

RENAAM

REUNION NACIONAL DE ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR



FAGRAN

FEDERACION ARGENTINA DE
GRADUADOS EN NUTRICION

AUTORIDADES DE FAGRAN

CONSEJO FEDERAL

- Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas
- Asociación de Dietistas y Nutricionistas del Chaco
- Asociación de Dietistas, Nutricionistas y Licenciados en Nutrición de la Provincia del Chubut
- Asociación Formoseña de Graduados en Nutrición
- Asociación Mendocina de Graduados en Nutrición
- Asociación de Nutricionistas y Licenciados en Nutrición de San Luis
- Asociación Sanjuanina de Graduados en Nutrición

- Colegio de Dietistas, Nutricionistas-Dietistas y Licenciados en Nutrición de la Provincia de Buenos Aires
- Colegio de Dietistas Nutricionistas – Dietistas y Lics. en Nutrición de Catamarca
- Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba
- Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Corrientes
- Colegio de Graduados en Ciencias de la Nutrición de Jujuy
- Colegio de Nutricionistas de La Pampa
- Colegio de Nutricionistas, Dietistas y Licenciados en Nutrición de La Rioja
- Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Misiones
- Colegio Rionegrino de Graduados en Nutrición
- Colegio de Graduados en Nutrición de Salta
- Colegio de Graduados en Nutrición de la Provincia de Santa Fe – 1ra Circunscripción
- Colegio de Graduados en Nutrición de la Provincia de Santa Fe – 2da Circunscripción
- Colegio de Graduados en Nutrición de Santiago del Estero

SECRETARIADO EJECUTIVO

- Presidente: Lic. Mercedes Paiva
- Secretaria Adjunta: Lic. Verónica Riso Patrón
- Secretaria Administrativa: Lic. Valeria L. Abajo
- Tesorera: Lic. Cynthia Laura Musso
- Protesorera: Lic. Laura Emilce Barbieri
- Secretaria de Acción y Previsión Social: Lic. Ana María Cáceres
- Secretaria de Relaciones Públicas: Lic. Adriana Beatriz Pignol
- Secretaria de Asuntos Gremiales y Laborales: Lic. María Victoria Azpiazu

Revisores de cuentas titulares:

- Lic. Natalia Elizabeth Sallette
- Lic. Fabiana Lorena Lobo
- Lic. Lucía Soledad Ordóñez

Revisores de cuentas suplentes:

- Lic. Claudia Mabel Giacomini
- Lic. Miryam Kurganoff
- Lic. Paola Inés Zone

REUNIÓN NACIONAL DE ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR

COMITÉ DE GESTIÓN DE CONTENIDOS

- Coordinadora: Lic. Ana María Cáceres (Por orden alfabético)
- Lic. Mariana Barciocco
- Lic. María Cristina Cufre
- Lic. María Eugenia Garrigó
- Lic. Marina Ragusa
- Colaboración: Lic. Silvia Garciarena

COORDINADORAS DE MESAS DE TRABAJO

- Lic. Daniela Antinucci
- Lic. Mariana Barciocco
- Lic. Ana María Cáceres
- Lic. María Eugenia Garrigó
- Lic. Marina Ragusa
- Lic. Laura Rossi

SECRETARIAS DE MESAS DE TRABAJO

- Lic. María de los Ángeles Billaud
- Lic. María Alejandra Bouzón

DISERTANTES

- Dra. Claudia Jaroslavsky
- Dra. María Cecilia Terzaghi
- Lic. Cristina Cufre
- Lic. Santiago Bavosi

ASISTENTES A LA RENAAM

- Josefa María Torres (Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas)
- Juliana Ottogalli (Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas)
- Silvia Jereb (Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas)
- Karina Solís (Asociación de Dietistas y Nutricionistas del Chaco)
- Mirtha Alegre (Asociación de Dietistas, Nutricionistas y Licenciados en Nutrición de la Provincia del Chubut)
- Clarisa Barboza (Asociación Formoseña de Graduados en Nutrición)

- Valeria Andrea Dellamea (Asociación Formoseña de Graduados en Nutrición)
- María Laura Centurión (Asociación Formoseña de Graduados en Nutrición)
- Yolanda Gigli (Asociación Formoseña de Graduados en Nutrición)
- Laura Gago (Asociación Mendocina de Graduados en Nutrición)
- Martha Albornoz (Asociación de Nutricionistas y Licenciados en Nutrición de San Luis)
- Erica Bustos (Asociación Sanjuanina de Graduados en Nutrición)
- Roberta Dagnino Lardapide (Colegio de Dietistas, Nutricionistas-Dietistas y Licenciados en Nutrición de la Provincia de Buenos Aires)
- Silvia García (Colegio de Dietistas, Nutricionistas-Dietistas y Licenciados en Nutrición de la Provincia de Buenos Aires)
- Patricia Perricone (Colegio de Dietistas Nutricionistas - Dietistas y Lic. en Nutrición de Catamarca)
- Liliana Barbero (Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba)
- Lucía Soledad Ordóñez (Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba)
- Susana Acosta (Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba)
- Esther Bluhn Tomei (Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Corrientes)
- Graciela Barsimanto (Colegio de Graduados en Ciencias de la Nutrición de Jujuy)
- Valeria Analía Ortiz (Colegio de Nutricionistas de La Pampa)
- Alejandra Carolina Zajarchuk (Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Misiones)
- Orlando Villalba (Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Misiones)
- Silvia Garciarena (Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Misiones)
- Susana Camba (Colegio Rionegrino de Graduados en Nutrición)
- Adriana Suárez (Colegio Rionegrino de Graduados en Nutrición)

- María Isabel Loza de Chávez (Colegio de Graduados en Nutrición de Salta)
- Fabiana Lobo (Colegio de Graduados en Nutrición de Salta)
- Diana Domínguez (Colegio de Graduados en Nutrición de la Provincia de Santa Fe – 2da Circunscripción)
- Karina Crea (Colegio de Graduados en Nutrición de la Provincia de Santa Fe – 2da Circunscripción)
- Masino Virginia (Colegio de Graduados en Nutrición de la Provincia de Santa Fe – 1ra Circunscripción)
- Alicia Quainelle (Colegio de Graduados en Nutrición de Santiago del Estero)
- Raquel Carranza (Colegio de Graduados en Nutrición de Santiago del Estero)
- María Miranda (Entre Ríos)
- Alejandra Vera (Tierra del Fuego)
- Valeria Edith Berrotarán (Tierra del Fuego)

COLABORADORES A NIVEL LOCAL CUESTIONARIO DE DIAGNÓSTICO

Por la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas:

- Lic. Josefa María Torres
- Lic. Juliana Ottogalli
- Lic. Silvia Patricia Jereb

Por la Asociación de Dietistas, Nutricionistas y Licenciados en Nutrición de la Prov. del Chubut

- Lic. en Psicología Viviana Traversa

Por la Asociación Formoseña de Graduados en Nutrición

- Lic. Valeria Dellamea
- Lic. María Laura Centurión
- Lic. Yolanda Gigli
- Lic. Karin Kelln

Por el Colegio de Dietistas, Nutricionistas- Dietistas y Licenciados en Nutrición de la Provincia de Buenos Aires

- Lic. Silvia Mónica García
- Lic. Roberta Dagnino Lardapide

Por el Colegio de Dietistas Nutricionistas – Dietistas y Lic. en Nutrición de Catamarca

- Lic. Milagros Avellaneda
- Lic. Fernanda González
- Lic. Sabrina Lafourcade
- Lic. Carolina Piovano

Por el Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba

- Lic. Raquel Susana Acosta
- Lic. Ana Virginia Asaduroglu
- Lic. Esteban Alberto Hugo Massobrio
- Lic. María de los Ángeles Novero
- Lic. Silvana Marina Rosa
- Lic. Cristian Manuel Sarmiento

Por el Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Corrientes

- Lic. Ester Bluhn Tomei
- Lic. Paola Zone
- Lic. Veronica Gabassi
- Lic. Cecilia Arrazate

Por el Colegio de Nutricionistas de La Pampa

- Lic. Valeria Ortiz

Por el Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Misiones

- Lic. María Eugenia Barreyro
- Lic. Silvia Garciarena
- Lic. Orlando Villalba
- Lic. Carolina Zajarchuk

Por el Colegio de Graduados en Nutrición de la Provincia de Santa Fe – 1ra Circunscripción

- Lic. Virginia Masino
- Lic. Stella Maris Morend
- Lic. Jimena María Bosco

Por el Colegio de Graduados en Nutrición de la Provincia de Santa Fe – 2^{da} Circunscripción

- Lic. Diana Domínguez
- Lic. Karina Crea

Por el Colegio de Graduados en Nutrición de Salta

- Lic. Elsa del Carmen Castro Bazan
- Lic. Sonia Raquel Peña Jerbes

INDICE

Palabras de apertura de la RENAAM	6
1. Introducción	9
2. Metodología de trabajo	9
3. Características socio-demográficas	10
CONCLUSIONES DE LA RENAAM	
4. Marco legal	18
5. Seguridad y Soberanía Alimentaria	18
6. Estado Nutricional: Evaluación y Diagnóstico	20
6.1 Indicadores Antropométricos	20
6.2 Indicadores Dietéticos	22
6.3 Indicadores Bioquímicos	22
6.4 Indicadores Clínicos	23
6.5 Mini Nutritional Assessment (MNA) y Valoración Global Subjetiva (VGS)	23
6.6 Esquema de evaluación y seguimiento nutricional	24
7. Anamnesis y Hoja de Alimentación	24
8. Consumo de alimentos	25
9. Adultos mayores institucionalizados:	27
9.1 Características generales del plan de comidas	27
9.2 Funciones del Lic. en Nutrición	29
10. Reflexión final del comité de gestión de contenidos	31
Anexo I	
Acuerdo Alimentación en el Adulto Mayor - FAGRAN	32
Anexo II	
Mini Nutritional Assessment MNA®	40
Anexo III	
Evaluación Global Subjetiva	42
Anexo IV	
Hoja Alimentario Nutricional Adulto Mayor	52

PALABRAS DE APERTURA DE LA RENAAM

A cargo de la presidente de la FAGRAN, Mercedes Paiva

¡Bienvenidas y bienvenidos!

Es para este Secretariado Ejecutivo una gran alegría poder encontrarnos todos aquí, cuando estamos transitando el año de aniversario de 40 años de la conformación de esta entidad. Estamos aquí como *colectivo profesional* y como *trabajadores/as* con voz propia, quienes junto a otros actores de la comunidad queremos hacer nuestros aportes a la Alimentación del Adulto Mayor (AM). Realizamos esta reunión en cumplimiento del mandato emanado de la Asamblea Ordinaria N°65 de octubre del año pasado, surgida como propuesta de miembros del Consejo Federal, preocupaciones e inquietudes enviadas desde diferentes provincias, entidades y colegas.

Esta reunión cuenta con el auspicio del Congreso de la Nación, el Ministerio de Salud de la Nación, la Clapu (Confederación de Profesionales Universitarios) y CGP (Confederación General de Profesionales).

Queremos agradecer el esfuerzo de cada una de las **Entidades Miembro** (EM) por estar presente hoy, tanto miembros de sus Comisiones Directivas como miembros activos de las mismas y simpatizantes; también a las **nuevas organizaciones de nutricionistas** recientemente integradas a esta Federación y las colegas, cuyas instituciones están en formación, que han venido en forma independiente.

Queremos agradecer a las **siguientes instituciones y empresas**, que sin condicionamientos apoyaron la realización de este evento. Asimismo, el cuerpo de **Diputados y Senadores de la Nación, de la oposición, oficialista y ni lo uno ni lo otro** de cada una de las provincias contribuyeron con los pasajes para que llegáramos aquí, porque comprendieron la importancia de este evento.

También agradecer a la **Comisión Organizadora (integrada por los miembros del Secretariado Ejecutivo) y Comisión de Gestión de Contenidos: Lics. Ana Cáceres, Marina Barciocco, Cristina Cufre, Maria Eugenia Garrigó y Lic. Marina Ragusa y la colaboradora Lic. Silvia Garciarena**, que donaron su tiempo, conocimiento, dedicación y entusiasmo a la realización de este evento. A los **disertantes** y a los **coordinadores de los talleres**, sumándose al equipo de trabajo del Secretariado Ejecutivo y al trabajo que en cada entidad se ha desarrollado para aportar a esta reunión. Y a **nuestro secretario**, quien tuvo una verdadera lluvia de correos y tareas en estos últimos tiempos. En fin, al EQUIPO de TRABAJO que entre todas y todos conformamos.

Como sabemos, en Argentina, el **Derecho a la Alimentación** está contenido en la Constitución Nacional, en base a la inclusión de la modificación de 1994 de los pactos y declaraciones internacionales en ese sentido. “Las Declaraciones acerca de los Derechos Humanos y otras declaraciones siguientes¹ tendientes a la garantía de los Derechos de las personas, una vez firmados por los Estados pasan a tener fuerza de ley, formando parte de las Constituciones Nacionales y del marco jurídico de aplicación actual”.²

Estamos frente a la **Reunión Nacional de Alimentación de Adultos Mayores**, (RENAAM) contamos con material, antecedentes y producciones acerca de estos temas: todos los que han enviado las EM y otros propuestos que formarán parte de los contenidos que tendrán los talleres de hoy.

Aquí estamos, a más de 75 años de la creación de la profesión, a 40 años de la creación de nuestra entidad y a 11 años de una de las peores crisis de nuestro país, para seguir estos temas, ver qué cambios han habido y cómo seguir trabajando.

1. Convención sobre los Derechos del Niño, 1989-1990.

2. Extractado de Paiva, Mercedes y Abajo, Valeria. Capítulo “DERECHO A LA ALIMENTACIÓN”, en *Seguridad y Soberanía Alimentaria*. Ed. Cartago, Bs. As., 2011.

En esta oportunidad, esta Reunión de Alimentación de Adulto Mayor, tiene el objetivo de poder reunir a nutricionistas de todo el país y especialmente a los responsables de la planificación de la alimentación de los AM, a fin de elaborar un documento que aporte a las decisiones respecto de una alimentación adecuada que contribuya a elevar su calidad de vida.

Se propusieron los siguientes **objetivos**:

- Describir la situación sociodemográfica de los AM y analizar su rol en la sociedad.
- Discutir sobre la situación nutricional de los AM a nivel población e individual e indagar acerca de los instrumentos de diagnóstico nutricional.
- Discutir sobre el marco regulatorio existente referente a la alimentación del AM.
- Analizar el consumo alimentario del AM
- Analizar los aspectos culturales de la alimentación del AM en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria.

Los **Ejes de trabajo** abordados tanto en las mesas redondas de la mañana, como en los talleres de la tarde, son:

- Marco Regulatorio
- Estado nutricional
- Consumo de alimentos
- Seguridad y soberanía alimentaria

Entendemos que existe mucha experiencia, información, conocimiento, trabajo y prácticas que compartir, conocer y aplicar.

Nuevamente, bienvenidas y bienvenidos, ¡y a trabajar!

1. INTRODUCCIÓN

El objeto de esta jornada fue producir un documento donde las nutricionistas argentinas manifestemos sugerencias, posturas y conclusiones acordadas sobre el tema, que constituya una herramienta para el trabajo profesional con el Adulto Mayor (AM), que pueda ser difundido y que contribuya al proceso de toma de decisiones.

2. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La Federación de Graduados en Nutrición (FAGRAN) convocó un Comité de Gestión de Contenidos, formado por un grupo de nutricionistas de reconocida trayectoria de trabajo con la población de adultos mayores.

Dicho comité confeccionó un *Cuestionario de Diagnóstico* (ver anexo I), que fue enviado oportunamente a las provincias; a partir de las respuestas obtenidas se elaboró el material que fue trabajado luego en la Reunión Nacional de Alimentación del Adulto Mayor (RENAAM). Dicha reunión se realizó el día 16 de mayo de 2014, con la presencia de representantes de 21 provincias.

En la RENAAM, se contó con la participación de disertantes, la **Dra. María Cecilia Terzaghi**, Coordinadora Nacional de Programas. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; la **Dra. Claudia Jaroslavsky**, Coordinadora del Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud, Ministerio de Salud de la Nación; la **Lic. Cristina Cufre** y el **Lic. Santiago Bavosi**, Master en Psicología Social y miembro del grupo de investigación Úrsula sobre temáticas de vejez y género, quienes expusieron acerca de la realidad socio demográficas y el rol del Adulto Mayor en la sociedad.

Posteriormente, los nutricionistas presentes trabajaron el documento bajo la modalidad taller, dividido en los siguientes temas:

- Taller: Marco Legal.
- Taller: Seguridad y Soberanía Alimentaria.
- Taller: Consumo de Alimentos.
- Taller: Estado Nutricional.
- Taller: Adultos Mayores Institucionalizados.
- Taller: Herramientas, Anamnesis y Hoja de Alimentación.

La organización de los talleres permitió que los diferentes representantes de las provincias pudiesen analizar y opinar sobre los diversos temas propuestos. De los talleres surgieron conclusiones conceptuales, que fueron sometidas a votación a fin de lograr consenso. Los conceptos que no obtuvieron el 100% de consenso, fueron enviados posteriormente a todas las provincias participantes para su revisión.

Considerando las respuestas, el comité de gestión de contenidos, elaboró el documento final teniendo en cuenta las opiniones mayoritarias.

3. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

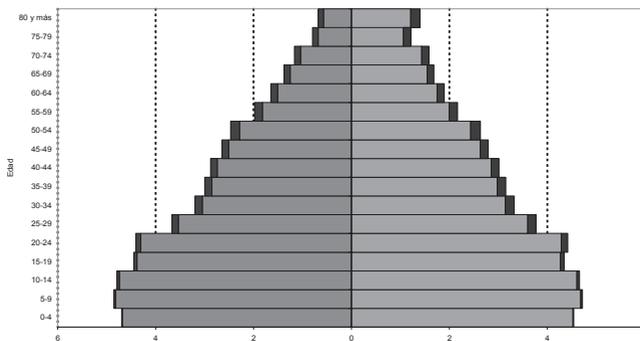
Las personas mayores o adultos mayores integran todas las sociedades, ya que el envejecimiento es un proceso natural de los seres vivos. Los avances ocurridos en el mundo, en relación al estilo de vida, condiciones ambientales y sistema sanitario, han favorecido el aumento de la expectativa de vida que sumado a la disminución de la natalidad provocan el aumento de la proporción de personas mayores. Atento a esa conformación social se ha establecido la figura de envejecimiento poblacional, fenómeno que ocurre cuando crece la proporción de personas mayores de 60 años y se reduce la proporción de menores de 15 años y de personas en edad de trabajar.

El grupo de adultos mayores está integrado por personas de 60 años hasta pasados los 100, rango de edad muy amplio, donde tienen lugar cambios sustanciales de diversa índole en todos los aspectos vitales, esto obliga a las personas que encaran el trabajo con ese grupo, a tener en cuenta muy especialmente las características propias de cada individuo, sus posibilidades y su tipo de envejecimiento.

GRUPO DE ADULTOS MAYORES (AM) EN LA ARGENTINA

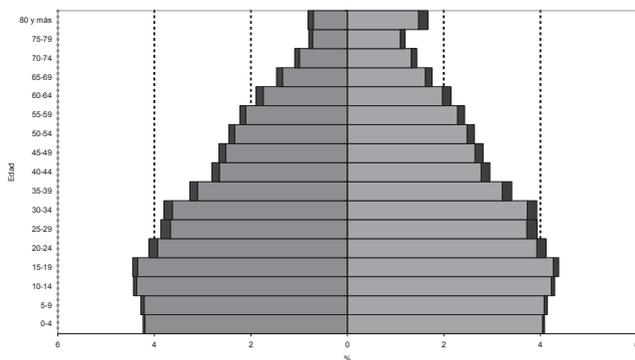
Pirámide poblacional argentina - INDEC - Año 2001

Varones | Mujeres



Pirámide poblacional argentina - INDEC - Año 2010

Varones | Mujeres



De la comparación entre ambas pirámides surge que en esos años hubo aumento de los mayores de 60 años y disminución de los menores de 15 años. Argentina es uno de los países más envejecidos de toda Latinoamérica y el Caribe (OISS - 2007). Cada 10 personas mayores, 9 habitan en áreas urbanas y 1 en áreas rurales.

La esperanza de vida al nacer es alta: 72,5 años para los varones y 80 años para las mujeres (INDEC, Proyecciones de Población 2010-2015).

POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS - INDEC - AÑO 2010 - TOTAL PAÍS

Edad	Población	%	
60-64	1.621.190	28,14	68,21
65-69	1.293.061	22,44	
70-74	1.015.897	17,63	
75-79	801.659	13,91	28,91
80-84	565.916	9,82	
85-89	298.337	5,18	
90-94	102.808	1,78	2,25
95-99	23.483	0,41	
100 y más	3.487	0,06	
Total	5.761.838	14,36 % del total de población	

POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS POR PROVINCIA - INDEC - AÑO 2010*

Provincia	% Total	% Varones	% Mujeres
CABA	16,4	13,0	19,3
Santa Fe	11,8	9,6	13,8
La Pampa	11,2	9,8	12,6
Córdoba	11,2	9,3	12,9
Buenos Aires	10,7	8,9	12,4
Entre Ríos	10,3	8,5	12,0
Mendoza	10,3	8,8	11,6
Total del país	10,2	8,6	11,8
San Luis	8,7	7,6	9,8
San Juan	8,7	7,5	9,8
Río Negro	8,5	7,7	9,3
Tucumán	8,0	6,9	9,1
Catamarca	7,9	6,8	9,0
Corrientes	7,9	6,9	8,8
Santiago del Estero	7,7	6,8	8,5
Chubut	7,4	6,5	8,3
La Rioja	7,2	6,3	8,0
Jujuy	7,2	6,6	7,8
Chaco	7,0	6,1	7,8
Salta	7,0	6,4	7,6
Formosa	7,0	6,6	7,4
Neuquén	6,6	5,9	7,2
Misiones	6,3	5,8	6,7
Santa Cruz	5,3	4,7	5,9
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	3,8	3,4	4,3

* Nota aclaratoria: en este caso el INDEC hace el corte en 65 años.

Existen siete provincias que superan el promedio del país. Las más “jóvenes” son Neuquén, Misiones, Santa Cruz y Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur.

Rol del Adulto Mayor en la sociedad.

Reflexiones sobre el envejecimiento actual.

En la encuesta (Ver Anexo I), que se envió a los participantes, se consultó sobre diversos aspectos relacionados con el rol del AM en la sociedad. De las respuestas obtenidas surgen los siguientes conceptos:

- En el mundo es el grupo que mayor crecimiento tiene (envejecimiento poblacional).
- La República Argentina es un país envejecido con un 14,36 % de personas mayores de 60 años.
- Existen diferencias en cuanto a la edad en que comienza la etapa: 60 o 65 años.¹
- En el envejecimiento se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales. Se produce un proceso de decrecimiento (catabolismo), que es gradual, individual y tiene que ver con diversos factores endógenos y exógenos.
- En relación a los AM hay falsas creencias, temores y mitos.
- La vejez se asocia con enfermedades, pérdidas, discapacidades, limitaciones, improductividad, rol pasivo.
- Se relaciona el rol del Adulto Mayor con el estado de salud y con la situación socio-económica, señalando que la mejora de estos favorece el rol activo en la sociedad.
- Se describen algunas características positivas como experiencia, conocimientos, madurez, potenciales, participación activa en la sociedad, rol activo en la familia. Un considerable número de adultos mayores trabajan hasta pasados los

1. Se aclara que la OMS define el comienzo de la tercera edad a los 60 años.

70 años, son creativos, producen y ejercen cargos jerárquicos con poder de decisión.

- En algunos casos se observa un trato hacia los AM como si estuvieran separados del resto de la sociedad y no como parte activa dentro de la misma.
- Se considera que se deben llevar a cabo acciones para integrarlos, protegerlos, considerarlos sujetos de derecho, incorporarlos a la sociedad y favorecer el “envejecimiento activo”.

Atento a lo expuesto precedentemente se ponen en evidencia las grandes diferencias que existen en cuanto a la valoración del Adulto Mayor y su rol en la sociedad.

● **Cantidad de camas en establecimientos geriátricos a nivel local**

De los datos aportados (parciales e insuficientes para tener un panorama general y detallado del país) se desprende que las camas geriátricas pertenecen en su gran mayoría a establecimientos privados y que en las provincias con grandes conglomerados urbanos el porcentaje de camas es mayor que en las zonas menos pobladas.

Cantidad de adultos mayores institucionalizados (geriátricos, hogares, internación crónica, psiquiátricos, etc.)

MAYORES DE 60 AÑOS - INDEC - CENSO 2010 - TOTAL PAÍS.

	Total	% sobre mayores de 60 años	% sobre el total de población
Alojados	441.191	7,6	1,1
En hospitales	31.000	0,54	0,08

- **Cantidad de personas mayores que viven solas**

Según la región, es dispar la cantidad de AM que viven solos; varía entre un 5 % informado en Chubut y un 25 % en la CABA.

- **Grado de alfabetización de la población a nivel local**

El grado de alfabetización es variable. Se puede resumir que aproximadamente un 10 % de la población del AM no cuenta con instrucción formal completa.

- **Abastecimiento de agua potable**

El porcentaje de hogares de AM que poseen agua potable supera el 75 % en todos los casos consignados y en su mayoría es mayor al 90 %.

- **Proporción de viviendas con cobertura de desagüe y disposición sanitaria de excretas**

Es variable la proporción de viviendas con ese servicio, con un rango del 100 % en Chubut y del 31,5 % en Formosa.

- **Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se ocupen específicamente de la problemática del Adulto Mayor**

En todas las provincias existen organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se ocupan de los AM. A nivel nacional se mencionan el Ministerio de Desarrollo Social y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) a través de diversos programas y prestaciones. Como Instituciones no gubernamentales se mencionan Centros de Jubilados y Pensionados y otras asociaciones civiles.

CONCLUSIONES de la RENAAM

*Elaboradas por las/los nutricionistas asistentes a la RENAAM,
trabajadas bajo la modalidad taller y sometidas a votación
a fin de lograr el consenso mayoritario sobre las mismas.*

4. MARCO LEGAL

Se considera necesario que los Colegios y Asociaciones locales de nutricionistas (o de Lic. en nutrición) se interioricen sobre los contenidos de la Ley 25.724, que regula el Programa de Nutrición y Alimentación Nacional, y de su implementación a través del Programa Nacional de Seguridad Alimentaria atento a que el grupo de adultos mayores está sujeto a los alcances de dicha norma.

A los fines de la implementación de la mencionada Ley se propone:

- Desarrollar estrategias de difusión dirigidas a los colegiados, asociados, organizaciones gubernamentales y toda otra organización relacionada con el tema.
- Estimular la articulación inter e intra institucional (Nación, Provincia, municipios, privados).
- Participar en los proyectos de intervención alimentaria nutricional en todos los niveles asegurando viabilidad y sustentabilidad con unificación de herramientas de evaluación.

5. SEGURIDAD Y SOBERANÍA ALIMENTARIA

Se recomienda al profesional nutricionista el abordaje sobre hábitos alimentarios que caractericen a la población y/o región en la que se encuentra desarrollando su rol profesional, ya sean intervenciones individuales o comunitarias.

El hecho de resignificar aspectos culturales propios de distintas regiones, resulta fundamental para lograr la incorporación de las recomendaciones nutricionales y para la educación alimentaria, aportando diversidad a las cuatro leyes de la alimentación.

Se destaca el rol del nutricionista en el proceso de custodia cultural. Que los distintos elementos culturales, tradiciones, hábitos y costumbres, formen parte del plan alimentario. Para esto es fundamental la participación de las personas mayores en la planificación y diseño, en la toma de decisiones sobre la forma en la que se incluirán los alimentos, sugeridos por el Licenciado en Nutrición.

Es relevante para la identidad de la población el conocimiento de las costumbres o tradiciones que llevan a las personas a adquirir determinados hábitos relacionados con la producción, conservación y consumo de alimentos, provenientes de pueblos originarios, cocina colonial, criolla con platos típicos de otras culturas y cocina actual. Dicho rescate resignifica el rol del Adulto Mayor en la sociedad como encargado de transmitir costumbres y tradiciones. Para esto es necesaria la implementación de Programas Intergeneracionales que redunden en beneficio de las personas mayores, de los jóvenes y de los niños; fomentando la identidad multicultural en el marco de la Soberanía Alimentaria, ayudando a éstos últimos a comprender procesos históricos a través de elementos que persisten en la actualidad.

Se proponen herramientas como: elaboración de recetarios, carpetas viajeras, talleres de conservas, talleres de huerta, etc.

La alimentación resultará satisfactoria cuando, respete gustos, hábitos alimentarios, costumbres y cultura alimentaria. El proceso de Educación Alimentaria Nutricional (EAN) deberá acompañar en forma permanente.

La alimentación será promovida y/o brindada en un entorno agradable con servicio de mesa adecuado, con trato cordial y/o afectuoso que favorezca la identificación personal ya sea que el acto de comer se realice en forma individual o colectiva.

6. ESTADO NUTRICIONAL: EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se sugiere realizar estudios poblacionales, a fin de obtener información sobre el estado de nutrición de los adultos mayores, útiles para la formulación de políticas y programas, caracterizando a la población según variables socioeconómicas, demográficas y otras.

Implementar Sistemas de Vigilancia Nutricional para observar las tendencias en tiempo y lugar, ya sean comunitarias o individuales, a fin de anticipar cambios mediante acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de las medidas de control de los problemas alimentarios y nutricionales. Se propone la articulación con la información existente.

La evaluación del estado de nutrición de los adultos mayores debe ser un proceso que asocie distintos indicadores, que permitan llegar a un diagnóstico integral.

Evaluación nutricional del Adulto Mayor:

- 6.1 Indicadores Antropométricos
- 6.2 Indicadores Dietéticos
- 6.3 Indicadores Bioquímicos
- 6.4 Indicadores Clínicos
- 6.5 Mini Nutritional Assessment (MNA) y Valoración Global Subjetiva (VGS)
- 6.6 Esquema de evaluación y seguimiento nutricional

6.1 Indicadores Antropométricos:

Se acuerda la utilización de los siguientes parámetros:

Peso: Es recomendable el registro de peso corporal con una frecuencia mínima mensual, aumentando la frecuencia según criterio del profesional. Tener en cuenta las posibles

alteraciones del peso por causa de reducción del agua corporal total, como también edemas y otras.

La mayor utilidad de esta medición es que permite saber si el individuo ha disminuido o aumentado de peso en los últimos meses, lo que sería un factor que conduciría a realizar una evaluación más profunda.

$$\% \text{ Pérdida de peso} = \frac{[\text{Peso habitual (kg)} - \text{peso actual (kg)}]}{\text{peso habitual} \times 100}$$

Tiempo	Pérdida de peso significativa	Pérdida de peso severa
1 semana	1-2 %	Mayor a 2 %
1 mes	5 %	Mayor a 5 %
3 meses	7,5%	Mayor a 7,5%
6 meses	10%	Mayor a 10%

Estatura o talla: La medición de la estatura en la tercera edad no es sencilla debido a cambios en la morfología esquelética. Si es posible la valoración se sugiere una periodicidad anual.

La escoliosis o cifosis, frecuente en adultos AM, impide adquirir una postura erecta, para estos casos se puede calcular la estatura estimada a partir de la altura de rodilla. (NHANES I)

IMC: Puede ser utilizado como indicador de sobrepeso u obesidad en casi todas las personas mayores de 60 años.

Si bien existen diferentes criterios para el punto de corte del IMC, que podrán ser utilizados según el criterio del profesional, se sugiere la utilización de NHANES III (Año 2000):

IMC	Estado Nutricional
Menor a 23	Peso insuficiente
23,1 – 27,9	Peso normal
28 – 31,9	Sobrepeso
Mayor \geq a 32	Obesidad

Otras mediciones:

Circunferencia cintura/cadera: La relación cintura/cadera es útil para determinar la presencia de obesidad abdominal y está relacionada con riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Circunferencia de la pantorrilla: es un parámetro muy sensible a la pérdida de masa muscular, aún en pacientes con baja actividad física o postrados, por lo tanto se recomienda su utilización de rutina.

Circunferencia media del brazo: es un indicador de la disminución de la reserva proteica calórica. Ver valores propuestos por NHANES III.

6.2 Indicadores Dietéticos

Anamnesis alimentaria: permite conocer las características de la dieta y evaluar hábitos. Permite, también, orientar sobre el riesgo de presentar alguna alteración.

La anamnesis alimentaria completa debe considerarse un registro obligatorio para la evaluación dietética de los adultos mayores.

6.3 Indicadores Bioquímicos

Tener en cuenta los datos de la rutina completa de laboratorio, destacando: hematocrito, hemoglobina, hemáties, linfocitos,

glucemia, colesterol, triglicéridos, urea, creatinina, ácido úrico, calcio, Vit D.

La medición de proteínas séricas (albúmina, pre albúmina y transferrina) cobra relevancia en adultos mayores con riesgo de malnutrición.

6.4 Indicadores clínicos:

Para el relevamiento de indicadores clínicos se promueve el trabajo interdisciplinario con el médico tratante.

6.5 Se acuerda sobre la utilización de los siguientes métodos de evaluación:

Mini Nutritional Assessment (MNA) (ver Anexo II)

Información adicional: El MNA es un método de evaluación y screening nutricional para población mayor de 65 años. Está diseñado para ser utilizado en el ámbito hospitalario, residencias y población ambulatoria. Ha demostrado una alta sensibilidad, especificidad, fiabilidad y un alto valor predictivo, principalmente determina riesgo de desnutrición.

Se trata de un cuestionario. Consta de dos partes: un cribaje (7 preguntas), y una evaluación (12 preguntas) que se realiza sólo si el cribaje da positivo. Una puntuación total ≥ 24 indica que el paciente tiene un buen estado nutricional. Una puntuación entre 17-23,5 identifica a los pacientes en riesgo nutricional, que a lo mejor no han perdido mucho peso, ni se han alterados sus parámetros bioquímicos, pero que están teniendo una ingesta proteico-calórica inferior a la recomendada. Estos pacientes requieren intervención nutricional, para evitar el desarrollo del proceso de desnutrición. Si la puntuación es menor de 17 el paciente presenta desnutrición calórico-proteica y deberá completarse su evaluación mediante parámetros bioquímicos, antropométricos e historia dietética, para determinar la intervención nutricional necesaria.

Valoración Global Subjetiva (ver Anexo III)

Es un método de diagnóstico del estado nutricional que prescinde de exámenes antropométricos y bioquímicos, por lo tanto es una herramienta económica y sencilla. Es utilizada para evaluar riesgo de desnutrición.

Para completar la evaluación del Adulto Mayor, se deben tener en cuenta las siguientes variables:

- Problemas dentales y de masticación.
- Trastornos de deglución.
- Vive solo o acompañado.
- Factores económicos y de accesibilidad.
- Alteraciones intestinales: uso de laxantes.
- Otras

6.6 Esquema de evaluación y seguimiento nutricional:

Se propone:

- Realizar evaluación nutricional completa de inicio, que permita arribar a un diagnóstico nutricional y definir las estrategias dietéticas y/o dietoterápicas.
- La frecuencia de seguimiento nutricional, dependerá del diagnóstico, la evaluación inicial y los objetivos terapéuticos. Se podrá realizar de forma semanal, quincenal, mensual, o trimestral.

7. ANAMNESIS Y HOJA DE ALIMENTACIÓN

Los determinantes que condicionan el consumo de alimentos en las personas mayores son multifactoriales: fisiológicos o fisiopatológicos, psicológicos, socio-económicos, y culturales.

La edad en forma independiente o conjunta con el proceso de fragilidad influyen en los determinantes que condicionan el consumo de alimentos. Surge así la importancia de contemplar estos aspectos al momento de la anamnesis e indicación nutricional.

Se acuerda la utilización de la *Hoja Alimentario Nutricional* (ver Anexo IV), como herramienta de evaluación de inicio. La misma puede ser utilizada tanto en la consulta ambulatoria como en internación crónica o aguda.

Se considera necesaria la elaboración de una herramienta de registro de ingesta para pacientes con trastornos neurocognitivos y/o pacientes que se alimentan con la mano.

8. CONSUMO DE ALIMENTOS

Se asume el compromiso de generar estudios sobre consumo alimentario y aporte nutricional en el Adulto Mayor con el propósito de conocer el aporte energético, la cobertura de nutrientes específicos, la hidratación y la cultura alimentaria; donde se contemple la diferenciación de la población a partir de variables tales como edad (dentro del rango etario de AM y su comparación con grupos poblacionales de menor edad), grado de dependencia, accesibilidad y disponibilidad.

Se enfatiza la necesidad de la consulta temprana con un profesional nutricionista con orientación gerontológica a fin de poder realizar no sólo tratamiento dietoterápico sino también promoción y prevención en salud al AM y/o cuidador o familiar a cargo en aquellos que presenten dependencia.

Promover la incorporación del profesional nutricionista en el ámbito privado y público a fin de lograr una adecuada cobertura territorial.

Abordar al momento de la indicación nutricional, las principales particularidades que presenta el AM en referencia a la alimentación contemplando estado clínico y nutricional, hábitos alimentarios, preferencias, proceso de fragilización, nivel socioeconómico y cultural, grado de dependencia, prácticas familiares, aspectos religiosos que afecten la alimentación, soledad y abandono.

Se propone la modificación de las “Guías alimentarias para la población argentina” a fin de adaptarlas a la población específica de AM.

Se acuerda sobre los siguientes objetivos que el profesional nutricionista considerará al realizar el abordaje alimentario nutricional del AM:

- Planificar cuatro comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena)
- Evitar períodos de ayuno prolongados.
- Asegurar el adecuado aporte de proteínas en relación al valor calórico.
- Promover la ingesta de antioxidantes y vitamina D.
- Incentivar la exposición solar de 15 minutos diarios dentro del rango horario permitido.
- Adecuar la forma, consistencia y temperatura según masticación, deglución y motricidad fina del individuo.
- Utilizar variedad de hierbas aromáticas, condimentos y especias a fin de aumentar la percepción del sabor.
- Utilizar formas de cocción variadas y adecuadas, de manera que resalten los caracteres organolépticos.
- Promover la correcta manipulación de los alimentos.
- Reducir al mínimo las restricciones dietéticas en lo que respecta a sal y grasa, que contribuyen en el déficit del sabor en los alimentos.
- Asesorar para una adecuada hidratación.
- Fomentar el consumo de vegetales y frutas.
- Contemplar preferencias a determinados alimentos o preparaciones. Tener en cuenta la cultura alimentaria, respetando alimentos, platos típicos y tradicionales.
- Fomentar el movimiento corporal mediante actividades sociorecreativas.
- Promover un entorno favorable donde realizar o brindar las comidas para asegurar el bienestar.

- Optimizar la autonomía en el acto de la alimentación, mediante la utilización de un adecuado material de vajilla.

9. ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS:

Planificación del servicio de alimentación y nutrición

El profesional en nutrición, con título y matrícula habilitante, será el responsable de la organización, planificación, supervisión, seguimiento y evaluación de los servicios de alimentación de establecimientos que albergan a adultos mayores, hogares de día, residencias geriátricas, residencias de larga estadía o similares.

Propósito: asegurar el suministro de una alimentación suficiente, completa, armónica, adecuada, inocua, que respete hábitos y que resulte satisfactoria para el residente / concurrente, y que favorezca la socialización.

Los criterios de planificación se fundamentarán a partir de un estudio de diagnóstico alimentario/ nutricional de la población, donde se deben establecer grupos según corresponda, por tipo de envejecimiento, edad, sexo, características patológicas, funcionales u otros; con la participación activa de los residentes / concurrentes en la elección de los menús.

9.1 Características generales del plan de comidas

Se acuerda:

En establecimientos con alojamiento permanente, el plan de comidas será distribuido en 4 comidas principales, desayuno, almuerzo, merienda y cena. Evitar superar las 12 hs de ayuno entre la cena y el desayuno del día siguiente. Cubrir el 100% de las recomendaciones nutricionales.

Aporte calórico: para bien nutridos calcular 30 kcal por kg de peso teórico, incrementándose en caso de injurias o desnutrición.

En recomendaciones diarias de nutrientes (*Recommended Dietary Allowances, RDAs*):

- Proteínas: 0,8 a 1 gramo por kg de peso teórico. Con 50% de alto valor biológico.
- H de C: 45 – 65 % del Valor Calórico Total (VCT)
- Lípidos: 20-35 % del VCT
- Hierro: 8 mg
- Calcio: 1200 mg
- Vitamina D: 15ug Se sugiere la exposición solar de 15 min diarios en horarios aptos para dicha exposición.
- Vitamina C: 75- 90 mg
- Folatos: 400 ug
- Vitamina B12: 2,4 ug
- Zinc: 8-11 mg
- Fibra: 21- 30 g
- Sodio: 1,2 – 1,3 g
- Magnesio: 320 -420 mg
- Potasio: 4,7 g
- Agua: al menos 8 vasos diarios. Tener en cuenta las características climáticas y la estación del año.

En caso de ser necesario complementar con colaciones o refuerzos adaptados según estado patológico o fisiológico. Suministrar nutroterápicos según diagnóstico diferencial.

En hogares de día, distribuir el plan de comidas diario en 3 comidas principales, desayuno, almuerzo y merienda. Cubrir el 75% de las recomendaciones nutricionales y garantizar 80 % - 100 % de la cobertura de proteínas de alto valor biológico.

El diagrama del régimen general y las variantes deben ser acordes a la población, según datos obtenidos del estudio / diagnóstico poblacional, compuesto de preparaciones variadas y apetitosas, donde se deben incluir alimentos propios de la zona y acordes a la disponibilidad estacional. Se sugiere un mínimo de 14 listas de menús, renovadas 4 veces al año.

Desarrollar el diagrama de menús en planillas de preparaciones o ingredientes, que será adaptada a la cantidad real de raciones para cada tipo de régimen, en peso bruto total para el uso del personal de cocina.

Conocer y registrar los valores nutricionales aportados por la alimentación completa brindada por el menú general y variantes; planilla de ajuste, fórmula sintética y desarrollada correspondientes al menú vigente.

Confecionar un listado de residentes/concurrentes, consignando el plan de comidas completo indicado que incluya tipo de dieta, consistencia, refuerzos, colaciones u otros. El listado debe encontrarse al alcance del personal de cocina y de distribución, actualizado semanalmente.

En el servicio de comidas, garantizar correctas condiciones de temperatura e higiene de los alimentos. Las preparaciones servidas serán suficientes y apetitosas, preservando las características organolépticas y de presentación de cada componente.

Asegurar el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura exigida por la legislación alimentaria vigente.

Dar a conocer con anticipación el menú del día a los residentes/concurrentes. Tener en cuenta los días festivos y celebrar con preparaciones especiales.

Todos los registros deben llevar firma, sello con número de matrícula del profesional responsable y fecha de emisión.

9.2 Funciones del Lic. en Nutrición

Se acuerda:

- A los residentes o concurrentes realizar evaluación nutricional completa de inicio que permita arribar al diagnóstico nutricional y definir el tratamiento dietético o dietoterápico según corresponda.
- Efectuar evolución y seguimiento alimentario nutricional de cada residente/ concurrente. Registrar toda la información en historia clínica.
- Realizar estudio de diagnóstico alimentario/ nutricional de la población.
- Atento al diagnóstico alimentario/ nutricional de la población, planificar y organizar el área definiendo el plan de comidas.
- Supervisar y evaluar el servicio en forma integral.
- Participar del equipo interdisciplinario en temas de su incumbencia.
- Redactar normas de higiene, bioseguridad y procedimientos adaptadas al área.²
- Realizar capacitación continua al personal afectado al área a fin de garantizar el cumplimiento de normas, procedimientos e indicaciones.
- Favorecer la participación activa de los residentes o concurrentes a través de actividades de EAN (educación alimentaria y nutricional) Ej. Talleres, debates, asambleas.
- Sistematizar controles e implementar registros

2. Tomar como referencia el Código Alimentario Argentino. Se sugiere también la implementación de “procedimientos operativos estandarizados de saneamientos” (POES), “buenas prácticas de manufactura” (BPM), “manejo integrado de plagas” (MIP) u otros.

10. REFLEXIÓN FINAL DEL COMITÉ DE GESTIÓN DE CONTENIDOS

Celebramos y agradecemos la iniciativa de FAGRAN y el trabajo conjunto con las colegas de todo el país que hizo posible que nutricionistas de la Argentina nos manifestemos aunando criterios.

Nos debíamos este espacio de encuentro y debate, considerando la realidad sociodemográfica, el envejecimiento poblacional de nuestro país y la heterogeneidad (muchas veces no contemplada) que presenta este grupo etario.

Reivindicamos al adulto mayor como sujeto de derecho, fomentando su autonomía y su rol activo en la sociedad actual. Consideramos positiva la resignificación que surgió del acto de comer donde cobra relevancia el concepto de satisfacción y la importancia del carácter social y cultural de la alimentación.

Queda pendiente el debate académico con las universidades a fin de dar un mayor espacio al tema desde la formación de grado.

Que el presente documento sea el inicio de futuras acciones en pos de continuar avanzando en la temática desde nuestro compromiso profesional y deber social, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

* * *

ANEXO I

ACUERDO ALIMENTACIÓN

EN EL ADULTO MAYOR - FAGRAN

Cuestionario

Ejes

1. Caracterización socio-demográfica
2. Estado Nutricional
3. Marco Regulatorio
4. Consumo/Criterio Nutricional
5. Seguridad y Soberanía Alimentaria

Descripción de los ejes

1. Caracterización socio-demográfica

Propósito: Describir la situación socio demográfica de los adultos mayores respecto a la accesibilidad de los servicios básicos, escolaridad, redes sociales disponibles, etc.

- 1.1 ¿Cuál considera que es el rol del adulto mayor en la sociedad? Reflexiones sobre el envejecimiento actual.
- 1.2 Cantidad de adultos mayores y porcentaje sobre el total de la población a nivel local. Indicar fuente de información y fecha.
- 1.3 Cantidad de camas en establecimientos geriátricos a nivel local. Indicar fuente de información y fecha.
- 1.4 Cantidad de adultos mayores institucionalizados (Geriátricos, Hogares, Internación crónica, psiquiátricos etc.). Indicar fuente de información y fecha.
- 1.5 Cantidad de personas mayores que viven solas. Indicar fuente de información y fecha.

- 1.6 Grado de alfabetización de la población a nivel local. Indicar fuente de información y fecha.
- 1.7 Abastecimiento de agua potable. Mapa de cobertura de Red de agua + % de viviendas según sistemas de abastecimiento de agua. Indicar fuente de información y fecha.
- 1.8 Proporción de viviendas con cobertura de desagüe y disposición sanitaria de excretas. Indicar fuente de información y fecha.
- 1.9 ¿Existe a nivel local organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se ocupen específicamente de la problemática del adulto mayor? Cite visión y misión de las mismas y programas desarrollados.
- 1.10 ¿Existen agrupaciones de adultos mayores a nivel local? Especifique tipo, objetivo y cantidad.
- 1.11 Observaciones del eje:

2. Estado Nutricional

Propósito: Conocer la situación del estado nutricional a nivel individual-poblacional e indagar acerca de los instrumentos, herramientas que se utilizan para la evaluación nutricional.

- 2.1 Relevamiento del estado nutricional
 - 2.1.1 ¿Existe algún estudio local de evaluación del estado nutricional del adulto mayor? señale los resultados más relevantes, la metodología (muestra y herramientas) utilizada, la fecha de realización y las conclusiones.
- 2.2 Sistema de vigilancia nutricional
 - 2.2.1 ¿Se implementa un sistema de vigilancia nutricional de personas mayores? En caso afirmativo indicar los resultados obtenidos, la metodología utilizada, la fecha de realización y las conclusiones

2.3 Herramientas

2.3.1 ¿Qué herramientas utiliza para la valoración del estado nutricional del adulto mayor? ¿Se presenta alguna dificultad al momento de utilizarlas?

2.3.2 ¿Considera que existe alguna herramienta más adecuada que otra? ¿Cuáles? ¿Por qué?

2.4 Valoración Global Subjetiva (VGS)

2.4.1 ¿Tiene experiencia en la utilización de la VGS? En caso afirmativo, adjunte formulario. ¿Considera adecuada para su aplicación en adulto mayor?

2.4.2 Si considera necesaria una adaptación de la VGS, describa y justifique los ítems a reformular.

2.5 Evaluación y seguimiento nutricional

2.5.1 ¿Realiza valoración del estado nutricional al ingreso del adulto mayor en los diferentes niveles de atención? (consultorio, geriátrico, hospital, y otras instituciones)

2.5.2 ¿Con qué frecuencia se realiza el seguimiento del estado nutricional?

2.5.3 ¿Registra la evaluación, evolución y seguimiento en la Historia Clínica? En caso de utilizar formulario de Hoja de Alimentación, adjuntarla.

2.5.4 ¿Qué parámetros de laboratorio observa y utiliza para la Evaluación Nutricional Integral?

2.6 Observaciones del eje:

3. Marco Regulatorio

Propósito: Indagar acerca del marco regulatorio existente (legal o normativo, gubernamental o institucional) que refiera a la alimentación del adulto mayor. A partir del objetivo se pretende caracterizar a los programas en cuanto a su orientación (educación, prevención, asistencia, gestión, etc.).

- 3.1 ¿Existe algún marco legal o normativo a nivel nacional, provincial y/o municipal que tenga como objetivo asegurar la adecuada alimentación del adulto mayor? Adjunte el documento.
- 3.2 ¿A través de qué dispositivos (planes, programas, proyectos, etc.) se hace efectivo el cumplimiento de la/s normativa/s mencionadas?
- 3.3 ¿Dichos dispositivos cuentan con Licenciados en Nutrición como referente?
- 3.4 Enumere los objetivos alimentarios y educativos de dichos dispositivos.
- 3.5 ¿Se realizan otras intervenciones comunitarias/pobla-cionales no normatizadas que constituyan una buena práctica en relación a la alimentación del adulto mayor? ¿Cuáles son? ¿Qué alcance tienen?
- 3.6 Observaciones del eje:

4. Consumo / Criterio Nutricional

Propósito: Caracterizar la alimentación real del adulto mayor a partir de estudios sobre el consumo de alimentos.

- 4.1 ¿Existe algún relevamiento a nivel local sobre consumo de alimentos? En caso afirmativo, indique resultados, tamaño y caracterización de la muestra, fecha de realización y conclusiones.
- 4.2 Anamnesis alimentaria:
 - 4.2.1 ¿Qué cuestionario de anamnesis utiliza en la práctica diaria tanto en atención clínica nutricional como en programas alimentarios? ¿Está orientado a la población adulto mayor? Adjunte formulario

- 4.2.2 ¿Considera necesaria una revisión y reformulación del mismo? En caso afirmativo, señale las consideraciones y justifique las mismas.
- 4.3 Consumo de alimentos:
 - 4.3.1 Desde su experiencia y práctica profesional: ¿Qué características se evidencian sobre el consumo de alimentos en las personas mayores?
 - 4.3.2 Según lo evidenciado en la práctica diaria y su experiencia profesional, enumere los determinantes que condicionan el consumo de alimentos.
 - 4.3.3 Dentro de los determinantes encontrados: ¿considera que la edad y/o el proceso de fragilización influyen sobre los mismos? Cómo se relacionan estos dos aspectos?
 - 4.3.4 ¿Considerando las características del consumo de alimentos y sus determinantes, cree que deberían realizarse recomendaciones específicas para distintas situaciones? ¿Sugiere algún modelo de categorización para determinar estas recomendaciones específicas?
- 4.4 ¿Qué utilidad le ha dado a las Guías Alimentarias para la población Argentina para abordar el consumo de alimentos en el adulto mayor?
- 4.5 Adultos Mayores Institucionalizados, Consumo de Alimentos:
 - 4.5.1 ¿Qué criterios nutricionales utiliza para la planificación de la alimentación en instituciones? Meta y cobertura.
- 4.6 Observaciones del eje:

5. Seguridad y Soberanía Alimentaria

Propósito: Recopilar aspectos culturales de la alimentación y describir las diferentes modalidades de intervención disponibles de atención

para el adulto mayor. Se busca en el marco cultural de la Seguridad y Soberanía Alimentaria para innovar en la escena prestacional actual.

5.1 Hábitos alimentarios

- 5.1.1 Describa hábitos alimentarios particulares en relación a la cultura de su población.
- 5.1.2 Considere las connotaciones e influencias que estos hábitos culturales tienen sobre la alimentación de las personas mayores de su comunidad.
- 5.1.3 ¿Qué estrategias utiliza para garantizar una alimentación adecuada a partir del respeto de la cultura alimentaria?
- 5.1.4 Cite: mitos, leyendas, tradiciones, etc., que se encuentren relacionadas con los alimentos o influyan en la alimentación. La intención es realizar una recopilación apuntando al rescate cultural y la transmisión de la misma que redunden en beneficio de todas las generaciones. (Concepto de generatividad).

5.2 Accesibilidad

- 5.2.1 ¿Qué aspectos condicionan la accesibilidad a los alimentos por parte de las personas mayores en su comunidad?
- 5.2.2 ¿Se efectúan intervenciones a nivel local que propongan mejorar la accesibilidad?
- 5.2.3 ¿Considera estas intervenciones suficientes? Sugiera propuestas.
- 5.3 ¿Con qué modalidades de atención se cuenta a nivel local para la contención del adulto mayor en situación de vulnerabilidad? (Ej.: Programa de cuidadores domiciliarios, Club de día, Centro de día, Residencia Geriátrica, otros).

- 5.4 ¿En su práctica profesional se relaciona o debe relacionarse con otras disciplinas para garantizar la seguridad alimentaria? Comparta su experiencia y propuestas en este campo de acción.
- 5.5 Satisfacción
- 5.5.1 Reflexione acerca de la relación alimentación /satisfacción y el impacto de la misma en el estado nutricional en el adulto mayor.
- 5.5.2 ¿Cómo impacta el valor que le otorga el adulto mayor a la satisfacción en las Leyes de la Alimentación?
- 5.5.3 Proponga lineamientos que garanticen una alimentación gratificante o satisfactoria en el adulto mayor.
- 5.6 Observaciones:

Aclaraciones

- **Nivel Local:** se refiere al área de jurisdicción de la Entidad que represente.
- **Adulto Mayor (OMS):** Persona mayor de 60 años.
- **Fragilidad:** condición personal en la que se ven afectados los aspectos fisiológicos y neurosensoriales de un individuo implicando pérdida de las reservas que permitan mantener el equilibrio con el medio y/o recuperarlo luego de un evento negativo. Se caracteriza por la deficiencia de los diversos sistemas, principalmente el endócrino, el cardiovascular, el musculoesquelético, el inmunológico, y el sistema nervioso.
- **Establecimiento geriátrico:** Son centros o establecimientos destinados a ser lugar de convivencia y servir de vivienda permanente y común a quienes, habiendo alcanzado

la edad de 60 años, no pudiera satisfacer estas necesidades por otros medios, y en los que se presta una asistencia integral y continuada a los usuarios de los mismos.

- **Organizaciones Gubernamentales;** incluye Secretaría, Área, Departamento, etc.
- **Organizaciones No Gubernamentales (ONG)**
- **Agrupaciones de adultos mayores:** incluye a Asociaciones, Federaciones y Centros de Jubilados y Pensionados.
- **Satisfacción:** Alegría, Placer, Gusto. Cumplimiento de una necesidad, deseo, pasión, etc.

Observaciones:

- Con respecto al eje N° 1 “Caracterización del eje socio-demográfica”, podrá tomar como referencia el resultado del último censo realizado en el 2010.

ANEXO II MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA®

Apellidos:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Peso, kg:

Altura, cm:

Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltado 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

B 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

C Movilidad

- 0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

- 0 = sí 2 = no

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demencia o depresión grave
1 = demencia moderada
2 = sin problemas psicológicos

J. Cuántas comidas completas toma al día?

- 0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas

K Consume el paciente

- productos lácteos al menos una vez al día? sí no
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí no
- carne, pescado o aves, diariamente? sí no

0.0 = 0 o 1 síes

0.5 = 2 síes

1.0 = 3 síes

L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?

- 0 = no 1 = sí

M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)

0.0 = menos de 3 vasos

0.5 = de 3 a 5 vasos

1.0 = más de 5 vasos

F Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²)

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

Evaluación del cribaje

(subtotal máx. 14 puntos)

12-14 puntos:estado nutricional normal
riesgo de malnutrición**8-11 puntos:**

malnutrición

0-7 puntos:

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación**G El paciente vive independiente en su domicilio?**

- 1 = sí 0 = no

H Toma más de 3 medicamentos al día?

- 0 = sí 1 = no

I Úlceras o lesiones cutáneas?

- 0 = sí 1 = no

N Forma de alimentarse

- 0 = necesita ayuda
 1 = se alimenta solo con dificultad
 2 = se alimenta solo sin dificultad

O Se considera el paciente que está bien nutrido?

- 0 = malnutrición grave
 1 = no lo sabe o malnutrición moderada
 2 = sin problemas de nutrición

P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?

- 0.0 = peor
 0.5 = no lo sabe
 1.0 = igual
 2.0 = mejor

Q Circunferencia braquial (CB en cm)

- 0.0 = CB < 21
 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
 1.0 = CB > 22

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

- 0 = CP < 31
 1 = CP ≥ 31

Evaluación (máx. 16 puntos)

Cribaje

Evaluación global (máx. 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos

De 17 a 23.5 puntos

Menos de 17 puntos

estado nutricional normal
riesgo de malnutrición
malnutrición

Ref Velás B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006 ; 10 : 456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velás B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront* 2001 ; 56A : M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®). *Review of the Literature - What does it tell us?* *J Nutr Health Aging* 2006 ; 10 : 466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006, N67200, N67200, 12/99, 10M

Para más información: www.mna-elderly.com

ANEXO III

EVALUACIÓN GLOBAL SUBJETIVA

El objetivo de la Evaluación Global Subjetiva (Subjective Global Assessment) es identificar al paciente con alto riesgo de sufrir complicaciones por su estado nutricional teniendo en consideración la historia y el examen físico nutricional. (CINC, FELANPE)

La calidad de los datos obtenidos en los 2 componentes, depende de la habilidad del profesional para comunicarse en forma eficaz con el enfermo y para observar con agudeza los más importantes indicadores físicos del estado nutricional. La Valoración Global Subjetiva da una perspectiva general que presenta buena sensibilidad y especificidad, cuando es comparada con otros métodos de valoración nutricional.

La valoración por el sistema de Valoración Global Subjetiva incluye una entrevista clínica con 5 partes y un examen físico simplificado y dirigido a los aspectos nutricionales. (Curso TNT, FELANPE, 4ta edición, 2003)

La entrevista clínica:

Como la capacidad del enfermo o su estado emocional pueden limitar o interferir en el proceso de la entrevista, puede ser necesario que el médico repita o presente de otra manera algunas preguntas en busca de información importante, o que busque un informador sustituto entre las personas que hayan observado de cerca al paciente.

La entrevista clínica debe obtener información subjetiva en 5 campos principales, que se describen a continuación junto con ejemplos de preguntas.

1. Peso corporal

La pérdida de peso corporal es un indicador significativo de problemas en el estado nutricional (TNT, 2003). También se debe cuestionar cómo esta pérdida ha ocurrido, si de forma continua en un período de 6 meses (peor pronóstico nutricional) o con períodos de recuperación (mejor pronóstico nutricional). La información de la alteración del peso en las últimas 2 semanas fortalece estos datos. Si no se tienen valores absolutos (en la última quincena) se puede utilizar la impresión subjetiva del paciente y/ o familiares (CINC, FELANPE). La pérdida gradual de peso a lo largo de 6 meses puede indicar una enfermedad progresiva crónica, o tan sólo un cambio en la dieta. Las pérdidas importantes en las últimas 2 semanas, en cambio, suelen señalar un riesgo mayor de desnutrición aguda.

- ¿Cuál es su peso corporal usual?
- ¿Ha perdido peso en los últimos 6 meses pasados?
- ¿Sabe cuánto peso ha perdido?
- A los enfermos que no estén seguros de la cifra, en kilos, que han perdido, puede preguntárseles: ¿Ha tenido que cambiar la talla de su ropa o ha tenido que ajustar el cinturón? ¿Le han dicho sus amigos o parientes que se ve muy delgado?
- En seguida, el entrevistador debe hacer preguntas similares en relación con pérdidas de peso en las últimas 2 semanas: ¿Ha empezado a perder o ha seguido perdiendo peso en las últimas 2 semanas?
- ¿Se ha estabilizado su pérdida de peso?
- ¿Ha recuperado algo del peso que había perdido? (TNT, 2003)

Al comparar la pérdida de peso actual con el habitual; el peso habitual representa el “normal” para el paciente en cuestión y el actual el efecto de su enfermedad. (Perman, Terapia intensiva, 2000, Mora, 1992).

% CAMBIO DE PESO

% de cambio de peso	Clasificación
< a 5%	Leve
5 a 10 %	Moderada
> a 10 %	Severa

2. Cambios en los hábitos alimentarios

Evalúa si la ingesta alimentaria cambia o no, al igual que la severidad y duración del cambio. Inicialmente el paciente definirá la alteración en su patrón de ingesta alimentaria, bien sea en forma intencional (dietas para adelgazar) o por patologías (como hipertensión y diabetes, etc). En caso afirmativo se evaluará tanto la duración en semanas, como el tipo de modificación. (Barbosa e Silva, 2000, CINC)

Los cambios en los hábitos de alimentación contribuyen al estado nutricional. Las personas cuyos hábitos alimentarios han cambiado como consecuencia de la enfermedad, están en riesgo de desnutrición.

- ¿Han cambiado sus hábitos de alimentación?
- ¿Qué clase de alimentos ha estado comiendo?
- ¿Come usted lo mismo que otras personas de su casa?
- ¿Está comiendo alimentos sólidos o solamente ingiere líquidos?
- ¿Qué cantidad de alimentos está comiendo? ¿Esa cantidad ha cambiado?
- ¿Ha realizado usted algún ayuno?
- ¿Por cuánto tiempo han durado los cambios en su alimentación? (TNT, 2003)

3. Síntomas Gastrointestinales

Persistentes, diarios y/ o por más de 15 días. Náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, disfagia y odinofagia. Estos síntomas gastrointestinales pueden estar presentes en un gran número de pacientes hospitalizados, pero son significativos si se presentan diariamente por más de 2 semanas. El vómito, la diarrea y las náuseas esporádicas que no interfieran con la ingesta de alimentos no se deben tener en cuenta. Se considera diarrea si el paciente presenta por lo menos 3 evacuaciones líquidas diarias abundantes. La anorexia es significativa si conlleva modificaciones cuantitativas en el tipo de alimentación. (CINC, FELANPE)

Los signos y síntomas gastrointestinales que persisten por más de 15 días pueden colocar a la persona en riesgo de desnutrición. La diarrea o el vómito de corta duración pueden ser un problema menor, pero si se prolongan por más de 15 días se les debe prestar atención. El vómito persistente, con diarrea o sin ella, en combinación con anorexia y náuseas, puede poner a la persona en riesgo grave

- ¿Ha tenido vómitos?
- ¿Ha vomitado cada día?
- Si ello es así, ¿qué tanto ha durado esa situación?
- ¿Ha sentido náuseas durante más de 2 semanas?
- ¿Tuvo diarrea? ¿Cuántas deposiciones por día?
¿Cuánto tiempo ha durado esa situación?
- ¿Ha sufrido pérdida del apetito (anorexia)? (TNT, 2003)

4. Capacidad funcional o nivel de energía

Las personas enfermas pueden estar débiles y carecer de la motivación para mantener su actividad física. Pueden cansarse con facilidad. Por ello, se les debe interrogar acerca de su actividad física diaria de rutina.

- ¿Está usted trabajando normalmente? ¿Ha cambiado la cantidad de trabajo que realiza?
- El profesional puede ayudar al enfermo preguntándole qué clase de actividades realiza cada día y utilizando la respuesta para efectuar comparaciones con los niveles ordinarios de actividad. Por ejemplo: ¿cuántas tareas domésticas está realizando ahora, en comparación con las que hacía antes de enfermarse? ¿Ha dejado usted su empleo? ¿cuánto tiempo pasaba en la cama o sentado en algún sillón o sofá?

5. Impacto de la enfermedad

Muchas enfermedades cambian las exigencias metabólicas del organismo. En la mayoría de las situaciones, la persona enferma tiene aumentada su necesidad de nutrientes, pero algunas enfermedades pueden disminuir la actividad metabólica y por ello la persona necesitará menos nutrientes. La enfermedad específica del paciente debe ser clasificada de la siguiente forma:

Factor de injuria: es la corrección impuesta al Gasto Metabólico en reposo, debido al tipo, severidad y extensión del proceso patológico de base. (Torresani, Somoza,2000)

Sepsis	0,60
Infecciones	0,30
Cáncer	0,30
Pancreatitis aguda leve	0,20
Pancreatitis aguda moderada	0,40
Pancreatitis aguda severa	0,60
Insuficiencia respiratoria aguda	0,15
Insuficiencia respiratoria crónica	0,40
Insuficiencia cardíaca	0,15

Factores de injuria según SCQ*

10% SCQ	0,25
20% SCQ	0,50
30% SCQ	0,70
40% SCQ	0,85- 0,90
50% SCQ	1
75% SCQ	1- 1,10

* Superficie Corporal Quemada

Cirrosis	0,20
Hepatitis	0,05
Insuficiencia hepática	0,20
Cirugía digestiva menor	0,15
Cirugía digestiva mayor	0,30
Cirugía extradigestiva menor	0,05
Cirugía extradigestiva mayor	0,25
Insuficiencia renal aguda	0,15
Insuficiencia renal crónica	0,25
Traumatismo de huesos largos	0,40 (politraumatismo, TCE)
Accidente cerebro vascular	
1ª y 2ª semana	0,20
3ª y 4ª semana	0,40
más de 4 semanas	0,10

Nivel de Estrés	% de aumento sobre GMR (Gasto Met en Reposo)
Sin estrés	0
Estrés leve	0 a 20
Estrés moderado	20 a 50
Estrés severo	> a 50

(Mora, 1992)

Examen Físico

El primer signo físico para examinar es la pérdida de masa grasa subcutánea. Se observa el área de los ojos, la fragilidad del cabello, la presencia de queilitis comisural (boqueras). Se examina la reserva grasa y masa muscular del brazo, pantorrilla, escápula,

clavícula, hombros y costillas, y se clasifica subjetivamente el grado de pérdida. La pérdida grasa subcutánea puede evaluarse en las siguientes regiones: tríceps, línea media axilar al nivel de la última costilla, áreas interóseas y palmares de las manos y hombros.

Pérdida de masa muscular: se evalúa a través de la palpación del deltoides y del cuádriceps, tanto el volumen como el tono muscular. Tener en cuenta la presencia de alteraciones atróficas de origen neurológico. La sensación de “empastamiento” de la musculatura puede indicar pérdida de tono muscular.

Presencia de líquido en el espacio extravascular: se observa edema en la región sacra y tobillos especialmente en quienes permanecen la mayor parte del tiempo acostados. (TNT, 2003)

Signos de hipovitaminosis o deficiencias de micronutrientes a nivel de la piel, de las mucosas, las uñas, el pelo, los huesos, el sistema nervioso.

Diagnósticos subjetivos:

- a) Bien nutrido
- b) Desnutrición moderada o en riesgo de desnutrición.
- c) Desnutrición severa.

Al realizar el diagnóstico subjetivo adquiere mayor importancia la combinación de los datos pérdida de peso, disminución de la ingesta y pérdida de tejido subcutáneo y muscular. Los demás rasgos (síntomas gastrointestinales, capacidad funcional, grado de estrés) tienen menor importancia al momento de la valoración nutricional, pero ayudan a confirmar el diagnóstico nutricional.

Estado nutricional	Bien nutrido	Moderadamente desnutrido o con riesgo de desnutrición	Severamente desnutrido
Parámetro cambio de peso	Pérdida de peso no significativa, menor de 5% o mayor de 10% en los últimos 6 meses, pero con ganancia de peso durante el último mes.	Pérdida de peso potencialmente significativa 5-10%, disminución rápida de peso, pero con recuperación evidente	Pérdida de peso significativa mayor de 10%, disminución grande, rápida y continua en el mes anterior y sin signos de recuperación.
Ingesta alimentaria	Sin síntomas a corto plazo	Síntomas persistentes, pero moderados en su gravedad.	Síntomas persistentes, y graves.
Capacidad funcional	Sin limitaciones. Mejora en las actividades funcionales	Actividades restringidas debido a fatiga y debilidad.	Deterioro grande de las actividades físicas.
La enfermedad y su relación con las necesidades nutricionales. Examen físico.	Sin pérdida de grasa subcutánea y masa muscular	Signos de pérdida en algunas regiones, pero no en todas.	Pérdida grande de masa grasa y de masa muscular en la región de brazos y piernas, etc.
Clasificación final	(A)	(B)	(C)

(CINC, FELANPE, 2002)

Valoración subjetiva global del estado nutricional

Nombre: _____

A. HISTORIA

1. Cambio de peso y talla: Talla actual _____ cm.

Peso actual _____ Kg.

Pérdida en últimos 6 meses:

_____ Kg. _____ %

Cambio en últimas 2 semanas

(+ ó -): _____ Kg. _____ %

2. Cambio en ingesta (relacionado con ingesta usual):

Sin cambio _____ Cambio _____ Duración: _____ días

Tipo de cambio: Sólidos incompletos _____

Líquidos hipocalóricos _____

Ayuno _____

Suplementos: Ninguno _____ Vitaminas _____

Minerales: _____

3. Síntomas gastrointestinales durante 2 semanas ó más:

Ninguno _____ Náusea _____ Vómitos

_____ Diarrea _____

Dolor _____ Espontáneo _____

Posprandial _____

4. Capacidad funcional: Sin disfunción _____

Disfunción _____ duración _____ días

Tipo de disfunción: Trabajo incompleto _____

Ambulatorio sin trabajar _____

En cama _____

5. Enfermedad y relación con requerimientos:

Diagnóstico:

Demanda metabólica: Sin estrés _____ Estrés moderado _____

Estrés severo (quemaduras, sepsis, trauma) _____

B. EXAMEN FISICO:

1. Pérdida de grasa subcutánea _____

2. Pérdida de masa muscular _____

3. Edema _____

4. Ascitis _____

5. Lesiones mucosas _____

6. Piel y cabello _____

0 = normal

1 = déficit moderado

2 = déficit establecido

C. DIAGNOSTICO: A = Bien nutrido _____

B = Sospecha o desnutrición moderada _____

C = Desnutrición severa _____

ANEXO IV

HOJA ALIMENTARIO NUTRICIONAL

ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso/ 1ª consulta:

1. Datos generales y Antecedentes

Nombre y Apellido:

Fecha de nacimiento:..... Edad: Sexo:

País de origen: Localidad en la que vive:

Comunidad/etnia a la que pertenece:

Capacidad Funcional: Autoválido s/dificultad Autoválido c/dificultad Silla de ruedas Postrado

Diagnóstico Médico/motivo de consulta:

Trastornos o patologías asociadas:

Patologías asociadas (DBT, HTA, SM, otras):

Tabaquismo: No Sí Cantidad de cigarrillos/día:

Antecedentes clínicos:

Antecedentes familiares:

Tratamientos realizados hasta el momento:

Expectativas del individuo en relación a la prescripción dietética:.....

.....

Personas con quien convive:

.....

Alfabetización:..... Características del sueño:

2. Medicación, suplementos y/o nutroterápicos

.....

3. Datos antropométricos y bioquímicos

Peso Actual: Peso Habitual: Peso Teórico:

Talla: IMC:

Historia de variaciones de peso:

Circ braquial: Circ cintura:

Circ pantorrilla: Circ cadera:

Laboratorio de inicio (Fecha:)

Hto: Triglicéridos: Ac Úrico:

Hb: Albúmina: Transferrina:.....

Linfocitos: Pre albúmina: Vit D:.....

Glucemia: Urea: Calcio:.....

Col Tot: Creatinina:

Estado nutricional:

4. Anamnesis alimentaria cuali-cuantitativa

Lugar y entorno social de las comidas

Horarios

¿Quién cocina?

Formas de cocción habituales:

Preferencias y aversiones alimentarias:

Apetencia (dulce o salado):

Alergias alimentarias.....

Apetito

Momento del día de mayor sensación de apetito (características)

Hábito de picar alimentos entre comida

Masticación (estado bucal/ prótesis)

Deglución (líquidos y sólidos):

Vía de alimentación:

Dependencia para comer: solo con ayuda dependiente

Alteración de los sentidos: Si No.....Cual?.....

Valoración cuantitativa

Recordatorio dietético de 24 hs (comidas y bebidas):

Desayuno	Merienda
Almuerzo	Cena
Colaciones	

- Se solicita Registro alimentario prospectivo (marcar con una cruz) si no
- Se solicita Frecuencia de consumo: (marcar con una cruz) si no

Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas*(Grupos de alimentos divididos según guías alimentarias para la población argentina)*

Cereales y legumbres	
Frutas y verduras	
Lácteos: leche, quesos, yogur, otros	
Carnes y huevo	
Aceites y grasas	
Azúcares y Dulces	
Agua y bebidas	

5. Actividad Física

Tipo de actividad:

Es supervisada:

Duración:

Momento del día en el que se practica:

Frecuencia:

Actividades habituales dentro y fuera del hogar:

Indicación Nutricional:

FAGRAN

Reunión nacional de alimentación del adulto mayor / Anónimo.

-1a edición especial - Ciudad Autónoma de Buenos Aires :

FAGRAN, 2016.

56 p. ; 20 x 14 cm.

Edición para FAGRAN- Federación Argentina de Graduados en
Nutrición

ISBN 978-987-4061-00-3

1. Alimentación. 2. Medicina. I. Título.

CDD 613.2

Auspicios Institucionales:

CONFEDERACIÓN GENERAL DE PROFESIONALES
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (CGP)

CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS (CLAPU)

Empresas y organizaciones colaboradoras:

ABBOTT

CACYR

FRESENIUS-KABI

DANONE

GRANIX

GRECO PUBLICIDAD

NUTRICIA BAGÓ

OISS

Diputados y Senadores colaboradores:

Antonio Riestra

Araceli Ferreyra

Carlos Gustavo Rubín

Carlos Raimundi

Claudia Giaccone

Claudio Lozano

María Virginia Linares

Mirta Tundis

Víctor de Gennaro



Edita FAGRAN - 2016

Viamonte 867 • piso 8º • #803

(5411) 4328-8040

Buenos Aires, Argentina

www.fagran.org.ar

info@fagran.org.ar

Producción gráfica y editorial: mónadanomada

ediciones@monadanomada.com.ar

Impreso en marzo de 2016 en el taller de la cooperativa
de trabajo El Zócalo Ltda. Río de Janeiro 668, CABA.

Impreso en ARGENTINA



FAGRAN

Viamonte 867 • piso 8^{vo} • #803
(5411) 4328-8040

Buenos Aires • Argentina

www.fagran.org.ar

info@fagran.org.ar