

Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics

www.renhyd.org



ORIGINAL

Estado nutricional, hábitos alimentarios y perfil sociosanitario de los usuarios del servicio de comida a domicilio para personas mayores de Vitoria-Gasteiz

Fernando Gómez-Busto^{a,*}, Virginia Andía Muñoz^a, Loli Ruiz de Alegría^a, Pilar Rica^a, Estíbaliz Mogollón^a

^a Centro Integral de Atención a Mayores San Prudencio, Servicio Municipal de Personas Mayores, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Vitoria-Gasteiz, España.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: fgomezbusto@vitoria-gasteiz.org (F. Gómez-Busto)

Recibido el 19 de junio de 2013; aceptado el 17 de marzo de 2014.

➤ Estado nutricional, hábitos alimentarios y perfil sociosanitario de los usuarios del servicio de comida a domicilio para personas mayores de Vitoria-Gasteiz

PALABRAS CLAVE

Anciano;
Personas mayores;
Comida a domicilio;
Servicios de cuidados domiciliarios;
Hábitos alimentarios;
Conducta alimentaria;
Estado nutricional;
Determinantes sociales de la salud;
Calidad de vida.

RESUMEN

Introducción: El servicio de comida a domicilio (SCD) es un recurso para la atención domiciliar de personas mayores poco desarrollado en el País Vasco y dependiente de los servicios sociales. El objetivo de este trabajo es conocer el estado nutricional, los hábitos alimentarios y las principales características sociosanitarias de los mayores de 65 años usuarios de este servicio en el municipio de Vitoria-Gasteiz.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal desarrollado en 2 etapas: (a) primera etapa: valoración del estado nutricional y de hábitos alimentarios mediante el Mini Nutritional Assessment (forma abreviada) y un cuestionario de consumo de alimentos; (b) segunda etapa: valoración del riesgo de dependencia en el domicilio y de la calidad de vida relacionada con la salud mediante los cuestionarios de Barber y EuroQoL-5D.

Resultados: Cumplieron los criterios de inclusión 80 usuarios (35 varones, 45 mujeres); edad media: 83,62 (±5,53) años. *Estado nutricional:* la prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrición era de 11% y 39% respectivamente. *Hábitos alimentarios:* la comida servida garantizaba un aporte mínimo de legumbres, pasta, arroz o patatas (1-2 veces/semana), de pescado (1-2 veces/semana) y de carne (3-4 veces/semana). A pesar de ello, la frecuencia de consumo de verduras, pescado, arroz, huevos y carne era inferior al recomendado en más del 70% del colectivo. *Perfil sociosanitario:* participaron 127 usuarios (60 varones, 67 mujeres); edad media: 83,82 (±6,17) años. *Cuestionario de Barber:* el 48% vivían solos; el 20% estaban confinados por enfermedad; el 44% tenía mala audición y el 34% mala visión. Aunque el 30% precisaban ayudas, el 95% de ellos contaban con apoyos. *EuroQoL-5D: Problemas graves referidos:* el 4,7% tenía problemas de movilidad; el 7,9% de cuidado personal; el 23,6% tenía problemas para realizar actividades cotidianas; el 15% refería dolor/malestar; el 3,9% ansiedad/depresión. *Estado de salud percibido:* el 32,3% consideraba que su estado de salud era bueno o muy bueno, el 34,6% regular y el 33% malo o muy malo.

Conclusiones: El grupo estudiado representa un colectivo vulnerable con problemas sociosanitarios y más desnutrición que el conjunto de la población mayor en domicilio. En este contexto, el SCD mejoró sustancialmente la oferta de alimentos fuente de carbohidratos complejos, verduras y proteínas y podría constituir un recurso útil para el mantenimiento de los mayores en su domicilio.

➤ **Nutritional status, dietary habits and social and health profile of home meal service users for elderly of Vitoria-Gasteiz**

KEYWORDS

Aged;
Elderly;
Home meals;
Home Care Services;
Eating habits;
Feeding Behavior;
Nutritional Status;
Social Determinants of Health;
Quality of Life;
Health Services for the Aged.

ABSTRACT

Introduction: The home meals service (HMS) is a little-developed resource in the Basque Country, and is dependent on social services. The aim of this study is to establish the nutritional status, eating habits and main social and healthcare characteristics of the users of this service.

Material and Methods: A descriptive and transversal study carried out in 2 phases: (a) phase 1: an assessment of nutritional status and eating habits using an abbreviated version of the Mini Nutritional Assessment and a questionnaire on food consumption. (b) phase 2: the assessment of the dependency risk at home and quality of life related to health by means of Barber and EuroQoL-5D questionnaires.

Results: Eighty users (35 men, 45 women) fulfilled the criteria for inclusion; average age: 83.62 years (\pm 5.53). *Nutritional status:* the prevalence of malnutrition was 11% and that of risk of malnutrition 39%. *Eating habits:* the meal provided guaranteed a minimal provision of legumes, pasta, rice or potatoes (once or twice a week), fish (once or twice a week), and meat (three or four times a week). In spite of this, the frequency of consumption of vegetables, fish, rice, eggs or meat was less than recommended in over 70% of the group. *Social and healthcare profile:* 127 users (60 men, 67 women) took part; average age: 83.82 years (\pm 6.17). *Barber's questionnaire:* living alone: 48%; housebound through illness: 20%. Poor hearing: 44%; poor sight: 34%; although: 30% needed help, 95% were receiving support. *EuroQoL-5D:* *Serious problems reported:* 4.7% had difficulties with mobility; 7.9% with personal care; 23.6% had problems with carrying out daily activities; 15% reported pain or discomfort; 3.9% anxiety/depression. *Perceived health status:* 32.3% considered their health to be good or very good, 34,6% fair, and 33% bad or very bad.

Conclusions: The group studied consists of a vulnerable people, with social and health problems and more malnutrition than the older population living at home. In this context, the home meals significantly improves the availability of complex carbohydrates, vegetables and proteins and may be a useful service in helping to keep older people in their homes.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición es un problema creciente entre la población mayor asociado a morbilidad, uso de recursos sanitarios, dependencia, institucionalización y muerte¹. Con el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) como herramienta de valoración nutricional, la prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrición encontrada en personas mayores en domicilio, oscila entre el 2% y el 24%, porcentajes que ascienden respectivamente hasta el 9% y el 45% en el colectivo de mayores en atención domiciliaria o ambulatoria². En una reciente revisión sistemática en población anciana española, la prevalencia de desnutrición encontrada según el MNA es del 6,9% para ancianos en domicilio³.

Los factores asociados al riesgo de desnutrición pueden ser factores sociales (precariedad económica, insuficiente soporte sociofamiliar), funcionales (fragilidad, capacidad funcional, déficits sensoriales), anímicos (depresión, aislamiento), cognitivos (deterioro cognitivo y demencia), sanitarios

(comorbilidad, polimedicación, reagudización de enfermedades crónicas, hospitalización)⁴ y, frecuentemente, concurren varios de ellos.

La comida a domicilio tiene una larga historia como recurso social basado en el voluntariado o en la caridad⁵. Como servicio organizado, es un recurso dirigido al mantenimiento en el domicilio de la persona mayor. Ha demostrado ser eficaz para mejorar la ingesta, la seguridad alimentaria, el estado nutricional y el control de enfermedades crónicas de este colectivo^{6,7}. Los principales beneficiados son ancianos que viven solos, frágiles, con situación socioeconómica precaria y/o con limitaciones para el desplazamiento exterior, hacer compras y cocinar⁸. En Vitoria-Gasteiz, el Servicio Municipal de Personas Mayores pone a disposición de los mayores de la ciudad la comida elaborada en uno de sus centros geriátricos, ofreciendo a través del servicio de comida a domicilio (SCD) una comida de calidad y nutricionalmente controlada, por un precio muy asequible.

Las personas mayores que solicitan este recurso presentan habitualmente alguna limitación en las actividades de la vida diaria (AVDs), temporal o permanente y su control es básicamente administrativo (altas, bajas, pagos...), careciendo de datos relativos a su estado de salud, situación funcional, hábitos alimentarios o estado nutricional, información necesaria para una correcta evaluación y adecuación del servicio que se presta.

El objetivo del presente trabajo es conseguir un mayor conocimiento del colectivo de usuarios del SCD municipal de Vitoria-Gasteiz, con datos sobre sus características sociosanitarias, estado nutricional y hábitos alimentarios que faciliten una mejor adecuación del recurso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos y criterios de selección:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 2 etapas, entre 2010 y 2011. La población diana fue el colectivo de usuarios del SCD municipal de Vitoria-Gasteiz que estaban recibiendo el servicio. No se realizó seguimiento de la primera cohorte.

En la primera etapa, se estudió el estado nutricional y los hábitos alimentarios mediante entrevista personal. En la segunda, se analizaron las características sociosanitarias del colectivo, mediante los cuestionarios de Barber y EuroQoL-5D (EQ-5D).

Selección de los pacientes: Todos los usuarios recibieron junto con la comida a domicilio, una carta informativa, solicitando su consentimiento firmado para participar en el estudio. Con los que respondieron afirmativamente se concertó una cita para una entrevista personal en el domicilio (imprescindible para el estudio del estado nutricional y hábitos alimentarios) o, en su defecto, telefónica (para la cumplimentación de los cuestionarios de Barber y EQ-5D).

Criterios de inclusión: Se incluyó a los usuarios mayores de 65 años, con más de 2 meses de alta en el SCD, sin ingresos hospitalarios en el último mes, que no recibían dietas trituradas y que firmaron el consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de Exclusión: Se excluyeron a los usuarios que no cumplían los criterios de inclusión o que, a juicio del personal entrevistador, ofrecían dudas sobre su capacidad de comprensión o su coherencia durante la entrevista.

Las entrevistas fueron realizadas por alumnas en prácticas del Grado Superior de Dietética debidamente identificadas y tras una formación específica de 2 semanas.

Características del Servicio de Comida a Domicilio (SCD) de Vitoria-Gasteiz:

El SCD es un servicio del ayuntamiento para los mayores de 65 años de la ciudad y oferta la misma comida de la residencia geriátrica San Prudencio, de titularidad municipal. El SCD constó de 4 dietas diferentes –basal, alternativa, diabética y túrmix–, que se prepararon en la cocina del centro, bajo control dietético, y se sirvieron además de en la propia residencia, en otros servicios municipales como los comedores y los centros de atención diurna de tercera edad. La dieta habitual fue la dieta basal. Los menús fueron variados y aportaron una media de 2.197 Kcal/día, de las cuales, 734 Kcal (33%) correspondían a la comida y 170 Kcal al primer plato de la cena. El servicio a domicilio incluyó tres entregas semanales de comida a cada usuario, en recipientes especiales donde se introdujeron 5 envases termosellados con el primer y segundo plato de la comida principal y el primer plato de la cena. En una bolsa aparte se entregó el pan y los postres correspondientes a cada menú. De este modo los usuarios recibían cada semana 7 comidas principales (primer plato, segundo plato y postre) y tres primeros platos de cena, con el pan y los postres respectivos. El precio del servicio variaba en función de los ingresos del mayor, oscilando desde 1,16 € hasta un máximo de 5,51 €/persona/día. Las limitaciones en recursos humanos y materiales no permitían ampliar la oferta para incluir un servicio completo de cena.

Primera etapa del estudio:

Valoración del estado nutricional: La herramienta de valoración utilizada fue el *Mini Nutritional Assessment Short Form* (MNA-SF), herramienta validada y contrastada²⁹, recomendada para el cribado de malnutrición en población adulta que vive en comunidad³⁰. Valora 6 ítems: ingesta, pérdida de peso, movilidad, enfermedad aguda en los últimos 3 meses, problemas neuropsicológicos e índice de masa corporal (IMC) intercambiable por la medición de la circunferencia de la pantorrilla, cuando no es accesible el IMC. En el estudio se utilizó la medición de la circunferencia de la pantorrilla. La puntuación obtenida permite clasificar el estado nutricional en 3 categorías: desnutrición (0-7 puntos), riesgo de desnutrición (8-11 puntos) y estado nutricional normal (12-14 puntos).

Encuesta de Hábitos alimentarios: Para conocer los hábitos alimentarios se empleó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos utilizado con anterioridad y que, aunque no era específico de mayores en domicilio, recogía de forma detallada los alimentos fuente de macro y micronutrientes y otros alimentos habituales de este colectivo como embutidos, dulces, vino, etc.¹¹. Con este cuestionario se intentó recoger el consumo de alimentos aparte de lo ofertado por el SCD. Este consumo junto a la comida servida en el domicilio, representaba el total de alimentos que teóricamente eran consumidos por los usuarios.

Los datos se obtuvieron de la siguiente manera:

- **Alimentos ofertados en la comida a domicilio:** durante dos meses se analizaron los distintos menús ofertados por el SCD para calcular la frecuencia media mensual con la que se ofrecían cada grupo de alimentos en la comida servida a domicilio.
- **Alimentos consumidos libremente:** se recogió el consumo de alimentos no ofertados por el centro expresado en frecuencias semanales y/o mensuales.
- **Frecuencias de consumo recomendadas:** las frecuencias de consumo recomendadas se establecieron de acuerdo a las recomendaciones habituales^{12,13}. Estas recomendaciones, al igual que la oferta del SCD, se expresaron de manera semanal y/o mensual, considerando meses de 4 semanas y 30 días.
- **Comparación entre el consumo y las recomendaciones:** se consideró que las recomendaciones nutricionales estaban cubiertas cuando la suma de lo ofertado por el servicio y lo consumido aparte, alcanzaba el valor más bajo del rango de las recomendaciones para ese grupo de alimentos. (Ejemplo: Recomendación para el consumo de pasta: 2-3 veces/semana, por lo que el consumo mínimo recomendado debe ser de 8 veces/mes. La oferta realizada desde el servicio era de 6 veces/ mes, por lo que los usuarios debían consumir, por su parte, otras 2 veces/mes para alcanzar las recomendaciones).

Segunda etapa del estudio:

Perfil sociosanitario de los usuarios de Comida a Domicilio: Para conocer las características de los usuarios, se utilizaron 2 cuestionarios diferentes que exploraban de forma sencilla el área social, funcional, sensorial y sanitaria de una población. Además, podían ser autoadministrados o utilizados en una entrevista personal o telefónica.

Cuestionario de Barber: inicialmente desarrollado como cuestionario postal para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. Ha sido adaptado a nuestro medio¹⁴ y, aunque presenta limitaciones, es la herramienta de cribado más empleada en España para seleccionar ancianos en riesgo de dependencia¹⁵. La persona mayor contesta a 9 preguntas agrupadas en 3 dimensiones:

- **Social/Funcional:** explora la soledad, dependencia para alguna actividad y tenencia o no de apoyo. La pregunta "Come caliente a diario", se eliminó del cuestionario, por recibir la comida en el domicilio.
- **Salud:** recoge la impresión de mala salud, el confinamiento por enfermedad y la hospitalización en el último año.

- **Sensorial:** recoge los ítems de mala visión y mala audición.

Una o más preguntas contestadas afirmativamente sugieren "riesgo de dependencia" y seleccionarían al individuo como candidato a una valoración más exhaustiva¹⁶.

Cuestionario EuroQoL-5D: se trata de un cuestionario para el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, adaptado y validado para su uso en la población general española. Es un instrumento sencillo en el que el propio individuo describe su estado de salud en tres niveles de gravedad (no hay problema, problema moderado y problema severo) para cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). Esto permite una descripción del grupo estudiado mediante proporciones de sujetos afectados. Este sistema descriptivo se completa con una escala visual analógica en la que el individuo valora su estado de salud global entre 0 (peor estado de salud imaginable) y 100 (mejor estado de salud imaginable)¹⁷. Según las puntuaciones obtenidas se clasificó el estado de salud en tres categorías: malo/muy malo (< 50 puntos), regular (50-69 puntos), bueno/muy bueno (>=70 puntos). El uso de esta escala completa el sistema descriptivo de la autoevaluación del estado salud del individuo.

Los datos se analizaron calculando los valores absolutos, porcentajes, medias estadísticas y desviación estándar, mediante los programas Excel y SPSS versión 19.

RESULTADOS

Primera fase del estudio: Valoración del estado nutricional y Hábitos alimentarios

En esta primera fase participaron 80 personas que cumplían los criterios de inclusión y accedieron a una entrevista en el domicilio. Este grupo representaba el 51% de los usuarios del SCD municipal del área geográfica de Vitoria-Gasteiz, y sus características se describen en la Tabla 1.

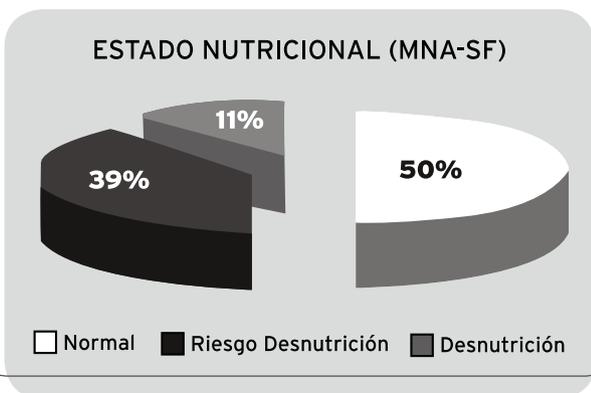
Valoración del estado nutricional

Utilizando el MNA-SF, 40 personas del grupo estudiado (50%) tenían un estado nutricional normal, 9 usuarios (11%) presentaban desnutrición y 31 (39%) estaban en riesgo de padecerla. (Figura 1)

Tabla 1. Datos de los usuarios participantes en la etapa 1 y 2.

		ETAPA 1	ETAPA 2
		nº (%)	nº (%)
HOMBRES		35 (43,75)	60 (47,24)
MUJERES		45 (56,25)	67 (52,76)
TOTAL		80 (100)	127 (100)
EDAD	media ± DS	83,62±5,53	83,82±6,17
(años)	MIN-MAX	66,93-97,77	52,94-96,12
	Mediana	83,95	84,95

Figura 1. Estado nutricional de los usuarios del SCD, según el MNA-SF.



Hábitos alimentarios

En la Tabla 2 se muestran los grupos de alimentos cuyas frecuencias de consumo recomendadas (semanal o mensual) están más estandarizadas, como son: pasta, arroz, patatas, legumbres, verduras, frutas, leche y derivados, huevos, carnes y pescados. Se recogieron las recomendaciones de consumo, el aporte de alimentos del SCD, el consumo libre que realizaban los usuarios y el porcentaje de éstos que alcanzaban las frecuencias de consumo recomendadas. Los datos indicaban que había un alto porcentaje de usuarios que no comía nunca legumbres (86,3%), arroz (78,8%), carne (72,5%), patatas (70%), pescado (56,3%), pasta (51,3%) o verduras (46,3%). Un porcentaje variable tomaba entre 1 ó 2 veces/semana alimentos proteicos como huevos (62,5%), pescados (23,8%) y carnes (16,3%).

El SCD mejoraba fundamentalmente el aporte de carbohidratos complejos y proteínas. Así, la comida servida garantizaba un aporte mínimo de legumbres, pasta, arroz o patatas (1-2 veces/semana), de pescado (1-2 veces/semana) y de carne (3-4 veces/semana).

A pesar de ello, más del 75% de los usuarios tenía una frecuencia de consumo de arroz, patatas, legumbres, huevos y pescado por debajo de lo recomendado, mientras que el consumo de leche y derivados y de frutas estaba cubierto en las 2/3 partes de los usuarios.

Tabla 2. Recomendaciones nutricionales y hábitos de consumo de los usuarios de comida a domicilio.

GRUPO DE ALIMENTO	Recomendación (mínimo/mes)	Oferta del SCD (mínimo/mes)	Frecuencia de consumo libre (% usuarios)										% Usuarios que alcanza las recomendaciones	% Usuarios que NO alcanza las recomendaciones
			Nunca	1 día	2 día	> 2 día	1-2 sem.	3-4 sem.	5-6 sem.	<1 mes	1-2 mes	3-4 mes		
PASTA	2-3 veces semana (8 veces/mes) ¹¹	1-2 veces semana (4 veces/mes)	51,3	1,3			31,3	12,5	1,3		2,5		46,3	53,8
ARROZ	2-3 veces semana (8 veces/mes) ¹¹	1-2 veces semana (4 veces/mes)	78,8				18,8	1,3			1,3		21,3	78,8
PATATAS	2-3 veces semana (8 veces/mes) ¹¹	1-2 veces/mes	70				30							100
LEGUMBRES	2-3 veces semana (8 veces/mes) ¹¹	1-2 veces semana (4 veces/mes)	86,3				13,8						13,8	86,3
VERDURAS	2-3 raciones día (60 veces/mes) ^{11,12}	5-6 veces semana (20 veces/mes)	46,3	6,3	5	3,8	27,5	6,3	3,8	1,3			8,8	91,3
FRUTAS	2-3 raciones día (60 veces/mes) ^{11,12}	3-4 veces semana (12 veces/mes)	10	11,3	13,8	56,3	1,3	6,3	1,3				70	30
LECHE Y DERIVADOS	2-3 raciones día (60 veces/mes) ¹¹	1-2 veces semana (4 veces/mes)	8,8	22,5	25	41,3	2,5						66,3	58,8
HUEVOS	2-3 veces semana (8 veces/mes) ¹¹	Nunca	12,5				62,5	23,8			1,3		23,8	76,3
CARNES	4-5 veces semana (16 veces/mes) ¹¹	3-4 veces semana (12 veces/mes)	72,5	3,8	1,3		16,3	5	1,3				27,5	72,5
PESCADOS	5-6 veces semana (20 veces/mes) ¹¹	1-2 veces semana (4 veces/mes)	56,3	2,5			23,8	8,8	8,8				11,3	88,8

En la Tabla 3 se presenta el consumo de otros alimentos habituales en la población mayor pero cuyas recomendaciones de consumo no están estandarizadas. Los datos recogidos indicaban que, aparte del agua, la ingesta de otras bebidas como vino o zumos era muy escasa. Respecto al consumo de pan, el 67,6% de los usuarios comía pan a parte del que el SCD ofertaba diariamente. El 36,3% dos veces al día y el 31,3% más de de dos veces al día. La mayoría de los usuarios no consumía habitualmente cereales en el desayuno o alimentos precocinados. La tercera parte tomaba galletas diariamente y el consumo de embutidos era, al menos semanal, en el 35% de los usuarios.

Segunda etapa: Perfil Sociosanitario de los usuarios de comida a domicilio

El grupo del SCD que participó en la segunda etapa del estudio estaba formado por 127 mayores (60 varones, 67 mujeres), con una edad media de 83,82 ($\pm 6,17$) años

y representaba al 80% del colectivo de usuarios del SCD (Tabla 1). La tercera parte de los usuarios accedieron a una entrevista personal y, en el resto, la recogida de datos se realizó mediante entrevista telefónica.

Cuestionario de Barber

Los resultados del cuestionario de Barber se recogen en la Tabla 4. Los datos sugieren que el 96,1% de los encuestados pueden estar en riesgo de dependencia. La mitad del colectivo vivía en soledad y el 30% precisaba ayuda para alguna actividad de la vida diaria, aunque en su gran mayoría (95%) tenían esta dependencia cubierta. Sensorialmente, más de la tercera parte presentaba problemas de visión y/o audición. Entre los datos sanitarios destacaba que aproximadamente la mitad de los usuarios refería tener mala salud, que una tercera parte precisó hospitalización en el último año y que uno de cada cinco usuarios permanecía confinado en el domicilio.

Tabla 3. Frecuencias de consumo de otros alimentos.

GRUPO DE ALIMENTO	Frecuencia de consumo libre (% usuarios)									
	Nunca	1 día	2 día	> 2 día	1-2 sem.	3-4 sem.	5-6 sem.	<1 mes	1-2 mes	3-4 mes
GALLETAS	57,5	25	8,8	1,3	7,5					
CEREALES	95	3,8			1,3					
PAN	6,3	23,8	36,3	31,3		1,3	1,3			
EMBUTIDOS	62,5	1,3			27,5	5	1,3		2,5	
PRECOCINADOS	93,8				2,5			1,3	2,5	
ZUMOS	83,8	8,8	1,3		3,8				1,3	1,3
VINO	72,5	6,3	15	1,3	2,5			1,3	1,3	
AGUA	12,5	8,8	15	63,8						

Tabla 4. Cuestionario de Barber. Características sociosanitarias de los usuarios de Comida a Domicilio.

	NO nº (%)	SI nº (%)
Vive solo	66 (51,97)	61 (48,03)
¿Depende de alguien para actividades cotidianas?	89 (70,08)	38 (29,92)
¿Cuenta con apoyo?	6 (4,72)	121 (95,28)
Confinado por enfermedad	102 (80,31)	25 (19,69)
Mala salud	61 (48,03)	66 (51,97)
Mala visión	84 (66,14)	43 (33,86)
Mala audición	71 (55,91)	56 (44,09)
Hospitalizado en el último año	84 (66,14)	43 (33,86)

Cuestionario de Calidad de Vida (Euro QoL-5D)

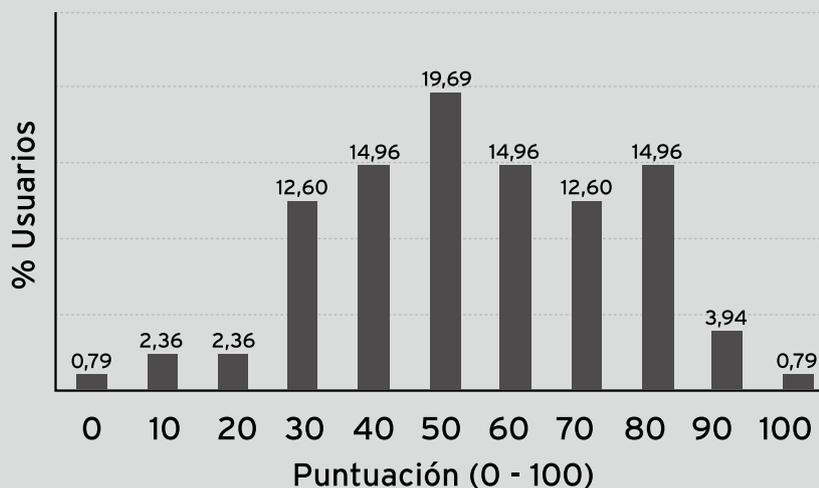
El estado de salud referido por el colectivo del SCD se refleja en la Figura 2. Aproximadamente una tercera parte de los individuos refería un estado de salud bueno o muy bueno, una tercera parte un estado de salud regular y otra tercera parte un estado de salud malo o muy malo.

En la Tabla 5 se resumen las 5 dimensiones exploradas por el cuestionario, donde los problemas de dolor y movilidad eran los más frecuentes, llegando a ser graves en un 15% y 4,7% de los usuarios respectivamente. Las dificultades en las actividades cotidianas afectaban a dos terceras partes del colectivo, de los que el 23% refería problemas graves mientras que en los cuidados personales, referían problemas graves el 8%. Casi un tercio de los encuestados manifestaba problemas ansioso-depresivos, que llegaban a ser graves en el 3,9% del colectivo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La población mayor en domicilio forma un colectivo muy heterogéneo. Los cambios asociados al envejecimiento (anorexia, salud bucodental, disminución del componente hedónico, etc.) y algunos condicionantes socioeconómicos favorecen hábitos alimentarios poco saludables, con menor número de ingestas, dietas poco variadas y déficits en el aporte energético o de macro y micronutrientes¹⁸⁻²¹. Con el MNA-SF como instrumento de cribado del estado nutricional, el porcentaje de ancianos del SCD desnutridos (11%) o en riesgo (39%) fue superior al encontrado en la población mayor española no institucionalizada y más próximo al publicado para pacientes ambulatorios o en atención domiciliaria^{2,30}. En línea con otros autores^{5,20,31,32}, mejorar el estado nutricional de este colectivo implica potenciar la educación

Figura 2. Estado de Salud percibida por el colectivo de usuarios del SCD.



Clasificación del estado de salud: **malo/muy malo:** < 50 puntos; **regular:** 50-69 puntos; **bueno/muy bueno:** 70 puntos o más.

Tabla 5. EUROQoL-5D: Descripción de las dimensiones de salud relacionadas con la calidad de vida.

	SIN PROBLEMAS nº (%)	PROBLEMAS MODERADOS nº (%)	PROBLEMAS GRAVES nº (%)
Movilidad	46 (36,22)	75 (59,06)	6 (4,72)
Cuidado personal	72 (56,69)	45 (35,43)	10 (7,87)
Actividades cotidianas	43 (33,86)	54 (42,52)	30 (23,62)
Dolor/Malestar	52 (40,94)	56 (44,09)	19 (14,96)
Ansiedad/Depresión	87 (68,50)	35 (27,56)	5 (3,94)

sanitaria para que los mayores puedan completar adecuadamente la oferta domiciliaria, facilitar comidas más adaptadas a sus necesidades específicas y realizar un seguimiento coordinado de los usuarios.

Diversos estudios realizados con mayores en medio rural y urbano, han encontrado consumos alejados del patrón de dieta mediterránea en relación a la ingesta de carne, pescado, verduras, legumbres, grasas, vitaminas y minerales²²⁻²⁶. En el presente estudio, los porcentajes de usuarios que cumplen las recomendaciones son sólo aproximativas. Esto se debe a que el colectivo encuestado tiene dificultades para dar respuestas exactas sobre un consumo semanal y/o mensual. Por otro lado, la entrega de la comida en los domicilios no asegura que ésta sea ingerida en su totalidad y, además, hay alimentos como verduras, pasta, patata, huevos y embutidos no contabilizados con exactitud por formar parte de las guarniciones. Con estas limitaciones, se ha hallado una frecuencia inferior a la recomendada en el consumo de pescado, verduras, arroz, legumbres, patatas y huevos principalmente. La toma diaria de pan es habitual entre el colectivo estudiado y se garantiza con el aporte del SCD. Sin embargo, las recomendaciones de otros alimentos fuente de carbohidratos complejos como pasta, arroz y patatas son muy elevadas (2-3 veces/semana) y difíciles de alcanzar, a pesar de que formen parte de su tradición alimentaria²⁷. El SCD mejora fundamentalmente la oferta de carbohidratos complejos y proteínas. Así, la comida servida garantiza el aporte de pasta y legumbres al menos 1-2 veces/semana y de arroz o patatas entre 2-4 veces/mes. También asegura una ración diaria de carne o pescado, aunque para completar el aporte proteico, los usuarios recurren, al parecer, a alimentos como huevos, leche y derivados, quizás por ser alimentos de fácil conservación, preparación y consumo. Los datos recogidos indican que más de la mitad de los usuarios no consumen más carne, pescado o alimentos fuente de carbohidratos complejos que los aportados por la comida servida en el domicilio, lo que sugiere que este servicio se convierte en la principal o única comida elaborada de su alimentación a lo largo del día. Estudios realizados en áreas geográficas diferentes entre usuarios de servicios de comida a domicilio encontraron también estos déficits especialmente en ancianos solos o confinados en casa^{6,28,29}.

Globalmente, el 96,1% de estos mayores podrían estar en riesgo de dependencia, pero la limitación referida para las actividades diarias afecta al 30%, porcentaje que no difiere de la población mayor de 80 años no institucionalizada. Hay que señalar que el 95% de estas personas refiere tener cubierta esta dependencia, ya que de otro modo sería difícil su permanencia en el domicilio.

Estas condiciones sociosanitarias revelan un colectivo frágil cuyo estado de salud percibido era malo o muy malo en el 33% y en el que el 48% vivía solo, porcentajes que superan a

los de su población de referencia^{33,34}.

La calidad de vida del mayor, especialmente en los grupos de mayor edad, se ha relacionado con distintos problemas crónicos de salud como la depresión, la artrosis (principal causa de dolor en este colectivo) y la limitación sensorial, especialmente la visual³⁵⁻⁴¹. En este estudio, la sintomatología ansioso-depresiva grave, afecta al 3,9% de nuestros usuarios, mientras que el 34% refiere mala visión. El dolor está presente en más de la mitad del grupo, siendo severo en el 15% de los casos, contribuyendo a una limitación importante de la movilidad en el 5% del colectivo y al confinamiento de uno de cada 5 usuarios.

Además de estos problemas crónicos, el estado nutricional y el riesgo de desnutrición condicionan la percepción de salud y la calidad de vida de los mayores^{4,42,43}, incluso en los nonagenarios⁴⁴. Los factores asociados a la ingesta deficitaria en usuarios de SCD más frecuentemente descritos en la literatura son: soledad, pluripatología, polifarmacia, disminución funcional y aumento de dependencia^{45,46}, factores presentes en este colectivo y que ayudan a explicar las carencias detectadas.

Recursos comunitarios como los programas de asistencia alimentaria, la comida a domicilio o los comedores sociales han sido capaces de mejorar estos parámetros^{4,5,47} y han sido recomendados por las principales sociedades de nutrición americanas para los mayores en domicilio^{48,49}. De hecho, el uso del SCD aumenta con la edad, la limitación funcional, la necesidad de ayuda y las hospitalizaciones, llegando en algunos países al 3,3% de los mayores de 80 años y al 5% de los pacientes dependientes⁵⁰. En Vitoria-Gasteiz y en el País Vasco en general, estos servicios están poco desarrollados y se prestan como un recurso exclusivamente social. Sería deseable mayor sensibilización y conocimiento del servicio por parte de profesionales sociales, sanitarios y usuarios.

A las limitaciones previamente señaladas en este estudio, se añaden que éste es un colectivo cambiante en el tiempo y receloso de quien entra en su casa. Sin embargo, serían interesantes estudios prospectivos que puedan relacionar la frecuencia de consumo y desnutrición, entre otros parámetros. A pesar de todo ello, la información nutricional obtenida junto con los datos sociosanitarios perfilan mejor las características de este grupo, formado por mayores con problemas de soledad y confinamiento, con mala salud percibida, hospitalizaciones recientes, limitaciones funcionales y sensoriales y una elevada prevalencia de desnutrición o riesgo de desnutrición.

Es un colectivo vulnerable en el que las necesidades alimentarias van ligadas a su situación funcional y a sus problemas sociosanitarios. El estudio realizado sugiere que el desarrollo de este servicio y la ampliación de la oferta con la cena,

serían de gran utilidad para el mantenimiento del mayor en su medio. Este desarrollo precisaría de mayores recursos personales y materiales en coordinación con los servicios de salud, para una correcta valoración de cada caso y una mejor adecuación a las necesidades de esta población.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores expresan que no hay conflictos de intereses al redactar el manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salvá A, Coll-Planas L, Bruce S, De Groot L, Andrieu S, Abellan G, et al. Nutritional assessment of residents in long-term care facilities (LTCFs): recommendations of the task force on nutrition and ageing of the IAGG European region and the IANA. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13(6): 475-83.
2. Salvá Casanovas A. El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47(6): 245-6.
3. Milá Villarroel R, Formiga F, Duran Alert P, Abellana Sangrá R. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*. 2012; 139(11): 502-8.
4. Feldblum I, German L, Castel H, Harman-Boehm I, Bilenko N, Eisinger M, Danit R, Shahar DR, et al. Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for undernutrition status. *Nutr J*. 2007; 6: 37. DOI: 10.1186/1475-2891-6-37.
5. Krondl M, Coleman P, Lau D. Helping older adults meet nutritional challenges. *J Nutr Elder*. 2008; 27(3-4): 205-20.
6. Marshall TA, Stumbo PJ, Warren JJ, Xie XJ. Inadequate Nutrient intakes are common and are associated with low diet variety in rural community-dwelling elderly. *J Nutr*. 2001; 131(8): 2192-6.
7. Lee JS, Fischer JG, Johnson MA. Food insecurity, food and nutrition programs, and aging: experiences from Georgia. *J Nutr Elder*. 2010; 29(2): 116-49.
8. Frongillo EA, Tanushree D, Isaacman BS, Claire M. Horan BA, Wethington E, Pillemer K. Adequacy of and satisfaction with delivery and use of home-delivered meals. *J Nutr Elder*. 2010; 29(2): 211-26.
9. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13(9): 782-8.
10. SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement: Stratégie pour l'Approche transmurale de la problématique alimentaire chez les personnes âgées; 2006. Recommendations of the scientific group of malnutrition experts advising on Belgium's national food and health plan. Malnutrition screening and nutritional assessment. Disponible en: <http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg4/@consumerproducts/documents/ie2divers/19062362.pdf>
11. Aranceta BJ, Pérez Rodrigo C, Muñoz Hornillos M. Hábitos alimentarios de la población anciana española. En: Muñoz M, Aranceta J, Guijarro J (Ed). Libro blanco de la Alimentación de los Mayores. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 225-256.
12. Moreno Guillamont E, Martínez Martínez M. Manual de planificación de dietas en centros sociosanitarios. Valencia. Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. 2004.
13. Muñoz Hornillos M, Zazpe García I, Llanos Marqués L, Rodríguez Masa I. La dieta basal geriátrica. Planificación y protocolo. En: Muñoz M, Aranceta J, Guijarro J (Ed). Libro blanco de la Alimentación de los Mayores. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 99-124.
14. Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación a nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. *Rev Gerontol*. 1996; 6:224-31.
15. Martín-Lesende I, Rodríguez Andrés C. Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40:335-44.
16. Badía X, Roset M, Monserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112: 79-86.
17. Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28(6): 425-29.
18. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *Am J Clin Nutr*. 1997; 66(4): 760-73.
19. Duerr L. Food security status of older adult home-delivered meals program participants and components of its measurement. *J Nutr Elder*. 2006; 26(1-2): 1-26.
20. Krondl M, Lau D, Coleman P, Stocker G. Tailoring of nutritional support for older adults in community. *J Nutr Elder*. 2003; 23(2): 17-32.
21. Martínez Tomé MJ, Rodríguez A, Jiménez AM, Mariscal M, Murcia MA, García-Diz L. Hábitos alimentarios y estado nutricional de ancianos que viven en una ciudad española del Mediterráneo. *Nutr Hosp*. 2011; 26(5): 1175-82.
22. Albert Cuiñat V, Maestro Castelblanque M E, Martínez Pérez JA, Santos Altozano C, Monge Jodra V. Hábitos alimentarios en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000; 35(4): 197-204.
23. Sotos Prieto M, Guillen M, Sorlí JV, Asensio EM, Gillem Sáiz P, González JJ, et al. Consumo de carne y pescado en población mediterránea española de edad avanzada y alto riesgo cardiovascular. *Nutr Hosp*. 2011; 26(5): 1033-40.
24. Aranceta J, SerraMajem L, PérezRodrigo C, Llopis J, Mataix J, Ribas L, et al. Vitamins in Spanish food patterns: The eVe Study. *Public Health Nutrition*. 2001; 4(6A): 131723.
25. Ortega RM, Aranceta J, Serra-Majem LI, Entrala A, Gil A, Mena MC. Nutritional risks in the Spanish population: results of the eVe study. *Eur J Clin Nutr*. 2003; 57 (Suppl. 1): S73-S75.
26. Biesalski H K, Brummer R J, König J, O'Connell M A, Ovesen L, Rechkemmer G, et al. Micronutrient deficiencies. Hohenheim Consensus Conference. *Eur J Nutr*. 2003; 42(6): 353-63.
27. Departamento de Agricultura, Pesca y Alimentación del Gobierno Vasco. Estudio cuantitativo del consumo de alimentos en la CAPV. Fundación Vasca para la Seguridad Agroalimentaria. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz; 2008. Disponible en http://www.eurocarne.com/informes/pdf/guia_elika8.pdf
28. Stevens DA, Grivetti LE, Mc Donald RB. Nutrient intake of urban and rural elderly receiving home-delivered meals. *J Am Diet Assoc*. 1992; 92(6): 714-8.
29. Dasgupta M, Sharkey JR, Wu G. Inadequate intakes of indispensable amino acids among homebound adults. *J Nutr Elder*. 2005; 24(3): 85-99.
30. Martínez de la Iglesia J, Aguado Taberné C, Afán Alamillo P, Fernández Conde B, Burg Gómez C. Aproximación al estudio nutricional de una población en atención domiciliaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41(6): 321-6.
31. Sharkey JR. Risk and presence of food insufficiency are associated with low nutrients intakes and multimorbidity among homebound older women who receive home-delivered meals. *J Nutr*. 2003; 133(11): 3485-91.

32. Silver HJ, Dietrich MS, Castellanos VH. Increased energy density of the home-delivered lunch meal improves 24-hour nutrient intakes in older adults. *J Am Diet Assoc.* 2008; 108(12): 2084-9.
33. Roqué M, Salvá A, Bolívar I, Rivero T. Tendencias en salud percibida y dependencia de la población mayor española: evolución entre los años 1993 y 2006. *Med Clin (Barc).* 2012; 139(7): 284-9.
34. Sancho Castiello M. Estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 60 años en la comunidad autónoma. *Gizartea Hobetuz. Documentos de Bienestar social* Nº 74. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sancho-condiciones-01.pdf>
35. Azpiazu M, Cruz Jentoft A, Villagrasa JR, Abanades JC, García Marín N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido a mala calidad de vida en mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76(6): 683-99.
36. Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001; 28(3): 167-73.
37. Gómez Pavón J. Calidad de vida relacionada con la salud. La punta del iceberg del complejo abordaje de los ancianos muy mayores. *Med Clin (Barc).* 2010; 135(4): 162-4.
38. Delgado-Sanz MC, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Ayala A, Rojo-Perez F, Fernández-Mayoralas G, et al. Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Rev Esp Salud Pública.* 2011; 85(6): 555-68.
39. Hofman A, Breteler M, van Duijn CM, Janssen H, Krestin GP, Kuipers EJ, et al. The Rotterdam Study: 2010 objectives and design update. *Eur J Epidemiol.* 2009; 24(9): 553-72.
40. Franco ML, Seoane de Lucas A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001; 8: 29-38.
41. Tay T, Wang JJ, Lindley R, Chia EM, Landau P, Ingham N, et al. Sensory impairment, use of community support services, and quality of life in aged care clients. *J Aging Health.* 2007; 19(2): 229-41.
42. Sørbye LW, Schroll M, Finne-Soveri H, Jonsson PV, Topinkova E, Ljunggren G, et al. Unintended weight loss in the elderly living at home: The aged in home care project (ADHOC). *J Nutr Health Aging.* 2008; 12(1): 10-6.
43. Payette H. Nutrition as a determinant of functional autonomy and quality of life in aging: a research program. *Can J Physiol Pharmacol.* 2005; 83(11): 1061-70.
44. Ferrer A, Formiga F, Almeda J, Alonso J, Brotons C, Pujol R. Calidad de vida en nonagenarios: género, funcionalidad y riesgo nutricional como factores asociados. *Med Clin (Barc).* 2010; 134(7): 303-6.
45. Sharkey JR, Giuliani C, Haines PS, Branch LG, Busby-Whitehead J, Zohoori N. Summary measure of dietary musculoskeletal nutrient (calcium, vitamin D, magnesium, and phosphorus) intakes is associated with lower-extremity physical performance in homebound elderly men and women. *Am J Clin Nutr.* 2003; 77(4): 847-56.
46. Sharkey JR. Longitudinal examination of homebound older adults who experience heightened food insufficiency: effect of diabetes status and implications for service provision. *Gerontologist.* 2005; 45(6): 773-82.
47. Kim K, Frongillo EA. Patterns of food insecurity and participation in food assistance programmes over time in the elderly. *Public Health Nutr.* 2009; 12(11): 2113-9.
48. Position of the American Dietetic Association: nutrition, aging and the continuum of care. *J Am Diet Assoc.* 2000; 100(5): 580-95.
49. Kamp BJ, Wellman NS, Russell C. Position of the American Dietetic Association, American Society for Nutrition, and Society for Nutrition Education: Food and Nutrition Programs for Community-Residing Older Adults. *J Nutr Educ Behav.* 2010; 42(2): 72-82.
50. Normand C, Kamiya Y, Timonen V, Whelan B. Health And Social Care Utilisation. Fifty Plus in Ireland 2011. First Results from The Irish Longitudinal Study on Ageing. Disponible en: <http://www.tcd.ie/tilda/publications/reports/>