



PLAN DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL POR EL FARMACÉUTICO (PLENUFAR 3)

"Reconocido de Interés Sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo"



CUADERNO DE TRABAJO



ALIMENTACIÓN Y SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES



NUTRICIA



ÍNDICE

Prólogo.....	3
Diapositivas comentadas.....	5
Guía para completar el MNA.....	73
Presentación.....	73
Introducción.....	75
Instrucciones para rellenar el cuestionario.....	77
Datos iniciales.....	78
Preguntas de la 1ª parte del MNA comentadas una a una.....	80
Evaluación del cribado (1ª parte).....	89
Preguntas de la 2ª parte del MNA comentadas una a una.....	90
Evaluación global.....	105
Documento de derivación al médico.....	106
Algoritmo de intervención nutricional farmacéutica en la valoración nutricional en mayores de 65 años.....	106
Modelo de carta para derivar a un paciente al médico en caso de desnutrición.....	107
Modelo de carta para derivar a un paciente al médico en caso de obesidad.....	108
Anexo: modelo del cuestionario MNA a realizar a las personas mayores.....	109
Bibliografía.....	110

PRÓLOGO

La Nutrición es una ciencia relativamente joven y por tanto la Educación Nutricional lógicamente lo es aún más. No obstante hace ya 25 siglos Kuan-Tsu decía: "Si haces planes para un año, siembra arroz; si son para diez, planta árboles; si son para cien, instruye al pueblo".

Hay unanimidad en la comunidad científica al reconocer la íntima relación del binomio alimentación/salud. Los farmacéuticos -como agentes de salud y expertos en alimentación- tenemos, por tanto, la responsabilidad de intervenir para corregir los problemas nutricionales de la población y así mejorar su calidad de vida. Esta es la filosofía de los Planes de Educación Nutricional por el Farmacéutico (Plenufar) iniciativas de la Vocalía Nacional de Alimentación del Consejo General de Farmacéuticos.

El acto profesional del farmacéutico encuentra su justificación sólo en cuanto es, además, un acto educativo. Y como "Educación Nutricional a las Personas Mayores" nace esta tercera edición Plenufar, heredera de las dos anteriores ediciones destinadas a promover consejos y hábitos saludables, la primera a las amas de casa y la segunda a los niños en edad escolar.

Entre los objetivos de esta nueva campaña, destacamos, en primer lugar, el asesoramiento en hábitos dietéticos saludables de la tercera edad y, en segundo, la valoración de su estado nutricional en todo el territorio nacional a través del test M.N.A., homologado internacionalmente, detectando las posibles deficiencias nutricionales que padecen y los errores dietéticos que cometen.

Este CUADERNO DE TRABAJO es la herramienta práctica para llevar a cabo los dos objetivos anteriores. En la primera parte nos ofrece el guión de la conferencia marco a impartir -ya sea en la Oficina de Farmacia o en sus lugares de reunión- a los mayores, consistente en una serie de imágenes comentadas, con un lenguaje claro y sencillo. En la segunda parte asesora al farmacéutico para completar el cuestionario M.N.A. de manera precisa, con objeto de que los resultados obtenidos sean uniformes, representativos y comparables entre todos los participantes.

Del uso que se haga de este material, dependerá en buena parte el éxito o fracaso de esta edición Plenufar. De aquí la extraordinaria importancia de su estudio por parte de los farmacéuticos que voluntariamente participan en esta campaña educativa nutricional.

Desde la Vocalía Nacional de Alimentación deseamos que esta publicación sirva de ayuda para aquellos farmacéuticos que participen en este Plenufar 3 y por extensión, para todos los profesionales de la salud interesados en la Educación Nutricional.

Aquilino García Perea.

Vocal Nacional de Alimentación.

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.



PLAN DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL
POR EL FARMACÉUTICO (PLENUFAR 3)

EDUCACIÓN NUTRICIONAL A LAS PERSONAS MAYORES



Consejo General de Farmacéuticos



ÍNDICE

- 1- Introducción
- 2- Importancia de una ingestión adecuada y suficiente de alimentos
- 3- Necesidades nutritivas de las personas mayores
- 4- Vigilancia de la ingesta de agua y otros líquidos
- 5- Reparto de la ingesta en 4-5 veces al día
- 6- Consumo de alimentos superfluos limitados
- 7- Patologías relacionadas con la alimentación
- 8- Psicología del anciano
- 9- Orientación hacia la cocina fácil
- 10- Cuidados de la dentadura
- 11- Alimentación e incontinencia urinaria. Higiene y cuidados personales en incontinencia
- 12- Mantenimiento del peso estable dentro de los valores normales
- 13- Vigilancia del estreñimiento
- 14- Práctica de ejercicio físico adecuado, siempre que sea posible
- 15- Posibles interacciones entre nutrientes y fármacos.



1- INTRODUCCIÓN

- **SALUD (OMS): Estado de bienestar**
 - FÍSICO
 - PSÍQUICO
 - SOCIAL
- **Determinantes de la salud**
 - SISTEMA SANITARIO
 - MEDIO AMBIENTE
 - GENÉTICA
 - ESTILO DE VIDA:
 - » Actividad física
 - » Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas
 - » Hábitos higiénicos
 - » **Hábitos dietéticos**



1 - INTRODUCCIÓN

- SALUD (OMS): Estado de bienestar
 - FÍSICO
 - PSÍQUICO
 - SOCIAL



- Determinantes de la salud

- SISTEMA SANITARIO
- MEDIO AMBIENTE
- GENÉTICA
- ESTILO DE VIDA:

- Actividad física
- Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas
- Hábitos higiénicos
- Hábitos dietéticos

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 3: INTRODUCCIÓN

La OMS define la Salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la mera ausencia de enfermedad. No sólo se trata de alargar la vida sino de lograr una buena calidad de esa vida.

Envejecer es un proceso que forma parte de la evolución de la vida. En la especie humana, es un proceso biológico - social que se caracteriza por la disminución progresiva de la capacidad funcional del organismo y por una menor adaptación al cambio. El proceso de envejecer se manifiesta de forma irregular entre los distintos individuos y entre las distintas partes del organismo de un individuo. No hay que confundir la edad cronológica con la edad biológica. No es lo mismo envejecer que enfermar. En la edad avanzada, las causas de malnutrición suelen tener un origen multifactorial y son debidas a las características biológicas, psicológicas y sociales que concurren en este grupo de población. En este sentido, la población anciana es un grupo de riesgo de malnutrición, tanto por exceso como por defecto.

¿Y cuáles son los factores que influyen en el mantenimiento de un óptimo estado de salud?

- Una buena asistencia sanitaria, en caso necesario
- Un medio ambiente saludable
- La genética: factor no modificable
- Un estilo de vida sano: principal factor modificable

De los cuatro grandes grupos mencionados, el estilo de vida es el que mayor influencia tiene para mantener una buena calidad de vida, dentro del cual los hábitos dietéticos cobran especial relevancia, junto a una cierta actividad física. Una alimentación saludable de forma regular está directamente relacionada con el estado de salud, ya que el objetivo último de la dieta equilibrada, es mantener un óptimo estado salud que permita el desarrollo de las distintas actividades que requiere cada tipo de trabajo.



CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

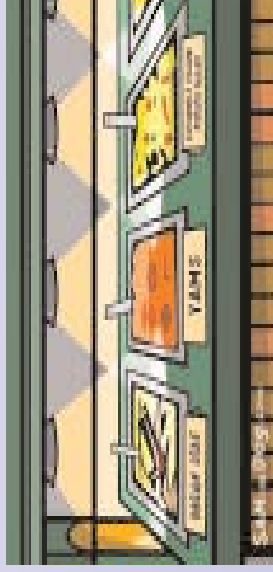
- Fisiológicos
- Psicológicos
- Socioculturales
- Económicos



Cambios en la dieta



Repercuten
sobre el estado nutricional



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 4: CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

- Fisiológicos
- Psicológicos
- Socioculturales
- Económicos

→ Cambios en la dieta

→ Repercuten sobre el estado nutricional



Cada etapa de la vida tiene unas necesidades nutricionales distintas, que responden a parámetros biológicos, funcionales, culturales, etc. Cuando se envejece, es necesario adaptar la alimentación a unas necesidades nutricionales determinadas, en función de la edad, sexo, de la situación fisiológica, psicológica, social y económica.

Los cambios fisiológicos más frecuentes son:

- cambios en la composición corporal: pérdida de músculo, agua y hueso, aumento de masa grasa.
- disminución del metabolismo basal
- alteraciones metabólicas y bioquímicas
- problemas orofaríngeos: de masticación y deglución
- deterioro de la vista, olfato y gusto
- disminución de la sensación de sed
- pérdida de apetito
- dificultad en la digestión
- absorción alterada de nutrientes
- estreñimiento.

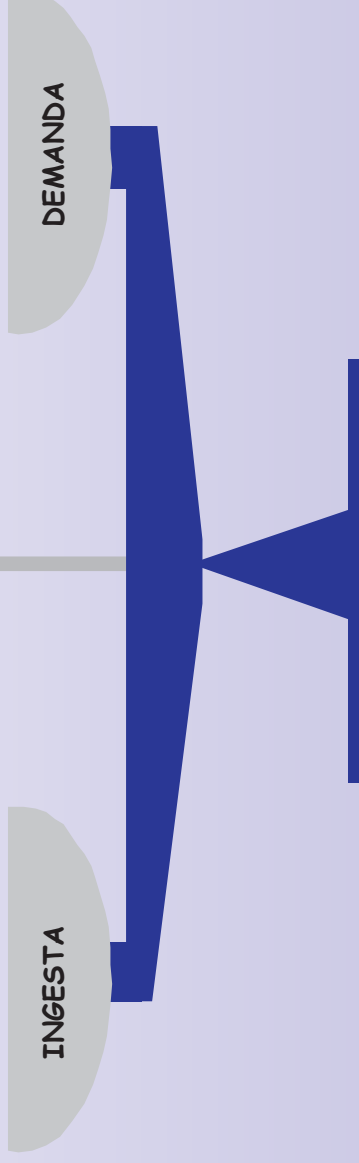
Dentro de los cambios psicológicos, sociales o económicos, pueden encontrarse:

- pérdida de movilidad, fuerza y coordinación
- disminución de la actividad física
- discapacidades y minusvalías
- pérdida de sociabilidad
- aislamiento y soledad
- polimedicación
- menores recursos económicos.



2- IMPORTANCIA DE UNA INGESTIÓN ADECUADA Y SUFICIENTE DE ALIMENTOS

- H de C
- Lípidos
- Proteínas
- Minerales
- Vitaminas
- Agua



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 5: IMPORTANCIA DE UNA INGESTIÓN ADECUADA Y SUFICIENTE DE ALIMENTOS

2 - IMPORTANCIA DE UNA INGESTIÓN ADECUADA Y SUFICIENTE DE ALIMENTOS

- H de C
- Lípidos
- Proteínas
- Minerales
- Vitaminas
- Agua

SALUD

- Energía
- Estructura
- Regulación

INGESTA

DEMANDA

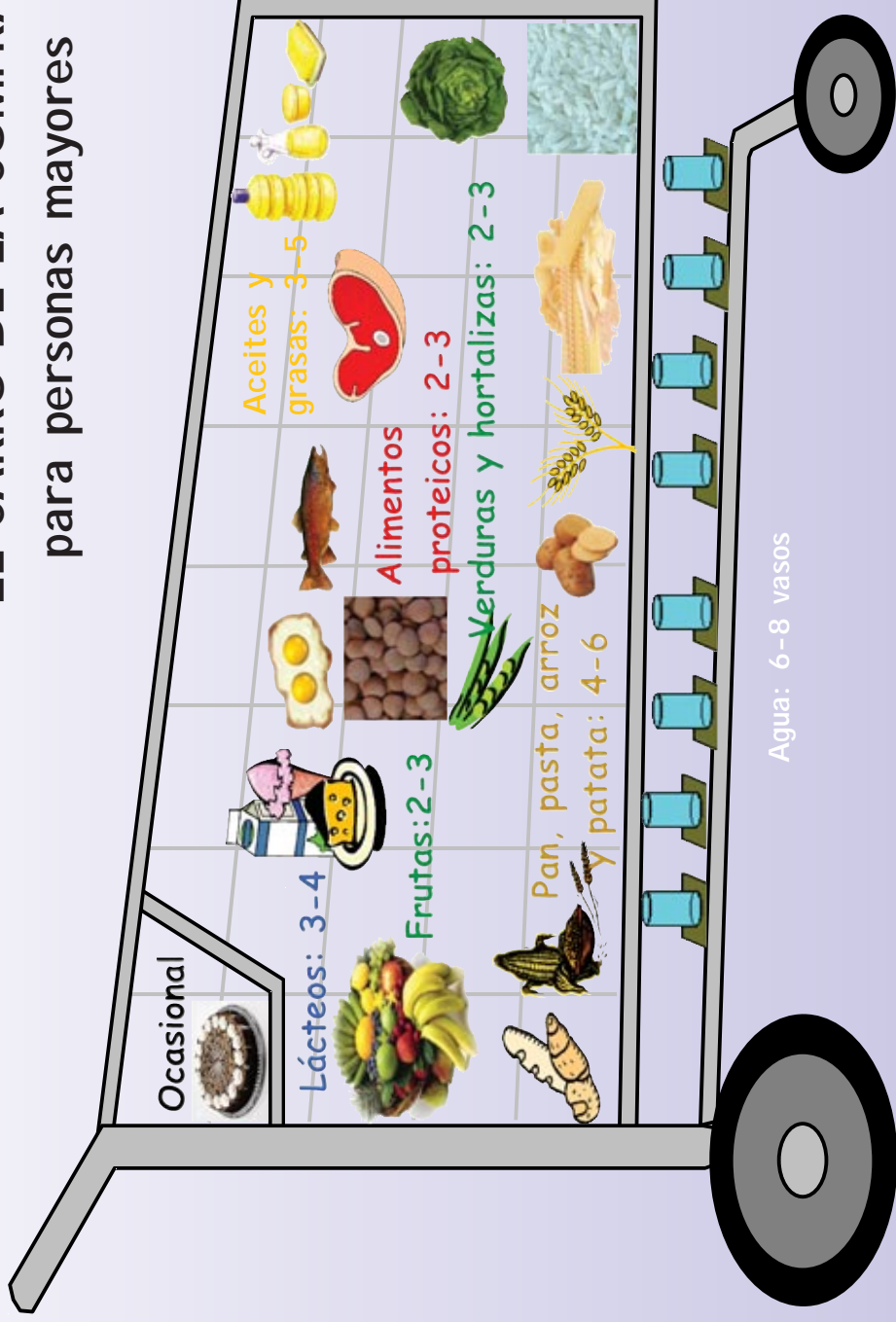
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: aquella que a través de una ingesta variada y suficiente de alimentos, permite cubrir las necesidades de energía y nutrientes del organismo. Por esto es fundamental que la alimentación sea adaptada a las necesidades individuales.

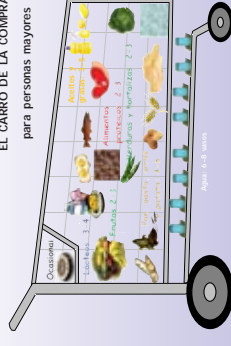
VARIADA: los nutrientes están ampliamente repartidos en todos los alimentos, por lo que una alimentación variada será aquella que incluya alimentos de todos los grupos, de manera que se cubran las demandas de cada uno de los nutrientes: proteínas, minerales, vitaminas, etc. unos presentes en mayor cantidad en unos alimentos y otros en alimentos distintos.

SUFICIENTE: que incluya la cantidad de cada uno de los alimentos recomendados en la cantidad adecuada para cada individuo. No necesita la misma cantidad de legumbres un joven deportista de 25 años que una persona mayor de 70 años, aunque los dos incluyan legumbre en su dieta 2 veces por semana, tal y como recomiendan la mayoría de las guías alimentarias vigentes.



EL CARRO DE LA COMPRA para personas mayores





TEXTO DIAPOSITIVA N.º 6: EL CARRO DE LA COMPRA PARA PERSONAS MAYORES

En esta diapositiva se describe un modelo de guía alimentaria para personas mayores de 65 años. Esta representación gráfica se ha elaborado con objeto de facilitar el seguimiento de un alimentación saludable en las personas mayores.

Realmente, no es más que una representación gráfica de las recomendaciones de la dieta equilibrada, que indica la frecuencia y tipo de alimentos que deben estar presentes en el carro de nuestros mayores cuando van a comprar al supermercado. De esta manera, se puede comprobar cómo la base de la dieta equilibrada es la ingesta de entre 6 y 8 vasos de agua al día. La hidratación es un aspecto muy importante a tener en cuenta, tal y como se verá más adelante.

A continuación se sitúa el grupo de los cereales: el pan, la pasta, el arroz y/o la patata, deben estar presentes en todas las comidas del día.

Inmediatamente encima de los cereales, se sitúan dos grupos: el de las frutas, con una recomendación de 2-3 raciones al día (incluir como mínimo un cítrico) y el grupo de verduras y hortalizas, con una recomendación de 2-3 raciones al día (intentar que 1 ración sea en forma de ensalada si la situación del paciente lo permite). Cuanta más diversificación haya en la mesa, más probabilidad de obtener un equilibrio en la alimentación.

Los lácteos son otro grupo que debe estar presente a diario en la mesa de los mayores, entre 3 y 4 raciones al día. Igualmente importantes son los alimentos proteicos. Dentro de este grupo se encuentran las legumbres, una fuente importante de proteína vegetal. Carne, pescado, huevo o legumbre deben ingerirse dos veces al día.

El grupo de aceites y grasas, se encuentra en la parte superior, no porque sea menos importante, sino porque se requieren en menor cantidad.

Existen otros modelos gráficos, tales como la pirámide de la alimentación saludable, la rueda de alimentos o el rombo de la alimentación.

Nota: el CARRO DE LA COMPRA es una representación gráfica de las recomendaciones de la dieta equilibrada para personas mayores, basadas en los criterios vigentes sobre alimentación saludable.



EQUILIBRIO ALIMENTARIO

*CEREALES → 4-6 raciones/día (pan, arroz, pasta, etc.)

*VERDURAS → 2-3 raciones/día

*FRUTAS → 2-3 raciones/día

*LACTEOS → 3-4 raciones/día

*ALIMENTOS PROTEICOS → 2-3 raciones/día

- Carnes: 2-4 raciones/semana

- Pescado: 3-4 raciones/semana

- Legumbres: 2-3 raciones/semana

- Huevos: < 4 yemas/semana

*GRASAS → 3-5 raciones/día

*AGUA → 6-8 vasos/día

RACIÓN ALIMENTARIA

Cantidad habitual que suele consumirse



EQUILIBRIO ALIMENTARIO

- * CEREALES → 4-6 raciones/día (pan, arroz, pasta, etc.)
- * VERDURAS → 2-3 raciones/día
- * FRUTAS → 2-3 raciones/día
- * LACTEOS → 3-4 raciones/día
- * ALIMENTOS PROTEICOS → 2-3 raciones/día
 - Carnes: 2-4 raciones/semana
 - Pescado: 3-4 raciones/semana
 - Legumbres: 2-3 raciones/semana
 - Huevos: < 4 yemas/semana
- * GRASAS → 3-5 raciones/día
- * AGUA → 6-8 vasos/día

RACIÓN ALIMENTARIA
Control Nutricional de Consumo



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 7: EQUILIBRIO ALIMENTARIO

Las recomendaciones (diarias y semanales) de raciones de cada uno de los grupos básicos de alimentos en las proporciones recomendadas, aportarán variedad de alimentos a la dieta y todos los elementos nutricionales necesarios para una adecuada nutrición.

Teniendo en cuenta que no todas las personas necesitan la misma cantidad de alimentos se establece un rango, tanto de raciones como de cantidades, dentro de lo que se conoce como "ración alimentaria". Para entenderlo con un ejemplo, la razón habitual de carne para una señora de 80 años y 50 kg de peso no será la misma que para un señor de 70 años y 70kg, aunque a los dos se les recomienda consumir entre 2 y 4 raciones a la semana.



GRUPO DE ALIMENTOS RACIÓN MEDIA (en crudo)

Pasta o arroz	60-80g (1 taza de café)
Pan	40-60g (2-3 rebanadas)
Patatas	150-200g (1-2 unidades)
Verduras y hortalizas	150-200g (1 plato medio)
Frutas	120-200g (1 unidad)
Leche y derivados	125-150 (1 vaso mediano)
Legumbres	60-80g (1 taza de café)
Huevos	60-70g (1 unidad grande)
Pescados	125-150g (1 filete/2 ruedas)
Carnes	100-125g (1 bistec)
Aceites	10 ml (1 cucharada sopera)
Agua	200 ml (1 vaso)

GRUPO DE ALIMENTOS	RACIÓN MEDIA (en crudo)
Pasta o arroz	60-80g (1 taza de café)
Pan	40-60g (2-3 rebanadas)
Papas	150-200g (1-2 unidades)
Verduras y hortalizas	150-200g (1 plato medio)
Frutas	120-200g (1 unidad)
Leche y derivados	125-150 (1 vaso mediano)
Legumbres	60-80g (1 taza de café)
Huevos	60-70g (1 unidad grande)
Pescados	125-150g (1 Filete/2 ruedas)
Carnes	100-125g (1 bistec)
Alcornoques	10 ml (1 cucharadita sopera)
Agua	200 ml (1 vaso)

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 8: GRUPO ALIMENTOS/RACIÓN DIARIA

De las 4 a 6 raciones que se recomiendan del grupo de CEREALES, éstas se pueden dar como plato principal (arroz, pasta o patata) o guarnición del segundo plato (lo más frecuente en forma de patatas, aunque también puede ser a base de arroz o pasta), reservando siempre alguna porción para acompañar con pan las comidas principales o alguna colación a media mañana o la tarde.

De las 2 a 3 raciones que se recomiendan de VERDURAS Y HORTALIZAS, una buena opción es dar una como primer plato de comida o cena y la otra como guarnición de la otra. Si la dentadura lo permite, resulta muy adecuado consumir una de las raciones en forma de ensalada (cruda).

Dentro de las 2 a 3 raciones de FRUTA, cuya cantidad variará también en función del tipo de fruta escogida, se recomendando que al menos una sea cítrica, para asegurar la cantidad de vitamina C. Las recomendaciones de LÁCTEOS, persiguen alcanzar los requerimientos diarios de calcio, mineral muy importante en personas mayores con gran riesgo de sufrir osteoporosis y complicaciones asociadas.

El grupo de ALIMENTOS PROTEICOS, cuyas recomendaciones son semanales, tratan de buscar un equilibrio nutricional entre las distintas fuentes de proteínas en la dieta. De esta manera, un buen plato de legumbre equivale a un bistec de ternera, a un filete de lenguado, a dos ruedas de merluza o a una unidad grande de huevo. Unos tendrán más o menos proteínas (de mayor o menor calidad), más o menos calorías, etc., pero siguiendo las recomendaciones semanales de cada uno se llega a un equilibrio nutricional. Siempre que se incluyan alimentos bajos en grasa, se incluyen unas 5 cucharadas soperas de ACEITE, mejor crudo y a poder ser de oliva, para todo el día. En caso de escoger piezas grasas de carne o lácteos grasos, se debe rebajar la cantidad de aceite diario. Por último y no menos importante, conviene recordar la importancia de tomar entre 6 y 8 vasos diarios de AGUA, aunque no se tenga sed. Es un alimento imprescindible en la dieta.



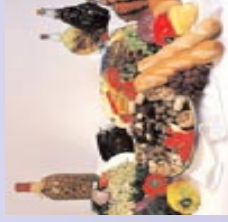
3- NECESIDADES NUTRITIVAS DE LAS PERSONAS MAYORES SANAS

- Energía
- Proteínas
- Hidratos de carbono
- Fibra
- Lípidos
- Vitaminas
- Minerales
- Agua



¿Para qué los necesitamos?

¿En qué cantidad?



¿Dónde los encontramos?

3- NECESIDADES NUTRITIVAS DE LAS PERSONAS MAYORES SANAS

- Energía
- Proteínas
- Hidratos de carbono
- Fibra
- Lípidos
- Vitaminas
- Minerales
- Agua



¿Para qué los necesitamos?

¿En qué cantidad?



¿Dónde los encontramos?



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 9: NECESIDADES NUTRITIVAS DE LAS PERSONAS MAYORES SANAS

Las necesidades nutritivas se podrían definir como:

- Cantidades de nutrientes que han de consumirse como parte de una dieta habitual, con objeto de mantener un estado nutricional y de salud óptimos
- Estas cantidades de nutrientes, deben adaptarse a las características propias de sexo y edad, puesto que con el envejecimiento se producen una serie de cambios.

Se incluyen en estas necesidades la energía total ingerida y la fibra.

¿POR QUÉ LOS NECESITAMOS? Para mantener un estado nutricional y de salud óptimos

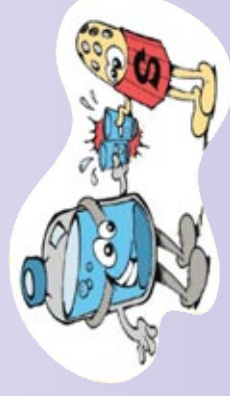
¿EN QUÉ CANTIDAD? En cantidades muy distintas según el tipo de nutriente de que se trate, pero eso no quiere decir que el nutriente que se requiere en menor cantidad sea el menos importante

¿DÓNDE LOS ENCONTRAMOS? Ampliamente distribuidos por todos los alimentos. Por eso es tan importante comer de todo, en las cantidades adecuadas para cada individuo. Consumiendo los alimentos de todos los grupos antes mencionados en las proporciones indicadas, quedan cubiertas las necesidades tanto de energía como del resto de nutrientes, sin necesidad de preocuparse por ningún otro tipo de cálculo.



4- VIGILANCIA DE LA INGESTA DE AGUA Y OTROS LÍQUIDOS

- ☞ Beber entre 6 y 8 vasos de agua al día, preferentemente fuera de las comidas
- ☞ Evitar las bebidas azucaradas, alcohólicas, ricas en cafeína y otros estimulantes, de forma habitual
- ☞ Consumirla en forma de infusiones, caldos desgrasados y zumos naturales
- ☞ Aprovechar el contenido en iones y minerales del agua consumida



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 10: VIGILANCIA DE LA INGESTA DE AGUA Y OTROS LÍQUIDOS

4- VIGILANCIA DE LA INGESTA DE

AGUA Y OTROS LÍQUIDOS

- ☞ Beber entre 6 y 8 vasos de agua al día, preferentemente fuera de las comidas
- ☞ Evitar las bebidas azucaradas, alcohólicas, ricas en cafeína y otros estimulantes, de forma habitual
- ☞ Consumirla en forma de infusiones, caldos desgrasados y zumos naturales
- ☞ Aprovechar el contenido en iones y minerales del agua consumida



En las personas mayores debe cuidarse especialmente la ingesta de agua, ya que la sensación de sed está disminuida, lo que unido a la menor capacidad funcional de los riñones, podría desembocar en una situación de deshidratación. Para evitar llegar a esta situación de deshidratación, es necesario vigilar la ingesta tanto de agua como de otros líquidos a lo largo del día. Por ello, se dan a continuación unos sencillos **CONSEJOS PRÁCTICOS**:

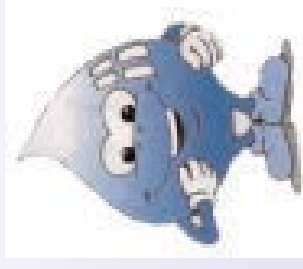
- Beber entre 6 y 8 vasos de agua al día, preferentemente fuera de las comidas, para que no aumente la sensación de saciedad y evitar la dilución excesiva del jugo gástrico
- Evitar las bebidas azucaradas y alcohólicas (aportan calorías vacías, es decir mucha energía sin nutrientes. Además, el alcohol puede modificar el efecto de algunos medicamentos, aumenta el riesgo de accidentes, caídas y fracturas y eleva la presión sanguínea), bebidas ricas en cafeína y otros estimulantes (alteran el sueño y son diuréticos, por lo que contribuyen a la deshidratación).
- También se puede consumir alguna de las raciones recomendadas en forma de infusiones, caldos desgrasados y zumos naturales, con objeto de cubrir las recomendaciones.
- Aprovechar el contenido en iones y minerales de las aguas, en función de las demandas: aguas ricas en calcio, en magnesio, aguas carbonatadas, etc., dentro de unos criterios saludables.



AGUA (Base de la alimentación)

¿Para qué la necesitamos?

- Más de la mitad del peso corporal es agua
- Ayuda a mantener la temperatura corporal
- Medio en el que tienen lugar las reacciones
- Contribuye en la regulación del equilibrio } del organismo



¿En qué cantidad?

- Entre 6 y 8 vasos de agua al día (1,5-2 litros/día)
- Es importante beber aunque no se tenga sed

¿Dónde la encontramos?

- Preferentemente como agua de bebida
- Infusiones, zumos, caldos y sopas
- Alimentos con □ % en agua: frutas, verduras, leche...

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 11: AGUA (Base de la alimentación)



AGUA (Base de la alimentación)

¿Para qué la necesitamos?

- Más de la mitad del peso corporal es agua
- Ayuda a mantener la temperatura corporal
- Medio en el que tienen lugar las reacciones } del organismo
- Contribuye en la regulación del equilibrio }

¿En qué cantidad?

- Entre 6 y 8 vasos de agua al día (1,5-2 litros/día)
- Es importante beber aunque no se tenga sed

¿Dónde la encontramos?

- Preferentemente como agua de bebida
- Infusiones, zumos, caldos y sopas
- Alimentos con % en agua: frutas, verduras, leche...

¿PARA QUÉ LA NECESITAMOS?

- El agua es un componente esencial en la dieta de los seres vivos, ya que sin ella no sería posible la vida. Más de la mitad del peso del organismo es agua: al nacer representa un 70-75% de agua, y conforme avanza la vida este % se va reduciendo hasta un 55-60% en las personas mayores.

Tiene multitud de funciones en el organismo, de entre las que destacan:

- Medio en el que tienen lugar la mayoría de las reacciones en el organismo
- Forma parte de los jugos digestivos necesarios para hacer la digestión
- Contribuye en la regulación del equilibrio ácido-base, osmótico.....
- Ayuda a mantener la temperatura corporal
- Proporciona turgencia a las células (función estructural), etc.

¿EN QUÉ CANTIDAD?

6-8 vasos de agua al día, según las últimas recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) en 2004. Esta cantidad supone un volumen aproximado que oscila entre 1,5 y 2 litros diarios.

Es muy importante cuidar el aporte de agua en las personas mayores, ya que el envejecimiento:

- * Tiende a disminuir la ingesta porque la sensación de sed va desapareciendo, lo que conlleva menor apetencia por los líquidos
- * Implica un "envejecimiento funcional" también de los riñones, que no concentran tanto la orina. Esto supone que para eliminar la misma cantidad de metabolitos se pierda más agua.

Las recomendaciones son similares a las de los adultos, aunque en éstos no son tan estrictas por su mayor capacidad de adaptación ante ingestas bajas de agua.

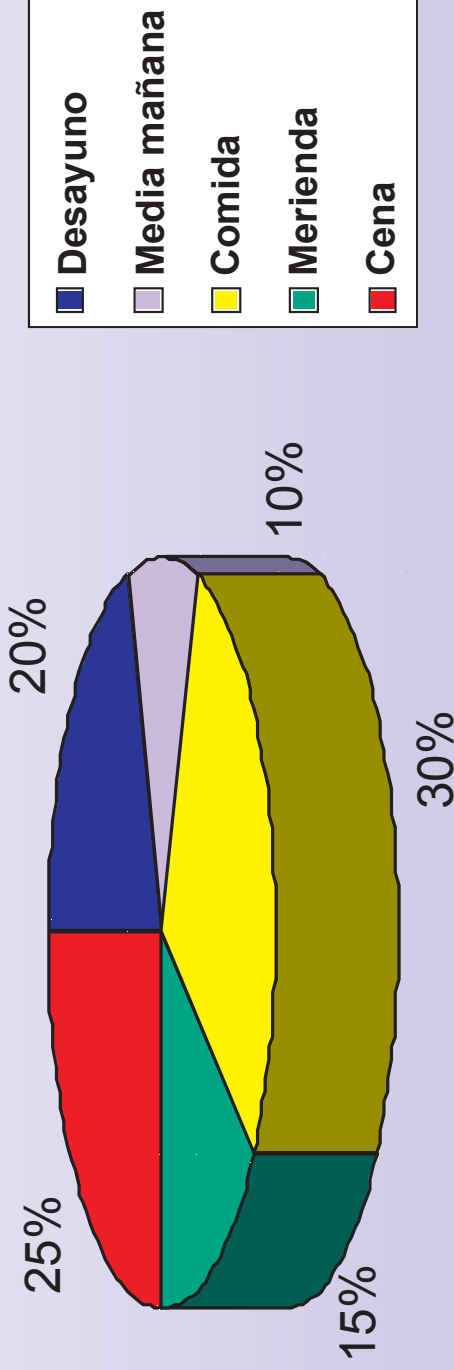
¿DÓNDE LA ENCONTRAMOS?

- Preferentemente como agua de bebida
- Infusiones, zumos, caldos y sopas
- Alimentos con elevado % en agua: frutas, verduras, leche...



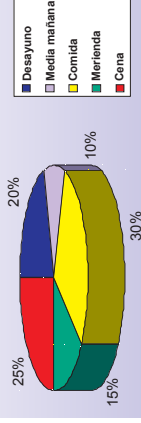
5- DISTRIBUCIÓN CALÓRICA DIARIA

4 - 5 tomas al día



5- DISTRIBUCIÓN CALÓRICA DIARIA

4 - 5 tomas al día



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 12: DISTRIBUCIÓN CALÓRICA DIARIA

La ingesta dietética debe completarse con 4 o 5 comidas al día, para tratar de evitar tomas muy voluminosas. En la diapositiva se muestra la distribución calórica recomendada para 5 tomas diarias. En el caso de hacer 4 tomas en lugar de 5, se podría redistribuir el 10% de las Kcal de la media mañana: un 5% para el desayuno (quedando éste con un 25%) y el otro 5% para la comida (que representará el 35%). No conviene recargar la cena ya que durante la noche el gasto energético es mucho menor.

Esta distribución debe adaptarse al estilo de vida y costumbres alimentarias de cada uno. Pero una vez acordado un tipo de distribución conviene respetar y mantener constantes los horarios de comidas establecidos. Asimismo, se recomienda mantener el tipo de comida al que se está acostumbrado a no ser que exista alguna situación que lo impida.



6- CONSUMO DE ALIMENTOS SUPERFLUOS: LIMITADO

RICOS EN:

- Calorías
- Sodio
- Grasa saturada
- Colesterol
- Azúcares
- Alcohol



POBRES EN:

- Vitaminas
- Minerales
- Fibra

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 13: CONSUMO DE ALIMENTOS SUPERFLUOS: LIMITADO



Los alimentos que aparecen en esta diapositiva, deberían situarse en el recuadro superior del CARRO DE LA COMPRA, por donde se sitúa el mango del mismo. Son los alimentos que deben reservarse para ocasiones puntuales y de forma ocasional.

Embutidos (chorizo, morcilla,...) y **comida rápida** (fast-food).

Refrescos tipo cola, naranjada, limonada

Dulces (caramelos,...) y **pasteles**

Bollería industrial.

Son alimentos de alta densidad energética y baja densidad nutricional.

Recordando las diapositivas pasadas, las calorías vacías son aquellas que prácticamente sólo proporcionan calorías y muy pocos nutrientes: bajo o nulo aporte de proteínas, vitaminas, minerales o grasa.

Se dice que aportan calorías vacías los siguientes alimentos:

- Azúcares y derivados (caramelos, golosinas, chucherías en general)
- Refrescos (una lata de refresco aporta aprox. 4-5 sobres de azúcar de cafetería)
- Bebidas alcohólicas: El abuso de alcohol afecta además al sistema nervioso y daña la memoria, lo que resulta doblemente perjudicial en personas mayores.



7- PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN

- ☞ Enfermedades Cardiovasculares
- ☞ Hipertensión Arterial
- ☞ Colesterol elevado en sangre
- ☞ Diabetes Mellitus
- ☞ Obesidad
- ☞ Desnutrición
- ☞ Osteoporosis





7- PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN

- ☞ Enfermedades Cardiovasculares
- ☞ Hipertensión Arterial
- ☞ Colesterol elevado en sangre
- ☞ Diabetes Mellitus
- ☞ Obesidad
- ☞ Desnutrición
- ☞ Osteoporosis



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 14: PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN

Con la edad, además de los cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y económicos, pueden aparecer distintas enfermedades que requieren modificar el plan alimentario: son las llamadas dietas terapéuticas, cuyo principal objetivo es modificar aquella parte de la alimentación implicada con la nueva situación, manteniendo el aporte de energía y nutrientes adecuado en cada caso. Son dietas destinadas a contribuir al tratamiento o retrasar la progresión de la enfermedad o sintomatología, manteniendo un adecuado estado nutricional.

Son muchas las enfermedades que pueden aparecer en esta etapa de la vida, y requieren una modificación en la forma de alimentarse. Algunas de las más frecuentes son:

- ☞ Enfermedades Cardiovasculares
- ☞ Hipertensión Arterial
- ☞ Colesterol elevado en sangre
- ☞ Diabetes Mellitus
- ☞ Obesidad
- ☞ Desnutrición
- ☞ Osteoporosis

A continuación, comentaremos brevemente cada una de ellas.



ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

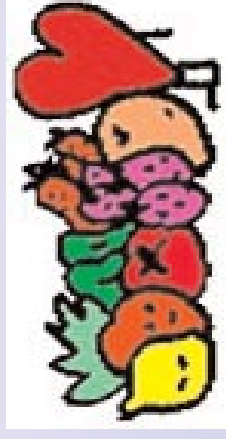
Infarto de miocardio

Accidentes cerebrovasculares

1.ª Causa de muerte en UE

FACTORES DE RIESGO:

- 1- Hipertensión Arterial
- 2- Tabaco
- 3- Colesterol elevado en sangre



Otros: Diabetes Mellitus, Obesidad, dietas de bajo residuo, falta de ejercicio físico

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Infarto de miocardio } 1.º Causa de muerte en UE
Accidentes cerebrovasculares }

FACTORES DE RIESGO:

- 1- Hipertensión Arterial
- 2-Tabaco
- 3- Colesterol elevado en sangre



Otros: Diabetes Mellitus, Obesidad, dietas de bajo residuo, falta de ejercicio físico

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 15: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte en la Unión Europea, en las personas mayores de 65 años. Estas muertes se producen principalmente por infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. Asimismo, las ECV son también la principal causa de ingreso hospitalario y su prevalencia crece a medida que es mayor la edad entre los pacientes mayores de 65 años.

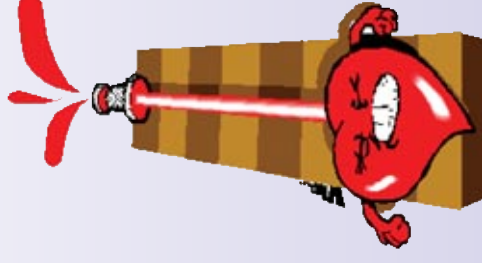
Por otro lado, conviene destacar que los principales factores de riesgo de ECV son: la Hipertensión Arterial, el tabaquismo y la hipercolesterolemia (colesterol elevado en sangre). Otros factores que también contribuyen a la aparición de ECV son Diabetes Mellitus, Obesidad, dietas pobres en fibra y falta de ejercicio físico.

A la luz de esta situación, todas las medidas dietéticas que contribuyan a mejorar cualquiera de estos factores predisponentes a sufrir ECV, serán determinantes en su prevención y tratamiento.



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Presión sistólica > 140 mmHg
Presión diastólica > 90 mmHg



RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- Mantener un peso adecuado
- Evitar la sal en la mesa y cocinado
- Utilizar especias y hierbas aromáticas
- □ consumo de verduras, frutas, legumbres y cereales
- Limitar bebidas alcohólicas, café y otros excitantes
- Adecuar el consumo de agua

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Presión sistólica > 140 mmHg
Presión diastólica > 90 mmHg

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- Mantener un peso adecuado
- Evitar la sal en la mesa y cocinado
- Utilizar especias y hierbas aromáticas
- consumo de verduras, frutas, legumbres y cereales
- Limitar bebidas alcohólicas, café y otros excitantes
- Adecuar el consumo de agua

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 16: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Elevación sostenida de los niveles de presión sanguínea por encima de valores considerados normales (presión sistólica > 140 mmHg, presión diastólica > 90 mmHg)

CAUSAS: La tensión arterial tiende a elevarse con la edad, es también más frecuente que aparezca si la persona es obesa, lleva una dieta rica en sal y pobre en potasio (pobre en verduras, frutas y frutos secos, legumbres, cereales integrales), bebe elevadas cantidades de alcohol, no realiza actividad física, o sufre de estrés psicológico.

De entre todas las recomendaciones dietéticas que se pueden dar en esta situación, destacan:

- Mantener un peso adecuado: el 60% de las personas hipertensas son obesas. Pérdidas de peso del orden del 10% mejoran notablemente los niveles de presión arterial.
- Evitar la sal en la mesa y cocinado, así como aquellos alimentos que han sido elaborados con cantidades importantes de sal: jamón, embutidos, patés, quesos muy curados, salazones, encurtidos, ahumados, snacks, frutos secos salados, cubitos para caldos y muchos alimentos enlatados.
- Utilizar especias y hierbas aromáticas para condimentar los alimentos: clavo (realiza los platos insípidos), pimienta (picante), menta (refrescante), canela (dulce). Otros condimentos permitidos son: zumo de limón, ajo, albahaca, laurel, comino, tomillo, orégano, pimentón, vainilla, estragón, jengibre, perejil, cebollín, vinagre, mostaza en polvo, curry, nuez moscada, páprika, cúrcuma, azafrán, romero.

También se pueden utilizar técnicas culinarias que conservan todo el sabor de los alimentos, tales como la cocción a vapor o la papillote.

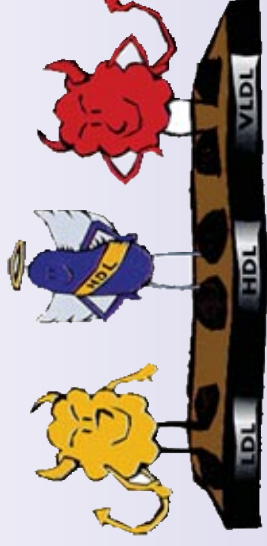
- Aumentar el consumo de verduras, frutas, legumbres y cereales, alimentos ricos en potasio y pobres en sodio.
- Limitar bebidas alcohólicas, café y otros excitantes, ya que tienden a elevar la HTA
- Beber abundante agua

Siempre que sea posible, conviene realizar ejercicio físico, ya que contribuye a mejorar las cifras de HTA.



COLESTEROL ELEVADO EN SANGRE

Colesterol total > 200 mg/dl
LDL-colesterol > 130 mg/dl
HDL-colesterol < 35 mg/dl



RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- □ consumo de pescado, legumbres, cereales integrales, frutas y verduras
- □ consumo de vísceras, mariscos y derivados cárnicos
- Escoger las carnes más magras y quitar grasa visible
- Se permiten hasta 4 yemas de huevo por semana
- Evitar precocinados

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 17: COLESTEROL ELEVADO EN SANGRE

COLESTEROL ELEVADO EN SANGRE

Colesterol total > 200 mg/dl
LDL-colesterol > 130 mg/dl
HDL-colesterol < 35 mg/dl



RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

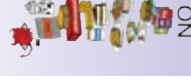
- Consumo de pescado, legumbres, cereales integrales, frutas y verduras
- Consumo de vísceras, mariscos y derivados cárnicos
- Escoger las carnes más magras y quitar grasa visible
- Se permiten hasta 4 yemas de huevo por semana
- Evitar precocinados

Alcanzar o mantener un peso saludable contribuye a normalizar las cifras de colesterol cuando existe sobrepeso. Otras recomendaciones dietéticas adecuadas son:

- Distribuir las comidas en varias tomas, ya que una alimentación fraccionada influye positivamente sobre el nivel de lípidos en sangre.
 - Aumentar el consumo semanal de pescado a unas cuatro raciones, y procurar tomar con más frecuencia pescado azul.
 - Limitar: vísceras (hígado, riñones, sesos), marisco (moluscos y crustáceos), derivados cárnicos; embutidos grasos, foie gras y patés, salchichas y hamburguesas comerciales, etc.
 - Escoger las carnes más magras y quitar la grasa visible antes de su cocinado. Desgrasar los caldos de carne o aves en frío.
 - Se permiten hasta 4 huevos a la semana (dependiendo del grado y tipo de hipercolesterolemia y nunca más de una yema al día).
 - Aliñar los platos con aceites vegetales (oliva, girasol) evitando la manteca o margarina.
- Disminuir el consumo de carnes por la asociación que suele haber entre proteínas y grasas saturadas en estos alimentos, y aumentar la proteína vegetal combinando en un mismo plato legumbres y cereales (garbanzos o lentejas con arroz, pasta con guisantes). Preparar platos para luego congelarlos, y así, no tener que acudir a los precocinados, que pueden estar cocinados con más grasa. Hoy día, existen productos en el mercado pobres en grasa y colesterol (comprobar etiquetado).
- Si se come fuera de casa, elegir ensaladas, aves o pescados a la parrilla en lugar de fritos o guisos. Para evitar la adición excesiva de salsas se puede pedir que éstas se sirvan a parte, y uno mismo añadirlas.
- Aumentar el consumo de fibra y antioxidantes naturales: Tomando al menos 2 piezas de fruta al día, preferiblemente con piel ó pulpa, procurando incluir un cítrico, escogiendo productos integrales: pan, arroz, pasta... Aumentando el consumo de legumbre a 3 veces por semana y tomando 2 raciones de verdura ó ensalada (cruda ó cocida) al día.

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 18: ¿CÓMO CUIDAR LA CANTIDAD Y LA CALIDAD DE GRASA Y COLESTEROL DE LA DIETA?

¿Cómo cuidar la calidad de grasa y colesterol de la dieta?



- Controlar la cantidad de grasa añadida en el cocinado y aliño
- Utilizar aceites vegetales: preferentemente de oliva
- Comer más pescado que carne
- Sustituir la carne roja por blanca
- Controlar el consumo de yemas de huevo y grasa láctea
- Evitar el consumo de bollería, repostería, industrial, alimentos precocinados...



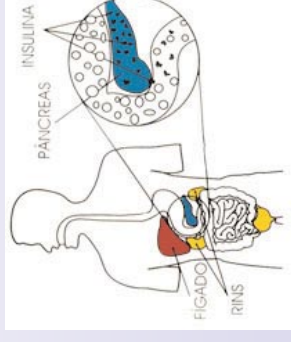
¿Qué hacer para cuidar la cantidad y calidad de grasa y colesterol de la dieta?

- Controlar la cantidad de grasa añadida en el cocinado y aliño. Evitar las preparaciones culinarias excesivamente grasas como guisos, estofados, frituras, empanados y rebozados, y preferir planchas, parrillas, asados (horno, papillote), microondas, cocciones en agua (vapor, hervido, escalfado).
- Utilizar aceites vegetales: preferentemente de oliva. En su defecto, utilizar de girasol y otras semillas. Evitar los aceites de coco y palma, así como las grasas animales: mantequilla, manteca...
- Comer más pescado que carne: aumentar el consumo semanal de pescado a unas 4 raciones, procurando que 1 o 2 sean de pescado azul. Disminuir el consumo de carnes por la asociación que suele haber entre proteínas y grasas saturadas en estos alimentos, y aumentar la proteína vegetal combinando en un mismo plato legumbres y cereales (garbanzos o lentejas con arroz, pasta con guisantes)
- Sustituir la carne roja por blanca, escoger carnes magras, quitar la grasa visible antes del cocinado, desgrasar los caldos de carne o aves en frío. Evitar al máximo vísceras (sesos, hígado, mollejas, ...), mariscos (especialmente gambas, langostinos, cigalas, langosta...) y todos aquellos alimentos ricos en grasa animal
- Controlar el consumo de yemas de huevo (unas 4 yemas por semana) y grasa láctea: tomar lácteos semi o desnatados, no abusar de mantequilla, nata o quesos grasos
- Evitar el consumo de bollería, repostería industrial (por su elevado contenido en grasa saturada y ácidos grasos trans), alimentos precocinados...



DIABETES MELLITUS

Glucosa en ayunas \geq 126 mg/dl



RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- Dieta fraccionada: 5-6 tomas/día
- Horarios regulares sin saltarse ninguna toma
- Repartir los HC complejos a lo largo de todo el día
- Incluir alimentos ricos en fibra
- Controlar el consumo de azúcares
- Reducir consumo de grasa saturada y colesterol
- Evitar el consumo de alcohol

DIABETES MELLITUS

Glucosa en ayunas \pm 126 mg/dl

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- Dieta fraccionada: 5-6 tomas/día
- Horarios regulares sin saltarse ninguna toma
- Repartir los HC complejos a lo largo de todo el día
- Incluir alimentos ricos en fibra
- Controlar el consumo de azúcares
- Reducir consumo de grasa saturada y colesterol
- Evitar el consumo de alcohol



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 19: DIABETES MELLITUS

La dieta no puede curar la diabetes pero sí controlarla mejor y por ello, el tratamiento dietético deberá llevarse a cabo durante toda la vida. Debe ser individualizada; en función de las características de cada persona, su estilo de vida, tratamiento específico (insulina o fármacos), etc.

- Dieta fraccionada: 5 ó 6 tomas diarias (menor volumen de alimento por toma, mejor control).
- Horarios regulares de comidas y sin saltarse ninguna, especialmente en las personas tratadas con hipoglucemiantes orales o insulina.
- Las comidas de un día para otro deben tener una composición constante, en relación a la distribución de alimentos ricos en hidratos de carbono (cereales -arroz, pastas alimenticias, pan, patatas- legumbres, frutas).
- Incluir alimentos ricos en fibra y de bajo índice glucémico (es decir alimentos que después de ingerirlos aumenten muy poco el nivel de glucosa en sangre debido a que sus hidratos de carbono se digieren y absorben más lentamente), en las cantidades adecuadas (verduras, frutas, legumbre, cereales integrales, frutos secos).
- Controlar los alimentos que contienen hidratos de carbono simples (azúcar, miel, mermelada, bebidas azucaradas, frutas y zumos, repostería industrial, golosinas dulces, chocolates y derivados). El azúcar de endulzar puede sustituirse por edulcorantes no nutritivos (sacarina, ciclamato, aspartame, sorbitol).
- Reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol: escoger lácteos con poca grasa, las carnes más magras (pollo y pavo sin piel, conejo, ternera magra, solomillo de cerdo o ternera, caballo), desgrasar caldos de carne y aves en frío, sustituir la carne o los huevos por pescado al menos cuatro veces por semana.
- Tener en cuenta que el alcohol es hipoglucemiante, en caso de tomarlo, incluirlo en las principales comidas y nunca en ayunas.



OBESIDAD

$IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$



RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- Gasto de energía > Ingesta dietética
- Dieta fraccionada: 5-6 tomas/día
- Incluir alimentos ricos en fibra
- Controlar el consumo de azúcares
- Reducir el consumo de grasa saturada y colesterol
- Evitar alimentos con densidad energética y nutricional
- Realizar *actividad física*

OBESIDAD

IMC \geq 30 kg/m²

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- Gasto de energía > Ingesta dietética
- Dieta fraccionada: 5-6 tomas/día
- Incluir alimentos ricos en fibra
- Controlar el consumo de azúcares
- Reducir el consumo de grasa saturada y colesterol
- Evitar alimentos con densidad energética y nutricional
- Realizar actividad física

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 20: OBESIDAD

La Obesidad es una Enfermedad, causada por múltiples factores, caracterizada por un aumento de la grasa corporal como consecuencia de un consumo de alimentos superior al gasto, y que conlleva riesgos para la salud. El IMC es un índice, internacionalmente aceptado por la comunidad científica para establecer el estado nutricional. Consiste en dividir el peso (en kilos) entre la talla al cuadrado (en metros). Cuando es superior a 30 kg/m² indica la existencia de obesidad

Las recomendaciones dietéticas más adecuadas en estos casos son:

Aporte de menos calorías en la dieta, de las que gasta cada individuo a lo largo del día. Para ello la dieta debe ser:

- Fraccionada en 5 ó 6 tomas al día, para evitar picar entre horas.
- Rica en fibra (verduras, legumbres, cereales integrales y fruta en las cantidades adecuadas a cada caso), mejora la sensación de saciedad y previene el estreñimiento.

- Controlada en cantidades y distribución de alimentos que contienen hidratos de carbono simples (azúcar, miel, mermelada, zumo y fruta, bebidas azucaradas, golosinas, chocolate y derivados) y complejos (cereales, patatas, legumbres).

- Pobre en grasas saturadas y colesterol (evitar o reducir el consumo de lácteos completos y los muy grasos, carnes grasas y sus derivados, charcutería y vísceras...). Escoger lácteos con poca grasa, las carnes más magras (pollo y pavo sin piel, conejo, ternera magra, solomillo de cerdo o ternera, caballo...), jamón serrano sin el tocino, fiambre de pollo y pavo y jamón york especial (3-5% de grasa), desgrasar caldos de carne y aves en frío, sustituir la carne o los huevos por pescado al menos cuatro veces por semana.

Otras recomendaciones son:

Sustituir el azúcar o elaborar recetas caseras con edulcorantes no nutritivos tales como la sacarina, el ciclamato, el aspartame y el sorbitol, ya que apenas aportan calorías a la dieta.

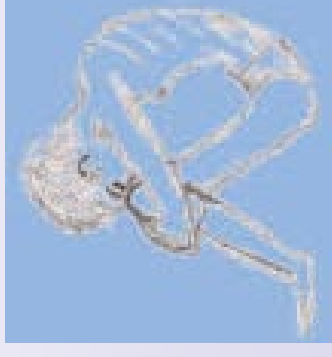
Limitar o eliminar las fuentes calóricas concentradas: alimentos que aportan calorías pero con un contenido en nutrientes insignificante (bebidas azucaradas, bebidas alcohólicas, golosinas, chips, snacks, etc.).

Por último y aunque no sea una recomendación dietética propiamente dicha, conviene proporcionar pautas de ejercicio físico, apropiado para cada persona asesorada.



DESNUTRICIÓN

IMC < 18,5 Kg/m²



RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- Ir aumentando la ingesta gradualmente
- Muchas tomas de pequeño volumen
- Ganancia de peso deseable: 0,5 - 1 Kg/semana
- Evitar alimentos ricos en fibra, inicialmente
- Escoger alimentos con □ densidad nutricional
- Educación nutricional, respetando gustos y costumbres
- Probar la Alimentación Oral Adaptada

DESNUTRICIÓN



IMC < 18,5 Kg/m²

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- Ir aumentando la ingesta gradualmente
- Muchas tomas de pequeño volumen
- Ganancia de peso deseable: 0,5 - 1 Kg/semana
- Evitar alimentos ricos en fibra, inicialmente
- Escoger alimentos con densidad nutricional
- Educación nutricional, respetando gustos y costumbres
- Probar la Alimentación Oral Adaptada

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 21: DESNUTRICIÓN

La Desnutrición es la situación opuesta a la Obesidad, y se caracteriza por una pérdida de peso corporal como consecuencia de un consumo mantenido de alimentos inferior al gasto, y que, al igual que la obesidad, conlleva riesgos para la salud. Cuando el IMC es inferior a 18,5 kg/m² indica la existencia de Desnutrición.

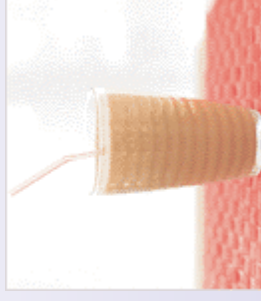
Las recomendaciones dietéticas más adecuadas en estos casos son:

- Ir aumentando la ingesta gradualmente: son personas acostumbradas a comer pequeñas cantidades y cualquier ingesta mayor les produce saciedad. Tienen el estómago poco adaptado y habrá que ir aumentando la ingesta muy poco a poco para mejorar la tolerancia a la nueva dieta. Se modifica gradualmente la dieta, incrementando el aporte calórico hasta alcanzar una dieta hipercalórica, manteniendo un adecuado aporte de proteínas, grasas e hidratos de carbono.
- Muchas tomas de pequeño volumen: sobre todo al principio, se pueden hacer 6-7 tomas al día, con objeto de cubrir los mínimos recomendados.
- Ganancia de peso deseable: 0,5 - 1 Kg/semana, o incluso menos al principio.
- Evitar alimentos ricos en fibra, inicialmente, ya que generan saciedad sin aportar muchos nutrientes energéticos.
- Escoger alimentos con alta densidad nutricional, es decir alimentos con muchos nutrientes en poco volumen. Por ejemplo huevos, aceite de oliva, leche, cereales refinados, etc.
- Educación nutricional, respetando gustos y costumbres. Conviene explicarles que al principio experimentarán molestias tras las comidas, pero que es normal. Pero que poco a poco cederán, conforme el organismo se vaya adaptando a la nueva dieta.
- Probar la Alimentación Oral Adaptada si fuese necesario.



ALIMENTACIÓN ORAL ADAPTADA

Preparados nutricionales destinados a adaptar la alimentación oral a las necesidades de las personas con dificultad para alimentarse



Características

- Aspecto casero
- Fácil de masticar y deglutir
- Alta densidad nutricional
- Fáciles de preparar
- Cantidades controladas de sal, azúcar, colesterol...
- Sustituyen, combinan o enriquecen platos hechos

Tipos

- 1- Alimentos de textura modificada y alto valor nutricional
- 2- Espesantes y bebidas de textura modificada
- 3- Módulos
- 4- Dietas completas de textura adaptada

ALIMENTACIÓN ORAL ADAPTADA

Preparados nutricionales destinados a adaptar la alimentación oral a las necesidades de las personas con dificultad para alimentarse.

Tipos

- Características**
- Aspecto casero
 - Fácil de masticar y deglutir
 - Alta densidad nutricional
 - Fáciles de preparar
 - Cantidades controladas de sal, azúcar, colesterol...
 - Sustituyen, combinan o enriquecen platos hechos

- Tipos**
- 1- Alimentos de textura modificada y alto valor nutricional
 - 2- Espesantes y bebidas de textura modificada
 - 3- Módulos
 - 4- Dietas completas de textura adaptada.

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 22: ALIMENTACIÓN ORAL ADAPTADA

La Alimentación oral adaptada consiste en preparados nutricionales destinados a adaptar la alimentación oral a las necesidades de las personas con dificultad para alimentarse: problemas de masticación, falta de apetito, disfagia, pérdida de peso, baja autonomía....
Características generales:

- Aspecto casero: lo que mejora su aceptación
- Fácil de masticar y deglutir
- Alta densidad nutricional
- Fáciles de preparar
- Cantidades controladas de sal, azúcar, colesterol...
- Sustituyen, combinan o enriquecen platos hechos

1- Alimentos de textura modificada de alto valor nutricional: preparados para desayunos, comidas, meriendas y cenas especialmente formuladas para personas adultas con dificultades de masticación y deglución. Aspecto parecido a los potitos infantiles, pero adaptados a las necesidades de personas mayores.

2- Espesantes y bebidas de textura modificada: orientados para aquellos casos en los que existe dificultad para ingerir los líquidos. Los espesantes permiten modificar la consistencia de los mismos y las bebidas de textura modificada son preparados listos para tomar. De esta manera se cuida la hidratación, tan importante en las personas mayores.

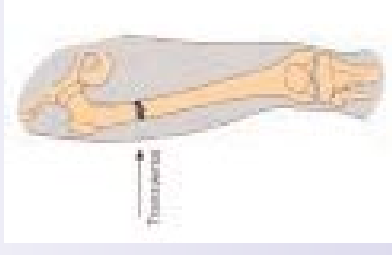
3- Módulos y suplementos: productos especialmente formulados para enriquecer la dieta en uno o varios nutrientes (proteínas, hidratos de carbono, fibra).

4- Dietas completas de textura adaptada: dietas completas generalmente hiperproteicas con textura adaptada y sabor salado, formuladas según la normativa vigente y por lo tanto adecuadas para ser consumidas como única fuente de alimento.



OSTEOPOROSIS

Pérdida de masa ósea respecto a población de referencia (población joven)



RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- Ajustar las cantidades de alimentos de forma individual
- Incluir un mínimo de 3 raciones diarias de lacteos
- Buscar la exposición al sol
- No tomar suplementos de fibra
- *Evitar tabaco, alcohol y dosis altas de cafeína*
- *Realizar ejercicio físico de forma habitual*

OSTEOPOROSIS



Pérdida de masa ósea respecto a población de referencia (población joven)

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

- Ajustar las cantidades de alimentos de forma individual
- Incluir un mínimo de 3 raciones diarias de lacteos
- Buscar la exposición al sol
- No tomar suplementos de fibra
- Evitar tabaco, alcohol y dosis altas de caféina
- Realizar ejercicio físico de forma habitual

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 23: OSTEOPOROSIS

OSTEOPOROSIS: Enfermedad ósea caracterizada por la disminución en la fortaleza o resistencia del hueso, por alteración en la estructura y remineralización ósea que predisponen a una persona a un mayor riesgo de FRACTURA

Las recomendaciones dietéticas más adecuadas en estos casos son:

- Ajustar las cantidades de alimentos de forma individual: con la edad disminuye el gasto energético, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de calcular las raciones de alimentos. En general, estas serán menores que las consumidas en la etapa adulta. Resulta más conveniente reducir la cantidad de las raciones que el número de raciones. Es decir, mejor seguir tomando dos raciones al día de verduras (aunque sean de 200g en vez de 300g que eran antes) que tomar una sola de 300g.
- Incluir un mínimo de 3 raciones diarias de lacteos, evitando los totalmente desnatados. Son la principal fuente de calcio en la dieta, pero la presencia de Vitamina D (presente en la grasa láctea) aumenta la absorción de ese calcio. Tan importante es que la dieta sea rica en calcio, como que se potencie su absorción en el intestino.
- La exposición controlada a los rayos ultravioleta del sol, posibilita que la piel sintetice vitamina D necesaria para asegurar la fijación del calcio a los huesos. Por ello, lo mejor para conseguirla es pasear todos los días en horario de sol, particularmente en invierno.
- No tomar suplementos de fibra. Con una dieta equilibrada no son necesarios aportes extra, ya que un exceso de fibra puede atrapar cantidades importantes de calcio y reducir su absorción en el intestino, arrastrándolo en las heces. Por lo tanto, conviene evitar la ingesta simultánea de alimentos ricos en fibra y alimentos lácteos.

Otras recomendaciones, no estrictamente dietéticas, que conviene comentar son:

- Evitar tabaco, alcohol y dosis altas de caféina, pues todos ellos disminuyen la densidad mineral ósea.
- Realizar ejercicio físico: es muy importante fomentar esta práctica de forma regular, ya que, además de contribuir a mantener un peso dentro de los límites saludables y prevenir enfermedades cardiovasculares, contribuye al fortalecimiento de huesos y articulaciones.



8- PSICOLOGÍA DEL ANCIANO

- ☞ Costumbres arraigadas
- ☞ Desconfianza
- ☞ Nivel cultural



Para mejorar la capacidad de aprendizaje es necesario:

- Aumentar el tiempo dedicado
- Compensar deficiencias con técnicas auxiliares
- Crear un ambiente positivo
- No establecer grandes metas

8- PSICOLOGÍA DEL ANCIANO



- ☞ Costumbres arraigadas
- ☞ Desconfianza
- ☞ Nivel cultural

Para mejorar la capacidad de aprendizaje es necesario:

- Aumentar el tiempo dedicado
- Compensar deficiencias con técnicas auxiliares
- Crear un ambiente positivo
- No establecer grandes metas

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 24: PSICOLOGÍA DEL ANCIANO

El proceso de envejecimiento va unido a cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognitivo, motor, sensorial, etc., que hacen que el mismo ambiente físico en el que venía desenvolviéndose el individuo en la etapa adulta, comience a ser diferente. Esta nueva percepción del entorno determina una nueva forma de comportarse, característica de los mayores que en ocasiones se interpreta como MANÍAS. No es un proceso puntual sino que lleva tiempo, y se regula externamente en función del ambiente físico, cultural y social que le rodea. Los umbrales para lo salado, lo ácido y lo amargo aumentan con la edad y por lo tanto se necesita mayor concentración para detectarlo, pero el umbral para lo dulce permanece inalterable. Las personas mayores, se dan cuenta de que no son capaces de realizar algunas actividades que desempeñaban en la etapa adulta con igual destreza. Esto les lleva a una pérdida de autoestima y a un pensamiento de que los demás los evalúan en los mismos términos (no hacen bien las cosas), lo que genera un sentimiento de DESCONFIANZA ante los que les rodean. Durante el envejecimiento existe una mayor dificultad en las actividades manuales que en las verbales, sobre todo cuando estas últimas han sido adquiridas y consolidadas a lo largo de las etapas anteriores (infancia, adolescencia y etapa adulta). Sin embargo, una parte importante de la población mayor no tiene las bases suficientes para entender la importancia de una alimentación adecuada y su estrecha relación con la salud y una buena calidad de vida (NIVEL CULTURAL). Esto, unido a la desconfianza que caracteriza este grupo de población hace más difícil la adopción de nuevos hábitos alimentarios saludables.

Para mejorar la capacidad de aprendizaje en sesiones de educación nutricional se requiere:

- * Más tiempo para aprender, lo que permite organizar, buscar y recuperar la información.
- * Compensar determinadas deficiencias sensoriales y perceptivas a través de técnicas auxiliares como por ejemplo material audiovisual.
- * Establecer un ambiente de aprendizaje positivo, en el que los mayores se encuentren estimulados, utilizando ayudas didácticas y metodológicas. Un ambiente de participación, en el que todos pregunten en caso de duda. Es necesario entender las instrucciones que se dan.
- * No darle mucha importancia si al principio no recuerdan lo aprendido. No fijar metas muy altas; es preferible definir objetivos progresivamente alcanzables.
- * Programar las sesiones por las mañanas, cuando la mente está más despejada.



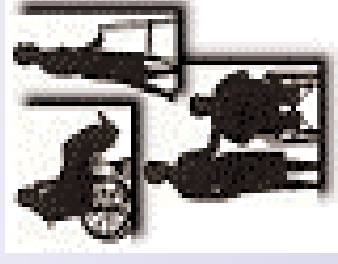
Promoción de la autonomía en mayores

Factores predisponentes a la dependencia:

- problemas físicos
- factores psicológicos
- aspectos socioambientales

Cuidador/asistente debe:

- fomentar la autonomía
- promover la autoestima de los mayores
- planificar el cuidado de la persona mayor
- combinar esta tarea con su vida personal
- pedir ayuda cuando sea necesario



Promoción de la autonomía en mayores

Factores predisponentes a la dependencia:

- problemas físicos
- factores psicológicos
- aspectos socioambientales

Cuidador/asistente debe:

- fomentar la autonomía
- promover el autoestima de los mayores
- planificar el cuidado de la persona mayor
- combinar esta tarea con su vida personal
- pedir ayuda cuando sea necesario



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 25: ANCIANOS DEPENDIENTES Y SUS CUIDADORES

Se puede definir "Dependencia" como la situación personal de pérdida de autonomía que requiere ayuda o cuidados prolongados para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana, tales como la higiene, el vestido, la alimentación, el desplazamiento o la comunicación con los demás.

Por lo general, las causas de dependencia en una persona mayor son múltiples y variadas, entre las que destacan:

- Problemas físicos: disminución de fuerza física, pérdida del equilibrio, dificultad para realizar movimientos cotidianos, así como la aparición de enfermedades crónicas frecuentes entre este colectivo (artritis, artrosis, osteoporosis o incluso fracturas provocadas por caídas), pueden llegar a limitar de forma importante la autonomía de la persona mayor. Asimismo, pérdidas sensoriales como vista u oído contribuye en gran medida a agravar dicha situación.
- Factores psicológicos: trastornos cognitivos, situaciones de depresión o pérdida de memoria afectan de forma directa a la dependencia de las personas mayores, ya que limitan su capacidad intelectual.
- Aspectos socioambientales: las actitudes y conductas de las personas que viven o se relacionan con las personas mayores, así como el entorno social más próximo a ellos, pueden favorecer o prevenir su dependencia.

El cuidador/asistente es una figura fundamental en los casos de dependencia, por lo que debe abordar su tarea de forma adecuada. Para ello, debe:

- fomentar la autonomía y autoestima de los mayores: observar a la persona mayor y ayudarle sólo cuando sea necesario
- planificar el cuidado de la persona mayor: con objeto de lograr una combinación de la vida personal con la responsabilidad que supone esta tarea tan absorbente
- pedir ayuda cuando sea necesario: el cuidador debe conocer las diferentes prestaciones y servicios sociales existentes (centros de día, residencias, etc.) a los que puede acudir ante problemas concretos que puedan surgir.



9- ORIENTACIÓN HACIA LA COCINA FÁCIL



- 👉 Elaborar y congelar platos caseros
- 👉 Enriquecer los platos si hay falta de apetito
- 👉 Evitar la formación de corteza superficial dura
- 👉 Echar mano de las salsas suaves
- 👉 Respetar los potajes de toda la vida

9 - ORIENTACIÓN HACIA LA COCINA FÁCIL



- ☞ Elaborar y congelar platos caseros
- ☞ Enriquecer los platos si hay falta de apetito
- ☞ Evitar la formación de corteza superficial dura
- ☞ Echar mano de las salsas suaves
- ☞ Respetar los potajes de toda la vida

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 26: ORIENTACIÓN HACIA LA COCINA FÁCIL

- Elaborar y congelar platos caseros: la congelación es una técnica de conservación de alimentos de muy buena calidad. Si se hace correctamente, mantiene prácticamente intactas las cualidades nutritivas de los alimentos. Esto permite preparar cantidades abundantes de alimentos y congelarlos en porciones individuales, eliminando trabajo de cocina al tiempo que se mantiene la dieta saludable, evitando platos preparados industrialmente o precocinados.
- Enriquecer los platos si hay falta de apetito: los platos que mejor se prestan para ello son los purés y cremas, que permiten enriquecer la dieta en energía, proteínas u otros nutrientes con la adición de alimentos complementarios tipo leche (entera o en polvo), quesitos, patata, aceite de oliva, clara de huevo pasteurizada, etc. Además, los purés no requieren masticación y sí una muy sencilla deglución.
- Evitar la formación de corteza superficial dura, que dificulta la masticación de los alimentos. Para ello, conviene elegir tecnologías culinarias sencillas, tipo baño maría, hervido, escalfado, escaldado, cocción a vapor, estofado, guisado o microondas. También se puede rebozar los alimentos antes de freír para reducir la pérdida de agua, o humedecer el ambiente para que la superficie del alimento se deshidrate menos, en un asado, por ejemplo.
- Echar mano de las salsas suaves: algunos platos, como arroces, pasta, pescado o carne (preferentemente picada) pasan de ser alimentos poco recomendables a muy recomendables en los mayores, si se acompañan de algún tipo de salsa que proporcione jugosidad al plato: de tomate, bechamel clara, de verduras, de yogur, salsa verde... (evitando las salsas grasas).
- Los ancianos nacidos en las primeras décadas del siglo XX, pertenecen a la generación del puchero y los potajes. Rechazan el fast-food, los precocinados y todo "alimento moderno" como ellos dicen, una razón de peso para respetar estos gustos y costumbres tan saludables siempre que no exista una situación fisiopatológica que lo contraindique.







10- CUIDADOS DE LA DENTADURA

- ☞ Reducir el consumo de azúcar y derivados
- ☞ Cepillado después de cada comida
- ☞ Revisiones odontológicas periódicas
- ☞ Prótesis dentales:
 - cuidados especiales
 - retirarlas durante la noche
 - los fijadores dificultan la higiene



10- CUIDADOS DE LA DENTADURA

-  Reducir el consumo de azúcar y derivados
-  Cepillado después de cada comida
-  Revisiones odontológicas periódicas
-  Prótesis dentales:
 - cuidados especiales
 - retirarlos durante la noche
 - los fijadores dificultan la higiene

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 27: CUIDADOS DE LA DENTADURA

La Salud Dental mejora la calidad de vida de los mayores, mejorando su estado nutricional al permitir una mayor variedad de alimentos y texturas en la dieta.

El primer paso, es un control estricto de la dieta, reduciendo la frecuencia y controlando el momento de consumo de azúcar. Así, cuanto más sólido sea el alimento y fuera de las comidas es más cariogénico. El riesgo máximo es antes de dormir.

En segundo lugar, el control de la placa bacteriana con una higiene oral adecuada: es recomendable cambiar de cepillo cada 3 meses. Cepillarse los dientes durante 3 minutos después de cada comida. El cepillado del dorso de la lengua ayuda a remover los microorganismos causantes de la caries, disminuyendo la halitosis y mejorando el sentido del gusto.

Las prótesis dentales deben limpiarse diariamente con un cepillo especial y con jabón sin perfumes. Tras enjuagarla, se debe introducir toda la noche en una solución limpiadora. Al día siguiente hay que volver a cepillar la prótesis y enjuagarla bien con agua fría antes de ponérsela en la boca. En el mercado, existen multitud de preparados desinfectantes de prótesis atendiendo al tipo de la misma. Es recomendable que mientras se lave la prótesis, se llene el lavabo con un poco de agua, para que en caso de caída de la prótesis, ésta no se golpee ni rompa.

Las personas que conservan dientes naturales deben limpiarlos sin la prótesis en la boca. No se debe olvidar limpiar la mucosa sobre la que asienta la prótesis, con un cepillo de cabeza pequeña y cerdas suaves para estimular la circulación.

Es fundamental que todas las prótesis sean retiradas de la cavidad bucal durante la noche.

El uso de fijadores para aumentar la retención de las prótesis es causa de una mayor resorción ósea, dañando a la mucosa oral y dificultando la higiene, por lo que no son recomendables.

En los ancianos con prótesis parciales es recomendable una revisión y limpieza de la boca por el odontólogo con regularidad, mientras que con prótesis totales deben ser revisadas anualmente para asegurar un correcto ajuste y revisar los tejidos blandos.



11 - ALIMENTACIÓN E INCONTINENCIA URINARIA. HIGIENE Y CUIDADOS PERSONALES EN INCONTINENCIA



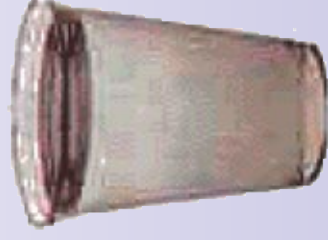
No reducir la ingestión de líquidos diaria

- Contribuyen al correcto funcionamiento del organismo
- Beber un mínimo de 6 vasos de agua al día, preferentemente:
 - Por la mañana (y así reducirlos a partir de la tarde/noche)
 - Fuera de las comidas
- Evitar exceso de bebidas excitantes y alcohol
- Adelantar la hora de la cena



Evitar el estreñimiento

- Mantener un buen ritmo intestinal
- Llevar una dieta equilibrada rica en fibras
- Asegurar una correcta ingestión de líquidos
- No abusar de los laxantes.



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 28: ALIMENTACIÓN E INCONTINENCIA URINARIA. HIGIENE Y CUIDADOS PERSONALES EN INCONTINENCIA

11.- ALIMENTACIÓN E INCONTINENCIA URINARIA. HIGIENE Y CUIDADOS PERSONALES EN INCONTINENCIA

☞ **No reducir la ingestión de líquidos diarios**

- Contribuyen al correcto funcionamiento del organismo.
- Beber un mínimo de 6 vasos de agua al día, preferentemente por la mañana (y así reducirlos a partir de la tarde/noche).
- Evitar exceso de bebidas excitantes y alcohol.
- Adelantar la hora de la cena.



☞ **Evitar el estreñimiento**

- Mantener un buen ritmo intestinal.
- Llevar una dieta equilibrada rica en fibras.
- Asegurar una correcta ingestión de líquidos.
- No abusar de los laxantes.

Existen varias costumbres saludables que pueden ayudar a prevenir la Incontinencia urinaria, o a atenuarla en el caso de que ya haya aparecido.

Los consejos más importantes hacen referencia a:

1- Higiene, sobretodo para evitar infecciones urinarias

2- Ejercicio físico, fundamental para mantener el organismo activo y un correcto estado físico

3- Alimentación, ya que un factor determinante de la cantidad de orina producida es la dieta.

- Existe la tendencia a reducir la cantidad de líquidos cuando se tienen pérdidas de orina. No debemos disminuir la ingestión de líquidos diarios, porque son necesarios para nuestro organismo y contribuyen a su correcto funcionamiento. Pero se puede reducir el consumo de líquidos a partir de la tarde, siempre que ya se haya ido bebiendo el resto del día. Es importante distribuir correctamente el horario de ingesta de líquidos. Así, será conveniente tomar más líquidos por la mañana y reducir la ingesta por la tarde y, sobretodo, por la noche

- Evitar el exceso de bebidas excitantes y alcohol, ya que aumentan el volumen de líquidos de la dieta al tiempo que estimulan la producción de orina, haciendo trabajar al organismo sin ventajas añadidas

- Asimismo, conviene adelantar la hora de la cena, sobre todo si se incluyen platos ricos en agua, como sopas, purés de verdura, o alimentos con un alto % de agua en su composición y/o con propiedades diuréticas (calabacín, melón, sandía, espárragos, endivias, uvas, níspero, melocotón, alcachofa, apio, berenjena, coliflor, cebolla)

- Conviene mantener un buen ritmo intestinal para evitar el estreñimiento, factor que puede propiciar la aparición de pérdidas de orina. Una dieta rica en fibra, una alimentación equilibrada y una correcta ingestión de líquidos ayudan a evitarlo. Es conveniente no abusar de los laxantes. La incontinencia urinaria es más frecuente en mujeres obesas ya que el exceso de peso lleva a la tirantez de los músculos pélvicos.

El uso de pañales puede ser necesario en ocasiones, por lo que debe quitarse al anciano la idea de pérdida de autoestima.



Practicar ejercicio regularmente

- Fundamental para mantener el organismo activo
- Disminuye la incidencia de incontinencia urinaria
- Previene problemas óseos, estreñimiento y la obesidad



Evitar ejercicios bruscos



Mantener hábitos saludables

- Andar una hora al día
- Subir a pie las escaleras
- Ejercitar los músculos del suelo pélvico:
 - *Fáciles de realizar a diario
 - *Útiles para la incontinencia ligera





TEXTO DIAPOSITIVA N.º 29: ALIMENTACIÓN E INCONTINENCIA URINARIA. HIGIENE Y CUIDADOS PERSONALES EN INCONTINENCIA (continuación)

Practicar ejercicio regularmente

- Fundamental para mantener el organismo activo
- Disminuye la incidencia de incontinencia urinaria
- Previene problemas óseos, estreñimiento y la obesidad

Evitar ejercicios bruscos

- Andar una hora al día
- Subir o pie las escaleras
- Ejercitar los músculos del suelo pélvico:
 - *Fáciles de realizar a diario
 - *Útiles para la incontinencia ligera



En muchos casos la insuficiencia urinaria viene provocada por el debilitamiento de los músculos pélvicos. Independientemente de la edad es conveniente practicar ejercicio a diario, ya que previene la aparición de problemas óseos, estreñimiento y obesidad. El ejercicio regular es fundamental para mantener el organismo activo y un correcto estado físico. La disminución de la movilidad aumenta la incidencia de incontinencia urinaria.

Sin embargo, cabe recordar que deportes que requieren saltos e impactos como el aeróbic, el baloncesto, el atletismo, el tenis son contraproducentes ya que alteran el tono muscular pélvico y aumentan la presión intrabdominal.

Del mismo modo que se aconseja hacer algo de ejercicio diario para mantener activo el organismo, también se recomienda ejercitar los músculos del suelo pélvico para evitar que se relajen y los mantengamos fuertes. Existen ejercicios especiales, como los ejercicios de Kegel, que se pueden realizar a diario y en el hogar. Son muy útiles para prevenir y atenuar las pérdidas de orina leves.

EJERCICIOS

Posición básica: sentada con las lumbares tocando el respaldo y los antebrazos apoyados en los muslos.

Focalización: los músculos a trabajar son aquellos que notamos si intentamos detener la micción.

Contracciones:

Contraer los músculos del suelo pélvico y aguantar 5 segundos.

Respirar suavemente y relajar durante 5 segundos

Repetir en tandas de 10 veces; Es recomendable realizar los ejercicios al menos 3 veces al día.

Pueden realizarse en varias posiciones: de pie, sentada y en echada con la espalda en el suelo.

Después de 3 meses se empiezan a notar resultados, y la mayoría de las mujeres mejoran su control de la orina al año de iniciar el programa.



12- MANTENIMIENTO DEL PESO ESTABLE DENTRO DE VALORES NORMALES



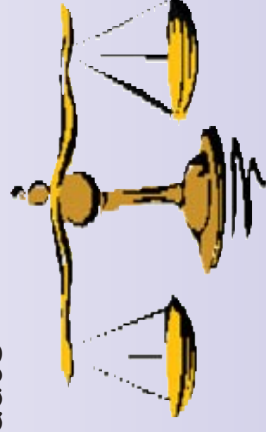
Ingesta ≈ Gasto

- Evitar excesos dietéticos/ayunos prolongados
- Aumentar la actividad física



Educación Nutricional:

- 4-5 tomas/día de pequeño volumen
- Respetar los horarios y no saltarse ninguna toma
- Realizar una alimentación muy variada
- Seguir las recomendaciones de la dieta equilibrada



12- MANTENIMIENTO DEL PESO ESTABLE
DENTRO DE VALORES NORMALES

Ingesta = Gasto

- Evitar excesos dietéticos/ayunos prolongados
- Aumentar la actividad física



Educación Nutricional:

- 4-5 tomas/día de pequeño volumen
- Respetar los horarios y no saltarse ninguna toma
- Realizar una alimentación muy variada
- Seguir las recomendaciones de la dieta equilibrada

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 30: MANTENIMIENTO DEL PESO ESTABLE DENTRO DE VALORES NORMALES

En el apartado "Patologías relacionadas con la alimentación", ya se ha comentado la importancia de mantener el peso estable dentro de valores normales: disminuye el riesgo de diabetes, hipertensión arterial, alteración de los niveles sanguíneos de colesterol, triglicéridos, etc.

Pero tan malo es tener exceso como defecto de peso. Para mantener un peso adecuado es necesario que la energía ingerida en los alimentos sea similar a la energía que necesita el organismo para llevar a cabo una vida normal. Para ello, se recomienda:


- Evitar excesos en la alimentación (para evitar la ganancia de peso)
- Evitar ayunos prolongados (para evitar la pérdida de peso)
- Aumentar la actividad física, no sólo beneficioso desde un punto de vista dietético sino también de la salud en su conjunto. La práctica regular de ejercicio físico moderado mejora los niveles sanguíneos de azúcar, colesterol, triglicéridos, evita la pérdida de hueso y músculo, mejora las cifras de presión arterial, etc.


Algunos consejos nutricionales para seguir de por vida son:

- 4-5 tomas/día de pequeño volumen
- Respetar los horarios y no saltarse ninguna toma
- Realizar una alimentación muy variada
- Seguir las recomendaciones de la dieta equilibrada




13- VIGILANCIA DEL ESTREÑIMIENTO

-  Deceleración del tránsito intestinal absorción de agua
- heces secas peso y volumen peristaltismo

 **Normas Higiénicas:**

- comer despacio
- reposar las comidas 15-20´
- ejercicio físico regular
- reeducar hábito intestinal
- evitar un abuso de laxantes



 **Medidas dietéticas generales:**

- * consumo de alimentos ricos en fibra
- * Ingesta de 2 litros de líquidos al día como mínimo
- * Dieta variada y suficiente

13- VIGILANCIA DEL ESTREÑIMIENTO

Desaceleración del tránsito intestinal absorción de agua

heces secas peso y volumen peristaltismo

Normas Higiénicas:

- comer despacio
- reposar las comidas 15-20'
- ejercicio físico regular
- resacaar hídrico intestinal
- evitar un abuso de laxantes



Medidas dietéticas generales:

- * consumo de alimentos ricos en fibra
- * Ingesta de 2 litros de líquidos al día como mínimo
- * dieta variada y suficiente

TEXTO DIAPOSITIVA N.º 31: VIGILANCIA DEL ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento se caracteriza por una desaceleración de la velocidad de tránsito intestinal. Al estar más tiempo las heces en contacto con la pared intestinal se aumenta la cantidad de agua absorbida, lo que contribuye a secar más las heces, disminuyendo tanto su peso como su volumen. Al disminuir su volumen apenas provocan distensión de la pared intestinal y no se estimulan los movimientos peristálticos que harían avanzar el contenido intestinal. Aparece entonces un cuadro de estreñimiento, el cual se considera más un síntoma que una enfermedad.

Es difícil definir cuál es el hábito intestinal normal, ya que el rango de normalidad puede variar entre 3 deposiciones/día y 3 deposiciones/semana. Entre las causas más comunes que dan lugar a este cuadro, agudo o crónico, se encuentran:

- La edad: el estreñimiento es muy común en las personas mayores de 65 años debido a alteraciones en el tránsito intestinal, agravado en ocasiones por la inmovilidad, la polimedicación y el deterioro mental.
 - En algunas personas existe predisposición genética al estreñimiento.
 - Ciertos medicamentos (codeína en catarrros, analgésicos, sedantes, hierro oral y antidepresivos, entre otros) que provocan una disminución del peristaltismo intestinal, lo que también ocurre en enfermedades como la diabetes, el hipotiroidismo, la enfermedad de Parkinson y procesos naturales como la gestación.
 - Las enfermedades anorrectales: fisuras o hemorroides que causan defecación dolorosa, lleva a evitar todos los movimientos intestinales. La enfermedad del colon irritable, enfermedad diverticular u otras causas, incluyendo la ausencia de entrenamiento intestinal. También los viajes, el estrés o la depresión que se asocian a un almacenamiento prolongado de las heces en la porción final del colon.
 - La reducción del consumo de alimentos ricos en fibra (verduras, frutas, legumbres, cereales integrales, frutos y frutas secas) en la dieta cotidiana unida a una baja ingesta de líquidos que hace que las heces sean de pequeño volumen y muy duras.
- Por lo tanto, el tratamiento debe realizarse en función de la causa que origina el cuadro (tratamiento dietético, fomento de ejercicio físico, reeducación del hábito intestinal, pautas higiénicas y tratamiento con laxantes en casos específicos, etc.). En este contexto, la dieta juega un papel muy importante, no sólo en su prevención, sino también en su tratamiento y en la resolución de los síntomas. Esta debe incluir: Elevado consumo de fibra, que aumenta el bolo intestinal, estimula las terminaciones nerviosas de las paredes intestinales y estimula el peristaltismo. Este consumo de fibra debe ir acompañado de ingesta abundante de agua, para que pueda ser captada por la fibra e hinchar el bolo intestinal. Por último es importante tomar una cantidad de alimentos suficiente, ya que si se come poco, no se puede expulsar mucho.



14- PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO ADECUADO SIEMPRE QUE SEA POSIBLE

Mejora la Calidad y la Esperanza de vida:

- ☞ pérdida de masa muscular y ósea
- ☞ riesgo de enfermedad cardiovascular
- ☞ hipertensión arterial
- ☞ gasto energético
- ☞ mantiene activas las defensas





14- PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO ADECUADO SIEMPRE QUE SEA POSIBLE

Mejora la Calidad y la Esperanza de vida:

- pérdida de masa muscular y ósea
- riesgo de enfermedad cardiovascular
- hipertensión arterial
- gasto energético
- mantiene activas las defensas



TEXTO DIAPOSITIVA N.º 32: PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO ADECUADO SIEMPRE QUE SEA POSIBLE

La práctica regular de algún tipo de ejercicio físico, siempre que sea posible, mejora la calidad y la esperanza de vida: es decir; da vida a los años y da años a la vida.

Algunos de los múltiples efectos beneficiosos que el ejercicio físico tiene en el anciano son:

- Reduce la pérdida de masa muscular y ósea: en un anciano sedentario de unos 75 años, se produce una pérdida de masa muscular cercana al 70% respecto a cuando tenía 25 años, y se produce una pérdida de masa ósea del 60%. Sin embargo, en ancianos que hacen ejercicio físico de manera regular, estas pérdidas se reducen al 40% de masa muscular y 30% de masa ósea respecto a cuando tenía 25 años. La pérdida de masa ósea también se conoce como osteoporosis.
- Reduce el riesgo de padecer ECV: diversos estudios han demostrado que aquellas personas que practican ejercicio físico entre moderado y alto a lo largo de la vida, presentan entre 1,3 y 2 veces menos muertes por ECV que los sedentarios, y la esperanza de vida aumenta en 4,3 años.
- Reduce la HTA: ya que produce vasodilatación, sobre todo en los músculos que actúan durante el ejercicio. También reduce los niveles sanguíneos de colesterol.
- Aumenta el gasto energético desde dos puntos de vista. Por un lado, y como ya se ha comentado, el ejercicio físico reduce la pérdida de músculo, el cual es metabólicamente más activo que la grasa, es decir, gasta más energía. Si una persona tiene más músculo que otra, su metabolismo basal será mayor. Por otro lado, la realización de ejercicio físico consume más calorías que si no se realiza. Sumando ambos factores, la práctica regular de ejercicio físico aumenta el gasto energético, con todos los beneficios que conlleva (evita sobrepeso u obesidad, previene la osteoporosis, etc.).
- Los mayores sufren infecciones con mayor frecuencia que los jóvenes. Esto ocurre porque sus defensas (sistema inmune) son menores. El ejercicio físico combate esta pérdida, siempre que no sea un ejercicio vigoroso y extenuante. En este caso, produce el efecto contrario.



15- POSIBLES INTERACCIONES ENTRE NUTRIENTES Y FÁRMACOS

- ✘ **Los fármacos pueden**
 - interferir con la absorción, metabolismo y excreción de nutrientes
 - alterar el apetito y/o el sentido del gusto
- ✘ **Los alimentos pueden**
 - □, □ o retrasar la respuesta de un fármaco
 - originar efectos inesperados
- ✘ **Para evitar estas interacciones la persona mayor debe:**
 - evitar la automedicación
 - respetar dosis, frecuencia y duración del tratamiento establecido por su médico o farmacéutico





TEXTO DIAPOSITIVA N.º 33: POSIBLES INTERACCIONES ENTRE NUTRIENTES Y FÁRMACOS

15- POSIBLES INTERACCIONES ENTRE NUTRIENTES Y FÁRMACOS

- * **Los fármacos pueden**
 - interferir con la absorción, metabolismo y excreción de nutrientes
 - alterar el apetito y/o el sentido del gusto
- * **Los alimentos pueden**
 - □ □ o retrasar la respuesta de un fármaco
 - originar efectos inesperados
- * **Para evitar estas interacciones la persona mayor debe:**
 - evitar la automedicación
 - respetar dosis, frecuencia y duración del tratamiento establecido por su médico o farmacéutico



En una interacción entre nutrientes y fármacos, pueden aparecer 2 tipos de respuestas: farmacológica y/o nutricional

- * **Farmacológica:** supone la modificación de la respuesta esperada de un fármaco, aumentándola, disminuyéndola o retrasándola, y pudiendo originar efectos inesperados.

- * **Nutricional:** supone la modificación de la absorción, metabolismo y/o eliminación de nutrientes. También puede alterar el apetito, modificar el sentido del gusto o incluso provocar un aumento de peso como efecto secundario.

Este tipo de interacciones, en principio son las mismas en los mayores y en el resto de población. Sin embargo, la frecuencia de aparición es mayor entre los mayores ya que:

- reciben más cantidad de medicamentos
- tienen más errores en su administración
- los mayores pueden tener disminuida o retardada su capacidad absorbente, metabólica y excretora, tanto de nutrientes como de medicamentos
- el estado nutricional puede no ser el óptimo: tanto la desnutrición como la obesidad pueden interferir en la respuesta del fármaco.

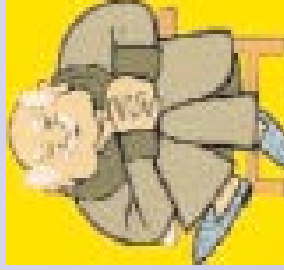
Para evitar estas interacciones la persona mayor debe:

- 1- Evitar la automedicación: no se deben tomar nunca medicamentos porque nos lo aconseje la vecina o el compañero de casa, porque un día el médico se lo prescribió cuando le pasaba algo parecido. Medicamentos buenos para unas personas pueden resultar muy perjudiciales para otras.
- 2- Respetar dosis, frecuencia y duración del tratamiento establecido por su médico o farmacéutico. Para ello es fundamental entender perfectamente las explicaciones que nos dé el facultativo, preguntando tantas veces como sea necesario. Después y antes de que se nos olvide, resulta muy útil hacer un esquema de los medicamentos que se deben tomar y cuándo (antes, durante o después de las comidas), de forma que se entienda con claridad.



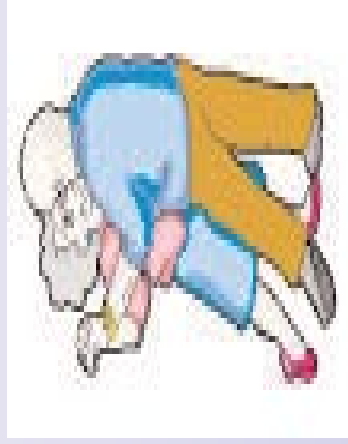
CONCLUSIÓN FINAL

LA DIETA Y EL ESTADO NUTRICIONAL,
EJERCEN UNA GRAN INFLUENCIA EN LA
PREVENCIÓN Y/O TRATAMIENTO DE
DIVERSAS ENFERMEDADES QUE
AFECTAN A LAS PERSONAS MAYORES





MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN



¿PREGUNTAS?



PATROCINADORES



NUTRICIA



GUÍA PARA COMPLETAR EL MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

PRESENTACIÓN

El cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) es una herramienta de asesoramiento que puede utilizarse para identificar pacientes mayores con riesgo de desnutrición, o lo que es lo mismo, con riesgo de malnutrición por defecto, pero no establece diferencias entre los pacientes con un estado nutricional normal y aquellos que padecen malnutrición por exceso, es decir, sobrepeso u obesidad. Por esta razón, esta guía incluye en la última parte un documento de derivación al médico tanto en el caso de identificar desnutrición como en el caso de detectar obesidad.

El objetivo de la presente guía es asesorar al farmacéutico para completar el cuestionario de manera precisa, con objeto de que los resultados obtenidos sean representativos y comparables entre todos los participantes. Cada cuestión viene comentada incluyendo una pequeña descripción de la valoración y su interpretación.

Dentro de esta III campaña de PLAN DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL POR EL FARMACÉUTICO, se pretende recoger información sobre la situación nutricional de 40.000 personas mayores de 65 años, para valorar posteriormente y de manera automática el porcentaje de población que se encuentra tanto en una situación de riesgo de desnutrición como en situación de desnutrición clara.

Para ello se ha adoptado el cuestionario MNA con objeto de controlar todas las variables de interés y computar electrónicamente las 40.000 encuestas.

Una vez recibidas todas las encuestas debidamente cumplimentadas, el Instituto de Ciencias de la Alimentación de la Universidad de Navarra (ICAUN) se encargará del vaciado y procesado de los datos obtenidos.

Se estima que, cada farmacéutico participante debe realizar entre 16-20 encuestas, las cuales deberá remitir a la Vocalía de Alimentación de su Colegio Provincial, que serán quienes se encarguen de centralizar tanto la entrega de las planillas vacías como la recogida de dichas planillas debidamente cumplimentadas. Una vez recogidas todas las encuestas originales de cada provincia, éstas serán enviadas a ICAUN para su posterior lectura e interpretación.

Una vez obtenidos todos los resultados, se remitirán al Consejo General de Farmacéuticos quien, en coordinación con la Vocalía Nacional de Alimentación, hará la presentación de los resultados obtenidos a los medios de comunicación, a nivel nacional.

Importante: para evitar la posible pérdida definitiva de información por extravíos u otros motivos, se ruega que cada farmacéutico participante se quede una fotocopia de cada encuesta debidamente cumplimentada, antes de remitir los originales a su COF provincial.

INTRODUCCIÓN

La prevención y tratamiento de la malnutrición es uno de los principales objetivos de la nutrición. Un diagnóstico precoz es esencial para poder iniciar el tratamiento lo antes posible y poder disfrutar de un mejor estado de salud durante más tiempo. No sólo se trata de dar años a la vida sino de dar vida a los años.

Existen multitud de trabajos que demuestran las repercusiones negativas que un estado de malnutrición puede tener sobre la salud de personas mayores. Investigaciones recientes han demostrado que pacientes que ingresan en un hospital con un estado de malnutrición tienen estancias hospitalarias más largas, experimentan más complicaciones y presentan mayor riesgo de morbi-mortalidad que aquellos pacientes con la misma enfermedad pero que ingresan con un buen estado nutricional. Esto explica el marcado enfoque sobre desnutrición que se puede encontrar en el Mini Nutritional Assessment.

Queda por tanto de manifiesto, la importancia de disponer de herramientas internacionalmente aceptadas por la comunidad científica, que contribuyan a una correcta evaluación del estado nutritivo de los mayores, de una manera rápida, económica y sencilla, sin necesidad de utilizar equipos sofisticados.

En este sentido, el MNA es un instrumento validado y diseñado específicamente para realizar una rápida y efectiva evaluación nutricional de la población geriátrica que vive integrada en la comunidad, residente en una institución geriátrica o que se encuentra ingresada en un hospital, por parte de un profesional de la salud. El MNA se puede completar en menos de 15 minutos.

Las variables que se estudian en el MNA se agrupan en cuatro apartados:

- Parámetros e índices antropométricos: índice de masa corporal, pérdida de peso, perímetro braquial y perímetro de la pantorrilla.
- Evaluación global: cuestiones referentes al estilo de vida, movilidad y medicación.
- Parámetros dietéticos: preguntas sobre el tipo de dieta y líquidos ingeridos, número de comidas y autonomía en la alimentación.
- Valoración subjetiva: percepción personal de la persona encuestada sobre nutrición y salud.

El cuestionario consta de 18 preguntas. Cada pregunta tiene diferentes posibles respuestas con una valoración determinada. Sumando los puntos correspondientes a cada respuesta se hará una valoración del estado nutricional del anciano. Su puntuación máxima es 30.

La valoración nutricional de personas mayores mediante el MNA ha sido validada en más de 600 pacientes mediante tres estudios: Toulouse 1991 (para probarlo), Toulouse 1993 (para validarlo) y Albuquerque 1993 (para validarlo en un contexto cultural diferente).

A partir de este cuestionario, se desarrolló una versión reducida, basada en estudios posteriores, que identificaron 6 preguntas clave, de las 18 que forman el MNA, que se correlacionan estrechamente con la valoración nutricional convencional. Este conjunto de 6 preguntas, tiene una sensibilidad del 97,9%, una especificidad del 100% y una precisión del 98,7% para predecir desnutrición.

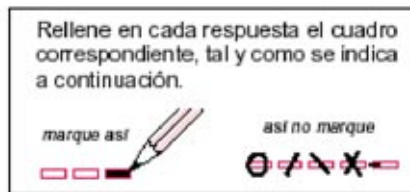
De esta manera, actualmente existe la posibilidad de realizar el MNA en dos partes: una primera que recoge las 6 preguntas seleccionadas para la versión reducida, y una segunda con las 12 preguntas restantes para los casos en los que la versión reducida no descarte un estado nutricional en riesgo de sufrir desnutrición.

Aunque la encuesta del MNA entregada en esta campaña incluye tanto la versión reducida como la completa, se considera extremadamente interesante cumplimentar las 18 preguntas del cuestionario en todos los casos.

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO

Utilizar lápiz preferentemente para rellenar el cuestionario de lectura óptica. En su defecto se puede utilizar bolígrafo negro o azul, pero en ningún caso utilizar bolígrafo rojo o verde.

Debe marcar la opción correcta, únicamente una, en el recuadro correspondiente, tal y como se muestra en el ejemplo. No debe salirse del recuadro destinado para marcar la respuesta.



En caso de equivocación debe eliminar el error con tinta blanca correctora y en ningún caso tachándolo.

No arrugar ni manchar la hoja de respuestas. Le rogamos que envíe la plantilla original (no son válidas las fotocopias ni los faxes)

Procure no dejar huecos en blanco. Es preferible tener respuestas aproximadas antes que preguntas sin respuesta.

Recuerde que debe guardar para su archivo una fotocopia de cada encuesta y enviar las originales al COF provincial correspondiente.

Si tiene algún comentario o sugerencia, por favor adjúntelo en hoja aparte. Se lo agradeceremos y los estudiaremos con atención.

DATOS INICIALES

EDAD, CÓDIGO POSTAL, PESO Y TALLA: rellenar primero los dígitos en la parte izquierda de la ventana correspondiente, y después marcar el recuadro debajo de cada uno de los números que componen la cifra escrita.

Por ejemplo, para un señor mayor de 72 años, que pesa 63 kilos, mide 1,65 metros y su código postal es 31008, debe rellenarse de la siguiente forma:

Edad

7	Más de 99								
2									

Peso (Kg)

0									
6									
3									

Código Postal

3									
1									
0									
0									
8									

Talla (cms)

1									
6									
5									

SEXO: únicamente marcar el recuadro correspondiente al sexo

Sexo: Hombre Mujer

El PESO se debe medir en una báscula de precisión, sin zapatos y con ropa ligera. La posición más adecuada consiste en colocar al individuo en el centro de la báscula en posición erecta y de espaldas al registro de la medida, sin que el cuerpo esté en contacto con nada que tenga alrededor.

Cuidado en aquellos casos, que serán la mayoría, en los que el peso sea menor de 100 kilos! Se debe poner un "0" en la primera fila (como primer dígito) y a continuación el peso de dos cifras, tal y como muestra la figura anterior. Los valores deben expresarse en kilos.

La TALLA se debe medir en un estadiómetro o tallímetro y sin zapatos. El individuo debe permanecer de pie, con los talones juntos formando un ángulo de 45 grados, glúteos, espalda y región occipital en contacto con el plano vertical del tallímetro, y con el conducto auditivo y la parte inferior de la órbita del ojo en el mismo plano horizontal. Debe expresarse en centímetros.

Si el anciano no puede mantenerse de pie, puede calcularse la talla de forma indirecta, a partir de la altura talón-rodilla. Para ello se utiliza la fórmula de Chumlea:

$$\begin{aligned} \text{Talla (mujeres)} &= (1,83 * \text{TR}) - (0,24 * \text{E}) + 84,88 \\ \text{Talla (varones)} &= (2,02 * \text{TR}) - (0,04 * \text{E}) + 64,19 \end{aligned}$$

Donde: TR es la altura talón-rodilla, medida en centímetros
E es la edad, medida en años

La altura talón-rodilla es la distancia que separa el hueso lateral de la rodilla y el hueso del tobillo.

El dato de la talla se expresa en centímetros.

PREGUNTAS DE LA 1ª PARTE DEL MNA COMENTADAS UNA A UNA

Pregunta nº 1: ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos tres meses?

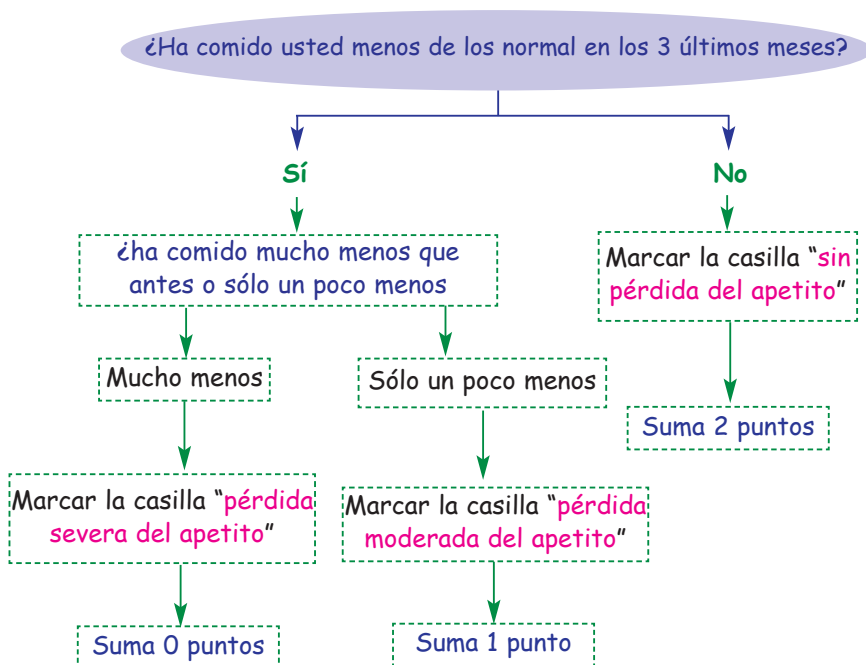
Pregunta englobada dentro del apartado de "Valoración Subjetiva" que la persona mayor hace sobre sí misma. Se centra en conocer si el encuestado ha percibido un descenso de su ingesta de alimentos en los últimos tres meses, por cualquier motivo: falta de apetito, problemas digestivos, de masticación, deglución, etc. Se nombran estos por ser comunes en el colectivo de personas mayores, pero es válido cualquier otro motivo que, aunque no aparezca explícito en la pregunta, conlleve a una menor ingesta de alimentos.

En personas que hayan mostrado un descenso importante de su ingesta en los últimos tres meses, debe marcarse la casilla correspondiente a "Pérdida severa del apetito", cuyo valor es 0; es decir no sumaría puntos para la puntuación de la primera parte del cuestionario.

En aquellos encuestados que hayan mostrado un descenso moderado de su ingesta en los últimos tres meses, debe marcarse la casilla correspondiente a "Pérdida moderada del apetito", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación de la primera parte del cuestionario es 1.

Si el encuestado revela no haber tenido un descenso en su ingesta de alimentos en los últimos tres meses debe marcarse la casilla "Sin pérdida del apetito", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación es 2.

Para obtener la respuesta más precisa, el farmacéutico puede guiarse del siguiente algoritmo de decisión en función de lo que la persona mayor vaya contestando:



Pregunta nº 2: "Pérdida reciente de peso (<3 meses)"

Esta cuestión podría englobarse dentro del apartado "Índices Antropométricos" aunque tiene un importante componente subjetivo, ya que se pregunta por una apreciación personal de la persona mayor encuestada.

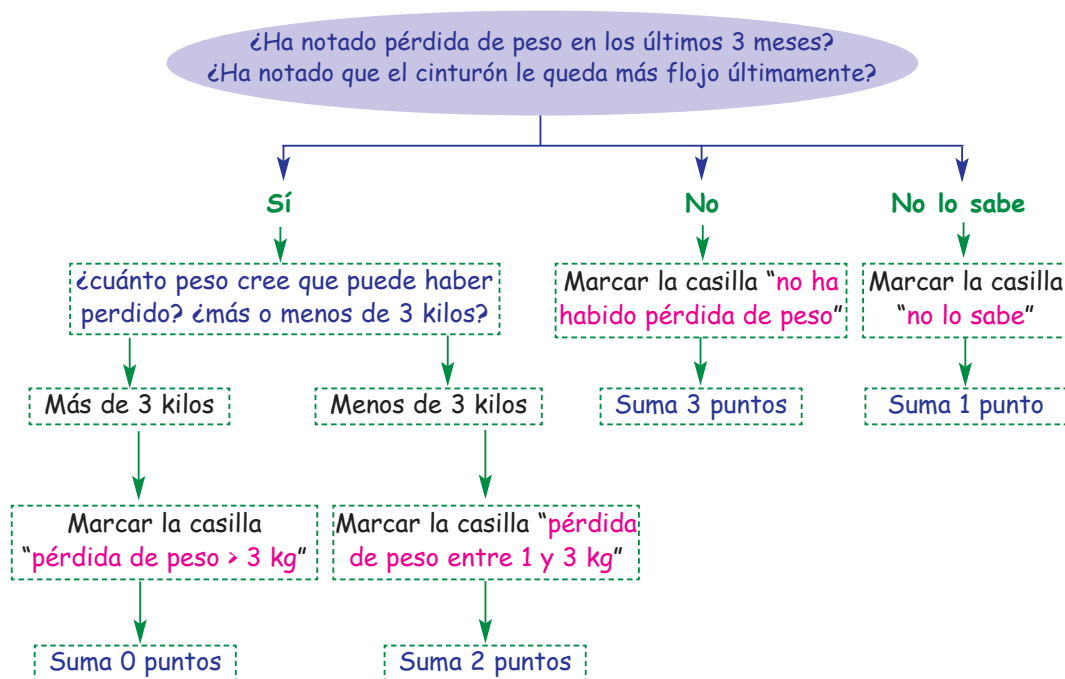
En personas que hayan mostrado un descenso importante de peso en los últimos tres meses, debe marcarse la casilla correspondiente a "Pérdida de peso > 3 kg", cuyo valor es 0; es decir no sumaría puntos para la puntuación de la primera parte del cuestionario.

En aquellos encuestados que hayan detectado un descenso moderado de su peso en los últimos tres meses, debe marcarse la casilla correspondiente a "Pérdida de peso entre 1 y 3 kg", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación de la primera parte del cuestionario es 2.

Si el encuestado revela no haber tenido un descenso en su peso en los últimos tres meses o incluso haber aumentado de peso, debe marcarse la casilla "No ha habido pérdida de peso", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación de la primera parte del cuestionario es 3.

En el caso de que el encuestado no sepa contestar esta pregunta, debe marcarse la casilla correspondiente a "No lo sabe", cuyo valor es 1.

Como ayuda para que el farmacéutico pueda obtener la respuesta más precisa, se propone el siguiente algoritmo de decisión:



Pregunta N° 3: "Movilidad"

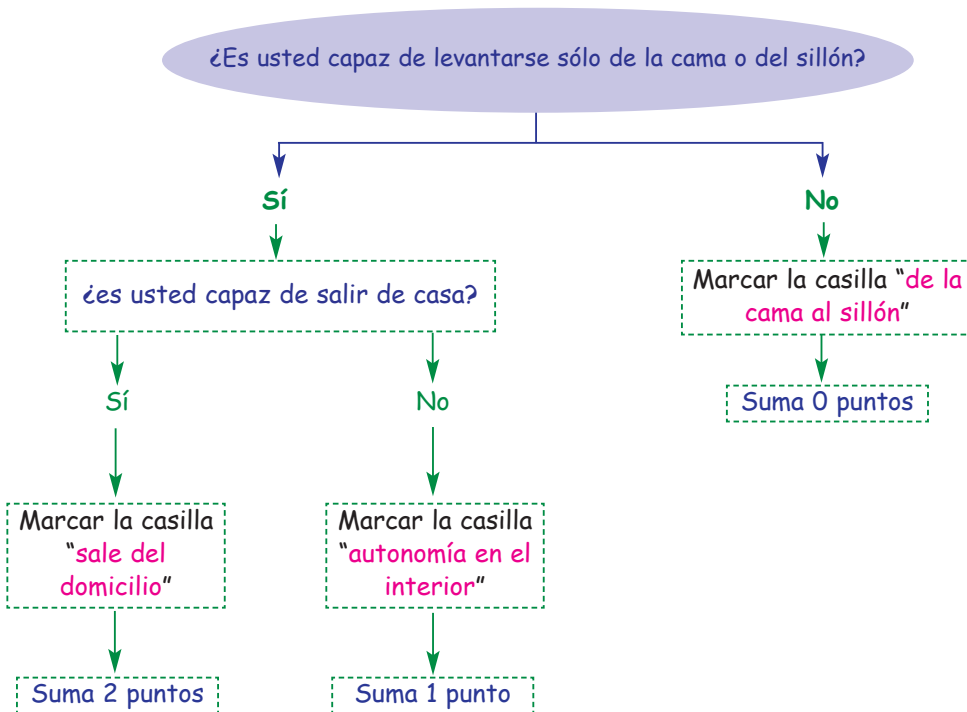
Dentro de la valoración global del estado nutricional de los mayores, se incluye el grado de movilidad y capacidad de desplazamiento del anciano.

En personas que no salgan del domicilio habitualmente porque no pueden desplazarse de forma autónoma, debe marcarse la casilla correspondiente a "De la cama al sillón", cuyo valor es 0; es decir no sumaría puntos para la puntuación de la primera parte del cuestionario.

En aquellos encuestados que no salgan del domicilio con frecuencia por dificultades al desplazarse, pero mantengan una autonomía en su residencia habitual, debe marcarse la casilla correspondiente a "Autonomía en el interior", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación de la primera parte del cuestionario es 1.

Si el encuestado revela salir del domicilio habitualmente y desplazarse sin dificultad, debe marcarse la casilla correspondiente a "Sale del domicilio", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación de la primera parte del cuestionario es 2.

Para contestar esta cuestión se puede recurrir al siguiente algoritmo de decisión:



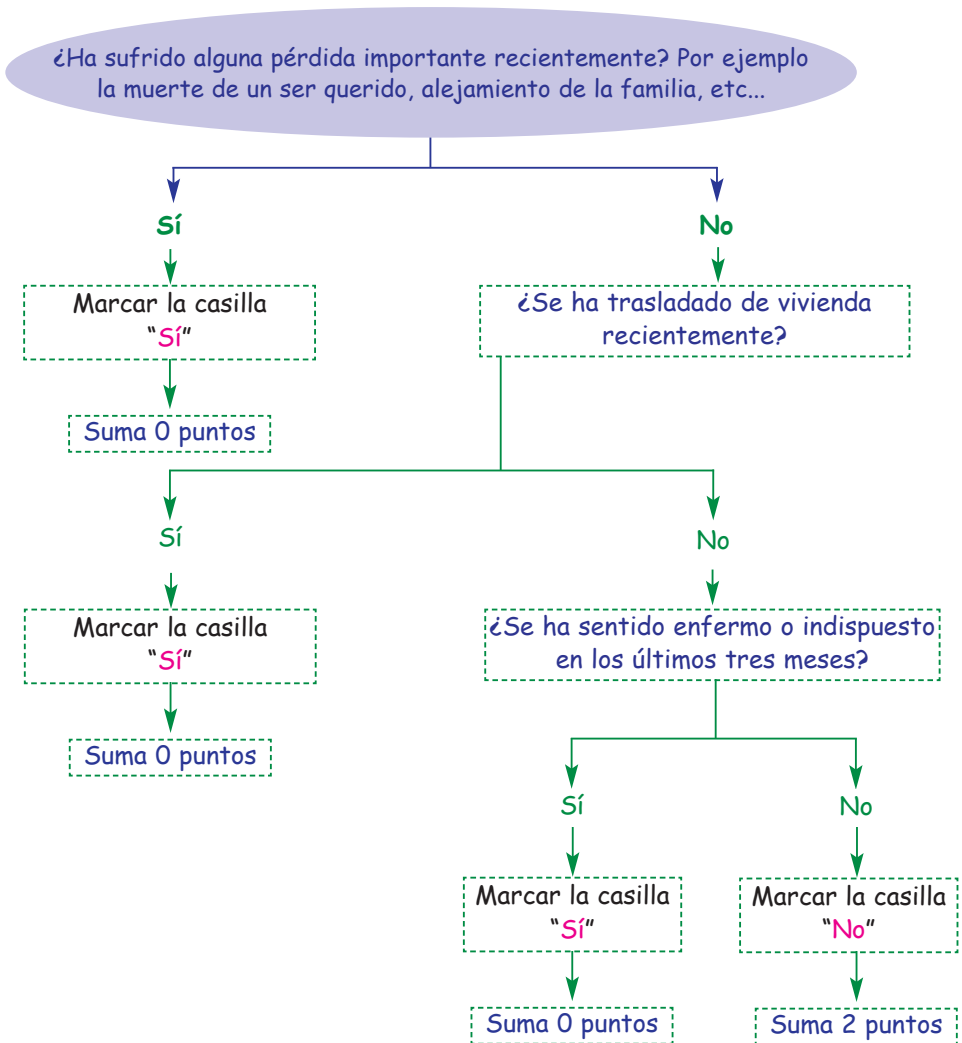
Pregunta N° 4: "¿Ha tenido alguna enfermedad ayuda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?"

Pregunta incluida dentro de la valoración global del estado nutricional de los mayores.

En personas que hayan tenido alguna enfermedad aguda, importante, intervención quirúrgica o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses, debe marcarse la casilla correspondiente a "Sí", cuyo valor es 0; es decir no sumaría puntos para la puntuación de la primera parte del cuestionario.

En aquellos encuestados que no hayan sufrido ninguna enfermedad aguda, importante, intervención quirúrgica o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses, debe marcarse la casilla correspondiente a "No", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación de la primera parte del cuestionario es 2.

Para contestar esta cuestión se puede recurrir al siguiente algoritmo de decisión:



Notas:

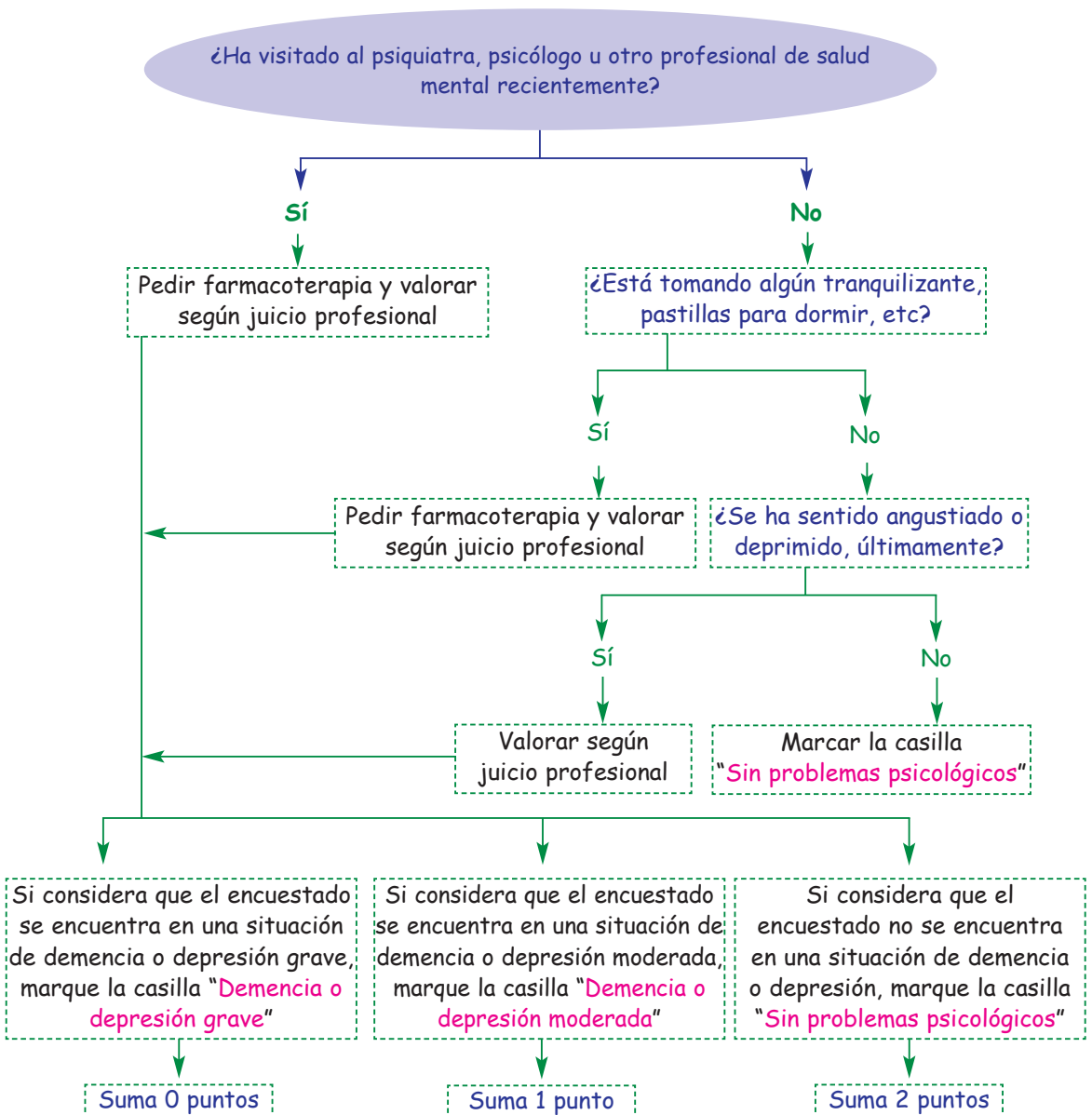
- Si el paciente muestra un estado claro de estrés, nerviosismo o enfermedad importante marcar la casilla "SÍ", aunque manifieste lo contrario.
- Si se dispone de la farmacología que sigue el paciente conviene revisarla ya que puede ser de gran ayuda.
- Situaciones como gripes, resfriados, catarros o estados febriles se consideraran enfermedades agudas para marcar la casilla "SÍ".

Pregunta N° 5: "Problemas neuropsicológicos"

Pregunta bastante subjetiva tanto por parte del encuestado como por parte del farmacéutico, quien en ocasiones deberá hacer uso de su juicio profesional.

Para contestar esta cuestión se puede preguntar al paciente si ha visitado alguna vez al médico/psiquiatra, cuándo ha sido la última vez y, en caso afirmativo, pedirle la farmacología prescrita actualmente. Antidepresivos, tranquilizantes, ansiolíticos u otros medicamentos relacionados con el Sistema Nervioso Central dan una idea de la problemas neuropsicológicos que pueda haber.

Para contestar esta cuestión se puede recurrir al siguiente algoritmo de decisión:



Nota: si el paciente se muestra severamente confundido contestando el presente cuestionario, éste debería revisarse, por mayor seguridad, con el cuidador del mismo. Alguna indicación sobre el estado mental del paciente puede obtenerse de algún informe médico del que disponga.

Pregunta N° 6: "Índice de Masa Corporal $IMC = (\text{peso en kg}) / (\text{altura en m})^2$ "

El Índice de Masa Corporal (IMC), también llamado Índice de Quetelet (IQ) o Body Mass Index (BMI) se emplea como índice y no como peso ideal.

La facilidad para calcular este índice y la buena correlación que tiene con el porcentaje de tejido adiposo, han hecho que se haya adoptado internacionalmente como medida de la obesidad en estudios epidemiológicos. Sin embargo, aunque es independiente del sexo, tiende a variar con la edad, por lo que hay autores que en personas mayores consideran normal un IMC entre 22 y 27 Kg/m^2 (incluso algunos establecen la normalidad entre 24 y 29 Kg/m^2).

Se obtiene tras el siguiente cálculo matemático:

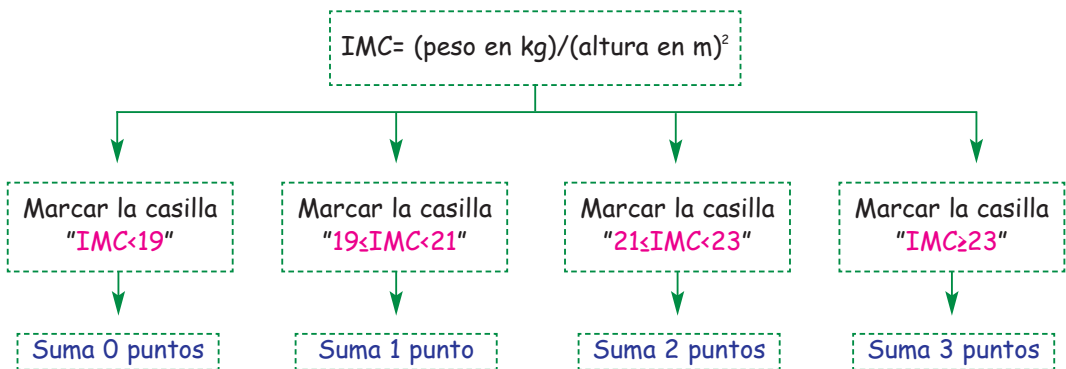
$$IMC = (\text{peso en kg}) / (\text{altura en m})^2$$

Por ejemplo, para un paciente que mide 1,65 metros y pesa 60 kilos, su IMC es:

$$IMC = 60 / (1,65)^2 = 22$$

Este valor de 22 supone marcar la casilla correspondiente a valor 2, que engloba los valores de $IMC = 21$ ó 22 .

El algoritmo de decisión a seguir en esta pregunta es el siguiente:



Se recomienda medir, siempre que sea posible, el peso y la talla del encuestado, evitando así errores de memoria o poca precisión en los valores referidos.

Otro método para conocer el IMC del paciente, evitando el cálculo anterior, consiste en utilizar la siguiente tabla:

IMC (kg/m ²)	16	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	35	40
TALLA (cm)	PESO															
140	31,4	35,3	37,2	39,2	41,2	43,1	45,1	47,0	49,0	51,0	52,9	54,9	56,8	58,8	68,6	78,4
142	32,3	36,3	38,3	40,3	42,3	44,4	46,4	48,4	50,4	52,4	54,4	56,5	58,5	60,5	70,6	80,7
144	33,2	37,3	39,4	41,5	43,5	45,6	47,7	49,8	51,8	53,9	56,0	58,1	60,1	62,2	72,6	82,9
146	34,1	38,4	40,5	42,6	44,8	46,9	49,0	51,2	53,3	55,4	57,6	59,7	61,8	63,9	74,6	85,3
148	35,0	39,4	41,6	43,8	46,0	48,2	50,4	52,6	54,8	57,0	59,1	61,3	63,5	65,7	76,7	87,6
150	36,0	40,5	42,8	45,0	47,3	49,5	51,8	54,0	56,3	58,5	60,8	63,0	65,3	67,5	78,8	90,0
152	37,0	41,6	43,9	46,2	48,5	50,8	53,1	55,4	57,8	60,1	62,4	64,7	67,0	69,3	80,9	92,4
154	37,9	42,7	45,1	47,4	49,8	52,2	54,5	56,9	59,3	61,7	64,0	66,4	68,8	71,1	83,0	94,9
156	38,9	43,8	46,2	48,7	51,1	53,5	56,0	58,4	60,8	63,3	65,7	68,1	70,6	73,0	85,2	97,3
158	39,9	44,9	47,4	49,9	52,4	54,9	57,4	59,9	62,4	64,9	67,4	69,9	72,4	74,9	87,4	99,9
160	41,0	46,1	48,6	51,2	53,8	56,3	58,9	61,4	64,0	66,6	69,1	71,7	74,2	76,8	89,6	102,4
162	42,0	47,2	49,9	52,5	55,1	57,7	60,4	63,0	65,6	68,2	70,9	73,5	76,1	78,7	91,9	105,0
164	43,0	48,4	51,1	53,8	56,5	59,2	61,9	64,6	67,2	69,9	72,6	75,3	78,0	80,7	94,1	107,6
166	44,1	49,6	52,4	55,1	57,9	60,6	63,4	66,1	68,9	71,6	74,4	77,2	79,9	82,7	96,4	110,2
168	45,2	50,8	53,6	56,4	59,3	62,1	64,9	67,7	70,6	73,4	76,2	79,0	81,8	84,7	98,8	112,9
170	46,2	52,0	54,9	57,8	60,7	63,6	66,5	69,4	72,3	75,1	78,0	80,9	83,8	86,7	101,2	115,6
172	47,3	53,3	56,2	59,2	62,1	65,1	68,0	71,0	74,0	76,9	79,9	82,8	85,8	88,8	103,5	118,3
174	48,4	54,5	57,5	60,6	63,6	66,6	69,6	72,7	75,7	78,7	81,7	84,8	87,8	90,8	106,0	121,1
176	49,6	55,8	58,9	62,0	65,0	68,1	71,2	74,3	77,4	80,5	83,6	86,7	89,8	92,9	108,4	123,9
178	50,7	57,0	60,2	63,4	66,5	69,7	72,9	76,0	79,2	82,4	85,5	88,7	91,9	95,1	110,9	126,7
180	51,8	58,3	61,6	64,8	68,0	71,3	74,5	77,8	81,0	84,2	87,5	90,7	94,0	97,2	113,4	129,6
182	53,0	59,6	62,9	66,2	69,6	72,9	76,2	79,5	82,8	86,1	89,4	92,7	96,1	99,4	115,9	132,5
184	54,2	60,9	64,3	67,7	71,1	74,5	77,9	81,3	84,6	88,0	91,4	94,8	98,2	101,6	118,5	135,4
186	55,4	62,3	65,7	69,2	72,7	76,1	79,6	83,0	86,5	89,9	93,4	96,9	100,3	103,8	121,1	138,4
188	56,6	63,6	67,2	70,7	74,2	77,8	81,3	84,8	88,4	91,9	95,4	99,0	102,5	106,0	123,7	141,4
190	57,8	65,0	68,6	72,2	75,8	79,4	83,0	86,6	90,3	93,9	97,5	101,1	104,7	108,3	126,4	144,4
192	59,0	66,4	70,0	73,7	77,4	81,1	84,8	88,5	92,2	95,8	99,5	103,2	106,9	110,6	129,0	147,5
194	60,2	67,7	71,5	75,3	79,0	82,8	86,6	90,3	94,1	97,9	101,6	105,4	109,1	112,9	131,7	150,5
196	61,5	69,1	73,0	76,8	80,7	84,5	88,4	92,2	96,0	99,9	103,7	107,6	111,4	115,2	134,5	153,7
198	62,7	70,6	74,5	78,4	82,3	86,2	90,2	94,1	98,0	101,9	105,9	109,8	113,7	117,6	137,2	156,8
200	64,0	72,0	76,0	80,0	84,0	88,0	92,0	96,0	100,0	104,0	108,0	112,0	116,0	120,0	140,0	160,0
IMC (kg/m ²)	16	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	35	40

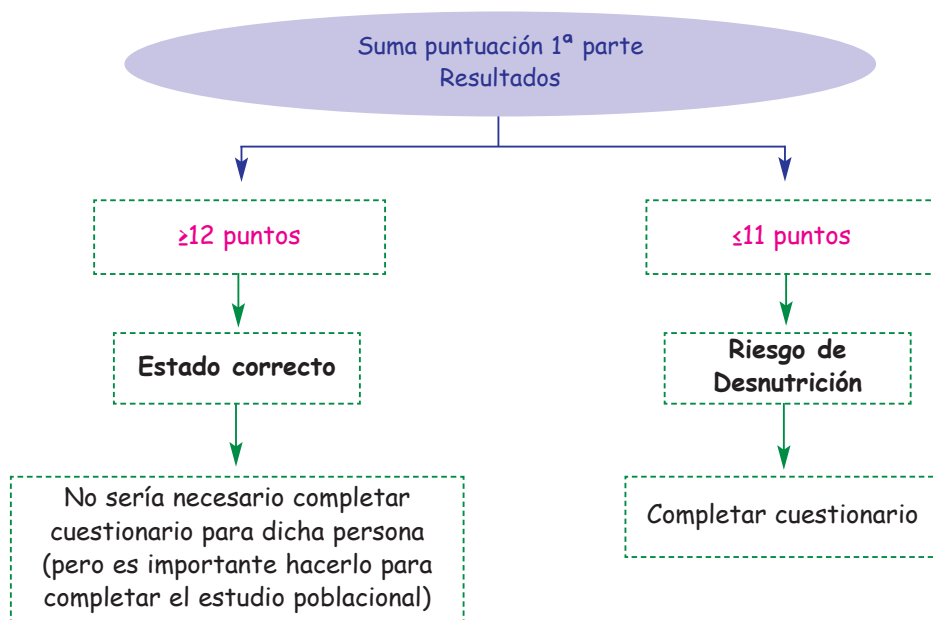
Para ello debe localizar en la primera columna la talla más cercana a la del paciente, y en la fila que corresponda localizar el peso más cercano al real. Una vez localizado, se efectúa la lectura del IMC (aproximado si la talla y peso escogido no eran exactos) en la parte superior o inferior de la tabla.

EVALUACIÓN DEL CRIBADO (1ª PARTE)

Una vez completadas las seis preguntas de la primera parte del cuestionario, también llamado "sección de cribado", hay que sumar la puntuación total obtenida en función de las opciones marcadas.

Si el resultado es 12, 13 ó 14, el encuestado no está en riesgo de sufrir desnutrición. Aunque en teoría no es necesario completar el resto del cuestionario se considera muy importante hacerlo, para los resultados de la campaña.

Si el resultado es 11 o menos, el encuestado puede estar en riesgo de sufrir desnutrición, por lo que debe completarse necesariamente el resto del cuestionario (las 12 preguntas de la 2ª parte)



PREGUNTAS DE LA 2ª PARTE DEL MNA COMENTADAS UNA A UNA

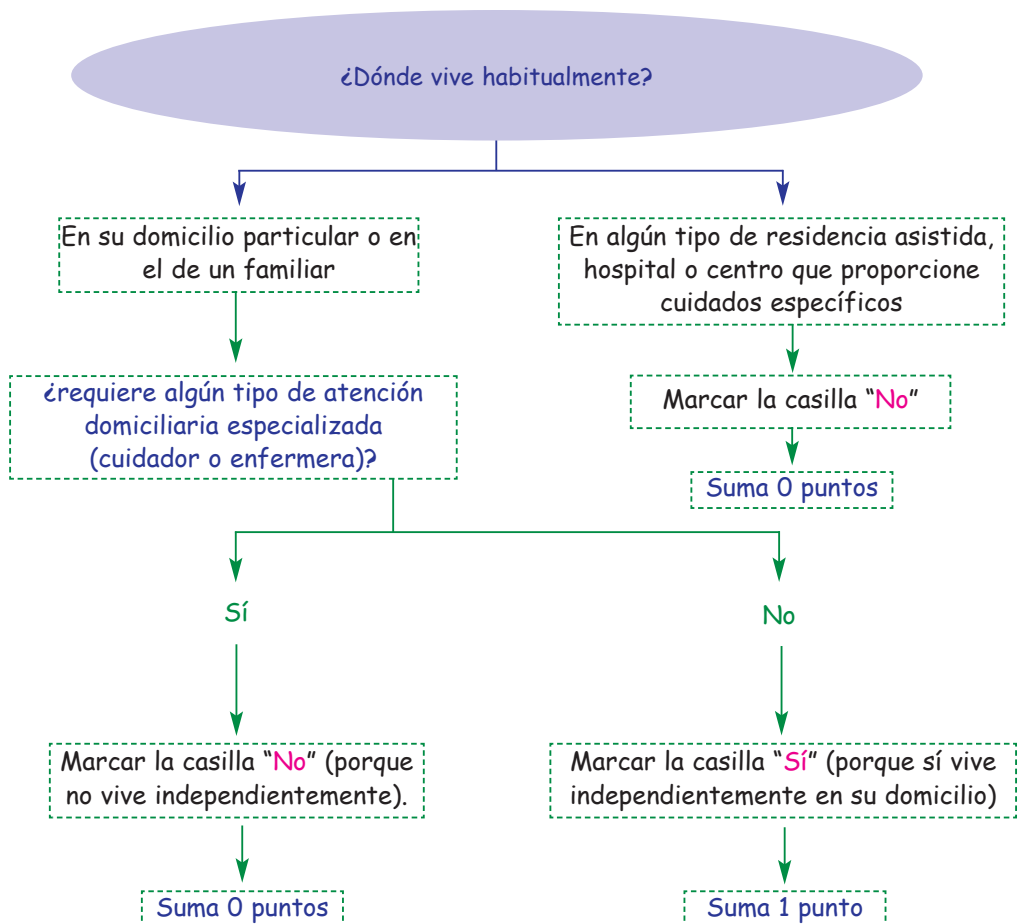
Pregunta N° 7: "¿El paciente vive independientemente en su domicilio?"

Esta pregunta hace referencia al estilo de vida del encuestado en condiciones normales.

Si el encuestado vive en su domicilio particular o en el de un familiar, sin requerir ningún tipo de atención domiciliar especializada (cuidador o enfermera), se debe marcar la casilla "Sí", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación final del cuestionario es 1.

Si el encuestado vive en algún tipo de residencia asistida, hospital o centro que proporcione cuidados específicos, debe marcar la casilla "No", cuyo valor es 0; es decir no sumaría puntos para la puntuación final del cuestionario.

Puede utilizarse el siguiente algoritmo de decisión:



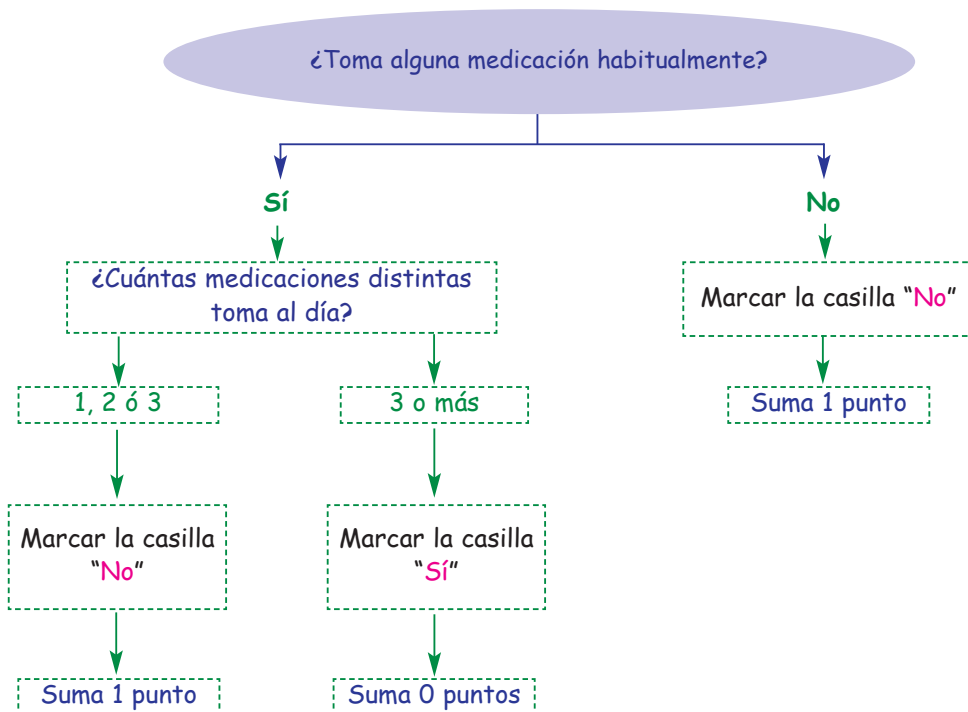
Pregunta N° 8: "¿Toma más de tres medicaciones al día?"

Pregunta incluida dentro de la valoración global del estado nutricional de los mayores. El colectivo de personas mayores recibe una cantidad importante de medicamentos, muchos de los cuales pueden tener una relación directa con la alimentación y el estado nutricional: aumenta o disminuye la absorción de nutrientes, efectos secundarios como aumento de peso, conveniencia de la toma de medicaciones dentro o fuera de las comidas, etc.

En este cuestionario, una medicación equivale a una prescripción médica, independientemente de la frecuencia y dosis en la que se haya indicado. De esta manera, en aquellos casos en los que:

- no se tome ninguna medicación se debe marcar la casilla "No", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación final del cuestionario es 1.
- se tome una, dos o tres medicaciones diarias, se debe marcar la casilla "No", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación final del cuestionario es 1.
- se tome más de tres medicaciones diarias, se debe marcar la casilla "Sí", cuyo valor es 0; es decir no sumaría puntos para la puntuación final del cuestionario.

Puede utilizarse el siguiente algoritmo de decisión:



Se incluyen como medicación las plantas medicinales, las EFPs y la medicación OTC

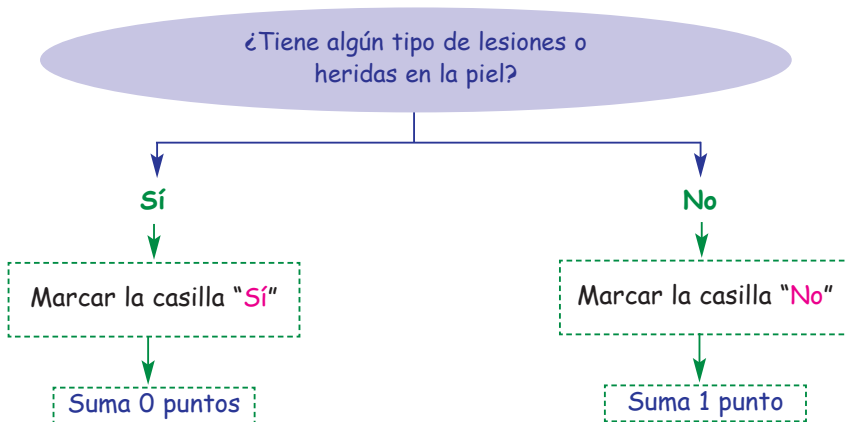
Pregunta N° 9: "¿Úlceras o lesiones cutáneas?"

La piel es una parte del cuerpo con alta capacidad de regeneración en condiciones normales, por lo que puede evidenciar signos tempranos de desnutrición, en cualquier parte del cuerpo, que pueden ser detectados en una rápida exploración física. Las zonas que requieren una atención más especial son la lengua, las encías, los labios, los ojos, incluso el pelo o las uñas.

Por esta razón las lesiones cutáneas tienen una alta incidencia en pacientes desnutridos.

También se debe preguntar al anciano o cuidador, si tiene úlceras por presión, es decir, necrosis de la piel y de los tejidos subyacentes producida cuando una presión mantenida entre la protuberancia ósea y una superficie dura provoca un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel. Estas lesiones tienen una incidencia alta, sobre todo en el anciano inmovilizado (encamado, en silla de ruedas...). Las zonas que requieren una atención más especial son las zonas con prominencias óseas: talones, codos, coxis, etc. Puede llegar al 25% de los pacientes geriátricos ingresados. Se considera que situaciones de desnutrición, hipoproteïnemia, deshidratación o anemia predisponen a su aparición.

Puede utilizarse el siguiente algoritmo de decisión:

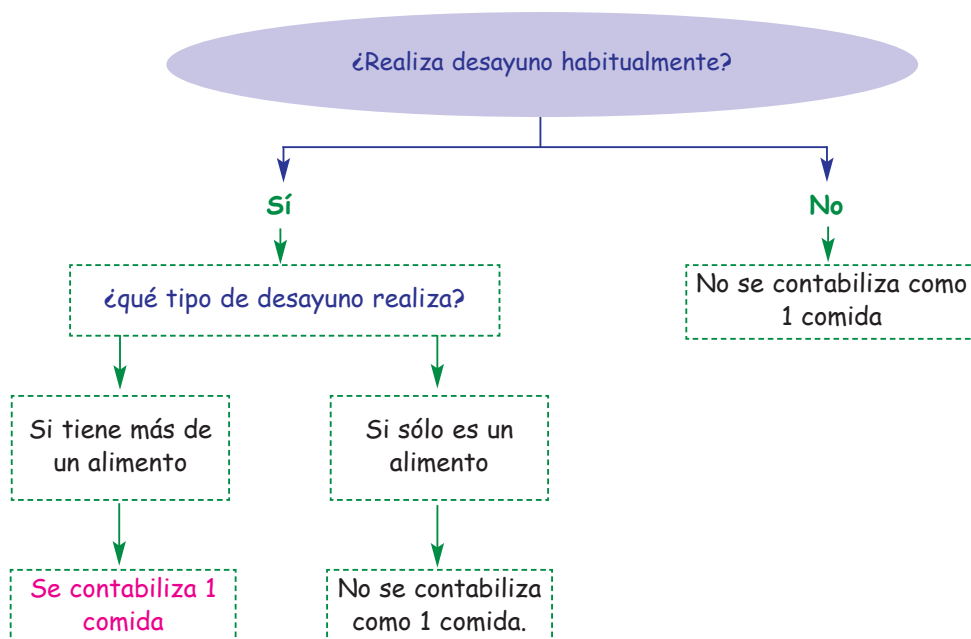


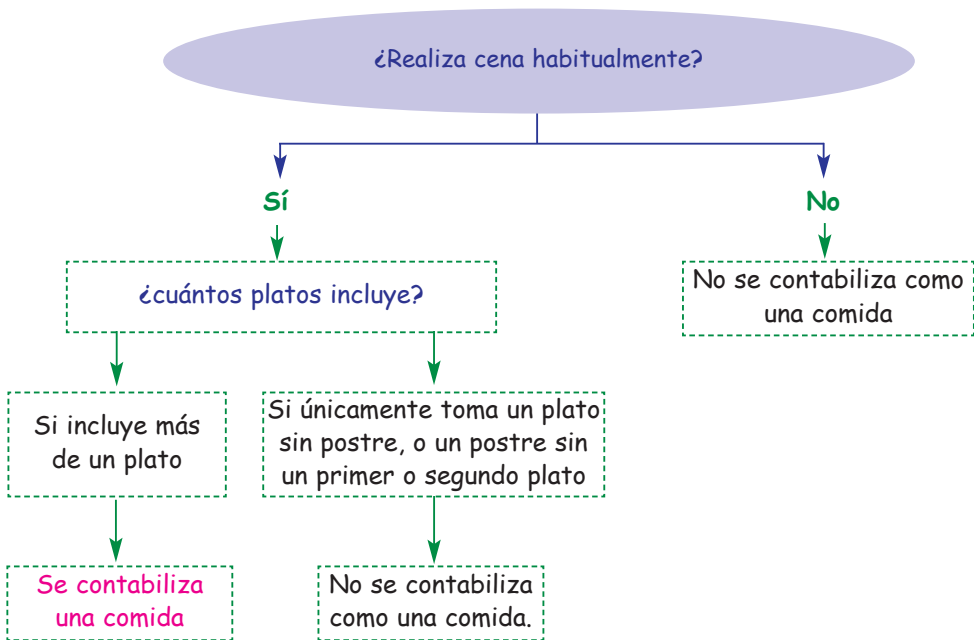
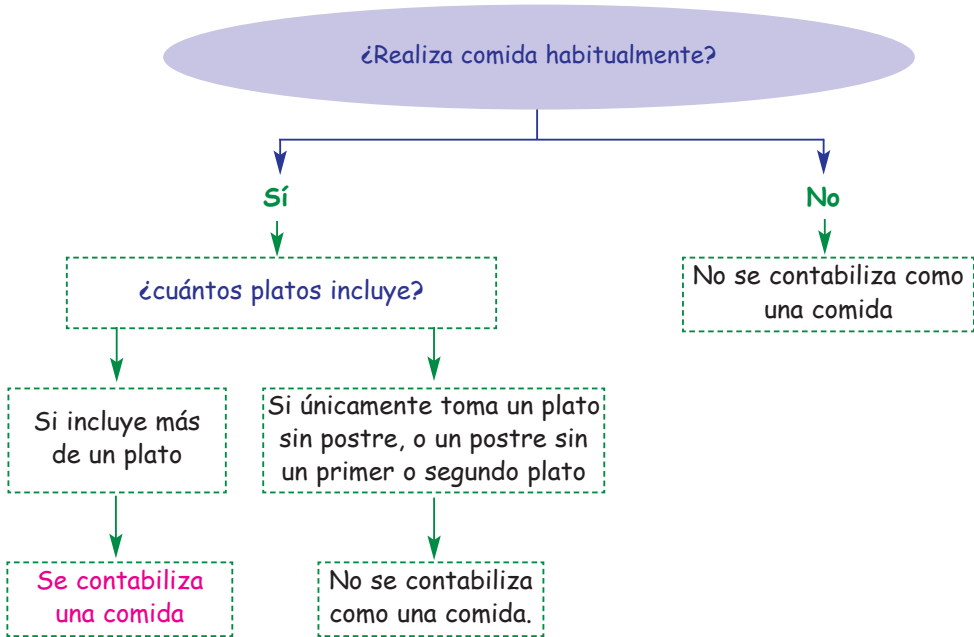
Pregunta N° 10: "¿Cuántas comidas completas toma al día?"

Esta cuestión se refiere a las comidas tradicionales desayuno, comida y cena. Sin embargo, también debe tenerse en cuenta la respuesta "3 comidas" si el encuestado revela que desayuna, come y hace una merienda-cena; o bien si señala que no desayuna pero almuerza bien. Algunos ejemplos de comidas completas son:

- Paella valenciana y fruta
- Sandwich vegetal y yogur
- Sopa y croquetas
- Lasagna y fruta
- Pescado y natillas

Por otro lado, para saber si se debe contabilizar en concreto el desayuno, la comida o la cena como comida completa, pueden aplicarse los siguientes algoritmos:





¿Realiza otra toma distinta a desayuno, comida o cena habitualmente?

Sí

No

¿qué tipo de alimentos incluye?

No se contabiliza como una comida

Si incluye más de un alimento

Si sólo es un alimento

Se contabiliza una comida

No se contabiliza como una comida.

¿Realiza desayuno habitualmente?

¿Realiza comida habitualmente?

¿Realiza cena habitualmente?

¿Realiza otra toma distinta a desayuno, comida o cena habitualmente?

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sumar los SÍ

Suma = 0-1

Suma = 2

Suma = 3 ó más

Marcar casilla "1 comida"

Marcar casilla "2 comidas"

Marcar casilla "3 comidas"

Suma 0 puntos

Suma 1 punto

Suma 2 puntos

Pregunta N° 11:

- "¿Consume productos lácteos al menos una vez al día?"
- "¿Consume huevos o legumbres dos o más veces por semana?"
- "¿Consume carne, pescado o aves al menos una vez al día?"

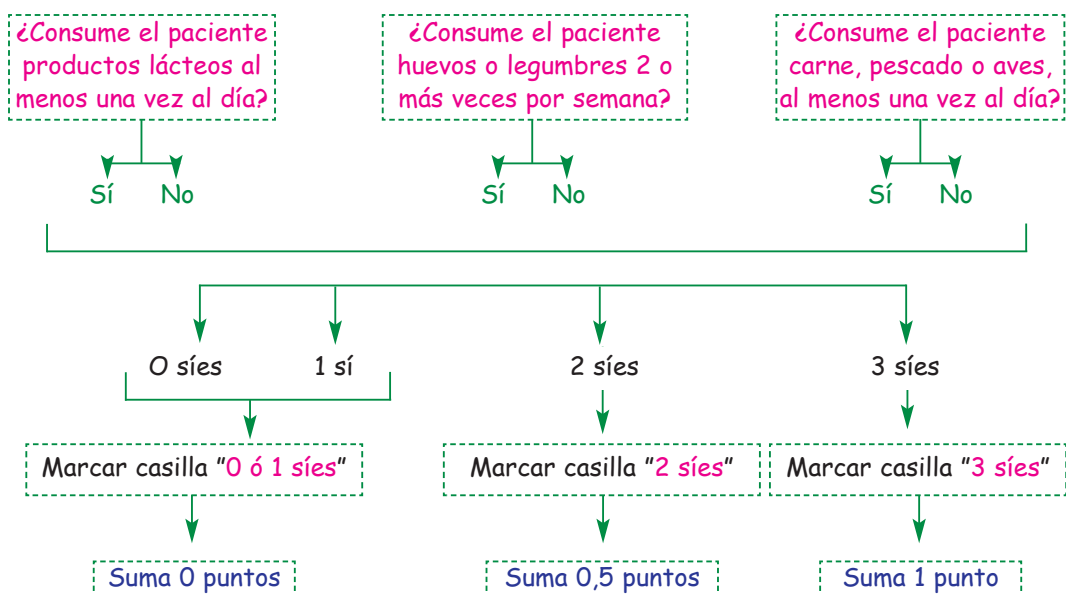
En esta pregunta deben marcarse primero las opciones correspondientes a la respuesta de cada una de las tres preguntas (sí o no) y después sumar los síes y marcar la casilla correspondiente a la valoración global, que será la que dará la puntuación a tener en cuenta en la evaluación global.

En relación a la 1ª cuestión, se entiende por un consumo diario de lácteos un vaso de leche, un yogur o el queso de un bocadillo. Con que el encuestado consuma una ración diaria de lácteos es suficiente para marcar "sí".

En cuanto a la 2ª cuestión, se entiende por una ración de huevos una unidad y por una de legumbres un cazo de servir grande o 2 medianos. Para ayudar a contestar, se puede preguntar primero "¿suele incluir huevos o legumbres en su dieta?" Si contesta que "no" se marca en la casilla correspondiente de la encuesta. Si contesta que "sí", se pregunta por la frecuencia con que lo hace. Con que el encuestado consuma una ración de huevos y otra de legumbres, o dos raciones de huevo, o dos raciones de legumbres por semana, es suficiente para marcar "sí".

En referencia a la 3ª cuestión, se entiende por una ración de carne, pescado o aves un filete pequeño de cualquiera de las tres opciones. Con que el encuestado consuma una ración diaria es suficiente para marcar "sí".

Puede utilizarse el siguiente algoritmo de decisión:

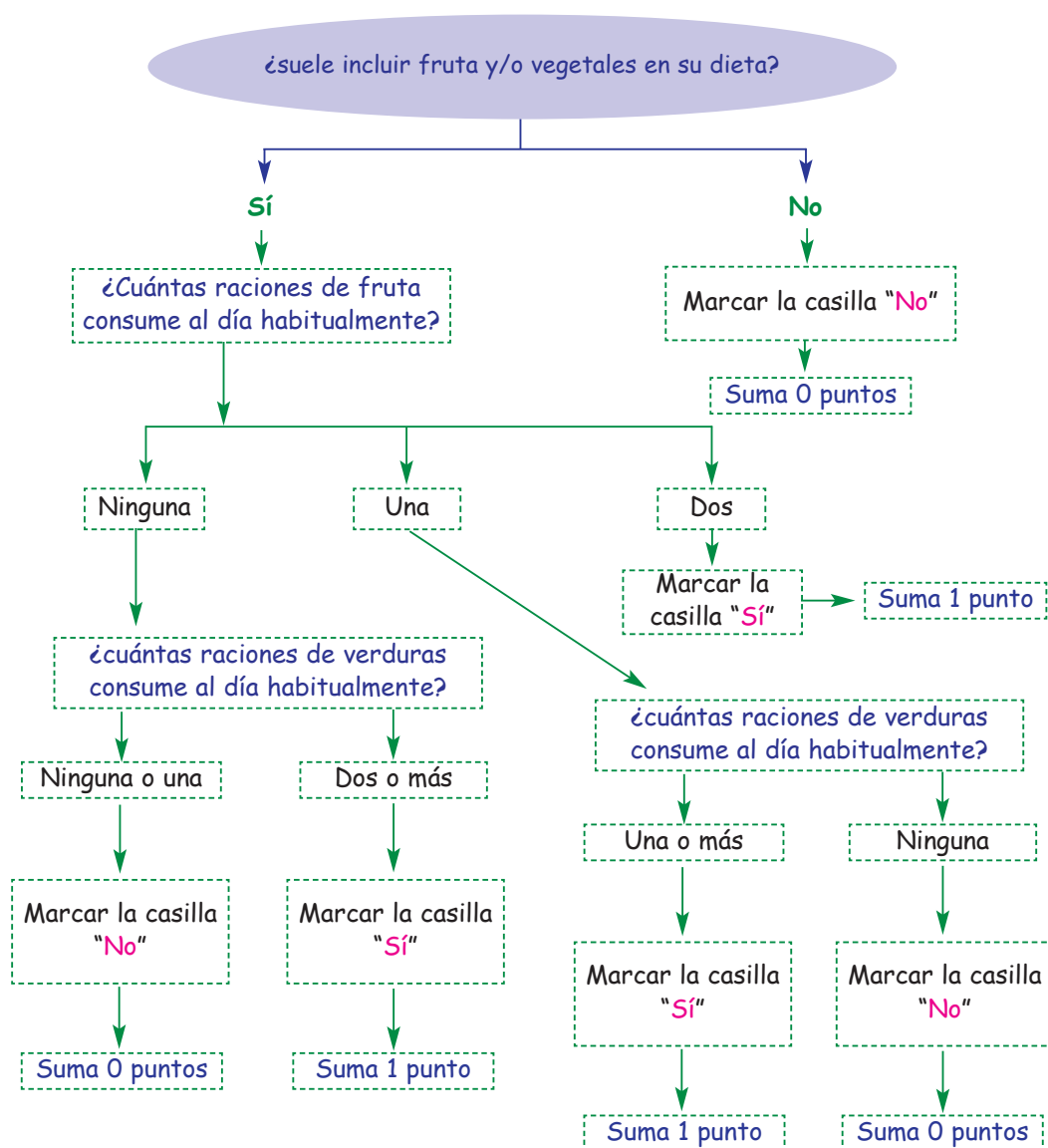


Pregunta Nº 12: ¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?

Se entiende por una ración de fruta una pieza mediana de fruta fresca equivalente a una manzana, una pera, un plátano, una naranja, dos mandarinas, 15-20 uvas o una rodaja de melón. También es válido por una ración de fruta una pieza asada, fruta en almíbar o incluso un vaso de zumo natural de fruta.

Se entiende por una ración de verdura un plato mediano, por ejemplo un tomate mediano (pelado si hay problemas de masticación) en ensalada, acelga, alcachofas, judía verde, etc. No incluye patata.

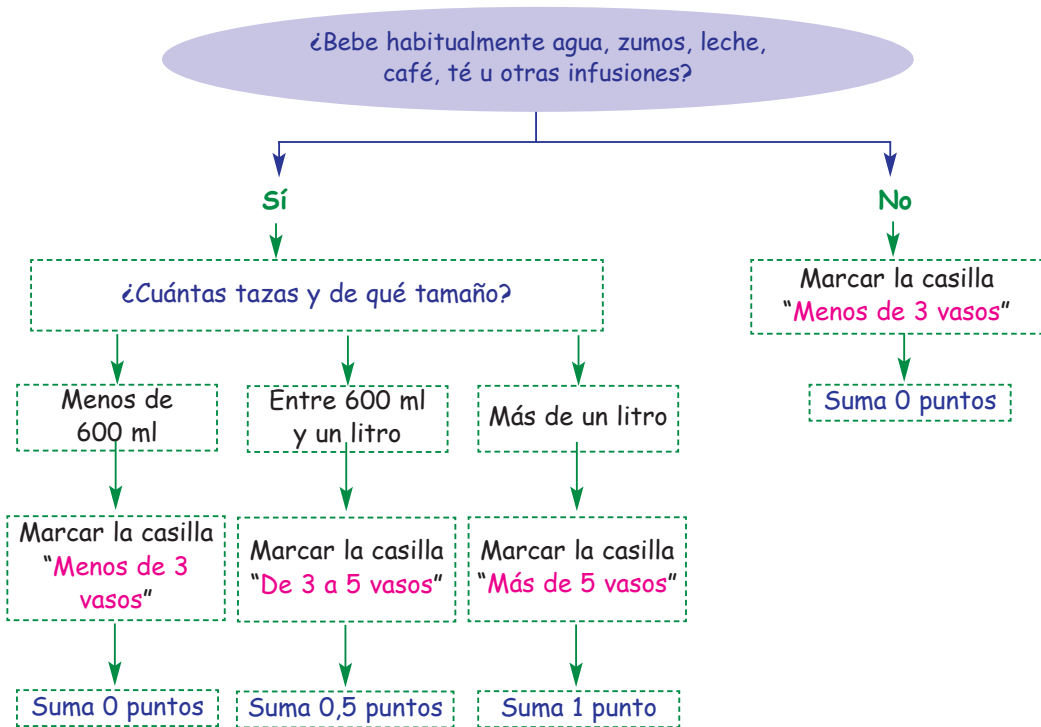
Para ayudar a contestar, se puede utilizar el siguiente algoritmo de decisión:



Pregunta N° 13: ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?

Dentro de otros líquidos se incluyen las infusiones, cafés, leche, zumos y alimentos líquidos. La cantidad aproximada que se toma como referencia es un vaso de 200 ml.

Para ayudar a contestar esta pregunta, se puede utilizar el siguiente algoritmo de decisión:



Para contestar esta pregunta, el farmacéutico debe hacer una estimación aproximada del volumen que tienen las raciones caseras que manifiesta el paciente. Algunas estimaciones pueden ser:

- Taza estándar de cafetería de café cortado: 75 ml
- Vaso de vino: 125 ml (mismo volumen que un yogur)
- Taza estándar de cafetería del café con leche: 150 ml
- Tazón de desayuno: 250 ml
- Plato de sopa mediano: 250 ml
- Brick de zumo individual: 200 ml
- Botellín de agua estándar: 330 ml

Pregunta N° 14: Forma de alimentarse

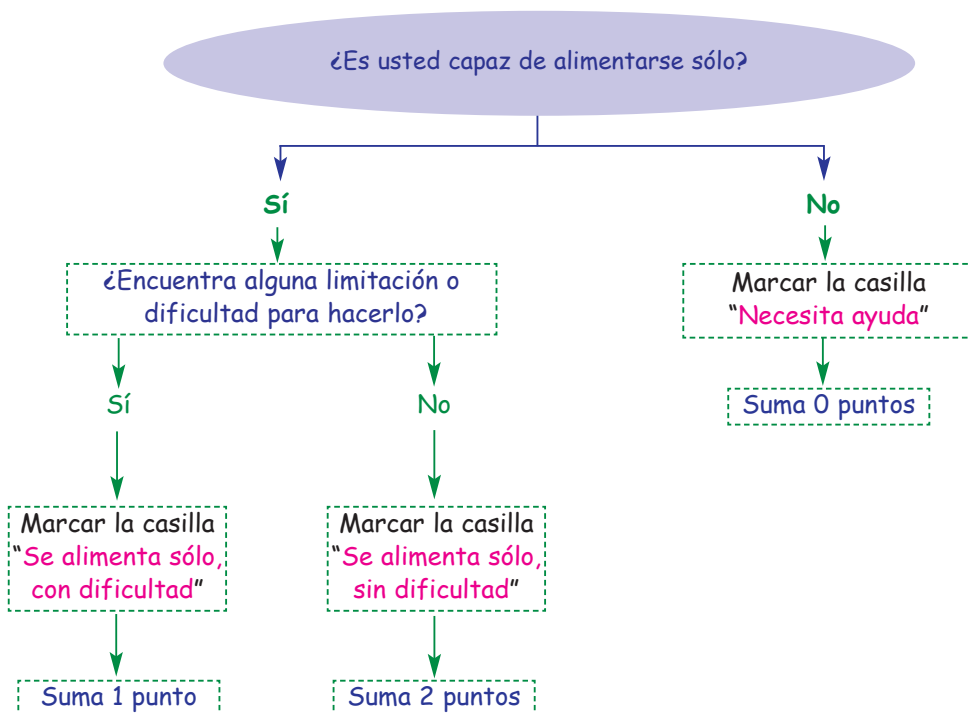
Con esta pregunta se trata de conocer si existe alguna situación que limite la inclusión de algún grupo importante de alimentos en la dieta, lo que podría conllevar una baja ingesta de aquellos nutrientes presentes en cantidades importantes en esos alimentos y que no se toman de otra manera.

Si el encuestado no es capaz de alimentarse sólo y necesita ayuda para hacerlo, debe marcar la casilla "Necesita ayuda", cuyo valor es 0; es decir no sumaría puntos para la puntuación final del cuestionario.

En aquellos casos en los que el encuestado es capaz de alimentarse sólo, aunque con algunas dificultades que pueden condicionar el tipo de dieta ingerida, se debe marcar la casilla "Se alimenta sólo, con dificultad", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación final del cuestionario es 1.

Si el encuestado es capaz de alimentarse sólo y sin problemas que condicionen el tipo de dieta ingerida, se debe marcar la casilla "Se alimenta sólo, sin dificultad", cuyo valor a tener en cuenta para la puntuación final del cuestionario es 2.

Para ayudar a contestar esta pregunta, se puede utilizar el siguiente algoritmo de decisión:



Pregunta N° 15: ¿Se considera el paciente que está bien nutrido?

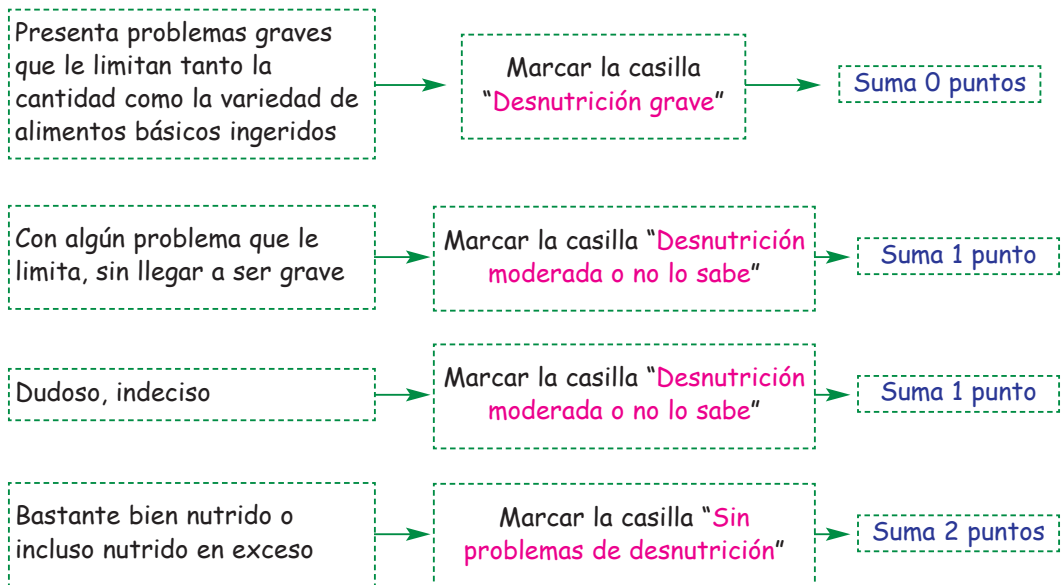
Pregunta englobada dentro del apartado de "Valoración Subjetiva" que la persona mayor hace sobre sí misma. Se centra en conocer la opinión que tiene el encuestado sobre su propio estado nutricional.

Conviene aclarar al encuestado que se está valorando si tiene desnutrición, es decir, malnutrición por defecto o carencia. De esta manera, aquellos encuestados conscientes de tener un estado de malnutrición por exceso (sobrepeso, obesidad o cualquier toxicidad por ingesta excesiva de algún nutriente que se acumule en el organismo), debe marcar la casilla "Sin problemas de desnutrición"

Para ayudarle en su respuesta se puede seguir el siguiente algoritmo de decisión

¿usted considera que come bien?
¿cómo de bien nutrido se considera usted que está?

Y darle las siguientes opciones:



Al ser esta una cuestión subjetiva por parte del encuestado, su respuesta depende de su estado mental y anímico. Si se considera que el paciente no es capaz de contestar esta cuestión se puede pedir opinión a algún familiar o acompañante.

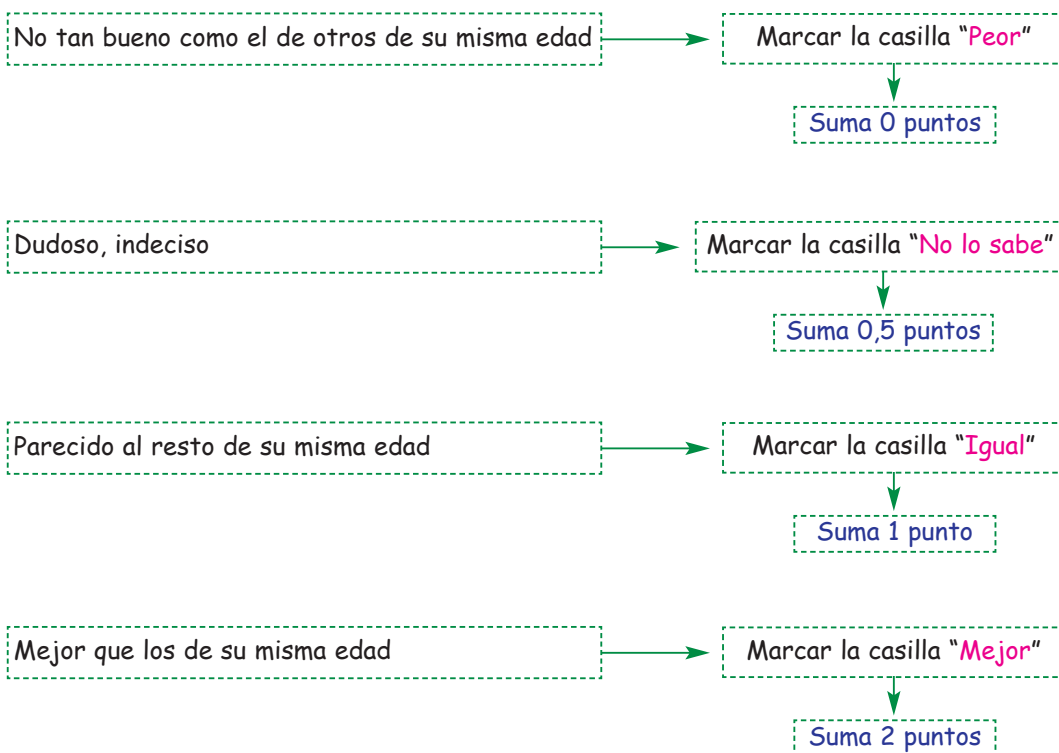
Pregunta N° 16: ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud en comparación con las personas de su misma edad?

Pregunta englobada también dentro del apartado de "Valoración Subjetiva" que la persona mayor hace sobre sí misma. En esta ocasión se centra en conocer tanto el estado de salud como el estado anímico que presenta el encuestado, ya que pueden condicionar de alguna manera su alimentación.

Para ayudarle en su respuesta se puede seguir el siguiente algoritmo de decisión:

¿cómo considera usted que es su estado de salud?

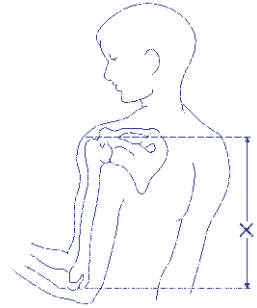
Y darle las siguientes opciones:



Al igual que la pregunta anterior, esta respuesta depende del estado mental y anímico del encuestado.

Pregunta N° 17: Circunferencia braquial (CB en centímetros)

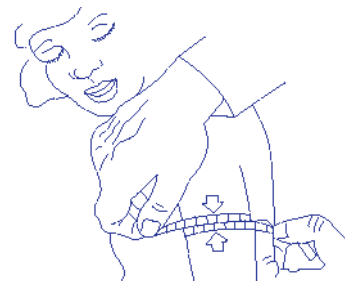
La circunferencia braquial es el perímetro medido en el punto medio de la distancia entre acromion (apéndice de la clavícula) y olecranon (apéndice del húmero). Es uno de los parámetros antropométricos incluidos en este cuestionario, ya que muestra una buena correlación con la masa muscular y la masa grasa.



Como esta pregunta requerirá, en la mayoría de los casos, la realización de la medida, por parte del farmacéutico, se comentan a continuación unas pautas para realizarla correctamente.

La medida debe realizarse con la cinta métrica inelástica, y un lápiz dermográfico o rotulador que se limpie fácilmente.

El sujeto debe permanecer de pie, con la cabeza y los ojos dirigidos hacia el horizonte, los brazos relajados a lo largo del cuerpo con los dedos extendidos, apoyando el peso del cuerpo por igual en ambas piernas. Los pasos para realizar la medida son:



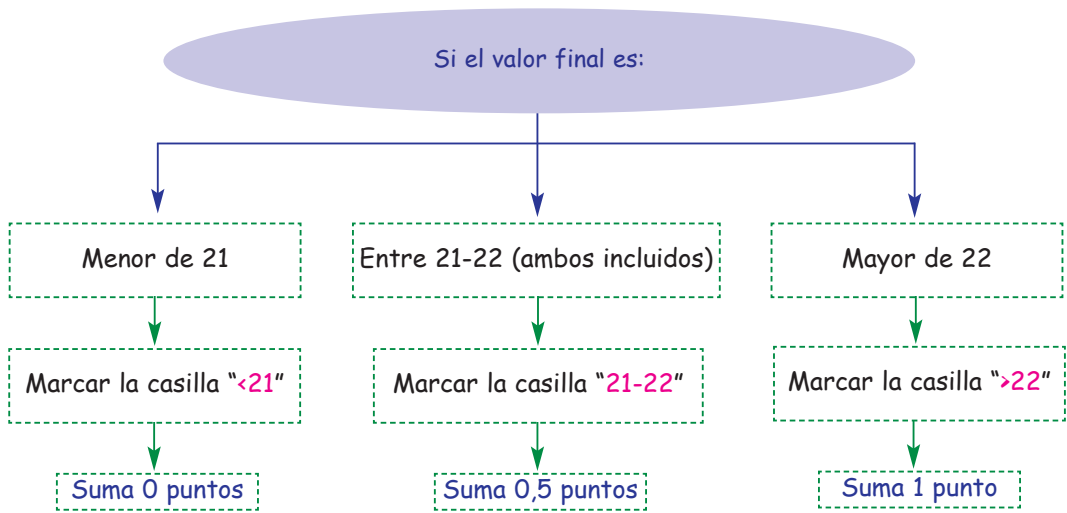
- Pedir al paciente que doble el brazo no dominante con la palma de la mano hacia arriba
- Medir la distancia entre la superficie acromial de la escápula y la prominencia del olecranon en la parte trasera del codo
- Marcar el punto medio de la distancia medida, con el lápiz dermográfico o rotulador
- Pedir al paciente que deje caer el brazo suavemente hasta quedar extendido a lo largo del cuerpo
- Coger la cinta métrica con la mano derecha y el extremo libre con la izquierda. Pasarla alrededor de la zona que se va a medir, sin comprimir los tejidos blandos, y realizar la lectura en el lugar en que la cinta se yuxtapone sobre sí misma o de acuerdo a las características del equipo de medida
- Anotar el resultado (en centímetros) y volver a repetir la medida dos veces más. Se tomará como resultado definitivo el valor que más se repita o bien la media de los tres valores tomados.

Interpretación del resultado:

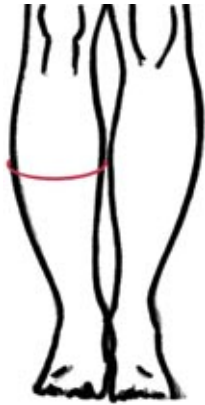
Si el valor final es menor de 21 marcar la casilla "<21"

Si el valor final se encuentra entre 21 ó 22 ambos incluidos marcar la casilla "21-22"

Si el valor final es mayor de 22 marcar la casilla ">22"



Pregunta N° 18: Circunferencia de la pantorrilla (CP en centímetros)



La circunferencia de la pantorrilla es el perímetro de la sección más ancha de la distancia entre tobillo y rodilla (zona de los gemelos). Al igual que el anterior, este parámetro antropométrico muestra una buena correlación con la masa libre de grasa.

Como esta pregunta requerirá la realización de la medida, por parte del farmacéutico, se comentan a continuación unas pautas para realizarla correctamente.

La medida debe realizarse con la cinta métrica antropométrica entregada como material de la campaña.

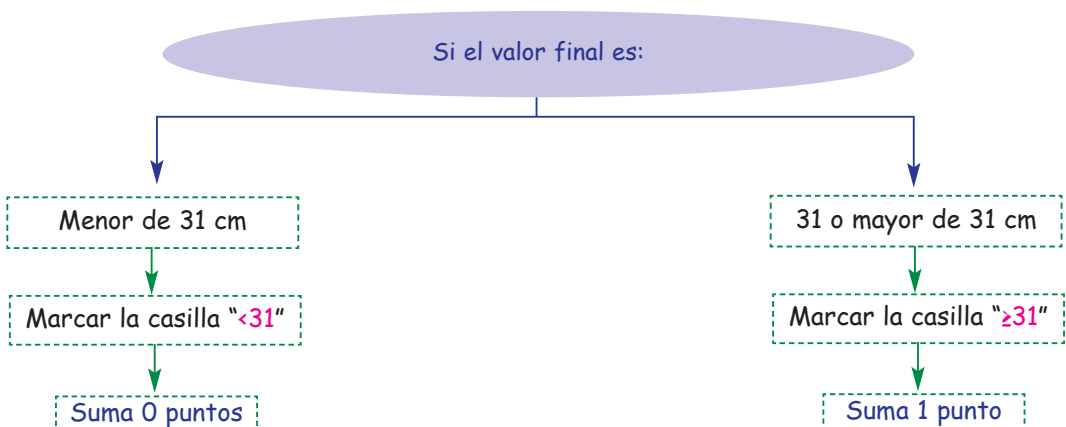
El sujeto debe permanecer sentado con las piernas colgando suavemente, o bien permanecer de pie apoyando el peso del cuerpo por igual en ambas piernas.

Los pasos para la realizar la medida son:

- Pedir al paciente que se levante la pernera del pantalón o la falda, para descubrir completamente la pantorrilla
- Coger la cinta métrica con la mano derecha y el extremo libre con la izquierda. Pasarla alrededor de la zona que se va a medir, sin comprimir los tejidos blandos, y realizar la lectura en el lugar en que la cinta se yuxtapone sobre sí misma
- Anotar el resultado (en centímetros) y volver a repetir la medida dos veces más. Se tomará como resultado definitivo el valor que más se repita o bien la media de los tres valores tomados.

Interpretación del resultado:

- Si el valor final es menor de 31 cm marcar la casilla "<31"
- Si el valor final es 31 o mayor de 31 cm marcar la casilla "≥31"



EVALUACIÓN GLOBAL

Una vez completadas las doce preguntas de la segunda parte del cuestionario, hay que sumar la puntuación obtenida en esta segunda parte, de igual manera que ya se hizo en la primera. En esta ocasión, el total máximo es de 16 puntos.

A continuación se deben sumar la puntuación total de ambas partes para obtener la puntuación global del cuestionario, con un máximo de 30 puntos.

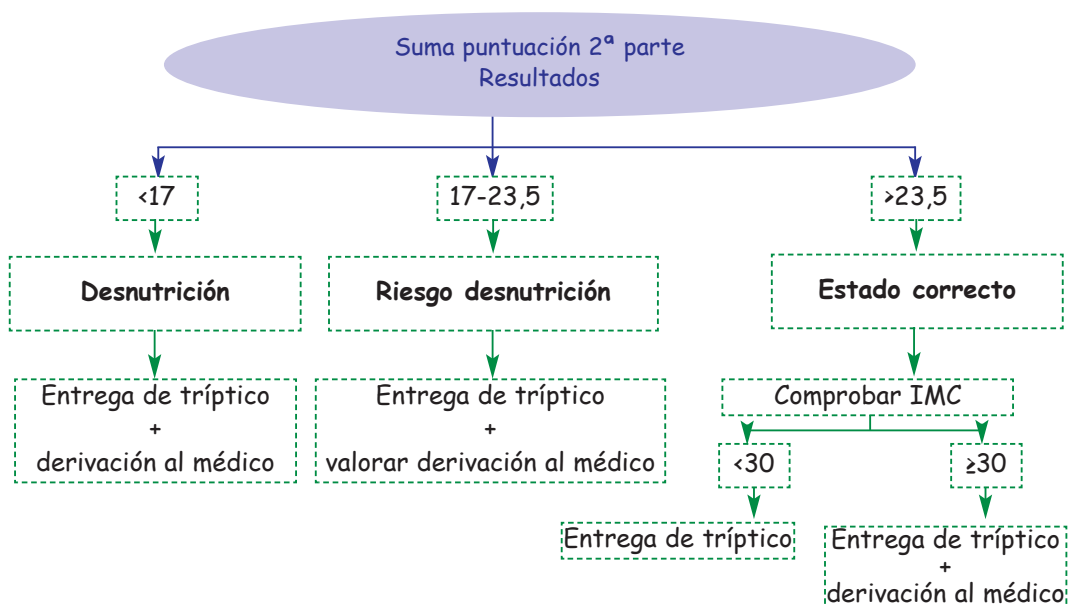
Interpretación del resultado final obtenido:

Si el resultado es mayor de 23,5 puntos, el encuestado no se encuentra en riesgo ni en estado de desnutrición. Para comprobar que tampoco presenta obesidad, se realiza el cálculo del IMC (ver pregunta 6 del MNA). Si el valor es <30 indica que el encuestado se encuentra en un estado nutricional normal, por lo que no será necesario realizar ninguna intervención dietética y bastará con entregarle un tríptico informativo de la campaña Plenufar III.

Si el valor es ≥ 30 , indica que el encuestado está en una situación nutricional de obesidad, por lo que debe ser remitido al médico.

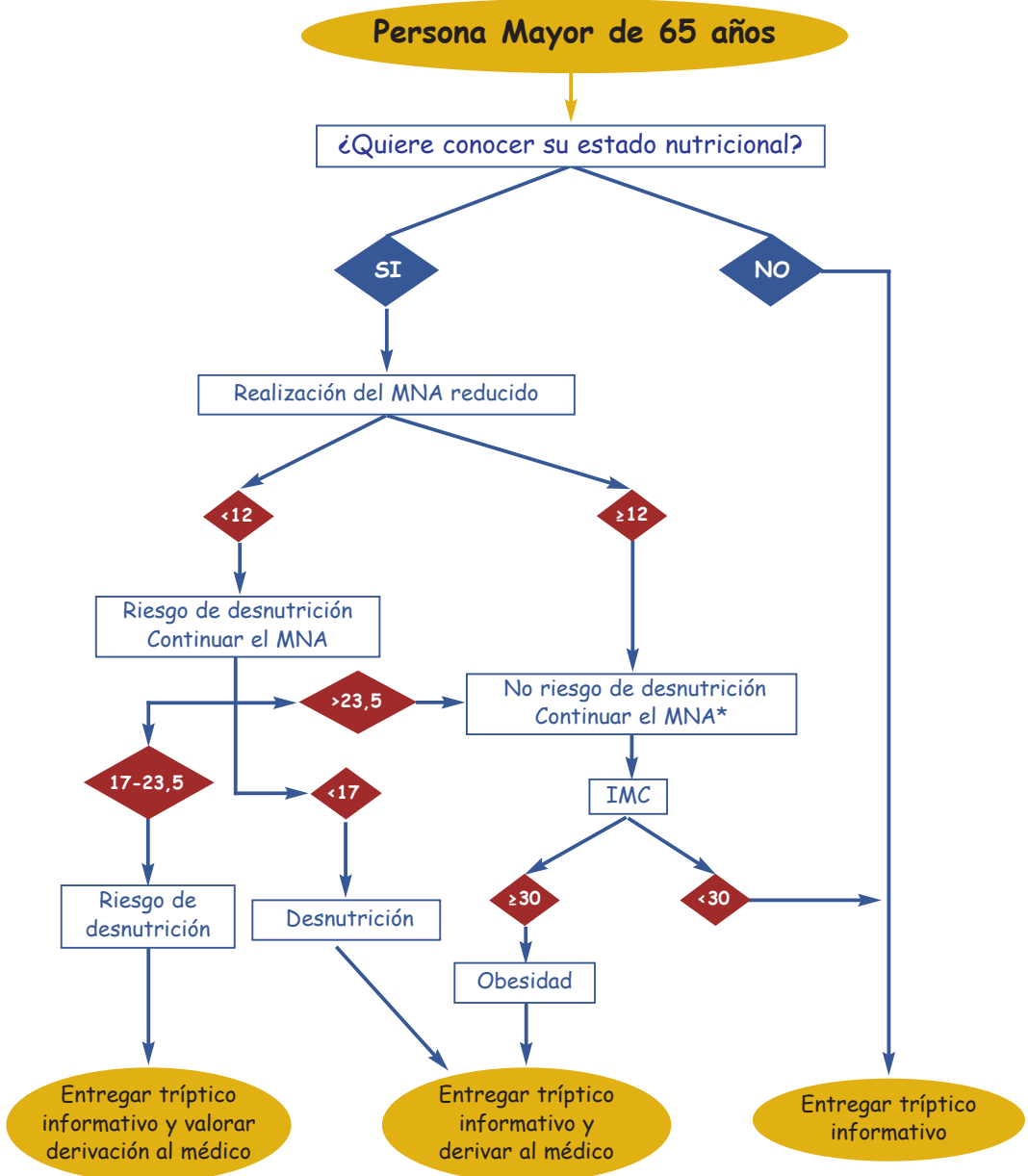
Si el resultado se encuentra entre 17 y 23,5 puntos (ambos incluidos), el encuestado se encuentra en riesgo de sufrir desnutrición, por lo que debe realizarse una exploración más completa de su estado nutritivo y aconsejarle realizar un seguimiento dietético. Mientras no se comience la consulta nutricional, el farmacéutico deberá entregar al paciente o a su cuidador, el tríptico informativo de la campaña Plenufar III, que recoge algunos consejos sobre como mejorar su estado nutricional.

Si el resultado es menor de 17 puntos, el encuestado se encuentra en un estado de desnutrición. En estos casos, además de entregarle el tríptico informativo de la campaña Plenufar III, el encuestado debe ser derivado al médico.



DOCUMENTO DE DERIVACIÓN AL MÉDICO

Algoritmo de intervención nutricional farmacéutica en la valoración nutricional en mayores de 65 años



* No es estrictamente necesario, pero se recomienda encarecidamente continuar con la 2ª parte del cuestionario

MODELO DE CARTA PARA DERIVAR UN PACIENTE AL MÉDICO EN CASO DE DESNUTRICIÓN

Lugar, Fecha

Estimado Dr.

Desde la Vocalía Nacional de Alimentación del Consejo General de Farmacéuticos, se ha promovido la tercera edición del Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico (Plenufar III), en esta ocasión titulado "Educación Nutricional a las personas mayores" en el que, como farmacéutico, estoy participando.

Esta campaña, incluye la realización del cuestionario MNA (Mini Nutritional Assessment) a todas las personas mayores de 65 años que acepten participar. El MNA es un instrumento validado y diseñado específicamente para realizar una rápida y efectiva evaluación nutricional de la población geriátrica*. En este sentido, me pongo en contacto con usted porque al realizar la citada encuesta, el portador de esta carta ha obtenido una puntuación que nos lleva a aconsejar que acuda a su consulta, con objeto de someter a su consideración el estado nutricional en el que se encuentra el paciente.

Quedo a su disposición para ofrecerle la información complementaria que precise.

Cordialmente,

Dirección de la Farmacia
Teléfono / fax / e-mail

* Vellas, Garry y Guigoz. Mini Nutritional Assessment (MNA): research and practice in the elderly. Edit. Karger. Basilea. (1999)
Martín, Gil y Ramírez. Evaluación de las escalas rápidas de valoración nutricional, en Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Rubio M.A. Edit. Masson. Barcelona. (2002)

MODELO DE CARTA PARA DERIVAR UN PACIENTE AL MÉDICO EN CASO DE OBESIDAD

Lugar, Fecha

Estimado Dr.

Desde la Vocalía Nacional de Alimentación del Consejo General de Farmacéuticos, se ha promovido la tercera edición del Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico (Plenufar III), en esta ocasión titulado "Educación Nutricional a las personas mayores" en el que, como farmacéutico, estoy participando.

Esta campaña, incluye la realización del cuestionario MNA (Mini Nutritional Assessment) a todas las personas mayores de 65 años que acepten participar. El MNA es un instrumento validado y diseñado específicamente para realizar una rápida y efectiva evaluación nutricional de la población geriátrica*. En este sentido, me pongo en contacto con usted porque al realizar la citada encuesta, el portador de esta carta ha obtenido una puntuación en su Índice de Masa Corporal (I.M.C.) que nos lleva a aconsejar que acuda a su consulta, con objeto de someter a su consideración el estado nutricional en el que se encuentra el paciente.

Quedo a su disposición para ofrecerle la información complementaria que precise.

Cordialmente,

Dirección de la Farmacia
Teléfono / fax / e-mail

* Vellas, Garry y Guigoz. Mini Nutritional Assessment (MNA): research and practice in the elderly. Edit. Karger. Basilea. (1999)
Martín, Gil y Ramírez. Evaluación de las escalas rápidas de valoración nutricional, en Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Rubio M.A. Edit. Masson. Barcelona. (2002)



Mini Nutritional Assessment (MNA)

Responde en cada respuesta el cuadro correspondiente, tal y como se indica a continuación.

Código Postal

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Edad

Más de 99 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Sexo:

Hombre

Mujer

Lugar realización encuesta:

Farmacia

Centro asistencial

Otros

Peso (Kg)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Talla (cms)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

PRIMERA PARTE

1. ¿Ha perdido apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos tres meses?

- 0 Pérdida severa del apetito 2 Sin pérdida del apetito
1 Pérdida moderada del apetito

2. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)

- 0 Pérdida de peso > 3 kg
1 No lo sabe
2 Pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 No ha habido pérdida de peso

3. Movilidad

- 0 De la cama al sillón 2 Sale del domicilio
1 Autonomía en el interior

4. ¿Ha tenido alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

- 0 Sí 2 No

5. Problemas neuropsicológicos

- 0 Demencia o depresión grave
1 Demencia o depresión moderada
2 Sin problemas psicológicos

6. Índice de masa corporal IMC = (peso en kg) / (talla en m)²

- 0 IMC < 19 2 21 ≤ IMC < 23
1 19 ≤ IMC < 21 3 IMC ≥ 23

PUNTUACIÓN PRIMERA PARTE

Dec. 0 1
Unid. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

EVALUACIÓN DEL CRIBADO (subtotal máx. 14 puntos)

- 12 puntos o más: Normal, no es necesario continuar la evaluación
11 puntos o menos: Posible desnutrición, continuar la evaluación

(Doblar por esta línea)

SEGUNDA PARTE

7. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?

- 0 No 1 Sí

8. ¿Toma más de tres medicaciones al día?

- 0 Sí 1 No

9. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?

- 0 Sí 1 No

10. ¿Cuántas comidas completas toma al día (desayuno, comida y cena)?

- 0 1 comida 2 3 comidas
1 2 comidas

11. ¿Consume productos lácteos al menos una vez al día?

- Sí No

¿Consume huevos o legumbres dos o más veces por semana?

- Sí No

¿Consume carne, pescado o aves al menos una vez al día?

- Sí No

- 0 0 ó 1 sies 0,5 2 sies 1 3 sies

12. ¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?

- 0 No 1 Sí

13. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día (agua, zumo, café, té, leche, etc.)?

- 0 Menos de 3 vasos
0,5 De 3 a 5 vasos
1 Más de 5 vasos

14. Forma de alimentarse

- 0 Necesita ayuda
1 Se alimenta sólo, con dificultad
2 Se alimenta sólo, sin dificultad

15. ¿Se considera al paciente que está bien nutrido?

- 0 Desnutrición grave
1 Desnutrición moderada o no lo sabe
2 Sin problemas de desnutrición

16. ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud, en comparación con las personas de su edad?

- 0 Peor 1 Igual
0,5 No lo sabe 2 Mejor

17. Circunferencia braquial (CB en centímetros)

- 0 < 21 1 > 22
0,5 21 - 22

18. Circunferencia de la pantorrilla (CP en centímetros)

- 0 < 31 1 ≥ 31

PUNTUACIÓN GLOBAL

Dec. 0 1 2 3
Unid. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

EVALUACIÓN GLOBAL (máx. 30 puntos)

- De 17 a 23,5 puntos: Riesgo de desnutrición
Menos de 17 puntos: Desnutrición

*Fuente 1: Guigoz Y, Velhas B, Garry PJ. Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*. (1994) 52, 15-59" (Revisado 1998)"
*Fuente 2: Martín F.J., Gil P. y Ramírez S. P. Evaluación de las escalas rápidas de valoración nutricional, en Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Rubio M. A. (2002) pp. 39-46". Ed. Masson.

BIBLIOGRAFÍA

Astiasarán I, Lasheras B, Ariño A, Martínez JA. Alimentos y Nutrición en la Práctica Sanitaria. Ed. Díaz de Santos. 2003. Madrid.

Cairella G, Baglio G, Censi L, Ciaralli F, Marchetti A, Rebella V, Sonni L, Tarsitani G. Mini Nutritional Assessment (MNA) and nutritional risk in elderly. A proposal of nutritional surveillance system for the Department of Public Health. *Ann Ig.* 17:35-46 (2005).

Casimiro C, García de Lorenzo A, Usan L; Grupo de Estudio Cooperativo Geriátrico. Evaluation of nutritional risk in ambulatory elderly patients. *Nutr Hosp.* 16:97-103 (2001).

Cohendy R, Rubenstein LZ, Eledjam JJ. The Mini Nutritional Assessment-Short Form for preoperative nutritional evaluation of elderly people. *Ageing Clin Exp Res;* 13:293-7 (2001).

De la Riva MC. Manual sobre pautas de Nutrición en las personas mayores. Colegio Oficial de Farmacéuticos de León-CONGRAL, 2005. Madrid.

Gómez C, Reuss JM. "Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos". Ed. Novartis Consumer Health, 2004. Madrid.

Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontology;* 2:15-59 (1994).

Kuzuya M., Kanda S., Koike T., Suzuki Y., Satake S., Iguchi A. Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. *Nutrition;* 21:498-503 (2005).

Malnutrition Advisory Group (BAPEN) Malnutrition in the UK: A public health problem: parliamentary briefing document, 1999. Londres.

Martínez J.A., Astiasarán I., Muñoz M. y Cuervo M. Alimentación Hospitalaria. Fundamentos (vol. 1). Ed. Díaz de Santos, 2004. Madrid.

Martínez MA, Sánchez A. Estilos de vida y Salud Pública. Ed. Ulzama Digital. 2005. Pamplona.

Muñoz M. Libro Blanco de la Alimentación de los Mayores. Ed. Médica Panamericana, 2005.

Requejo AM, Ortega RM, Robles F, Navia B, Faci M, Aparicio A. Influence of nutrition on cognitive function in a group of elderly, independently living people. *Eur J Clin Nutr.* 1:S54-7 (2003).

Requejo AM, Ortega RM. *Nutriguía: manual de nutrición clínica en atención primaria.* Ed. Complutense. 2000. Madrid.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A y cols. Screening for undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF) *Journal of Gerontology: Medical Sciences;* 56A:M366-M372 (2001).

Rubio MA. *Manual de alimentación y Nutrición en el anciano* Ed. Masson, 2002. Madrid.

Ruiz-Lopez MD, Artacho R, Oliva P, Moreno-Torres R, Bolanos J, de Teresa C, Lopez MC. Nutritional risk in institutionalized older women determined by the Mini Nutritional Assessment test: what are the main factors? *Nutrition.* 19:767-71 (2003).

Soini H, Routasalo P, Lagstrom H. Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *Eur J Clin Nutr.* 58:64-70 (2004)

Vellas B, Garry PJ, Guigoz Y. Mini Nutritional Assessment (MNA): research and practice in elderly. *Nestle Nutrition Workshop Series Clinical Performance Programme.* Ed. Karger. Vol 1. 199. Basel (Suiza).

Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ y cols. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition.* 15:116-22 (1999).