



Dr. Juan A. Martínez Vázquez de Parga

Prof. Titular del Departamento de Estomatología I.
Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Dra. Alicia Celemín Viñuela

Profesora Contratada Doctora del Departamento de Estomatología I. Facultad de Odontología. UCM.

Fernando Martínez Vázquez de Parga

Cocinero-Propietario del Restaurante "El Olivar" de Moratalla (Murcia).

Dra. María Dolores Garrido Fernández

Catedrática. Departamento de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Universidad de Murcia.

Dra. María Belén López Morales

Profesora Titular. Departamento de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Universidad de Murcia.

DIETA BLANDA EN LOS DESDENTADOS Y SITUACIONES CLÍNICAS CON ALTERACIONES EN LA MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN

La primera necesidad del ser humano es la alimentación; sin alimentación se produce la pérdida de la salud, de las capacidades cognitivas y funcionales, pudiendo llegar su falta incluso a producir la muerte.

Esta necesidad es anterior a otras como las de vivienda, vestido y transporte y aquellas de nivel superior como la filosofía, la estética o las necesidades sociales.

La persona desde su concepción necesita alimentarse para mantenerse viva, crecer, desarrollarse como individuo y persona, y reproducirse. Incluso en la llamada tercera edad, una correcta y variada alimentación es esencial, siendo una de estas necesidades la conocida como «Nutrición Emocional» que conlleva la variedad olfativa, gustativa y lúdica de los alimentos.

No podemos olvidar que en nuestras sociedades occidentales y desarrolladas, las alteraciones que nos encontramos no provienen solo de los alimentos y sus tipos, sino del aumento de la población mayor de 65 años, con sus problemas de masticación y deglución, por sus situaciones estomatológicas como el edentulismo o la falta de saliva como en el llamado Síndrome de boca seca (1, 2).

El número de personas y pacientes que precisan una dieta blanda o líquida es creciente en nuestra sociedad. Además esta dieta tiene que ser variada y rica en olor/sabor y que emocione y traiga recuerdos, aspectos necesarios para alcanzar los objetivos de la «Nutrición Emocional». Los medios para realizarla son escasos ya que, desde un punto de vista nutricional, la alimentación que damos es correcta en

nutrientes, pero falta un aspecto esencial en el acto de comer: que ese momento sea un momento lúdico y de satisfacción sensitiva, que lleve al paciente o a la persona a la plena satisfacción gustativa, olfativa, nutritiva y emocional.

«La comida cubre nuestra necesidad biológica, pero también evoca nuestros deseos vitales, deseos que se inscriben en nuestro mundo interno, en nuestra subjetividad» (3).

Es preciso recordar que cualquier recomendación o norma dietética que no tenga en cuenta las preferencias gustativas y los hábitos alimentarios de la población a la que se destinan está condenada al fracaso (4).

LAS ELABORINAS

Con la aparición de las elaborinas, creadas por el cocinero Firo Vázquez y el Departamento de Nutrición y Alimentación de la Universidad de Murcia, se ha dado un paso de gigante en el objetivo de nutrir y satisfacer sensitivamente a los pacientes. Las elaborinas, obtenidas a partir de platos cocinados previamente, permiten realizar un menú con las mismas características de olor, sabor y nutrientes que los platos originales; solo se varían las texturas de dichos platos. Además estos son fáciles de realizar, tanto por personal auxiliar o sanitario, como por los mismos usuarios.

Por todo ello, y en función del envejecimiento de la población y su utilización en medios hospitalarios, residenciales o en ambulatorios, se deduce –como confirma el trabajo de investigación previo realizado por nuestro equipo en la aceptación de las elaborinas en grupos de desdentados

y en dentados— que, por sus características de olor, sabor, nutrientes y fácil manipulación, es un sistema de alimentación de elección en este grupo de población (5).

Para situarnos en el problema existente definimos las elaborinas como harinas obtenidas de alimentos cocinados y terminados que, por medio de un proceso patentado por los autores antes descritos, permite la obtención de una harina capaz de manipularse en la cocina de una manera fácil y sencilla. Así se obtienen alimentos con distintas texturas diferentes del plato original, como sorbetes, cremas, bizcochos, etc., pero conservando el sabor, el olor y los nutrientes. Por ejemplo, de un plato de pierna de cordero asada, obtenemos una elaborina que nos permite hacer un bizcocho, cremas o croquetas del mismo plato para incorporarla a una dieta blanda.

Los platos obtenidos por estas elaborinas son amplios y variados: abarcan desde verduras cocinadas, como pimientos de piquillo, a platos principales, como el rodaballo al horno, la pierna de cordero asada, la tortilla de patatas —con o sin cebolla— y también postres. En estos momentos se tienen más de 50 platos del recetario tradicional convertidos en elaborinas (**Figuras 1-3**).

El aspecto más relevante de las elaborinas es que, en la constitución de un menú, los platos principales de la comida como la carne, el pescado, las legumbres o verduras, permanecen con sus nutrientes y con el olor y sabor del plato original.

Las elaborinas se presentan en forma de polvo o harina que se manipula en la cocina en función de la forma de presentación y textura que queramos dar al plato. Así, por ejemplo, una elaborina de tortilla de patatas la podemos presentar en forma de bizcocho, de croqueta o crema, en función de las características de la dieta del paciente o de la imaginación del cocinero. La manipulación de estas elaborinas en la cocina es muy sencilla, ya que el plato está previamente

CON LA APARICIÓN DE LAS ELABORINAS SE HA DADO UN PASO DE GIGANTE EN EL OBJETIVO DE NUTRIR Y SATISFACER SENSITIVAMENTE A LOS PACIENTES

cocinado y solo cambiamos su textura y presentación, lo que permite al paciente desdentado crear sus propios menús.

POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE UTILIZAR ESTE TIPO DE ALIMENTACIÓN

No se debe olvidar a los pacientes que padecen ciertas enfermedades como intolerancia al gluten o a la lactosa, diabetes o pacientes con otras patologías que precisan dietas especiales y de consistencia blanda o líquida. En estos casos, con las elaborinas, se pueden crear dietas específicas y adaptadas a cada patología; sobre todo si el paciente es desdentado, ya que permiten ofrecer una dieta, que aporta al acto de la alimentación, con un componente lúdico y emocional.

Cuando existen problemas, no solo con la masticación sino también con la deglución (sequedad bucal y falta de saliva como el síndrome de boca seca —muy frecuente en ancianos y producido por múltiples causas desde la medicación que el paciente tome o por procesos de atrofia glandular, etc.—), gracias a las elaborinas se confeccionan alimentos con consistencias adecuadas y con posibilidades de compensar los déficits de salivación, lo que va a permitir al paciente aumentar su calidad de vida.

En la población mayor de 65 años hay unos porcentajes altísimos de desdentados o parcialmente desdentados, con dificultades en la masticación y deglución; estos problemas se dan incluso en países de Europa con altísimos re-



Figura 1. Bizcochos hechos con elaborina de tortilla de patata y de fabada



Figura 2. Distintos tipos de elaborinas



Figura 3. Croquetas de elaborina de cordero asado.

cursos económicos, sanitarios y sociales que tratan a sus poblaciones desdentadas con prótesis bucales. Se calcula que entre un 50% o 60% de pacientes tienen problemas de edentación en la población –Suiza (59,4%), Suecia (44%), Noruega (57%), Finlandia (60%), etc–. De todos estos pacientes, entre el 50 y 70% son portadores de algún tipo de prótesis (completas, parciales, prótesis sobre implantes, rehabilitaciones), lo que quiere decir que hay grandes grupos de la población mayor de 65 años que no llevan ningún tipo de prótesis.

En España la población mayor de 65 años es de más de 8.221.047 personas –con datos de 2012–, de los cuales más del 50% necesitan una prótesis en la arcada superior. Según los diferentes estudios realizados y la tendencia al envejecimiento, y en función de las pirámides de población, se espera que el porcentaje de las personas mayores de 65 años vaya en aumento en los próximos años (6).

Este grupo de población está aumentando no solo en España sino en Europa, ya que es el sector de mayor crecimiento demográfico debido a que la esperanza de vida ha aumentado 25 años en el último siglo.

Además, en España la esperanza de vida es de las más altas de Europa. Al cumplir 65 años, la de las mujeres es de 22,4 años y la de los varones de 18,3 años, siendo la esperanza de vida al nacer en Europa de alrededor de 75 años para los varones y para las mujeres de más de 80 años (7, 8).

En Europa la población anciana es el sector de mayor crecimiento demográfico, pero esto también ocurre en el resto del llamado «mundo desarrollado», debido al aumento de las expectativas de vida de la población, por las mejoras sanitarias, de alimentación, higiene, sociales y salubridad.

Como se señalaba en el artículo «La alimentación en el desdentado total», los pacientes desdentados presentan problemas masticatorios debido a que la trituración del alimento no es adecuada y la salivación del bolo alimenticio es, en muchos casos, escasa por xerostomía u otras causas. Esto provoca una deglución dificultosa y puede llevarles a la disfagia y a tener problemas en la deglución, como atragantamientos e, incluso, neumoaspiraciones. Como consecuencia, estos pacientes tienen que recurrir a la adopción de dietas blandas o líquidas y, en los casos extremos, a la utilización de sondas nasogástricas.

Pero no son solo estos pacientes desdentados los posibles consumidores de este tipo de dietas, no podemos olvidarnos de todos los pacientes hospitalizados con problemas en la masticación y deglución, así como los intervenidos en el ámbito maxilofacial y otorrinolaringológico con resecciones mandibulares o maxilares de la laringe lo que les obliga toda su vida a una dieta blanda. Los pacientes de otros ámbitos médicos y quirúrgicos, como personas incapacitadas física o psíquicamente, pueden beneficiarse de la alimentación con las elaborinas, ya que permiten realizar menús adecuados a cada paciente en función de sus necesidades nutritivas y médicas (alérgicos al gluten, intolerancia a la lactosa, etc.)

ESTAS DIETAS SON VÁLIDAS PARA PACIENTES DESDENTADOS Y AQUELLOS HOSPITALIZADOS CON PROBLEMAS DE MASTICACIÓN O DEGLUCIÓN, ASÍ COMO LOS INTERVENIDOS EN EL ÁMBITO MAXILOFACIAL Y OTORRINOLARINGOLÓGICO

y en función de sus gustos y apetencias personales; lo que se llama hoy en día «Nutrición Emocional», que permite que la comida pase de ser un suplicio a una actividad lúdica.

MALNUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

La malnutrición es más frecuente de lo que creemos en nuestra sociedad, ya sea por exceso o por déficit de nutrientes; la dieta tiene que ser correcta para que se minimice el riesgo de malnutrición. Ésta se produce porque son los propios pacientes o personas de su entorno familiar o social los que determinan la dieta blanda sin conocimientos sobre las necesidades nutricionales y de los problemas que puede pro-

Figura 4. Elaborinas y bizcochos de tortilla.



ducir en la salud una dieta inadecuada. Normalmente estas dietas son muy sencillas en cuanto a la variedad, con menús monótonos y poco apetitosos, les falta variedad de olor y sabor, así como de texturas y presentaciones culinarias variadas. Esta monotonía es un problema, ya que las dietas blandas se limitan a la presentación de caldos, sopas, purés y los postres son lácteos, zumos, compotas o postres industriales, olvidando que, hoy en día, gracias a la investigación y curiosidad de nuestros cocineros y restauradores, tenemos una gran posibilidad de presentaciones para las dietas blandas como espumas, esferificaciones, mousses, gelatinas, bizcochos, cremas, etc. (**Figura 4**).

En un futuro no muy lejano, la alimentación mediante las elaborinas será la forma de alimentación de estos grupos de población, igual que ha pasado con la alimentación infantil, hoy en día perfectamente establecida con las leches maternizadas en polvo, las pastillas de cereales y de

otros nutrientes como los que incorporan verduras, vitaminas, oligoelementos, etc., incluso con los potitos.

Por todo lo expuesto anteriormente se cree necesario que este tipo de alimentación, en la cual es importante el componente emocional y de recuerdo de las sensaciones olfativas y gustativas de determinadas experiencias personales, pueda ser dada a los pacientes para que su alimentación sea correcta desde el punto de vista nutritivo y emocional.

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión se puede decir que el volumen de posibles consumidores de estos tipos de dietas es muy importante, ya que abarca un porcentaje muy grande de la población y, hoy en día, por medio de las elaborinas somos capaces de satisfacer las necesidades nutritivas y emocionales de grupos con dietas blandas y líquidas. ●

BIBLIOGRAFÍA

1. **Murrel, G.A.** Complete dentures esthetics. *Dental Clin Am North* 1989; 33: 145-160.
2. **Geering.** Atlas de Prótesis dental y sobredentaduras 1993.
3. **Menéndez, I.** Alimentación Emocional. Barcelona: Grijalbo 1998.
4. **Grande F, Varela G.** En busca de la dieta idea. *Fundación Española de la Nutrición, serie Divulgación.* 1991; 12.
5. **Martínez Vázquez JA, Celemín Viñuela A, Martínez Vázquez F.** Las elaborinas una alternativa en la alimentación del desdentado total. *Revista Internacional de Prótesis Estomatológica Ed. Española* 2012; 14 (4): 25-254.
6. **INE.** Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2012 [fecha acceso mayo 2012].
7. **EUROSTAT.** Population on 1 January: Structure indicators 2011 [29 de Agosto de 2011].
8. **Abellán García A, Esparza Catalán C.** Un perfil de las personas mayores en España, 2011. *Indicadores estadísticos básicos.* Madrid: Informes Portal Mayores 2011; 127.