

DIETA E INGESTA



Junta de Andalucía
Consejería de Inclusión Social,
Juventud, Familias e Igualdad



PÁG. 2

Personal que interviene.
Población diana.

PÁG. 3

Descripción del proceso.

PÁG. 4

Actuaciones.

PÁG. 9

Recomendaciones clave.

Autoría

Mercedes García Moreno.
Sandra Pinzón Pulido.
Abel Catela Huertas.
Carmen Navarro Ibáñez.

OBJETIVOS

El protocolo de dieta e ingesta pretende:

- Mejorar la calidad de vida y el bienestar de la persona en los momentos de las comidas, partiendo del respeto a su dignidad y derechos, sus intereses y preferencias, y contando con su participación en la toma de decisiones.
- Cuando haya riesgo o desnutrición se hará una valoración completa para establecer un diagnóstico para abordar la situación nutricional de la persona desde todas las perspectivas.



PERSONAL QUE INTERVIENE

- Profesional de Referencia
 - Identifica gustos y preferencias de la persona.
- Auxiliar de enfermería:
 - Distribuye y apoya a las personas residentes en las comidas.
 - Realiza el registro dietético.
 - Promueve las relaciones sociales durante las comidas.
- Profesional de enfermería:
 - Elabora y supervisa las dietas.
 - Hace el cribado nutricional en personas en riesgo o en desnutrición.
- Profesional de medicina:
 - Indica la dieta según las enfermedades y preferencias de la persona.
 - Hace la valoración nutricional exhaustiva y la intervención nutricional.

La persona Profesional de Referencia debería ser parte del equipo de auxiliares que prestan atención directa a la persona mayor. Si la organización no contempla aún esta figura, las funciones serán asumidas por profesionales de Enfermería como Técnico de Referencia.

POBLACIÓN DIANA

Persona mayor desde el momento en el que llega al centro residencial.

LÍMITES

EL PROTOCOLO SE PONE EN MARCHA...

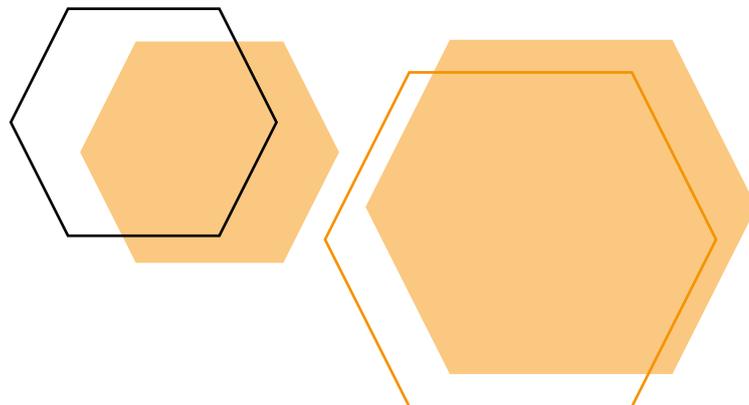
- Cuando la persona ingresa en el centro.
- Cuando la persona residente no tiene un plan nutricional ni un seguimiento personalizado.
- Cuando la persona residente tiene una enfermedad aguda o se reduce la cantidad de comida que come.

EL PROTOCOLO TERMINA...

Cuando la persona mayor tiene un Plan Nutricional Personalizado actualizado.

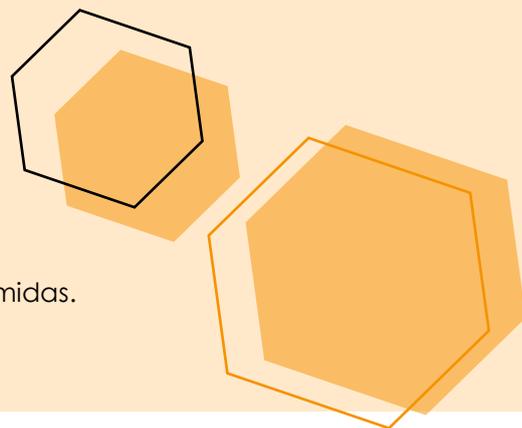
EL PROTOCOLO NO INCLUYE...

- Las compras y el almacenamiento de la comida.
- La preparación de la comida.
- Los procedimientos para garantizar la seguridad alimentaria.
- Los procesos asistenciales para atender las comorbilidades relacionadas con la desnutrición.

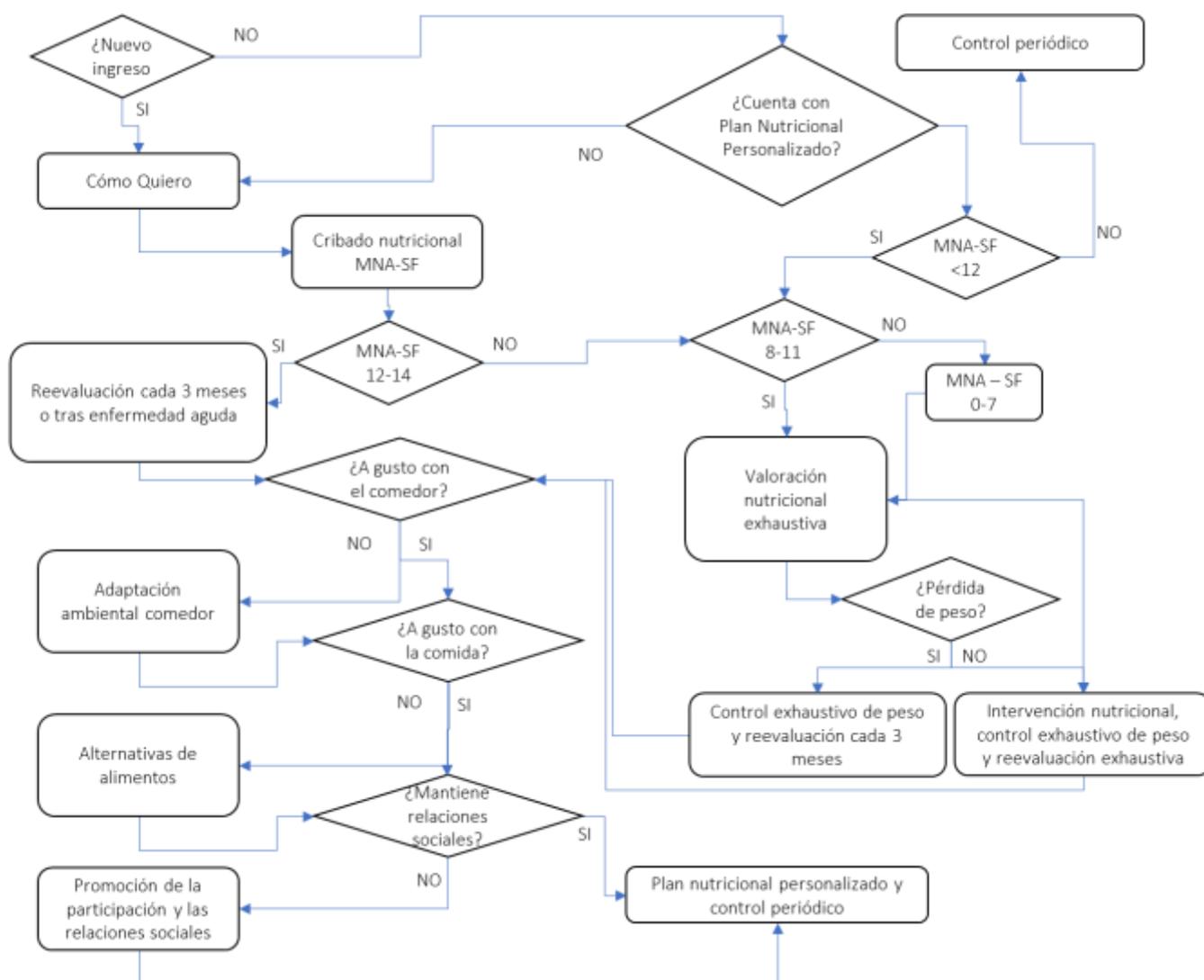


DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

1. Identificar las necesidades y preferencias sobre las comidas.
2. Realizar el cribado nutricional.
3. Realizar la valoración nutricional exhaustiva.
4. Mejorar la presentación de la comida.
5. Cuidar el entorno para mejorar el bienestar durante las comidas.
6. Promover la participación y las relaciones sociales durante las comidas.
7. Elaborar el Plan Nutricional Personalizado.



Valoración nutricional y control de dieta e ingesta



1. IDENTIFICAR LAS NECESIDADES Y PREFERENCIAS

PROFESIONAL DE REFERENCIA



CÓMO QUIERO COMER

Cuando la persona llega al centro residencial, se debe charlar con ella, su familia o personas allegadas para conocer sus necesidades y preferencias en relación con las comidas. Esta información formará parte del plan nutricional personalizado.

El Cómo Quiero es una ayuda para que las profesionales de atención directa promuevan el respeto a la dignidad de la persona y le presten los apoyos necesarios para el mantenimiento de sus capacidades, su autonomía y su bienestar durante las comidas (Anexo 1).

Este instrumento aporta información valiosa para organizar los apoyos según las preferencias y necesidades de la persona en los momentos más importantes de la vida cotidiana en el centro.

2. REALIZAR EL CRIBADO NUTRICIONAL

PROFESIONAL DE REFERENCIA

CRIBADO NUTRICIONAL

Es el primer paso de la valoración nutricional.

Se trata de identificar si la persona necesita una valoración nutricional exhaustiva y una intervención nutricional temprana.

Para el cribado nutricional se utiliza el **Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)**.

Esta herramienta está probada y es muy práctica. No necesita de información de laboratorio y permite identificar a personas en riesgo de malnutrición antes de que aparezcan alteraciones en los parámetros bioquímicos y antropométricos.

Además, es reconocida su elevado poder diagnóstico y pronóstico.

Con una puntuación máxima de 14 puntos en el cribado, la herramienta clasifica a la persona en 3 grupos:

- 12-14 Puntos: personas con estado nutricional normal.
- 8-11 puntos: personas en riesgo de malnutrición.
- 0-7 puntos: personas con malnutrición.

Detección de disfagia

La disfagia es muy común en personas mayores que viven en centros residenciales.

Las personas con disfagia tienen dificultad en la preparación oral del bolo o en llevar el alimento desde la boca hasta el estómago.

Para el cribado de disfagia se recomienda usar la herramienta **Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)**.

La EAT-10 tiene 10 preguntas a través de las cuales se interroga a la persona sobre los principales signos y síntomas de la disfagia.

Si la puntuación total es mayor o igual a 3, la persona puede tener problemas para tragar de forma segura.

Los dos instrumentos para el cribado nutricional se pueden ver en el Anexo 2.

3. REALIZAR LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EXHAUSTIVA

PROFESIONALES DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA



La valoración nutricional exhaustiva se realiza cuando la puntuación del **Mini Nutritional Assessment (MNA)** es menor o igual a 11 puntos.

La valoración nutricional exhaustiva incluye (Anexo 3):

1. La historia clínico-nutricional.
2. La historia dietética y disfagia.
3. La valoración antropométrica y funcional.
4. Parámetros bioquímicos.
5. Criterios GLIM

Su finalidad es identificar las causas concretas del riesgo nutricional y establecer el diagnóstico nutricional correcto para ofrecer un tratamiento apropiado.

HISTORIA CLÍNICO-NUTRICIONAL

Se trata de identificar la presencia de síndromes geriátricos y las enfermedades que pueden tener un impacto importante sobre el estado nutricional:

- Porque aumentan el gasto energético. Por ejemplo: fractura de cadera, diarrea, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, demencia o úlceras por presión.
- Porque se asocian a una reducción de la ingesta: ictus, enfermedad de Parkinson, demencia, depresión o anorexia geriátrica.

Es importante también revisar el número de fármacos que toma la persona.

La polifarmacia (consumir 5 o más fármacos al mismo tiempo) aumenta el riesgo de desnutrición. Sobre todo, introducir nuevos alimentos que produzcan anorexia o síntomas gastrointestinales.

También es importante hacer hincapié en la salud bucodental y los posibles problemas orales: masticación, xerostomía, mala dentadura o mala higiene bucal.

HISTORIA DIETÉTICA

La historia dietética se construye durante 3 días observando lo que come la persona residente.

El personal auxiliar debe anotar el porcentaje de comida que ha ingerido la persona de cada plato.

En este caso se utilizará el **Cuestionario de Valoración de la Ingesta**.

Si la persona ha dado positivo en el test para disfagia, se profundizará a través del **Test de Volumen-Viscosidad**.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y FUNCIONAL

Peso y talla

Es difícil calcular el peso de personas en silla de ruedas que no pueden ponerse de pie y usar una báscula. Para resolver este problema es necesario comprar una silla o grúa báscula.

Si no dispone el centro de esta silla o grúa báscula, se puede estimar el peso de las siguientes formas:

- Midiendo la **distancia del talón a la rodilla (LRT)**.
Se debe medir en la pierna izquierda con la persona sentada sin zapatos y con la rodilla en ángulo recto. Se mide la distancia entre la mano que está encima de la rodilla y el suelo siguiendo la línea recta que pasa por la prominencia del tobillo, redondeando en 0,5 cm con la pierna flexionada 90°.

- Midiendo **Circunferencia braquial (CB)**.
Se mide en el brazo no dominante (derecho en zurdos).
Lo primero es medir la distancia entre el acromion y el olécranon y marcar el punto medio.
La persona debe ponerse con el brazo relajado y la palma de la mano hacia el muslo.
Se rodea con la cinta métrica la zona marcada como punto medio del brazo.
Luego hay que calcular la media de las 3 medidas.
- Utilizando las siguientes **fórmulas**:
 - Hombre: $(LRT \times 1,10) + (CB \times 3,07) - 75,81$
 - Mujer: $(LRT \times 1,09) + (CB \times 2,68) - 65,51$

Es difícil medir la estatura de las personas que tienen problemas de huesos o están en silla de ruedas. En estos casos, se puede estimar la altura midiendo la **distancia del talón a la rodilla (LRT)**.

Con el peso en kilogramos y la estatura en metros se puede calcular el Índice de Masa Corporal (**IMC**) con la siguiente fórmula: $IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura}^2 \text{ [m]}$

Aunque se suelen tomar como referencia los valores del IMC en personas adultas, hay puntos de corte específicos para personas mayores. Estos son:

Clasificación según Índice de Masa Corporal (IMC)	Personas adultas	Personas mayores
Bajo peso	Menor de 18,5	Menor de 22
Normal	18,5 - 24,9	22 - 27
Sobrepeso	24,9 - 29,9	27 - 32
Obesidad	Mayor de 29,9	Mayor de 32

La **pérdida involuntaria de peso (PiP)** es otro indicador de gran interés nutricional que se calcula midiendo el porcentaje de pérdida de peso con respecto al peso normal:

$$PiP = \text{peso actual [kg]} / \text{peso habitual [kg]} \times 100$$

Se considera que hay pérdida de peso cuando:

- Hay pérdida de peso del 5% en 1 mes.
- Hay pérdida de peso del 7,5% en 3 meses.
- Hay pérdida de peso del 10% en 6 meses.

Si el peso normal no se conoce, se puede estimar el peso ideal con la siguiente ecuación:

- Para hombres: $\text{peso ideal [kg]} = \text{estatura [cm]} - 100 - (\text{estatura [cm]} - 150) / 4$
- Para mujeres: $\text{peso ideal [kg]} = \text{estatura [cm]} - 100 - (\text{estatura [cm]} - 150) / 2,5$

Finalmente, para medir la reserva muscular hay 2 indicadores importantes:

- La **circunferencia de la pierna**, que se mide con la rodilla flexionada 90° y en el punto de mayor grosor de la pantorrilla. Este parámetro debe ser mayor a 31 cm.
La retención de líquidos puede alterar la medición de la circunferencia de la pierna.
- La **dinamometría de la mano** es una prueba simple y rápida útil para medir el déficit de fuerza de prensión de las manos isométrica. Es un buen indicador de la fuerza muscular y de riesgo de muerte por enfermedad en población de edad avanzada. Además, esta medida se relaciona con la fuerza muscular de las piernas.

Para la **valoración funcional**:

El test de **Velocidad de la Marcha** consiste en pedir a la persona que recorra 4 metros a su ritmo de marcha habitual y con los apoyos que suele utilizar (bastón, andador). Se utiliza un cronómetro para la prueba.

Distancia: 4 metros	Metros por segundo (m/seg.)	Puntuación
No puede hacerlo		0
Más de 8,7 segundos	Menos de 0,43 m/seg.	1
De 6,21 a 8,7 segundos	0,44 – 0,60 m/seg.	2
De 4,82 a 6,20 segundos	0,61 – 0,77 m/seg.	3
Menos de 4,82 segundos	Más de 0,78 m/seg.	4

- La persona mayor autónoma conseguirá 4 puntos.
- La persona mayor frágil conseguirá entre 3 y 1 punto.
- La persona mayor dependiente conseguirá 0 puntos.

Para una valoración global más completa se recomienda la prueba corta de desempeño físico llamada **Short Physical Performance Battery – SPPB** (Anexo 4) que puede ser aplicada por profesionales de fisioterapia.

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS

Se usan algunos parámetros bioquímicos como marcadores nutricionales. Los más habituales son:

- Las concentraciones de plasma de las proteínas viscerales, sintetizadas por el hígado, nos ayudan a medir de forma indirecta la masa proteica del cuerpo. La albúmina es una proteína fácil de determinar. Su principal problema como marcador nutricional es que tanto los cambios en la volemia como distintas situaciones patológicas o cualquier agresión pueden reducir sus valores plasmáticos. Es útil en personas con enfermedades crónicas porque tiene una vida media 18 días. La prealbúmina con una vida media 2 días es útil en personas con patologías agudas y también para ver la respuesta a la suplementación nutricional.
- El número total de linfocitos ayuda a medir la capacidad de respuesta inmunitaria.

Diversos estudios demuestran que la reducción de los niveles séricos de colesterol total se relaciona con el aumento del riesgo de mortalidad en personas mayores. Se consideraría normal tener el colesterol sérico total entre 3,36 - 4,13 mmol/l y como desnutrición si son menores a 3,36 mmol/l.

Parámetro	Normal	Leve	Moderada	Severa
Albúmina	Más de 3,5	3, - 3	2,9 – 2,5	Menos de 2,5
Linfocitos	Más de 1.600	1.600 - 1.200	1.200 - 800	Menos de 800
Colesterol	Más de 180	180 - 140	140 – 100	Menos de 100

CRITERIOS GLIM

En 2018 la Iniciativa de Liderazgo Global sobre Desnutrición ha publicado los **criterios GLIM - Global Leadership Initiative on Malnutrition** para conseguir un único sistema para identificar la desnutrición en diferentes entornos clínicos.

Hay desnutrición cuando se da 1 criterio fenotípico y 1 criterio etiológico.

	Criterio fenotípico				Masa muscular reducida*	Criterio etiológico	
	Pérdida de peso (%)		Bajo IMC (Kg/m ²)			Ingesta alimentaria o absorción reducida	Inflamación
	Últimos 6 meses	Más 6 meses	Menor 70 años	70 años o más			
Desnutrición moderada	5-10%	10-20%	< 20	< 22	Déficit leve a moderado	≤ 50% del requerimiento energético. Cualquier reducción por más de 2 semanas. Cualquier condición que afecte la absorción de alimentos	Enfermedad o injuria aguda relacionada con una enfermedad crónica
Desnutrición severa	> 10%	>20%	< 18,5	< 20	Déficit severo		

*Según medición antropométrica de circunferencia de brazo, perímetro de pantorrilla, examen físico nutricional y fuerza de prensión.

4. MEJORAR LA PRESENTACIÓN DE LA COMIDA

DIRECCIÓN DE COCINA, PERSONAL ASISTENTE DE COCINA, PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y PROFESIONAL DE REFERENCIA



El sabor, aroma y aspecto de la comida son importantes para que la persona coma. Una presentación aburrida de la comida, sobre todo en caso de comidas trituradas, está relacionada con una reducción de la ingesta en las personas mayores. En la presentación de los triturados se deben texturizar los alimentos para hacerlos más atractivos. Hay que ofrecer opciones para adaptar la comida a los gustos y preferencias de las personas aportando los nutrientes necesarios para su salud y ofrecer opciones para que las personas puedan elegir.

<https://www.matiainstituto.net/es/investigacion/investigacion-colaborativa/ponte-en-mi-comedor>

5. CUIDAR EL ENTORNO PARA MEJORAR EL BIENESTAR

PROFESIONAL DE REFERENCIA

El lugar en el que come la persona importa mucho para que coma a gusto. El tamaño del comedor, la iluminación, el olor a comida y la decoración hacen que el comedor sea un sitio que invita a disfrutar de la comida. Es importante revisar las características que tiene el comedor y promover que se hagan los cambios necesarios para conseguir un ambiente hogareño en el comedor.

<https://www.matiainstituto.net/es/investigacion/investigacion-colaborativa/ponte-en-mi-comedor>

6. PROMOVER LA PARTICIPACION Y LAS RELACIONES SOCIALES

PROFESIONAL DE REFERENCIA

Las relaciones sociales y la participación en las actividades que se desarrollan en las comidas pueden ser más importantes que el entorno o la propia comida. El trato, la conversación y las prácticas profesionales adecuadas y respetuosas pueden hacer del momento de las comidas un momento cotidiano de disfrute y bienestar.

<https://www.matiainstituto.net/es/investigacion/investigacion-colaborativa/ponte-en-mi-comedor>

7. ELABORAR UN PLAN NUTRICIONAL PERSONALIZADO

PROFESIONAL DE REFERENCIA

Con la información recogida la persona Profesional de Referencia con el apoyo de profesionales de medicina y enfermería, prepara un **Plan Nutricional Personalizado** (Anexo 5). El plan incluirá las recomendaciones acerca de los gustos y preferencias de la persona y las opciones para atender sus necesidades. Se deben considerar también las preferencias de la persona que pueden implicar algún riesgo. En estos casos, se debe hacer una reflexión conjunta con la persona, la familia y la persona Profesional de Referencia para buscar las mejores alternativas para esas preferencias.

El Plan Nutricional Personalizado debe incluir las capacidades cognitivas y funcionales a mantener y las relaciones sociales a potenciar durante las comidas.

Si hace falta, se hará un **plan de enriquecimiento nutricional** (Anexo 6).

<https://www.matiainstituto.net/es/rutas-acp>



RECOMENDACIONES CLAVE

PARA LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

- Utilizar el instrumento "Cómo Quiero comer" para recoger la información sobre los gustos y preferencias de la persona respecto a la alimentación y la hora de comer.
- Adecuar el comedor para conseguir un ambiente hogareño que estimule el apetito y las relaciones sociales durante las comidas.
- Buscar alternativas para adaptar las comidas a los gustos y preferencias de las personas y promover su autonomía dándoles opciones.
- Promover las relaciones sociales y la participación de la persona durante la comida para mejorar su capacidad funcional y su bienestar emocional.
- Realizar un cribado nutricional mensual a cada persona para identificar el riesgo de malnutrición.
- Realizar una valoración nutricional exhaustiva en caso de riesgo de malnutrición o malnutrición detectada con el cribado nutricional.
- Establecer un plan nutricional personalizado adaptado a la situación nutricional de la persona.
- Programar un seguimiento cada cierto tiempo y las interconsultas necesarias con atención primaria y atención hospitalaria si hace falta.



ANEXO 1. CÓMO QUIERO COMER

CÓMO QUIERO COMER		Fotografía reciente
Nombre y Apellidos		
Cómo quiero que me llamen		
Profesional de Referencia		

<ul style="list-style-type: none"> • Mi rutina a la hora de las comidas es..... <i>Reflejamos cuál es la rutina de la persona en este momento del día, sus costumbres y sus preferencias.</i> • Necesito apoyo en <i>Se indican los apoyos y cuidados que necesita la persona durante la comida, respetando su dignidad y promoviendo su autonomía y su bienestar.</i> • Anímame a _____. <i>Anotamos aquí aquello en lo que necesita que se le anime para favorecer que mantenga sus capacidades y autonomía.</i> • Me..... cuando..... Me puedes ayudar <i>Solo cuando es necesario reflejamos si la persona tiene algún comportamiento que nos reta fruto de una necesidad no cubierta que debemos conocer para la hora de las comidas.</i> • Otros cuidados: <i>Información a tener en cuenta cuando vamos a prestar apoyo a la persona en la hora de las comidas.</i> • Riesgos <i>Preferencias y condiciones que implican riesgos que debemos conocer y las acciones para minimizarlos, sin menoscabar la autonomía de la persona.</i>
--

Si la persona tiene deterioro cognitivo o demencia, esta información se debe recoger con ayuda de la familia.

FIRMADO:

Profesional de Referencia

ANEXO 2. CRIBADO NUTRICIONAL

CUESTIONARIO PARA EL CRIBADO NUTRICIONAL		Fotografía reciente
Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)		
Nombre y Apellidos		
Cómo quiero que me llamen		
Profesional de Referencia		

A	¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0= ha comido mucho menos 1= ha comido menos 2= ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B	Pérdida reciente de peso (menos de 3 meses) 0= pérdida de peso de más de 3 kg 1= no lo sabe 2= pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3= no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C	Movilidad 0= de la cama al sillón 1= autonomía en el interior del centro 2= sale del centro	<input type="checkbox"/>
D	¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0= Sí 2= No	<input type="checkbox"/>
E	Problemas neuropsicológicos 0= demencia o depresión grave 1= demencia leve 2= sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F	Índice de masa corporal (IMC) 0= IMC <19 1= IMC 19 a <21 2= IMC 21 a <23 3= IMC ≥23	<input type="checkbox"/>
Puntuación total		<input type="checkbox"/>
Interpretación máximo 14 puntos: 12-14 puntos: la persona tiene un estado nutricional normal 8-11 puntos: la persona está en riesgo de malnutrición 0-7 puntos: la persona está en situación de malnutrición		

Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)

CUESTIONARIO PARA EL CRIBADO DE DISFAGIA Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)		Fotografía reciente
Nombre y Apellidos		
Cómo quiero que me llamen		
Profesional de Referencia		

Responda a cada pregunta escribiendo en el recuadro la puntuación teniendo en cuenta hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas.

1	Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.							<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	0	1	2	3	4	Es un problema serio	
2	Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad de comer fuera del centro							<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	0	1	2	3	4	Es un problema serio	
3	Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.							<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	0	1	2	3	4	Es un problema serio	
4	Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.							<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	0	1	2	3	4	Es un problema serio	
5	Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.							<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	0	1	2	3	4	Es un problema serio	
6	Tragar es doloroso							<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	0	1	2	3	4	Es un problema serio	
7	El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.							<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	0	1	2	3	4	Es un problema serio	
8	Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.							<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	0	1	2	3	4	Es un problema serio	
9	Toso cuando como.							<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	0	1	2	3	4	Es un problema serio	
10	Tragar es estresante.							<input type="checkbox"/>
	Ningún problema	0	1	2	3	4	Es un problema serio	

Suma el número de puntos y escribe la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)

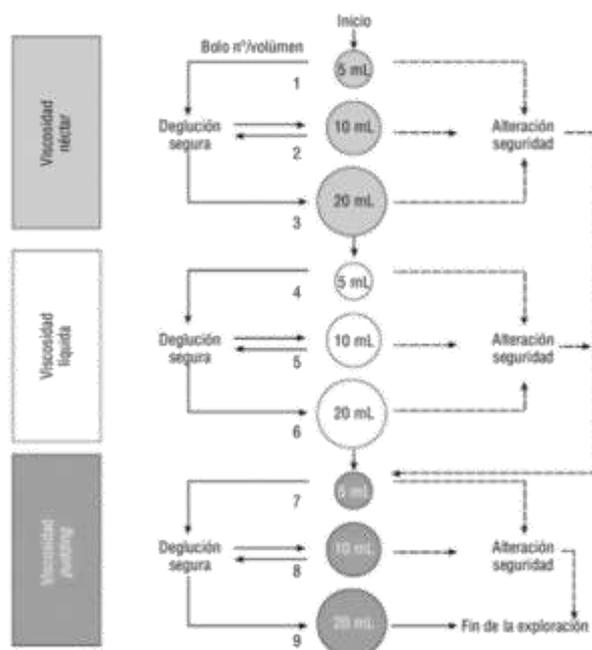
Si la puntuación total es mayor o igual a 3, la persona presenta problemas para tragar de manera eficaz y segura.

ANEXO 3. VALORACIÓN NUTRICIONAL

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA INGESTA		Fotografía reciente
Nombre y Apellidos		
Cómo quiero que me llamen		
Profesional de Referencia		

	Todo	Casi todo	La mitad	Casi nada	Nada
Desayuno					
Merienda					
Comida					
1 ^{er} plato					
2 ^o plato					
Postre					
Merienda					
Cena					
1 ^{er} plato					
2 ^o plato					
Postre					

Cuestionario de valoración de la ingesta



Test de Volumen - Viscosidad

ANEXO 4. PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO

PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO Short Physical Performance Battery – SPPB		Fotografía reciente
Nombre y Apellidos		
Cómo quiero que me llamen		
Profesional de Referencia		
1. Prueba de balance		
A	Pararse con los pies uno al lado del otro ¿Mantuvo la posición al menos 10 segundos? Si la persona no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Sí <input type="checkbox"/> 1 punto No <input type="checkbox"/> 0 puntos Se rehúsa <input type="checkbox"/>
B	Pararse en posición semi-tándem ¿Mantuvo la posición al menos 10 segundos? Tiempo en segundos _____ (máximo 15)	Sí <input type="checkbox"/> 1 punto No <input type="checkbox"/> 0 puntos Se rehúsa <input type="checkbox"/>
C	Pararse en posición tándem ¿Mantuvo la posición al menos 10 segundos? Tiempo en segundos _____ (máximo 15)	Sí <input type="checkbox"/> 2 puntos (10-15 segundos) Sí <input type="checkbox"/> 1 punto (3 -9,99 segundos) No <input type="checkbox"/> 0 puntos (< 3 segundos) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
SUBTOTAL		Puntos: /4
2. Velocidad de la marcha (recorrido de 4 metros)		
A	Primera medición Tiempo requerido para recorrer la distancia. Si la persona no logró completarlo, finaliza la prueba.	Segundos _____ Se rehúsa <input type="checkbox"/>
B	Segunda medición Tiempo requerido para recorrer la distancia. Si la persona no logró completarlo, finaliza la prueba.	Segundos _____ Se rehúsa <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1= >8,70 segundos <input type="checkbox"/> 2= 6,21 a 8,70 segundos <input type="checkbox"/> 3= 4,82 a 6,20 segundos <input type="checkbox"/> 4= <4,82 segundos		
SUBTOTAL		Puntos: /4
3. Prueba de levantarse 5 veces de la silla		
A	Prueba previa (no se califica, solo es para decidir si pasa a B) ¿La persona se levanta de la silla sin apoyarse en los brazos? Si la persona no logra completarlo, finaliza la prueba.	Sí <input type="checkbox"/> 1 punto No <input type="checkbox"/> 0 puntos Se rehúsa <input type="checkbox"/>
B	Prueba repetida de levantarse de una silla Tiempo requerido para levantarse 5 veces de una silla.	Segundos _____ Se rehúsa <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 0= Incapaz de realizar 5 repeticiones o tarda >60 segundos <input type="checkbox"/> 1= 16,7 a 60 segundos <input type="checkbox"/> 2= 13,7 a 16,69 segundos <input type="checkbox"/> 3= 11,2 a 13,69 segundos <input type="checkbox"/> 4= ≤1,19 segundos		
SUBTOTAL		Puntos: /4
TOTAL (1+2+3)/12		Puntos: /12

ANEXO 5. PLAN NUTRICIONAL PERSONALIZADO

PLAN NUTRICIONAL PERSONALIZADO		Fotografía reciente
Nombre y Apellidos		
Cómo quiero que me llamen		
Profesional de Referencia		

COMO QUIERO COMER			
Dieta y preferencias			
Apoyo y supervisión			
Otros cuidados			
Riesgos			
VALORACIÓN NUTRICIONAL			
Fecha	Registro peso	Pérdida de peso	MNA
RECOMENDACIONES DIETÉTICAS			
Enriquecimiento dieta:			
PROTEICO		CALORICO	
Suplementación			
Espesantes			

FIRMADO:

Geriatra	Profesional de Enfermería	Profesional de Referencia

ANEXO 6. PLAN DE ENRIQUECIMIENTO NUTRICIONAL

Para aumentar el aporte de calorías y proteínas:

LECHE

Leche en polvo (10 cucharadas) en cada litro de agua o añadir leche entera.
A primeros platos (sopas, purés y cremas), salsas y postres (batidos, fruta fresca).
Tómela acompañada de cereales y miel.

YOGURT

A batidos de fruta, cereales integrales y sin azúcar y salsas para ensaladas.
Acompáñelo de frutos secos troceados o molidos, frutas desecadas y miel.

QUESO

Quesos de calidad a purés, sopas, cremas, pasta integral, ensaladas, tortillas, suflés y crepes.
En cualquier tipo de bocadillos con base de pan integral, verduras y hortalizas.

HUEVO

Cocido troceado, rallado o triturado a ensaladas, legumbres, arroz integral, pasta integral, patata, sopas, purés, cremas, verduras, ensaladas, salsas, batidos de leche y helados caseros sin azúcar.
Claros de huevo entero cocido a rellenos de tartas de verdura, bechamel, postres como flan o natillas caseros sin azúcar.

CARNE BLANCA Y PESCADO

Empanados (con pan integral), rebozados, guisados.
Sumergirlos en leche antes de cocinarlos.
Troceados o triturados en platos de verduras, ensaladas, salsas, sopas, cremas, etc.
Como relleno en tortillas, berenjenas, calabacines, al horno, etc.
En potajes y cocidos de legumbres.
Sofritos de verduras con aceite de oliva virgen extra con legumbres, pasta integral, arroz integral, etc.
Con salsas caseras de tomate frito.

Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no Deseada

Entidades colaboradoras



FOTOGRAFÍA

Las fotografías utilizadas en este protocolo se han descargado bajo licencia de Freepik (<https://www.freepik.es/>) o han sido compartidas por el Centro Residencial de Personas Mayores El Buen Samaritano (Málaga) para este uso.