

TRABAJO FIN DE GRADO



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“Desnutrición en pacientes geriátricos y factores  
asociados”

Autor: Anna Ignatieva.

Director: Dr. Agustín Javier Simonelli Muñoz.

Murcia, a 5 de Junio de 2014.





**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO  
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO:	
Apellidos: Ignatieva		Nombre: Anna	
NIE- X5370293-T	Titulación: Grado de Enfermería		
Título del trabajo: “Desnutrición en pacientes geriátricos y factores asociados “.			

El Prof/a. D. Agustín Javier Simonelli Muñoz como Director(s)/Tutor(s)<sup>(1)</sup> del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 5 de Junio de 2014

Fdo.: \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649



## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo va dedicado en primer lugar a nuestra Universidad Católica de Murcia. Existe un refrán: “No hay mal que por bien no venga “. Hace cuatro años me quedé muy decepcionada al no acceder a la Universidad Pública de Murcia pero tras cuatro años de estudios en la UCAM, aquel fracaso “lo considero un regalo de Dios”. Nuestra Universidad ha cambiado mi vida por completo. El poder cursar asignaturas como ética y teología me ha transformado como persona y me ha hecho reflexionar en cosas más profundas que hasta ahora. Los seminarios ofrecidos nos han inculcado una serie de valores trascendentales e imprescindibles que en día de hoy escasean tanto. El profesorado es el verdadero tesoro de nuestra universidad, ya que durante cuatro años nos han transmitido con paciencia todos sus conocimientos y experiencia. Pero lo que considero más importantes es el afán de contagiarnos las ganas de conocimientos, saber y ciencia. Ha sido un placer estar rodeada de una gente tan extraordinaria, responsable y trabajadora.

También me gustaría agradecer al director de mi trabajo, Agustín Simonelli, por su ayuda, paciencia y apoyo. Sin su colaboración este trabajo no hubiera existido o no hubiera sido igual.

Quería dar las gracias a mis compañeros de clase de los cuales he aprendido mucho y en especial a una persona que he conocido durante la carrera: Mercedes Íges Sánchez. Es una persona impresionante y excepcional, por su inteligencia y valor humano. En ella he encontrado una gran amiga y espero que para toda la vida. Habiendo compartido durante estos cuatro años momentos buenos y momentos malos, sintiendo siempre su apoyo y confianza depositada en mí.

Y por último y no por ello menos importante sino, al contrario, quería agradecer a mi pareja, que siempre me ha apoyado en todas mis ideas e inicios. Por tener incondicional fe y confianza depositada en mí, sin él no hubiera sido posible estudiar esta carrera tan bella y ser la persona que soy hoy en día.



## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

ABA-Alimentación Básica Adaptada.

ACV- Accidente Cerebro Vascular.

AT –Alimentación Tradicional.

CTFPHC- The Canadian Task Force on Preventive Health Care.

DM II- Diabetes Mellitus tipo II.

Escala EVA- Escala Visual Analógica.

ESPEN-La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo .

FAECAP-Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria.

GET-Gasto Energético Total.

IMC- Índice de Masa Corporal.

MNA- Mini Nutritional Assessment.

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association.

NIC - The Nursing Interventions Classification.

NOC- The Nursing Outcomes Classification.

OCEBM- The Oxford Centre for Evidence-based Medicine.

OMS – La Organización Mundial de la salud.

SEGG- La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

SemFYC la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

SEMI -La Sociedad Española de Medicina Interna.

VGI- Valoración Geriátrica Integral.

VGS-La técnica de Valoración Global Subjetiva



## ÍNDICE.

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	XXI
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	XXI
<b>RESUMEN</b> .....	XXIII
<b>ABSTRACT</b> .....	XXV
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	27
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	31
2.1. Objetivo General .....	31
2.2. Objetivos Específicos.....	31
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	33
3.1. Concepto de envejecimiento .....	33
3.1.1. Población geriátrica: definición de edad .....	33
3.1.2. Envejecimiento.....	34
3.1.3. Tipos de envejecimiento .....	35
3.1.4. Características y cualidades del envejecimiento.....	36
3.1.5. Tipología de la población geriátrica .....	36
3.2. Desnutrición en pacientes geronto-geriátricos .....	38
3.2.1. Concepto de desnutrición .....	38
3.2.2. Prevalencia de desnutrición .....	38
3.2.3. Factores asociados a desnutrición en pacientes geriátricos....	40
3.2.3.1. Factores bio-orgánicos .....	40
3.2.3.2. Factores fármaco-dietéticos .....	43
3.2.3.3. Factores médicos .....	45



3.2.3.4. Factores psico-sociales .....	45
3.2.4. Tipos de desnutrición: .....	47
3.2.4.1. Aguda .....	47
3.2.4.2. Crónica .....	47
3.2.4.3. Mixta .....	48
3.2.5. Indicadores de desnutrición o de riesgo de desnutrición .....	48
3.2.6. Consecuencias de la desnutrición .....	50
3.2.7. Requerimientos nutricionales de la población geriátrica .....	51
3.3. Intervención nutricional en la persona de edad avanzada .....	56
3.3.1. Prevención .....	57
3.3.2. Valoración del estado nutricional .....	58
3.3.2.1. Valoración global .....	58
3.3.2.2. Valoración nutricional .....	60
3.3.3. Tratamiento en la desnutrición .....	66
3.3.3.1. Alimentación tradicional .....	66
3.3.3.2. Alimentación básica adaptada .....	66
3.3.3.3. Suplementación nutricional .....	67
3.3.3.4. Nutrición Enteral .....	67
3.3.3.5. Nutrición parenteral .....	67
3.3.3.6. Tratamiento farmacológico .....	68
3.3.4. Seguimiento-Evaluación .....	69
3.4. Equipo interdisciplinar .....	70



3.5. Papel de enfermería en intervención nutricional en pacientes geriátricos .....	71
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	<b>75</b>
4.1 Diseño del estudio .....	75
4.1.1. Método cualitativo en la investigación.....	75
4.1.2. La investigación cualitativa en ciencias de salud .....	75
4.1.3. Estudio de caso .....	76
4.2 Sujeto del estudio .....	76
4.3 Ámbito y Periodo Del estudio .....	77
4.4 .Procedimiento de Recogida de Información .....	77
4.4.1. Fuente de información .....	77
4.4.2. Procedimientos de información.....	78
4.4.3. Procesamiento de datos .....	79
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>81</b>
5.1. Descripción del caso .....	81
5.2. Valoración según los 11 patrones de Marjory Gordon .....	84
5.3. Plan de cuidados .....	111
5.3.1. Diagnósticos de Enfermería identificados.....	111
5.3.2. Justificación del Diagnóstico Enfermero Principal.....	119
5.3.3. Planificación.....	121
5.3.4. Ejecución .....	133
5.3.5. Evaluación .....	157
5.3.6. Reflexión personal .....	163



<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	175
6.1. Limitaciones del estudio.....	177
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	179
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	197
<b>9. ANEXOS</b> .....	197
9.1. Tratamiento farmacológico de mí paciente .....	203
9.2. MNA ® (Mini Nutritional Assessment).....	203



## **ÍNDICE DE FIGIRAS.**

Figura 5.1.Red de razonamiento según el Modelo Área .....	118
---	-----

## **ÍNDICE DE TABLAS.**

Tabla 3.1.Tipología de ancianos: perfiles clínicos orientativos .....	37
Tabla 3.2. Fármacos que interfieren en el estado nutricional .....	44
Tabla 3.3. Clasificación de sobrepeso y obesidad por OMS .....	49
Tabla 3.4.Fórmulas rápidas de necesidades calórico-proteicas.....	53
Tabla 3.5.Valoración nutricional según pérdida de peso .....	61
Tabla 3.6. Parámetros bioquímicos e inmunológicos como Indicadores del estado nutricional .....	64
Tabla 4.1.Clasificación de los estudios según su nivel de evidencia.....	80
Tabla 5.1.Puntuación de los indicadores del objetivo NOC Estado nutricional (1004) .....	158
Tabla 5.2. Puntuación de los indicadores del objetivo NOC Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008).....	159



## **RESUMEN.**

Introducción y Objetivo: Las últimas tendencias demográficas demuestran el incremento de la población española mayor de 65 años. Este colectivo se caracteriza por la presencia de múltiples síndromes geriátricos uno de los cuales es la desnutrición. Es un problema muy complejo y multicausal que debe prevenirse y tratarse debido a las consecuencias que provoca. El objetivo del presente estudio es analizar la desnutrición en los pacientes gerontogeriatricos y la multicausalidad característica de esta patología. Metodología: Para dar respuesta a al objetivo se ha elaborado un estudio cualitativo con un diseño descriptivo, tipo estudio de caso. Resultados: El diagnóstico de enfermería principal que encontramos en nuestro plan de cuidados es desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. Identificado este diagnóstico como principal nos ha permitido ver tras la evaluación de enfermería que no se ha conseguido mejorar el estado de salud del paciente. Discusión y limitaciones: Al realizar este trabajo se hizo evidente la enorme cantidad de conocimientos generados en este campo de investigación y su casi nula aplicación en la práctica. Consideramos que la principal contribución del trabajo consiste en demostrar la necesidad de mayor implicación de todo el equipo de salud y la necesidad de una mayor formación y educación. El estudio se limitó mucho por la imposibilidad de continuar el seguimiento del sujeto de estudio. Conclusiones: En síntesis, en el problema de desnutrición en población geriátrica intervienen múltiples factores de diferente índole lo que implica la necesidad de varios profesionales para la resolución de este fenómeno. El papel de enfermería es fundamental para prevenir este tipo de patología.

**Descriptor DeCs:** desnutrición, anciano, causas, atención de enfermería, complicaciones, tratamiento, dietoterapia, cribado.



## **ABSTRACT.**

Introduction and Objective: The latest demographic trends show an increase in the Spanish population aged 65 and over. This group is characterized by the presence of many geriatric syndromes, one of which is malnutrition. It is a complicated problem with many causes that must be prevented and treated because of its consequences. The objective of this study is to analyze malnutrition in geronto-geriatric patients and the multiple causes of this pathology. Methodology: In order to provide an answer to the objectives, a qualitative study of a descriptive nature has been made, a type of case study. Results: the main diagnosis of nursing that we find in our care plans is that of nutritional imbalance: eating less than is necessary. Having identified this as the main diagnosis has allowed us to see that after the nursing evaluation, it has not been able to improve the state of the patient's health. Discussion and Limitations: While doing this work, the large amount of knowledge that has been generated in this field and its lack of application, became evident. We consider the main contribution of the study consists in showing the need for greater involvement by the health team and the need for higher training and education. The study was greatly limited by the impossibility of continued assessment of the study. Conclusions: In short, the problem of malnutrition in the geriatric population involves multiple, different types of factors which implies the need of various professionals to solve the problem. The role of nurses is fundamental to prevent this type of pathology.

**Key words:** malnutrition, elderly, causes, nursing care, complications, treatment, diet therapy, screening.



## INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento o senescencia es un proceso que empieza desde el mismo momento de nacer y se desarrolla a lo largo de toda la vida hasta la muerte. Es un proceso continuo que consiste en una serie de modificaciones orgánicas y cognoscitivas que se manifiestan a lo largo de la vida y están determinadas por factores genéticos, ambientales y de calidad de vida del individuo.<sup>1,2</sup> Se entiende por envejecimiento de una población el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos, que habitualmente se expresa en forma de porcentaje.<sup>3</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.<sup>4</sup>

En el concreto caso de España, el sustancial crecimiento de peso de la población anciana es uno de los cambios más característicos y relevantes que se ha producido en los últimos años. Las tendencias demográficas de las últimas décadas demuestran que la población de España está fuertemente envejecida. Según los datos del Censo de Población del 2011, un 17,15% de la población española es mayor de 65 años, siendo 2,33% mayor de 85 años. Otra de las tendencias del proceso del envejecimiento característica de la sociedad española es el “envejecimiento del envejecimiento”, que es el incremento del número de personas más ancianas (mayores de 85 años). En nuestro país las personas mayores de 85 años superan el 10% de la población de 65 y más años con todas las consecuencias en las áreas asistenciales que esto provoca.<sup>5</sup>

La población geriátrica se caracteriza por la heterogeneidad (anciano sano, anciano enfermo, anciano frágil, anciano geriátrico), presentación atípica de las enfermedades, tendencia a la cronicidad de enfermedades, distintos grados de fragilidad, polifarmacia, pluripatología y presencia de los síndromes geriátricos.<sup>6</sup>

Los síndromes geriátricos son un conjunto de situaciones habitualmente originadas por la concurrencia de una serie de enfermedades que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales. Son la manifestación de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchas enfermedades. Este principio se debe tener en cuenta para establecer una buena prevención de los mismos. Uno de los grandes síndromes geriátricos es la desnutrición y es la mayor y más frecuente causa de discapacidad en la población anciana tanto la que vive en su domicilio como en instituciones.<sup>7</sup>

Según un estudio de prevalencia de malnutrición en la población anciana española, el estado de desnutrición entre la población mayor se está generalizando, convirtiéndose en un problema común en todos los niveles de atención sanitaria, desde atención primaria a especializada y en centros de atención geriátrica.<sup>8</sup>

El Diccionario Médico define desnutrición o enfermedad deficitaria (Deficiency disease) como “un trastorno debido a la falta de uno o más nutrientes esenciales en la dieta, una disfunción metabólica o una alteración de la digestión o la absorción. También puede deberse a una excreción excesiva o un aumento de los requerimientos biológicos”.<sup>9</sup>

La desnutrición causa alteraciones del estado de salud y disminuye la capacidad de llevar a cabo las actividades básicas para la vida diaria. Este proceso conduce a una pérdida de autonomía, un mayor aislamiento social y a la institucionalización. Debido a la menor reserva orgánica y a la fragilidad del anciano existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad, que conlleva la aparición de un círculo vicioso difícil de romper: enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos.<sup>19</sup> Un estado nutricional deficiente condiciona un deterioro de la función renal, hepática, circulatoria y respiratoria así como una menor respuesta inmune celular y un subsiguiente aumento de la susceptibilidad para las complicaciones infecciosas. Una alimentación insuficiente complica la evolución clínica en diferentes situaciones de enfermedades agudas y crónicas (trauma, cáncer, ictus, infecciones...) que afectan a múltiples órganos (tracto gastrointestinal,

riñón, pulmón...) en pacientes mayores. La desnutrición puede condicionar también efectos secundarios en los tratamientos establecidos, incluyendo la cirugía, quimioterapia y radioterapia y en casos extremos, llevar a la muerte. Todo ello origina un notable aumento de la estancia hospitalaria, costes sanitarios y mortalidad.<sup>10</sup>

Hoy sabemos que los pacientes desnutridos tienen un consumo mayor de recursos porque tienen el doble de necesidades que los no desnutridos. Por ejemplo duplican el número de frecuentaciones a la consulta de su médico de cabecera, a la enfermera, al propio hospital, tanto al servicio de urgencias como a los servicios clínicos, etc., recientemente se ha dimensionado este consumo cuantificando un incremento del coste del 34% cuando se refiere a las consultas del médico de cabecera o las admisiones hospitalarias o a las prescripciones farmacológicas.<sup>11</sup>

La intervención nutricional y la valoración nutricional han demostrado ser eficaces en el tratamiento y prevención de este síndrome geriátrico. La valoración nutricional es un instrumento de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del anciano, que debe ser periódicamente realizada a fin de detectar trastornos en los que se intervendrá nutricionalmente, de forma individualizada. Por ello, se ha propuesto que una valoración nutricional adecuada del anciano debe incluir el empleo conjunto de variables antropométricas y analíticas sin dejar de lado la realidad socioeconómica, la cantidad y calidad de apoyo familiar que se tiene y todos los aspectos de forma integral relacionados con el estado nutricional del adulto mayor. La intervención nutricional ha demostrado ser beneficiosa para la salud de los pacientes geriátricos. Su asociación al tratamiento etiológico ayuda a revertir la situación de malnutrición en algunas enfermedades. Otro beneficio de la intervención nutricional es que ha demostrado reducir el número de complicaciones (metabólicas, infecciosas, dehiscencias de suturas, etc.), el riesgo de úlceras por presión, cargas de enfermedad, tasas de reingresos hospitalarios, mejora de la calidad de vida y reducción de muertes.<sup>12</sup>

Con este trabajo se pretende realizar un análisis cualitativo sobre la desnutrición, sus factores y el impacto negativo en pacientes geriátricos. Es

necesario conocer que la malnutrición entre la población anciana está muy extendida y es muy variable en función de los parámetros utilizados, los problemas de salud asociados o el ámbito de la población. La desnutrición aumenta las cifras de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios y duración de la estancia lo que supone, lógicamente, un aumento del uso de recursos sanitarios y gasto sanitario. Debido a la multicausalidad de este proceso la enfermería debe atender holísticamente al paciente en todas sus necesidades bio-psico-sociales. Esto conlleva un alto grado de complejidad y formación para la enfermera que exige más que nunca la identificación y comprensión de todos los elementos de la intervención nutricional y su manera de gestionarlos por un lado; y la integración de su actividad asistencial diaria dentro del equipo interdisciplinar por otro. En España, existe un importante vacío en cuanto al conocimiento del estado nutricional de los adultos por lo que los profesionales de salud deben conocer esta realidad y optimizar habilidades relacionales con la prevención y tratamiento de los estados de desnutrición en los pacientes geriátricos.<sup>13</sup>

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General:**

1. Analizar la desnutrición en los pacientes geronto-geriátricos y la multicausalidad característica de esta patología.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

1. Describir las distintas causas y factores de riesgo de malnutrición en un paciente geriátrico.
2. Explicar en qué consiste el proceso de intervención/tratamiento nutricional y prevención de una alimentación insuficiente.
3. Analizar la necesidad de un abordaje interdisciplinar por parte del equipo de salud en el tratamiento de malnutrición en pacientes geriátricos.
4. Conocer el papel de enfermería en los cuidados de la población geriátrica con una alimentación insuficiente.
5. Desarrollar un plan de cuidados en base a la taxonomía NANDA-NIC-NOC en un paciente geriátrico con desnutrición.



### **3. MARCO TEÓRICO.**

#### **3.1. Concepto de envejecimiento.**

##### *3.1.1. Población geriátrica: definición de edad.*

El concepto de edad, y partir de ella, el de anciano, viejo, persona de edad avanzada o población geriátrica, es todavía a día de hoy un tema de debate debido a la carencia de un criterio numérico estándar. La definición de edad abarca la gran pluralidad de factores – biológicos, cronológicos, sanitarios, sociales y económicos. Esta diversidad lleva a una cierta confusión terminológica, que denota una falta de discriminación conceptual. El término “tercera edad” se relaciona con la jubilación y con connotaciones políticas y sociales; y el término “vejez” es más psicológico y biológico que social, y se relaciona con el deterioro, la marginación y el problema; el término “ancianidad” se refiere a cambios biológicos y psicológicos que se producen en la última etapa de la vida.<sup>14</sup>

Según José Ortega y Gasset:” Las edades son de nuestra vida y no, primariamente, de nuestro organismo, son etapas diferentes en que se segmenta nuestro que hacer vital”.

Se diferencian varios tipos de edades, dependiendo del criterio empleado:<sup>9,15</sup>

- Edad cronológica (chronological age): número de años transcurridos desde el momento del nacimiento de un individuo. Forma más simple de determinar la vejez.
- Edad mental (mental age): nivel de edad al que funciona intelectualmente un individuo, medido mediante pruebas estandarizadas, psicológicas y de inteligencia, y expresado por la edad cronológica a la que corresponde ese nivel.
- Edad biológica (biological age): estado del funcionamiento orgánico, determinando el grado de funcionalidad y de deterioro de sus órganos y tejidos.

- Edad funcional (funcional age): estado individual del desarrollo de las facultades cognitivas, evolutivas y emotivas de la persona.
- Edad social: establece y designa el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad en que cada individuo se desenvuelve.

Para la mayoría de países desarrollados la edad cronológica de 65 años es aceptada como definición de “persona de edad avanzada. Sin embargo, debido al aumento de la esperanza de vida y a la heterogeneidad del envejecimiento se distinguen tres grandes grupos para clasificar la población geriátrica. Las características sociales, biológicas o funcionales de estos tres grupos son suficientemente diferentes como para ser importantes y diferenciar tres grupos dentro de población geriátrica.<sup>6</sup>

- Ancianos jóvenes: personas de edades comprendidas entre los 65-74 años. En general, este grupo de población goza de buena salud y de autosuficiencia -es independiente para realizar las actividades de la vida diaria. Como objetivo de trabajo con este tipo de personas el equipo de salud deberá desarrollar un plan educacional dirigido a prevenir la incapacidad.
- Ancianos: personas de 75-84 años. La necesidad de ayuda para las tareas domésticas e incapacidad funcional son unos de los cambios que más destacan.
- Ancianos viejos: personas de más de 85 años. La fragilidad, la presencia de grandes síndromes geriátricos, alta morbilidad o mortalidad son los aspectos más predominantes en ese grupo.<sup>17</sup>

### 3.1.2. *Envejecimiento.*

El envejecimiento es un proceso multifactorial que se define como la pérdida progresiva de las funciones, acompañada de un incremento de la morbilidad y mortalidad y la disminución de la fertilidad con el avance de la edad. Este proceso se inicia desde la concepción y se desarrolla a lo largo de toda la vida, determinado por factores genéticos y ambientales. La vejez se caracteriza por alteraciones somáticas morfo- funcionales y psicológicas que

provocan la disminución de las facultades físicas y cognoscitivas, y que se ven agravadas generalmente por la pérdida progresiva de seres queridos, la disminución de recursos económicos y la pérdida de jerarquía en el seno de la familia que potencializan el deterioro de la personalidad del anciano.<sup>18</sup>

El envejecimiento se caracteriza por la presencia del síndrome de fragilidad que es un proceso fisiológico de disminución de las reservas y reducción de la resistencia a los factores estresantes como resultado de la declinación acumulativa de múltiples sistemas fisiológicos que incrementan la vulnerabilidad para resultados adversos de salud. Entre los que se encuentran: riesgo de enfermedades agudas, caídas y sus consecuencias (lesiones, fracturas) hospitalización, institucionalización (hogar de ancianos).<sup>19</sup>

### *3.1.3. Tipos de envejecimiento.*

Dependiendo de la herencia genética, biografía, evolución física, psicológica y entorno, el envejecimiento puede ser normal, patológico u óptimo.<sup>20</sup>

Según la OMS, el envejecimiento activo u óptimo es el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

- El envejecimiento normal, o primario, implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociadas a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo.<sup>21</sup>
- El envejecimiento óptimo se aplica a todos los grupos de población y edad, y permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, mental, emocional y social a lo largo de todo el ciclo vital y, así, participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporcionan protección, seguridad y cuidados adecuados cuando lo necesitan. Debemos saber que la vejez no es sinónimo de la enfermedad.<sup>22</sup>

- El envejecimiento patológico se caracteriza por la incapacidad funcional y enfermedades crónicas que conducen a los grandes síndromes geriátricos, invalidez y menoscabo de la independencia .<sup>23</sup>

#### 3.1.4. *Características y cualidades del envejecimiento.*

El envejecimiento presenta características inherentes y bien definidas en todos los seres vivos, entre ellas: deterioro funcional, menor adaptabilidad, tendencia a enfermar, desvalidez, aislamiento.

A continuación se enumeran las cualidades del envejecimiento:

- Lineal.
- Heterogénea.
- Asincrónico.
- Universal.
- Inevitable.<sup>24</sup>

#### 3.1.5. *Tipología de la población geriátrica.*

La población mayor de 65 años no es una población homogénea. Es indiscutible que todos los ancianos no son iguales y que las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar. Debido a esa diferencia en la práctica clínica se reconocen distintos perfiles de ancianos, aunque su definición suele estar mal definida y en muchos casos varía según la fuente bibliográfica. A continuación se exponen las definiciones que de forma aproximada, han adquirido un mayor nivel de consenso en nuestro entorno.<sup>25</sup>

- Anciano sano: se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.

- **Anciano enfermo:** es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales.
- **Anciano frágil:** es aquella persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de prediscapacidad.<sup>19</sup>
- **Paciente geriátrico:** es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Se podría decir que el paciente geriátrico es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad.<sup>26</sup>

**Tabla 3.1.** Tipologías de ancianos: perfiles clínicos orientativos.

	Anciano sano* (adulto viejo)	Anciano frágil (anciano de alto riesgo)	Paciente geriátrico
			
<b>Concepto</b>	Edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable.	Edad avanzada y alguna enfermedad u otra condición que se mantiene compensada (en equilibrio con el entorno) (alto riesgo de descompensarse) (alto riesgo de volverse dependiente).	Edad avanzada y algunas enfermedad/es crónica/s que provocan dependencia, suele acompañarse de alteración mental y/o de problema social.
<b>Actividades instrumentales vida diaria **</b>	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).	Dependiente (para una o más).
<b>Actividades básicas vida diaria ***</b>	Independiente (para todas).	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).
<b>Comportamiento ante la enfermedad</b>	Baja tendencia a la dependencia.	Alta tendencia a la dependencia.	Tendencia a mayor progresión de la dependencia.
<b>Probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos</b>	Baja.	Alta.	Muy alta.

**Fuente:** Extraído de SEGG.<sup>17</sup>

## **3.2. Desnutrición en pacientes geronto-geriátricos.**

### *3.2.1. Concepto de desnutrición.*

Desnutrición es el trastorno corporal producido por un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y las necesidades del individuo motivado por una dieta inapropiada o porque el organismo utiliza defectuosamente los nutrientes.<sup>27</sup> Durante la desnutrición se altera la composición corporal por privación absoluta o relativa de nutrientes que produce la disminución de los parámetros nutricionales por debajo del percentil 75:

- Pérdida involuntaria de peso > 4% anual o > 5 kg semestral, índice de masa corporal < 22, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia (en el caso de ancianos en la comunidad).
- Pérdida de peso > 2,5 kg mensual o 10% en 180 días, ingesta < 75% en la mayoría de las comidas (en el caso de ancianos institucionalizados).
- Ingesta < 50% de la calculada como necesaria, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia (en el caso de anciano hospitalizado).<sup>28</sup>

La desnutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos que padecen los pacientes de edad avanzada. Provoca en el grupo de población anciana un deterioro rápido e importante de la función inmunitaria y favorece la aparición de enfermedades. Debido a la menor reserva orgánica y a la fragilidad del anciano existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad, que conlleva la aparición de un círculo vicioso difícil de romper: Enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos.<sup>29</sup>

### *3.2.2. Prevalencia de desnutrición:*

La prevalencia de la desnutrición en los ancianos varía mucho según el método empleado para diagnosticarla y según el nivel sanitario que elijamos. El amplio rango de prevalencia también se debe a la heterogeneidad de los estudios en cuanto a multiplicidad de métodos que existen en la actualidad para evaluar el estado nutricional, presencia o no de enfermedad aguda, ubicación del paciente según el lugar de residencia o definición de envejecimiento. La desnutrición es un problema común en todos los niveles de

atención sanitaria, desde atención primaria a especializada y en centros de atención geriátrica. Pero el grado de malnutrición varía mucho según el nivel asistencial. Zenón y Villalobos <sup>10</sup> evidencian una prevalencia aproximada del 15% en ancianos en la comunidad, entre 23 y 62% en pacientes hospitalizados y cerca del 85% o más en ancianos institucionalizados en geriátricos, en los países desarrollados. Según Mateos et al., <sup>30</sup> se estima que la malnutrición oscila entre un 1% y un 6% en los adultos mayores no institucionalizados llegando hasta un 60% en los institucionalizados convirtiéndose en un problema de salud pública con gran coste social y económico, y siendo un reto para la sostenibilidad de los sistemas de salud.

En el específico caso de los mayores de España, la prevalencia de desnutrición relacionada con la enfermedad varía mucho según el nivel asistencial: 5-8% de los ancianos en domicilio, 50% de los ancianos enfermos institucionalizados, hasta 44% de ancianos ingresados en hospital por patología médica y hasta 65% de los ancianos ingresados por patología quirúrgica.<sup>31</sup> A continuación describimos algunos datos interesantes, relacionados con los ingresos hospitalarios y la desnutrición:<sup>30</sup>

- Según el Informe de Morbilidad Hospitalaria presentado por el INE, los mayores de 65 años representan un 39,2% de los ingresos hospitalarios: 1.874.492 pacientes. Uno de cada tres de estos pacientes hospitalizados padecen desnutrición. Principalmente son pacientes mayores, con patologías neoplasias, respiratorias cardiovasculares.
- La prevalencia de desnutrición en ancianos hospitalizados a partir de 70 años es del 37% con lo que habría aproximadamente 693.562 pacientes ancianos afectados. Las estancias de esta población geriátrica son más prolongadas e incrementa el coste (hasta un 50%).
- Sólo en hospitales la estancia media de un paciente anciano desnutrido es de 11 días con un coste medio de 4.682 € por estancia, lo que supone un total de 3.247.257.284 .<sup>30</sup>

### 3.2.3. Factores asociados a la desnutrición en pacientes geriátricos.

Según los múltiples estudios del envejecimiento sobre el estado nutricional, la etiología de la malnutrición en el anciano es compleja y depende de la confluencia de varios factores.<sup>32</sup>

- Factores bio-orgánicos.
- Factores fármaco-dietéticos.
- Factores médicos.
- Factores psico-sociales.

#### 3.2.3.1. Factores bio-orgánicos.

Aunque el paso del tiempo es el mismo para todo el cuerpo humano, no todos los órganos sufren sus efectos de la misma forma. Los cambios en el aparato digestivo son los que más se dañan y afectan al binomio alimentación-nutrición.

##### 1) Cambios en el aparato digestivo.<sup>33</sup>

*Región orofacial.* La xerostomía, o sequedad de boca, es un problema común en la población anciana debido a una disminución de la secreción salival. La composición de la saliva también se altera: se hace viscosa y espesa. Los efectos fundamentales de estos dos hechos revierten en dificultades de lubricación, masticación, degustación e ingestión. La pérdida de piezas dentarias y la disminución del volumen del esmalte por desgaste pueden afectar a la ingesta de alimentos. Las modificaciones del sistema neuromuscular de la cavidad bucal provocan una coordinación muscular deficiente para deglutir. La atrofia de las papilas gustativas provoca alteración del gusto y olfato. Según los varios estudios es a partir de los 50 años cuando los sentidos del olfato y gusto disminuyen en los humanos, lo que generalmente produce menor interés en el alimento y menos variedad.

*Tracto gastrointestinal.* Los cambios en la mucosa gástrica y en las glándulas digestivas dan lugar a un descenso de la capacidad funcional digestiva. La menor flexibilidad del fundus gástrico motiva la saciedad con

menor cantidad de comida que en el adulto. La disminución de la motilidad intestinal, la superficie intestinal útil para la absorción, la capacidad de transporte de nutrientes y la reducción del flujo sanguíneo (entre la célula mucosa y la vena porta) alteran la capacidad global de digestión y absorción. También se produce una saciedad precoz debido a una menor distensión del fundus gástrico y una mayor estimulación del antro, al aumento de secreción de colecistoquinina (hormona gastrointestinal relacionada con el proceso fisiológico de la saciedad) y otros mecanismos hormonales (testosterona y leptina). La marcada atrofia del músculo propulsor y los cambios en las células secretoras de moco provocan cambios estructurales (diverticulosis) y funcionales (estreñimiento) del colon.

## *2) Alteraciones de la homeostasis relacionadas con la edad.<sup>34</sup>*

Podemos afirmar que el envejecimiento normal se asocia con disminución fisiológica de la ingestión de alimento y reducción de los mecanismos homeostáticos que funcionan en los adultos jóvenes para restaurar la ingestión de alimento en respuesta a estímulos anoréxicos. Está demostrado que cuando adultos jóvenes y ancianos se someten a una baja ingestión y de nuevo se les permite alimentarse libremente, los jóvenes ingieren más alimento que al inicio y rápidamente regresan a su peso habitual; en cambio, los ancianos sólo regresan a su ingestión habitual y no recuperan el peso perdido. En consecuencia, después de un “estímulo anorexigénico” (por ejemplo, cirugía mayor) los ancianos suelen tomar más tiempo que los adultos jóvenes para recuperar el peso perdido y permanecen más tiempo desnutridos.

## *3) Cambios en la estatura, peso corporal y composición corporal.<sup>35</sup>*

Los cambios que se suceden con el paso del tiempo tanto en la estructura como en la función del organismo contribuyen a modificar el estado de nutrición.

*Disminución de estatura.* A partir de los 50 años de edad, la estatura disminuye entre uno y dos centímetros por década. Esto se debe principalmente a la compresión de las vértebras, a las modificaciones en el tamaño y forma de los discos vertebrales (aplanamiento), a la pérdida de tono

muscular y a la caída postural, lo que provoca la disminución de la superficie corporal y una reducción significativa en la masa metabólicamente activa.

*Disminución de peso.* El peso corporal que ha aumentado progresivamente hasta los 40-50 años, se estabiliza después y, a partir de los 70 años, empieza a descender paulatinamente.<sup>36</sup>

*Disminución de masa muscular o sarcopenia.* Conforme avanza la edad ocurre una reducción en la masa muscular, disminuye su calidad y fuerza. Este proceso se ve influido por varios factores, como disminución en la actividad física, alteración en el estado hormonal, inflamación y disminución en la ingestión proteico-calórica. Después de los 50 años, la pérdida progresiva de masa muscular puede alcanzar hasta 3 kg de masa magra por década.

*Disminución del agua corporal.* El agua corporal total también disminuye a medida que la edad avanza. Un embrión contiene en promedio 90 % de agua; un recién nacido 80%; un adulto 70 %, y un anciano 60 %. Disminución del agua corporal provoca una menor capacidad para mantener el balance hídrico, de modo que las personas mayores son más susceptibles a la deshidratación.<sup>37</sup>

*Disminución de la masa ósea.* La osteoporosis está íntimamente vinculada con el envejecimiento y se produce por varios factores: envejecimiento en sí mismo que provoca cambios en el metabolismo óseo dando como resultado un balance negativo de calcio y vitamina, alteraciones endocrinas, la absorción deficiente, factores externos como la ingesta inadecuada de calcio, el tabaquismo y la vida sedentaria.<sup>38</sup>

*Aumento de la masa grasa.* Por el contrario, conforme avanza la edad la masa corporal grasa aumenta y sufre una redistribución que consiste en el desvío de la grasa subcutánea de las extremidades hacia el tronco. También aumenta la grasa visceral y disminuye la grasa subcutánea. La gravedad de este proceso depende en gran parte de la actividad física y del consumo energético.<sup>39</sup>

*Cambios metabólicos.* Se ha identificado una disminución de la ingesta calórica diaria de aproximadamente 30% entre la población de 20 y 80 años.

Gran parte de esta disminución es secundaria a la disminución del gasto energético. El metabolismo basal (mínima energía necesaria para mantener la vida) disminuye entre el 10 y 20% entre los 30 y 75 años debido a la menor masa muscular; sin embargo, en muchos individuos la disminución de la ingestión es mayor que la reducción en el gasto de energía, de forma que se pierde peso corporal.<sup>40</sup>

La intolerancia a la lactosa se presenta frecuentemente en la población geriátrica debido a una disminución en la actividad de la lactasa. La concentración plasmática de colesterol se modifica con la edad y con el sexo. Aumenta progresivamente entre los 20-50 años, posteriormente se estabiliza y a partir de los 70 años disminuye progresivamente. El contenido de proteína en el del anciano disminuye con la edad y el recambio proteico es de un 20 % comparando con 30% de un adulto.<sup>41</sup> Respecto al metabolismo de las vitaminas, no se han hallado modificaciones con la edad, excepto la mayor tendencia a la hipovitaminosis D relacionada con la Institucionalización y con una menor exposición al sol.<sup>42</sup>

*Cambios neurológicos.* Con la edad, el número de las células del sistema nervioso disminuye, a causa de la pérdida de tono de las neuronas, como consecuencia se produce un enlentecimiento de los movimientos y puede aparecer temblor senil. Se reduce la velocidad de los tiempos de reacción y procesamiento. Estos cambios se expresan más temprano en las habilidades motoras. Con el envejecimiento se disminuye la memoria (aprendizaje actual de nueva información), sin embargo la memoria primaria y sensorial no disminuyen significativamente. Los cambios en la memoria y la menor capacidad de adaptación afectan al binomio alimentación-nutrición.<sup>43</sup>

### 3.2.3.2. Factores fármaco-dietéticos.

1) *Polifarmacia.* Los ancianos son el grupo de edad que más fármacos consumen, aproximadamente el 50 % del total del gasto farmacéutico. La media diaria de consumo de fármacos oscila entre 4,1 y 8 fármacos por persona.<sup>44</sup> El hecho de que el anciano presente afecciones múltiples conlleva al consumo simultáneo de varios medicamentos. Esta polimedicación provoca interacción entre fármacos, incrementa la posibilidad de aparición de efectos

indeseables, modifica la absorción, metabolismo y excreción de los nutrientes. Muchos fármacos provocan náuseas o vómitos (citostáticos).<sup>45</sup> Otros fármacos afectan el estado nutricional provocando la alteración en el apetito y en los sentidos del gusto y del olfato. A continuación se expone una tabla que demuestra la relación entre los fármacos y los efectos adversos de los fármacos que provocan o favorecen la desnutrición:

**Tabla 3.2.** Fármacos que interfieren en el estado nutricional.

<b>Fármacos que alteran la percepción gustativa.</b>	Ácido acetilsulfaslicílico , AINE,ARA II , Ahorradores de K, Benzodiazepinas , Betabloquenates ,Betalactámicos, Captopril , Carbamazepin,Corticoides , Estatinas, Fenitoína, Levodopa, Lidocaína, Metformina.
<b>Fármacos que producen trastornos gustativos.</b>	Hipogeusia: AINE, IECA, Tiazidas, Ahorradores de potasio, Metoclopramida, Corticoides, Levodopa. Ageusia: AINE, IECA, ARA-II,Betabloqueantes, Tiazidas, Aorradores de potasio, Betalactámicos, ISRS, Levodopa, Carbamazepina. Disgeusia: Antagonistas de calcio, Quinolonas, Betalactámicos, Antidiabéticos orales, IBP, Estatinas.
<b>Fármacos que alteran el sentido de olfato.</b>	Hiposimia: Estatinas y Fibratos. Anosomia Antagonistas de calcio y Corticoides. Disosomia : Betalactámicos , Quinolonas , Levodopa.
<b>Fármacos que provocan náusea o vómito.</b>	Antibióticos, Opioides, Digoxina, Citostáticos, Teofilina.
<b>Fármacos que provocan anorexia</b>	Antibióticos, Digoxina.
<b>Fármacos que afectan la capacidad de alimentarse.</b>	Sedantes, Opioides, Psicotrópicos.
<b>Fármacos que provocan la saciedad temprana.</b>	Anticolinérgicos , Simpaticomiméticos
<b>Fármacos que favorecen la disfagia.</b>	Suplementos de potasio, AINEs, Bisfosfonatos, Prednisolona.

Fuente: Elaboración propia basada en SEGG<sup>17</sup>

2) *Factores dietéticos*: malos hábitos dietéticos. En un proyecto de investigación encontraron factores de riesgo para deficiencias nutricionales. Una de las carencias más detectadas fue el bajo consumo de lácteos. Lo que comprueba que la ingesta de calcio es inadecuada en poblaciones de adultos mayores en todo el mundo, generando una pérdida mineral ósea y un mayor riesgo de fracturas. Otro hábito desfavorable es el bajo consumo de frutas y verduras, lo que se considera un factor deteriorante para el estado de salud y nutrición. Las frutas y verduras son determinantes en el aporte de fibra, a la que se le reconocen beneficios fisiológicos y metabólicos los cuales varían de acuerdo con el tipo de fibra. El consumo de proteínas especialmente de proteínas de alto valor biológico es necesario para el mantenimiento de la masa celular corporal.<sup>46</sup>

#### 3.2.3.3. Factores médicos.

El paciente geriátrico se caracteriza por la presencia de pluripatología. Estas patologías, tanto crónicas como agudas, pueden influir en el estado nutricional. Cuanto mayor es el número de enfermedades que padece una persona, mayor es la probabilidad de padecer las alteraciones nutricionales, tanto por la enfermedad en sí como por los tratamientos requeridos.<sup>47</sup> En caso de enfermedades crónicas o su tratamiento pueden obligar a restricciones y modificaciones en la dieta habitual: diabetes, hipertensión, dislipemias, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, artropatías inflamatorias, infecciones, tumores. Las patologías endocrinas como distiroidismo, hipoadrenalismo, hiperparatiroidismo afectan mucho al estado nutricional. En casos de hospitalización reciente está demostrado que para los ancianos el ingreso en un hospital es un factor de riesgo claro para desarrollar desnutrición. Existen multitud de trabajos que demuestran que los ancianos hospitalizados son mantenidos durante varios días con una ingesta baja de nutrientes. A pesar de esto no se diagnostica y se trata adecuadamente.<sup>48,49</sup>

#### 3.2.3.4. Factores psico-sociales.

Los cambios psicológicos y sociales que acompañan al envejecimiento pueden repercutir negativamente sobre el estado nutricional de la persona mayor. Los factores psicológicos pueden estar relacionados con la esfera social (jubilación, menor responsabilidad en la familia, soledad, viudedad, menor poder adquisitivo, etc.), la esfera física (no aceptación de los cambios que surgen por el propio proceso de envejecer, o no adaptación a ellos) o la esfera psíquica (la depresión, el duelo, la demencia, alteraciones emocionales, paranoia, manía, alcoholismo y tabaquismo).<sup>34</sup>

La disminución del apetito es uno de los síntomas más frecuentes de depresión. Esto puede deberse a una menor actividad, mayor aislamiento, a la pérdida del simbolismo de amor y participación propia del acto de comer, y al uso del alimento como arma (negativa a alimentarse como deseo subconsciente de muerte). Se ha documentado en la depresión una alteración de los niveles de algunos neurotransmisores como la noradrenalina, pudiendo afectar este fenómeno al apetito. Los pacientes con demencia pueden no verse interesados por el alimento, con frecuencia no recuerdan si han comido ya, y pueden no reconocer la necesidad de alimentarse. Un estudio demuestra que la depresión se asocia con la pérdida de peso solo en personas mayores de 55 años de edad al contrario de los adultos jóvenes que tienden a aumentar el peso en el transcurso de la misma.<sup>50</sup>

Los factores sociales como soledad, ingresos insuficientes, falta de transporte adecuado para ir a comprar alimentos especiales, malas condiciones o barreras de la vivienda, desconocimiento de técnicas culinarias, falta de ayuda y tiempo para alimentar al dependiente o maltrato. En cuanto al aislamiento social, según el estudio europeo Euronut –Séneca<sup>51</sup>, se sabe que se come menos cuando se come solo en comparación con las comidas en compañía, la diferencia en el consumo entre las dos situaciones es del 30%. Con estos datos se sugiere que el consumo social es desfavorable ya que promueve la sobrealimentación y la obesidad, todo lo contrario que al comer solo, lo que puede conducir a la pérdida de peso.

En muchos casos, la presencia de problemas económicos en los ancianos les impide comprar la comida necesaria. Lo primero que se evitan son los alimentos caros, que suelen ser los que aportan la mayor cantidad de proteínas, como las carnes y los pescados.<sup>52</sup>

#### 3.2.4 Tipos de desnutrición.

##### 3.2.4.1. Desnutrición aguda o Kwashiorkor.

La desnutrición aguda se produce como consecuencia del consumo insuficiente de proteínas en la dieta. Puede estar asociada a situaciones que amenazan la vida, como trauma e infección en enfermos de todas las edades, generalmente admitidos en unidades de tratamiento intensivo, muchas veces recibiendo solamente soluciones de glucosa al 5% por periodos que oscilan entre los 10 y los 15 días. La particularidad de este tipo de desnutrición consiste en que desde el punto de vista clínico, las reservas grasas y musculares pueden estar normales, dando la falsa impresión de un buen estado nutricional.<sup>9, 53</sup>

Características:<sup>54</sup>

- Hipoalbuminemia < 2,8 g/Dl, leucopenia < 1.500 linfocitos /mm<sup>3</sup>.
- Disminución de la respuesta inmunitaria.
- Edemas y aumento del agua extracelular.
- Depleción de las reservas proteicas con conservación de las grasas
- Exploración física: lesiones cutáneas, despigmentación, vientre protuberante, alopecia, cabellos finos, secos y quebradizos.

##### 3.2.4.2. Desnutrición crónica o marasmo.

Es la consecuencia de un desequilibrio crónico entre la ingesta y las necesidades energéticas del individuo. El paciente geriátrico con desnutrición crónica presenta los depósitos de grasa reducidos, se encuentra adelgazado y sin masa muscular. En la mayor parte de las veces es de fácil diagnóstico ya que el examen clínico del paciente demuestra un aspecto esquelético, demacrado y huesudo. En un paciente geriátrico con desnutrición crónica este estado es multifactorial y avanza a lo largo del tiempo. En general, este tipo de

desnutrición responde positivamente al tratamiento nutricional, que debe tener inicio en forma lenta para evitar los desequilibrios metabólicos que son parte del síndrome de realimentación.<sup>55</sup>

A continuación se describen las características:<sup>54</sup>

- Hipoalbuminemia no inferior a 2,8 g/dl.
- Pérdida gradual de masa muscular y masa grasa.
- Utilización de las reservas endógenas del individuo.
- Conservación de las proteínas viscerales hasta que el individuo ha perdido un porcentaje de peso relativamente importante.
- Exploración física: pelo quebradizo, piel seca, fría, sin elasticidad y con manchas marrones.

#### 3.2.4.3. Desnutrición mixta.

Se produce por carencia global, calórica y proteica. Es la forma más grave y más frecuente en el ámbito geriátrico. Suele afectar a pacientes geriátricos hospitalizados con desnutrición leve que se ve agravada por una enfermedad aguda sobreañadida como trauma, intervención quirúrgica o infección. Debe de ser reconocida inmediatamente y tratada. La peculiaridad de este tipo de desnutrición es que es el resultado de la combinación de las dos variedades clínicas anteriores, es decir, cuando un anciano presenta desnutrición energética en su forma crónica, el marasmo, y se agrega una deficiencia aguda de proteínas, al cuadro de marasmo se agrega el de kwashiorkor. Clínicamente, el paciente presenta características de los dos tipos de desnutrición: edema, disminución del tejido muscular y subcutáneo, disminución de proteínas séricas. Puede haber también adelgazamiento del pelo y cambios en la piel<sup>49</sup>.

#### 3.2.5. Indicadores de desnutrición o de riesgo de desnutrición.

Hasta el momento se han desarrollado más de 70 herramientas para detectar situaciones de desnutrición, basados en distintos criterios y utilizando diferentes puntos de corte. Comentamos a continuación la antropometría, los estudios de laboratorio, los cuestionarios empleados para evaluar el estado nutricional y el análisis de impedancia bioeléctrica.<sup>56</sup>

1) *Peso*. Para determinar el estado nutricional de los adultos mayores comúnmente se utiliza el peso y la talla, para con ellos calcular el índice de masa corporal (IMC). En ciertas oportunidades la medición de estos parámetros antropométricos se dificulta por: curvatura de columna, postración u otras afecciones físicas. Para dar solución a esta problemática algunos autores han relacionado otros parámetros directamente con el IMC, entre ellos el perímetro de pantorrilla y la dinamometría de mano, obteniendo buenos resultados. Este indicador es relativamente fácil de usar y solo requiere el peso del individuo. Una pérdida significativa de peso es equivalente a: <sup>57</sup>

- Descenso del 5 % o más en 1 mes.
- Un 7,5 % o más en 3 meses o 10 % o más en 6 meses.
- Cualquier pérdida mayor de 5 kg es un indicador importante.

2) *Índice de masa corporal*. Es otra forma de evaluar, desde el punto de vista antropométrico. Debe tenerse presente que la talla de los ancianos se tomará con extremo cuidado y que, además, la pueden afectar las deformidades óseas propias de la edad. El IMC es el peso en kilogramos dividido entre talla en metros cuadrados. Se plantea que un IMC de 18,5 a 24,9 es normal, por debajo de 18,5 define deficiencia energética. <sup>58</sup>

**Tabla 3.3.** Clasificación de sobrepeso y obesidad por IMC.

<b>Grado de Obesidad</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>
<b>Peso bajo</b>	<b>&lt; 18.5</b>
<b>Normal</b>	<b>18.5-24.9</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>25-29.9</b>
<b>Obesidad I</b>	<b>30-34.9</b>
<b>Obesidad II</b>	<b>35-39.9</b>
<b>Obesidad extrema III</b>	<b>≥ 40</b>

Fuente: Extraída de OMS. <sup>59</sup>

3) *Examen físico*. Se deben buscar signos clínicos fáciles de identificar como la queilosis y/o estomatitis angular y déficits de vitaminas del complejo B. Estos signos son: <sup>60</sup>

- Glositis: vitaminas del complejo B.

- Sequedad de los labios y baja eliminación de orina.
- Falta de grasa subcutánea.
- Falta de masa muscular.
- Retención de líquidos -edema.

4) *Los datos del laboratorio:* <sup>61</sup>

- Albúmina sérica por debajo de 3,5 mg/dl.
- Niveles de colesterol sérico menores a 160 mg/dl.

5) *Los datos generales:* <sup>62</sup>

- Cambio en el estado funcional: cambio de situación “independiente a dependiente”.
- Ingesta alimentaria inadecuada

3.2.6. *Consecuencias de la desnutrición.*

La desnutrición en ancianos está relacionada con múltiples consecuencias, que incluyen tanto los efectos sobre morbilidad, mortalidad y costes económicos como consecuencias clínicas. Si hablamos de consecuencias económicas cualquier paciente geriátrico tiene peor pronóstico y evolución clínica que el paciente que presenta un adecuado estado de nutrición. Este síndrome demanda gran atención por parte de los profesionales de la salud, los pacientes desnutridos visitan más a su médico en Atención Primaria y tiene estancias hospitalarias hasta un 30 % más largas. <sup>63</sup>

Por otro lado la desnutrición provoca consecuencias clínicas y que a veces es complicado separar los efectos de desnutrición y enfermedad subyacente. <sup>10</sup>

- Pérdida de peso y masa grasa, flacidez y pliegues cutáneos, disminución del compartimento proteico muscular y visceral.
- Alteración de la respuesta inmune que conlleva mayor incidencia de infecciones.

- Sarcopenia y pérdida de fuerza muscular: caídas y fracturas, riesgo de neumonía.
- Edema, hepatomegalia, diarrea.
- Astenia, depresión y mayor anorexia.
- Riesgo de intoxicación farmacológica por reducción de fracción libre de fármacos con alta afinidad por albúmina y menor eficacia del metabolismo hepático.
- Mayor mortalidad, morbilidad e institucionalización.
- Altera las funciones cardíaca, respiratoria y hepática.
- Disminuye el metabolismo basal, filtrado glomerular.

Si hablamos de un paciente institucionalizado cuando la oferta de calorías y proteínas para los tejidos y las células no puede ser mantenida, ocurre una grave descompensación de la función orgánica (riñón, corazón, hígado e intestino) con consecuente acidosis, coma y muerte. La descompensación metabólica, promovida por la desnutrición grave, puede ocurrir en pocas horas e incluye disturbios de coagulación e ictericia, una vez que el hígado no tiene la capacidad de producir factores de coagulación y proteínas de transporte. Las causas más comunes de muerte son las pulmonares como bronconeumonía, sépsis y la gastroenteritis, así como los disturbios hidroelectrolíticos.<sup>10</sup>

Si hablamos de Atención Primaria es menos conocida, pero no por ello tiene menor relevancia ya que conlleva importantes consecuencias tanto a nivel sanitario como social y económico.<sup>64</sup>

### *3.2.7. Requerimientos nutricionales de la población geriátrica.*

La nutrición en una persona mayor de 65 años es un proceso dinámico que se modifica diariamente. En ocasiones erróneamente se considera que el organismo envejecido no requiere más nutrientes que los que ha obtenido en el transcurso de la vida, pero esto es un concepto equivocado ya que el recambio

corporal y el proceso del envejecimiento es un fenómeno muy dinámico más de lo que comúnmente piensa.<sup>65</sup>

Energía. Las necesidades energéticas disminuyen con la edad al reducirse gradualmente la actividad física y la masa muscular. Estudios recientes demuestran una disminución de un 10% por década a partir de los 60 años. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estudios de ayuno relativo, han demostrado que las personas mayores de 60 años adelgazan más rápidamente que las personas más jóvenes, y al cesar la restricción, es muy difícil aumentar su ingesta alimentaria para conseguir aumentar un kilo de peso y recuperar el peso perdido. Es importante tener en cuenta, que aportes menores de 1500 Calorías/día, suponen riesgo de baja ingesta de vitaminas y minerales que no permite cubrir los requerimientos nutricionales diarios. Pero hasta el 40% de los ancianos consumen dietas de menos de 1.400 Kcal/día, que no aseguran el aporte mínimo de proteínas, calcio, hierro y vitaminas.<sup>66</sup>

Existen múltiples fórmulas para determinar los requerimientos calóricos de un individuo. La más utilizada es la fórmula de Harris-Benedict, que calcula el gasto energético total (GET) de la siguiente forma:<sup>67</sup>

$GEB \times \text{factor de estrés} = \text{necesidades calóricas diarias}$ . Las necesidades GET vienen determinadas fundamentalmente por el nivel de actividad, que suele estar reducido en el anciano respecto de la población adulta. La ingesta habitual de los ancianos en el domicilio y residencias es muy variable,

El GEB se calcula de la siguiente manera:

Hombres (kcal/día):  $66 + [13.7 \times \text{peso (kg)}] + [5.0 \times \text{talla (cm)}] - [(6.8 \times \text{edad})]$

Mujeres (kcal/día):  $65 + [(9.6 \times \text{peso (kg)})] + [1.8 \times \text{talla (cm)}] - [4.7 \times \text{edad}]$

El factor de estrés fisiológico para determinar los requerimientos calóricos diarios: Mantenimiento/estrés leve: (1.0-1.2); estrés moderado: (1.3-1.4); estrés severo: (1.5).

En la siguiente tabla se demuestran formas rápidas para calcular los requerimientos energéticos de una persona geriátrica.

**Tabla 3.4.** Fórmulas rápidas de necesidades calórico-proteicas

	<i>Requerimientos calóricos</i>
<b>Severidad mínima de enfermedad</b>	<b>0.8 g / kg/ día 20-25 Kcal / Kg / día</b>
<b>Severidad moderada de enfermedad</b>	<b>1.0-1.5 g/ Kg/ día 25-30 Kcal / Kg / día</b>
<b>Grado severo de enfermedad</b>	<b>1.5 -2.5 g /kg/día 30-35 Kcal / Kg/ día</b>

Fuente: Extraída y modificada de Zenón y Villalobos.<sup>10</sup>

Requerimientos proteicos. Las necesidades proteicas en las personas de edad avanzada están influidas por una disminución del compartimento muscular que condiciona una menor disponibilidad de aminoácidos para la ingesta calórica por debajo de los niveles recomendados (dificulta la utilización eficaz de las proteínas ingeridas), infecciones y enfermedades crónicas (situaciones comunes en las personas mayores). Por tanto es necesario asegurar un aporte elevado de proteínas y ajustado de calorías, así como realizar ejercicio físico de forma regular. Las necesidades son similares a las de los adultos aproximadamente, 1,0-1,25 g/kg/día (10-15% de las calorías diarias, 40-50 g/día). No obstante, en situaciones especiales como infecciones agudas, fracturas, intervenciones quirúrgicas, sépsis, hemodiálisis, insuficiencia respiratoria crónica o síndrome de distrés respiratorio del adulto los aportes de proteína deben ser mayores, (1,25-2 g/kg/día).<sup>68</sup>

Requerimientos lipídicos. Para cubrir las necesidades de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales es suficiente el 10% de las calorías de origen lipídico, y no se debe sobrepasar el 30%. En relación con el reparto de ácidos grasos no deberá sobrepasarse el 7-10% en forma de saturados, ni el 10% en forma de poliinsaturados y el resto debe aportarse en forma de monoinsaturados 10-18%. La reducción de colesterol en la dieta a la recomendación habitual de < 300 mg/día se consigue reduciendo el consumo de yema de huevo, crustáceos, vísceras, grasas de las carnes y productos lácteos enteros. La proporción de grasas/carbohidratos debe variarse en función de la patología de base [reducir grasas en insuficiencia renal o

hepática, aumentarlos en insuficiencia respiratoria crónica, DM II (Diabetes Mellitus tipo II) e hiperglucemia de estrés)].<sup>69</sup>

**Requerimientos de carbohidratos.** Las dietas hipocalóricas o los periodos de ayuno en personas mayores pueden favorecer la aparición de trastornos metabólicos importantes como son lipólisis, la producción de cuerpos cetónicos, el catabolismo proteico y la pérdida de sodio, potasio y líquidos.

Por ello, se recomienda que un 50-60% de la ingesta energética provenga de los carbohidratos en forma de hidratos de carbono complejos. El aporte mínimo de hidratos de carbono para frenar el catabolismo proteico es de 100 gr de glucosa al día. Deben de constituir el principal aporte calórico y vitamínico a partir de los cereales, tubérculos, verduras, frutas, leguminosas y lácteos. Los carbohidratos simples deben limitarse al 10% del total hidrocarbonado, debido a la tendencia de las personas mayores a desarrollar una resistencia periférica a la insulina. No deben superar el 60% de las calorías totales (5 g/kg/día de glucosa) para evitar carencias en los demás nutrientes.<sup>66</sup>

**Fibra.** La fibra dietética es esencial para asegurar una óptima función gastrointestinal. El consumo de fibra junto con una ingesta hídrica adecuada previene el estreñimiento, favorece un mejor control de la glucemia y del colesterol y reduce el riesgo de aparición de algunas neoplasias. Las recomendaciones de fibra para las personas mayores sanas, según la "American Dietetic Association"<sup>70</sup> oscilan entre 20 a 35 g /día, siendo los alimentos ricos en fibra, como los cereales, frutas y verduras la principal fuente alimentaria.<sup>71</sup>

**Minerales y oligoelementos.** Los avances en el estudio de las necesidades de nutrientes han permitido establecer unas recomendaciones de minerales y oligoelementos para los dos grupos de población de edad avanzada: personas de 60-69 años y persona.

No obstante, hay algunos minerales que, por su papel crítico en la edad geriátrica, deben ser tratados de manera particular.<sup>72, 66,69</sup>

**Calcio:** nutriente de gran importancia, ya que interviene en la conservación del esqueleto (alta prevalencia de osteoporosis en las personas

mayores). En caso de no asegurarse con la ingesta, el calcio recomendado en las personas ancianas, es conveniente suplementar la dieta con este mineral 1,2 g/día y 600 UI de vitamina D (siempre combinado con vitamina D3).

*Hierro:* las personas mayores no son un grupo de riesgo en cuanto a la ferropenia; pese a ello, existen numerosos factores que predisponen a su carencia: enfermedades inflamatorias, digestivas, etc. Hay que tener en cuenta que las mujeres en edad posmenopáusica aumentan progresivamente sus reservas orgánicas de hierro.

*Zinc:* nutriente antioxidante de difícil ajuste, sobre todo en situaciones de ingesta energética baja. Su carencia se asocia a una disminución de la inmunidad, de la cicatrización de las heridas y de la capacidad gustativa, así como a la inapetencia o anorexia y a la degeneración macular.

*Selenio:* nutriente antioxidante que previene la formación de los radicales libres. Algunos estudios demuestran que su déficit se relaciona con el riesgo de padecer enfermedades coronarias, algunas neoplasias e inmunosupresión.

*Magnesio:* se relaciona con la prevención de eventos cardiovasculares, presencia de diabetes y aparición de osteoporosis.

Las necesidades de sal están reducidas en la hipertensión arterial, cardiopatías, cirrosis y nefropatías.

*Vitaminas* .La deficiencia de vitaminas es relativamente frecuente en las personas mayores, con manifestaciones clínicas menores o no evidentes. Estos estados aparecen cuando no se realiza una dieta variada ni equilibrada y no se cubren las necesidades energéticas diarias del individuo. A continuación explicamos brevemente las vitaminas que, por su difícil ajuste, merecen una especial atención en la población geriátrica:<sup>62, 66,68</sup>

*Vitamina D:* nutriente que puede ser sintetizado en el organismo mediante la exposición a la luz solar. Sin embargo, debido a la menor capacidad de síntesis en las personas mayores y a la escasa exposición solar, en muchos casos es necesario valorar su suplementación (situaciones como la

institucionalización o el déficit de calcio). La ingestión recomendada diaria es de 2,5 µg.

*Vitaminas antioxidantes:* las vitaminas E y C deben estar presentes en la dieta de la persona mayor puesto que tienen un efecto beneficioso antioxidante y preservan de forma especial el buen funcionamiento del sistema inmunitario. Existen estudios que demuestran que la ingestión de vitamina C (1g/día) y vitamina E (200mg/día) durante 4 meses mejoran significativamente la función inmunitaria de las personas de 75-80 años.

*Líquidos:* <sup>65,68</sup> debido a que en esta etapa de la vida el mecanismo que desencadena la sed está alterado, se recomienda ingerir líquidos con regularidad a lo largo de todo el día, teniendo en cuenta las necesidades hídricas diarias y prestando una especial atención en los meses calurosos y, en situaciones con necesidades aumentadas y en individuos con indicación de ingesta hídrica restringida (edemas, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal...). A nivel práctico, estas recomendaciones equivalen a consumir como mínimo 8 vasos de agua al día. Las necesidades de líquidos, además del agua contenida en las comidas (1,5-2 l/día, 30-35 ml/kg/día, cinco-ocho vasos de agua/día), suelen no cubrirse con la ingesta espontánea en los ancianos.

### **3.3. Intervención nutricional en pacientes geriátricos.**

La intervención nutricional en geriatría debe plantearse de manera individual, en función del estado nutricional, de la pluripatología, de los cambios biológicos y psicosociales vinculados al envejecimiento, de la capacidad funcional y de las necesidades nutricionales del individuo. Su objetivo es proporcionar todos los nutrientes necesarios y en las cantidades adecuadas para mantener un buen estado nutricional. La prevención y la detección precoz de los déficit alimentarios, así como el control y seguimiento periódico de la persona mayor, son los principales ejes de trabajo para evitar complicaciones de la salud y para conseguir que “las personas mayores de 65 años de edad tengan la posibilidad de gozar de todo su potencial de salud y jugar un papel activo en la sociedad”.<sup>73</sup>

### 3.3.1. *Prevención.*

La prevención y la detección precoz de los déficits alimentarios, son los principales ejes del trabajo interdisciplinarios para evitar las complicaciones de la salud. El equipo de salud tiene que estar muy atento a las personas que puedan tener problemas con la ingesta de alimentos y prevenir el riesgo de desnutrición en aquellos pacientes que, por diversas circunstancias clínicas o sociales no pueden llevar a cabo una alimentación óptima o adecuada. Dentro de estas personas están: personas con enfermedad de Alzheimer, personas con enfermedad de Parkinson, personas con demencia vascular ,personas con ACV, personas con las enfermedades del tracto gastrointestinal (infecciones hepatitis, estreñimiento, enfermedad inflamatoria intestinal) , personas con anemia ferropénica, perniciosa, enfermos oncológicos y enfermos con fallo de órganos( insuficiencia renal, hepática, cardíaca).<sup>74</sup> Se debe tener una atención especial en enfermos terminales, personas que presentan trastornos del comportamiento alimentario y enfermos de SIDA.<sup>64</sup>

Las recomendaciones en una dieta sana general, haciendo hincapié en las personas mayores de 65 años con riesgo de desnutrición son:<sup>75,76</sup>

- Educación nutricional: recomendar una dieta equilibrada, variada, suficiente, agradable y adaptada a las necesidades individuales; desmentir tópicos o falsas creencias sobre la alimentación (menor necesidad de comer, alimentos dañinos, etc.)
- Investigar los hábitos alimentarios erróneos y corregirlos.
- Preguntar sobre las preferencias alimentarias.
- Evitar la indicación de dietas restrictivas si no son estrictamente necesarias.
- Asegurar la ingesta hídrica.
- Valorar la posibilidad de hacer la compra y realizar la comida.
- Animar a que se realicen las comidas en compañía y en un lugar agradable, ventilado y libre de olores de cocina.

- Mantener la higiene bucal y una vigilancia periódica de la dentadura o prótesis dentales. Recomendar presentaciones atractivas de los platos, con sabores y aromas definidos.
- Estimular la realización de actividades que favorezcan las relaciones sociales.
- Seguimiento: control bimensual del peso e IMC y control anual del estado nutricional (puede utilizarse la escala de valoración MNA-SF).
- Disfrutar la comida.
- Tener gran variedad de alimentos.
- Comer la cantidad adecuada para mantener un peso saludable.
- Ingerir muchas frutas y verduras.
- No comer exceso de alimentos que contengan grasa, sobre todo, grasa saturada.
- Realizar ejercicio físico moderadamente, como por ejemplo, caminatas y ejercicios en el círculo de abuelos o con su familia.
- Preparar los menús de acuerdo con los hábitos culturales del anciano.
- Presentación atractiva.
- Establecer un esquema de 4-5 comidas al día.
- Ingerir el contenido líquido de los alimentos para aprovechar sus minerales y vitaminas.

Previendo estados de desnutrición obtendremos los siguientes beneficios: aumento de grasa subcutánea, reducción de los ingresos hospitalarios por infecciones, disminución de la estancia hospitalaria, educación en la dependencia, menor gasto en recursos sanitarios.<sup>50</sup>

### 3.3.2. *Valoración del estado nutricional.*

Hasta el momento se han desarrollado más de 70 herramientas para detectar situaciones de desnutrición, basados en distintos criterios y utilizando diferentes puntos de corte.

#### 3.3.2.1. Valoración global.

La valoración del estado nutricional en geriatría debe formar parte de La Valoración Geriátrica Integral (VGI). Valoración geriátrica integral: instrumento

de evaluación multidimensional (bio-psico social y funcional) que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento. La VGI se considera la herramienta o metodología fundamental en que se basa la clínica geriátrica para evaluar y diagnosticar los problemas clínicos, mentales y sociales que pueda presentar el anciano, con el objetivo de elaborar un plan terapéutico, de cuidados y de seguimiento. Esta valoración deberá ser realizada por un equipo multidisciplinar: enfermeras, médicos, trabajadores sociales, dietistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y neurólogos.<sup>77</sup>

A continuación se describen los objetivos que se persiguen con la Valoración Geriátrica Integral:<sup>78</sup>

- Mejorar la exactitud diagnóstica con base en un diagnóstico multidimensional.
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados antes.
- Mejorar el estado funcional y cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida.
- Evitar siempre que sea posible la dependencia, y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios.
- Disminuir la mortalidad.

Valoración global comprende:<sup>78,79</sup>

*Historia clínica:* antecedentes patológicos individuales y familiares referidos a enfermedades crónicas y consumo de medicamentos.

*Exploración física:* los principales signos clínicos de interés que se deben observar son la palidez, aparición de edemas y alteraciones de las mucosas o de la piel.

*Valoración funcional:* permite detectar la autonomía para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Las escalas validadas para la población mayor más utilizadas en nuestro país son el índice de

Barthel, el índice Katz, el índice de Lawton y la escala de incapacidad física y psíquica de la Cruz Roja.

*Evaluación mental o cognitiva:* los principales signos de alarma que hay que tener en cuenta son el cambio de costumbres, la variación del ritmo del sueño, el desinterés, la tristeza y una posible desorientación. A la vez, se debe observar el aspecto personal y el comportamiento (actitud, coherencia, iniciativa) de la persona durante la consulta.

*Hábitos dietéticos:* algunos de los métodos más utilizados para estimar la ingesta de alimentos son la historia dietética, el cuestionario de frecuencia de consumo, el registro de la dieta y recordatorio de 24 horas.

### 3.3.2.2. Valoración nutricional.

Los objetivos de la valoración nutricional son: determinar las situaciones de riesgo para desarrollar desnutrición, diagnosticar el estado de malnutrición evidente o de curso subclínico que puede pasar inadvertido en exploraciones no específicas, identificar la etiología de los posibles déficits nutricionales, diseñar el soporte nutricional adecuado que conduzca a una mejoría del estado de salud del anciano y evaluar la efectividad del soporte nutricional.<sup>80</sup>

Las valoraciones nutricionales suelen realizarse mediante la aplicación de uno o varios de los siguientes cuatro grupos distintos de pruebas: historia dietética, determinaciones clínicas, determinaciones antropométricas, cuantificación de parámetros bioquímicos e inmunológicos y encuestas o escalas.<sup>81</sup>

1) *Parámetros antropométricos.* La antropometría consiste en una serie de mediciones técnicas sistematizadas que expresan, cuantitativamente, las dimensiones del cuerpo humano. Involucra el uso de marcas corporales de referencia, cuidadosamente definidas, el posicionamiento específico de los sujetos para estas mediciones y el uso de instrumentos apropiados. Un tema clave en la antropometría es la selección de mediciones. Esto depende del propósito del estudio y de las cuestiones específicas que estén bajo consideración. La antropometría no es invasiva. Los procedimientos

antropométricos aportan la masa muscular y las reservas grasas del organismo.<sup>10</sup>

*Peso y talla.* El peso, la talla y el IMC son imprescindibles. El peso es uno de los parámetros nutricionales más útiles para vigilar en individuos con alguna enfermedad aguda o crónica. Los cambios de peso y en especial los recientes, es un valor que indica cambios nutricionales significativos.

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

**Tabla 3.5.** Valoración nutricional según pérdida de peso.

<b>Tiempo</b>	<b>Pérdida de peso Significativa</b>	<b>Pérdida de peso Severa</b>
<b>1 semana</b>	<b>1-2%</b>	<b>&gt;2%</b>
<b>1 mes</b>	<b>5%</b>	<b>&gt;5%</b>
<b>3 meses</b>	<b>7,5%</b>	<b>&gt;7,5%</b>
<b>6 meses</b>	<b>10%</b>	<b>&gt;10%</b>

**Fuente:** Elaboración propia basada en Zenón.<sup>10</sup>

La pérdida de peso es el indicador más sencillo de malnutrición calórica, pero su determinación es difícil en el paciente crítico, que suele estar sobrehidratado y encamado. El aumento de peso es un buen indicador de renutrición, aunque las ganancias > 250 g/día 1 kg/semanal suelen deberse a sobrecarga hídrica.<sup>82.</sup>

Para calcular el peso en personas inmobilizadas se pueden utilizar grúas-básculas y en personas que no pueden mantener la bipedestación sillones-básculas. Para estimar la talla puede utilizarse fórmula de Chumlea<sup>83</sup> a partir de la medida de la altura del talón-rodilla.

Hombre:

$$T = (2,02 \times \text{altura talón-rodilla}) - (0,04 \times \text{edad}) + 64,19$$

Mujer:

$$T = (1,83 \times \text{altura talón-rodilla}) - (0,24 \times \text{edad}) + 84,88$$

*El índice de masa corporal (IMC)* es el peso en kilogramos dividido entre la talla en metros cuadrados.

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

IMC ideal para personas > 65 años: 24-29.

- Desnutrición leve: 17-19.
- Desnutrición moderada: 16-16,9.
- Desnutrición grave: < 16.

*Pliegues y circunferencias.* Los valores antropométricos cobran más valor si consideramos lo sencillo y económico de las técnicas usadas

El pliegue tricpital en el brazo no dominante y el pliegue subescapular refleja el estado de la grasa corporal. Como en el anciano la grasa tiende a acumularse en el tronco y disminuir en los miembros, es más fiable la pérdida de pliegue graso que la presencia aislada de valores por debajo de los percentiles normales.

2) *La impedancia bioeléctrica.* Es una técnica utilizada para medir la composición corporal, basada en la capacidad que tiene el organismo para conducir una corriente eléctrica. Es un método sencillo de cálculo de composición corporal que se usa cada vez más en investigación clínica.<sup>54</sup>

3) *Datos del laboratorio.* Se han usado varios exámenes de laboratorio para la evaluación del estado de nutrición: hemoglobina, albúmina, prealbúmina, proteínas totales y colesterol.<sup>85</sup>

*Albúmina* se conoce como un indicador general de desnutrición, lesiones, enfermedades o procesos inflamatorios. Algunos estudios recientes entre personas mayores que viven en casa sugirieron que las concentraciones bajas se asocian con limitaciones funcionales, sarcopenia, uso de cuidados de la salud y mortalidad. En el paciente hospitalizado, la hipoalbuminemia se relaciona también con mayor estancia hospitalaria, complicaciones, reingreso y mortalidad. Por su larga vida medios (20 días) la albúmina sólo es útil en el seguimiento a largo plazo de la intervención nutricional.

*Prealbúmina* tiene vida media corta (48 horas) por lo tanto se usa para valorar la respuesta al tratamiento durante la intervención nutricional.

*Colesterol* refleja depleción avanzada de proteína visceral y es buen productor de morbimortalidad. Las concentraciones bajas de colesterol a menudo están vinculadas con enfermedades subyacentes graves, como enfermedades malignas. La hipocolesterolemia se asocia con mala evolución clínica entre.

*Recuento de linfocitos* se relaciona también con el grado de malnutrición, pero se ve igualmente afectada por muchas situaciones clínicas independientes de la nutrición (infecciones, fármacos, enfermedades hematológicas)<sup>86</sup>

**Tabla.3.6** .Parámetros bioquímicos e inmunológicos como indicadores del estado nutricional.

	<b>Normal</b>	<b>Desnutrición Leve</b>	<b>Desnutrición moderada</b>	<b>Desnutrición severa.</b>
<b>Albúmina (g/dL)</b>	<b>3,6-4,5</b>	<b>2,8-3,5</b>	<b>2,1-2,7</b>	<b>&lt;2,1</b>
<b>Linfocitos (células/mm<sup>3</sup>)</b>	<b>&gt;2000</b>	<b>1200-2000</b>	<b>800-1200</b>	<b>&lt;800</b>
<b>Colesterol (g/dL)</b>	<b>&gt;180</b>	<b>180-140</b>	<b>140-100</b>	<b>&lt;100</b>
<b>Transferrina (mg/dL)</b>	<b>250-350</b>	<b>150-200</b>	<b>100-150</b>	<b>&lt;100</b>

Fuente: Tabla extraída de Ferrera et al.<sup>54</sup>

4) *Escalas*. En la comunidad y residencias de ancianos se han utilizado varios cuestionarios y escalas, de los cuales los más conocidos son el Determine, el Mini Nutritional Assessment (MNA) y la Técnica de Valoración Global Subjetiva (VGS.)<sup>87</sup>

*La técnica de VGS* recurre a elementos de la historia clínica y exploración física para evaluar el estado nutricional. Se utiliza sobre todo en oncología y nefrología por su sencillez, pero está validada para pacientes geriátricos.<sup>88</sup> Es un método que permite detectar y valorar cambios en el peso del individuo (en los últimos 6 meses y a las últimas 2 semanas); cambios en la ingesta; presencia, durante por lo menos 2 semanas, de síntomas gastrointestinales; cambios en la capacidad funcional; y, por último valorar los requerimientos nutricionales en función del grado de la enfermedad. Según el VGS de Detsky los individuos se clasifican en bien nutridos, moderadamente o con sospecha de malnutrición y severamente malnutridos.<sup>89</sup>

*El Mini Nutritional Assessment (MNA) o Evaluación del Estado Nutricional* (anexo 9.2) es la herramienta validada y más utilizada en la evaluación del estado nutricional en el paciente anciano. Es un instrumento validado internacionalmente que permite una valoración del estado nutricional del anciano de forma sencilla, práctica y breve. Esta prueba presenta unos excelentes índices de validez diagnóstica con elevada sensibilidad (96%) y especificidad (98%), y detecta el riesgo de malnutrición antes de que aparezcan las alteraciones clínicas (valor predictivo para la malnutrición del 97%). Así mismo suministra una evaluación global del estado de salud de los mayores de 65 años, pues además incluye la valoración cognitiva y el estado funcional y dietético de la persona. El MNA consta de 18 ítems divididos en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva. Esta prueba clasifica a las personas mayores, sobre un máximo de 30 puntos, en tres grupos: estado nutricional satisfactorio (S) ( $\geq 24$  puntos), riesgo de malnutrición (RM) (17-23,5 puntos) y, malnutrición (M) ( $< 17$  puntos). Las variables estudiadas se agrupan en cuatro grupos: antropometría, parámetros globales, hábitos dietéticos y percepción de salud. El MNA analiza 18 ítems en total y su puntuación máxima es de 30 puntos. Este cuestionario parece ser el más adecuado para detectar situaciones de desnutrición en personas mayores en cualquier entorno (hospitalario, ambulatorio o en residencias de asilos), ya que desde su validación en 1994 ha sido traducido a más de 20 idiomas.<sup>90, 91,92</sup>

*Cuestionario "DETERMINE su salud nutricional"* Escala utilizada de forma generalizada por los equipos de atención primaria de Estados Unidos para valorar el estado nutricional de la población anciana ambulatoria. Contiene 10 preguntas referidas a la cantidad y el tipo de ingesta, limitación para hacer la compra o preparar los alimentos, consumo de medicamentos y ganancia o pérdida de peso en el tiempo. Su puntuación máxima es de 21 puntos y permite cuantificar el riesgo nutricional en alto, moderado o bueno. El Determine se desarrolló como autoevaluación de riesgo nutricional en población ambulatoria, indicándose reevaluación a los seis meses si  $< 3$ , modificación de hábitos si 3-6 y evaluación médica si  $> 6$  puntos. (Referencias de los artículos con la evaluación Determine).<sup>93</sup>

### 3.3.3. Tratamiento de desnutrición.

La intervención nutricional está indicada si la ingesta oral es insuficiente (< 75% de requerimientos, < 1.000 Kcal/día, < 30 g/día proteínas) durante > 7-10 días si el paciente está normonutrido, o > 3-5 días si malnutrido, en aquellas patologías en las que está indicado el soporte nutricional. La introducción de la alimentación artificial debe ser gradual y nunca se inicia al principio de la intervención. El tratamiento se inicia mejorando las alteraciones electrolíticas, volemia y glucemias y sólo posteriormente se introduce progresivamente la alimentación hasta alcanzar los requerimientos calculados en cinco-siete días. La vía de elección es la *oral* a través de modificaciones en la dieta habitual y el uso de suplementos. La *enteral* está indicada si la ingesta oral es imposible o insuficiente a pesar de suplementos y modificaciones dietéticas. La *parenteral* se utiliza en último término si existe intolerancia o contraindicación, o como suplemento cuando no se tolera nutrición enteral/oral en cantidad suficiente para cubrir requerimientos. La nutrición parenteral definitiva es excepcional en ancianos.<sup>94</sup>

#### 3.3.3.1. Alimentación tradicional.

La alimentación tradicional es la elección ideal y eficaz para alimentarse, siempre y cuando aporte todos los nutrientes necesarios y en cantidades adecuadas (equilibrio alimentario) para mantener un buen estado nutritivo del anciano. La ingesta de alimentación tradicional coincide con los requerimientos de ingestas recomendadas de energía y nutrientes para la población geriátrica que han sido descritos anteriormente.<sup>64</sup>

#### 3.3.3.2. Alimentación básica adaptada.

Consiste en la modificación, en la preparación y elección de los alimentos naturales para adaptarla a las necesidades de cada paciente. La modificación del alimento incluye un amplio espectro de texturas. La textura picada incluye alimentos reducidos a trozos muy pequeños que requieren una masticación mínima. La textura puré incluye alimentos que son triturados para tener una textura homogénea. La elección de la textura depende de las necesidades de cada patología.<sup>95</sup>

### 3.3.3.3. Suplementación Nutricional.

A veces la baja ingesta de alimentos pone en riesgo a los ancianos de deficiencias de vitaminas y minerales, por ello se recomiendan los suplementos vitamínicos, con pocas posibilidades de efectos dañinos. Los suplementos nutricionales son fórmulas nutritivas saborizadas, formadas por uno o más nutrientes, que se suelen presentar en envases unidos y se administran por vía oral. Pueden utilizarse conjuntamente con Alimentación tradicional o Alimentación básica adaptada. Muchos estudios demuestran los beneficios de los suplementos nutricionales:<sup>96</sup>

- Disminuyen la mortalidad.
- Favorecen la independencia para las actividades de la vida diaria.
- Mejoran el estado nutricional.
- Favorecen la ganancia de peso.
- Mejoran la respuesta inmunológica y como consecuencia reducen las infecciones.
- Disminuyen el riesgo de úlceras por presión y aceleran la cicatrización de las ya existentes.
- Reducen el número de las caídas.
- Reducen el número de complicaciones y estancia hospitalaria.
- La elección de un tipo de suplemento u otro depende del tipo de dieta que sigue paciente y de su patología.

Los suplementos nutricionales pueden presentarse en forma de polvo o líquidos según las necesidades de cada paciente.

### 3.3.3.4. Nutrición enteral.

Existen situaciones cuando las personas mayores no pueden alcanzar un adecuado aporte nutricional con la alimentación tradicional o alimentación básica adaptada en estos casos es necesario emplear otros métodos de alimentación.

Nutrición enteral es la administración de alimentos a través de una sonda al estómago (nasogástrica, gastrostomía) o yeyuno (nasoyeyunal o yeyunostomía).<sup>97</sup>

1) Indicaciones a largo plazo:<sup>98</sup>

- Disfagia en cáncer con expectativa de supervivencia prolongada (cabeza y cuello).
- Enfermedades neurológicas de larga evolución (ictus, enfermedades neurológicas degenerativas...).

2) Indicaciones a corto plazo:<sup>97,98</sup>

- Desnutrición o disfagia severa secundaria a proceso reversible (mucositis, pseudo demencia depresiva, descompensación de enfermedades crónicas...).
- Transición de nutrición parenteral a oral.
- Suplementación a la oral en casos de aumento temporal de requerimientos (quemados...).
- En caso de ser posible la vía oral se procederá a la NE por sonda. La sonda nasogástrica es la vía de elección cuando se prevea una nutrición a corto plazo (< 4-6 semanas)

El acceso postpilórico (yeyunostomía o sonda nasoyeyunal) está indicado si:

- Existe alto riesgo de aspiración: isquemia esplácnica: empleo de inotrópicos, politraumatizado.
- Obstrucción o patología proximal (cáncer de cabeza y cuello, esófago o estómago, mucositis, pancreatitis aguda).
- Cuando la previsión sea a largo plazo (> 4-6 semanas) se debe valorarse la colocación de una sonda de gastrostomía (PEG)

### 3.3.3.5. Nutrición parenteral (NP).

Se emplea cuando el tracto digestivo no puede ser utilizado y consiste en la administración de nutrientes por vía intravenosa central o periférica.<sup>99</sup>

#### 1) Indicaciones temporales:

- Contraindicación de dieta enteral y oral.
- Catabolismo grave (politraumatismo, quemado) con necesidades imposibles de cubrir con ingesta oral/enteral.
- Desnutrición severa con ingesta insuficiente oral y enteral (radioterapia y quimioterapia, trasplante de médula ósea, preoperatorio de cirugía por neoplasia digestiva)

#### 2) Indicaciones definitivas:

- Enfermedad vascular e inflamatoria intestinal severa.
- Enteritis radica severa, intestino corto severo y obstrucción intestinal.

#### 3.3.3.6. Tratamiento farmacológico.

Existe escasa evidencia que soporte la indicación de cualquier agente farmacológico orexigénico para la pérdida de peso en personas de edad avanzada. Los medicamentos estudiados hasta la fecha tienen serios efectos secundarios, especialmente en ancianos frágiles, por lo que no está recomendado su uso clínico rutinario. El acetato de megestrol es un agente progestacional que incrementa el apetito, aunque el peso ganado es desproporcionadamente en grasa. Si bien casi siempre es bien tolerado, puede producir retención hídrica, insuficiencia adrenal e incremento en el riesgo de trombosis venosa profunda. El donabrinol es un derivado del cannabis que puede estimular el apetito, mejora el ánimo y ayuda al alivio del dolor. Sus efectos en ancianos desnutridos no son bien conocidos, y se asocia con delirium y náusea ocasional.<sup>10</sup>

#### 3.3.4. Seguimiento-Evaluación.

Como parte del tratamiento es imprescindible que se lleven a cabo seguimientos y controles para evaluar el estado del paciente. Es importante que se realice un registro de los diagnósticos de los pacientes con desnutrición así como de las intervenciones realizadas para revertirla. Debemos evaluar el estado del paciente en todo momento, considerando que las actividades realizadas son eficaces para conseguir el resultado propuesto y en caso negativo deberemos de realizar una evaluación de ellas y de las intervenciones

planteadas. Si el objetivo se consigue por completo, será excelente, pero si no se consigue o se consigue parcialmente, se deberán identificar los factores que de forma total o parcial han intervenido en la falta de consecución de resultados esperados.<sup>64</sup>

### **3.4. Equipo interdisciplinar.**

La complejidad de manejo del paciente geriátrico en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional. La participación de los diferentes profesionales médicos, enfermería, terapeutas y trabajadores sociales en el abordaje de los diferentes aspectos de la asistencia al anciano con desnutrición, ha fomentado el desarrollo progresivo de la metodología del trabajo en equipo. Esta forma de trabajar permite un abordaje completo del problema dirigido a ofrecer una atención integral en la que todos los profesionales trabajan para conseguir un objetivo común para el enfermo. Existen dos tipos de equipos multidisciplinar e interdisciplinar. En geriatría, los profesionales, trabajan en equipo interdisciplinar.

El equipo interdisciplinar está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Pueden valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados. La composición del equipo está formada por el médico geriatra, el personal de enfermería (enfermera y auxiliar) y el trabajador social. Otros colaboradores habituales suelen ser el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta, aunque también pueden participar otros profesionales como el médico rehabilitador, psicólogo, logopeda, etc. El equipo debe contar con un coordinador para asegurar la aplicación de metodología de trabajo, establecer los objetivos terapéuticos individuales y realistas y monitorizar los resultados. En muchos casos, el médico es el que asume este papel.<sup>100, 17</sup>

### **3.5. El papel de enfermería en la intervención nutricional de los pacientes geriátricos.**

La labor de enfermería en los cuidados nutricionales es muy importante. La realización de una primera y adecuada valoración de enfermería, puede suponer un elemento clave para detectar situaciones potenciales de riesgo nutricional. Esta valoración debe detectar los elementos más importantes para evaluar el estado nutricional y su posible evolución y poder establecer las primeras acciones de un plan de cuidados de enfermería adecuado a la situación detectada. El trabajo de enfermería en todos los niveles asistenciales se desenvuelve frecuentemente con limitaciones de recursos materiales y humanos, sobrecarga y presión asistencial, que establecen serias dificultades para trabajar de una forma eficaz, integral y con calidad. Pero estas dificultades no justifican la no realización de intervenciones enfermeras, entre ellas algunas sencillas, fáciles de realizar y en poco tiempo, pero cuya importancia para un paciente desnutrido es fundamental.<sup>101</sup>

La taxonomía NANDA-NIC-NOC es una herramienta de gran valor que ayuda a enfermería realizar los diagnósticos de enfermería y diseñar un adecuado plan de cuidados. La enfermera debe elaborar los cinco pasos del proceso enfermero aportando una atención bio-psico-social en sinergia con el paciente:<sup>102</sup>

1. Valoración de los hechos: Valoración de las necesidades nutricionales e hídricas en el paciente de edad avanzada y en situaciones fisiológicas especiales.

2. Posibles diagnósticos enfermeros : Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002), Deterioro de la deglución (00103), Déficit de volumen de líquidos ( 00027) ,Riesgo de déficit de volumen de líquidos ( 00028),Riesgo de infección (00004) , Déficit de autocuidados : alimentación ( 00102), Deterioro de la dentición (00048), Manejo inefectivo del régimen terapéutico, Conocimientos deficientes (00126).

3. Planificación de los cuidados: Características de la dieta terapia prescrita, conocimiento de las complicaciones potenciales y cálculo de nutrientes.

4. Ejecución de las actividades: La enfermera informa, educa, adiestra y realiza los cuidados nutricionales y el seguimiento asistencial al paciente. Monitoriza al paciente con desnutrición durante la hospitalización y en el domicilio, asegurando un tratamiento eficaz y una mejora en su calidad de vida. Enfermería tiene que controlar la nutrición básica, administración de fármacos conociendo las indicaciones e interacciones, prevención de posibles efectos tóxicos o conociendo los posibles efectos tóxicos.

5. Evaluación de los resultados: Control de los efectos deseados y no deseados, evaluación del cumplimiento terapéutico y del estado nutricional.

Estas etapas ayudan a facilitar el control del estado nutricional del paciente.

Al aplicar todos estos procesos la Enfermería persigue:<sup>103</sup>

a) Como objetivos generales:

- Conseguir un estado nutricional correcto.
- Promover una conducta que fomente la salud a través de la nutrición.
- Asegurar el conocimiento del régimen terapéutico nutricional.
- Promover los autocuidados.

b) Como objetivos Específicos:

- Valorar las necesidades nutricionales en las personas de edad avanzadas.
- Valorar las necesidades nutricionales en el periodo de enfermedad.
- Enseñar a nutrirse de forma equilibrada.
- Adecuar una alimentación e hidratación correcta a sus circunstancias.

- Ayudar a la adquisición del Índice de Masa Corporal correcto
- Adiestrar para un tránsito seguro de líquidos y sólidos.
- Preparación y administración del soporte nutricional artificial.
- Seguimiento nutricional completo y continuado.
- Evaluación total y parcial de resultados.

Al consultar la literatura científica podemos concluir que las actuaciones de enfermería, en lo que a intervención se refiere, se pueden desarrollar en distintos entornos. A continuación se exponen las intervenciones agrupadas de una manera aproximada, debido a que los cuidados de enfermería no son rígidos sino flexibles y varias intervenciones pueden pertenecer a distintos entornos: <sup>104, 105,106</sup>

#### 1). Aspectos generales.

- Informar al paciente o sus cuidadores de que la malnutrición se puede evitar, siguiendo una dieta equilibrada, detectando y avisando de sus signos premonitorios.
- Establecer una relación de confianza y respeto.
- Determinar la ingesta y los hábitos del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas que se desean cambiar.
- Proporcionar información, acerca de las necesidades de la modificación de la dieta.
- Proporcionar material informativo atractivo como guía.
- Comentar los gustos y aversiones de alimentos del paciente .
- Determinar el conocimiento del paciente de los cuatro grupos de alimentos básicos.
- En aquellos pacientes que tenían afectada la memoria o capacidad de retener información, la intervención de enfermería debe incidir sobre los cuidadores principales del paciente.

## 2) Cuidados a pacientes en procesos agudos:

- Valorar al paciente en busca de malnutrición, en su ingreso. Anotar e informar los datos importantes.
- Controlar, según se ordene, los tratamientos de ayuda nutricional (complementos nutricionales, nutrición enteral).
- Al alta, valorar los conocimientos del paciente y cuidadores, relacionados con la nutrición, factores ambientales y económicos.

## 3) Cuidados prolongados:

- Estudiar las preferencias alimentarias del paciente y comentar las intervenciones apropiadas con el departamento de dietética y el personal de enfermería.
- Estimular la relación social durante las comidas incluyendo la familia.
- Estimular la independencia en la elección y consumo de comidas mientras sea posible.

## 4) Cuidados domiciliarios:

- Enseñar al paciente y familia a prepararse comidas bien equilibradas y económicas.
- Informar al paciente y familia sobre los recursos comunitarios (servicios de comida a domicilio, comedores públicos).
- Examinar el entorno del domicilio del paciente.
- Examinar la disponibilidad de gas y electricidad para cocinar.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño.**

Para dar respuesta a los objetivos del estudio en este trabajo se ha diseñado una investigación cualitativa, tipo estudio de caso.

#### *4.1.1 .Método cualitativo en la investigación:*

La investigación cualitativa proviene de las corrientes filosóficas de la fenomenología y la etnografía. Utiliza un lenguaje verbal subjetivo, con un enfoque antropológico o etnológico, donde predominan los significados que los propios participantes dan al fenómeno estudiado. La investigación cualitativa no busca medir la extensión de los fenómenos, sino interpretar cómo y por qué sucede dicho fenómeno, permite además un mayor acercamiento al fenómeno desde la perspectiva que los propios actores dan al proceso en que están inmersos. El investigador cualitativo busca la comprensión e interpretación del contenido, las motivaciones y las condicionantes humanas de los fenómenos. Para la investigación cualitativa todas las perspectivas son valiosas, no busca “la verdad “, sino la comprensión detallada de las perspectivas de las personas que participan en el estudio, considera que la verdad está compuesta por múltiples construcciones de la realidad más que por una realidad única y objetiva. La metodología cualitativa se basa en el método inductivo exploratorio, lo que implica formular preguntas que se exploran y se desarrollan. En este sentido trabaja con el universo de signos, motivaciones, aspiraciones, creencias y valores buscando una interpretación más profunda de los procesos y los fenómenos. Como técnicas de recogida de la información utiliza la observación participante, la entrevista en profundidad, las discusiones de grupos, las historias de vida y otras. Realiza un informe narrativo de los fenómenos que estudia.<sup>107</sup>

#### *4.1.2. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud.*

La investigación cualitativa ha empezado a adquirir una gran importancia en los últimos años en el campo de salud. Se comprendió la necesidad de abordar determinados problemas de salud desde perspectivas distintas a las puramente biomédicas, perspectivas que permiten la

subjetividad. La razón de este proceso se debe a que las investigaciones se dirigen a los problemas de salud; los modos de análisis basados en la estadística se quedan casi siempre escasos e insuficientes. El método cualitativo enriquece el campo de la investigación sanitaria, pues permite un mayor acercamiento al fenómeno de estudio y contribuye a una visión más holística y una mejor comprensión del fenómeno. Además, la demostrada relación entre determinados problemas de salud y los estilos de vida, explica también, el interés por los abordajes cualitativos en materia de salud.<sup>108</sup>

#### *4.1.3. Estudio de caso.*

El estudio de caso es una herramienta de investigación fundamental en el área de ciencias de salud. El estudio de caso analiza los temas actuales y los fenómenos contemporáneos, que representan algún tipo de problemática de la vida real, en la cual el investigador no tiene control. El Eisenhardt concibe un estudio de caso como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”, combinando distintos métodos para la recogida de información con el fin de describir, verificar o generar teorías. La investigación empírica al que pertenece el estudio de caso tiene los siguientes rasgos distintivos:<sup>109</sup>

- Examina o indaga sobre un fenómeno en su entorno real.
- Las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.
- Se utilizan múltiples fuentes de datos, tanto cualitativos como cuantitativos.

#### **4.2. Sujeto del estudio.**

Varón de 66 años que permanece encamado en su domicilio. El paciente está en observación por los servicios de endocrinología, neurología, digestivo, cardiología y neumología. Presenta múltiples síndrome geriátricos uno de los cuales es una desnutrición grave.

### **4.3. Ámbito y Periodo del estudio.**

El estudio ha sido realizado en un Centro de Salud que forma parte de Atención Primaria de Murcia. El estudio se realizó en el periodo de prácticas, dentro del Prácticum V del cuarto curso de Enfermería, comprendido entre 16 de septiembre de 2013 al 3 de noviembre de 2013.

### **4.4 Procedimiento de recogida de información.**

#### *4.4.1. Fuente de información.*

Los principales instrumentos para la obtención de información y datos tanto del paciente como de su patología y su entorno han sido:

- La valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjory Gordon.
- Examen físico y la observación directa del paciente.
- La historia clínica del paciente.
- Información verbal proporcionada por el paciente.
- Los datos extraídos de la entrevista con la familia y enfermera.
- La revisión de la evidencia científica.

Para la realización de este estudio han sido revisados también otros documentos como manuales, libros especializados (Tratados de Geriátría y Gerontología), revistas especializadas (Enfermería21 , NURE Investigation), revistas de investigación científica (Science, Nutrición Hospitalaria) guías de práctica clínica y documentos no oficiales generadas en el centro de observación (folletos informativos, recomendaciones etc.); Por otro lado han sido utilizados los datos de entidades oficiales, como el Instituto Nacional de Estadística o la Organización Mundial de Salud.

La revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo principalmente en las siguientes bases de datos: Medes, Biblioteca Cochrane Plus, MedlinePlus, Cuiden, SciELO, Elsevier, PubMed, CUIDATGE, Dialnet, Organización Mundial de la Salud.

Los descriptores DeCS: envejecimiento, desnutrición, anciano, enfermería, distribución por edad, fisiopatología, atención de enfermería, prevalencia ,prevención, control, complicaciones , tratamiento , dietoterapia

,suplementos dietéticos , cribado ,malnutrición ,alimentos fortificados, alimentos formulados, peso corporal, ingestión de alimentos, casualidad, aging, aged, diet therapy, straining, dietary supplements, Nursing care, malnutrition,prevention ,diagnosis, body weight, classification etc.

Los operadores booleanos más utilizados han sido: and y or.

#### *4.4.2. Procedimiento de información.*

Para proceder a la recogida de los datos, se recabó la autorización previa de todos los agentes implicados, quedando garantizado durante todo el proceso la protección y la confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio.

Se acordó con el paciente el momento adecuado para la realización de la observación y valoración de enfermería, a fin de no distorsionar la rutina diaria.

Otorgada al paciente la información oportuna relativa al estudio y recibidas las autorizaciones pertinentes, el proceso de recogida de información se realizó en tres fases:

##### 1. Revisión del historial clínico del paciente.

En un primer momento, con el objetivo de realizar una descripción lo más detallada posible del caso, se extrajeron de la historia clínica del paciente los siguientes datos clínicos: antecedentes personales y familiares (intervenciones quirúrgicas previas, enfermedades agudas o crónicas que haya padecido, etc.), el motivo de consulta, los resultados de las pruebas diagnósticas, exploraciones de reconocimiento, el diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica así como la evolución de los cuidados enfermeros y, por último, los valores de constantes y el registro de las actividades e intervenciones. Con todos estos datos se consiguió una descripción completa del caso.

## 2. Realización de la valoración de enfermería.

La valoración enfermera se realizó, a través de una audiencia personalizada, en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon <sup>110</sup>, a través de una entrevista personalizada, utilizándose los indicadores empíricos y las exploraciones físicas pertinentes para la valoración de cada uno de los patrones. En esta segunda fase fue posible la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico y centrado en el caso de estudio.

## 3. Revisión de la evidencia científica.

Se realizó la revisión de la evidencia científica en las bases de datos y documentos antes mencionados.

Para la revisión de la evidencia científica seguimos la siguiente estrategia de búsqueda:

- No se limitó la búsqueda según lenguas o tipo de artículos.
- En cuanto a la estrategia y límites de búsqueda según la fecha, sí se aplicó fecha límite. Los artículos encontrados tenían que ser publicados a partir del año 2010. Usándose la evidencia científica más antigua en casos excepcionales.
- Se seleccionaron los artículos en los que los descriptores aparecían en el título (abstract) y resumen

### 4.4.3. *Procesamiento de los datos.*

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a la metodología enfermera. Tras la valoración de la paciente según los patrones de Marjory Gordon <sup>110</sup> se procedieron a la selección de los diagnósticos de enfermería según NANDA. <sup>111</sup> Mediante la realización de una red de razonamiento crítico (Modelo Área), gestado por Pesut y Herman <sup>112</sup>, hemos seleccionado el diagnóstico enfermero principal sobre el que trabajaríamos.

Seguidamente, se procedió al establecimiento de los criterios de resultados (NOC) <sup>113</sup> e intervenciones (NIC) <sup>114</sup> con actividades. Tras la ejecución de las actividades de enfermería se realizó una evaluación en base a

los criterios de resultado establecido en el diseño del plan de cuidados, con el fin de investigar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas.

En cuanto al procesamiento de los datos provenientes de la revisión científica, se realizó un análisis crítico exhaustivo por área de interés procesando y clasificando las informaciones más relevantes. A la hora de seleccionar los estudios se escogieron según su nivel de evidencia.

**Tabla 4.1.** Clasificación de los niveles de evidencia.

Grado de recomendación	Tipo de estudio	Interpretación
A (alto)	1º Meta-análisis 2º Ensayos clínicos aleatorios.	Existe buena evidencia para recomendar su utilización
B (media)	3º Estudios de cohortes 4º Estudios de casos y controles individuales.	Existe moderada evidencia para recomendar su utilización.
C (baja)	5º Estudios no analíticos 6º Estudios descriptivos/transversales.	La evidencia disponible es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de utilización.
D (muy baja)	7º Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita.	Existe moderada evidencia para recomendar en contra de su utilización.

Fuente: Modificado de CTFPHC<sup>115</sup>, Sackett<sup>116</sup>, OCEBM.<sup>117</sup>

## **5. RESULTADOS.**

### **5.1 Descripción del caso.**

Estamos en el Centro de Salud de San Juan y recibimos un aviso de nuestro médico para visitar a un paciente.

Varón de 66 años. Está jubilado y se encuentra en su domicilio. Enfermería acude a una visita programada. Al entrar al edificio enseguida hemos fijado que no tenía ascensor, rampa para minusválidos ni elevador de silla de ruedas.

Pedro vive con su esposa de 66 años que también está jubilada y su hija de 37 años que está en el paro. No tiene más hijos. Su esposa le acompaña en cada momento.

Su esposa nos comenta que Pedro pasa la mayor parte del tiempo en la cama, salvo media hora al día en el sillón y con la ayuda de ella y su hija. No sale de su domicilio. Se encuentra encamado, con fatiga y sin moverse en absoluto. Su esposa le hace cambios posturales. La esposa comenta que no come nada, tiene dificultad para tragar. Ha bajado peso drásticamente en los últimos meses. Observamos que tiene mucosas muy secas. La piel muy frágil y fina con signos de deshidratación pero sin signos de úlceras. Las extremidades inferiores están edematizadas.

Su esposa comenta que siempre tiene frío, hace 2-3 deposiciones al día y orina otros tres y todo en el pañal por presentar una incontinencia doble.

Ella nos revela encontrarse muy cansada y desbordada sin poder dormir apenas. Le duele la espalda por hacer tantos esfuerzos físicos al mover su esposo. Aparte de eso algunos comportamientos son molestos para ella. Él "la intenta" pegar "si le fuerza a comer y su marido no colabora en nada en parte por deficiencia motora pero mayoritariamente por falta de gana.

El paciente está deprimido, habla sobre las ganas de morir, tiene una expresión de dolor y de tristeza en su rostro. Dice que su dolor es constante e insoportable.

Pero está totalmente lúcido cognitivamente, habla con cordura, está orientado y mentalmente se encuentra muy bien. Ve muy bien y oye muy. No usa gafas ni audífonos.

Al realizar la exploración física obtuvimos los datos:

TA: 80/50 mmHg

Tª: 36, 5°C

FC: 70 l.p.m

FR: 20 r.p.m

El abdomen está muy blando a la palpación. Las extremidades están muy frías. Las extremidades inferiores presentan edemas. Son sensibles al tacto. La piel sin úlceras ni heridas pero muy mal hidratada.

Antecedentes familiares: Ningún dato de interés

Antecedentes personales: La última vez el paciente estuvo ingresado en UCI en 2013 con IAM Antero-lateral con ACTP. Desarrollo durante su estancia ICC y Edema agudo de Pulmón.

- No Alergias medicamentosas conocidas.
- Hipertensión Arterial.
- Diabetes Mellitus tipo II.
- Fibrilación Auricular crónica.
- Cardiopatía isquémica crónica: IAM inferior 2008 sin realización de coronografía y con función sistólica conservada. IAM antero-lateral con ACTP y Stent a DA.
- Artropatía periférica con by-pass fémoro-poplíteo por oclusión de arteria femoral superficial izquierda.
- Hipercolesterolemia.
- EPOC (FEV1 60%, FVC 69%, FEV1/FVC 63).En tratamiento con CPAP que no lo lleva desde hace 1 año por intolerancia y resección de paladar.
- SAOS en tratamiento con CPAP que no lo lleva desde hace 1 año por intolerancia y resección de paladar.

- Ictus (octubre 2012). Ictus lacunares subagudos con crisis epilépticas focales frontales derechos y parálisis de Todd.
- Incontinencia urinaria y fecal.
- Enfermedad cerebro-vascular crónica generalizada.
- Diverticulitis

Antecedentes quirúrgicos: Resección de paladar, hemorroides, by-pass fémoro-poplíteo, amigdalectomía, operado de hernia de hiato, ATPC.

Tratamiento crónico:

- Tiaprizal ® (Tiaprida).
- Aldactore ® (Espironolactona).
- Amiodarona.
- Fluoxetina.
- Keppra ® (Leviteracetam).
- Coropress ® ( cervedilol ).
- Sintrom ® (acenocumarol).
- Zalidar ® (tramadol+ ácido acetilsalicílico).
- Paracetamol.
- Acovil ® (Rampiril).
- Lansoprazol.
- Lorazepam.
- Atorvastatina.
- Spiriva ® ( tiotropio bromuro ).
- Icandra ® (metformina y vidalglitina).
- Duoplavin ® ( clopedogrel + ácido acetilsalicílico ).
- Movicol ® ( Macrogo ).

Está en observación por los servicios de Endocrinología, Neurología, Digestivo, Cardiología y Neumología.

Como resultado de la visita hemos valorado, identificado las necesidades y problemas de Pedro y también de su núcleo familiar. Les

ofrecemos los servicios de nuestro Centro de Salud e incluimos a Pedro en el Programa de Inmovilizados por varios criterios:

- Incapacidad motora para la realización de actividades de vida diarias.
- Incapacidad social para su normal integración.
- Déficit orgánico.
- Déficit funcional.

Nivel de autonomía del paciente:

Nivel 3: Encamados sin autonomía.

## **5.2. Valoración del caso según Marjory Gordon.**

Valoración realizada según los 11 patrones funcionales de Gordon.

# PROTOCOLO

Nombre: [Redacted] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: [Redacted]  
 N.H.C: [Redacted]  
 Episodio: ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
 Curso Descriptivo: 4/10/2013 PATRON 01: PERCEP. DE LA SALUD Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

Percep. de salud (Ad.) Valoración general

Peso	Talla	IMC	Temp
TAS 80	TAD	F.C. 70	F.R. 20
Hig. personal Buena	Hig. vest./arreglo Adecuado	Vacunas Completa	Percep. salud Pobre
Hig. boca Adecuada	Hig. seg. vivienda Buena	Conocimiento Adecuada	

Conductas saludables: Interés  No

Prob./salud	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tipo problema	Enf. crónica	
Nivel cuidados	Adecuada	
Conocimientos	Adecuada	
Actitud	Indiferencia	

Hábitos tóxicos

Tabaco	No
Alcohol	No
Drogas	No
Café exc.	No

Adhesión Ito Adecuada

Adhesión ind. [Redacted]

Nº Ingresos 8

Automedicación No

Alergias No

Ejercicio No

Ocio No

Alimentación Inadecuada

Causa rechazo al tratamiento [Redacted]

COMENTARIOS:

RESULTADO: Patron alterado

# PROTOCOLO

Nombre XXXXXXXXXX Fecha Nacimiento 29/12/1946 Edad 66 Años  
 N.H.C. ACTIVIDADES PREVENTIVAS Profesional ARANDA LORCA, ENCARNACION  
 Curso Descriptivo 5/10/2013 D.E. P02: NUTRIC./METABÓLICO

Valoración general

Nutricional

Peso	Talla	IMC	Temp.
Comidas/día 3	Lugar comidas Casa	Horario fijo No	Calorías/día 500
Alim. adec. No	Líquido/día (ml.) 800	Otros Problem. <input checked="" type="checkbox"/> SI Sint. digest. <input type="checkbox"/> SI Dependencia <input type="checkbox"/> SI Inapetencia <input type="checkbox"/> SI Alt. peso <input type="checkbox"/> SI Intole. alimen <input type="checkbox"/> No Come s/hambre <input type="checkbox"/> SI Sedaritismo <input type="checkbox"/> SI	Vitaminas <input type="checkbox"/> No
Prob. Boca <input checked="" type="checkbox"/> SI Caries <input checked="" type="checkbox"/> SI Ulceras <input type="checkbox"/> No Inflamación <input type="checkbox"/> No	Prob. Dieta <input type="checkbox"/> SI No equilibrada <input type="checkbox"/> SI Insuficiente <input type="checkbox"/> SI Entre horas <input type="checkbox"/> SI Láct. escasos <input type="checkbox"/> SI Cena abundan. <input type="checkbox"/> No	Dieta específica <input type="checkbox"/> SI Dieta restrictiva <input type="checkbox"/> SI	Estado nutricional <input type="checkbox"/> Anormal
Prob. Comer <input checked="" type="checkbox"/> SI Pr. masticar <input type="checkbox"/> SI Pr. tragar <input type="checkbox"/> SI Sonda NG <input type="checkbox"/> No	Alt. Piel <input checked="" type="checkbox"/> SI Alt. integridad <input type="checkbox"/> No Frag. capilar <input checked="" type="checkbox"/> SI Def. hidratación <input checked="" type="checkbox"/> SI Calor al tacto <input type="checkbox"/> No	Sig. rascado <input type="checkbox"/> No Dermatitis <input checked="" type="checkbox"/> SI Prurito <input type="checkbox"/> No Friealdad <input checked="" type="checkbox"/> SI	Pálidez <input checked="" type="checkbox"/> SI Edemas <input checked="" type="checkbox"/> SI Cicatrización <input type="checkbox"/> No Enrojecimiento <input type="checkbox"/> No

COMENTARIOS: en general es pálido pero en los MMII presenta como manchas rojas

RESULTADO: Patrón alterado

# PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 N.H.C: 111107 ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
 Curso Descriptivo: 1/10/2013 PATRON 03: ELIMINACION Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

Valoración general

## E LIMINACIÓN (Adulto)

### INTESTINAL

Deposic./sem.	21	Consistencia	Líquidas	Color	Normal
Problemas eliminación	Si	Incontinenc.[nt]	Si	Sist. de ayuda	Si
Dolor defecar	Si /	Fisuras	No	Laxantes	Si
Dolor abdomen	Si /	Fecatomas	No	Supositorios	No
Dist. abdomen	No	Hemorroides	No	Enemas	No
Sangre heces	No	Ruidos intest.	No	Ostomía	No
Fiatulencia	No				

### URINARIA

Micciones/día	4	Caract. orina	Normal	Sist. de ayuda	Si
Problemas micción	Si	Urgencia	No	Absorbentes	Si
Incontinencia	Si /	Poliuria	No	Colector	No
Disuria	No	Polaquiuria	No	Sonda vesical	No
Escozor	No	Oliguria	No	Urostomía	No
Retenciones	No	Nicturia	Si		
Globo vesical	No				
Goteo	No				

### CUTANEA

Prob. eliminación cutánea	No	Drenajes	No
Sudor copioso	No	Heridas exudativas	No
Olor corporal	No		

### COMENTARIOS

RESULTADO: Patrón alterado

# PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 N.H.C: 111107  
 Episdio: ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
 Curso Descriptivo: 4/10/2013 PATRON 04: ACTIVIDAD-EJERCICIO Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

ACTIV.-EJERCICIO (Adulto) Valoración general

TAS: 80 TAD: 30 F.C.: 70 F.R.: 20

Def. motoras	Si	Dependiente	No	Barreras ambientales	No	Si
Def. sensorial	No	Falta de recursos	No	Parálisis, parestias	No	No
Def. emocional	Si	Falta conocim.	No	Prob. salud limitantes	Si	Si

Sint. Respiratorios: Si

Tos ineficaz	Si	Sint. Físicos	Si
Disnea	Si	Cansancio excesivo	Si
Cianosis	No	Hipotonia muscular	Si
Ortopnea	Si	Inmovilizaciones	Si
Ruidos respiratorios	Si	Claudicación intermitente	No
		Pulsos periféricos	Disminuidos

ACTIVIDAD LABORAL: N° horas/día trabajo: 0

Estudiante  Trabajador  Incapacitado  
 Ama de casa  Desempleado  Jubilado

EJERCICIO/OCIO: Horas/semana

Paseo	No	
Deporte	No	
Act. de ocio	No	
Aburrimento	Si	Incapaz ocio habitual
Desinterés ocio	Si	Incap. actividad habitual

COMENTARIOS: La claudicación intermitente la tenía antes de quedar inmovilizado

RESULTADO: Patrón alterado

# PROTOCOLO

Nombre: XXXXXXXXXX Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 ID: 111107  
 Actividad: ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
 Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 D.E. P05: SUENO/DESCANSO

Sueño Valoración general

Horario sueño regular  SI

Lugar: Casa

Minutos/día:

Apnea de sueño:

Horario sueño regular De: 12 A: 10

problemas con el sueño  SI

Pr. conciliar el sueño  SI

Interrupciones sueño  SI

Ayudas para dormir  SI

levanta cansado  SI

involencia  SI

Ult. Descanso/Relajación  SI

Medicamentos para descansar  SI

alteraciones en examen  SI

Signos de cansancio  SI

Alt. de la conducta  SI

Confusión  No

Cansancio  SI

Horas descanso/día: 10

Influye en sus actividades  SI

Cara demacrada

Irritabilidad

COMENTARIOS

RESULTADO: Patrón alterado

KK

Prm

**PROTOCOLO**

Nombre: **SPERIDIO ZAPATA PEDRA**  
 N.H.C: 111107 Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 Episodio: ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
 Curso Descriptivo: 5/10/2013 PATRON 06: COGNITIVO-PERCEPTIVO Profesional: ARANDA LORCA, ENCARNACION

COGNITIVO-PERCEP. (Ad.) Valoración general

Nivel consciencia		Orientado	Si	28
Nivel Instrucción	F.P.	Puede leer	Si	
Alt. Cognitivas	No	Pr. lenguaje	No	
Pr. exp. ideas	No	Pr. concentrar	No	
Pr. memoria	No	Sint. depresivos	No	
Dif. decisiones	No			
Alt. Perceptivas	Si			
Pr. visión	No			
Pr. audición	No			
Tapón cera	No	Vértigo	No	
Dolor	Si	Intens. Control	3: Fuerte Adecuada	
Tipo	Crónico			
Local.	mmii			
Alt. Conducta	Si	Pr. olfato	No	
Intranquilidad	Si	Pr. gusto	No	
		Pr. sensi./táctil	No	
		Alt. activ.	Si	
		Agitación	Si	

12

COMENTARIOS: El dolor está presente en todo el cuerpo y más intensamente en los riñones

RESULTADO: Patrón alterado

# PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 N.H.C.: 111107  
 Episdio: ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
 Curso Descriptivo: 1/10/2013 PATRON 07: AUTOPERCEPCION  
 AUTOPERCEPCION (Ad.) Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

Valoración general

Prob. autoestima	SI	Pr. con su imagen corporal	SI
Verbalizaciones autonegativas	SI	Le preocupan los cambios	SI
Expresiones de desesperanza	SI	Miedo al rechazo de otros	SI
Expresiones de inutilidad	SI	Sent. negativo de su cuerpo	SI
Pr. Conductuales	SI	Otros Problemas	SI
Conducta indecisa	No	Fracasos, rechazos	No
Confusión	No	Amb. familiar desfavorable	No
Def. de la atención	No	Carencias afectivas	No
Irritabilidad	SI	Insomnio	SI
Agitación	SI	Dif. concentración	No
Angustia	SI	Ansiiedad, depresión	SI

13

Cambios Recientes: SI

Tipo:  Autonomia  Son un problema  SI  Conducta

Influyen en:  Conducta

Datos del Examen

Imagen corporal	Cuidado	Rasgos personales	Débil
Postura corporal	Inseguridad	Contacto visual	SI
Patrón de voz	Tranquilo	Asertivo(5)/Pasivo(1)	1
		Nervioso(5)/Relax(1)	3

Cambios frecuentes estado ánimo

COMENTARIOS

RESULTADO: Patron alterado

**PROTOCOLO**

Nombre: XXXXXXXXXX Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 N.H.C: 111107  
 Episodio: ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
 Curso Descriptivo: 4/10/2013 D.E. P08: ROL/RELACIONES  
 Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

Valoración general

Convive en:	Unid. familiar	MUJER, HIJA, NIETA	Rol familiar	Abuelo/a	Cambios domicilio	No	Nº personas grupo fam.	
Convive con								
Cuida de alguien	No						No	
Depende de alguien	Si		Familiar				Alt. función del rol	Si
Red apoyo familiar	Adecuada						Situación vivienda	Adecuada
Situac. económica	Inadecuada						Situac. sociofamiliar	Inadecuada
Pr. relación social	Si		Indiferentes				¿Se siente solo?	No
Pr. relación familiar	No						Comparte problemas	No
Pr. relación laboral	No							
Pérdida seres queridos	No							
Conductas inefectivas	No						Duelo anticipado	No
Expresión de culpa	No						Negación pérdida	No
Tristeza prolongada	No							
Pertenece a grupos/asociaciones	No							

HK

COMENTARIOS

RESULTADO: Patrón alterado

### PROTOCOLO

Nombre [REDACTED] Fecha Nacimiento 29/12/1946 Edad 66 Años  
 N.H.C. 111107  
 Episodio ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
 Curso Descriptivo 1/10/2013 PATRON 09: SEXUALIDAD-REPROD. Profesional PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 SEXUALIDAD (Adulto) Valoración general

**CICLO MENSTRUAL**

Alt. en ciclo menstrual  No  Edad menarquia

Alt. cantidad  No  días

Alt. frecuen.  No  días

Alt. duración  No

S. premenstrual  No  Dismenorrea  No

**MENOPAUSIA**  No  Edad   Alt. percibidas  No

Sequetad  No  Sangrado  No  Sofocos  No

REV. GINE.  No  Periodicidad (meses)  Última rev.

REV. URO.  No  Periodicidad (meses)  Motivo

REL. SEXUALES  No  Anticonceptivos  No  Cont. de riesgo  No

Dificultades  No  Satisfacción (0/5)  Información E.T.S.  No

Inf. anticoncepción  No

**PROB. DE FERTILIDAD**  No

G  A  V

**PROB. IDENTIFIC. SEXUAL**  No

**COMENTARIOS:** me pareció inapropiado hablar sobre eso si el paciente no puede ni moverse

**RESULTADO**  Patron eficaz

15

# PROTOCOLO

Nombre: [Redacted] Fecha Nacimiento: [Redacted] Edad: [Redacted]  
 N.H.C: [Redacted]  
 Episodio: [Redacted]  
 Curso Descriptivo: 8/10/2013 ACTIVIDADES PREVENTIVAS PATRON 10: ADAPTACION AL ESTRES Profesional [Redacted]

## ADAPTACION ESTRÉS (Adu.) Valoración general

Cambios/Prob.: importantes	SI	No	Tipo	Corporales
¿En qué influye?				Estado de ánimo
Influencia (significativa)	Si		Rechazo/retraso at. sanitaria	No
Prob. en la adaptación	Si		Negación problemas evidentes	Si
Emociones inapropiadas	Si		Minimiza los síntomas	No
Soluciones inadecuadas	Si		Preocupación excesiva/prolongada	Si
Incapaz afrontar situación	Si			
Deficiente apoyo familiar	No			
Rechazo	No		Comunicación limitada	No
Intolerancia	No		Ayuda poco satisfactoria	
Psicosomatización	No			
<b>Estrés: Sensación actual</b>				
Desencadenantes conocidos	Si			
¿Está normalmente tenso?	Si		Prob. en la resolución	Si
<b>Estrés: situaciones anteriores</b>				
Estrategias adaptación estrés				
Sistemas de apoyo	No			
Ayudas para relajación	Si		Tolerancia al estrés	No
Técnicas de relajación	No			
Medicamentos/drogas	No			
Si				
<b>COMENTARIOS</b>				
<b>RESULTADO</b>				
				Patrón alterado

# PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 N.H.C.: 111107  
 ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
 Curso Descriptivo: 4/10/2013 D.E. P11: VALORES/CREENCIAS  
 Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

Valores-creencias Valoración general

PLANES DE FUTURO importantes  No

¿Qué le importa en la vida?  Nada

¿Contento con su vida?  No

Conflictos/preocupaciones importantes  Si

Terapias para su salud  No

Pertenece a grupos/asociaciones  No

Conflicto/oposición familiar  No

Practica alguna religión  No

Es importante en su vida  No

Le ayuda en sus problemas  No

VALORACIÓN FAMILIAR

Valores/costumbres culturales  Si

Ayuda en los problemas  Si

Creencias religiosas  Si

OTROS ASPECTOS

Conflicto/preocupación vida-muerte  Si

Conflicto/preocup. sufrimiento-dolor  Si

Conflicto/preocupación enfermedad  Si

COMENTARIOS

RESULTADO:  Patrón alterado

Suele conseguir lo que quiere  No

Ve bien su futuro  No

Ideas/creencias importantes  No

Conflicto con creencias  No

¿De qué tipo?  No

Es importante para él  No

Problemas para sus prácticas  No

Conflicto/oposición familiar  No

Actitud  Desapego

Actitud  Impotencia

Actitud  Desánimo

71

*[Handwritten signature]*

# PROTOCOLO

Nombre [REDACTED] Fecha Nacimiento 29/12/1946 Edad 66 Años  
 N.I.C. INMOVILIZADO  
 Episodio 1/10/2013 TEST ESCALA DE ARNELL - SMS V2.0 Profesional PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 Curso Descriptivo ESCALA DE ARNELL

## VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERA POR DECÚBITO

<b>Estado mental</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Despierto y orientado. <input type="checkbox"/> 1 - Desorientado. <input type="checkbox"/> 2 - Letárgico. <input type="checkbox"/> 3 - Comatoso. <b>Incontinencia</b> <input type="checkbox"/> 0 - No <input type="checkbox"/> 2 - Ocasional, nocturno o por stress <input type="checkbox"/> 4 - Urinaria (solamente) <input checked="" type="checkbox"/> 6 - Urinaria e intestinal	<b>Nutrición</b> <input type="checkbox"/> 0 - Come de forma satisfactoria. <input type="checkbox"/> 1 - Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables. (Se le debe de animar a ingerir líquidos). <input checked="" type="checkbox"/> 2 - No suele tomar ninguna comida completa. Deshidratado. <input type="checkbox"/> 3 - No come.
<b>Actividad</b> <input type="checkbox"/> 0 - Se levanta de la cama sin problemas. <input type="checkbox"/> 2 - Camina con ayuda. <input checked="" type="checkbox"/> 4 - Se sienta con ayuda. <input type="checkbox"/> 6 - Postrado en cama.	<b>Aspecto de la piel</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Buena <input type="checkbox"/> 1 - Área enrojecida <input type="checkbox"/> 2 - Pérdida de continuidad de la piel a nivel de úlcera grado I. <input type="checkbox"/> 3 - Edema con fovea. Discontinuidad de la piel ulcerada, grado II.
<b>Movilidad</b> <input type="checkbox"/> 0 - Completa <input type="checkbox"/> 2 - Limitación ligera (ej. Paciente artrósico con articulaciones rígidas). <input checked="" type="checkbox"/> 4 - Limitación importante. (parapléjico) <input type="checkbox"/> 6 - Inmóvil (tetrapléjico o comatoso).	<b>Sensibilidad cutánea</b> <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Presente <input type="checkbox"/> 1 - Disminuida <input type="checkbox"/> 2 - Ausente en extremidades <input type="checkbox"/> 3 - Ausente.

El riesgo de úlcera por decúbito aparece con puntuaciones iguales o mayores a 12

VALORACIÓN ESCALA DE ARNELL

16

Observaciones Escala Arnell

# PROTOCOLO

Nombre [REDACTED] Fecha Nacimiento 29/12/1946 Edad 66 Años  
 N.H.C. 111107  
 Episodio INMOVILIZADO  
 Curso Descriptivo 1/10/2013 VAL. INICIAL PAC. INMOVILIZADOS SMS V2.1 Profesional PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 VAL. SOCIO-FAMILIAR

SMS - CARTERA DE SERVICIOS V2.0

## ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GUJÓN

### SITUACION FAMILIAR

- Vive con hijos
- Vive con la pareja de similar edad
- Vive con otros familiares y amigos
- Vive solo pero tiene hijos próximos
- Vive solo, carece de hijos o viven alejados

### RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES

- Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio
- Solo se relaciona con la familia y vecinos; sale de casa
- Solo se relaciona con la familia; sale de casa
- NO sale de su domicilio; recibe a su familia o visitas (> 1 vez a la semana)
- NO sale del domicilio ni recibe visitas (o < 1 vez a la semana)

### VIVIENDA

- Adecuada (luz, agua, calefacción, aseo, teléfono, ascensor)
- Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores)
- Barreras arquitectónicas
- Vivienda inadecuada (carece de dos o más de los anteriores)
- No tiene casa (ausencia de vivienda)

### APOYO DE LA RED SOCIAL

- No necesita ningún apoyo
- Recibe apoyo de la familia y/o vecinos
- Recibe ayuda a domicilio formal o voluntaria
- Pendiente de ingreso en residencia de ancianos
- Necesita cuidados permanentes que no son dados

### SITUACION ECONOMICA (Ingresos/mes)

- Más de 715,20 \_ (119.000 pesetas)
- Entre 480,81 y 715,20 \_ (80.000 y 119.000 pesetas)
- Entre 240,40 y 474,80 \_ (40.000 y 79.000 pesetas)
- Menos de 240,40 \_ (40.000 pesetas)
- No recibe pensión ni otros ingresos

### DERIVACIÓN AL TRABAJADOR SOCIAL

Observaciones

61

*[Handwritten signature]*

### PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 N.H.C.: 111107 INMOVILIZADO VAL. INICIAL PAC. INMOVILIZADOS SMS V2.1 Profesional PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 Episodio: 1/10/2013  
 Curso Descriptivo: VAL. INICIAL PAC. INMOVILIZADOS SMS V2.1  
 OTRAS VAL. SMS - CARTERA DE SERVICIOS V2.0

#### DETECCIÓN DEL ESTADO DE NUTRICIÓN

Conozca su salud nutricional de Washington

15

#### VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN

Escala de Arnell

16

#### VALORACIÓN DE LOS ESTADIOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Clasificación del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión de 1997

[REDACTED]

#### VALORACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA

Escala de Glasgow

✓ 4  
 ✓ 6  
 ✓ 5  
 15

20

VALORACIÓN - APERTURA DE OJOS  
 VALORACIÓN - RESPUESTA MOTORA  
 VALORACIÓN - RESPUESTA VERBAL  
 VALORACION TOTAL ESCALA GLASGOW

Primer

#### DETECCIÓN DE LA FUNCIÓN COGNITIVA

Cuestionario abreviado sobre el estado mental (SPMSQ) de Pfeiffer

1

#### DETECCIÓN DE LA FUNCIÓN AFECTIVA

Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg

SUBESCALA DE ANSIEDAD 4  
 SUBESCALA DE DEPRESIÓN 7

Observaciones a los test

MOTIVO INCLUS.-CUIDADOR

- EXCEPCIONES
- MOTIVO DE EXCLUSIÓN
  - Traslado del usuario fuera del ámbito geográfico del Centro
  - Curación
  - Inclusión en el servicio de Cuidados Paliativos
- NO EXCEPCIONES (Durabilidad >= 2 meses)

- MOTIVO DE INCLUSIÓN
  - Paciente con patología crónica
  - Paciente que necesita atención domiciliaria transitoria
  - Alteración cognitiva
  - Otros motivos

IDENTIFICACIÓN DE PERSONA/S CUIDADORAS/ PRINCIPAL DEL PACIENTE

Sexo

Edad

Relación

FR

EL INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

- Excepción: Cuidador Profesional

VALORACIÓN SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (ANEXO I):

Observaciones

La mujer le atiende durante 24 horas

### TEST DE KATZ

Valora la independencia en las siguientes situaciones

LAVADO	Dependiente si recibe ayuda en el aseo de más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar o salir de la bañera.
VESTIDO	Dependiente si recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
USO DEL RETRETE	Dependiente si recibe ayuda para ir, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.
MOVILIZACIÓN	Dependiente si recibe ayuda para entrar en la cama y salir de ella o se sienta y se levanta de la silla con ayuda.
CONTINENCIA	Dependiente si presenta incontinencia urinaria, fecal o ambas.
ALIMENTACIÓN	Dependiente si recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos. (No se puntúa si recibe ayuda para cortar el pan o la carne)

VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE KATZ

G

- A Independiente en todas las funciones.
- B Independiente en todas las funciones menos una.
- C Independiente en todas las funciones excepto lavado y otra más.
- D Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido y otra más.
- E Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro y otra más.
- F Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro, la movilización y otra más.
- G Dependiente de las seis funciones.
- H Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificables como C, D, E o F.
- Otros Dependiente pero no clasificable en los estadios anteriores.

22

TEST DE BARBER

Marcar la casilla sólo si la respuesta es "SI"

- ¿Vive solo?
- ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
- ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
- ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?
- ¿Le impide su salud salir a la calle?
- ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
- ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
- ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
- ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Posible Situación de Riesgo

Total contestaciones afirmativas

6

23

TEST DE BARTHEL

BAÑO	Dependiente	0
VESTIDO	Dependiente	0
ASEO PERSONAL	Dependiente	0
RETRETE	Dependiente	0
USO DE LA ESCALERA	Dependiente	0
TRASLADO SILLÓN/CAMA	Dependiente	0
DEAMBULACIÓN	Dependiente	0
MICCIÓN	Incontinente	0
DEPOSICIÓN	Incontinente	0
ALIMENTACIÓN	Dependiente	0
<b>Grado de incapacidad</b>	<b>Severa</b>	<b>Total puntos 0</b>

24

TEST DE NORTON				
Estado Físico General	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> Regular	<input checked="" type="checkbox"/> Muy malo
Estado Mental	<input checked="" type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Apático	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Estuporoso / Comatoso
Movilidad	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Disminuida	<input checked="" type="checkbox"/> Muy limitada	<input type="checkbox"/> Inmóvil
Actividad	<input type="checkbox"/> Ambulante	<input type="checkbox"/> Camina con ayuda	<input type="checkbox"/> Sentado	<input checked="" type="checkbox"/> Encamado
Incontinencia	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Urinaria o fecal	<input checked="" type="checkbox"/> Urinaria + fecal
Muy alto riesgo			Total puntos	9

25

### PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 N.H.C.: 111107  
 Episodio: INMOVILIZADO  
 Curso Descriptivo: 1/10/2013 TEST DE ESCALA DE GLASGOW - SMS V2.0 Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

#### ESCALA DE GLASGOW

##### ESCALA COMA GLASGOW

Apertura de ojos Puntuación: ojos abiertos	Respuesta motora Puntuación: mejor respuesta	Respuesta verbal Puntuación: mejor respuesta
Esponáneamente (4 PUNTOS)	Cumple órdenes (6 PUNTOS)	Orientado (5 PUNTOS)
A la voz (3 PUNTOS)	Localiza el dolor (5 PUNTOS)	Confuso (4 PUNTOS)
Al dolor (2 PUNTOS)	Solo retira (4 PUNTOS)	Palabras inapropiadas (3 PUNTOS)
No responde (1 PUNTO)	Flexión anormal (3 PUNTOS)	Sonidos incomprensibles (2 PUNTOS)
	Extensión anormal (2 PUNTOS)	No responde (1 PUNTO)

VALORACIÓN - APERTURA DE OJOS

4

VALORACIÓN - RESPUESTA MOTORA

6

VALORACIÓN - RESPUESTA VERBAL

5

VALORACION TOTAL ESCALA GLASGOW

15

Observaciones

El paciente está despierto y orientado.

14 a 15 indica daño mínimo  
 9 a 13, daño moderado  
 si es menor de 8, el daño es grave,  
 por lo que puede afirmarse que el paciente  
 está en estado de coma.

*98*  
*Perez*

### PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 ID: 111107  
 Estado: INMOVILIZADO  
 Descripción: 30/09/2013 VALORACION COGNITIVA - SMS V2.0  
 Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 T. PFEIFER

SMS - CARTERA DE SERVICIOS V2.0

Sólo se marcan las contestaciones erróneas (cada una un punto)

- ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Cuál es el nombre de este sitio?
- ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene, la dirección)
- ¿Qué edad tiene?
- Dígame su fecha de nacimiento.
- ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?
- ¿Cómo se llama el anterior Presidente del Gobierno?
- Dígame el primer apellido de su madre.
- Reste de tres en tres desde veinte.

±8

0 V - significativo

PUNTUACION TOTAL TEST DE PFEIFER

Normal 0-2 errores.  
 Deterioro cognitivo leve 3-4 errores.  
 Det. cogn. moderado (patolog.) 5-7 errores.  
 Det. cogn. importante: 8-10 errores.

# PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 H.C: 111107 INMOVILIZADO  
 Curso Descriptivo: 30/09/2013 VALORACION COGNITIVA - SMS V2.0 Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 Minimental 1/2 SMS - CARTERA DE SERVICIOS V2.0

## MINIMENTAL TEST - ( LOBO ET AL) 1/2

### ORIENTACION ( 0=incorrecto; 1=correcto)

- ¿Qué día del mes es hoy? .....  ¿En que lugar estamos? .....
- ¿Qué día de la semana? .....  ¿En que planta o piso? .....
- ¿En que mes estamos? .....  ¿En que municipio? .....
- ¿En que estación del año estamos? .....  ¿En que provincia? .....
- ¿En que año estamos? .....  ¿En que país? .....

### FIJACION ( 1 punto cada palabra correcta)

Repita estas 3 palabras hasta que las aprenda: Pseta, Caballo, Manzana

### CONCENTRACION Y CALCULO

Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?  
 ( 1 punto cada cálculo correcto hasta 5)

Repita estos números hasta que los aprenda: 5-9-2. Ahora dígalos hacia atrás.

### MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? .....

28

23 23

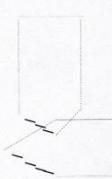
# PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 U.H.C.: 111107  
 INMOVILIZADO  
 Episodio: 30/09/2013 VALORACION COGNITIVA - SMS V2.0 Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

Minimental 2/2 SMS - CARTERA DE SERVICIOS V2.0

### MINIMENTAL TEST - (LOBO ET AL) 2/2

#### LENGUAJE Y CONSTRUCCION ( 0=incorrecto; 1=correcto)

- Mostrar un bofigrafo. ¿Qué es esto? .....  1      Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?..  1
- Repita la frase: "En un trigal hay cinco perros" .....  1      ¿Qué son el rojo y el verde? .....  1
- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? .....  1      ¿Qué son un perro y un gato? .....  0
- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa... (Cada acción un punto 0-3)  0
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS .....  1
- Escriba una frase .....  0
- Copie este dibujo:  .....  0

67

12

#### PUNTUACION TOTAL MINIMENTAL TEST:

Max. 35 puntos. Normal 30-35 p. Sugiere deterioro cognitivo: > 65 años: <24 p.       28  
 <= 65 años: < 28 p.      (24-29=borderline)

# PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED]  
 I.H.C: 111107 Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 Inmovilizado  
 Curso Descriptivo: 1/10/2013 TEST ESCALA DE WASHINGTON - SMS V2.0 Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 ESCALA DE WASHINGTON

### ESCALA DE WASHINGTON CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1.- He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como | <input type="checkbox"/> 0 - normal<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 - alterado | 2.- Tomo menos de dos comidas al día  | <input type="checkbox"/> 0 - normal<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 - alterado |
| 3.- Como poca fruta, vegetales o productos lácteos  | <input type="checkbox"/> 0 - normal<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 - alterado | 4.- Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario                  | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - normal<br><input type="checkbox"/> 2 - alterado |
| 5.- Tengo problemas dentales que hacen difícil comer  | <input type="checkbox"/> 0 - normal<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 - alterado | 6.- No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito          | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - normal<br><input type="checkbox"/> 4 - alterado |
| 7.- Como sólo la mayoría de las veces   | <input type="checkbox"/> 0 - normal<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - alterado | 8.- Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta                     | <input type="checkbox"/> 0 - normal<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - alterado |
| 9.- Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses                              | <input type="checkbox"/> 0 - normal<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 - alterado | 10.- No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mi mismo por problemas físicos | <input type="checkbox"/> 0 - normal<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 - alterado |

30

96

15

### VALORACIÓN ESCALA DE WASHINGTON

Observaciones

- 0 a 2 Bueno. Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses  
 - 3 a 5 Riesgo nutricional moderado. Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses  
 - 6 o más Riesgo nutricional alto. Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional

ESCALA DE GOLDBERG

CRIBADO DE ANSIEDAD DEPRESIÓN DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?  
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
- 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?

1  1  1  1  1

TOTAL ANSIEDAD: >= 4  8

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- 1. ¿Se ha sentido con poca energía?
- 2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
- 3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo?
- 4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?  
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
- 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

1  1  1  1

37

Criterios de valoración  
Subescala de Ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

TOTAL DEPRESIÓN: >= 2  7

Criterios de valoración  
Subescala de Depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

Observaciones

El paciente está muy deprimido . Dice que tiene ganas de morir y no seguir viviendo de esta manera . Por esto rechaza los alimentos.



# PROTOCOLO

Nombre [REDACTED]  
 N.H.C 111107 Fecha Nacimiento 29/12/1946 Edad 66 Años  
 Episodio INMOVILIZADO Profesional ARANDA LORCA, ENCARNACION  
 Curso Descriptivo 30/09/2013 TEST INDICE DE KATZ - SMS V2.0

SMS - CARTERA DE SERVICIOS V2.0

INDICE DE KATZ

### INDICE DE KATZ

Valora la independencia en las siguientes funciones:

LAVADO:	DEPENDIENTE	Dependiente si recibe ayuda en el aseo de más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar o salir de la bañera.
VESTIDO:	DEPENDIENTE	Dependiente si recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
USO DEL RETRETE:	DEPENDIENTE	Dependiente si recibe ayuda para ir, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.
MOVILIZACION:	DEPENDIENTE	Dependiente si recibe ayuda para entrar en la cama y salir de ella o se sienta y se levanta de la silla con ayuda.
CONTINENCIA:	DEPENDIENTE	Dependiente si presenta incontinencia urinaria, fecal o ambas.
ALIMENTACION:	DEPENDIENTE	Dependiente si recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos. No se puntúa si recibe ayuda solo para coitar el pan o la carne.

### VALORACION INDICE DE KATZ:

G

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera.
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC y de otra cualquiera.
- F. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificables como C, D, E o F.

Comentarios al Índice de Katz

## **Escala del dolor.**

En mi paciente utilicé dos escalas para evaluar el dolor.

1. la Escala Descriptora Verbal. Le dije a mí varios niveles de dolor de los cuales me tuvo que elegir cual frase describía mejor su actual nivel de dolor.

- El peor dolor imaginable.
- Extremo dolor.
- Dolor severo+.
- Dolor moderado+.
- Dolor leve.
- Dolor suave.
- Sin Dolor.

El paciente me dijo que su dolor era moderado constantemente y a veces severo.

2. También utilice la escala EVA.

Según esta escala de 1 a 10 el paciente dijo que su dolor era 8.

## **5.3. Plan de Cuidados.**

*5.3.1. Diagnósticos identificados. Patrones alterados y diagnósticos de Enfermería relacionados.<sup>111</sup>*

### **Patrón 1: Patrón de Manejo-Percepción de Salud.**

-(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c Afrontamiento individual ineficaz m/p Ausencia conductas adaptativas a los cambios.

-Dominio 1: Promoción de salud.

-Clase 2: Gestión de salud.

-Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

-(00004) Riesgo de infección r/c Enfermedad crónica

-Dominio 11: Seguridad/protección.

-Clase 1: Infección

-Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos

-(00038) Riesgo de traumatismos r/c Debilidad y medidas de seguridad.  
Reducción de la coordinación muscular .Medidas de seguridad inadecuadas.

-Dominio 11: Seguridad/protección.

-Clase 2: Lesión física.

-Definición: Aumento del riesgo de lesión tisular accidental.

### **Patrón 2: Patrón Nutricional-Metabólico.**

-(00002) Desequilibrio nutricional: por defecto r/c Factores psicológicos y factores biológicos m/p Falta de interés en los alimentos. Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. Problemas en los órganos requeridos para la masticación o la deglución

-Dominio 2: Nutrición:

-Clase 1: Ingestión.

-Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

-(00027) Déficit de volumen de líquidos r/c Alteraciones que afectan el aporte de los líquidos m/p Disminución de Tensión Arterial. Sequedad de las membranas mucosas. Sequedad de la piel. Debilidad.

Dominio 2: Nutrición.

-Clase 5: Hidratación.

-Definición: Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua sin el cambio en el nivel de sodio.

-(00039) Riesgo de aspiración r/c Traumatismo oral. Deterioro de la deglución.

-Dominio 11: Seguridad / protección.

-Clase 2: Lesión física.

-Definición: Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

-(00103) Deterioro de la deglución r/c Defectos anatómicos adquiridos m/p Retraso en la deglución. Rechazo de los alimentos

-Dominio 2: Nutrición.

-Clase 1: Ingestión.

-Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

### **Patrón 3: Patrón de eliminación.**

-(00014) Incontinencia fecal r/c Pérdida de control del esfínter rectal m/p Incapacidad de reconocer la urgencia de defecar.

-Dominio 3: Eliminación e intercambio.

-Clase 2: Función gastrointestinal.

-Definición: Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

-(00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c Multicausalidad m/p Incontinencia urinaria

-Dominio 3: Eliminación e intercambio.

-Clase 1: Función urinaria.

-Definición: Disfunción en la eliminación urinaria.

#### **Patrón 4: Patrón de actividad-ejercicio.**

-(00085) Deterioro de la movilidad física r/c Deterioro neuromuscular. Rigidez articular. Deterioro del estado físico m/p Dificultad para girarse .Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras y finas.

-Dominio 4: Actividad/reposo

-Clase 2: Actividad ejercicio.

-Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

-(00030) Deterioro del intercambio de gases r/c Cambio de la membrana alveolo-capilar m/p Disnea. Color pálido de piel

-Dominio 3. Eliminación e intercambio.

-Clase 4: Función respiratoria.

-Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar.

#### **Patrón 5: Patrón de reposo-sueño.**

-(00095) Insomnio r/c Depresión. Malestar físico ( dolor ) m/p El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño y de dificultad para permanecer dormido .

-Dominio 4: Actividad/reposo.

-Clase 1: Sueño/reposo.

-Definición: Trastorno de la cantidad y la calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

#### **Patrón 6: Patrón Cognitivo-Perceptual**

-(00133) Dolor crónico r/c Incapacidad física crónica m/p Informes verbales de dolor. Depresión. Irritabilidad.

-Dominio 12: Confort.

-Clase 1: Confort Físico.

-Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un fin anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

### **Patrón 7: Patrón de Autopercepción-Autoconcepto**

-(00124) Desesperanza r/c Deterioro del estado fisiológico m/p Pasividad. Disminución de apetito. Claves verbales.

-Dominio 6: Autopercepción.

-Clase 1: Autoconcepto.

-Definición: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es capaz de movilizar la energía en su propio provecho.

-(00119) Baja autoestima crónica r/c Estados de enfermedad m/p Pasividad. Expresiones negativas sobre sí mismo.

-Dominio 6: Autopercepción.

-Clase 2: Autoestima

-Definición: Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.

### **Patrón 8: Patrón de Rol-Relaciones.**

-(00061) Cansancio del rol de cuidador r/c Responsabilidad de los cuidados durante 24 horas y cantidad de actividades m/p Frustración.

-Dominio 7: Rol/Relaciones

-Clase 1: Roles de cuidador.

-Definición: Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.

-(00052) Deterioro de la interacción social r/c Limitación de la movilidad física m/p Incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de implicación social

-Dominio 7: Rol/relaciones

-Clase 3: Desempeño del rol

-Definición: Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

### **Patrón 9: Patrón de Sexualidad-Reproducción.**

Aunque el paciente no tiene vida sexual ninguna yo no considero que está alterado porque en su estado de salud es lo último en su importancia.

### **Patrón10: Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al estrés.**

-(00069) Afrontamiento ineficaz r/c Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p Conducta destructiva hacia sí mismo.

-Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

-Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

-Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

-(00137) Aflicción crónica r/c Experimenta enfermedad crónica m/p Expresa sentimientos de tristeza.

-Dominio 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés.

-Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

-Definición: Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

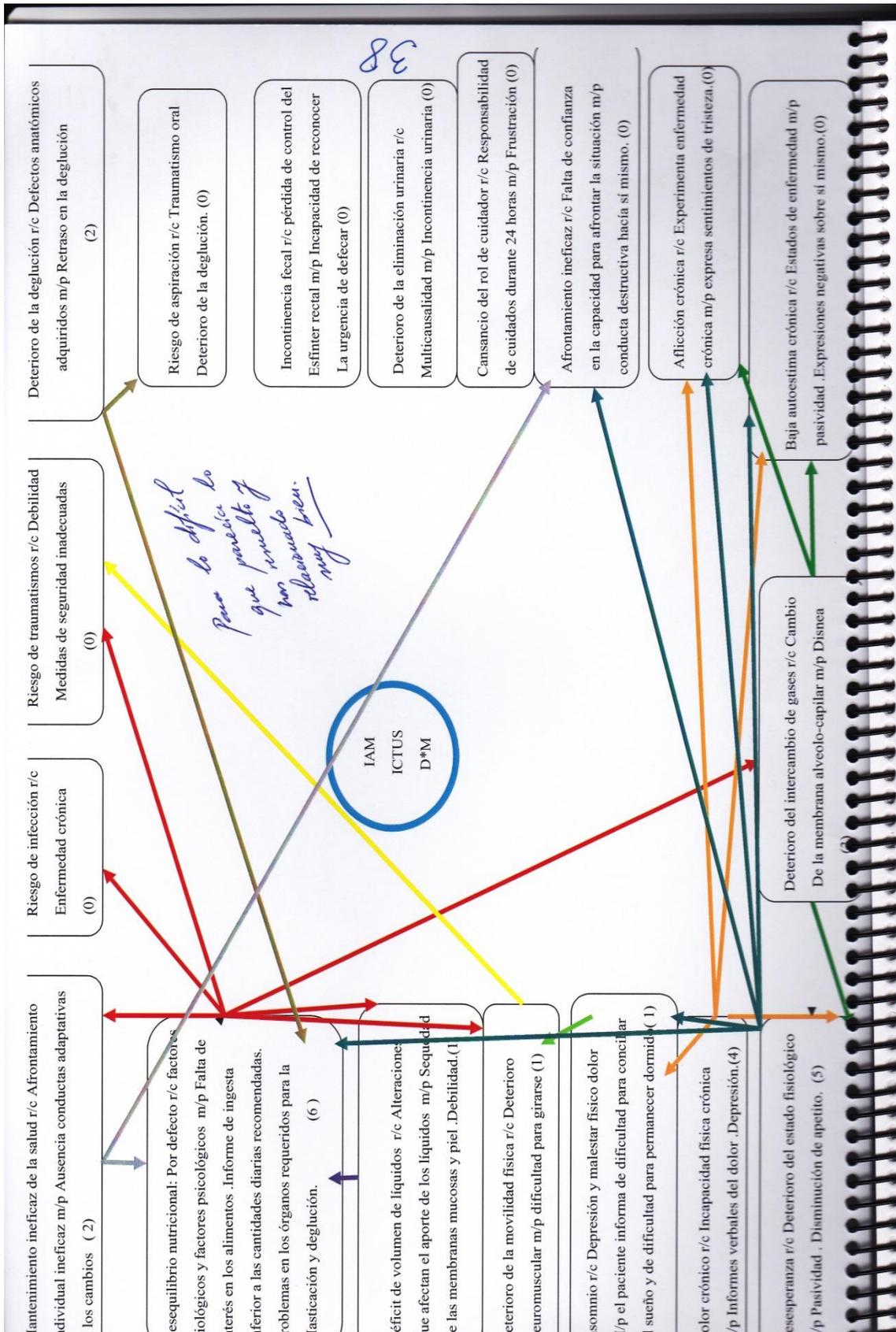


Figura 5.1. Red de razonamiento según el Modelo Área.

Fuente: Elaboración propia basada en el Modelo Área del Dr. Pesut.<sup>112</sup>

### 5.3.2. Justificación del Diagnóstico Enfermero Principal.

El Diagnóstico principal sobre el que voy a trabajar y realizar las actividades de enfermería es:

-(00002) Desequilibrio nutricional: por defecto r/c Factores psicológicos y factores biológicos m/p Falta de interés en los alimentos. Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. Problemas en los órganos requeridos para la masticación o la deglución

-Dominio 2: Nutrición:

-Clase 1: Ingestión.

-Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Realizando priorización mediante la red de razonamiento he identificado varios problemas y los he analizado una por una y sus efectos sobre otros diagnósticos para ver cuál de ellos es el problema principal y sobre el que nos interesa actuar más.

He elegido como D\*E principal (00002) Desequilibrio nutricional: por defecto r/c Factores psicológicos y factores biológicos m/p Falta de interés en los alimentos. Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. Problemas en los órganos requeridos para la masticación o la deglución porque creo que es el que tiene más importancia a la hora de proponer objetivos e intervenciones y el que soluciona más problemas. En la primera visita a la casa del paciente ya era muy evidente que el estado nutricional de él estaba extremadamente comprometido y necesitaba una actuación inmediata. Por esto en realidad empecé a trabajar para resolver el problema el mismo día de la valoración inicial incluso antes de hacer la red de razonamiento porque se veía claramente que la falta de alimentación estaba comprometiendo la vida del paciente.

Es un diagnóstico real y debe abordarse de inmediato. Es un problema real y actual en el tiempo .Además existe relación entre este diagnóstico y otros problemas.

-(00002) Desequilibrio nutricional: por defecto r/c Factores psicológicos y factores biológicos m/p Falta de interés en los alimentos. Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. Problemas en los órganos requeridos para la masticación o la deglución.

Si solucionamos este problema contribuiremos a resolver o por lo menos disminuir el diagnóstico de Riesgo de Infección. En estudios clínicos y epidemiológicos se ha establecido que la malnutrición es un factor de riesgo de infección en los ancianos. Existe una asociación entre el estado nutricional e inmunitario. Si los parámetros nutricionales ligados a las proteínas plasmáticas disminuyen el sistema inmunitario se debilita y existe un mayor riesgo de infección.<sup>118</sup>

A partir de los 50 años, debido al proceso normal de envejecimiento se produce una pérdida de masa muscular o sarcopenia, acompañada de atrofia de las fibras musculares. Si a este hecho se le añade un periodo con aporte insuficiente de nutrientes, se producirán cambios en la función muscular, acompañados de depleción en las reservas proteicas. La debilidad muscular progresiva ocasionada por la desnutrición conduce a una disminución del tono muscular, produciendo debilidad progresiva y aumentando el riesgo de caídas, con las secuelas que ello implica para la persona mayor. Los signos iniciales que se suelen observar en el anciano desnutrido son pérdida de apetito, en especial, aversión por la carne, reduciendo así su consumo, ingesta nutricional reducida, apatía, fatiga permanente y debilidad, junto con movilidad reducida o inmovilidad. Se incrementa el riesgo de contracturas, neumonías y delirium. Esta situación favorece la hospitalización y aumenta la dependencia de estos pacientes.<sup>119</sup> Por esto si vamos a trabajar sobre el Diagnóstico elegido disminuirémos el Riesgo de traumatismos. Ya que en nuestro caso una de las causas del riesgo de los traumatismos es la debilidad que está relacionada a su vez con la malnutrición. También por todo lo dicho anteriormente podemos decir que trabajando sobre este diagnóstico mejoraremos el diagnóstico de Deterioro de la movilidad física ya que una de las causas de este deterioro es la malnutrición.

Si trabajaremos sobre el Desequilibrio nutricional por defecto mejoraremos el diagnóstico de Deterioro del intercambio de gases. Aunque en el caso de nuestro paciente este deterioro está provocado por su enfermedad EPOC en los pacientes malnutridos en el aparato respiratorio se observa una disminución de los niveles de surfactante pulmonar, por lo que el trabajo respiratorio se encuentra aumentado. Del mismo modo que en el aparato digestivo, la adherencia bacteriana y el riesgo de infección están aumentados debido a la disminución del número de macrófagos alveolares y la dificultad para toser y expectorar que presentan por la debilidad muscular. Por otro lado, debido a los cambios que se producen en la musculatura, se observa un diafragma disminuido, lo que conlleva aumento del trabajo respiratorio por disminución de la fuerza tanto inspiratoria como espiratoria. Por esto considero que trabajar sobre Desequilibrio nutricional por defecto nos ayudará a mejorar la función respiratoria y disminuir la disnea del paciente.

En el Desequilibrio nutricional de nuestro paciente está presente la deshidratación por esto resolviendo nuestro diagnóstico contribuiremos a solucionar el Déficit de volumen de líquidos.

De todo esto he sacado la conclusión que la resolución del diagnóstico Desequilibrio nutricional por defecto me ayuda a resolver la mayoría de los problemas y aparte de eso es el problema real, actual en el tiempo y muy importante que debe abordarse de inmediato.

A continuación desarrollaré basándome en este diagnóstico los objetivos esperados y las actividades.

### *5.3.3. Planificación.*

#### **Estado nutricional (1004)**

-Definición: Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.

-Dominio: Salud Fisiológica (II).

-Clase: Nutrición (K).

La situación actual de los indicadores es 1: Extremadamente comprometido

La situación diana que queremos conseguir es 3: Moderadamente comprometido

Tiempo de consecución de los objetivos: 3 semanas

**Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008).**

-Definición: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.

-Dominio: Salud fisiológica (II).

-Clase: Nutrición (K).

La situación actual de los indicadores de este objetivo es 1: Inadecuado

La situación diana que queremos conseguir es 3: Moderadamente adecuado

Tiempo de consecución de los objetivos: 3 semanas

## Historial de Planes de cuidados

Paciente [REDACTED]  
 Edad **66 Años** Teléfono **968241488**  
 Email

Diagnóstico de enfermería 00002 Desequilibrio nutricional: por defecto  
 Fecha de inicio 5/10/2013 Fecha de cierre

DIAGNOSTICO 5/10/2013

C.D. 002-2 Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas  
 002-4 Debilidad muscular  
 002-7 Informe o evidencia de falta de alimentos  
 002-9 Aversión, falta de interés por la comida

F.R. 00252 Problemas nutricionales

NOC: 1004 Estado nutricional

Valoración: 1 Extremadamente comprometido

Indicador: 100401	Ingestión de nutrientes	Valoración: 1
Indicador: 100402	Ingestión alimentaria y de líquidos	Valoración: 1
Indicador: 100403	Energía	Valoración: 1
Indicador: 100405	Peso	Valoración: 0

1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos

Valoración: 1 Inadecuado

Indicador: 100801	Ingestión alimentaria oral	Valoración: 1
Indicador: 100803	Ingestión hídrica oral	Valoración: 1

NIC: 1100 Manejo de la nutrición

Actividad: 110001 Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.  
 Actividad: 110002 Determinar las preferencias de comidas del paciente.  
 Actividad: 110004 Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.  
 Actividad: 110007 Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/ zumos de fruta), cuando sea preciso.  
 Actividad: 110010 Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento  
 Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.  
 Actividad: 110014 Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.  
 Actividad: 110016 Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.  
 Actividad: 110019 Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.  
 Actividad: 110021 Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

1160 Monitorización nutricional

Actividad: 116002 Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.  
 Actividad: 116004 Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer.  
 Actividad: 116006 Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.  
 Actividad: 116011 Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.  
 Actividad: 116012 Observar si se producen náuseas y vómitos.  
 Actividad: 116016 Observar preferencias y selección de comidas.  
 Actividad: 116020 Controlar la ingesta calórica y nutricional.  
 Actividad: 116022 Observar si la boca / labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.

## Historial de Planes de cuidados

Paciente [REDACTED]  
 Edad **66 Años** Teléfono **968241488**  
 Email

Diagnóstico de enfermería 00002 Desequilibrio nutricional: por defecto  
 Fecha de inicio 5/10/2013 Fecha de cierre

- 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación  
 Actividad: 180302 Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.  
 Actividad: 180303 Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).  
 Actividad: 180304 Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.  
 Actividad: 180305 Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.  
 Actividad: 180310 Colocar al paciente en una posición cómoda.  
 Actividad: 180311 Proteger con un babero, si procede.  
 Actividad: 180312 Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.  
 Actividad: 180313 Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa. ✓
  
- 1860 Terapia de deglución  
 Actividad: 186010 Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio.  
 Actividad: 186023 Proporcionar un período de descanso antes de comer /hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.  
 Actividad: 186027 Enseñar a la familia/ cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.  
 Actividad: 186028 Enseñar a la familia /cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el dietista y las modificaciones dietéticas.  
 Actividad: 186029 Enseñar a la familia /cuidador las medidas de emergencia para los ahogos.  
 Actividad: 186030 Enseñar a la familia/ cuidador a comprobar si han quedado restos de comida después de comer. ✓
  
- 5246 Asesoramiento nutricional  
 Actividad: 524601 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.  
 Actividad: 524603 Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.  
 Actividad: 524605 Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.  
 Actividad: 524606 Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.  
 Actividad: 524607 Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso,  
 Actividad: 524611 Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.  
 Actividad: 524612 Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.  
 Actividad: 524613 Ayudar al paciente a registrar lo que come normalmente en un periodo de 24 horas.  
 Actividad: 524616 Discutir el significado de la comida para el paciente.  
 Actividad: 524617 Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.  
 Actividad: 524620 Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.  
 Actividad: 524621 Disponer una visita/ consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede. ✓

**SEGUIMIENTO** 10/10/2013

F.R. 00252 Problemas nutricionales

---

NOC: 1004 Estado nutricional  
 Valoración: 2 Sustancialmente comprometido  
 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos  
 Valoración: 2 Ligeramente adecuado

## Historial de Planes de cuidados

Paciente [REDACTED]  
Edad 66 Años Teléfono 968241488  
Email

Diagnóstico de enfermería 00002 Desequilibrio nutricional: por defecto  
Fecha de inicio 10/10/2013 Fecha de cierre

Indicador: 100801 Ingestión alimentaria oral Valoración: 2  
Indicador: 100803 Ingestión hídrica oral Valoración: 2

NIC: 1100 Manejo de la nutrición  
Actividad: 110004 Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.  
Actividad: 110010 Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento  
Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.  
Actividad: 110014 Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.  
Actividad: 110016 Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.  
Actividad: 110021 Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.  
1160 Monitorización nutricional  
1860 Terapia de deglución  
Actividad: 186010 Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio.  
Actividad: 186023 Proporcionar un período de descanso antes de comer /hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.  
5246 Asesoramiento nutricional  
Actividad: 524601 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.  
Actividad: 524603 Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.  
Actividad: 524605 Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.  
Actividad: 524616 Discutir el significado de la comida para el paciente.  
Actividad: 524620 Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.  
Actividad: 524621 Disponer una visita/ consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede. ✓

**SEGUIMIENTO 10/10/2013**

C.D. 002-12 Dolor abdominal con o sin patología  
002-13 Fragilidad capilar  
002-14 Diarrea o esteatorrea  
002-2 Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas  
002-3 Palidez de las conjuntivas y mucosas  
002-4 Debilidad muscular  
002-7 Informe o evidencia de falta de alimentos  
002-9 Aversión, falta de interés por la comida

F.R. 00252 Problemas nutricionales

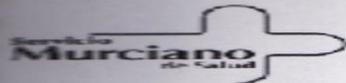
NOC: 1004 Estado nutricional  
Valoración: 2 Sustancialmente comprometido  
Indicador: 100401 Ingestión de nutrientes Valoración: 2  
Indicador: 100402 Ingestión alimentaria y de líquidos Valoración: 2  
Indicador: 100403 Energía Valoración: 2  
Indicador: 100405 Peso Valoración: 0

## Historial de Planes de cuidados

**Paciente** [REDACTED]  
**Edad** 66 Años      **Teléfono** 968241488  
**Email**

**Diagnóstico de enfermería** 00002      **Desequilibrio nutricional: por defecto**  
**Fecha de inicio** 10/10/2013      **Fecha de cierre**

- |               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| 1008          | Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos  |               |
| Valoración: 2 | Ligeramente adecuado   |               |
|               | Indicador: 100801      Ingestión alimentaria oral  | Valoración: 2 |
|               | Indicador: 100803      Ingestión hídrica oral  | Valoración: 2 |
| <hr/>         |  |               |
| NIC: 1100     | Manejo de la nutrición   |               |
|               | Actividad: 110004 Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.   |               |
|               | Actividad: 110010 Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento   |               |
|               | Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede. |               |
|               | Actividad: 110014 Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.  |               |
|               | Actividad: 110016 Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.  |               |
|               | Actividad: 110019 Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.                                       |               |
|               | Actividad: 110021 Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.  |               |
| 1160          | Monitorización nutricional   |               |
|               | Actividad: 116002 Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.  |               |
|               | Actividad: 116004 Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer.                        |               |
|               | Actividad: 116006 Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.  |               |
|               | Actividad: 116011 Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.                                    | ✓             |
|               | Actividad: 116012 Observar si se producen náuseas y vómitos.   |               |
|               | Actividad: 116016 Observar preferencias y selección de comidas.  |               |
|               | Actividad: 116020 Controlar la ingesta calórica y nutricional.   |               |
|               | Actividad: 116022 Observar si la boca / labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.   |               |
| 1803          | Ayuda con los autocuidados: alimentación   |               |
|               | Actividad: 180302 Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.   |               |
|               | Actividad: 180303 Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).         |               |
|               | Actividad: 180304 Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.   |               |
|               | Actividad: 180305 Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.   |               |
|               | Actividad: 180310 Colocar al paciente en una posición cómoda.  |               |
|               | Actividad: 180311 Proteger con un babero, si procede.  |               |
|               | Actividad: 180312 Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.  |               |
|               | Actividad: 180313 Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.  |               |
| 1860          | Terapia de deglución   |               |
|               | Actividad: 186010 Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio.               |               |
|               | Actividad: 186023 Proporcionar un período de descanso antes de comer /hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.                                 |               |
| 5246          | Asesoramiento nutricional  |               |
|               | Actividad: 524601 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.   |               |
|               | Actividad: 524603 Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.   |               |
|               | Actividad: 524605 Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.  |               |



Fecha 24/10/2013  
 Hora 0:00:00

## Historial de Planes de cuidados

Paciente [REDACTED]  
 Edad 66 Años                      Teléfono 968241488  
 Email

Diagnóstico de enfermería 00002                      Desequilibrio nutricional: por defecto  
 Fecha de inicio 10/10/2013                      Fecha de cierre

- Actividad: 524616 Discutir el significado de la comida para el paciente.
- Actividad: 524620 Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
- Actividad: 524621 Disponer una visita/ consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

**SEGUIMIENTO**                      18/10/2013

C.D.	002-12 002-13 002-14 002-2 002-3 002-4 002-7 002-9		
F.R.	00252	Problemas nutricionales	
NOC:	1004	Estado nutricional	
	Valoración: 2	Sustancialmente comprometido	
		Indicador: 100401      Ingestión de nutrientes	Valoración: 2
		Indicador: 100402      Ingestión alimentaria y de líquidos	Valoración: 2
		Indicador: 100403      Energía	Valoración: 2
		Indicador: 100405      Peso	Valoración: 0
	1008	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	
	Valoración: 2	Ligeramente adecuado	
		Indicador: 100801      Ingestión alimentaria oral	Valoración: 2
		Indicador: 100803      Ingestión hídrica oral	Valoración: 2
NIC:	1100	Manejo de la nutrición	
		Actividad: 110004 Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.	
		Actividad: 110010 Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento	
		Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.	
		Actividad: 110014 Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.	
		Actividad: 110016 Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.	
		Actividad: 110019 Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.	
		Actividad: 110021 Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.	
	1160	Monitorización nutricional	
		Actividad: 116002 Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.	
		Actividad: 116004 Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer.	
		Actividad: 116006 Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.	
		Actividad: 116011 Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.	

## Historial de Planes de cuidados

Paciente [REDACTED]  
 Edad 66 Años                      Teléfono 968241488  
 Email

Diagnóstico de enfermería 00002                      Desequilibrio nutricional: por defecto  
 Fecha de inicio 18/10/2013                      Fecha de cierre

- Actividad: 116012 Observar si se producen náuseas y vómitos.
- Actividad: 116016 Observar preferencias y selección de comidas.
- Actividad: 116020 Controlar la ingesta calórica y nutricional.
- Actividad: 116022 Observar si la boca / labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.
  
- 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
  - Actividad: 180302 Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.
  - Actividad: 180303 Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).
  - Actividad: 180304 Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.
  - Actividad: 180305 Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.
  - Actividad: 180310 Colocar al paciente en una posición cómoda.
  - Actividad: 180311 Proteger con un babero, si procede.
  - Actividad: 180312 Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.
  - Actividad: 180313 Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.
  
- 1860 Terapia de deglución
  - Actividad: 186010 Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio.
  - Actividad: 186023 Proporcionar un período de descanso antes de comer /hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.
  
- 5246 Asesoramiento nutricional
  - Actividad: 524601 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
  - Actividad: 524603 Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
  - Actividad: 524605 Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
  - Actividad: 524616 Discutir el significado de la comida para el paciente.
  - Actividad: 524620 Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
  - Actividad: 524621 Disponer una visita/ consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

**SEGUIMIENTO 18/10/2013**

F.R.	00252	Problemas nutricionales	
NOC:	1004	Estado nutricional	
	Valoración: 1	Extremadamente comprometido	
		Indicador: 100401 Ingestión de nutrientes	Valoración: 1
		Indicador: 100402 Ingestión alimentaria y de líquidos	Valoración: 1
		Indicador: 100403 Energía	Valoración: 1
		Indicador: 100405 Peso	Valoración: 1
	1008	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	
	Valoración: 1	Inadecuado	
		Indicador: 100801 Ingestión alimentaria oral	Valoración: 1
		Indicador: 100803 Ingestión hídrica oral	Valoración: 1
NIC:	1100	Manejo de la nutrición	
		Actividad: 110004 Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.	

## Historial de Planes de cuidados

Paciente [REDACTED]  
 Edad **66 Años** Teléfono **968241488**  
 Email

Diagnóstico de enfermería **00002** Desequilibrio nutricional: por defecto  
 Fecha de inicio 18/10/2013 Fecha de cierre

- Actividad: 110006 Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.
- Actividad: 110010 Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento
- Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
- Actividad: 110013 Realizar una selección de comidas.
- Actividad: 110014 Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.
- Actividad: 110016 Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
- Actividad: 110019 Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
- Actividad: 110021 Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.
  
- 1160 Monitorización nutricional
  - Actividad: 116002 Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
  - Actividad: 116004 Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer.
  - Actividad: 116006 Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.
  - Actividad: 116011 Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.
  - Actividad: 116012 Observar si se producen náuseas y vómitos.
  - Actividad: 116016 Observar preferencias y selección de comidas.
  - Actividad: 116018 Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.
  - Actividad: 116019 Observar si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo.
  - Actividad: 116020 Controlar la ingesta calórica y nutricional.
  - Actividad: 116022 Observar si la boca / labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.
  - Actividad: 116023 Observar cualquier llaga, edema y papilas hiperémica e hipertrófica de la lengua y de la cavidad bucal. Observar si la lengua es de color escarlata, m
  - Actividad: 116024 Observar cambios importantes en el estado nutricional e iniciar tratamiento, si procede.
  - Actividad: 116025 Realizar consulta dietética, si se requiere.
  - Actividad: 116028 Proporcionar comida y líquidos nutricionales, según corresponda. ✓
  
- 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
  - Actividad: 180302 Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.
  - Actividad: 180303 Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).
  - Actividad: 180304 Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.
  - Actividad: 180305 Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.
  - Actividad: 180310 Colocar al paciente en una posición cómoda.
  - Actividad: 180311 Proteger con un babero, si procede.
  - Actividad: 180312 Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.
  - Actividad: 180313 Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.
  
- 1860 Terapia de deglución
  - Actividad: 186002 Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/ realización de las tareas de ingesta y deglución.
  - Actividad: 186006 Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente/ familia.
  - Actividad: 186009 Evitar el uso de pajas para beber.

## Historial de Planes de cuidados

**Paciente** [REDACTED]  
**Edad** 66 Años      **Teléfono** 968241488  
**Email**

**Diagnóstico de enfermería** 00002      **Desequilibrio nutricional: por defecto**  
**Fecha de inicio** 18/10/2013      **Fecha de cierre**

- Actividad: 186010 Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio.
- Actividad: 186011 Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución («barbilla metida»).
- Actividad: 186015 Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 min después de terminar de comer.
- Actividad: 186016 Enseñar al paciente que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.
- Actividad: 186017 Enseñar al paciente a no hablar mientras come, si procede.
- Actividad: 186021 Observar el sellado de los labios al comer, beber y tragar.
- Actividad: 186022 Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.
- Actividad: 186023 Proporcionar un período de descanso antes de comer /hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.
- Actividad: 186028 Enseñar a la familia /cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el dietista y las modificaciones dietéticas.
- Actividad: 186029 Enseñar a la familia /cuidador las medidas de emergencia para los ahogos.
- Actividad: 186033 Proporcionar / vigilar la consistencia de la comida / líquido en base a los descubrimientos del estudio de la deglución.
- Actividad: 186039 Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.
  
- 5246 Asesoramiento nutricional
- Actividad: 524601 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Actividad: 524603 Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Actividad: 524605 Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Actividad: 524616 Discutir el significado de la comida para el paciente.
- Actividad: 524620 Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
- Actividad: 524621 Disponer una visita/ consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

**SEGUIMIENTO**      24/10/2013

- C.D.**
- 002-12 Dolor abdominal con o sin patología
  - 002-13 Fragilidad capilar
  - 002-14 Diarrea o esteatorrea
  - 002-2 Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas
  - 002-3 Palidez de las conjuntivas y mucosas
  - 002-4 Debilidad muscular
  - 002-7 Informe o evidencia de falta de alimentos
  - 002-9 Aversión, falta de interés por la comida

**F.R.** 00252 Problemas nutricionales

**NOC:** 1004 Estado nutricional

Valoración: 1 Extremadamente comprometido

- Indicador: 100401 Ingestión de nutrientes
- Indicador: 100402 Ingestión alimentaria y de líquidos
- Indicador: 100403 Energía
- Indicador: 100405 Peso

↓  
 Valoración: 1  
 Valoración: 1  
 Valoración: 1  
 Valoración: 1

1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos

## Historial de Planes de cuidados

Paciente [REDACTED]  
 Edad 66 Años Teléfono 968241488  
 Email

Diagnóstico de enfermería 00002 Desequilibrio nutricional: por defecto  
 Fecha de inicio 24/10/2013 Fecha de cierre

Valoración: 1 Inadecuado  
 Indicador: 100801 Ingestión alimentaria oral  
 Indicador: 100803 Ingestión hídrica oral

↓ Valoración: 1  
 Valoración: 1

- NIC: 1100 Manejo de la nutrición  
 Actividad: 110001 Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.  
 Actividad: 110002 Determinar las preferencias de comidas del paciente.  
 Actividad: 110004 Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.  
 Actividad: 110007 Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/ zumos de fruta), cuando sea preciso.  
 Actividad: 110010 Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento  
 Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.  
 Actividad: 110014 Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.  
 Actividad: 110016 Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.  
 Actividad: 110019 Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.  
 Actividad: 110021 Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.
- 1160 Monitorización nutricional  
 Actividad: 116002 Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.  
 Actividad: 116004 Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer.  
 Actividad: 116006 Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.  
 Actividad: 116011 Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.  
 Actividad: 116012 Observar si se producen náuseas y vómitos.  
 Actividad: 116016 Observar preferencias y selección de comidas.  
 Actividad: 116020 Controlar la ingesta calórica y nutricional.  
 Actividad: 116022 Observar si la boca / labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.
- 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación  
 Actividad: 180302 Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.  
 Actividad: 180303 Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).  
 Actividad: 180304 Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.  
 Actividad: 180305 Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.  
 Actividad: 180310 Colocar al paciente en una posición cómoda.  
 Actividad: 180311 Proteger con un babero, si procede.  
 Actividad: 180312 Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.  
 Actividad: 180313 Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.
- 1860 Terapia de deglución  
 Actividad: 186010 Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio.  
 Actividad: 186023 Proporcionar un período de descanso antes de comer /hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.  
 Actividad: 186027 Enseñar a la familia/ cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.

## Historial de Planes de cuidados

Paciente [REDACTED]  
Edad 66 Años Teléfono 968241488  
Email

Diagnóstico de enfermería 00002 Desequilibrio nutricional: por defecto  
Fecha de inicio 24/10/2013 Fecha de cierre

- 5246
- Actividad: 186028 Enseñar a la familia /cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el dietista y las modificaciones dietéticas.
  - Actividad: 186029 Enseñar a la familia /cuidador las medidas de emergencia para los ahogos.
  - Actividad: 186030 Enseñar a la familia/ cuidador a comprobar si han quedado restos de comida después de comer.
  - Asesoramiento nutricional
  - Actividad: 524601 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
  - Actividad: 524603 Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
  - Actividad: 524605 Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
  - Actividad: 524606 Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
  - Actividad: 524607 Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso,
  - Actividad: 524611 Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/ recomendada.
  - Actividad: 524612 Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.
  - Actividad: 524613 Ayudar al paciente a registrar lo que come normalmente en un período de 24 horas.
  - Actividad: 524616 Discutir el significado de la comida para el paciente.
  - Actividad: 524617 Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.
  - Actividad: 524620 Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
  - Actividad: 524621 Disponer una visita/ consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

#### 5.3.4. Ejecución.

Ejecución: el día 1 de octubre. Ante de todo me gustaría aclarar que en nuestro caso el desequilibrio nutricional es multicausal .Uno de los factores es biológico: el deterioro del estado fisiológico y defectos anatómicos (resección del paladar) provocan falta de interés en los alimentos. Por otro lado la depresión y la desesperanza contribuyen al desequilibrio nutricional como factores psicológicos. Por esto aunque voy a centrarme principalmente en el manejo nutricional también voy a trabajar paralelamente disminuyendo el nivel de depresión. Porque la desesperanza y aflicción crónica provocan el rechazo de los alimentos en nuestro paciente. Trabajando las dos cosas conseguiremos mejores resultados.

Por otro lado, la presencia de la pluripatología, con la consecuente ingesta de muchísima medicación con posibles efectos en la ingesta de alimentos y pérdida de apetito. Además los medicamentos pueden interferir en la absorción, metabolismo o excreción de algunos nutrientes.

Los cambios psicosociales tienen gran importancia en la alimentación de los mayores entre los cuales destacan la falta de relaciones sociales y la sensación de soledad. En nuestro caso el aislamiento de nuestro paciente provoca la pérdida de interés por la comida y realización de ingestas monótonas y poco nutritivas.

La incapacidad física de nuestro paciente también favorece la desnutrición. Está demostrado que, cuanto mayor es el grado de dependencia, mayor es el grado de desnutrición dando lugar a cuadros depresivos o demencias. La depresión es frecuente en los ancianos pudiendo provocar falta de apetito y desinterés por la comida. Es justo lo que ocurre a nuestro paciente y por consiguiente tenemos que trabajar en todos los niveles de un ser bio-psico-social.

En nuestra primera visita a la casa del paciente me quedo durante 3 horas para realizar una completa valoración de 11 patrones de Marjory Gordon y también para pasar las escalas más importantes.

El resultado de las escalas está adjunto con Patrones de Marjory Gordon.

Aunque era evidente que el paciente se encontraba en un estado grave de desnutrición no podríamos ni pesarlo ni medirlo. La brusca pérdida de peso era también expresada verbalmente por la familia. Por esto no podríamos usar este indicador tan importante para valorar la evolución del estado nutricional de nuestro paciente.

Incluimos al nuestro paciente en el protocolo de Inmovilizados. El motivo de inclusión: paciente con patología crónica. Después de realizar la escala de Guijón decidimos derivar a la familia al trabajador social.

Al realizar la escala de Washington como resultado hemos obtenido 15: Riesgo nutricional alto. Como resolución del problema en el test se dice: lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional. Así que todo nuestro empeño será dirigido en mejorar el estado nutricional del paciente.

Al realizar la valoración del Patrón Nutricional Metabólico es evidente que está totalmente alterado. He puesto como que el paciente realizaba 3 comidas al día pero en realidad no sé si esto se puede llamar así. En la primera hora de la mañana paciente toma un vaso de horchata que contiene unas 250 calorías. La horchata es lo más nutritivo que toma el paciente durante todo el día. Y luego a lo largo del día toma alguna crema de champiñones o verduras precocinada que aportan otras 250 calorías. El paciente no tomaba proteína alguna! Tomaba 2 vasos de agua al día que también era muy poco.

Tenemos que tener en cuenta que en general, con el envejecimiento:

- Las necesidades energéticas están disminuidas, por disminución del metabolismo basal ya que como hemos dicho anteriormente la masa magra y la renovación proteica se encuentran disminuidas.
- Los requerimientos de proteínas están aumentados (12-15% de la energía total). Evitar el exceso de azúcares (55-60% de la energía total).

- Las necesidades de minerales, oligoelementos y vitaminas están incrementados respecto a las de los adultos jóvenes. Están apareciendo publicaciones que demuestran que el aporte suplementario de una modesta cantidad fisiológica de micronutrientes mejora la inmunidad y disminuye el riesgo de infección en las edades avanzadas.
- Algunos de los micronutrientes de manera especial pueden ver disminuida su absorción, como por ejemplo la Vitamina B12 y el ácido fólico.<sup>120</sup>
- Estuve con el paciente el día 1 septiembre y empecé a actuar este mismo día antes de hacer el plan de cuidados ya que era evidente la dirección que tomarían nuestras intervenciones.

Lo primero pregunté al paciente si tiene alergia a algún alimento antes de aconsejar cualquier comida que pudiera ser perjudicial en vez de beneficiosa. Porque las consecuencias de una reacción alérgica pueden ir desde pequeños trastornos físicos hasta la muerte.<sup>121</sup>

Pregunté sobre las preferencias en la comida para elegir entre variedad de productos los que más gustan a nuestro paciente. Es muy importante ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. Así la puede tomar con más gana. A nuestro paciente sólo le agrada horchata por lo que tuve que explicar que sólo con esto él no podía cubrir sus necesidades energéticas.

Al contar las calorías que consume el paciente he dado cuenta que son unos 500 al día. Es muy poco para su situación.

*Energía.* Las necesidades de energía disminuyen con la edad, un 5% por década (unas 300-600 Kcal). Dos tercios son atribuibles a la menor actividad física; el resto a la menor TMB consecuencia de los cambios en la composición corporal, principalmente por la disminución de la masa libre de grasa. Este menor gasto y la consecuente menor ingesta de energía son los factores más importantes que influyen en el estado nutricional. La adaptación a requerimientos de energía menores, manteniendo un adecuado aporte de nutrientes con una ingesta calórica baja, puede ser el mayor desafío en este

colectivo, por lo que es importante incluir alimentos con alta densidad de nutrientes. Se ha establecido una IR medias de 30 Kcal/ kg de peso corporal.<sup>122</sup>

Yo no sabía el peso exacto de mi paciente pero aparentaba unos 40-50 kg más o menos. 30 Kcal por 40-50 kg son 1200-1500 Kcal tenía que ingerir nuestro paciente cómo mínimo. Así que explique todo eso a la esposa y ella dijo que lo entendía.

También teníamos que tener en cuenta la interacción entre la comida y fármacos. Muchos ancianos son personas polimedicadas, con lo que aumenta el riesgo de interacciones, no solamente entre fármaco-fármaco, sino también entre fármaco-alimento, fármaco-nutriente y fármaco-estado nutricional. Estas interacciones pueden afectar tanto al estado nutricional del paciente como al efecto terapéutico de algunos fármacos, es decir, en definitiva a la calidad de vida. Es lo que pasa a nuestro paciente ya que toma muchísimos fármacos. Nuestro paciente dada su patología cardíaca sufre una FA .Como resultado esta tratado con anticoagulantes orales .Los pacientes tratados con anticoagulantes orales, pueden sufrir una disminución de la respuesta terapéutica al consumir habitualmente alimentos ricos en vitamina K, tales como hígado o algunas hortalizas de hoja. Se aconseja que una vez conseguido el equilibrio terapéutico, la dieta no sufra variaciones importantes. Expliqué a la familia que la mayor parte de la vitamina K procede de los alimentos de origen vegetal especialmente hortalizas de color amarillo oscuro o verduras de hoja verde como las espinacas, el brócoli, el repollo etc. Estos alimentos no están prohibidos pero deben ser controlados en la dieta. Recomendé tomar sólo dos raciones de verduras y hortalizas diarias.<sup>123</sup>

Hablé con la esposa que se encargaba de la comida sobre la importancia de las proteínas. Le expliqué que la deficiencia de proteína da lugar a pérdida de masa muscular, alteraciones en la función inmune y a mala cicatrización de las heridas. Nuestro paciente casi no las ingería.

*Proteínas.* Las IR se ha estimado en unos 0,8 g de proteína/kg de peso corporal y día. Algunos estudios indican que ingestas de 1 g/kg podrían favorecer un mejor balance nitrogenado, estimulando la formación de masa muscular. Las recomendaciones actuales indican que la proteína no debe

aportar más del 10-15% de la energía total consumida. Sin embargo, en los ancianos, como la ingesta energética suele ser baja, el aporte calórico de la proteína, teniendo en cuenta las IR en términos absolutos, puede ser mayor (12-17%). En el caso de pérdida de peso las IR pueden llegar a 1,5 g/kg de peso. La calidad de la proteína deberá tenerse en cuenta sobre todo en las personas con poco apetito.<sup>124</sup>

Así que aconsejé tomar unos 50 gramos de proteína diariamente y le dije los alimentos que contenían gran cantidad de proteínas. (Carne, pescado, pollo). Luego le hable sobre cantidad de carbohidratos y lípidos. Actualmente se recomienda que un 55 - 60% del total de calorías diarias se deba administrar en forma de carbohidratos. La mayor parte de carbohidratos complejos. (Cereales, legumbres, pan, pastas, vegetales, etc.). Que la dieta sea rica en fibras de 20-35 gr/día o 10gr por c/1.000 Kcal, y controlar el consumo de azúcares simples. (Dulces, mermeladas, miel, azúcar, refrescos azucarados, pasteles, etc.), ya que su esposo padece Diabetes Mellitus tipo II.<sup>125</sup>

Los alimentos ricos en fibra dietética son las frutas y verduras, los cereales integrales, las legumbres, etc. Le expliqué que aunque la ingesta de lípidos es fundamental porque constituyen la principal reserva energética en caso de su marido está ingesta debe ser disminuida porque padece hipercolesterolemia. Le recomendé excluir los alimentos ricos en grasas saturadas (grasa de la leche o lácteos, nata, mantequilla, grasa de la carne, embutidos, productos industrializados, etc.) e incluir en la dieta el consumo de alimentos ricos en grasas monoinsaturadas como el aceite de oliva, aguacate, nueces, cacahuetes.

Luego decidí que era importantísimo monitorizar el estado nutricional. Observe que el ambiente era muy adecuado la esposa hacía todo por intentar que su marido coma. Nuestro paciente no vomitaba y no tenía náuseas. La mucosa de boca no presentaba úlceras o inflamación pero tenía muchas caries.

Luego expliqué a la esposa pequeños detalles que podrían hacer que su marido tenga más ganas de comer.

- Presentar la comida de forma agradable.
- Tomar analgésicos antes de la comida si su esposo presenta dolor.
- Protegerlo con un babero.
- Incorporarlo a la hora de comer.
- Que los alimentos estén a la temperatura que él quiera.

La cuestión muy importante a abordar era el aporte de líquidos. Pero en nuestro caso no era tan fácil. Aunque era evidente que dos vasos de agua eran pocos para las necesidades diarias, dado que nuestro paciente presentaba tantas patologías que pudieran influir en la necesidad de líquidos ingeridos (DM II, Cardiopatía, hipertensión arterial) no sabía exactamente el volumen recomendado.

Por un lado, un anciano necesita consumir agua en mayor cantidad que el sujeto joven para evitar la constipación, lo que no es fácil de lograr por disminución del reflejo de la sed, de allí que se debe indicar un volumen mínimo de líquido a ingerir (1,5 - 2 litros).

Por otro lado, dado que nuestro paciente presenta cardiopatía no podemos sobrecargarlo con líquidos.

Para evitar este excesivo trabajo cardíaco el enfermo de corazón debe reducir el volumen de sus comidas. Por esta razón es conveniente reducir al mínimo la cantidad de agua y de otros líquidos ingerida durante las comidas y evitar las bebidas gaseosas, del mismo modo que hay que reducir el consumo de legumbres, que inducen una marcada fermentación intestinal.<sup>126</sup>

En pacientes con DM II la ingesta de líquidos debe de ser aproximadamente 30 mL/kg, ingesta mínima de 1.500 mL/día. Las necesidades de líquidos aumentan en casos de calor, fiebre, infección o pérdidas excesivas en orina o heces.

Nuestro paciente tenía diarrea y esto también influye en el volumen de líquidos que tenía que ingerir.

Cómo por un lado había que disminuir la ingesta (Cardiopatía) y por otro lado había que aumentar la ingesta de líquidos (Diarrea). Marqué 1500 ml al día.

Luego hablé con el paciente sobre la importancia de la correcta alimentación en su estado. Intenté transmitirle que no tiene que desanimarse. Charlamos sobre su estado de ánimo y cómo se sentía. Como no comía en parte porque quería morir intenté animarle y cambiar su punto de vista explicando que todavía tenía cosas por las merecía la pena vivir. Me prometió que comería más a partir de aquel día.

A mi paciente le habían practicado la resección del paladar lo que afectaba gravemente su deglución. Lo que también contribuía al rechazo de alimentos y había que trabajar sobre este factor también.

Aunque en plan de cuidados imprimido la Terapia de deglución está en las intervenciones de primer día. En realidad la hice en la visita siguiente porque estaba ya 3 horas con la familia y se notaba que estaban ya cansados y tenían demasiada información para el primer día. Me fui prometiendo volver a los 10 días.

Seguimiento N° 1. El día 10 de septiembre. En la próxima visita descubrí que el paciente tenía mejor aspecto, hablaba con más energía y se le notaba más animado. Pregunté al paciente qué comía durante los últimos diez días e. Me dijo que comía dos comidas calientes trituradas y ya tomaba 4 vasos de agua. Me alegré muchísimo y fue a hablar con su esposa que corroboró que efectivamente le preparaba purés de pollo y pescado mezclados con patata y los comía. El aporte energético ha subido a 650 calorías más o menos. Todavía era muy insuficiente pero tenemos que tener en cuenta que este tipo de cambios no se producen de golpe.

Les aconseje seguir los mismos consejos de otro día y enseñarles unas actividades para mejorar su deglución a lo que su mujer accedió muy a gusto.

Primero la pregunté sobre la resección del paladar y cómo afectaba eso en el proceso de alimentación para averiguar sus conocimientos.

En una intervención con resección del paladar blando se afecta la deglución. La deglución es el evento clave en el inicio de la digestión, proceso fundamental para la subsistencia humana, por el que se fragmentan los alimentos ingeridos en moléculas de un tamaño tal que puedan pasar a través de la pared intestinal a la sangre y a la linfa. La deglución requiere de una serie de contracciones musculares interdependientes y coordinadas, que ponen en juego a seis pares craneales, cuatro nervios cervicales y más de treinta pares de músculos a nivel bucofonador. La integridad de todos estos elementos garantizará la creación de las presiones diferenciales a nivel del tracto digestivo desde la boca hasta el esófago, responsable de la progresión del bolo alimenticio. De forma clásica, la deglución puede dividirse en tres

A. *La bucal u oral*, que es la fase voluntaria de la deglución y que inicia el proceso.

B. *La faríngea*, fase involuntaria y que constituye el pasaje del alimento a través de la faringe hacia el esófago.

C. *La esofágica*, también involuntaria y que promueve el pasaje de la comida desde la faringe hacia el estómago.<sup>127</sup>

En nuestro caso estaba afectada la fase voluntaria de la deglución por un defecto anatómico.

La disfagia o la alteración en el proceso de la deglución es un síntoma que aparece con frecuencia en personas que han sufrido Daño Cerebral. Nuestro paciente también ha sufrido Ictus.

Explicué a la mujer que personas que padecen disfagia, pueden tener alterada la eficacia de la deglución, y por lo tanto, la capacidad para alimentarse e hidratarse de manera óptima, pudiendo aparecer cuadros de desnutrición y deshidratación. Porque se altera la seguridad de la deglución, con peligro de que se produzcan complicaciones respiratorias graves.

En sí misma la disfagia no es una enfermedad, sino un síntoma ocasionado por otras enfermedades.

La *disfagia orofaríngea* aparece cuando las dificultades se originan entre la boca y el esfínter esofágico superior.

La disfagia orofaríngea se origina por dos grandes grupos de causas:

- Por aquellas enfermedades que ocasionan alteraciones en la anatomía de los órganos o disfagia estructural. (En nuestro caso la resección del paladar).
- Y las que producen déficits neurológicos y/o neuromusculares refiriéndonos a este tipo como disfagia neurógena. (En nuestro caso el daño cerebral).

### Complicaciones de la disfagia.

*Alteraciones de la eficacia.* Aquellas que ocasionan una pérdida de la capacidad para alimentarse y mantener un nivel óptimo de nutrición e hidratación (desnutrición y deshidratación)

*Alteraciones de la seguridad* Aquellas que ocasionan una pérdida de la capacidad de realizar la ingesta sin peligro de que ocurra el paso de alimento al sistema respiratorio (obstrucción brusca, atragantamiento, aspiración y neumonía)

De estas dos complicaciones vemos que nuestros objetivos fundamentales en el manejo de la deglución son:

- Buscar la **SEGURIDAD**: minimizar el riesgo de que se produzcan complicaciones respiratorias.
- La **EFICACIA**: mantener un nivel óptimo de nutrición e hidratación.<sup>128</sup>

Les dije que es importante que el alimento sea homogéneo, evitar grumos, espinas y que sea jugoso y de fácil masticación.

- Que se deban evitar dobles texturas con mezclas de líquido y sólido.
- Incluir la máxima variación de alimentos para evitar la rutina y procurar que las condiciones organolépticas sean atractivas.

- Colocar a su marido en la posición más erecta posible para evitar atragantamientos.
- Evitar el uso de pajitas, observar si la boca está bien cerrada, o si se han quedado restos de la comida después de comer.
- La importancia de mantenerse 30 min sentado después de comer.

Le dije a su mujer que tiene que observar los síntomas de aspiración (asfixia, tos, ausencia de la respiración o problemas para respirar, dificultad respiratoria, sibilancias ) y le enseñé los primeros auxilios.<sup>129</sup>

Les dije que volvería dentro de 8 días y me fui muy contenta con mi paciente.

# PROTOCOLO

Nombre: [Redacted] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 I.H.C. INMOVILIZADO  
 Episodio 10/10/2013 SEG. P02: NUTRIC./METABÓLICO  
 Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

Valoración general

Nutricional

Peso: [ ]    Talla: [ ]    IMC: [ ]    Temp.: [ ]

Comidas/día: 4    Lugar comidas: Casa    Horario fijo: No    Calorías/día: 650

Alim. adec.: No    Líquido/día (ml.): 1100

Prob. Boca: Si    Prob. Dieta: Si    Otros Problem.: Si

Cariés	Si	No equilibrada	Si	Sint. digest.	Si
Úlceras	No	Insuficiente	Si	Dependencia	Si
Inflamación	No	Entre horas	Si	Inapetencia	Si
		Láct. escasos	Si	Alt. peso	Si
		Cena abundan.	Si	Intole. alimen	No
				Come s/hambre	Si
				Sedentarismo	Si

Prob. Comer: Si    Dieta específica: Si    Vitaminas: Si

Pr. masticar: Si    Dieta restrictiva: Si    Estado nutricional: Anormal

Pr. tragar: Si

Sonda NG: No

Alt. Piel: 9    Sig. rascado: [ ]    Pálidez: [ ]

Alt. integridad: [ ]    Dermatitis: [ ]    Edemas: [ ]

Frag. capilar: [ ]    Prurito: [ ]    Cicatrización: [ ]

Def. hidratación: [ ]    Friealdad: [ ]    Enrojecimiento: [ ]

Calor al tacto: [ ]

COMENTARIOS: informe de familia y paciente de comer más

RESULTADO: Patrón alterado

## Historial de Planes de cuidados

**Paciente** [REDACTED]  
**Edad** 66 Años      **Teléfono** 968241488  
**Email**

**Diagnóstico de enfermería** 00002      **Desequilibrio nutricional: por defecto**  
**Fecha de inicio** 10/10/2013      **Fecha de cierre**

Indicador: 100801      Ingestión alimentaria oral      Valoración: 2  
 Indicador: 100803      Ingestión hídrica oral      Valoración: 2

**NIC:** 1100      **Manejo de la nutrición**  
 Actividad: 110004 Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.  
 Actividad: 110010 Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento  
 Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.  
 Actividad: 110014 Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.  
 Actividad: 110016 Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.  
 Actividad: 110021 Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

1160      **Monitorización nutricional**  
 1860      **Terapia de deglución**  
 Actividad: 186010 Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio.  
 Actividad: 186023 Proporcionar un período de descanso antes de comer /hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.

5246      **Asesoramiento nutricional**  
 Actividad: 524601 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.  
 Actividad: 524603 Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.  
 Actividad: 524605 Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.  
 Actividad: 524616 Discutir el significado de la comida para el paciente.  
 Actividad: 524620 Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.  
 Actividad: 524621 Disponer una visita/ consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

**SEGUIMIENTO** 10/10/2013

**C.D.** 002-12 Dolor abdominal con o sin patología  
 002-13 Fragilidad capilar  
 002-14 Diarrea o esteatorrea  
 002-2 Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas  
 002-3 Palidez de las conjuntivas y mucosas  
 002-4 Debilidad muscular  
 002-7 Informe o evidencia de falta de alimentos  
 002-9 Aversión, falta de interés por la comida

**F.R.** 00252 Problemas nutricionales

**NOC:** 1004      **Estado nutricional**  
 Valoración: 2 Sustancialmente comprometido  
 Indicador: 100401 Ingestión de nutrientes      Valoración: 2  
 Indicador: 100402 Ingestión alimentaria y de líquidos      Valoración: 2  
 Indicador: 100403 Energía      Valoración: 2  
 Indicador: 100405 Peso      Valoración: 0

## Historial de Planes de cuidados

Paciente [REDACTED]  
 Edad 66 Años Teléfono 968241488  
 Email

Diagnóstico de enfermería 00002 Desequilibrio nutricional: por defecto  
 Fecha de inicio 10/10/2013 Fecha de cierre

- |               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| 1008          | Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos  |               |
| Valoración: 2 | Ligeramente adecuado   |               |
|               | Indicador: 100801 Ingestión alimentaria oral   | Valoración: 2 |
|               | Indicador: 100803 Ingestión hídrica oral   | Valoración: 2 |
| <hr/>         |  |               |
| NIC: 1100     | Manejo de la nutrición   |               |
|               | Actividad: 110004 Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.   |               |
|               | Actividad: 110010 Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento   |               |
|               | Actividad: 110012 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede. |               |
|               | Actividad: 110014 Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.  |               |
|               | Actividad: 110016 Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.  |               |
|               | Actividad: 110019 Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.                                       |               |
|               | Actividad: 110021 Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.  |               |
| 1160          | Monitorización nutricional   |               |
|               | Actividad: 116002 Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.  |               |
|               | Actividad: 116004 Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer.                        |               |
|               | Actividad: 116006 Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.  |               |
|               | Actividad: 116011 Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.                                    |               |
|               | Actividad: 116012 Observar si se producen náuseas y vómitos.   |               |
|               | Actividad: 116016 Observar preferencias y selección de comidas.  |               |
|               | Actividad: 116020 Controlar la ingesta calórica y nutricional.   |               |
|               | Actividad: 116022 Observar si la boca / labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.   |               |
| 1803          | Ayuda con los autocuidados: alimentación   |               |
|               | Actividad: 180302 Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.   |               |
|               | Actividad: 180303 Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).         |               |
|               | Actividad: 180304 Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.   |               |
|               | Actividad: 180305 Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.   |               |
|               | Actividad: 180310 Colocar al paciente en una posición cómoda.  |               |
|               | Actividad: 180311 Proteger con un babero, si procede.  |               |
|               | Actividad: 180312 Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.  | ✓             |
|               | Actividad: 180313 Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.  |               |
| 1860          | Terapia de deglución   |               |
|               | Actividad: 186010 Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio.               |               |
|               | Actividad: 186023 Proporcionar un período de descanso antes de comer /hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.                                 |               |
| 5246          | Asesoramiento nutricional  |               |
|               | Actividad: 524601 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.   |               |
|               | Actividad: 524603 Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.   |               |
|               | Actividad: 524605 Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.  |               |

## Historial de Planes de cuidados

<b>Paciente</b>	[REDACTED]		
<b>Edad</b>	66 Años	<b>Teléfono</b>	968241488
<b>Email</b>			

Diagnóstico de enfermería 00002 Desequilibrio nutricional: por defecto  
 Fecha de inicio 10/10/2013 Fecha de cierre

- Actividad: 524616 Discutir el significado de la comida para el paciente.
- Actividad: 524620 Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
- Actividad: 524621 Disponer una visita/ consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

**SEGUIMIENTO 18/10/2013**

C.D.	002-12 002-13 002-14 002-2 002-3 002-4 002-7 002-9		
F.R.	00252	Problemas nutricionales	
NOC:	1004	Estado nutricional	
	Valoración: 2	Sustancialmente comprometido	
	Indicador: 100401	Ingestión de nutrientes	Valoración: 2
	Indicador: 100402	Ingestión alimentaria y de líquidos	Valoración: 2
	Indicador: 100403	Energía	Valoración: 2
	Indicador: 100405	Peso	Valoración: 0
	1008	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	
	Valoración: 2	Ligeramente adecuado	
	Indicador: 100801	Ingestión alimentaria oral	Valoración: 2
	Indicador: 100803	Ingestión hídrica oral	Valoración: 2
NIC:	1100	Manejo de la nutrición	
	Actividad: 110004	Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.	
	Actividad: 110010	Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento	
	Actividad: 110012	Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.	
	Actividad: 110014	Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.	
	Actividad: 110016	Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.	
	Actividad: 110019	Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.	
	Actividad: 110021	Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.	
	1160	Monitorización nutricional	
	Actividad: 116002	Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.	
	Actividad: 116004	Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer.	
	Actividad: 116006	Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.	
	Actividad: 116011	Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.	

Seguimiento N°2: el día 18 de octubre En esta visita al ver a mi paciente me sorprendí muchísimo. Estaba mucho peor. Su esposa me dijo que otra vez dejó de comer, estaba irritado con ella y tiraba los platos. Ha vuelto a tomar sólo su horchata y poco más. Al hablar con el paciente me di cuenta que estaba peor en todos los aspectos. Su mirada estaba más ausente, no había interés alguno y tenía aspecto muy triste. Al tomar le tensión arterial no pudo ni levantar el brazo por la debilidad que tenía. No tenía energía. Parecía que le estaba costando mantener una conversación y seguir atento a mis palabras. Mi paciente me dijo que único que quería era morir porque ya no valía para nada. No podía hacer nada por sí mismo y por esto se sentía totalmente inútil.

En esta ocasión aunque insistí otra vez sobre la alimentación mi principal objetivo era ayuda psicológica. Madre mía que difícil era. En realidad no sabía que decir. ¿Qué voy a decir yo a una persona en su situación? Lo peor de todo era que su situación era tan precaria que seguramente yo sentiría lo mismo que él. Pero intenté transmitirle un poco de fe en que la vida es muy bonita aunque no puedas hacer nada por sí mismo. Destaqué que tenía la cabeza muy bien amueblada y podía disfrutar con las películas y teniendo conversación con otra gente. Muchas personas están peor que él y que tiene que hacer ese esfuerzo por su esposa. Pero parecía que no me estaba oyendo. Me dijo que volvería a comer pero yo tenía presentimiento que fuese mentira.

Me encanta el trato con los pacientes y psicología me gusta mucho pero no sabía manejar aquella situación. Me fue muy abrumada porque mi paciente en vez de mejorarse se empeoró y yo no sabía qué hacer.

# PROTOCOLO

Nombre: [REDACTED] Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 N.H.C: 111107 INMOVILIZADO SEG. P02: NUTRIC./METABÓLICO Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 Curso Descriptivo: 18/10/2013

Valoración general

Peso	Talla	IMC	Temp.
Comidas/día: 1	Lugar comidas: Casa		Horario fijo: No
Alim. adec.: No	Líquido/día (ml.): 400		Calorías/día: 200

Prob. Boca: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cariés: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ulceras: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Inflamación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Prob. Dieta: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO No equilibrada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Insuficiente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Entre horas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Láct. escasos: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cena abundan.: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otros Problem.: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sint. digest.: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dependencia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Inapetencia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alt. peso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Intole. alimen: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Come s/hambre: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sedentarismo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--	---

Prob. Comer: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pr. masticar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pr. tragar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sonda NG: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dieta específica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dieta restrictiva: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Estado nutricional: Anormal	Vitaminas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	--	--

Alt. Piel: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alt. integridad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Frag. capilar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Def. hidratación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Calor al tacto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sig. rascado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dermatitis: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Prurito: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Frialdad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Pálidez: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Edemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cicatrización: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enrojecimiento: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---	--

COMENTARIOS: En la última visita presenta grandes edemas en MMII

RESULTADO: Patrón alterado

79

DIAGNÓSTICO

Diagnósticos de Enfermería

VALORACION:

<p>CIAP</p> <p>Diagnósticos NANDA</p> <p>Caract. Definitivas Princ.</p> <p>Factores relacionados</p> <p>Resultados NOC</p> <p>Indicadores</p> <p>Intervenciones NIC</p> <p>Actividades</p>	<p>A28</p> <p>00002</p> <p>- INMOVILIZADO</p> <p>- Desequilibrio nutricional: por defecto</p> <p>Dolor abdominal con o sin patología</p> <p>Fragilidad capilar</p> <p>Diarrea o esteatorrea</p> <p>Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas</p> <p>Pallidez de las conjuntivas y mucosas</p> <p>Debilidad muscular</p> <p>Avorrimiento o evidencia de falta de alimentos</p> <p>Problemas nutricionales</p> <p>Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p> <p>Ingestión de nutrientes</p> <p>Ingestión alimentaria y de líquidos</p> <p>Energía</p> <p>Peso</p> <p>Ingestión alimentaria oral</p> <p>Ingestión hídrica oral</p> <p>Manejo de la nutrición</p> <p>Monitorización nutricional</p> <p>Ayuda con los autocuidados: alimentación</p> <p>Terapia de deglución</p> <p>Asesoramiento nutricional</p> <p>Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.</p> <p>Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento</p> <p>Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse de manera segura al estilo de vida del paciente, según cada caso.</p> <p>Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.</p> <p>Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</p> <p>Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.</p> <p>Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y cc</p> <p>Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.</p> <p>Observar si se producen náuseas y vómitos.</p> <p>Observar preferencias y selección de comidas.</p> <p>Controlar la ingesta calórica y nutricional.</p> <p>Observar si la boca / labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.</p> <p>Poner la bandeja y la mesa de forma correcta.</p> <p>Crear un ambiente agradable durante el acto de comer.</p> <p>Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.</p> <p>Proporcionar información adecuada antes de las comidas.</p> <p>Colocar al paciente en una posición cómoda.</p> <p>Proteger con un babero, si procede.</p> <p>Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.</p> <p>Suministrar los alimentos a la temperatura más apropiada.</p> <p>Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ Proporcionar un periodo de descanso antes de comer /hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</p> <p>Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.</p> <p>Discutir el significado de la comida para el paciente.</p> <p>Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.</p> <p>Disponer una visita/ consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.</p>
--	---

OTRAS CARACTERÍSTICAS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

89

*[Handwritten signature]*

*evaluación : seguimiento N°3 : el día 24 de octubre.*

PROTOCOLO

Nombre: XXXXXXXXXX Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 I.H.C. INMOVILIZADO Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 Curso Descriptivo: 24/10/2013 SEG. P02: NUTRIC./METABÓLICO

Nutricional Valoración general

Peso:       Talla:       IMC:       Temp.:

Comidas/día: 1      Lugar comidas: Casa      Horario fijo: No      Calorías/día: 200

Alim. adec.: No      Liquido/día (ml.): 400

Prob. Dieta:  Si

No equilibrada	<input type="checkbox"/>
Insuficiente	<input type="checkbox"/>
Entre horas	<input type="checkbox"/>
Láct. escasos	<input type="checkbox"/>
Cena abundan.	<input checked="" type="checkbox"/> NO

Prob. Comer:

Pr. masticar	<input type="text"/>
Pr. tragar	<input type="text"/>
Sonda NG	<input type="text"/>

Prob. Boca:

Cariés	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>
Inflamación	<input type="checkbox"/>

Otros Problem.:

Sint. digest.	<input type="checkbox"/>
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Inapetencia	<input type="checkbox"/>
Alt. peso	<input type="checkbox"/>
Intole. alimen	<input type="checkbox"/>
Come s/hambre	<input type="checkbox"/>
Sedentarismo	<input type="checkbox"/>

Estado nutricional:  Anormal

Vitaminas:  No

Sig. rascado	<input type="checkbox"/>	Palidez	<input type="checkbox"/>
Dermatitis	<input type="checkbox"/>	Edemas	<input type="checkbox"/>
Prurito	<input type="checkbox"/>	Cicatrización	<input type="checkbox"/>
Frialdad	<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>

Alt. Piel:  Si

Alt. integridad	<input type="checkbox"/>
Frag. capilar	<input type="checkbox"/>
Def. hidratación	<input type="checkbox"/>
Calor al tacto	<input type="checkbox"/>

COMENTARIOS:

RESULTADO:  Patrón alterado

69

*mejor*

# PROTOCOLO

Nombre: XXXXXXXXXX Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 I.H.C.: 111107  
 Episodio: INMOVILIZADO  
 Curso Descriptivo: 24/10/2013 SEG. P02: NUTRIC./METABÓLICO  
 Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

Actividad: Valoración general

TAS: 85 TAD: 40 F.C.: 69 F.R.: 19

Def. motoras: Si Dependiente: Si Barreras ambientales: Si

Def. sensorial: Si Falta de recursos: Si Parálisis, parestias: Si

Def. emocional: Si Falta conocim.: No Prob. salud limitantes: Si

Sint. Respiratorios: Si Sint. Físicos: Si

Tos ineficaz: Si Cansancio excesivo: Si

Diseña: Si Hipotonía muscular: Si

Cianosis: No Inmovilizaciones: Si

Otopnea: Si Claudicación intermitente: No

Ruidos respiratorios: Si Pulsos periféricos: Disminuidos

ACTIVIDAD LABORAL: N° horas/día trabajo: 0

Estudiante  Trabajador  Incapacitado

Ama de casa  Desempleado  Jubilado

EJERCICIO/OCIO: Paseo: No Horas/semana:

Deporte: No

Act. de ocio: No

Aburrimiento: Si Incapaz ocio habitual: Si

Desinterés ocio: Si Incap. actividad habitual: Si

COMENTARIOS: RESULTADO: Patrón alterado

OZ

✓



# PROTOCOLO

Nombre: XXXXXXXXXX Fecha Nacimiento: 29/12/1946 Edad: 66 Años  
 J.H.C. INMOVILIZADO Profesional: PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA  
 Episodio: 24/10/2013 SEG. P02: NUTRIC./METABÓLICO  
 Curso Descriptivo

A utopercepción

Valoración general

Prob. autoestima	SI	Pr. con su imagen corporal	SI
Verbalizaciones autonegativas	SI	Le preocupan los cambios	SI
Expresiones de desesperanza	SI	Miedo al rechazo de otros	SI
Expresiones de inutilidad	SI	Sent. negativo de su cuerpo	SI
Pr. Conductuales	SI	Otros Problemas	SI
Conducta indecisa	No	Fracasos, rechazos	No
Confusión	SI	Amb. familiar desfavorable	No
Det. de la atención	SI	Carencias afectivas	No
Irritabilidad	SI	Insomnio	SI
Agitación	SI	Dif. concentración	SI
Angustia	SI	Ansiedad, depresión	SI

72

Cambios Recientes	SI	Influyen en:	Pensamiento
Tipo	Autonomía	Son un problema	SI
Datos del Examen			
Imagen corporal	Cuidado	Rasgos personales	Débil
Postura corporal	Inseguridad	Contacto visual	No
Patrón de voz	Tranquilo	Aserivo(5)/Pasivo(1)	1
		Nervioso(5)/Relax(1)	2
COMENTARIOS			
RESULTADO: Patrón alterado			

TEST DE NORTON

Estado Físico General	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> Regular	<input checked="" type="checkbox"/> Muy malo
Estado Mental	<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Apático	<input type="checkbox"/> Confuso	<input checked="" type="checkbox"/> Estuporoso / Comatoso
Movilidad	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Disminuida	<input type="checkbox"/> Muy limitada	<input checked="" type="checkbox"/> Inmóvil
Actividad	<input type="checkbox"/> Ambulante	<input type="checkbox"/> Camina con ayuda	<input type="checkbox"/> Sentado	<input checked="" type="checkbox"/> Encamado
Incontinencia	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Urinaria o fecal	<input checked="" type="checkbox"/> Urinaria + fecal
<b>Muy alto riesgo</b>				<b>Total puntos 5</b>

73

DIAGNÓSTICO

Diagnósticos de Enfermería

VALORACION:

CIAP  
Diagnósticos NANDA  
Caract. Definitorias Princ.

Factores relacionados  
Resultados NOC  
Indicadores

Intervenciones NIC

Actividades

A28 - INMOVILIZADO  
00002 - Desequilibrio nutricional: por defecto

Dolor abdominal con o sin patología  
Fragilidad capilar  
Diarrea o esteatorrea  
Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas  
Palidez de las conjuntivas y mucosas  
Debilidad muscular  
Informe o evidencia de falta de alimentos  
Aversión, falta de interés por la comida  
Problemas nutricionales  
Estado nutricional  
Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos  
Ingestión de nutrientes  
Ingestión alimentaria y de líquidos  
Energía

Peso  
Ingestión alimentaria oral  
Ingestión hídrica oral  
Manejo de la nutrición  
Monitorización nutricional  
Ayuda con los autocuidados: alimentación

Terapia de deglución  
Asesoramiento nutricional  
Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.  
Determinar las preferencias de comidas del paciente.  
Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.

Comprobar la ingesta de calorías y frutas frescas/zumos de fruta, cuando sea preciso.  
Distribuir los alimentos (bebidas y fruta fresca/zumos de fruta) para evitar el estreñimiento  
Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse  
Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse  
Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.  
Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.  
Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.  
Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.  
Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.  
Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y cc  
Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, ceditas y con hemorragias.  
Observar si se producen náuseas y vómitos.  
Observar preferencias y selección de comidas.  
Controlar la ingesta calórica y nutricional.  
Observar si la boca /labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.  
Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.  
Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, ornates y equipo de aspiración ft.  
Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.  
Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.  
Colocar al paciente en una posición cómoda.  
Proteger con un babero, si procede.  
Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.  
Suministrar los alimentos a la temperatura más apropiada.  
Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/  
Proporcionar un pie para apoyar los pies antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.  
Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.  
Enseñar a la familia/cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el dietista y las modificación  
Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los ahogos.

OTRAS CARACTERÍSTICAS:

Four horizontal lines for additional characteristics.

Handwritten initials 'LH' in blue ink.

Handwritten signature in blue ink.

Enseñar a la familia/cuidador a comprobar si han quedado restos de comida después de comer.  
Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.  
Estimular la ingesta de los hábitos alimentarios del paciente.  
Establecer metas terapéuticas acordadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.  
Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.  
Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones dietéticas.  
Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.  
Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.  
Ayudar al paciente a registrar lo que come normalmente en un período de 24 horas.  
Discutir el significado de la comida para el paciente.  
Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida el comer y el cambio nutricional.  
Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.  
Disponer una visita/consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

### PROTOCOLO

Página 7 de 8

Nombre [REDACTED]  
N.H.C 111107  
Fecha Nacimiento 29/12/1946 Edad 66 Años  
Episodio INMOVILIZADO  
Curso Descriptivo 24/10/2013 SEG. P02: NUTRIC./METABÓLICO

Profesional PEREZ SANCHEZ, MARIA AMALIA

54

### 5.3.5. Evaluación.

Seguimiento N°3: el día 24 de octubre. Debemos evaluar el estado del paciente en todo el momento, considerando de si las actividades realizadas son eficaces para conseguir el resultado propuesto y en caso negativo deberemos de realizar una evaluación de ellas y de las intervenciones planteadas. Si el objetivo se consiguió por completo- excelente. Si el objetivo no se consiguió o se consiguió parcialmente deberemos identificar los factores que de forma total o parcial han intervenido en la falta de consecución de resultados esperados.

Este día hice otra vez la valoración global del paciente.

Al hacer la escala de Norton la puntuación era de 5 – Muy alto riesgo. O sea en vez de mejorar la situación se empeoró.

Todos los patrones seguían alterados. No se mejoró ítems alguno .Algunos patrones se han alterado incluso más todavía.

#### **Patrón 2. Nutricional metabólico.**

Cómo se ve a la continuación la cantidad de líquidos ha disminuido drásticamente a 400 ml. El aporte calórico ha disminuido hasta 200 ml. Se ha perdido la integridad de la piel con nuevos síntomas cómo prurito y enrojecimiento en los MMII.

#### **Patrón 4: Actividad –Ejercicio.**

La tensión arterial ha disminuido hasta 85/40 mmHg.

Tampoco podía mover las extremidades inferiores y superiores.

#### **Patrón7. Autopercepción-Autocuidado**

El paciente en la última visita estaba confuso sin prestar atención alguna. Estaba desconcertado y medio dormido. A diferencia de su anterior atención y buen estado cognitivo.

### **Estado nutricional (1004)**

**-Definición:** Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.

**-Dominio:** Salud Fisiológica (II)

**-Clase:** Nutrición (K)

**Tabla 5.1.** Puntuación de los indicadores del objetivo NOC Estado nutricional (1004).

	Situación actual	Situación diana	Situación alcanzada	Tiempo
<b>Puntuación global</b>	1	3	1	24 días
<b>1. (100401) Ingestión de nutrientes.</b>	1	3	1	24 días
<b>2.(100402) Ingestión alimentaria y de líquidos.</b>	1	3	1	24 días
<b>3.(100403) Energía</b>	1	3	1	24 días

**Fuente:** Elaboración propia basada en lenguaje NOC.<sup>113</sup>

Escala: 1-Extremadamente comprometido, 2-gravemente comprometido, 3-moderadamente comprometido, 4-levemente comprometido, 5- sin desviación del rango normal.

De este cuadro podemos concluir que nuestro objetivo no se consiguió en absoluto ya que la puntuación diana era 3 (moderadamente comprometido) y situación alcanzada es 1 (Extremadamente comprometido). El estado de salud actual no coincide con los resultados deseados

### **Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008).**

**-Definición:** Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.

**-Dominio:** Salud fisiológica (II).

**-Clase:** Nutrición (K).

**Tabla 5.2.** Puntuación de los indicadores del objetivo NOC Estado nutricional: Ingestión de alimentos y líquidos (1080).

	Situación actual	Situación diana	Situación alcanzada	Tiempo
<b>Puntuación global</b>	1	3	1	24 días
<b>1.(100801) Ingesta Alimentaria normal</b>	1	3	1	24 días
<b>2.(100803) Ingestión Hídrica normal</b>	1	3	1	24 días

Fuente: Elaboración propia basada en lenguaje NOC.<sup>113</sup>

Escala: 1-Inadecuado, 2-ligeramente adecuado, 3-moderadamente adecuado, 4-suatancialmente adecuado ,5-completamente adecuado.

De este cuadro podemos concluir que nuestro objetivo no se consiguió en absoluto ya que la puntuación diana era 3 (Moderadamente adecuado) y situación alcanzada es 1 (Inadecuado). El estado de salud actual no coincide con los resultados deseados.

Por todo esto no podemos cerrar el plan de cuidados sino al contrario. Cómo no conseguimos nuestros objetivos creo que sería conveniente de replantear los objetivos y cambiar las intervenciones y actividades.

¿Por qué no se cumplieron los objetivos?

Le desnutrición en el anciano en la mayoría de los casos es multicausal:

Pluripatología: Es frecuente que las personas ancianas presenten varias enfermedades crónicas simultáneamente, que pueden influir en el estado nutricional: diabetes, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, hipertensión arterial, osteoporosis, colestiasis, demencia, depresión. Y enfermedades del aparato digestivo que pueden interferir con la digestión y la absorción de los nutrientes o que producen anorexia. También la gastrectomía, tratamiento frecuente para la úlcera péptica hace años puede provocar desnutrición. Cuanto mayor es el número de enfermedades que padece una persona mayor es su probabilidad de padecer alteraciones nutricionales tanto por la enfermedad en sí como por los tratamientos recibidos.

Polifarmacia: Los ancianos son el grupo de edad que más fármacos consumen, aproximadamente el 50% del total del gasto farmacéutico. Existen multitud de fármacos que pueden influir tanto en la absorción, metabolismo y excreción de nutrientes, como en la sensación de apetito. Es preciso hacer una historia farmacológica completa que incluya todos los medicamentos recetados por el médico y los que el anciano toma por su cuenta (analgésicos, laxantes, ansiolíticos...). Cuantos más fármacos se consumen más posibilidades de presentar problemas nutricionales.

Aislamiento social: Con los cambios que se han producido en los modelos familiares en la segunda mitad del siglo XX cada vez son más los ancianos que viven solos. Una de las primeras actividades que descuidan los ancianos que viven solos o los que tienen un pobre soporte social, es la nutrición. Puede ser por pérdida de motivación para comer o por desconocimiento para preparar adecuadamente los alimentos. Un buen ejemplo es el "escorbuto del viudo", descrito en Inglaterra en los años cuarenta en aquellos ancianos que habían enviudado recientemente y por desconocimiento en la preparación de los alimentos consumían únicamente alimentos enlatados, con una baja ingesta de vitamina C. Además el comer en compañía es esencial para mejorar el estado de ánimo.

Problemas económicos: Con frecuencia los ancianos tienen dificultades económicas que les impiden comprar la comida necesaria. Cuando esto ocurre,

los primeros alimentos que se evitan son los más caros que suelen ser los que aportan la mayor cantidad de proteínas, como las carnes y los pescados.

Incapacidad física: La incapacidad física puede ser a la vez causa y consecuencia de desnutrición en los ancianos. Una persona incapacitada (por ejemplo un anciano hemipléjico con pobre soporte social) puede desnutrirse por no poder comprar la comida, por no poder cocinarla, por no poder llevársela a la boca, o por no poder tragarla adecuadamente. De la misma manera, un anciano desnutrido irá poco a poco perdiendo su capacidad funcional hasta llegar a ser totalmente dependiente.

Problemas en la boca, alteración del gusto y olfato: Cualquier alteración en la estructura anatómica o en las funciones fisiológicas de la cavidad oral, que afecten a la masticación o a la deglución, puede hacer que el anciano no siga una dieta adecuada. Las enfermedades dentales (caries, pérdida de piezas, ausencia de prótesis dentales o mal ajuste), periodontales (periodontitis), gingivales (gingivitis), de la lengua o cavidad oral (micosis, úlceras, cáncer), de los labios (queilitis), de la musculatura oral (atrofia, enfermedades neurológicas que producen alteración de la deglución), de las glándulas salivares (boca seca), de la mandíbula y la articulación témporo-mandibular (dolor, limitación de la apertura de la boca), etc. pueden favorecer la aparición de desnutrición. Además se produce una pérdida de papilas gustativas linguales con disminución de la capacidad gustativa y una pérdida de la capacidad olfativa: apetece más lo dulce y lo salado.<sup>130</sup>

Al replantear los objetivos me centraría en el patrón 10: Patrón de Afrontamiento – Tolerancia al estrés.

También cambiaría mi diagnóstico principal y elegiría uno de estos dos sin dejar de trabajar sobre el estado nutricional del paciente.

-(00069) Afrontamiento ineficaz r/c Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p Conducta destructiva hacia sí mismo.

-Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

-Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

-Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

-(00137) Aflicción crónica r/c Experimenta enfermedad crónica m/p  
Expresa sentimientos de tristeza.

-Dominio 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés.

-Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

-Definición: Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

Cómo ya sabemos una de las causas de desnutrición es la depresión .En nuestro caso la principal causa que ha llevado a la depresión es el deterioro del estado de salud, ya que la inactividad y incapacidad para realizar las actividades de vida diarias ha producido baja autoestima, ansiedad y tristeza.

Cómo mis nuevas intervenciones elegirían:

-Apoyo emocional (5270.)

-Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

-Aumentar el afrontamiento (5230)

-Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

-Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

-Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

-Control del humor (5330)

-Definición: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.

-Disminución de la ansiedad (5820)

-Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

-Escucha activa (4920)

-Definición: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

-Mejora de la autoconfianza (5395)

-Definición: Refuerzo de la confianza de un individuo de su capacidad de desarrollar una conducta saludable.

### 5.3.6. *Reflexión personal.*

Realizando estas prácticas en AP me he dado cuenta que son totalmente diferentes a mis otras prácticas en distintas unidades de los hospitales.

He conocido la actividad específica de este servicio – la atención domiciliaria. Esta actividad requiere un abordaje integral de la persona que entiende las intervenciones a nivel bio-psico-social. Para hacer con éxito esta labor se necesitan manejar muchos conceptos y ser capacitado para usar muchas herramientas de trabajo que difieren del funcionamiento del hospital. Trabajando en AP debemos fomentar el autocuidado y anticiparse a las situaciones. Aquí como en ningún sitio tenemos que tener en cuenta los valores y creencias de la persona. En Atención Primaria es muy importante el abordaje familiar. Puesto que la enfermedad crónica, la discapacidad ponen a las familias a una de las mayores desafíos de la vida. Ya que la enfermedad de la persona afecta a cada uno de los miembros de la familia.

Otro aspecto es la prestación de atención longitudinal y continuada a lo largo de toda la vida y en las diferentes etapas del ciclo vital.

Otra diferencia respecto a mis otras prácticas es que en nuestra consulta no centrábamos sólo en los problemas de salud sino que potenciamos la salud de personas sanas mediante la prevención.

La parte de las prácticas que más me encantó es sin duda la educación sanitaria. Hablar con las personas para que eviten las conductas de riesgo y orientar los hacía prácticas saludables me gratificó enormemente.

El seguimiento de las personas que presentan las enfermedades crónicas y hablar con ellos para que cambien de actitud era muy difícil al principio porque no conocía a los pacientes ya para generar un cambio de conducta había que entrar en la esfera íntima de los pacientes, saber sus valores y creencias.

No sé porque me acordé de una paciente obesa. Al pesarla y registrar su peso en el protocolo de la obesidad he notado que ha adelgazado un kilo con lo cual la felicité alegremente. En estos momentos mi tutora y ella empezaron a reírse a carcajadas ante mi sorprendente mirada me dijeron que la paciente está en protocolo de obesidad durante 5 años y no consiguen que baje el peso. Por eso cada vez que ella viene mi tutora le echa una bronca y yo al contrario la felicité. Empecé a reírme con ellas.

Estas prácticas han sido muy importantes para mí en mi camino de aprendizaje.

## 6. DISCUSIÓN.

A principios del siglo XX la esperanza de vida media al nacer en los países desarrollados para los hombres y las mujeres en conjunto se estimó en 50 años; 100 años después, la esperanza de vida media es superior a los 77 años y se prevé que aumente a un promedio de 85 años para el año 2025;<sup>131</sup> incluso, la mayoría de teorías de predicción sobre la esperanza de vida estiman que esta seguirá aumentando inclusive presentando una esperanza de vida de 105 años en el año 2065.<sup>132</sup> Este cambio se debe principalmente a la eficiencia de nuestros sistemas de salud pública que ha dado como resultado el abatimiento de la mortalidad y por lo tanto, el promedio de vida media de las personas que se puedan clasificar como “ancianos” (65 años) se prolongará.<sup>133</sup>

Según la OMS, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Sin embargo, el envejecimiento plantea a la vez problemas y oportunidades. Sin duda impondrá una gran carga sobre los sistemas de pensiones y seguridad social, aumentará la demanda de atención de problemas agudos y de atención primaria de salud, requerirá un personal sanitario más numeroso, mejor capacitado para atender a la población geriátrica y aumentará la necesidad de asistencia a largo plazo en los síndromes geriátricos. Según la OMS, el anciano es un gran consumidor de recursos sanitarios ya que es en esta etapa de la vida dónde se concentran las enfermedades, patologías y se necesita la asistencia de varios especialistas.<sup>134</sup>

Estos datos se quedan reflejados en el presente estudio ya que nuestro paciente es mayor de 65 años, presenta múltiples enfermedades y está en observación por los servicios de Endocrinología, Neurología, Digestivo, Cardiología y Neumonología.

Durante todo el proceso enfermero se hizo evidente la enorme complejidad de abordaje del paciente desde la valoración hasta las intervenciones. El sujeto de este caso presentaba múltiples déficits e incapacidades, siendo todas las dimensiones del ser bio-psico-social afectadas. El paciente era pluripatológico, presentando incapacidad motora, déficits orgánicos y funcionales, lo que le provocaba gran dependencia para las

actividades de la vida diaria. La dificultad en su manejo consistía en la presencia de polifarmacia, grandes síndromes geriátricos y problemas afectivos. Además, requería la necesidad de uso de recursos socio-sanitarios debido a la problemática social.

Según los estudios consultados existe uniformidad en cuanto a la complejidad del manejo del paciente geriátrico.

En un estudio realizado por Martín-Sánchez et al.,<sup>135</sup> se señala que el tratamiento de un paciente mayor engloba aspectos médicos, psicológicos, funcionales y sociales.

La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) opinan que debido a que un paciente geriátrico presenta múltiples enfermedades limitantes y progresivas con fallo orgánico, la sobreutilización de servicios de salud en todos los ámbitos, la polifarmacia, el deterioro funcional para las actividades de la vida cotidiana, una mala situación socio-familiar, vulnerabilidad clínica, las agudizaciones frecuentes, aparición de patologías interrelacionadas que agravan al paciente y una demanda de atención en distintos niveles y de manera difícilmente programable, existe una enorme complejidad en el abordaje de estos tipo de pacientes, precisando la participación de varios equipos de salud.<sup>136</sup>

Tras consultar la literatura científica actual, todos los autores coinciden en que la desnutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos.

Estudios efectuados en países desarrollados reportan una prevalencia aproximada de 15% en ancianos en la comunidad, entre 23 y 62% en pacientes hospitalizados y cerca de 85% o más en ancianos asilados.<sup>26, 10</sup>

En un estudio transversal realizado por Ramos et al.,<sup>137</sup> en mayores de 70 años ingresados en una sala de medicina interna, estimaban la desnutrición a través de la valoración del pliegue tricípital, albúmina plasmática y recuento linfocitario. El 57,1% presentaba malnutrición en el momento de ingreso, de los cuales el 31% procedía de residencias de ancianos.

Respecto a la prevalencia de desnutrición en la población anciana que vive en su domicilio los datos oscilan entre el 3 y el 5%.<sup>138</sup>

En el presente estudio el paciente sufre patologías como: IAM, DM II, Cardiopatía, Hipercolesterolemia, EPOC, SAOS, Ictus, Incontinencia urinaria y fecal. Otros de sus antecedentes eran ictus, enfermedad cerebro-vascular y depresión. El paciente presenta varios síndromes geriátricos como: inmovilidad, inestabilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, depresión e insomnio, colapso del cuidador y desnutrición. El desequilibrio nutricional en nuestro caso era multicausal de índole fisiológica, psicológica y social.

Tras revisar la literatura existente todos los autores coinciden en que la desnutrición de los pacientes geriátricos está vinculada a múltiples factores.

El estudio de López Trigo y López Magil relaciona el empeoramiento del estado nutricional del anciano con el deterioro de sus capacidades funcionales, con una habitual polimedicación y con su situación social, económica y familiar. De acuerdo con esto, en caso de verse afectado cualquiera de estos elementos, el mayor de edad pondrá en riesgo su situación nutricional.<sup>34</sup>

Ferrer et al.,<sup>139</sup> también reconocen que la desnutrición en el anciano está determinada por varios factores: deficiencias nutricionales, trastornos de la deglución, alteraciones gastrointestinales y/o endocrinológicas, pérdida del gusto, disminución del apetito, inmovilidad, abandono social, enfermedades crónicas, inflamatorias, trastornos cognitivos y depresión.

Martone et al.,<sup>140</sup> consideran que la anorexia en el adulto mayor tiene un origen multifactorial que se caracteriza por diferentes combinaciones de factores médicos, sociales, ambientales y orgánicos.

En el presente estudio el paciente tiene prescritos 17 fármacos. Si analizamos la polifarmacia (consumo superior a 3 fármacos) la vemos intrínsecamente unida a varios factores en nuestro sujeto de estudio: pluripatología y varias enfermedades crónicas y factores psicológicos como depresión. Al administrar el tratamiento farmacológico no pensamos en la aparición de una alteración nutricional. Sin embargo, aunque el uso de

fármacos nos ayuda a la curación y control de enfermedad, este uso está relacionado con la aparición de la desnutrición.

Tras revisar la literatura existente, se puede afirmar la importancia de la polimedicación como factor de aparición de desnutrición en el anciano.

Según Akamine et al.,<sup>141</sup> numerosos medicamentos alteran el sentido de gusto y olfato, provocando la aparición de sensaciones desagradables o anormales (disgeusia), o incluso alucinaciones gustativas (pantogeusia). Los investigadores demuestran que los fármacos antidepressivos actúan induciendo la anorexia a nivel central; otros fármacos modifican las funciones digestivas aumentando el catabolismo de algunos nutrientes o aumentando sus necesidades.

Otra de las causas del precario estado nutricional de nuestro caso es el ictus sufrido por el paciente hace 2 años. Una de las secuelas que le quedó era disfagia neurógena. Este déficit neuromuscular en la parte orofaríngea del aparato digestivo disminuía su capacidad para alimentarse. El paciente sufría alteración de la eficacia de la alimentación y presentaba alteraciones de seguridad por miedo de comer. Las complicaciones de disfagia le obligaban a ingerir alimentos triturados lo que impedía disfrutar de la comida.

La intervención nutricional temprana y su eficacia en pacientes con ictus queda demostrada en un estudio realizado por Badjatia et al.<sup>142</sup>

La relación entre ictus y desnutrición ha sido estudiada por Bretón et al., en su estudio los investigadores demuestran que la pérdida de peso en este tipo de pacientes está relacionada con la disminución de la ingesta condicionada especialmente por la presencia de disfagia, que afecta al 27%-69% de los pacientes con ictus agudo. La disfagia origina una alteración de la eficacia y la seguridad de la deglución, que da lugar a un mayor riesgo de desnutrición y deshidratación, aspiración, insuficiencia respiratoria y neumonía.<sup>143</sup>

Una revisión sistemática de 8 estudios, evaluó la interrelación entre disfagia y desnutrición en los pacientes con ictus. La prevalencia de desnutrición osciló entre el 8,2 y el 49% de los pacientes, y presentaron

disfagia el 24,3-52,6%. Los estudios se habían realizado en momentos distintos de la evolución de los pacientes (5 estudios en la primera semana y 3 en la fase de rehabilitación). El riesgo de desnutrición era mayor en los pacientes con disfagia, tanto en la fase aguda como en la rehabilitación.<sup>144</sup>

Otro de los factores relacionados con la pérdida de peso en el paciente de nuestro estudio es la presencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Tras la revisión exhaustiva de las investigaciones recientes se hace evidente que la pérdida de peso ha sido reconocida como una de las características de la EPOC. La desnutrición en este caso es de etiología no maligna denominándose “síndrome de caquexia pulmonar “. En este síndrome la pérdida de peso puede ser muy marcada y difícil de revertir. La incidencia podía alcanzar hasta el 35% de los pacientes con EPOC de moderada a grave. Un estudio prospectivo, realizado por Soler et al,<sup>145</sup> valoró el estado nutricional en pacientes con EPOC. Para valorar el estado nutricional se emplearon diversos parámetros antropométricos. Se incluyó en el estudio a 178 pacientes –una mujer (0,6%) y 177 varones (99,4%) –, con una edad media de  $69 \pm 9$  años. Las prevalencias de bajo peso corporal, desnutrición proteica, muscular o visceral y depleción grasa fueron del 19,1, el 47,2, el 17,4 y el 19,1%, respectivamente. Los investigadores concluyeron que la desnutrición en pacientes con EPOC es un problema muy frecuente y que aumenta con la gravedad de la enfermedad.

En el presente estudio, nuestro paciente padece una Insuficiencia Cardíaca crónica. Esta enfermedad multisistémica ocasionaba muchas comorbilidades importantes sobre la salud del paciente, una de las cuales era alteración nutricional, como la anorexia.

El estudio observacional transversal realizado por Farré<sup>146</sup> determinó que la prevalencia de desnutrición en paciente con ICC se encuentra en un 18,8%.

Otros estudios coinciden en que tanto la ICC como la EPOC suponen una pérdida de peso superior al esperado en el envejecimiento fisiológico. La

pérdida de peso se produce por el metabolismo acelerado e l incremento del catabolismo.<sup>147, 148</sup>

Uno de los factores determinantes de desnutrición en estudio presenta ha sido la disfagia estructural que es un trastorno de la deglución provocado por una alteración en la estructura de los órganos encargados de la deglución (en nuestro caso paladar) por causa de un proceso tumoral en la región cervical-facial o traumatismo. Uno de los antecedentes personales de nuestro paciente ha sido la intervención quirúrgica por resección de paladar blando .Lo que le obligaba a tomar los alimentos triturados y homogéneos en vez de una alimentación normal lo que conducía a una pérdida de interés por la comida.

Un estudio llevado a cabo por González ,<sup>149</sup> destaca que las alteraciones de deglución ocasionan dos tipos de complicaciones: las derivadas del insuficiente aporte de nutrientes y de agua debido a una deglución ineficaz y las derivadas del riesgo de que los alimentos y las secreciones digestivas y faríngeas alcancen las vías respiratorias y los pulmones. El autor explica que la disfagia motora se caracteriza predominantemente por la dificultad para deglutir líquidos y mezclas de alimentos de diferentes texturas, pero además en muchas ocasiones y dependiendo del grado de afectación, se acompaña de alteraciones en la deglución de alimentos sólidos. En la disfagia mecánica o por obstrucción está alterada la deglución de sólidos pero en los casos avanzados la disfagia es completa y desaparece incluso la posibilidad de tragar los líquidos y la propia saliva. Estas dificultades aumentan el tiempo dedicado a las comidas y disminuyen la eficacia de la ingesta al reducirse la cantidad global de alimentos ingeridos y la variedad de los mismos. La consecuencia es la aparición de deshidratación y el desarrollo de desnutrición.

Durante todo el proceso enfermero se realizó una intervención nutricional. Primero se realizó una valoración global y nutricional mediante la escala de Washington (escala nutricional). Aunque tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica, todos los autores coinciden en que el test MNA es la mejor herramienta para valorar el estado nutricional.<sup>150</sup>

La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) ha recomendado el Mini Nutritional Assessment (MNA) como herramienta actualmente más adecuada para evaluar el estado nutricional.<sup>151</sup>

Otro estudio transversal realizado por Stange et al.,<sup>152</sup> demuestra que el MNA identifica a casi todos los pacientes con bajo índice de masa corporal y ayuda a iniciar temprano medidas nutricionales y por lo tanto, a prevenir un mayor deterioro nutricional y funcional.

Por otro lado, Guigoz<sup>153</sup> en un trabajo de revisión bibliográfica concluye que el MNA presenta una alta sensibilidad y especificidad para identificar la desnutrición. El autor define la MNA como un instrumento de detección y evaluación con una escala fiable y umbrales claramente definidos; pudiendo ser utilizado por los profesionales de la salud. Se debe incluir en la evaluación geriátrica y se propone en el conjunto de datos mínimos para las intervenciones nutricionales.

Durante la ejecución y seguimiento del sujeto de nuestro estudio monitorizamos su estado nutricional, determinando todas sus preferencias y proporcionando toda la información necesaria a él y su familia respecto a las necesidades nutritivas. Intentamos acomodar las preferencias alimenticias del paciente a la dieta prescrita. Hicimos los cálculos de requerimientos energéticos y líquidos. Al presentar el paciente resección del paladar explicamos a la familia todas las consecuencias de esta intervención y la necesidad de una comida homogénea y de fácil masticación. Tras tres semanas de actuación el paciente que al principio presentó una leve mejoría no sólo ha vuelto a su estado inicial sino que empeoró. Consideramos que el fracaso de nuestra investigación puede ser explicada por la enorme complejidad del sujeto de estudio y los trastornos emocionales y mentales que presentaba y que no han sido abordados de una manera eficaz. La ansiedad y depresión han jugado un papel tan importante que han impedido la evolución favorable para corregir el estado nutricional.

Tras consultar la literatura existente comprobamos cierta unanimidad con respecto a la complicación principal somática de los trastornos mentales en el anciano, presentando anorexia y pérdida de peso. Es una de las causas

más importantes y tratables de pérdida de peso. Los mayores de edad avanzada necesitan una ayuda especializada para superar su soledad e incapacidad, para afrontar con realismo su salud menguante.<sup>154,155</sup>

Otro estudio descriptivo y de corte transversal encontró una asociación entre desnutrición y depresión. Muchos de los adultos experimentan una cierta angustia y desesperación asociada con problemas de salud, económicos, de adaptación, de autocontrol, y de autoevaluación y evaluación negativas siendo estas las causas que hacen que ellos dejen de comer. Los autores concluyen que la depresión se podría considerar como un factor de riesgo para la malnutrición por lo que se debería dar una gran importancia al diagnóstico anticipado de dicho problema.<sup>156</sup>

La importancia y dificultad de relación entre desnutrición y depresión ha sido estudiada por Centurión.<sup>157</sup> Este autor destaca que la depresión puede estar causada por factores dietéticos y en este sentido la nutrición podía jugar un papel importante en la prevención de depresión, pero a su vez el padecimiento de depresión modifica los hábitos alimenticios, altera el estado nutricional del paciente y agrava más la enfermedad.

En el presente caso clínico, se utilizaron las medidas educativas para tratar el estado de desnutrición pero se olvidaron otros recursos alternativos no farmacológicos y no por ello menos importantes, que podrían abordar el aspecto psico-social del paciente. Todos los integrantes de la situación mostraban inseguridad, falta de conocimientos y pasividad. El paciente estaba atendido sólo por su enfermera y con muy poco tiempo. Se podía haber empleado mucho más tiempo en el cuidado de este paciente, haciendo falta un médico geriatra, un trabajador social y un psicólogo. Debemos recordar que el equipo multidisciplinar es imprescindible para tratar a un paciente geriátrico independientemente de su patología y que la coordinación y la interdisciplinariedad del equipo siempre deben estar presentes.

Si nos vamos a la literatura específica existe una unanimidad a la hora de definir la necesidad del trabajo en equipo en el ámbito geriátrico. Los autores defienden la idea de que el manejo del paciente geriátrico en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales,

psicológicos y sociales, requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional, lo que crea la necesidad de participación de las distintas disciplinas. Estos pacientes demandan una efectiva coordinación de recursos, en diferentes niveles asistenciales y diferentes disciplinas. Los autores mencionan que una valoración aislada carece de valor en estos pacientes.<sup>158</sup>

Todos estos argumentos quedan constatados en este estudio. El no implicarse todo el equipo y el no existir el intercambio de información entre los miembros nos llevó a un desarrollo inadecuado de nuestro plan de cuidados.

La enfermera tiene un papel importantísimo como parte del equipo multidisciplinar. Su labor en el abordaje de desnutrición se hace más imprescindible sabiendo que favoreciendo la alimentación e hidratación está cubriendo las necesidades básicas del individuo. No en vano el término anglosajón “nurse” con el que asigna la enfermera, viene de “nutrix” que deriva de dos palabras latinas “nutriere” “alimentar” y “nutrisa” “mujer que alimenta. Los cuidados de las enfermeras en intervención nutricional son asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar, desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas. Tras el diagnóstico nutricional y educativo la enfermera debe pautar el adiestramiento del paciente, ofreciendo atención integral y evaluación continua de resultados. Todo ello con actitud científica, abierta, constante, personalizada y con empatía.<sup>159, 81</sup>

Creemos que los profesionales de enfermería necesitan una formación adecuada para cumplir este tipo de intervenciones, así como mayor implicación. Hacen falta unos conocimientos y unas habilidades específicas para que la enfermera pueda resolver los problemas nutricionales del paciente. Por otra parte el equipo de enfermería debe enseñar al paciente solventar situaciones prácticas y problemas de salud, relacionadas con la alimentación. La realización de todas estas intervenciones debe estar fundamentada en la enfermería basada en la evidencia para que la enfermera reconozca los datos presentados y tenga fácil acceso a la formación. Lo mismo que hicimos en nuestro estudio, integrando los datos, monitorizando resultados, tabulando las

características y aplicando conclusiones. Necesitamos que las enfermeras actúen con empatía siempre desde, con, para y por el paciente. El futuro de la enfermería pasa por el cuidado integral al paciente y su objetivo principal es conseguir que las personas logren el mayor nivel de autocuidados. Determinar la frecuencia y factores asociados a la desnutrición en los pacientes geriátricos permitirá abrir las puertas al cumplimiento de estos objetivos.

Por otro lado, durante nuestra investigación hemos constatado la paradoja de que la desnutrición en el anciano es uno de los temas más estudiados en la actualidad y a la vez uno de los campos más abandonados en la práctica. Existe una enorme cantidad de herramientas para evaluar, un gran abanico de recursos, materiales y personales para actuar. Pero ¿Sabemos aprovecharlos adecuadamente?

### **6.1. Limitaciones del estudio.**

Las principales limitaciones descubiertas a lo largo de este estudio han sido:

1) Las características propias de Atención Primaria. La elevada carga asistencial de este servicio impedía un control y seguimiento más exhaustivos del paciente. Los servicios ofertados para la prevención, el cuidado y el tratamiento de los problemas de salud tienen que tener como finalidad el proceso de atención según la demanda pero en nuestro estudio, debido a la planificación de la agenda enfermera, no ha sido administrado el cuidado apropiado a la situación.

2) La falta de coordinación entre los distintos niveles asistenciales dificultó enormemente el seguimiento interrumpido del paciente que era llevado por diferentes servicios sin comunicación entre ellos. También faltó la intervención de algunos especialistas como un médico gerontólogo, un psicóloga o un fisioterapeuta.

3) Las características propias del estudio del caso. Este estudio se basó en el juicio de un evaluador por lo que, a pesar de usar la literatura científica más actual esta investigación puede comportar cierta parcialidad o subjetividad.

4) Falta de tiempo. Para tratar y seguir al paciente dispusimos de poco tiempo si tenemos en cuenta la complejidad de la patología .También la imposibilidad de continuar con el seguimiento del sujeto de estudio.



## 7. CONCLUSIONES.

Tras la realización de este trabajo, llegamos a las conclusiones que se exponen a continuación:

1) La desnutrición en los pacientes geriátricos debido a las particularidades de esta población es un proceso enormemente complejo. El estado nutricional deficiente en el anciano en la mayoría de los casos es multifactorial.

2) Según los múltiples estudios sobre la etiología de malnutrición en la población geronto-geriátrica se hace evidente la confluencia de varios factores como: bio-orgánicos, fármaco-dietéticos, médicos, psicosociales o económicos. Todos estos componentes interactúan entre sí favoreciendo la aparición y agravamiento de este gran síndrome geriátrico.

3) La intervención nutricional es el tratamiento principal para esta patología y debe realizarse de una manera individualizada en función de las características y necesidades nutricionales del paciente. La intervención nutricional comprende: la valoración integral y nutricional del paciente, prevención, educación nutricional, los cuidados nutricionales y monitorización y seguimiento del paciente. La prevención de este síndrome depende de la detección precoz y alimentación óptima según las necesidades propias del paciente, anticipándose a las situaciones que pueden comprometer el estado nutricional.

4) Debido a los múltiples factores implicados en el estado nutricional del paciente geriátrico, existe la necesidad de abarcar los diferentes aspectos físicos, psicológicos, funcionales o sociales. Toda esta diversidad de componentes implica unos conocimientos que no suelen estar al alcance de una única persona. Se necesita la participación de varios profesionales de salud (enfermeras, médicos geriatras, psicólogos o trabajadores sociales) y que además tengan buena comunicación entre ellos; siendo imprescindible para ofrecer unos cuidados integrales y abordar el problema de desnutrición por completo.

5) El papel de enfermería es fundamental para afrontar cualquier tipo de patología y la desnutrición en particular. Percibiendo al paciente como un ser bio-psico-social, sabiendo escuchar y creando un vínculo afectivo para ayudarnos a detectar el estado de desnutrición precozmente y prevenir muchas complicaciones de ámbito clínico o económico. Si la desnutrición se ha presentado, la actuación de enfermería consiste en proporcionar un tratamiento eficaz que comprende: valoración de las necesidades nutricionales, planificación de la dietoterapia, administración de los cuidados nutricionales adecuados según las necesidades del paciente y una exhaustiva monitorización y seguimiento del paciente. Para cumplir con todas estas tareas y mejorar la calidad de vida de los pacientes hace falta una buena formación y educación por parte de enfermería basada en la evidencia científica.

6) La realización del proceso enfermero y la no consecución de los objetivos propuestos nos han demostrado la enorme complejidad en el abordaje de un paciente geriátrico desnutrido lo que coincide con la conclusión general de nuestro estudio.

## 8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Reyes I, Castillo IA .El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev Cubana de Invest Bioméd [Internet]. 2011 Jul-Sep; [citado 13 Mayo 2014]; 30(3):354-359. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
2. Riobó P, Sánchez O, González N. Nutrición en geriatría. Nutr Hosp.1999; XIV (Supl. 2):38.
3. Torres-Degró A. Envejecimiento demográfico: Un acercamiento a los métodos cuantitativos. CIDE digital. [Internet]. 2010. [citado 13 Mayo 2014]; 1(2):77-98. Disponible en: <http://soph.md.rcm.upr.edu/demo/images/CIDEdigital/vo1no2/CIDEvo1no2Arnaldo%20Torres%20DegroEnvejecimiento%20demografico%20un%20acercamiento%20a%20metodos%20cuantitativos.pdf>
4. Organización Mundial de Salud .Envejecimiento y ciclo de vida. [Internet]. Nov 2013. [actualizado 11 Mayo 2014; citado 11 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
5. Instituto Nacional de Estadística. Censos de la Población y Viviendas 2011. [Internet].Madrid: INE; 2011. [ actualizado 11 Mayo 2014; citado 11 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e244/avance/p01/l0/&file=03001.px&type=pcaxis&L=0>
6. Cuesta TF, Matía MP. Impacto del progresivo envejecimiento de la población en el soporte nutritivo del paciente. Particularidades del anciano en diversas patologías agudas. Análisis en sus distintas vertientes: hospital, residencias y domicilio. Nutr Hosp Supl. 2013; 6(1): 49-59.
7. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. Journal of the American Geriatrics Society. 2007 Mayo. 55(5): 780-791.

8. Montejano-Lozoya R, Ferrer-Diego RM, Clemente-Marín G, Martínez-Alzamora N. Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutr Hosp*. 2013; 28(5):1438-1446.
9. Océano Mosby. *Diccionario de Medicina*. Barcelona: Océano Mosby; 2009.
10. Zenón T, Villalobos JA. Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. *Med Int Mex*. 2012; 28(1): 263-268.
11. Ramos-Martínez A, Asensio-Vegas A, Núñez-Palomo S, Millán-Santos I. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An Med Interna*. 2004; 21: 263-268.
12. Chapman MI. The anorexia of aging. *Clin Geriatr Med* .2007; 23:735-756.
13. Van Bokhorst-de van der Schueren MA, Lonterman-Monasch S, de Vries OJ, Danner SA, Kramer MH, Muller M. Prevalence and determinants for malnutrition in geriatric outpatients. *Clin Nutr*. 2013; 32(6):1007-11.
14. Latorre-Postigo JM. *Ciencias psicosociales aplicadas I*. Madrid: Editorial Síntesis; 2009.p.495.
15. Rinesi JF, Saiach S, Lecuna N. Eventos celulares en el envejecimiento. *Rev. Posgrado Vía Cátedra Med*. 2000; 100: 21-23.
16. Bonilla MD, Bermúdez MP, Gómez C, Martínez MD. Cambios neurofisiológicos en el proceso de envejecimiento. *Asociación Universitaria de Educación y Psicología*. 2013; p. 277-280.
17. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Tratado de Geriatria para residentes*. [Internet]. Madrid: International Marketing & Comunicación. 2007. [actualizado 11 Mayo 2014; citado 11 Mayo 2014]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/importancia\\_de\\_la\\_nutricion\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/importancia_de_la_nutricion_en_la_tercera_edad.pdf).
18. Reyes-Torres I, Castillo-Herrera JA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cubana Invest Bioméd*. 2011; 30(3):354-359.

19. Romero AJ. Fragilidad: un síndrome geriátrico emergente. Medisur. 2010; 8(6):81-90.
20. Galbán PA, Sansó FJ, Díaz AM, Carrasco M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública. 2007 Mar; 33(1): pág.: 0-0.
21. Ardila A. Neuropsicología del envejecimiento normal. Neuropsicología Clínica. 2012 Abril; 12 (1): 1-20.
22. Navarro E, Calero MD. Envejecimiento óptimo: marcadores psicosociales de la evolución cognitiva en personas mayores de 80 años. Información psicológica. 2012; 104: 13-28.
23. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Publicaciones SEGG. Estándares de calidad en Geriatria [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2010. [actualizado 1 Mayo 2014; citado 2 Mayo 2014]. Disponible en: <https://www.segg.es/estandares.asp>.
24. Landinez NS, Contreras VK, Castro VA. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Dic; [citado 20 mayo 2014]; 38(4): 562-580. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662012000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662012000400008&lng=es).
25. Vizcaíno MJ. Envejecimiento y atención social: elementos para su análisis y planificación. 1ª ed. Barcelona: Herder; 2000.
26. Ballesteros-Jiménez S. Gerontología: un saber multidisciplinar. 1ª ed. Madrid: Universitos; 2004.
27. Waitzberg DL, Ravacci GR, Raslan M. Desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp. 2011; 26(2): 254-264.
28. Quiles JL, Ochoa JJ, Ramírez MC. Bases Biológicas del envejecimiento. Tratado de Nutrición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
29. Hernández JA, Montesinos IG, Rodríguez JM. Envejecimiento y nutrición. Nutr Hosp Suplementos. 2011; 4(3):3-14.

30. García de Lorenzo y Mateos A, Álvarez J, De Man F. Envejecimiento y desnutrición; un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. Nutr Hosp. 2012; 27 (4): 1060-1064.
31. Villarroel R M, Formiga F, Duran A P. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática .Rev. Med Clin. 2012; 139 (11): 502-508.
32. Martínez RA, Vegas AA, Núñez PS, Santos IM. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. An Med Interna. 2004; 21: 263-8.
33. Grassi M, Petraccia L, Mennuni G, Fontana M, Scarno A., Sabetta S, et al. Cambios, dolencias funcionales y enfermedades en el sistema gastrointestinal en personas mayores. Nutrición Hospitalaria. 2011 Ago. 26(4):659-668.
34. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Manual de atención al anciano desnutrido en Atención Primaria. Madrid: Ergon; 2011.
35. Cervera MC. Actualización en Geriatria y Gerontología. Jaén: Grupo Editorial Alcalá; 2009.
36. Foong YC, Aitkin D, Winze berg T, Otahal P, Scott D, Jones G. [The association between physical activity and reduced body fat lessens with age - Results from a cross-sectional study in community-dwelling older adults.](#) Exp Gerontol. 2014 Jul; 55:107-12. PubMed PMID: 24746512.
37. Kenney RA. Physiology of aging. Washington: Year Book Medical Publishers Inc.; 2009.
38. Portal-Núñez S, Lozano D, de la Fuente M. Fisiopatología del envejecimiento óseo. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2012; 47(3), 125-131.
39. Gómez-Cabello A, Vicente Rodríguez G, Vila-Maldonado S, Casajús JA, Ara I. Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. Nutr Hosp. 2012; 27(1):22-30.

40. Ortiz GG, Árias-Merino ED, Velázquez-Brizuela IE, Pacheco-Moisés P, Flores-Alvarado LJ, Torres – Sánchez ED, et al. Envejecimiento y metabolismo: cambios y regulación. Archivos latinoamericanos de nutrición (Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición).2012; 62 (3): 249-257.
41. Astiasarán A I, Lasheras B, Ariño AH, Martínez Hernández AJ. Alimentación y nutrición en la práctica sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
42. Salech M, Jara L, Michea A Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev. Méd. Clín. Condes. 2012; 23(1): 19-29.
43. Guerra M, Robles Y. Sistema nervioso central y envejecimiento. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2013; 58(3): 170-179.
44. Terleira-Fernández A, Vargas Castrillon E. Uso de medicamentos. Geriátría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica; 2008.
45. López MR, López JA. La polimedicación como factor de riesgo para desnutrición en ancianos. Nutr Hosp. 2011; 26 (3): 144-147.
46. Restrepo S L, Morales R M, Ramírez MC, López MV, Varela L. E. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Rev. Chil. Nutr. 2006; 33(3): 500-510.
47. Martín MA, Ortega S, Rodríguez L, Couceiro C, de Mateo B, Redondo del Río MP. Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo. Nutr Hosp. 2012 Mar-Abr; 27(2):434-440.
48. Hurtado-Torres GF. Incidencia, impacto clínico-económico y clasificación de la desnutrición hospitalaria. Med Int Mex. 2013 Jun; 29:290-298.
49. Waitzberg DL, Ravacci GR, Raslan M. Desnutrición hospitalaria. NutHosp.2011; 26(2):254-264.
50. Pérez E, Lizárraga DC, Martínez MR. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutr Hosp. 2014; 29(4):901-906.

51. Del Pozo S, Cuadrado C, Moreiras O. Estudio Euronut-SENECA. Cambios con la edad en la ingesta dietética de personas de edad avanzada. *Nutr Hosp.* 2003; 18 (6): 348-52.
52. Evans C, Castle P. Malnutrition in the elderly: a multifactorial failure to thrive. *The Permanent Journal.* 2005; 9 (3): 38-41.
53. Cereda E, Pedrolli C, Zagami A, Vanotti A, Piffer S, Opizzi A et al. Body Mass Index and Mortality in Institutionalized Elderly. *J Am Med Directors Assoc.* 2011; 12 (3): 174-8. PubMed PMID: 21333917.
54. Ferrera A, Badiab T, Formiga F, Gil A, Padrós G, Sarró M, et al. Ensayo clínico aleatorizado de prevención de caídas y malnutrición en personas de 85 años en la comunidad. Estudio OCTABAIX. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45 (2): 79-85.
55. Capo-Pallás M. Importancia de desnutrición en la tercera edad. Barcelona: Novartis Consumer Health S.A; 2010.
56. Mayor MC, Guerrero-Segundo M. Correlación entre la antropometría con la presencia de desnutrición en el paciente anciano. *Rev Sanid Milit Mex.* 2012 Ene –Feb; 66(1): 17-28.
57. Pino J L, Mardones HM, Díaz HC. Relación entre la dinamometría de mano y la circunferencia de pantorrilla con el índice de masa corporal en ancianos autovalentes. *Rev. Chil. Nutr.* [Internet]. 2011 Mar [citado 21 Mayo 2014]; 38(1): 23-29. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000100003&script=sci_arttext)
58. Sillero QJ. Las medidas antropométricas. Facultad de ciencias de la actividad física y del deporte (INEF). Universidad Politécnica de Madrid. 2007; 2: 7-42.
59. Organización Mundial de la Salud. Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity. Report of the World Health Organization Consultation of Obesity. Geneva: Organization Mundial de la Salud.1997 Jun.

60. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) y Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE). Valoración nutricional en el anciano. Documento de consenso. Nestlé Health Care Nutrition. Madrid; 2007.
61. Kazuma M, Izawa S, Enoki H. Is serum albumin a good marker for malnutrition in the physically impaired elderly? *Clinical Nutrition*. 2007 Feb; 26 (1): 84-90.
62. Calderón-Reyes ME, Ibarra-Ramírez F, García J, Gómez-Alonso C, Rodríguez-Orozco A. Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar. *Nutr Hosp*. 2010 Jul-Ago; 25(4):669-675.
63. Cuesta FM, Matía MP. Detección y evaluación del anciano con desnutrición o en riesgo. *Nutr Hosp*. 2011 Mayo. 4 (3): 23-29.
64. Rodríguez-Martín A, Novalbos-Ruiz JP, Jiméitez-Rodriguez A, Baglietto M, Ramos J, Romero Sánchez M. Implicaciones de la desnutrición en atención primaria. *Nutr Hosp*. 2010; 25 (Supl. 3):67-79.
65. López ME, Torres NM. La nutrición un proceso trascendental en el envejecimiento. México: Instituto de Geriátría; 2012.
66. Lobo G, López MD, Pérez de la Cruz AJ. Desnutrición hospitalaria: relación con la estancia media y la tasa de reingresos prematuros. *Med Clin*. 2009 Mar; 132 (10): 377-384.
67. Virgili CN, Vilarasau MC, Duran P. Nutrición en las personas mayores. Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria. Barcelona: Editorial Glosa; 2010.
68. Ribera JM, Altimir L S, Cervera AM, Gil G P. Geriátría. 15ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
69. Salgado-Alba A, González-Montalvo JI. Geriátría. Especialidad médica. Historia, conceptos, enseñanza de la geriatría. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2003.

70. Robinson BJ. Nutrition Management & Restorative Dining For Older Adults- Practical Interventions for Caregivers. American Dietetic Association .Chicago; 2001.
71. Enterría GP, Laborda GL. Dieta en las distintas etapas de la vida: Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. Madrid: Díaz de Santos; 2012.
72. Hoffman GW. Basic Geriatric Nursing. 5<sup>a</sup> ed. St.Louis: Mosby; 2012.
73. Mateos NJ, Beard JR. Global approaches to geriatrics y medical education. European Geriatr Medicine. 2011 Apr; 2 (3): 87-92.
74. Pardo CC, BRIS PJ, Moreno- Puerta SI. El anciano desnutrido: abordaje y prevención en atención primaria. FMC. Form Méd Contin Aten Prim. 2007 Abr. 14(4): 187-194.
75. Bolet A M, Socarrás-Suárez MM. La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años.Rev haban cienc méd . 2009 Mar. 8(1): 0-0.
76. Escobar C, Ángeles-Castellanos M. El tiempo para comer. Ciencia. 2008; 59(1):32-7.
77. Vledina-Chávez JH, Torres-Arreoia LP,Cortés-González RM, Durán-Gómez V, Martínez-Hernandez F, Esquivel-Romero G. Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral. Rev Med Inst Mex Seguro Soc .2011; 49 (6): 669-684.
78. Rodríguez JR. Tabares V, Jiménez ES, Sanchoyerto-López R, Cervantes MC. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud. 2014 Ene-Abr; 9(1): 35-41.
79. Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática .Gerokomos. 2013 Mar; 24(1): 8-13.
80. Catnitia MA, Mateo SB, Carreño LE, Miján de la Torre AM. Cambios en la composición corporal en función del grado de demencia en un grupo de ancianos institucionalizado. Nutr Hosp. 2013 Jul-Ago ; 28(3):1093-1101.

81. Valls T, Mach N. Riesgo de malnutrición en la población mayor de 75 años. *Med Clín.*2012 Mar; 139(4): 157-160.
82. Richman EL, Stampfer MJ. Weight loss and mortality in the elderly: separating cause and effect. *J Intern Med.* 2010 Aug; 268(2):103-5.
83. Barceló M, Torres O, Mascaró J, Francia E, Cardona D. Valoración del estado nutricional en el anciano; evaluación de las ecuaciones de Chumlea para el cálculo de peso. *Nutr Hosp.*2013 Mar-Abr; 28(2): 314-318.
84. Alvero-Cruz JR., Alacid F, Vázquez R F, López MJ. Evaluación de la grasa corporal por impedancia bioeléctrica y su correlación con indicadores antropométricos. *Nutr Hosp.* 2014 Ene; 30(1): 21-29.
85. Seiler WO, Stähelin HB. Schweiz A. Special aspects of malnutrition of geriatrics.*Med Wochenschr.* 1995 Feb; 125(5):149-58.
86. Villarroel R, Formiga F, Duran A P, Abellana SR. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. *Med Clín.*2012 Nov; 139(11), 502-508.
87. Vandewoude M, Michel JP, Knight P. Variability of nutritional practice by geriatricians across Europe. *European Geriatric Medicine.* 2011 Apr ; 2: 67-70.
88. Arribas L, Hurtós L, Milà R, Fort E, Peiró I. Factores pronóstico de desnutrición a partir de la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Nutr Hosp.*2013 Ene-Feb; 28(1):155-163.
89. Jiménez S, Ortega FM, Torres PS, Utiel FB, Cunqueiro J.M. Evaluación global subjetiva y escala de malnutrición-inflamación para valorar el estado nutricional de pacientes en diálisis peritoneal con hipoalbuminemia. *Enferm Nefrol;* 2012 Jun; 15 (2): 517-519.
90. Trabal J, Hervas S, Forga M, Leyes P, Farran-Codina A. Usefulness of dietary enrichment on energy and protein intake in elderly patients at risk of malnutrition discharged to home. *Nutr Hosp.* 2014 Feb; 29(2):382-387.

91. Martínez AR, Díaz J, Gitnetia M.MNA® Mini Nutritional Assessment as a nutritional screening tool for hospitalized older adults; rationales and feasibility. *Nutr Hosp.* 2012 Sep-Oct; 27(5):1619-1625.
92. Jiménez MS, Sola V, Pérez RM, Turienzo LJ, Larrañaga LG, Mancebo SM, et al. Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. *Nutr Hosp.* 2011 Mar-Abr; 26(2):345-354.
93. Dudet-Calvo ME. Perfil nutricional y funcional de un colectivo de ancianos institucionalizados en una residencia geriátrica y su relación con el estado cognitivo [Tesis]. Universidad autónoma de Barcelona: 2010.
94. García de Lorenzo A, Álvarez J, Celaya MS, García PP, García LP, García PM, et al. La Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) ante las administraciones públicas. *Nutr Hosp.* 2011 Mar-Abr; 26(2):251-253
95. Irlés-Rocamora JA, García-Luna PP. El menú de textura modificada; valor nutricional, digestibilidad y aportación dentro del menú de hospitales y residencias de mayores. *Nutr Hosp.* 2014 Jul-Ago ; 29(4):873-879.
96. Pérez LF, Moregó MM, Toharue WM, García D, Satito E, Zamora S. Prevalencia de desnutrición e influencia de la suplementación nutricional oral sobre el estado nutricional en ancianos institucionalizados. *Nutr Hosp.* 2011 Sept-Oct; 26(5):1134-1140.
97. Cuesta-Triana FM, Matía-Martín P. Alimentación artificial en el anciano: Nutrición enteral. *Alimentación, nutrición y salud.* 2011; 18(3): 56- 60.
98. Candela CG, De Cos Blanco AI, Rosado CI. Fibra y nutrición enteral. *Nutr Hosp.* 2002 Mar-Abr; 17(Supl.2):30-30.
99. Vega PB. Aspectos diferenciales de la nutrición en los pacientes ancianos con diabetes. *Avances en diabetología.* 2010; 26(5): 307-313.
100. Rodríguez EN. Instrumento de evaluación económica para la medición de años de vida ajustados a la calidad en adultos mayores. *MEDISAN.* 2013 Ago. ; 17(8): 4035-4044.

101. Salgado A, Ruipérez I, Guillén LF. Manual de geriatría. Barcelona: Elsevier España; 2002.
102. Hermosilla PL. Planes de cuidado en geriatría. Barcelona: Elsevier; 2010.
103. Torres ML, Lopez-Pardo MM, Dominguez MA, Torres OC. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica .Nutr. Clin. Diet. Hosp. 2008; 28(3):9-19.
104. Quintanilla-Martinez M. Cuidados integrales de enfermería gerontogeriatricos. Barcelona: Instituto Monsa de Ediciones; 2010.
105. García-Lopez MV et al. Cuidados básicos de geriatría: Atención a las necesidades biopsicosociales en el anciano. Vigo: Ideaspropias Editorial; 2009
106. De Torres ML. Hidratación y cuidado. Revista Española de Nutrición Comunitaria. 2008 Ago-Jun; 14 (2): 34-39.
107. García González R. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2010; 36(1)19-29.
108. Castro AB. La investigación cualitativa en las ciencias de salud. Nure investigation [Internet]. 2006 Sept-Oct [citado 12 Mayo 2014]; 24: [aprox.4 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/FMetod\\_24.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_24.pdf)
109. Carazo PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & gestión. 2006. 20:165-193.
110. Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier España; 2006
111. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
112. Pesut D, Herman J. Clinical Reasoning. The art and science of critical and creative thinking. Delmar: Albany; 1999.

113. Moorhead S, Jonson M, Maas ML , Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) .4ª ed. Barcelona :Elsevier: 2009.
114. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería ( NIC).5ª ed.Barcelona : Elsevier; 2009.
115. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Canadian Medical Association Journal. 2003; 169: 207-220.
116. Sackett DL, Wennberg JE. Choosing the best research design for each question. British Medical Journal.1997; 315(7123): 1636.
117. Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM). Centre for Evidence Based Medicine - Levels of Evidence [Internet].2009 Mar;[ updated 2014 May 11 ; cited 2014 May 11 ]. Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Visitado el 22 de junio de 2009.
118. Martí J, Armadans GL, Vaqué R J, Segura F, Schwartz RS. Malnutrición caloricoproteica y linfocitopenia como predictores de infección hospitalaria en ancianos. Medicina clínica .2001; 116(12):446-450.
119. Gázquez JJ, Pérez MC, Molero MM, Mercader RI. Salud y cuidados en el envejecimiento. Almeria : Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2013.
120. Goena MG. Nutrición y valoración del Estado Nutricional en el Anciano. Matia Fundazioa. 2001 Ago; 1-21.
121. Vioque J, Millán F. Los hidrolizados proteicos en alimentación: suplementos alimenticios de gran calidad funcional y nutricional.CTC Alimentación .2006; 26:96-102
122. Arbonés G, Carbajal A, Gonzalvo B, González-Gross M, Joyanes M, Marques-Lopes. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo" Salud Pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). Nutr Hosp.2003 Jul-Ago; 18(3): 109-137.

123. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) [Internet]. 2013 [actualizado 1 Oct 2013; citado 1 Oct 2013]. Disponible en:<http://www.seen.es/docs/apartados/103/anticuaagulantes-orales.pdf>
124. Salazar F, Sasha V. Requerimientos nutricionales del adulto mayor: elaboración de una guía alimentaria para los adultos mayores del Centro Gerontológico Dr. Arsencio de la Torres de la ciudad de Guayaquil [Tesis].Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2012.
125. De los Ríos MG, Durruty P. Diabetes en el senescente: tratamiento.Medwave. 2001 May; 1(05): 33-37.
126. Gentenatural. La dieta del enfermo cardiaco [Internet].Uruguay: 2011;[actualizado 29 Sept 2013 ; citado 1 Oct 2013 ] Disponible en: <http://www.gentenatural.com/medicina/dietas/cardiaca.htm>
127. Souto S, González L. Fisioterapia orofacial y reeducación de la deglución. Hacia una nueva especialidad. Fisioterapia. 2003; 25(5):248-92.
128. IMSERSO. Guía de nutrición para personas con disfagia [Internet]. 2010; [actualizado 20 Sept 2013; citado 22 Sept 2013]. Disponible en [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/600077\\_guia\\_nutricion\\_disfagia.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/600077_guia_nutricion_disfagia.pdf)
129. Medline Plus. Aspiración o ingestión de objetos extraños [Internet]; 2013 Ene; [actualizado 19 Sept 2013; citado 25 Sept 2013] . [aprox.2 pantallas]. Disponible en:<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000036.htm>
130. Contreras AL, Mayo GV, Romaní D. A., Silvana G, Yeh M, Ortiz PJ,Tello T. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. Revista Medica Herediana. 2013; 24(3): 186-191.
131. Idrovo AJ. Physical environment and life expectancy at birth in Mexico: an eco-epidemiological study. Cad Saude Publica. 2011 Jun; 27(6):1175-84.
132. Le Bourg E. Forecasting continuously increasing life expectancy: what implications? Ageing Res Rev. 2012 Apr; 11(2):325-8.

133. Palloni A, McEniry M. Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: preliminary findings. *J Cross Cult Gerontol*. 2007 Sep; 22(3):263-85.
134. Organización Mundial de Salud. Envejecimiento y ciclo de la vida. [Internet]. Nov 2013. [Actualizado 11 Mayo 2014; citado 11 Mayo 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/about/ageing\\_life\\_course/es/](http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/es/)
135. Martín-Sánchez J, Fernández AC., Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet]. [citado 2014 Mayo 16]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es)
136. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Edita: Multimédica Proyectos, S. L. Madrid; 2013.
137. Ramos A, Asensio A, Núñez S. Factores pronósticos de mortalidad relacionados con el estado nutricional en el anciano hospitalizado. *Med Clín (Barc)*.2004; 123: 370-3.
138. García PP. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An Med Interna (Madrid)*. 2004; 21: 261-2.
139. Ferrer A, Badia T, Formiga F, Gil A, Padrós G, Sarró M, Pujol R. Ensayo clínico aleatorizado de prevención de caídas y malnutrición en personas de 85 años en la comunidad. Estudio Octabaix. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.2010; 45(2), 79-85.
140. Martone AM, Onder G, Vetrano DL, Ortolani E, Tosato M, Marzetti E, Landi F. Anorexia of aging: a modifiable risk factor for frailty. 2013 Oct 14; 5(10):4126-33 PubMed PMID: 24128975.
141. Akamine D, Filho MK, Peres CM. Drug-nutrientinteractions in elderly people. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2007; 10 (3): 304-10.

142. Badjatia N, Elkind MV. Nutritional support after ischemic stroke: more food for thought. *Arch Neurol.* 2008; 65 (1): 15-6.
143. Bretón I, Cuerda C, Cambor M, Velasco C, Frías L, Higuera I. Nutrición en el paciente con ictus. *Nutr Hosp Supl*; 2013; 6(1): 39-48.
144. Foley NC, Martin RE, Salter KL, Teasell RW. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. *J Rehabil Med.* 2009; 479-97.
145. Soler JJ, Sánchez L, Román P, Martínez MA, Perpiña M. Prevalencia de la desnutrición en pacientes ambulatorios con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable. *Archivos de bronconeumología.* 2004; 40(6). 250-258.
146. Farré JS. Prevalencia de desnutrición y caquexia en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica. Comparación de dos métodos de cribaje nutricional [tesis]. Universitat Autònoma de Barcelona. 2014.
147. Bonilla-Palomas JL, Gámez-López AL, Anguita-Sánchez MP, Castillo-Domínguez JC, García-Fuertes D, Crespín-Crespín M, et al. Influencia de la desnutrición en la mortalidad a largo plazo de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64:752-8.
148. Anker SD, Laviano A, Filippatos G, John M, Paccagnella A, Ponikowski P, Schols AM; ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: on cardiology and pneumology. *Clin Nutr.* 2009; 28: 455-60.
149. González E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutr Hosp Supl.* 2009; 2(2):66-78.
150. López-Gómez JJ, Calleja-Fernández A, Ballesteros-Pomar MD, Vidal-Casariago, A, Brea-Laranjo C, Fariza-Vicente E, et al. Valoración del riesgo nutricional en pacientes ancianos hospitalizados mediante diferentes herramientas. *Endocrinología y nutrición.* 2011; 58(3): 104-111.
151. Diekmann R, Winning K, Uter W, Kaiser MJ, Sieber CC, Volkert D, et al. Screening for malnutrition among nursing home residents - a comparative analysis of the mini nutritional assessment, the nutritional risk screening, and

the malnutrition universal screening tool Nutr Health Aging . 2013 Apr; 17(4):326-31. PubMed PMID: 235386654.

152. Stange I, Poeschl K, Stehle P, Sieber CC, Volkert DJ. Screening for malnutrition in nursing home residents: comparison of different risk markers and their association to functional impairment. Nutr Health Aging. 2013 Apr; 17 (4): 357-63. PubMed PMID: 235386654.

153. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-- What does it tell us? Nutr Health Aging. 2006 Nov-Dec; 10(6):466-85; PubMed PMID: 17183419.

154. Cabrera MA. Malnutrition and depression among community-dwelling elderly people. J Am Med Dir Assoc. 2007; 8 (9): 582-4.

155. Martín L I, Gorroñogoitia I A, Gómez PJ., Baztán JJ, Abizanda SP. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Atención primaria. 2010; 42(7): 388-393.

156. Conteras AL, Mayo VA, Romaní DA, Tejada GS, Yeh M, Ortiz PJ, at el.Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche , Junin, Peru .Rev Med Hered. 2013; 24:186-191.

157. Centurión L, Vizúete AA , Ortega AM, Rodríguez RE., López PB, & López A. M. Asociación entre riesgo de desnutrición y capacidad afectiva en personas de edad avanzada institucionalizadas de la Comunidad de Madrid. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria; 2010; 30(2), 33-41.

158. Pérez MD, Rojas MM, Álvarez BH, Díaz MP, Millares DR, Pérez LE. Propuesta de un plan de acción en la atención del anciano psiquiátrico crónico ingresado. Acta Médica del Centro. 2013; 7(4). Disponible en: [http://www.senpe.com/DOCS/FOROS\\_SENPE/conclusiones\\_9Foro\\_SENPE.pdf](http://www.senpe.com/DOCS/FOROS_SENPE/conclusiones_9Foro_SENPE.pdf)

159. De Torres AL, Lopez-Pardo MM, Dominguez MA, De Torres OC .La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. Ma. Nutr. clin. diet. hosp. 2008; 28(3):9-19

160. Vademécum. Diccionario de medicamentos y principios activos [Internet]. Madrid: Vidal Vademecum Spain. [actualizado 29 Sept 2013; citado Oct 2013] . Disponible en:<http://www.vademecum.es/>

161. Guigoz Y, Garry PJ, Albarède JL. The Mini Nutritional Assessment: MNA. Fact Res Gerontol .1994. (Supl. 2):15-59.



**8. ANEXO 9.1.** Tratamiento farmacológico de mi paciente.<sup>160</sup>

- **Tiaprizal** ® ( Tiaprida ) Comprimidos de 100 mg .Dosis: un comprimido por la noche si presenta agitación.

Es un neuroléptico atípico.

Clasificación terapéutica: trastorno de comportamiento.

Reacciones adversas: Mareo/vértigo, cefalea, somnolencia, insomnio, agitación, indiferencia, hiperprolactinemia, astenia/fatiga

- **Aldactore** ® (espironolactona) .Dosis: 1 vez al día en el desayuno.

Es un diurético.

Clasificación terapéutica:

Hipertensión arterial esencial, Insuficiencia cardiaca congestiva, Síndrome nefrótico

Efectos adversos: Malestar, fatiga, dolor de cabeza, impotencia, somnolencia. Desarrollo excesivo de los senos en el hombre (ginecomastia), alteraciones en la menstruación (irregularidades, amenorrea, sangrado post-menopáusico), diarrea, náuseas.

- **Amiodarona** ( 200 mg ) Dosis :1 comprimido cada 24 horas menos jueves y domingos .Es un antiarrítmico con acción directa sobre el corazón

Indicaciones terapéuticas:

Tratamiento de arritmias graves y todos los tipos de taquiarritmias de naturaleza paroxística incluyendo: taquicardias supraventricular, nodal y ventricular, fibrilación ventricular

Efectos adversos: Estreñimiento, pérdida de apetito, dolor de cabeza, disminución del apetito sexual, dificultad para dormirse o permanecer dormido, ruborización, sequedad en los ojos, cambios en el sentido del gusto y el olfato.

- **Fluoxetina.** (20 mg ) Dosis : un comprimido 1 vez al día en el desayuno

Es un antipsicótico.

Indicaciones terapéuticas: depresiones de moderados a graves, trastornos obsesivos -compulsivos y bulimia nerviosa

Efectos adversos: Ansiedad, nerviosismo, inquietud, tensión, disminución de la, trastornos del sueño, sueños anormales, alteración de la atención, mareos, letargo, somnolencia temblor, visión borrosa, palpitaciones, rubor, bostezos, vómitos, dispepsia, sequedad de boca, erupción, urticaria, prurito, hiperhidrosis, artralgia, orinar con frecuencia, hemorragia ginecológica, disfunción eréctil, trastorno de la eyaculación, sensación de nerviosismo, escalofríos, disminución del peso. Idea suicida.

- **Keppra** ® (leviteracetam) 1000 mg. Vía oral. Un comprimido cada 8 horas.

Es un antiepiléptico.

Indicaciones terapéuticas: Tratamiento de epilepsia.

Efectos adversos : Astenia, somnolencia, amnesia, ataxia, convulsión, mareo, cefalea, hipercinesia, temblor, trastorno del equilibrio, alteración de atención, deterioro de memoria, agitación, depresión, labilidad emocional, hostilidad, insomnio, nerviosismo, alteraciones psicóticas, dolor abdominal, diarrea, dispepsia, náuseas, vómitos, anorexia, aumento de peso, vértigo, diplopía, visión borrosa, rash, mialgia, incremento de tos, eczema, prurito, alopecia, trombocitopenia.

- **Risperidona** (0,5 mg). Diariamente en desayuno y cena .Vía oral.

Es un antipsicótico.

Indicaciones terapéuticas:

Vía oral: esquizofrenia. Episodios maníacos de moderados a graves asociados a trastorno bipolar. Tratamiento. a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en pacientes con demencia tipo Alzheimer de moderada a grave

que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos o para los demás. Retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico.

Reacciones adversas :Aumento de prolactina en sangre, aumento de peso; taquicardia; parkinsonismo, cefalea, acatisia, mareo, temblor, distonía, somnolencia, sedación, letargia, discinesia; visión borrosa; disnea,

- **Coropress** ® (Carvedilol) (6.25 mg) Dosis: media pastilla en el desayuno .Vía oral.

Es un B-bloqueante vasodilatador.

Indicaciones terapéuticas: HTA. Tratamiento prolongado de la cardiopatía isquémica (angina crónica estable, isquemia miocárdica silente, angina inestable y disfunción isquémica del ventrículo izdo.). ICC sintomática de moderada a severa

Efectos adversos: Cefaleas, mareos, fatiga y astenia; estado de ánimo deprimido, depresión; insuficiencia Cardíaca, bradicardia, , edema, hipovolemia, sobrecarga de fluidos; hipotensión, hipotensión postural, trastornos de la circulación periférica

- **Sintrom** ® (acenocumarol) Es un agente antitrombótico.

Indicaciones terapéuticas: Tratamiento y profilaxis de las afecciones tromboembólicas

Efectos adversos: Hemorragias en cualquier órgano. Necrosis de piel.

- **Zaldiar** ® (tramadol+ paracetamol) (37,5/325 mg) Dosis: un comprimido cada 8 horas .Lo alternan con paracetamol.

Es un analgésico opioide.

Indicaciones terapéuticas: Tratamiento sintomático del dolor moderado a intenso. (Clase II en escala analgésica de la OMS).

Efectos adversos: son frecuentes alteración del estado de ánimo, trastornos del sueño, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, flatulencia

- **Paracetamol** (1 gr ) dosis :cada 8 horas. Vía oral

Es un analgésico y antipirético

Indicaciones terapéuticas: fiebre; dolor de cualquier etiología de intensidad leve

Sobredosificación: El fallo hepático puede producir muerte.

Efectos adversos:

Raras: malestar, nivel aumentado de transaminasas, hipotensión, hepatotoxicidad, erupción cutánea, alteraciones hematológicas, hipoglucemia, piuria estéril.

- **Acovil** ® ( ramipril ) Dosis: un comprimido de 2,5 mg 1/ 4 dos veces al día en el desayuno y cena

Es un Inhibidor de ECA

Indicaciones terapéuticas: HTA. Prevención cardiovascular: reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular en pacientes con: enfermedad cardiovascular aterotrombótica manifiesta (antecedentes de cardiopatía coronaria, ictus o enfermedad vascular periférica), o diabetes con un factor de riesgo cardiovascular. Tratamiento de enfermedad renal: nefropatía glomerular diabética incipiente definida por la presencia de microalbuminuria; nefropatía glomerular diabética manifiesta definida por macroproteinuria con un factor de riesgo cardiovascular; nefropatía glomerular

Efectos adversos: Cefalea, mareo; tos irritativa no productiva, bronquitis, sinusitis, disnea; inflamación gastrointestinal, trastornos digestivos, molestias abdominales, dispepsia, diarrea, náuseas, vómitos

- **Lansoprazol** ( 30 mg )Dosis: una capsula al día en el desayuno

Es un agente para el tratamiento de las alteraciones causadas por ácidos en el estómago.

Indicaciones terapéuticas: úlcera duodenal, úlcera gástrica, profilaxis de úlcera gástrica y duodenal asociada a AINE, profilaxis de esofagitis por reflujo gastroesofágico.

Efectos adversos : Cefalea, mareo, náuseas, diarrea, dolor de estómago, estreñimiento, vómitos, flatulencia, sequedad de boca o garganta, aumento de enzimas hepáticas, urticaria, prurito, erupción cutánea, fatiga.

- **Lorazepam** (1 mg) Dosis: un comprimido una vez al día por la noche.

Es un ansiolítico derivado de benzodiazepinas

Indicaciones terapéuticas : Tratamiento a corto plazo de todos los estados de ansiedad y tensión, asociados o no a trastornos funcionales u orgánicos. Alteraciones del comportamiento psíquico. Enfermedades psicosomáticas. Enfermedades orgánicas. Trastornos del sueño. Insomnio. Hiperactividad.

Efectos adversos :Sedación, embotamiento afectivo, reducción del estado de alerta, fatiga, cefalea, somnolencia, sensación de ahogo, ataxia, diplopía, confusión, depresión, desenmascaramiento de depresión, mareos, astenia, debilidad muscular, reacciones psiquiátricas y paradójicas

- **Atorvastatina** ( 40 mg )Dosis: 1 comprimido al día por la noche

Es un agente modificador de lípidos inhibidor de la HMG – CoA reductasa

Indicaciones terapéuticas: Tratamiento adicional a la dieta en la reducción del colesterol total, colesterol LDL, apoproteína B y triglicéridos elevados.

Efectos adversos: Nasofaringitis; dolor faringolaríngeo, epistaxis; estreñimiento, flatulencia, dispepsia, náuseas, diarrea; reacciones alérgicas; hiperglucemia; dolor de cabeza; mialgias, artralgias; dolor en las extremidades, dolor musculoesquelético, espasmos musculares, hinchazón en las articulaciones; dolor de espalda; test de función hepática anormal, aumento de CPK sanguínea.

- **Spiriva** ® ( tiotropio bromuro ) .Polvo para inhalación en cápsulas de 18 mcg. Dosis: 1 por la mañana.

Es un agente para padecimientos obstructivos de las vías respiratorias.

Indicaciones terapéuticas: Tratamiento broncodilatador de mantenimiento para aliviar los síntomas de EPOC

Efectos adversos: Sequedad de boca.

- **Icandra** ®( metformina y vidagliptina ) (50/1000mg) Dosis:2 comprimidos al día : uno con el desayuno y otro con la cena

Es un fármaco hipoglucemiante oral antidiabético

Indicaciones terapéuticas: Diabetes mellitus tipo 2:

Efectos adversos: Temblor, cefalea, mareos, náuseas, hipoglucemia. En combinación con una sulfonilurea: hipoglucemia, mareos, temblor, hiperhidrosis, astenia. En combinación con insulina: disminución de glucosa en sangre, cefalea, escalofríos, náuseas.

- **Duoplavin** ® ( clopedogrel+ ácido acetilsalicílico ) (75/100 mg) Dosis: un comprimido al día en la cena

Es un agente antitrombótico

Indicaciones terapéuticas: Prevención de acontecimientos aterotrombóticos.

Efectos adversos: Aumento de la tendencia a sangrar. Hemorragia, hematoma, epistaxis, hemorragia gastrointestinal, dispepsia, dolor abdominal, diarrea.

- **Movicol** ®( macrogol) ( polvo para solución oral )

Es un laxante de mecanismo osmótico

Indicaciones terapéuticas; estreñimiento.

Efectos adversos: Alteraciones gastrointestinales, desequilibrios electrolíticos.

## ANEXO 9.2. MNA ® ELDERLY-MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT.<sup>161</sup>

**EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**  
**Mini Nutritional Assessment MNA®**

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

<p>1 Índice de masa corporal (IMC=peso/(talla)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)          0 = IMC &lt; 19          1 = 19 ≤ IMC &lt; 21          2 = 21 ≤ IMC &lt; 23          3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>2 Perímetro braquial (PB en cm)          0,0 = PB &lt; 21          0,5 = 21 ≤ PB ≤ 22          1,0 = PB &gt; 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>3 Perímetro de la pantorrilla (PP en cm)          0 = PP &lt; 31 1 = PP ≥ 31 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>4 Pérdida reciente de peso (&lt; 3 meses)          0 = pérdida de peso &gt;3 kg          1 = no lo sabe          2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg          3 = no ha habido pérdida de peso <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>5 ¿El paciente vive independiente en su domicilio?          0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>6 ¿Toma más de 3 medicamentos al día?          0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>7 ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?          0 = sí 2 = no <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>8 Movilidad          0 = de la cama al sillón          1 = autonomía en el interior          2 = sale del domicilio <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>9 Problemas neuropsicológicos          0 = demencia o depresión grave          1 = demencia o depresión moderada          2 = sin problemas psicológicos <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>10 ¿Úlceras o lesiones cutáneas?          0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>11 ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre)          0 = 1 comida          1 = 2 comidas          2 = 3 comidas <input type="checkbox"/></p>	<p>12 ¿Consumen el paciente          • productos lácteos al menos 1 vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          0,0 = 0 o 1 síes          0,5 = 2 síes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          1,0 = 3 síes</p> <hr/> <p>13 ¿Consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día?          0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>14 ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?          0 = anorexia grave          1 = anorexia moderada          2 = sin anorexia <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>15 ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, leche, vino, cerveza...)          0,0 = menos de 3 vasos          0,5 = de 3 a 5 vasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          1,0 = más de 5 vasos</p> <hr/> <p>16 Forma de alimentarse          0 = necesita ayuda          1 = se alimenta solo con dificultad <input type="checkbox"/>          2 = se alimenta solo sin dificultad</p> <hr/> <p>17 ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)          0 = malnutrición grave          1 = no lo sabe o malnutrición moderada          2 = sin problemas de nutrición          3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>18 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          2,0 = mejor</p>
--	--

Evaluación global (máx. 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición

Menos de 17 puntos: malnutrición

Mayor o igual a 24 puntos: estado nutricional satisfactorio

Reproducción autorizada por Mini Nutritional Assessment, Serti Publishing Company, 1997.





