disponibilidad, facilidad para la preparación: cocidos, gratinados, picados en trozos, que sea masticable; y tener cautela en el ingreso óptimo de líquidos para preservar la función renal y así evitar la deshidratación. ⁽²¹⁾

No perdiendo de vista el objetivo de prevenir o frenar la fragilidad, no solo teniendo en cuenta las posibles causas médicas tratables, sino también interviniendo en la actividad física y los problemas nutricionales. Debe ser con un equipo interdisciplinar, incluyendo a la familia a participar activamente en la toma de decisiones. ⁽⁷⁾

En general, una dieta variada, de estilo mediterráneo, rica en proteínas, micronutrientes y vitamina D contribuye a la mejora de la salud ósea, muscular, guiando a un equilibrio neuromuscular adecuado, reduciendo el riesgo de caídas y fracturas. el riesgo de fragilidad. ^(31,32)

CONCLUSIÓN:

La actividad física, razones para vivir, una buena alimentación y redes de apoyo sólidas son elementos para tener un envejecimiento saludable. A pesar de llegar a la última etapa de la vida, éste no debe de caracterizarse con una mala calidad de vida relacionada con la salud. Es así como la malnutrición y la fragilidad en gran medida se puede modificar. Para ello toma relevancia la valoración geriátrica integral ya que abre el panorama, además de la óptica de salud, la sociocultural; de ahí partir para frenar el avance el desgaste implicado ante éstas o modificar hábitos nocivos. Es complejo para la persona mayor conservar una alimentación adecuada para su edad y más si se encuentra con redes de apoyo débiles y con la inseguridad alimentaria, viéndose más afectado las féminas. Es en ese punto donde el personal médico y la sociedad se debe actuar, recordando que la población geriatra es un grupo heterogéneo que conlleva diferencias desde el género, educación, estilos de vida, etcétera que dicho elemento favorecerá o disminuirá su capacidad funcional. Queda más por indagar acerca de este tema, pero con la década del envejecimiento del envejecimiento saludable el mundo ha mirado hacia esta población abandonada.

REFERENCIAS:

[1] Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. vol. I. 2da ed. Barcelona, España: Elsevier; 2020.

[2] Giraldo Giraldo NA. Malnutrition in relationship with aspects of health in elderly people. Nutr Clin Diet Hosp [Internet] 2019; 39:156–64. Disponible en: <https://doi.org/10.12873/392giraldo>.

[3] Pacurucu Ávila NJ, Puente Arroyo C. Factores asociados a la desnutrición en grupo de adultos mayores en zonas rurales ecuatorianas. AVFT [Internet] 2019; 38:1–6. Disponible en:

https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/3_factores_desnutrici%C3%B3n.pdf

[4] Lorenzo Colorado I, Morales AL. Estado nutricional y su asociación con fragilidad en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Aten Fam [Internet] 2020; 27:135–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.3.75895>.

[5] Molés Julio MP, Esteve Clavero A, Macías Soler ML. Nutritional status and factors associated with non-institutionalized people over 75 years of age. Rev Bras Enferm [Internet] 2018; 71:1007–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0207>.

[6] Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud OMS 2015.pdf n.d[Internet]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

[7] São Romão Preto L, Dias Conceição M do C, Figueiredo TM, Pereira Mata MA, Barreira Preto PM, Mateo Aguilar E. Fragilidad, composición corporal y estado nutricional en ancianos no institucionalizados. Enferm Clínica [Internet] 2017; 27:339–45. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.06.004>.

[8] López López R. Relación del fenotipo de fragilidad y del estado nutricional con aspectos sociales y de calidad de vida en personas mayores. Relationship between frailty phenotype and nutritional status with social factors and quality of life aspects in older people 2020. [Internet]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/26465>

[9] Thompson J, Tod A, Bissell P, Bond M. Understanding food vulnerability and health literacy in older bereaved men: A qualitative study. Health Expect [Internet] 2017; 20:1–8. Disponible en: 28 de noviembre del 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1111/hex.12574>.

[10] Pérez M. ¿Qué es la Longevidad? » Su Definición y Significado 2021. Concepto - Defin De n.d.[Internet] Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/longevidad/>

[11] Puyol R. El secreto de la longevidad en las “zonas azules”: nueve razones para vivir más. The Conversation [Internet] 2018. Disponible en: <http://theconversation.com/el-secreto-de-la-longevidad-en-las-zonas-azules-nueve-razones-para-vivir-mas-99552>

[12] Género y salud OMS [Internet] 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

[13] Huenchuan S. United Nations. Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos. vol. 1. 154th ed. Santiago: UN; 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.18356/19532890-es>.

[14] Malnutrición n.d. OMS [Internet] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

[15] Manzur R. Proyecto de plan estratégico para Cuba (2021-2024). Roma: World Food Programme; [Internet] 2020. Disponible en: <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000117572/download/>

[16] Carmona-Tamayo E, Fariñas- Acosta L, Romeo- Matos L. Cuba en Datos: ¿Cómo envejece la población cubana? Cubadebate [Internet] 2020. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/01/24/cuba-en-datos-como-envejece-la-poblacion-cubana/>

[17] Ostan R, Monti D, Guerresi P, Bussolotto M, Franceschi C, Baggio G. Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. Clin Sci Lond Engl 1979 [Internet] 2016; 130:1711–25. Disponible en: <https://doi.org/10.1042/CS20160004>.

[18] The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1982[Internet] 1995; 41:1403–9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k).

[19] Haraldstad K, Wahl A, Andenaes R, Andersen J, Andersen M, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences - PubMed.

Qual Life Res [Internet] 2019;28:2641–50. Disponible en:
<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>.

[20] Sováiová Soósová M. Determinants of quality of life in the elderly. Cent Eur J Nurs Midwifery [Internet] 2016; 7:484–93. Disponible en:
<https://doi.org/10.15452/CEJNM.2016.07.0019>.

[21] Toniazzo MP, Amorim P de S, Muniz FWMG, Weidlich P. Relationship of nutritional status and oral health in elderly: Systematic review with meta-analysis. Clin Nutr [Internet] 2018; 37:824–30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.03.014>.

[22] Tobiasz-Adamczyk B, Galas A, Zawisza K, Chatterji S, Haro JM, Ayuso-Mateos JL, et al. Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age—the COURAGE in Europe project. Qual Life Res [Internet] 2017; 26:1865–78. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1530-8>.

[23] Verlaan S, Ligthart-Melis GC, Wijers SLJ, Cederholm T, Maier AB, de van der Schueren MAE. High Prevalence of Physical Frailty Among Community-Dwelling Malnourished Older Adults—A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc [Internet] 2017; 18:374–82. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.074>.

[24] Gotaro K. Frailty as a Predictor of Nursing Home Placement Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. J Geriatr Phys Ther 2001 [Interent] 2018; 41:42–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000097>.

[25] Norazman CW, Adznam SN, Jamaluddin R. Malnutrition as Key Predictor of Physical Frailty among Malaysian Older Adults. Nutrients [Internet] 2020; 12:1713. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu12061713>.

[26] Chye L, Wei K, Nyunt MSZ, Gao Q, Wee SL, Ng TP. Strong Relationship between Malnutrition and Cognitive Frailty in the Singapore Longitudinal Ageing Studies (SLAS-1 and SLAS-2). J Prev Alzheimers Dis [Internet] 2018; 5:142–8. Disponible en: <https://doi.org/10.14283/jpad.2017.46>.

[27] Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr Edinb Scotl [Internet]* 2017; 36:49–64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>.

[28] Wei K, Nyunt MSZ, Gao Q, Wee SL, Ng T-P. Frailty and Malnutrition: Related and Distinct Syndrome Prevalence and Association among Community-Dwelling Older Adults: Singapore Longitudinal Ageing Studies. *J Am Med Dir Assoc [Internet]* 2017; 18:1019–28. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.017>.

[29] Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Malnutrition and frailty in community dwelling older adults living in a rural setting. *Clin Nutr Edinb Scotl [Internet]* 2016; 35:138–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.01.008>.

[30] Feng L, Zin Nyunt MS, Gao Q, Feng L, Yap KB, Ng T-P. Cognitive Frailty and Adverse Health Outcomes: Findings From the Singapore Longitudinal Ageing Studies (SLAS). *J Am Med Dir Assoc [Internet]* 2017; 18:252–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.015>.

[31] Artaza-Artabe I, Sáez-López P, Sánchez-Hernández N, Fernández-Gutierrez N, Malafarina V. The relationship between nutrition and frailty: Effects of protein intake, nutritional supplementation, vitamin D and exercise on muscle metabolism in the elderly. A systematic review. *Maturitas [Internet]* 2016; 93:89–99. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.04.009>.

[32] Yannakoulia M, Ntanasi E, Anastasiou CA, Scarmeas N. Frailty and nutrition: From epidemiological and clinical evidence to potential mechanisms. *Metabolism [Internet]* 2017; 68:64–76. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2016.12.005>.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.