Promoción de la “buena-nutrición” en el cuidado de las personas mayores

Una guía para organizar la nutrición en entornos de cuidado de personas mayores

www.ean.care

EUROPEAN AGEING NETWORK

Lares
Compromiso y Solidaridad con la Persona

2021

Promoción de la "buena-nutrición" en el cuidado de las personas mayores
Recomendaciones para los miembros de la EAN
Una guía para organizar la nutrición en entornos de cuidado de personas mayores

(C) 2021, Red Europea de Envejecimiento

ISBN: 978-80-88361-34-3
ISBN: 978-80-88361-35-0 (online)

Editorial:
Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
Vančurova 2904, 390 01 Tábor
República Checa
www.apsscr.cz

Traducido por Grupo Social Lares

Lares
Compromiso y Solidaridad con la Persona

ÍNDICE

Preámbulo	4
Red Europea de Envejecimiento (EAN)	6
Introducción	8
Los aspectos sociales de la alimentación	12
Los aspectos culturales del cuidado nutricional	16
El aspecto económico para una buena nutrición	20
Aspectos médicos y guías clínicas	24
La terapia de nutrición en los cuidados paliativos	38
Funciones y responsabilidades	42
Listado de abreviaturas	46

PREÁMBULO

Uno de los principales objetivos de la Red Europea de Envejecimiento (EAN) es ayudar a mejorar la calidad de los cuidados de larga duración. La nutrición es una parte importante en la calidad de los cuidados de las personas mayores y una buena nutrición promueve, en general, la calidad de vida relacionada con la salud.

Por lo tanto, es importante, no sólo ser conscientes de este hecho y hacer de la nutrición un elemento del enfoque complejo de las personas mayores, sino también compartir ejemplos de buenas prácticas, conocimientos, recomendaciones y soluciones innovadoras.

La Red Europea de Envejecimiento se puso en contacto con expertos en nutrición de toda Europa con el objetivo de poner en marcha un grupo de trabajo sobre Nutrición y crear un documento y unas directrices que debieran y pudieran ser una herramienta y una ayuda para una óptima nutrición en los cuidados.

El resultado que tiene en sus manos no sería posible sin la iniciativa de nuestros socios y miembros, pero tampoco sin todos los expertos que han trabajado durante un año en este documento.

Esperamos que este documento ayude a los proveedores de cuidados de larga duración a cumplir su misión principal: hacer posible que las personas mayores tengan una alta calidad de vida, con dignidad, alegría y felicidad.

Dr. Jiří Horecký, MBA
Presidente, CEO
Red Europea de Envejecimiento

La nutrición es uno de los pilares básicos de la salud y el bienestar de los seres humanos, más aún si se engloba en un sistema de cuidados que pretende alargar y mejorar la calidad de vida de las personas.

Desde el Grupo Social Lares trabajamos cada día por ofrecer la mejor calidad de vida a las personas mayores, en situación de dependencia, discapacidad y riesgo de exclusión social que tienen su hogar en nuestros centros.

Y lo hacemos desde distintos ámbitos, poniendo siempre en el centro a la persona y sus necesidades individuales a través del Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona (AICP). Un pilar fundamental de nuestra forma de cuidado, además de la atención directa, es la elaboración de estudios que busquen mejorar el estilo de vida de las personas mayores y en situación de dependencia.

Para ello, desde nuestra entidad, se han impulsado distintos programas y acciones. Ejemplo de ello es el proyecto 'Modelo de nutrición saludable y ejercicio físico en Centros Lares' implementado en distintas residencias. A través de una metodología didáctica y pedagógica, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante la capacitación y la transmisión de conocimientos y habilidades a los/las profesionales que les apoyan en el cuidado.

Desde el Grupo Social Lares consideramos imprescindible ahondar en las directrices mostradas sobre el cuidado nutricional en los centros y servicios de atención. Una adecuada metodología resulta esencial para incluir procedimientos y procesos clave en cuanto a buenas prácticas que deriven en una nutrición óptima y de calidad para las personas.

Es fundamental tener en cuenta no solo aspectos nutricionales, sino también sociales, culturales y económicos en el cuidado nutricional de los residentes. Sin una adecuada formación de los equipos profesionales y la implicación de todos los agentes sociales no será posible ofrecer a las personas mayores el cuidado que se merecen.

Trabajemos por un mejor futuro para todas las personas.

Juan Vela
Presidente de Lares Asociación

RED EUROPEA DE ENVEJECIMIENTO (EAN)

La Red Europea de Envejecimiento (EAN) agrupa a más de 10.000 proveedores de cuidados en todo el continente europeo. Sus miembros representan a todo tipo de organizaciones y personas que trabajan para las personas mayores y a todo tipo de entidades, incluidas las organizaciones con fines lucrativos, sin fines de lucro y gubernamentales. Su visión y misión es mejorar la calidad de vida de las personas mayores y apoyarlas para que cada día sea mejor, proporcionándoles vivienda, servicios y cuidados de alta calidad.

10.000
PROVEEDORES DE SERVICIOS

La Red Europea de Envejecimiento (EAN) está presente en 25 países europeos. Con EAHSA ampliamente representada en el noroeste de Europa y la E.D.E. en el sureste, la combinación convierte a la Red Europea de Envejecimiento en una organización verdaderamente paneuropea. EAN no es la única organización que persigue su visión, sus valores y su misión. Está afiliada a la Red Global de Envejecimiento (GAN), una red global con sede en Washington D.C. Las redes EAN y GAN reúnen a expertos de todo el mundo, lideran iniciativas educativas y brindan un espacio para las ideas innovadoras en el cuidado de las personas mayores. Preparan el camino para mejorar las buenas prácticas en el cuidado de las personas mayores, de manera que en todo el mundo puedan llevar una vida más sana, más activa e independiente.

25
PAÍSES EUROPEOS

Los miembros de la Red Europea de Envejecimiento (EAN) atienden a más de un millón de personas mayores en Europa. La longevidad es uno de los mayores logros de las sociedades modernas. Los europeos viven más tiempo que nunca y se espera que esta tendencia continúe gracias a los avances médicos y a la mejora del nivel de vida. En 2020, una cuarta parte de los europeos tendrá más de 60 años. En combinación con las bajas tasas de natalidad, exigirá cambios significativos en la estructura de la sociedad europea, lo que repercutirá en la economía, en los sistemas de seguridad social y asistencia sanitaria, en el mercado laboral y en muchos otros ámbitos de nuestra vida.

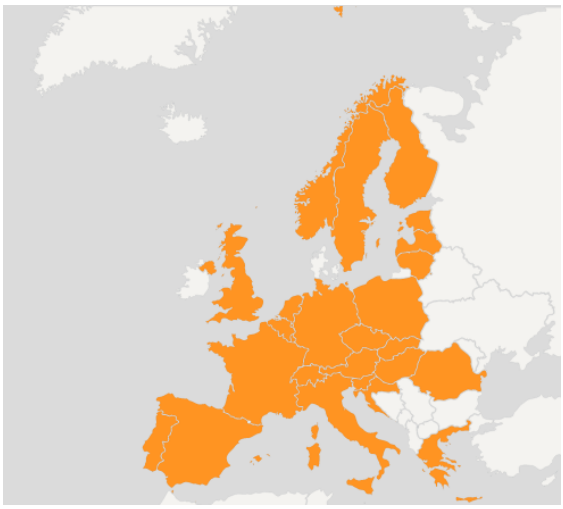
1 MILLIÓN
DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS

www.ean.care

EUROPEAN AGEING NETWORK

Como profesionales, buscamos mejorar la calidad en la asistencia y en la supervisión. Unos estándares comunes en formación, las visitas y observaciones mutuas, los congresos y las conferencias fomentan la profesionalidad entre los directores de las residencias de personas mayores y una mayor comprensión de las distintas formas de atención y asistencia. Crear condiciones de vida y de trabajo humanas en nuestras residencias es la visión por la que todos nos esforzamos en la EAN.

Austria
Belgium
Croatia
Czech Republic
Estonia
Finland
France
Germany
Great Britain
Hungary
Italy
Latvia
Lithuania
Netherlands
Norway
Poland
Portugal
Romania
Slovenia
Slovakia
Spain
Sweden
Switzerland



INTRODUCCIÓN

El Grupo de Trabajo de Nutrición de la Red Europea de Envejecimiento se creó para establecer directrices sobre el cuidado nutricional en los centros de servicios sociales para personas mayores. Las directrices se centran en el proceso nutricional en el cuidado de las personas mayores e incluyen principios, procedimientos y procesos clave, buenas prácticas, ejemplos y soluciones. Promueven la buena nutrición y deberían ser útiles para los gerentes, cuidadores, cocineros y anfitriones de los centros de cuidado de personas mayores, e impulsar el debate sobre el beneficio que pueden tener los residentes.

El grupo de trabajo se centró en muchos aspectos de la nutrición y sus opiniones y sugerencias han surgido de debates sobre:

- El problema de la malnutrición en las personas mayores en los entornos de cuidado: manejo de la cuestión, prevalencia (especialmente en los entornos de cuidado de personas mayores tales como residencias, viviendas asistidas, comunidad), las políticas y sistemas de etiquetado existentes, buenas prácticas.
- Los diferentes aspectos relevantes de la malnutrición en las personas mayores: qué hace que las personas mayores estén malnutridas, cuáles son los determinantes, qué y quiénes son los responsables de identificar soluciones a la malnutrición.
- Las mejores formas de abordar la malnutrición para las personas mayores y para sus cuidadores: ejemplos de buenas prácticas, innovaciones, nuevos alimentos, hospitalidad, cultura, disponibilidad, rentabilidad, etc.
- Cómo orientar sobre la concienciación de los problemas y la aplicación de soluciones a todos los niveles.

DE LA MALNUTRICIÓN A LA "BUENA-NUTRICIÓN"

Cuando una persona no se alimenta lo suficiente o no recibe el tipo de alimento adecuado, la malnutrición está a la vuelta de la esquina. En este informe, la malnutrición se refiere a las deficiencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía y/o nutrientes de una persona. El término malnutrición abarca dos grandes grupos de condiciones. Uno es el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (como las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer). El otro es la desnutrición, que incluye el retraso en el crecimiento (baja estatura para la edad), la emaciación (bajo peso para la estatura), el bajo peso (bajo peso para la edad) y las deficiencias o insuficiencias de

micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes). Las personas mayores son especialmente vulnerables a la desnutrición. Les falta fuerza para comer o simplemente no tienen apetito para hacerlo.

La ambición del grupo de trabajo es ayudar a combatir la malnutrición y preparar la buena-nutrición: una combinación óptima de aspectos nutricionales, médicos, económicos, culturales y organizativos para ayudar a las personas mayores a estar y sentirse bien en un entorno de cuidado, con alimentos y bebidas adecuados y un enfoque individualizado como punto de partida. Sin embargo, este informe no sólo tratará los aspectos biomédicos de la alimentación, sino que también prestará atención a todas las demás disciplinas relevantes de la buena-nutrición. Además de un capítulo sobre los aspectos médicos y clínicos, el informe incluye capítulos sobre los costes y beneficios económicos, sobre los aspectos sociales y culturales de la alimentación y el disfrute de los alimentos, y sobre las funciones y responsabilidades dentro de las residencias para personas mayores. Se presta una atención específica a la nutrición en los cuidados paliativos en un capítulo aparte.

Una cosa quedó clara en los debates y la investigación que realizamos: la buena-nutrición exige una concienciación sobre el problema de la malnutrición y un enfoque multidisciplinar para abordarlo.

MÉTODO DE TRABAJO

El grupo de trabajo comenzó su labor en febrero de 2020, justo antes del brote de COVID-19. Después de una sola reunión presencial, todas las sesiones de trabajo y los debates posteriores se celebraron por vía digital, lo que no ha dificultado la productividad del grupo.

Las bases de los capítulos se establecieron mediante debates e investigaciones previas realizadas por los miembros del grupo de trabajo. Juntos propusieron el contenido de los diferentes capítulos de este informe. Todas las partes separadas fueron revisadas y discutidas por todos los miembros y han dado lugar a este informe conjunto.

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

El Grupo de Trabajo de Nutrición de EAN estuvo integrado por los siguientes expertos:

AGNETA HÖRNELL
Professor, leg. Dietista, Institut for Kostvetenskap, Umeå Universitet

AMALIA TSAGARI
Dietista Clinica, KAT General Hospital / Lecturer Clinical Nutrition, Aegean College / Lead ESDN Older Adults of EFAD, Athens, Grecia

BARBARA TROESCH
Global Lead Scientist for Nutrition Science and Advocacy for Medical Nutrition and Pharma, DSM Nutritional Products, Kaiseraugst, Suiza

BIRGIT MATITSCHKA
Dietitian and Project Manager,
Food Solutions Senior Market, SODEXO DE/AT/CH

HELENA HALBWACHS
Head of Care Quality CZ/HR/SI, SeneCura Group, Austria
Senior Lecturer of Nursing and Social Gerontology,
Alma Mater Europaea- ECM, Eslovenia

IVANA PRAŽANOVÁ
RD, Director of Czech Alliance for Nutrition Care

JIŘÍ HORECKÝ
Presidente de EAN

LAURE CLOAREC BLANCHARD
Director Médico, Adef Residences, FNAQPA

MALIN SKINNARS JOSEFSSON
Food Service Dietitian, Department of Food Studies, Nutrition and Dietetics, Uppsala University, Sweden/Lead ESDN Food Service of EFAD

MARCEL SMEETS
EAN EU Executive Consultant and Trustee of the European Nutrition for Health Alliance (ENHA)

SUSANNE BAYER
Dietitian at "Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser", delegated from "Lebenswelt Heim - Bundesverband ", Vienna

AGRADECIMIENTOS

EAN desea agradecer a todos los miembros del grupo de trabajo por sus valiosas contribuciones y su apreciada cooperación. Gracias a la Secretaría de EAN, todos estos voluntarios pudieron reunirse, planificar y trabajar juntos. Unas palabras especiales de reconocimiento y agradecimiento van dirigidas a DSM, que aceptó apoyar la logística y las reuniones del grupo.

LOS ASPECTOS SOCIALES DE LA ALIMENTACIÓN

Las comidas son universales en cuanto a que son un elemento significativo en la interacción social entre las personas. El concepto de comensalidad, la práctica de comer juntos, implica al aspecto social como una de las principales características del comer. Por tanto, preferimos comer en compañía y que la comida familiar se considere el arquetipo de la comensalidad. Sin embargo, la estructura familiar puede cambiar a lo largo de la vida, y una reducción del tamaño del núcleo familiar puede estar asociada a la disminución de los niveles de comensalidad.

EXPERIENCIA AGRADABLE

Se ha constatado que el aislamiento social y la soledad subjetiva de las personas mayores son factores de riesgo de malnutrición, ya que tienden a comer menos cuando comen solas. La literatura retrata el significado de preparar, cocinar y servir comidas entre las mujeres jubiladas (este era un deber de muchas mujeres pertenecientes a la generación anterior). Los resultados mostraron el significado profundo de esta tarea: el hecho de hacer algo por los demás. Esto significaba que, para las viudas, todo el significado del concepto de comensalidad se perdía, y por lo tanto se evidenciaba un riesgo de ingesta nutricional deficiente entre estas mujeres. Se sabe que comer en compañía aumenta la ingesta de alimentos entre las personas mayores en comparación con comer solas. Sin embargo, una mayor ingesta de alimentos también está relacionada con la familiaridad del grupo de personas que comen juntas, ya que comer con amigos fomenta el sentido de comunidad y permite que el grupo evolucione de acuerdo con sus necesidades y deseos.

Los aspectos culturales individuales, como los hábitos y las tradiciones, pueden desempeñar

un papel importante a la hora de determinar las cualidades sociales de las necesidades y los deseos relacionados con las comidas. Por lo tanto, es probable que los aspectos culturales afecten no sólo al grupo social en el que un individuo prefiere comer, sino también a la forma en que se sirve la comida. En un estudio sobre lo que significaba la hora de la comida para las personas mayores y los profesionales sanitarios, las comidas se consideraban, con algunas excepciones, experiencias agradables. Además, los profesionales sanitarios destacaron que el aspecto social de las comidas superaba incluso al aspecto nutricional en términos de importancia.

CONSEJOS PARA LA PRÁCTICA Y LA ORGANIZACIÓN

- Considerar cuidadosamente las preferencias personales de cada residente para socializar a la hora de las comidas.
- Asegurarse de que no hay un aislamiento social indeseado durante las comidas.
- Tener rutinas bien implementadas con respecto a las comidas para que sean agradables.
- Considerar la comida como una parte del cuidado, como un recurso para crear un entorno social con significado.
- Las comidas compartidas deben ser una parte importante en el ámbito del cuidado de personas mayores.
- Formar regularmente al personal para que esté atento a los aspectos sociales.
- Utilizar un mobiliario que facilite la comensalidad.
- Ofrecer clases de cocina u organizar clubes de cocina para las personas mayores independientes que viven solas con el fin de romper el aislamiento social y con fines didácticos
- Ofrecer puntos de encuentro y acciones preventivas que impliquen a los adultos mayores en actividades sociales.

UN CASO INTERESANTE DE SUECIA

En una pequeña ciudad, la comunidad tenía la ambición de contrarrestar el aislamiento social a la hora de comer de las personas mayores que viven en la comunidad. El proyecto pretendía encontrarles "compañeros de comida". Cuando el proyecto se puso en marcha, el interés por ayudar fue enorme y numerosas personas se ofrecieron voluntarias para ser "compañeros de comida". Sin embargo, las personas mayores no mostraron el mismo interés. Resultó que faltaba una relación establecida: no estaban interesados en comer con una persona desconocida. La historia terminó bien: una vez que los "compañeros" se conocieron, el proyecto fue un éxito.

BIBLIOGRAFÍA

Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen. Fit im Alter (Pages 29-30) / DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), (2025)

Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care / Mamhidir, A.G. Karlsson, (2007)

Health Effect of Improved Meal Ambiance in a Dutch Nursing Home: A 1-Year Intervention Study / Mathey M.F. (2001)

Nursing home standards / CANR (California Advocates for nursing home reform) (2008)

National Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland (2016)

Promoting mealtime function in people with dementia: A systematic review of studies undertaken in residential aged care / D. Fetherstonhaugh, (2019)

Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen "Ernährung im Aller in verschiedenen Lebenssituationen" (Page 93) / Bundesministerium für Gesundheit Österreich, (2013)

ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (Page 10), Clinical Nutriton (2018)

Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (Pages 87-90), / DNQP, (2017)

Boulos, C., Salameh, P., and Barberger-Gateau, P. (2017) Social isolation and risk for malnutrition among older people. Geriatr Gerontol Int, 17: 286– 294. doi: 10.1111/ggi.12711.

Boyer, K., Orpin, P. and King, A.C. (2016). 'I come for the friendship': Why social eating matters. Australasian Journal on Ageing, 35: E29-E31. doi:10.1111/ajag.12285

Cheng, S.-L., Olsen, W., Southerton, D. and Warde, A., (2007), The changing practice of eating: evidence from UK time diaries, The British Journal of Sociology, 58 (1): 39–61.

Martin, C.T., Kayser-Jones, J., Stotts, N., Porter, C. and Froelicher, E.S. (2005), Factors Contributing to Low Weight in Community-Living Older Adults. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 17: 425-431. doi:10.1111/j.1745-7599.2005.00073.x

McHugh, J., Lee, O., Lawlor, B., and Brennan, S. (2015) The meaning of mealtimes: social and nutritional needs identified among older adults attending day services and by healthcare professionals, Int J Geriatr Psychiatry, 30, 325– 329, doi: 10.1002/gps.4248.

Ruddock, H.K., Brunstrom, M.J., Vartanian, R.L., Higgs, S. A systematic review and meta-analysis of the social facilitation of eating, The American Journal of Clinical Nutrition, Volume 110, Issue 4, October 2019, Pages 842–861, https://doi-org.ezproxy.its.uu.se/10.1093/ajcn/nqz155

Sidenvall, B., Nydahl, M., & Fjellström, C. (2000). The meal as a Gift—The meaning of cooking among retired women. Journal of Applied Gerontology, 19(4), 405-423. doi:10.1177/073346480001900403

Sobal, J., Bove, C.F. and Rauschenbach, B.S., (2002), Commensal careers at entry into marriage: establishing commensal units and managing commensal circles, The Sociological Review, 50 (3): 378–397.

Sobal J, Nelson MK (2003) Commensal eating patterns: A community study. Appetite 41(2): 181–190

LOS ASPECTOS CULTURALES DEL CUIDADO NUTRICIONAL

No hay duda de que necesitamos agua y alimentos para sobrevivir. Sin embargo, a lo largo de los millones de años de evolución humana, hemos desarrollado puntos de vista y hábitos muy diversos relacionados con esta cuestión, y todos ellos están influidos por nuestro entorno cultural. Las elecciones alimentarias pueden diferir entre culturas debido a la geografía, las normas culturales y religiosas y las filosofías médicas. Además, factores como la situación socioeconómica, el sexo, la edad, la educación, el empleo, la personalidad y los gustos pueden ampliar la diversidad dentro de las ya diversas culturas.

Esta diversidad se refleja en la sociedad, en las personas mayores y, por tanto, en los centros de cuidado de personas mayores. Esto es especialmente importante en relación con el cuidado nutricional, ya que los hábitos no pueden cambiarse fácilmente ni por la fuerza. Reconocer las raíces excepcionalmente profundas de los hábitos alimentarios es especialmente importante cuando se atiende a personas mayores con discapacidades cognitivas, que pueden no ser capaces de compartir sus preferencias alimentarias culturales específicas. Un buen conocimiento y comprensión de las necesidades nutricionales y las preferencias alimentarias individuales es imprescindible para proporcionar una atención nutricional óptima.

PERSONAL CULTURALMENTE COMPETENTE

Las residencias de personas mayores se están convirtiendo en lugares cada vez más diversos, no sólo con respecto a los residentes, sino también por la diversidad del personal. Los profesionales sociales y sanitarios que trabajan en estos entornos requieren una competencia cultural para trabajar eficazmente más allá de los límites de los diversos hábitos culturales, creencias religiosas, etnias e idiomas.

La competencia cultural puede definirse como un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas congruentes que confluyen en un sistema, o entre individuos, que permite a ese sistema o a esos individuos trabajar eficazmente en una situación multicultural. En el ámbito de la nutrición y la dietética, la competencia significa emprender la tarea de aprender sobre las diferentes culturas y desarrollar la flexibilidad al disponer de una variedad de posibles intervenciones.

ALGUNOS CONSEJOS PARA PONER EN PRÁCTICA

La competencia cultural se considera uno de los retos más

importantes a la hora de proporcionar una nutrición óptima en los entornos de cuidado de personas mayores. Se trata de un proceso de aprendizaje permanente, basado en la autoconciencia y la autorreflexión crítica. Los componentes básicos para hacer crecer la competencia cultural del personal incluyen:

- Mantener la mente abierta en cuanto a los diversos puntos de vista culturales, religiosos e individuales sobre la nutrición
- Proporcionar evaluaciones nutricionales detalladas, incluyendo los aspectos culturales de la nutrición e implicando a la familia y los amigos si es necesario
- Planificar intervenciones alimentarias teniendo en cuenta los antecedentes culturales, los hábitos y las creencias de los residentes.

La competencia cultural no es sólo una cuestión de personal, sino que también es importante a nivel organizativo. Para que el personal pueda desarrollar su competencia cultural, la organización responsable de la atención a las personas mayores debe:

- Garantizar una filosofía, políticas y procedimientos que permitan y animen al personal a actuar y reaccionar de forma culturalmente competente;
- Garantizar la formación periódica, la educación y las actividades de autorreflexión en cuestiones culturales para el personal multidisciplinar;
- Evaluar y abordar la competencia cultural de la organización utilizando una de las herramientas de autoevaluación estandarizadas.

UN CASO INTERESANTE DE AUSTRIA

En una residencia austriaca, una señora de nacionalidad turca con demencia moderada empezó a rechazar las comidas y a perder peso de forma significativa. Debido a su estado, la residente no era capaz de verbalizar ningún motivo de su negativa, ni de expresar ninguna preferencia alimentaria. Fue en medio de la crisis del COVID y los centros de cuidado de personas mayores estaban cerrados para visitas como consecuencia del confinamiento nacional.

En su reunión diaria, el personal discutió la alarmante situación y concluyó que la señora había perdido el apetito porque estaba triste porque ya no veía a su familia. Sin embargo, más tarde, una enfermera recordó que, antes del confinamiento, su familia solía llevarle comida casera. Teniendo en cuenta sus antecedentes, algunos miembros del personal con nacionalidad turca empezaron a traer su propia comida casera. Como resultado, la señora empezó a comer de nuevo. Como la residencia de personas mayores tiene su propia cocina y se preparan las comidas para sus residentes in situ, el personal y el chef hablaron de posibles ajustes en la preparación de la comida para esta residente en concreto.

BIBLIOGRAFÍA

Cai, D.Y., 2016. A concept analysis of cultural competence. International Journal of Nursing Sciences, 3(3), pp.268-273.

Campinha-Bacote, J., 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. Journal of transcultural nursing, 13(3), pp.181-184.

Cross, T.L., Bazron B.J., Dennis K.W., and Isaacs M.,R., 1989. Towards a culturally competent system of care. Monograph. Washington DC: CASSP Technical Assistance center.

Curry, K.R., 2000. Multicultural competence in dietetics and nutrition. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 100(10), p.1142.

Hallpike, B., 2008. Promoting good nutrition in patients with dementia. Nursing Standard, 22(29).

Helman, C. G., 2007. Culture, health and illness. London, UK: Hodder Arnold.

Hofstede, G., 2011. Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. Online readings in psychology and culture 2 (1), 8, p. 3-26.

Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., Clifford, A., 2018. Cultural Competence in Health: A review of evidence. Singapore: SpringerBriefs in Public Health.

Moffat, T. and Prowse, T. eds., 2010. Human diet and nutrition in biocultural perspective: past meets present (Vol. 5). Berghahn Books.

Parker, V.A. and Geron, S.M., 2007. Cultural competence in nursing homes: Issues and implications for education. Gerontology & Geriatrics Education, 28(2), pp.37-54.

Purnell, L. D., 2012. Transcultural health care: A culturally competent approach. Philadelphia: FA Davis Company.

Reddy, S. and Anitha, M., 2015. Culture and its influence on nutrition and oral health. Biomedical & Pharmacology Journal, 8(SpecialOct), p.613-620

EL ASPECTO ECONÓMICO PARA UNA BUENA NUTRICIÓN

La nutrición no es sólo cuestión de cocinar y comer. También tiene un aspecto económico. Una buena alimentación tiene su precio y puede tener efectos presupuestarios. La malnutrición tiene un impacto negativo en la salud y, por tanto, en los presupuestos sanitarios. Una buena alimentación, por el contrario, puede tener efectos de ahorro en los costes de la buena salud. Hay suficiente evidencia para justificar una nutrición óptima en las residencias de cuidado de personas mayores. Y una buena nutrición es mucho más que la cantidad. Se trata de una combinación óptima de calidad, cantidad e individualidad.

EL COSTE DE LA MALNUTRICIÓN

Mientras que el 5% de la población general está malnutrida, en las residencias de personas mayores la proporción es alrededor del 30%. Los estudios realizados revelan que los costes totales que conlleva este grupo son considerablemente superiores a los de los residentes bien alimentados. Por ejemplo, la malnutrición puede provocar sarcopenia, lo que conlleva una pérdida de fuerza y masa muscular y, por tanto, más caídas, fracturas y discapacidades físicas. Más visitas al médico, hospitalización y más tratamientos son los principales factores de coste para las personas malnutridas. Estos costes adicionales de la malnutrición suponen una carga considerable para el sector del cuidado de las personas mayores.

EL CUIDADO NUTRICIONAL COMO INVERSIÓN

La prevención de la malnutrición en los centros de cuidado de personas mayores puede considerarse una inversión. Una nutrición óptima, como parte de un estilo de vida saludable, disminuye el riesgo de muchas enfermedades relacionadas con la alimentación, como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Existe evidencia de que las intervenciones para reducir la malnutrición, como los suplementos nutricionales, conducen a una disminución de los ingresos hospitalarios y las visitas médicas.

Hay poca investigación sobre la relación coste-beneficio y la rentabilidad del cuidado nutricional. Un estudio afirma que, por cada 1€ gastado en asesoramiento nutricional, la sociedad obtiene un rendimiento de entre 14€ y 63€ euros. Otro estudio señala que el rendimiento de la inversión en pacientes mayores malnutridos es de entre el 120% y el 190%.

EVITAR EL DESPERDICIO DE ALIMENTOS

Invertir en buena comida es una cosa y evitar el desperdicio de alimentos es otra. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), cada año se desperdicia un tercio de los alimentos producidos para el consumo humano. El sector de la hostelería y los servicios de alimentación es responsable del desperdicio de 920.000 toneladas de alimentos al año, de los cuales el 75% son todavía aptos para el consumo.

El sector del cuidado de personas mayores también podría comprometerse a hacer cambios. El desperdicio de alimentos parece bastante común en el sector del cuidado de personas mayores. Alrededor del 40% de los alimentos comprados, sobre todo verduras, acaban en la basura en hospitales y residencias de personas mayores. Esto se debe a varias razones. Aparte de las previsiones imprecisas, los platos de muestra resultan ser una de las principales causas. Como han demostrado los estudios, los platos de muestra cuestan una media de hasta 20.000 euros por residencia. Sustituir los platos de muestra por imágenes de alta calidad, por ejemplo, aún permite a los residentes ver las comidas que se ofrecen. Los errores en los pedidos de comida son la segunda razón. Los pedidos tomados en la mesa a veces se comunican incorrectamente al personal de cocina. La escritura a mano, la interpretación errónea, las alergias y las preferencias alimentarias que no se registran con exactitud pueden dar lugar a entregas de comida que el residente no pidió, o no quiere o incluso no puede comer.

REDUCCIÓN DEL DESPERDICIO DE ALIMENTOS

Es posible reducir el desperdicio de alimentos con pequeños pasos operativos, por ejemplo, ampliando la gama y la oferta de alimentos de mejor calidad. También se puede ahorrar si los residentes sólo tienen que pedir sus comidas justo antes de comer. Las investigaciones han demostrado que la gente pide precisamente lo que le apetece comer en términos de sabor y tamaño de las raciones. Crear un inventario preciso y mantenerlo actualizado puede ayudar a conocer mejor las provisiones necesarias. Por último, pero no menos importante, repensar cuidadosamente el tamaño de las raciones puede llevar a la conclusión de que la diferenciación del tamaño podría responder a las distintas necesidades de los residentes.

Pero también se pueden dar pasos estratégicos más amplios. A continuación, se exponen algunos elementos relacionados con las experiencias de los profesionales de

hostelería y los obstáculos percibidos en las estrategias actuales para reducir el desperdicio de alimentos:

- revisar las actitudes y los hábitos
- aumentar la concienciación interna
- reconsiderar las prioridades internas
- colaboración y comunicación con y entre todas las partes interesadas en la alimentación
- definir y asumir responsabilidades
- previsión y raciones de comida flexibles
- seguimiento sistemático

UN CASO INTERESANTE DE LOS PAÍSES BAJOS

Un estudio holandés ofrece una visión interesante sobre las inversiones en cuidado nutricional en las residencias de personas mayores:

Los costes normales de nutrición en el sector de las residencias de personas mayores de los Países Bajos ascienden a 319 millones de euros al año.

Los costes adicionales de gestión de los residentes con riesgo de malnutrición son de 8.000 euros por paciente y de 10.000 euros por paciente malnutrido.

Las residencias de personas mayores gastan una media de 10.600 euros por persona malnutrida al tratar la malnutrición relacionada con la enfermedad.

El uso de la nutrición médica con personas mayores enfermas y malnutridas genera unos beneficios netos de entre 1,43 y 3,10 euros por persona. Por cada €1 invertido en el tratamiento de una persona malnutrida, la sociedad en su conjunto ahorra entre 1,90€ y 4,20€ euros.

BIBLIOGRAFÍA

O'Brien D., Malnutrition in the elderly, www.NHDmag.com July 2016 - Issue 116

Pedro Abizanda MD, PhD, Alan Sinclair MD, FRCP, Núria Barcons RDN, Luis Lizán MD, Leocadio Rodríguez-Mañas MD, PhD, Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review, JAMDA 17 (2016) 17e23

Judith M.M. Meijers, Ruud J.G. Halfens, Lisa Wilson, Jos M.G.A. Schols, Estimating the costs associated with malnutrition in Dutch nursing homes, Clinical Nutrition xxx (2011) 1e4

EFAD, Sustainable Health Through the Life Span - Nutrition as a Smart Investment for Europe, 2019

Freijer, K., Nutrition Economics Disease related malnutrition & the economic health care value of medical nutrition, Thesis, 2014

Delegate, Food waste in hospitals and care homes are critical, 2019

J. Snels, H. Soethoudt, Wageningen University & Research, White Paper – Food wastage in health care

ASPECTOS MÉDICOS Y GUÍAS CLÍNICAS

Para las personas mayores, conseguir una ingesta adecuada de energía y nutrientes esenciales se convierte en un reto debido a los cambios en la fisiología gastrointestinal, los niveles hormonales, el metabolismo, la disminución de la actividad física y la menor biodisponibilidad de algunos nutrientes. También es menos probable que ingieran las cantidades necesarias de energía y nutrientes esenciales debido a la llamada anorexia relacionada con el envejecimiento.

Las tasas de prevalencia de la malnutrición notificadas suelen ser inferiores al 10% en las personas mayores que viven de forma independiente. Pero la prevalencia de la malnutrición se eleva a más del 60% en las personas mayores que se encuentran en cuidados intensivos y en rehabilitación. La malnutrición se asocia a un mayor riesgo de fragilidad, sarcopenia, caídas, dependencia en las actividades de la vida diaria, ingreso y estancia hospitalaria más prolongada, con una mala cicatrización de las heridas y más complicaciones, mayor mortalidad y mala calidad de vida. Por lo tanto, es importante evaluar, mantener y, si es necesario, corregir el estado nutricional de las personas mayores en los centros de cuidado.

REVISIÓN NUTRICIONAL, EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN

La iniciativa Liderazgo Global en Desnutrición (GLIM) define la desnutrición como un estado de nutrición subagudo o crónico, en el que una combinación de diversos grados de malnutrición o sobrealimentación y de actividad inflamatoria ha provocado cambios en la composición corporal y una disminución de la funcionalidad de la persona. Según los criterios del GLIM, la desnutrición se confirma si están presentes al menos un criterio fenotípico (es decir, pérdida de peso involuntaria, bajo índice de masa corporal o reducción de la masa muscular) y un criterio etiológico (es decir, reducción de la ingesta o asimilación de alimentos, inflamación o enfermedad aguda).

Para identificar a las personas mayores con desnutrición o en riesgo de desnutrición, el GLIM recomienda que se evalúen de forma rutinaria con una herramienta validada (véase el ejemplo "MUST"). Esta evaluación debería realizarse preferentemente al menos cada tres meses en el caso de las personas mayores que viven en residencias de manera estable, y al menos anualmente para las personas mayores que viven en casa. Una

evaluación de desnutrición positiva debe ir seguida de una evaluación sistemática, una intervención individualizada, seguimiento y el correspondiente ajuste de las intervenciones.

El objetivo de la nutrición clínica en las personas mayores es proporcionar cantidades adecuadas de energía, proteínas, micronutrientes y líquidos para satisfacer las necesidades nutricionales y, por tanto, mantener o mejorar el estado nutricional. Las restricciones dietéticas que pueden limitar la ingesta de lácteos son potencialmente perjudiciales y deben evitarse. Un peso corporal óptimo es importante para la salud a largo plazo. No obstante, hay que tener en cuenta que, para las personas mayores, un Índice de Masa Corporal (IMC) ligeramente superior podría ser beneficioso, ya que un IMC en el rango de 23,0 a 29,9 se asocia con una longevidad óptima y el rango generalmente categorizado como sobrepeso, es decir, de 25,0 a 29,9, no está asociado con resultados adversos para la salud.

El tratamiento nutricional debe considerar una serie de factores como las comorbilidades y los deseos y preferencias de la persona en cuestión. Es una buena práctica clínica flexibilizar las restricciones dietéticas en las personas mayores para reducir el riesgo de malnutrición y la consiguiente pérdida de masa libre de grasa y el deterioro funcional.

LAS NECESIDADES NUTRICIONALES DE UN VISTAZO

Las siguientes recomendaciones de los organismos expertos deben servir de base para un plan de atención nutricional individualizado, ya que es imposible y/o poco práctico definir las necesidades nutricionales de cada individuo. Su traducción en planes de alimentación individualizados requiere entonces una estrecha colaboración dentro de los Equipos Médicos de Nutrición multidisciplinares, así como dentro de la organización más amplia de la residencia de personas mayores (véase el capítulo sobre Funciones y responsabilidades). El valor orientativo de la ingesta energética en las personas mayores es de 30 kcal por kg de peso corporal y por día. Este valor debe ajustarse individualmente en función del estado nutricional, el nivel de actividad física, el estado de la enfermedad y la tolerancia de la persona.

La ingesta de proteínas en las personas mayores debe ser de al menos 1g de proteínas por kg de peso corporal y día. Este valor debe ajustarse individualmente en función del estado nutricional, el nivel de actividad física, el estado de la enfermedad y la tolerancia de la persona. Varios grupos de expertos han sugerido cantidades diarias más elevadas para las personas mayores sanas. En caso de enfermedad, por ejemplo, inflamación (incluido el envejecimiento inflamatorio), infecciones y heridas, las necesidades de proteínas pueden aumentar aún más, sin embargo, es difícil evaluar en qué medida. Se sabe muy poco sobre las necesidades de proteínas de las personas mayores frágiles y enfermas. Las pruebas científicas, por ejemplo, de los ensayos de intervención, son actualmente insuficientes para obtener cifras concretas. Se han sugerido cantidades diarias de proteínas de 1,2 a 1,5 g por kg de peso corporal y día para las personas mayores con enfermedades agudas o crónicas y de hasta 2,0 g por kg de peso corporal y día en caso de enfermedad grave, lesión o desnutrición.

Una cantidad diaria de 25 g de fibra se considera adecuada para un normal funcionamiento intestinal en adultos de todas las edades y puede considerarse como valor orientativo para las personas mayores. Por lo tanto, las opciones de menú que contribuyen a esta recomendación son importantes para contribuir a una función intestinal normal. En el caso de las personas alimentadas por vía enteral, los productos que contienen fibra deben utilizarse de forma rutinaria, a menos que la función intestinal esté comprometida.

Los micronutrientes, siempre que no exista una deficiencia específica, deben suministrarse de acuerdo con la respectiva recomendación nacional para las personas mayores

saludables. La ingesta adecuada de micronutrientes es esencial para mantener la masa/función ósea y muscular y para contrarrestar los efectos del envejecimiento en el sistema inmunitario. Se considera que prevenir o tratar la malnutrición es una medida importante para reducir las complicaciones de una posible infección. En consecuencia, una reciente declaración de expertos de la ESPEN recomienda el uso de suplementos para garantizar una ingesta diaria adecuada de todas las vitaminas y minerales para los grupos vulnerables en la actual pandemia del COVID-19.

En una reciente publicación sobre los nutrientes que favorecen el buen funcionamiento del sistema inmunitario en la población general, se recomiendan ≥200 mg al día de vitamina C. Según el Instituto Linus Pauling, una ingesta de vitamina C de al menos 400 mg al día puede ser especialmente importante para las personas mayores con enfermedades crónicas relacionadas con la edad. Estos niveles siguen estando dentro del rango de ingesta que la EFSA considera seguro.

Basándose en las pruebas del efecto compensatorio de la vitamina E sobre los efectos relacionados con la edad en el sistema inmunitario, se sugirió que podrían ser necesarios niveles de hasta 200 mg al día de vitamina E para una función inmunitaria óptima en las personas mayores. Aunque están muy por encima de las recomendaciones actuales, siguen estando dentro del nivel superior (1.000 mg al día) y pueden considerarse seguros.

MANTENIMIENTO DE LA MASA MUSCULAR Y ÓSEA, PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS, LA SARCOPENIA Y LA FRAGILIDAD

En las personas mayores, la pérdida de peso se produce con frecuencia a expensas de la masa muscular y se asocia a un deterioro de la función física. El desuso muscular y los períodos de reposo en cama pueden agravar aún más la degradación de la masa y la fuerza muscular. El Grupo de Trabajo Europeo en Sarcopenia en Personas Mayores define la sarcopenia como un trastorno muscular esquelético progresivo y generalizado que implica la pérdida acelerada de masa y función muscular.

La inflamación crónica de bajo grado relacionada con la edad puede contribuir de forma importante a la sarcopenia. Dado su potencial para combatir la inflamación, la suplementación con ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega-3 con DHA y EPA puede ayudar a reducir la pérdida de masa muscular relacionada con la edad como parte de un régimen de gestión integral que incluya la nutrición y el ejercicio. La síntesis endógena de EPA y DHA es limitada en la mayoría de las personas y está influida por una serie de factores como la

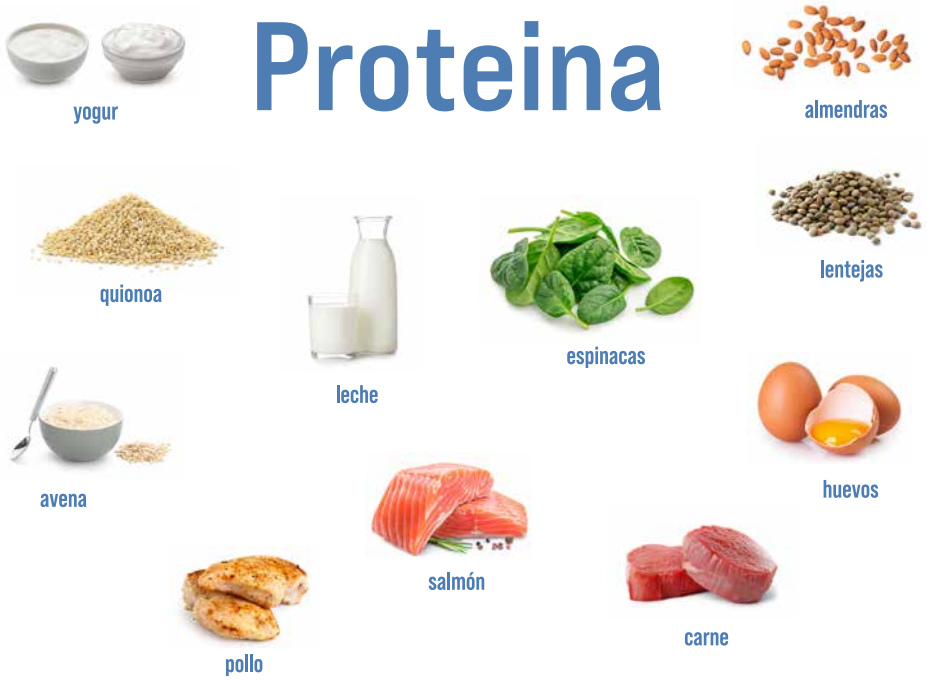
edad, el sexo, la genética y las enfermedades. Por lo tanto, la ingesta adecuada de DHA y EPA es importante en las personas mayores, que a menudo sufren resistencia a la insulina u otras características que limitan la síntesis endógena. En la actualidad, generalmente se acepta que una ingesta de 250 a 500 mg de EPA y DHA al día es necesaria para una nutrición óptima y sigue estando dentro del rango que se considera generalmente seguro.

Además, se ha comprobado que la suplementación con vitamina D tiene un efecto beneficioso en la fuerza muscular de las personas mayores. Asimismo, es importante mantener unos huesos fuertes, por lo que la Fundación Internacional de Osteoporosis recomienda una ingesta diaria de 20 a 25 µg para las personas mayores de 60 años. Sin embargo, la Sociedad de Endocrinología afirma que podría ser necesaria una ingesta diaria de al menos 37,5 a 50 µg al día de vitamina D suplementaria para alcanzar los niveles adecuados de vitamina D en suero. El nivel recomendado de vitamina D está por encima de la mayoría de las ingestas diarias recomendadas en la actualidad (por ejemplo, DACH recomienda que para las personas mayores de 65 años es de 20 µg al día), pero sigue estando muy dentro de lo que la EFSA considera seguro. Además de los suplementos de vitamina D, la Fundación Internacional de Osteoporosis recomienda una ingesta de 1.200 mg al día de calcio para mantener unos huesos fuertes.

Es importante alentar a las personas mayores malnutridas, o con riesgo de malnutrición, a ser físicamente activas y a hacer ejercicio para mantener o mejorar la masa y la función muscular. Antes de iniciar la intervención de ejercicio físico, es necesario evaluar el estado de salud y el nivel de rendimiento físico de la persona para descartar contraindicaciones para el entrenamiento físico e identificar el tipo de entrenamiento, la intensidad y el nivel adecuados.

PLANES DE COMIDA

Para lograr las ingestas necesarias, es importante preparar una dieta con alta densidad de nutrientes. Las limitaciones económicas suelen ser un obstáculo para este tipo de dieta. Los alimentos ricos en micronutrientes suelen ser más caros que las opciones de alta densidad energética. Sin embargo, la leche y los productos lácteos son buenas fuentes de calcio y proteínas. Son alimentos de alta calidad disponibles a precios razonables, como las alubias y los huevos. Además, las naranjas o las zanahorias frescas, pero también las verduras enlatadas o congeladas, como los tomates o los guisantes, también son complementos de la dieta a un precio razonable y ricos en nutrientes.



Lo ideal sería que la ingesta de nutrientes se lograra mediante una dieta bien equilibrada y diversa. Sin embargo, esto es un reto en la población general, y las personas mayores tienen aún menos probabilidades de ingerir las cantidades necesarias de energía y micronutrientes debido a la anorexia relacionada con el envejecimiento. Además, las necesidades de nutrientes específicos, como la vitamina D y los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 de cadena larga, se encuentran en un rango que, sobre todo en las personas mayores, es poco probable que se cubra sólo con la dieta. Los alimentos enriquecidos y los suplementos son formas eficaces de conseguir una ingesta adecuada de micronutrientes y deberían considerarse medios seguros y rentables para mejorar el estado nutricional de las personas mayores.

MODIFICACIÓN DE LOS ALIMENTOS Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ORALES

A las personas mayores malnutridas o en riesgo de malnutrición se les debe ofrecer alimentos enriquecidos, así como aperitivos adicionales o comida para picar, con el fin de apoyar una ingesta dietética adecuada. La fortificación de los alimentos, o el enriquecimiento dietético, puede aumentar la densidad energética y proteica de las comidas y bebidas, por ejemplo, utilizando alimentos naturales como el aceite, la nata, la mantequilla y los huevos, o mediante preparados de nutrientes específicos como la maltodextrina y las proteínas en polvo. Esto permitirá aumentar la ingesta a partir de cantidades similares de alimentos.

Los nutricionistas y otros profesionales sanitarios utilizan tradicionalmente una serie de

estrategias dietéticas para mejorar la ingesta de energía y nutrientes de las personas mayores. Estos incluyen el aperitivo entre comidas o comidas para picar, especialmente para las personas que tienen dificultades para usar los cubiertos o para permanecer en la mesa.

A las personas mayores malnutridas o en riesgo de malnutrición con enfermedades crónicas, cuando están hospitalizadas o tras el alta, se les deben ofrecer suplementos nutricionales orales (SNO). Estos también son útiles cuando el asesoramiento dietético y la fortificación de los alimentos no son suficientes para aumentar la ingesta diaria y alcanzar los objetivos nutricionales. En estos casos, los SNO deben aportar al menos 400 kcal al día, incluyendo 30g o más de proteínas al día. El tipo, el sabor, la textura y el momento de consumo deben adaptarse al gusto y a la capacidad alimentaria de la persona. Los SNO deben continuarse durante al menos un mes y evaluarse mensualmente.

En el caso de las personas que muestren signos de disfagia orofaríngea o problemas de masticación, los alimentos enriquecidos y de textura modificada pueden formar parte de las estrategias para apoyar una ingesta dietética adecuada. En la Iniciativa Internacional de Estandarización de la Dieta para la Disfagia (IDDSI) se describen las opciones de menú con textura modificada.

Las comidas a domicilio que se ofrecen a las personas mayores malnutridas que viven en casa o en riesgo de malnutrición deben ser densas en energía y/o incluir comidas adicionales para apoyar una ingesta adecuada.

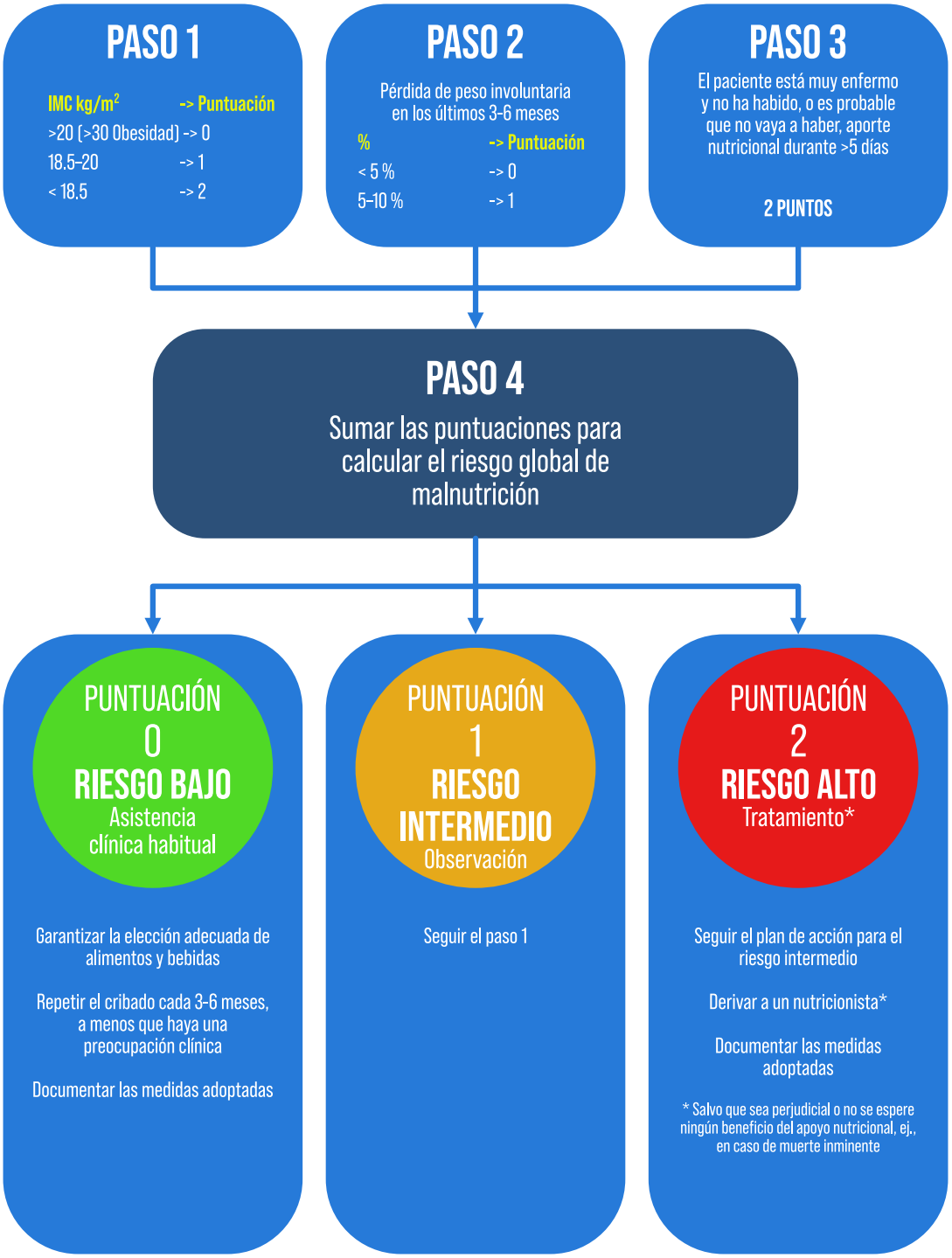
RECOMENDACIONES

Intervención	Recomendación
Energía	Aproximadamente 30 kcal por kg de peso corporal y día, a ajustar según el estado nutricional de cada persona, el nivel de actividad física, la situación sanitaria y la tolerancia.
Proteína	Personas generalmente sanas ≥1 g por kg de peso corporal y día. Personas mayores con enfermedades agudas o crónicas 1,2 a 1,5 g por kg de peso corporal y día. En caso de enfermedad grave, lesión o desnutrición hasta 2 g por kg de peso corporal y día.
Fibra dietética	Las cantidades diarias de 25 g se consideran adecuadas.
Vitaminas y minerales	Garantizar una ingesta adecuada, preferiblemente a través de una dieta equilibrada y rica en nutrientes, y si es necesario, a través de SNO o suplementos
Vitamina C	Personas mayores sanas: ingesta diaria de al menos 200 mg al día
Vitamina D	Ingesta diaria de 20 a 25 µg al día Podrían ser necesarios 50 µg al día para alcanzar un estado adecuado si los niveles séricos de vitamina D son bajos
Vitamina E	Se recomienda una ingesta complementaria de 200 mg al día
Calcio	Ingesta diaria de 1.200 mg al día
DHA y EPA	Ingesta diaria de hasta 500 mg al día
Ejercicio	Ejercicio diario de acuerdo con el estado de salud individual y el nivel de rendimiento físico

UN CASO INTERESANTE DE ALEMANIA

Hace tres años, una señora de 80 años se trasladó a un centro de cuidados de larga duración. Le habían diagnosticado diabetes mellitus 10 años antes y había conseguido controlar su enfermedad con dieta. Al cabo de un par de meses empezó a tener dificultades para tragar y se le recetó una dieta de textura modificada. Perdió 10 kg de peso y se le diagnosticó desnutrición. El personal decidió ofrecerle a lo largo del día alimentos fortificados y aperitivos de textura adecuada para favorecer una ingesta dietética adecuada. Además, se le prescribieron 2 SNO que aportaban 400 kcal y 30 gr de proteínas al día. El tipo, la textura, el sabor y la hora de consumo se adaptaron a las necesidades de la señora. Tras un mes de evaluación diaria de su cumplimiento en el consumo de los SNO, consiguió ganar 1 kg. Se acordó la continuación de los alimentos enriquecidos, los aperitivos adicionales y los SNO y se programó una revisión mensual del protocolo de tratamiento de la desnutrición.

Herramienta "MUST"



Esta herramienta es para ayudar en su evaluación. En caso de duda, aplique su criterio profesional.

BIBLIOGRAFÍA

Rémond D, Shahar DR, Gille D, Pinto P, Kachal J, Peyron M-A, et al. Understanding the gastrointestinal tract of the elderly to develop dietary solutions that prevent malnutrition. Oncotarget. 2015;6(16):13858-98.

Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Savera G, et al. Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. Nutrients. 2016;8(2):69-.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc. 2010;58(9):1734-8.

Cereda E, Pedrolli C, Klersy C, Bonardi C, Quarleri L, Cappello S, et al. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA(®). Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2016;35(6):1282-90.

Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition. 2019;38(1):10-47.

Keller H, de van der Schueren MAE, Jensen GL, Barazzoni R, Compher C, Correia M, et al. Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM): Guidance on Validation of the Operational Criteria for the Diagnosis of Protein-Energy Malnutrition in Adults. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2020;44(6):992-1003.

Van Bokhorst-de van der Schueren MA, Guaitoli PR, Jansma EP, de Vet HC. Nutrition screening tools: does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2014;33(1):39-58.

Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2019;38(1):1-9.

Porter Starr KN, Bales CW. Excessive Body Weight in Older Adults. Clinics in geriatric medicine. 2015;31(3):311-26.

Baum JI, Kim I-Y, Wolfe RR. Protein Consumption and the Elderly: What Is the Optimal Level of Intake? Nutrients. 2016;8(6):359.

Nowson C, O'Connell S. Protein Requirements and Recommendations for Older People: A Review. Nutrients. 2015;7(8):6874-99.

Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. Journal of the American Medical Directors Association. 2013;14(8):542-59.

Deutz NEP, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. Clinical nutrition. 2014;33(6):929-36.

EFSA NDA Panel. Scientific opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre. EFSA Journal. 2010;8(3):1462.

Calder PC, Carr AC, Gombart AF, Eggersdorfer M. Optimal Nutritional Status for a Well-Functioning Immune System Is an Important Factor to Protect against Viral Infections. Nutrients. 2020;12(4):1181.

Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, Wickramasinghe K, Krznaric Z, Nitzan D, et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2020;39(6):1631-8.

Linus Pauling Institute. Linus Pauling Institute Recommendation Vitamin C 2020 [Available from: https://lpi.oregonstate.edu/mic/vitamins/vitamin-C.

Scientific Committee on Food, Scientific Panel on Dietetic Products NaA. Tolerable upper intake levels for vitamins and minerals. 2006.

Meydani SN, Lewis ED, Wu D. Perspective: Should Vitamin E Recommendations for Older Adults Be Increased? Adv Nutr. 2018;9(5):533-43.

Institute of Medicine. Dietary reference intakes of vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids. Washington, DC: National Academic Press; 2000.

Newman AB, Lee JS, Visser M, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, Tylavsky FA, et al. Weight change and the conservation of lean mass in old age: the Health, Aging and Body Composition Study. Am J Clin Nutr. 2005;82(4):872-8; quiz 915-6.

Ritchie CS, Locher JL, Roth DL, McVie T, Sawyer P, Allman R. Unintentional weight loss predicts decline in activities of daily living function and life-space mobility over 4 years among community-dwelling older adults. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 2008;63(1):67-75.

Kortebein P, Ferrando A, Lombeida J, Wolfe R, Evans WJ. Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults. JAMA. 2007;297(16):1772-4.

Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age and ageing. 2019;48(1):16-31.

Calder PC, Bosco N, Bourdet-Sicard R, Capuron L, Delzenne N, Doré J, et al. Health relevance of the modification of low grade inflammation in ageing (inflammageing) and the role of nutrition. Ageing Research Reviews. 2017;40:95-119.

Troesch B, Eggersdorfer M, Laviano A, Rolland Y, Smith AD, Warnke I, et al. Expert Opinion on Benefits of Long-Chain Omega-3 Fatty Acids (DHA and EPA) in Aging and Clinical Nutrition. Nutrients. 2020;12(9):2555.

Baker EJ, Miles EA, Burdge GC, Yaqoob P, Calder PC. Metabolism and functional effects of plant-derived omega-3 fatty acids in humans. Prog Lipid Res. 2016;64:30-56.

Food and Agricultural Organization. Fats and fatty acids in human nutrition- Report of an expert consultation. Rome: Food and Agricultural Organization,; 2010.

Chinese Nutrition Society. Chinese Dietary Reference Intakes Summary (2013). Beijing, China: People's Medical Publishing House; 2013.

Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements. Otten JJ, Hellwig JP, Meyers LD, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2006. 1344 p.

EFSA NDA Panel. Scientific opinion on the Tolerable Upper Intake Level of eicosapentaenoic acid (EPA), docosahexaenoic acid (DHA) and docosapentaenoic acid (DPA). EFSA Journal. 2012;10(7):1-48.

Beaudart C, Buckinx F, Rabenda V, Gillain S, Cavalier E, Slomian J, et al. The effects of vitamin D on skeletal muscle strength, muscle mass, and muscle power: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(11):4336-45.

International Osteoporsis Foundation. Calcium and vitamin D 2018 [cited 2020 November 9]. Available from: https://www.nof.org/patients/treatment/calciumvitamin-d/.

Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011.

Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 2009;41(7):1510-30.

Blumberg J. Nutritional needs of seniors. J Am Coll Nutr. 1997;16(6):517-23.

Drewnowski A. Concept of a nutritious food: toward a nutrient density score. Am J Clin Nutr. 2005;82(4):721-32.

Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. Am J Clin Nutr. 2005;82(1 Suppl):265S-73S.

Drewnowski A. The contribution of milk and milk products to micronutrient density and affordability of the U.S. diet. J Am Coll Nutr. 2011;30(5 Suppl 1):422S-8S.

Darmon N, Darmon M, Maillot M, Drewnowski A. A Nutrient Density Standard for Vegetables and Fruits: Nutrients per Calorie and Nutrients per Unit Cost. Journal of the American Dietetic Association. 2005;105(12):1881-7.

Saternus R, Vogt T, Reichrath J. A Critical Appraisal of Strategies to Optimize Vitamin D Status in Germany, a Population with a Western Diet. Nutrients. 2019;11(11).

Fulgoni VL, Keast DR, Bailey RL, Dwyer J. Foods, Fortificants, and Supplements: Where Do Americans Get Their Nutrients? The Journal of Nutrition. 2011;141(10):1847-54.

The British Dietetic Association, The Food Services Specialist Group. The Nutrition and Hydration Digest. 2019.

LA TERAPIA DE NUTRICIÓN EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La nutrición en el cuidado de las personas mayores adquiere una dimensión adicional en la fase paliativa. Como es difícil determinar el inicio de esta última fase, es discutible cuándo la atención nutricional pasa de apoyar la vida a reconfortar la vida. La nutrición puede perder su función clínica y, por tanto, las pautas alimentarias pueden cambiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias frente a los problemas asociados a las enfermedades potencialmente mortales, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana y la evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas -físicos, psicosociales y espirituales-. Es un enfoque de afirmación de la vida con el objetivo de promover y mantener una calidad de vida óptima hasta la muerte. En los cuidados paliativos, la muerte se considera un proceso normal que no debe acelerarse, ni obstruirse o prolongarse.

DIFERENTES PUNTOS DE VISTA, DIFERENTES OPINIONES

Especialmente en la medicina geriátrica, las personas con enfermedades neurológicas o cardíacas, problemas pulmonares o renales u otras afecciones reciben cuidados paliativos. ¿Pero qué significa eso? Muchas afecciones limitan la vida y está claro que habrá un final. La cuestión es ¿cuándo es pertinente una intervención nutricional específica? ¿Cuáles son los objetivos y las necesidades? ¿Alimentar hasta el final o no hacer nada? Por lo tanto, lo más importante es hacer autocrítica y reflexionar sobre la cuestión de los cuidados nutricionales en la fase paliativa. A pesar de que las opiniones difieren, al menos está claro que hay que prestar atención a esta cuestión.

EL BIENESTAR COMO OBJETIVO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Especialmente en la fase final de la vida, una nutrición adecuada puede contribuir al alivio y a la calidad de vida. Las recomendaciones nutricionales en la fase terminal difieren considerablemente de las de las fases anteriores de la vida. La nutrición como intervención para mantener la vida y apoyar la terapia pierde su significado. Las intervenciones nutricionales en la fase terminal requieren un enfoque cuidadosamente estudiado e individualizado. El objetivo pasa de mantener el estado nutricional y

el funcionamiento a proporcionar confort y bienestar.

En la última fase de la vida, las personas deben recibir apoyo para comer y beber mientras puedan o quieran hacerlo. Cuando empiezan a comer y beber gradualmente menos, esto puede ser difícil de aceptar para los familiares de la persona. La amplia comunicación entre el personal y los familiares, así como el apoyo psicosocial para la persona en estado terminal y sus familiares, son de vital importancia. En esta fase, el apoyo nutricional puede no aportar beneficios, ya que la persona a menudo no experimenta hambre ni sed. Además, los nutrientes no se metabolizan como en etapas anteriores de la vida. No se recomienda la nutrición artificial, y la hidratación artificial sólo en casos excepcionales. Por otro lado, las personas en esta situación suelen experimentar síntomas de malestar como sequedad de boca, náuseas o alteración del sentido del gusto. En estos casos, se pueden aliviar con medidas de enfermería como los cuidados labiales y bucales.

La ambición última de implementar cualquier intervención nutricional en los cuidados paliativos debe centrarse en la preservación del bienestar. El respeto es clave, así como la comprensión del hecho de que los cuidados nutricionales curativos y paliativos van de la mano con un equilibrio cambiante en función del estado, las condiciones, las necesidades y las demandas.

¿QUÉ HACER SI YA NO SE PUEDE HACER NADA?

El acto de equilibrio de los cuidados nutricionales en la fase paliativa debe comenzar con la ambición de preservar el bienestar. Pero ¿qué se puede hacer cuando ya no se puede hacer nada? Los expertos en nutrición, como parte de un equipo multidisciplinar de cuidados paliativos, podrían basarse en las siguientes indicaciones:

- Conservación del estado nutricional individual. El objetivo no debe ser alcanzar el estado nutricional perfecto o la necesidad calculada, sino satisfacer las necesidades y los deseos de las personas afectadas;
- Conservación de la calidad de vida individual y subjetiva. La comunicación entre la persona, el personal y los familiares es clave para conocer y comprender sus necesidades. Fomentar la comunicación abierta entre todas las personas implicadas. Las acciones e intervenciones requieren planificación y comunicación;
- Respeto a la autonomía. Asegurar y respetar el derecho de autonomía de cada persona al planificar las intervenciones nu-

tricionales en la etapa paliativa y cumplir con las preferencias personales en cuanto a las solicitudes de alimentos y bebidas, al tiempo que se abordan los síntomas angustiosos que afectan a la ingesta de alimentos y bebidas;

- Apoyarse en la experiencia nutricional. Ser consciente de las dietas que no están basadas en la evidencia ni aportan calidad de vida;
- Prevención y terapia de las úlceras por presión. La desnutrición tiene un efecto negativo en la calidad de vida y es importante tratarla. Pero los objetivos dietéticos, como el nivel óptimo de azúcar en la sangre, el colesterol y otros parámetros metabólicos, no deben ser el centro de atención;
- Asesoramiento. Un equipo multidisciplinar de cuidados paliativos puede asesorar sobre alternativas para satisfacer las necesidades nutricionales, como el tratamiento de las náuseas, la pérdida de apetito, los problemas digestivos y las dificultades para masticar y tragar;
- Inicio y fin de la nutrición. Busque siempre la experiencia nutricional y consulte las decisiones individuales para iniciar, adaptar o finalizar la nutrición enteral o parenteral;
- Flexibilidad. Es importante adoptar una postura abierta ante las necesidades específicas y apoyar el desarrollo de respuestas adecuadas;
- Educación y formación. La experiencia nutricional está sujeta a cambios continuos y a nuevos conocimientos. La nutrición en un contexto de cuidados paliativos debería formar parte de cualquier formación profesional.

BIBLIOGRAFÍA

WHO. 2020. WHO Definition of Palliative Care. https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ Accessed 11.10.2020

England, N.H.S., 2014. Leadership Alliance for the Care of Dying People. NHS England.

Carter, A.N., 2020. To What Extent Does Clinically Assisted Nutrition and Hydration Have a Role in the Care of Dying People?. Journal of Palliative Care, pp. 209-216.

Orrevall, Y., 2015. Nutritional support at the end of life. Nutrition, 31(4), pp.615-616.

Druml, C., Ballmer, P.E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A. and Bischoff, S.C., 2016. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clinical Nutrition, 35(3), pp.545-556.

Frühwald T., 2008. Frailty. in: Böhmer F., Füsgen, I.: Geriatrie. Der ältere Mensch mit seinen Besonderheiten, Böhlau Verlag.

Volkert D. 2015. Ernährung im Alter. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston, pp. 155-161

Domkar, S. 2015. Ernährungstherapie in der palliativ Care. Die Rolle der Diaetologin/des Diaetologen im interdisziplinären Team. Masterthesis, FH Campus Wien.

Klarare, A., Hagelin, C., CJ, F., & Fossum, B. 2013. Team interactions in specialized palliative Care teams: a qualitative study. J Palliat Med, 16(9), pp. 1062–1069.

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

Gestionar la atención nutricional en centros de atención de personas mayores es todo un reto. El camino de la malnutrición a la buena nutrición es largo, y en él intervienen muchas personas. Desarrollar una estrategia hacia la buena nutrición es un primer paso. Un segundo elemento importante es identificar y aplicar las funciones y responsabilidades para poder ejecutar la estrategia. La buena nutrición en el cuidado de las personas mayores es un ejercicio multidisciplinar que sólo puede tener éxito si la teoría se traduce bien en la práctica. Para ello, es importante definir claramente los procesos en la actividad diaria, la colaboración y la comunicación.

¿QUIÉN HACE QUÉ?

La buena nutrición no es sólo cuestión de cocineros y cocineras. Añadir un nutricionista no es suficiente para que un equipo multidisciplinar funcione. El número de involucrados va más allá de los "sospechosos habituales":

LA DIRECCIÓN

Los directores de las residencias para personas mayores son los principales responsables de crear una cultura y desarrollar una estrategia clara que se centre en la nutrición como inversión y en el efecto de una buena nutrición en la salud y el bienestar de los residentes. De acuerdo con esto, la dirección es responsable de desarrollar un entorno de apoyo en el que todos los implicados en la atención nutricional puedan aplicar esa estrategia: la dirección de enfermería, recursos humanos y formación, la gerencia de instalaciones y la gestión de calidad. La dirección debe ser consciente de que la atención nutricional es multidisciplinar y organizar los procesos y la comunicación en consecuencia.

PERSONAL DE COCINA

Los cocineros y el personal de cocina son responsables de garantizar que la oferta completa de comidas y bebidas satisfaga las necesidades de los residentes. Por lo tanto, se requieren conocimientos expertos en nutrición para personas mayores y sus requisitos nutricionales específicos. Por supuesto, la comida debe saber bien, tener un aspecto atractivo y servirse con gusto. El personal de cocina no es el principio, pero es un elemento crucial en la cadena de nutrición que debe tenerse en cuenta en la planificación, producción y suministro nutricional. El personal de cocina, que desempeña un papel crucial a la hora de traducir las necesidades, requisitos y exigencias siempre cambiantes en una producción nutricional práctica y posible, debe ser creativo y flexible.

PROVEEDOR DE COMIDA (EXTERNO)

Dado que hay poca diferencia entre un servicio de catering interno o un servicio de catering externo que entrega las comidas en la residencia, es importante que el contrato de prestación de servicios subyacente sea claro en la definición de los servicios y las responsabilidades. El proveedor de servicios de comidas debe ser visto como un socio de atención nutricional y no sólo como un proveedor de alimentos. La comunicación entre el proveedor de comida y la dirección del centro y el personal de nutrición es fundamental.

EL/LA NUTRICIONISTA

Como experto en necesidades y posibilidades nutricionales, el nutricionista es el eje entre los residentes y la cocina, y el coordinador del equipo multidisciplinar. Sus tareas son muy diversas, y van desde el desarrollo y la evaluación de protocolos nutricionales velar por la adecuada por el suministro e ingesta adecuados. La participación en las discusiones interdisciplinarias de los casos y el desarrollo de cursos de formación para el personal de enfermería y de cocina forman parte de las funciones del nutricionista. Se necesitan varios años de experiencia profesional para cumplir con estas responsabilidades.

En algunos países existen nutricionistas de servicios de alimentación. Son responsables de las residencias de un municipio, por ejemplo, de todo el personal de cocina, de la calidad de las comidas (nutrición, sabor, calidad de los productos, dietas, etc.), así como de los aspectos económicos, como la adquisición, el presupuesto, el equipamiento y el transporte.

PERSONAL DE ENFERMERÍA

Dado que suele estar en contacto personal diario con los residentes, el personal de enfermería está bien posicionado para desempeñar el papel de intermediario de la información y señalar las necesidades y requisitos cambiantes. En función de su cualificación, el personal de enfermería es responsable de la detección, valoración, planificación, ejecución y evaluación periódicas de los cuidados de enfermería, que incluyen diversos aspectos nutricionales. La estrecha colaboración con los expertos en nutrición y otros miembros del equipo multidisciplinar y la correcta aplicación de los procedimientos y protocolos nutricionales son de vital importancia. El personal de enfermería es responsable de trabajar con los residentes y debe aplicar correctamente todos los procedimientos y protocolos. Por lo tanto, es necesario impartir una formación periódica sobre los distintos aspectos de la desnutrición.

EQUIPO TERAPÉUTICO

Los logopedas, fisioterapeutas, y otros terapeutas desempeñan un papel importante, ya que pueden ayudar a mejorar la comprensión del equipo multidisciplinar y pueden asesorarle sobre los problemas subyacentes que explican las causas de la reducción de la capacidad de ingesta y la malnutrición.

EL PERSONAL MÉDICO

El personal médico, como el médico de cabecera y el gerontólogo, debe aplicar los protocolos de detección de la malnutrición con regularidad e informar al equipo multidisciplinar de la residencia sobre los cambios en las circunstancias y las condiciones de salud subyacentes de los residentes.

EL "COMITÉ DE ALIMENTACIÓN"

En algunas organizaciones existe un comité de alimentación o grupo de referencia que representa las peticiones o demandas de los residentes. Estos grupos, junto con el personal multidisciplinar de nutrición, discuten y elaboran los menús específicos y los elementos nutricionales que mejor responden a las expectativas y deseos de las personas.

EL/LA RESIDENTE

El propio residente debe formar parte del proceso nutricional y ser informado lo mejor posible sobre su estado, las oportunidades y los riesgos de la nutrición y las acciones previstas.

LOS FAMILIARES, LA FAMILIA, LOS AMIGOS, LOS CUIDADORES INFORMALES, LOS TRABAJADORES SOCIALES Y LOS VOLUNTARIOS

Todas las demás personas que acompañan al residente tienen un papel y una responsabilidad como fuentes de información sobre el estado, los sentimientos, las demandas y las necesidades del residente, y deben comunicarse abiertamente con el personal de la residencia.

UN CASO INTERESANTE DE ALEMANIA

Un equipo multidisciplinar de una residencia debatió la necesidad de una bebida especial de alto contenido calórico para un residente desnutrido. El cocinero, como miembro del equipo, compartió la información con su personal de cocina y la colgó en el tablón de anuncios de la cocina. Durante los días siguientes, el personal preparó la bebida especial rica en calorías. Pero durante la siguiente reunión del equipo, una enfermera se quejó de que la bebida hipercalórica se había olvidado. ¿Qué había ocurrido? El personal de cocina etiquetó la bebida con una abreviatura interna de la cocina y la entregó en la zona de estar. El personal de servicio no reconoció la bebida especial y se la dio a otra persona. Afortunadamente, el personal descubrió el motivo del error tras la reunión del equipo, y a partir de ese momento todos los alimentos especiales se etiquetaron no sólo con el nombre del residente, sino también con su contenido exacto.

LISTADO DE ABREVIATURAS

IMC	Índice de masa corporal
DACH	Alemania, Austria y Suiza
DHA	Ácido docosahexaenoico (ácido graso esencial poliinsaturado de la serie omega-3.)
EAN	Red Europea de Envejecimiento
EFSA	Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria
EPA	Ácido eicosapentaenoico (ácido graso esencial poliinsaturado de la serie omega-3.)
ESPEN	Sociedad Europea para la Nutrición Clínica y el Metabolismo
GLIM	Iniciativa Liderazgo Global en Desnutrición
FAO	La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
SNO	Suplementos Nutricionales Orales
IDDSI	Iniciativa Internacional de Estandarización de la Dieta para la Disfagia
OMS	Organización Mundial de la Salud

EAN HEADQUARTERS

EAN asbl
c/o Résidence Grande Duchesse Joséphine Charlotte
11, avenue Marie-Thérese
L-2132 Luxembourg

EAN OFFICE

Ing. Karel Vostrý
Executive Director

Na Pankráci 322/26
CZ-140 00 Praha 4
Czech Republic

info@ean.care

www.ean.care

Promoción de la "buena-nutrición" en el cuidado de las personas mayores
Recomendaciones para los miembros de la EAN
Una guía para organizar la nutrición en entornos de cuidado de personas mayores

(C) 2021, Red Europea de Envejecimiento

ISBN: 978-80-88361-34-3
ISBN: 978-80-88361-35-0 (online)

www.ean.care

EUROPEAN AGEING NETWORK

www.ean.care

PARTNERS:

HARTMANN
Helps. Cares. Protects.

arjo
with people in mind

EAN asbl
c/o Résidence Grande Duchesse Joséphine Charlotte
11, avenue Marie-Thérese
L-2132 Luxembourg