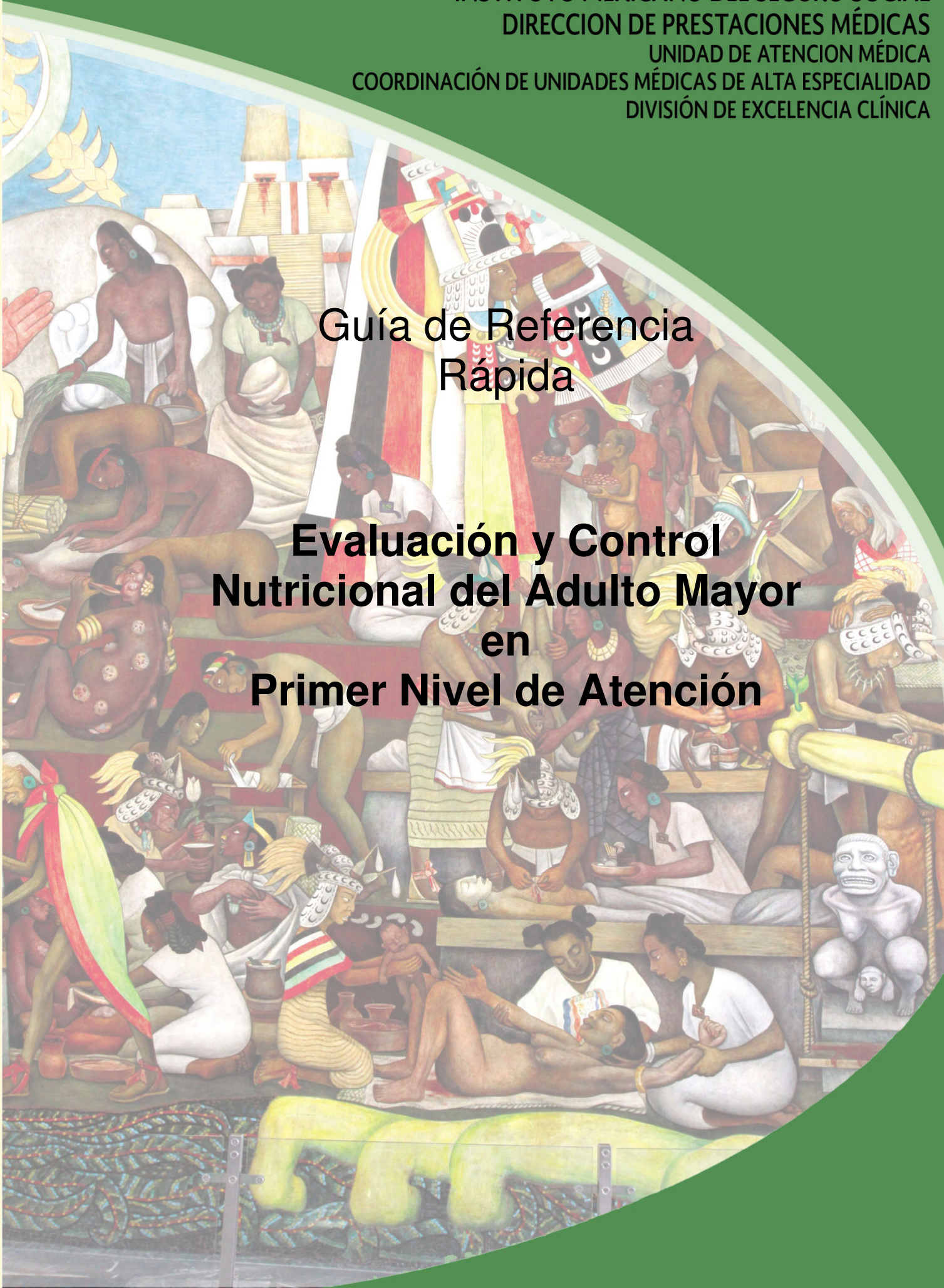


## Guía de Referencia Rápida

# Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención



## Guía de Referencia Rápida

# GPC

**Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor  
en Primer Nivel de Atención**  
ISBN 978-607-8270-66-8

### DEFINICIÓN

El estado de nutrición en el adulto mayor está relacionado con el proceso de envejecimiento, y a su vez este proceso está influenciado por el estado de nutrición mantenido a lo largo de la vida. Durante el envejecimiento, se producen cambios corporales (aumento de masa grasa, disminución de masa magra), aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias, que coexisten con enfermedades crónicas y agudas. Asimismo, el estado nutricional del adulto mayor se ve influenciado por el deterioro de sus capacidades funcionales, por polimedicación y por la situación socioeconómica en que se encuentra. Si el adulto mayor tiene una funcionalidad limitada, difícilmente podrá alimentarse por sí mismo y dependerá de terceras personas y/o si vive solo, será aún más difícil que se alimente, por lo que se encontrará en mayor riesgo de desnutrición. Lo mismo ocurre con los adultos mayores que viven en extrema pobreza y que además, tienen problemas de masticación y/o de deglución.

En esta etapa, el apetito, así como la cantidad de alimentos ingeridos tiende a declinar debido a la ingesta de alimentos con bajo valor nutrimental o energético (caldos, atole de agua, verduras muy cocidas), por lo que se debe tener especial cuidado en proporcionar una dieta suficiente, que contenga todos los nutrientes y atractiva. Cuando los adultos mayores incorporan dietas saludables pueden revertirse o retrasarse muchos de los cambios asociados al proceso de envejecimiento, asegurando de este modo, que muchos de ellos puedan continuar viviendo en forma independiente y disfrutando de una buena calidad de vida, que les permita compartir activamente dentro de la familia y de la comunidad.

La desnutrición afecta entre el 1% y 15% de adultos mayores ambulatorios, entre el 25% y 60% de pacientes que cuentan con servicios de salud y un 35% a 65% en pacientes hospitalizados. Se ha encontrado que la desnutrición está asociada con estancia hospitalaria prolongada, y esta incrementa la morbilidad y mortalidad, además de estar ligada al abatimiento funcional.

En la Ciudad de México se realizó una encuesta llamada “salud, bienestar y envejecimiento” (SABE 2000) en la que se encontró que aproximadamente el 31.8% de los adultos mayores presentan algún grado de desnutrición, para determinar el estado nutricional se tomó en cuenta el Índice de Masa



## INTERROGATORIO

### Historia Clínica completa

Identificación factores de riesgo como son daño a la salud y otras condiciones médicas:

- Problemas dentarios
- Disfagia
- Disgeusia,
- Interacción fármaco-nutrimiento
- Identificar medicamentos que puedan causar anorexia o nausea
- Limitación de la movilidad
- Actividad física
- Condición económica

Indagar sobre:

- Cambio de la talla de ropa
- Historia dietética
- Historia social y psicosocial
- Identificación de comorbilidades
- Identificar redes de apoyo

## EXPLORACIÓN FÍSICA

La evaluación integral en el adulto mayor debe explorar los aspectos:

- Físicos
- Mentales
- Emocionales
- Sociales
- Nutricios

Existen diversas escalas para evaluar los aspectos listados arriba, de las cuales se elegirá la que conozca mejor quien realiza la evaluación, se debe tomar en cuenta:

- Tiempo que se ocupa para realizarlas
- Tiempo disponible
- Condiciones particulares de cada adulto mayor

Identificar:

- Uso de prótesis dentales
- Caries
- Laceraciones bucales
- Boca seca
- Trastornos deglutorios

**Antropometría:**

- Peso
- Talla
- Altura de la rodilla (cuando no se

El perímetro de cintura es considerado un buen parámetro para evaluar la masa grasa visceral en todas las edades y está asociado a factores de riesgo cardiovascular relacionados con obesidad en el adulto mayor.

Es de alto riesgo:

- Hombres > 90 cm
- Mujeres >80 cm

El IMC ideal para los ancianos aun no está definido y se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente entre 23-28 (kg/m<sup>2</sup>).

No existe evidencia de que en el anciano las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo.

Niveles de IMC significativamente más altos de 28 o más bajos de 23 son claramente no recomendables.

<p>pueda medir la talla o se tenga duda sobre la talla)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de masa corporal</li> <li>• Circunferencia media del brazo</li> <li>• Circunferencia de pantorrilla</li> <li>• Cintura</li> <li>• Circunferencia de cadera</li> <li>• Índice cintura-cadera</li> </ul>	<p>Por lo anterior y en tanto no se tenga IMC específico para adulto mayor, usaremos la clasificación de la OMS</p> <p>Peso normal..... 18.5 – 24.9</p> <p>Sobrepeso..... 25 – 29.9</p> <p>Obesidad grado I ..... 30 – 34.9</p> <p>Obesidad grado II..... 35 – 39.9</p> <p>Obesidad grado III ..... &gt; 40</p>
--	---

### **PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA EL DIAGNÓSTICO INTEGRAL**

- Índice de Barthel.- Evalúa Autonomía para las actividades de la vida diaria
- Mini mental Folstein
- Escala Geriátrica de depresión (GDS) de Yesavage
- Evaluación nutricional del adulto mayor con DNA de Payette
- Evaluación nutricional del adulto mayor con Mini Nutritional Assessment (MNA)

Cuadros I - V

### **ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE**

Los estudios de laboratorio serán los que a juicio del médico tratante sean de ayuda para determinar el estado de nutrición, así como para valorar el estado de comorbilidades

### **REFERENCIA AL DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN**

Se enviará a todos los pacientes adultos mayores al servicio de nutrición para evaluación, control y seguimiento nutricional.

Se requiere manejo nutricional especializado en los siguientes casos:

- Pérdida de peso > 5% en 30 días ó > 10% en 6 meses sin intención ni causa aparente
- IMC < 18
- IMC > 25
- Cuando el paciente no consuma por lo menos ¼ de sus alimentos diarios durante un periodo de 7 días

## CONTROL NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DESNUTRIDO

- Incrementar el aporte energético y proteico
- Proporcionar un plan de alimentación balanceado en hidratos de carbono, lípidos y proteínas
- Se recomienda el siguiente balance para la dieta del adulto mayor con desnutrición sin comorbilidad:
  - Carbohidratos \_\_ 50%
  - Proteínas \_\_\_\_\_ 20%
  - Grasas \_\_\_\_\_ 30%
- En el adulto mayor se aumentará el 25% del requerimiento energético total calculado a partir de 30 a 35 Kcal./Kg./día para incrementar su peso Ejemplo:

Peso actual 49 Kg.

$$\begin{aligned} & - 30 \text{ Kcal.}(49 \text{ Kg.})= 1470 \\ & \text{Kcal.}(0.25)= 367 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & - 1470 + 367 = 1837 \text{ Kcal.} \\ & \text{requerimiento energético diario} \\ & \text{total} \end{aligned}$$

- Para restaurar el déficit, de proteínas la ingesta debe ser de 1,5 a 2 g/Kg./día.

- Las recomendaciones de agua son las siguientes:

- a) 30 a 35 ml por kg de peso corporal
- b) Con un mínimo o 1500 ml/día
- c) 1 a 1,5 ml por kcal consumida.

Adicionar las pérdidas que se presenten secundarias a enfermedades o medicamentos.

- El balance de la dieta para Desnutrición con comorbilidad dependerá de la patología

## CONTROL NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR CON OBESIDAD

- En los adultos mayores el sobrepeso no siempre representa un factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónico degenerativas
- El sobre peso, en ocasiones puede ser factor protector de fracturas y osteoporosis
- Es muy importante descartar la presencia de Sarcopenia en pacientes con sobrepeso u obesidad ya que no es recomendable que realicen dietas de reducción pues el problema se puede agravar, dado que al perder peso también pierden masa muscular.

- Los adultos mayores obesos con comorbilidades deberán seguir los lineamientos específicos de acuerdo a su patología.
- Una modificación en la dieta del adulto mayor con el propósito de reducir su peso puede basarse en la reeducación y modificación en los hábitos alimenticios y debe ser mantenida de por vida.
- Una reducción de peso corporal del 10% disminuye problemas relacionados con la obesidad y su riesgo cardiovascular

- La dieta de reducción siempre debe ir acompañada de un plan de actividad física enfocado principalmente a preservar la masa muscular.
- Por lo anterior se debe tener mucho cuidado antes de prescribir una dieta de reducción y analizar los pros y los contras para la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

La dieta de los adultos mayores con obesidad debe tener las siguientes características:

- El primer paso es adecuar el plan de alimentación basado en los requerimientos de acuerdo al peso ideal para asegurar el aporte de micronutrientes y disminuir el aporte energético habitual, acompañado de incremento en la actividad física, ya que la disminución de esta favorece el incremento de peso
- La meta es reducir las ingesta energética y no de nutrientes, se recomienda una reducción de 500 Kcal. por día de su consumo habitual esperando una reducción de 450 g en al menos una semana.

- Se recomienda el siguiente balance en la dieta de reducción de adultos mayores sin comorbilidad:

- Carbohidratos \_\_ 50-60%
- Proteínas \_\_\_\_\_ 25%
- Grasas \_\_\_\_\_ 25%

- Las recomendaciones de agua son las siguientes:

- a) 30 a 35 ml por kg de peso corporal
- b) Con un mínimo o 1500 ml/día
- c) 1 a 1,5 ml por kcal consumida.

## CONTROL NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR CON ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL

La dieta de los adultos mayores con adecuado estado nutricional debe tener las siguientes características:

- El primer paso es adecuar el plan de alimentación basado en los requerimientos de acuerdo al peso ideal para asegurar el aporte de micronutrientes
- En los adultos mayores se debe promover la reeducación y modificación de sus hábitos alimenticios y estilo de vida para lograr un mejor estado de nutrición y por lo tanto mejorar su calidad de vida.
- Los adultos mayores con adecuado estado nutricional con comorbilidades deberán seguir los lineamientos específicos de acuerdo a su patología.
- En el adulto mayor se recomienda 30 Kcal./Kg./día para mantener su peso.
- Las recomendaciones son las siguientes:  
A. 30 a 35 ml por Kg. de peso corporal, con un mínimo o 1500 ml/día y 1.5ml por Kcal consumida.

- Se recomienda el siguiente balance en la dieta de los adultos mayores con adecuado estado nutricional sin comorbilidad:
  - Carbohidratos \_\_ 50-60%
  - Proteínas \_\_\_\_\_ 25%
  - Grasas \_\_\_\_\_ 25%
- Reducir el consumo de colesterol a 300 mg diario
- Aportar proteína de alta calidad biológica: de fácil digestión y masticación, vitaminas y minerales aportar principalmente calcio, magnesio, zinc, hierro, selenio, cromo silicio, folatos, vitaminas C, D, E y B12, moderar el sodio, limitar la ingesta de sal común.
- Consumir 5 raciones diarias de verduras y frutas frescas en especial de hoja verde, amarillas y cítricos.
- Evitar alimentos con pocos nutrientes como azúcar de mesa y harinas refinadas
- Las recomendaciones de agua son las siguientes:
  - a) 30 a 35 ml por kg de peso corporal
  - b) Con un mínimo o 1500 ml/día
  - c) 1 a 1,5 ml por kcal consumida.

## **RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA NUTRICION DEL ADULTO MAYOR**

- Evitar alimentos con pocos nutrientes como azúcar de mesa y harinas refinadas
- El exceso de hidratos de carbono simples se debe evitar, ya que esto puede dar lugar a hiperglucemia.
- Los hidratos de carbono complejos no es necesario restringirlos
- Adicionar las pérdidas que se presenten secundarias a enfermedades o medicamentos.
- Incluir al paciente y a su familia en las decisiones sobre la alimentación, de manera que, se conozcan sus gustos y pueda tener mayor apego al plan de alimentación. La participación en el diseño del menú, revisión y selección de alimentos es también importante
- Ofrecer comidas considerando las preferencias alimentarias, la consistencia y la temperatura junto con la elección de alimentos étnicos
- La inclusión de multivitaminas, calcio, vitamina D, vitamina B, ácido fólico , será a criterio del especialista en nutrición
- Indicar dieta fraccionada
- Promover dieta con alimentos naturales
- Adicionar saborizantes a los alimentos, si fuera necesario.
- Si la dieta es adecuada no se necesitan complementos, el uso de complementos nutricionales lo determinara el nutriólogo que atiende al adulto mayor
- Promover asistencia alimentaría
- Un dieta rica en fibra puede contribuir a normalizar la función intestinal
- Asegurar una adecuada salud bucal por ser considerada factor de riesgo para la disminución de la ingesta a través de alteración del gusto y la dificultad de masticar y tragar
- Mantener la ingesta optima flúor
- Promover el ejercicio regular para conservar y favorecer el incremento de la masa muscular y estimular el apetito.
- Recomendar siempre Ejercicio ya sea pasivo o activo, de acuerdo a las condiciones físicas del adulto mayor
- De acuerdo a la National Council Research no se recomienda consumo de alcohol.



## **CRITERIOS DE REFERENCIA**

- Enviar a todos los pacientes adultos mayores al departamento de nutrición para su evaluación, control y seguimiento nutricional.
- Iniciar soporte nutricional especializado por el servicio de nutrición en segundo nivel de atención en adulto mayor con un IMC < 18 y que no ha respondido al tratamiento nutricional del primer nivel de atención en un periodo de 3 meses
- Iniciar soporte nutricional especializado por el departamento de nutrición en segundo nivel de atención en adulto mayor con un IMC > 30 (23 o 25 en talla baja) y que no ha respondido a tratamiento nutricional en un periodo de 3 meses
- Iniciar soporte nutricional especializado por el departamento de nutrición en segundo nivel de atención en el adulto mayor desnutrido u obeso sin comorbilidad y que no ha respondido a tratamiento nutricional en primer nivel de atención en un periodo de 3 meses
- Referir a Geriátría o Medicina Interna al adulto mayor desnutrido u obeso con comorbilidad descontrolada que no ha respondido a tratamiento nutricional en un periodo de 3 meses
- Referir a Geriátría o Medicina Interna al adulto mayor con un IMC < 18 que no ha respondido a tratamiento nutricional en un periodo de 3 meses
- Referir a Geriátría o Medicina Interna al adulto mayor con un IMC > 30 (23 o 25 en talla baja) que no ha respondido a tratamiento nutricional en un periodo de 3 meses

## **VIGILANCIA POR MÉDICO FAMILIAR**

Se sugiere el siguiente plan de visitas para manejo y seguimiento nutricional de los adultos mayores, por parte de su médico familiar

- Adultos mayores sanos cada 6 meses
- Adultos mayores con desnutrición cada mes
- Adultos mayores con sobrepeso u obesidad cada mes

## ESCALAS

### Cuadro I. Índice de Barthel (Autonomía para las actividades de la vida diaria)

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Comer**

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

**Lavarse – bañarse**

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la regadera o tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

**Vestirse**

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	Necesita ayuda por otra persona

**Arreglarse**

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

**Defecación**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Incontinente o necesita ayuda con enemas o supositorios menos de una vez por semana
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

**Micción - valorar la situación en la semana previa**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Máximo uno en 24 horas
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

**Ir al retrete**

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y bajar la palanca del WC. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinica (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

**Trasladarse sillón/cama**

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y acuesta y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

**Deambulaci3n**

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rsela y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	Supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente / silla de ruedas	En 50 metros, debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

**Subir y bajar escaleras**

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n f3sica o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

**Puntuaci3n Total:**

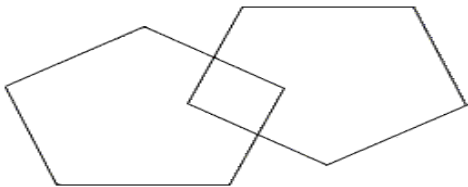
Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretaci3n son:

- 0-20 Dependencia total
- 21-60 Dependencia severa
- 61-90 Dependencia moderada
- 91-99 Dependencia escasa
- 100 Independencia

**INSTRUCCIONES :**

El rango de posibles valores del Índice de Barthel est3 entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuaci3n, m3s dependencia y a mayor puntuaci3n, m3s independencia. Adem3s, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categor3as –las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, 3 puntos– resultando un rango global entre 0 y 20.

**Cuadro II. Examen MMSE de Folstein**  
(Evalúa el estado mental)

<b>Orientación</b>	<b>Puntos</b>
¿Qué año-estación-fecha-día-mes es?	.....(5)
¿Dónde estamos? (estado-país-ciudad-hospital-piso)	.....(5)
<b>Memoria Inmediata</b>	
Repetir 3 nombres ("mesa", "llave", "libro"). Repetirlos de nuevo hasta que aprenda los tres nombres y anotar el número de ensayos.	.....(3)
<b>Atención y cálculo</b>	
Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas. Como alternativa, deletrear "mundo" al revés.	.....(5)
<b>Recuerdo diferido</b>	
Repetir los tres nombres aprendidos antes	.....(3)
<b>Lenguaje y construcción</b>	
Nombrar un lápiz y un reloj mostrados	.....(2)
Repetir la frase "Ni sí es, ni no es, ni peros"	.....(1)
Realizar correctamente las tres órdenes siguientes: "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"	.....(3)
Leer y ejecutar la frase "Cierre los ojos"	.....(1)
Escribir una frase con sujeto y predicado	.....(1)
Copiar este dibujo: 	.....(1)
<b>Puntuación total:</b>	.....(30)

El punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos. Si hay que anular algún tem (a causa de analfabetismo, ceguera, hemiplejia...) se recalcula proporcionalmente. Por ejemplo, 21 puntos sobre 26 posibles equivaldrían a un resultado de 24 puntos (redondeando al entero más próximo).

La siguiente tabla proporciona datos de referencia en función de la edad y del nivel educativo, y puede servir para comparar con los resultados de un paciente. La tabla es una traducción de la contenida en: R.M. Crum, J.C. Anthony, S.S. Bassett and M.F. Folstein. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. JAMA 1993;269(18):2386-2391

**Cuadro III. Escala Geriátrica de depresión (GDS) de Yesavage**  
(Versión abreviada o reducida)

Item	Pregunta a realizar	1 punto Si la respuesta es afirmativa
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	
3	¿Siente que su vida está vacía?	
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	
10	¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	
13	¿Se siente lleno de energía?	
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	
15	¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	

Puntuación Total  
0 a 5 \_\_\_\_ Normal

6 a 9 \_\_\_\_ Depresión leve

Más de 10 \_\_\_\_ Depresión establecida

### Cuadro IV. Evaluación nutricional del adulto mayor con DNA de Payette

DNA (Dépistage Nutritionnel des Aînés) de Payette		
Tamizaje de problemas de alimentación en personas adultas mayores		
Peso actual _____ kg. Talla: _____ cm.		
<b>Marque la respuesta que corresponde al estado de la persona:</b>		
<b>La persona:</b>		
Es muy delgada (percepción del encuestador)	Si	2
	No	1
¿Ha perdido peso en el curso del último año?	Si	2
	No	1
¿Sufre de artritis con repercusión en la realización de sus actividades diarias?	Si	2
	No	1
¿Incluso con anteojos, su vista es?	Buena	0
	Regular	1
	Mala	2
¿Tiene buen apetito?	Frecuentemente	0
	Algunas veces	1
	Nunca	2
¿Ha vivido recientemente algún acontecimiento que le ha afectado profundamente (Ej.: enfermedad personal, pérdida de un familiar)?	Si	1
	No	0
<b>¿Qué es lo que habitualmente come en el desayuno o almuerzo?</b>		
Frutas o jugo de frutas	Si	0
	No	1
Huevo, queso, frijoles o carne.	Si	0
	No	1
Tortilla , pan o cereal	Si	0
	No	1
Leche (más de ¼ de taza)	Si	0
	No	1
		<b>Total: _____</b>
Calificación	Riesgo Nutricional	Recomendaciones
6-13	Elevado	Ayuda para la preparación de las comidas y colaciones. Consulta con un profesional de la nutrición Aplique MNA
3-5	Moderado	Supervisión constante de la alimentación (vigilar consumo de alimentos, orientar y animar) Aplique MNA
0-2	Bajo	Vigilancia en cuanto a la aparición de un factores de riesgo (cambio de situación, pérdida de peso)

Fuente. Payette H. All right reserved. ENS Translated from English Version



## Cuadro V. Evaluación nutricional del adulto mayor con Mini Nutritional Assessment (MNA)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

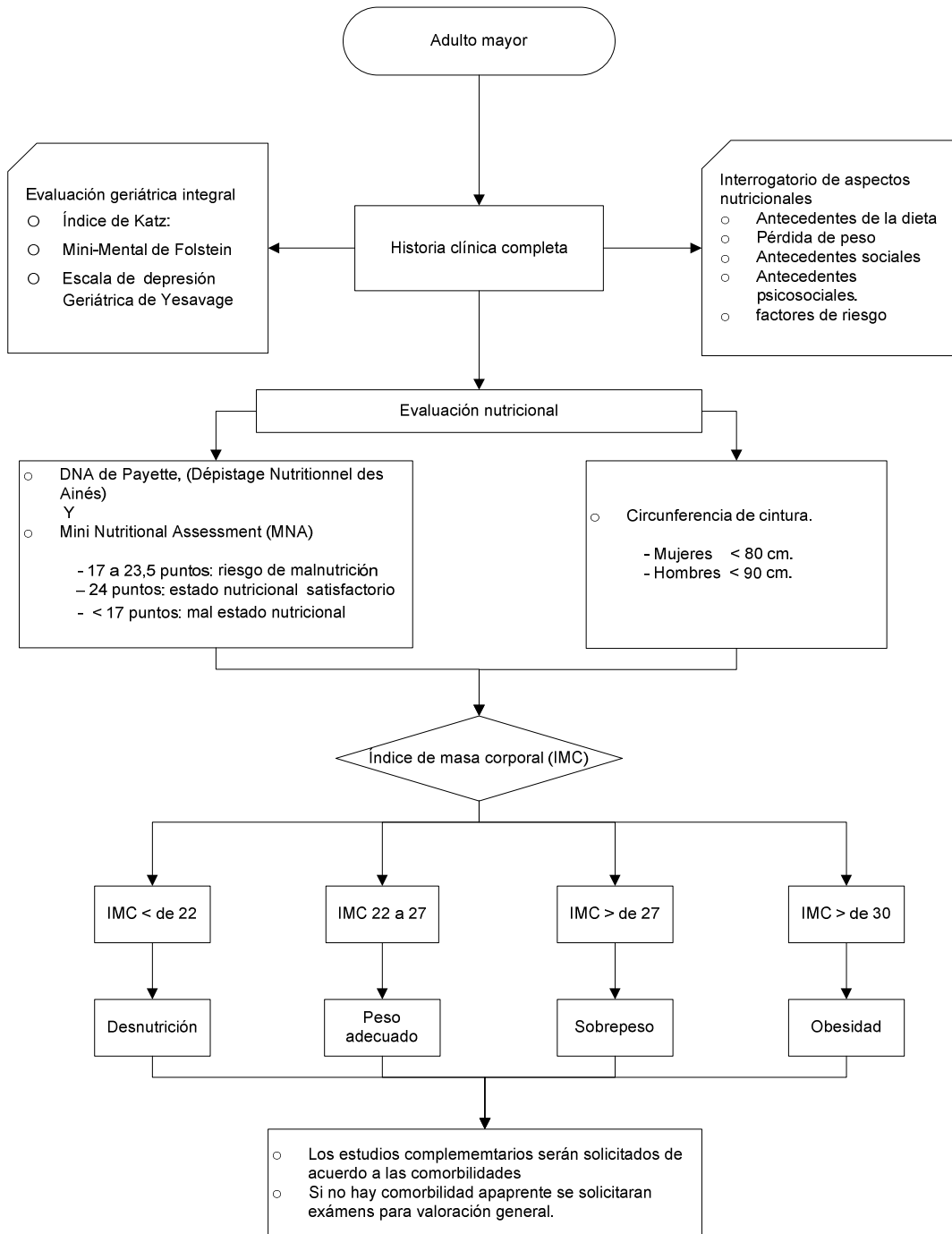
Edad \_\_\_\_\_ Peso en kg. \_\_\_\_\_ Talla en cm. \_\_\_\_\_ Altura talón-rodilla \_\_\_\_\_

<p><b>I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS</b></p> <p><b>1. Índice de masa corporal (IMC=Peso/talla<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)</b>            0 = IMC &lt; 19            1 = 19 &lt; IMC &lt; 21            2 = 21 &lt; IMC &lt; 23            3 = IMC &gt; 2</p>	<p><b>12. ¿El paciente consume?</b></p> <p>¿Productos lácteos al menos una vez al día?    si    no            ¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana?    si    no            ¿Carne, pescado o aves, diariamente?    si    no            0,0 = si 0 ó sí            0,5 = si 2 sí            1,0 = si 3 sí</p>
<p><b>2. Circunferencia branquial (CB en cm)</b>            0,0 = CB &lt; 21            0,5 = 21 &lt; CB &lt; 22            1,0 = CB &gt; 22</p>	<p><b>13. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces por día?</b>            0 = No      1 = Sí</p>
<p><b>3. Circunferencia de la pierna (CP en cm)</b>            0 = CP &lt; 31      1 = CP &gt; 31</p>	<p><b>14. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses?</b>            0 = Anorexia severa            1 = Anorexia moderada            2 = Sin anorexia</p>
<p><b>4. Pérdida reciente de peso (&lt; 3 meses)</b>            0 = Pérdida de peso &gt; a 3 kg.            1 = No lo sabe            2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kg.            3 = No ha habido pérdida de peso</p>	<p><b>15. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza...)</b>            0,0 = Menos de 3 vasos            0,5 = De 3 a 5 vasos            1,0 = Más de 5 vasos</p>
<p><b>II. EVALUACIÓN GLOBAL</b></p> <p><b>5. ¿El paciente vive en su domicilio?</b>            0 = No      1 = Sí</p>	<p><b>16. Forma de alimentarse</b>            0 = Necesita ayuda            1 = Se alimenta sólo con dificultad            2 = Se alimenta sólo sin dificultad</p>
<p><b>6. ¿Toma más de tres medicamentos por día?</b>            0 = Sí      1 = No</p>	<p><b>IV. VALORACIÓN SUBJETIVA</b></p> <p><b>17. ¿El paciente se considera, a sí mismo, bien nutrido? (Problemas nutricionales)</b>            0 = Malnutrición severa            1 = No lo sabe o malnutrición moderada            2 = Sin problemas de nutrición</p>
<p><b>7. ¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</b>            0 = Sí      2 = No</p>	<p><b>18. En comparación con las personas de su edad ¿cómo encuentra su estado de salud?</b>            0,0 = Peor      1,0 = Igual            0,5 = No lo sabe      2,0 = Mejor</p>
<p><b>8. Movilidad</b>            0 = De la cama al sillón            1 = Autonomía en el interior            2 = Sale del domicilio</p>	<p><b>TOTAL (máximo 30 puntos)</b></p>
<p><b>9. Problemas neuropsicológicos</b>            0 = Demencia o depresión severa            1 = Demencia o depresión moderada            2 = Sin problemas psicológicos</p>	<p><b>ESTRATIFICACION:</b>            ≥ 24 puntos: estado nutricional satisfactorio            De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición            &lt; 17 puntos: mal estado nutricional</p>
<p><b>10. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?</b>            0 = Sí      1 = No</p>	
<p><b>III. PARÁMETROS DIETÉTICOS</b></p> <p><b>11. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? (equivalente a dos platos y postre)</b>            0 = 1 comida    1 = 2 comidas    2 = 3 comidas</p>	

Ref. GUIGOZ, Y., VELLAS, B., et al. *Facts and Research in Gerontology* (sup. n.º 2: the mini nutritional assessment, 1994).  
 © 1994 Nestec Ltd (Nestlé Research Centre) Clíntec.

# ALGORITMOS

## Evaluación del estado de nutrición en el Adulto Mayor



# Seguimiento del estado nutricional en el Adulto Mayor

