



**PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

Pincha en este enlace para ir a la página de material adicional necesario para la solicitud del curso.

TÉCNICOS EN ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TÉCNICOS EN ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO Y RESIDENCIAS ASISTIDAS

“SÍNDROME DEL CUIDADOR” DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES, ¿CÓMO PREVENIRLO, COMO TRATARLO?

Precio: Alumno 195€ Acompañante 130€

Clave: 794-TSS -----> Fecha: 7, 8, 9 y 10 de Mayo de 2017

Clave: 808-TSS -----> Fecha: 23, 24, 25 y 26 de Mayo de 2017

OBJETIVOS:

Gracias a los avances en prevención y en cuidados de salud, cada vez son mayores las expectativas de vida, lo que hace que aumente de forma considerable la población mayor. El deterioro influenciado por la edad que sufren las personas mayores y la mayor cronicidad de los procesos que se sufren en esta edad, generan en mayor o menor grado una dependencia y la necesidad de cuidados, que en la mayoría de los casos son prestados por los familiares y allegados hasta cubrir el 88 % de estos cuidados. Es el cónyuge o el familiar femenino más cercano, el que se convierte habitualmente en el cuidador principal, a veces sin formación por lo inesperada que ha sido la situación, otras con pocos medios o recursos y jugando un papel importante su personalidad y sus capacidades de afrontamiento de la situación, todo esto hace de factor etiológico de la patología que denominamos “síndrome del cuidador”, lo que hace necesario que el sistema sanitario contemple esta figura y sus riesgos y le proporcione los medios y ayudas necesarios según cada situación, lo que generará importantes beneficios no solo económicos, que son muchos, sino en calidad de vida tanto del cuidador como del familiar a su cargo, pero para esto es necesario un personal que asuma esta función y este es el objetivo de este curso taller, aportar conocimientos y herramientas al profesional de atención socio-sanitaria para atender las demandas, dar apoyo y cuidar al cuidador informal, por tanto con este programa se pretende que el alumno sea capaz de:

1. Conocer la situación actual de la dependencia en España y planteamientos sobre su abordaje.
2. Saber detectar una sobrecarga del cuidador para actuar en la prevención y/o tratamiento del “Síndrome del cuidador”.
3. Adquirir la habilidad de atender, informar y apoyar a los cuidadores familiares de ancianos dependientes para que proporcionen un cuidado efectivo, manejen correctamente la medicación y el estado nutricional, además de saber proteger su propia salud.
4. Adquirir la capacidad y la habilidad social de comunicarse de forma eficaz.

PERTINENCIA:

La función de los Técnicos en atención socio-sanitaria: Auxiliar de ayuda a domicilio y residencias asistidas es colaborar en la planificación y coordinación de los casos asistenciales con el equipo de profesionales, identificando las necesidades del asistido, garantizando la cobertura de las mismas en los ámbitos físico, psíquico y social y en aspectos concretos: alimentación, higiene, sanitarios, administrativos y apoyo al cuidador informal; los contenidos del programa de este curso tratan más en profundidad las funciones de estos profesionales y en especial las relacionadas con el cuidador informal, siendo un complemento y ampliación a los conocimientos adquiridos en su titulación, siendo impartidos por profesionales especialistas y con experiencia en las materias impartidas.



**PINCHAR AQUÍ PARA MÁS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

Pincha en este enlace para ir a la página de material adicional necesario para la solicitud del curso.

TÉCNICOS EN ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TÉCNICOS EN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO Y RESIDENCIAS ASISTIDAS

“SÍNDROME DEL CUIDADOR” DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES, ¿CÓMO PREVENIRLO, COMO TRATARLO?

PROGRAMA:

1. La dependencia por la edad: 1.1. Introducción y magnitud del problema. 1.2. El cuidador informal. 2. Detectar la sobrecarga del cuidador: 2.1. Signos de alerta y test de detección de la sobrecarga. 2.1. Diseño de los talleres de ayuda y elección de los participantes. 3. Problemas psicosociales como factores de riesgo del “síndrome del cuidador”: 3.1. Aislamiento. 3.2. Trastornos afectivos. 3.3. Duelo o pérdida de la persona a la que cuidaba. 4. Necesidades del cuidador informal para atender al dependiente a su cargo: 4.1. Sobre problemas físicos. 4.2. Sobre alimentación y nutrición. 4.3. Sobre manejo de la medicación. 4.4. Sobre seguridad en el hogar. 5. Habilidades sociales para comunicarnos de forma eficaz.

TALLERES PRÁCTICOS:

Cada tema consta de una parte teórica 30-35% y un taller 65-70% donde se practicarán aspectos como la asertividad, la autoestima, la relajación y la comunicación entre otros.

DIRECCIÓN CIENTÍFICA:

D. Enrique Hermoso Rodríguez

Catedrático de E.U de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

D. José Antonio García López

Profesor Contratado Doctor del Departamento Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada.

PROFESORADO:

D. Enrique Hermoso Rodríguez

Catedrático de E.U de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

D. José Antonio García López

Profesor Contratado Doctor del Departamento Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada.

Dña. Amparo Fernández Benítez

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Especialista en Psiquiatría para Diplomados en Enfermería.

La Dirección Científica del curso se reserva el derecho a efectuar cualquier cambio en este programa.



**PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

MATERIAL ADICIONAL

TEST DE CONOCIMIENTOS

1.- ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS INCLUYE LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL?:

- a) Parámetros antropométricos.
- b) Parámetros clínicos.
- c) Parámetros bioquímicos.
- d) Todos los anteriores.

2.- LA DETERMINACIÓN DEL PESO Y LA TALLA EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL, SON DOS EJEMPLOS DE PARÁMETROS:

- a) Inmunológicos.
- b) Clínicos.
- c) Antropométricos.
- d) Bioquímicos.

3.- ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS ES UN PARÁMETRO BIOQUÍMICO EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL?:

- a) Proteínas totales.
- b) Índice de masa corporal.
- c) Linfocitos totales.
- d) Historia clínica.

4.- EL COCIENTE ENTRE EL PESO ACTUAL DE UN INDIVIDUO Y EL IDEAL, MULTIPLICADO POR CIENTO, RECIBE EL NOMBRE DE:

- a) Porcentaje de peso actual.
- b) Porcentaje de peso ideal.
- c) Índice de masa corporal.
- d) Porcentaje de pérdida de peso.

5.- SI EL PORCENTAJE DEL PESO IDEAL DE UN INDIVIDUO ES MENOR DEL 70%, PODEMOS AFIRMAR QUE PRESENTA UN ESTADO DE DESNUTRICIÓN:

- a) No desnutrición.
- b) leve.
- c) Moderada.
- d) Severa.

6.- EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL SE UTILIZA PARA VALORAR EL ESTADO NUTRICIONAL Y SE CALCULA:

- a) Dividiendo el peso entre la talla.
- b) Dividiendo la talla entre el peso.
- c) Dividiendo el cuadrado de la talla en metros cuadrados entre el peso en kilogramos.
- d) Dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros cuadrados.



**PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

MATERIAL ADICIONAL

TEST DE CONOCIMIENTOS

7.- PARA PODER CALIFICAR A UN INDIVIDUO CON GRADO DE CORPULENCIA DE “DELGADEZ”, SU ÍNDICE DE MASA CORPORAL HA DE SER:

- a) Menor de 20.
- b) Mayor de 20.
- c) Entre 20 y 40.
- d) Mayor o igual que 40.

8.- CUANDO EN UNA ENCUESTA LE PEDIMOS AL ENTREVISTADO QUE RECUERDE TODOS LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS INGERIDAS EN EL DÍA ANTERIOR, ESTAMOS REALIZANDO:

- a) Un recordatorio de 24 horas.
- b) Un diario dietético.
- c) Un cuestionario de frecuencias.
- d) Una historia dietética.

9.- ¿QUÉ INSTRUMENTO SE PUEDE UTILIZAR PARA MEDIR EL PERÍMETRO O CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO?:

- a) Un compás.
- b) Un cartabón.
- c) Una cinta métrica.
- d) Una regla.

10.- EL COMPÁS O EL CALIPER ES UN INSTRUMENTO QUE SE USA PARA MEDIR:

- a) El pliegue cutáneo tricípital.
- b) La circunferencia brazo.
- c) El área grasa del brazo.
- d) El área muscular del brazo.

11.- LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN GERIATRÍA TIENE COMO OBJETIVO:

- a) Diagnosticar enfermedades metabólicas.
- b) Despistar estados de malnutrición.
- c) Determinar la existencia de riesgo de malnutrición.
- d) b) y c) son ciertas.

12.- ¿PARA QUÉ ES IMPORTANTE EL MANTENIMIENTO DE LA INTEGRIDAD NUTRICIONAL?:

- a) Para el mantenimiento de un correcto funcionamiento de los distintos órganos y sistemas corporales.
- b) Para la preservación de la autonomía.
- c) Para el mantenimiento de un estado de salud satisfactorio.
- d) Para todo lo anterior.



**PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

MATERIAL ADICIONAL

TEST DE CONOCIMIENTOS

13.- ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES ES UN FACTOR FISIOLÓGICO DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS?:

- a) Bajos ingresos.
- b) Inactividad e inmovilidad.
- c) Enfermedades crónicas.
- d) Cambios en la composición corporal.

14.- ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES NO ES UN FACTOR SOCIOECONÓMICO Y MEDIOAMBIENTAL DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS?:

- a) Ignorancia e incultura.
- b) Disminución de la actividad física.
- c) Aislamiento y soledad.
- d) Institucionalización.

15.- LA DIFICULTAD O INCAPACIDAD PARA COMPRAR, PREPARAR O/Y CONSERVAR ALIMENTOS ES UN FACTOR DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS, DE TIPO:

- a) Fisiológico, ligado a la edad.
- b) Socioeconómico y medioambiental.
- c) Deterioro funcional.
- d) Patológico.

16.- ¿QUÉ PARÁMETRO BIOQUÍMICO SE USA PARA LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL?:

- a) Proteínas totales.
- b) Índice de masa corporal.
- c) Triglicéridos.
- d) Transaminasas.

17.- EN RELACIÓN AL CUESTIONARIO “CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL”, ES FALSO QUE:

- a) Es un formulario que se usa en población anciana ambulatoria.
- b) Contiene diez preguntas, para contestar SI o NO.
- c) Es un instrumento que permite cuantificar y caracterizar el riesgo de desnutrición.
- d) La máxima puntuación que permite obtener es de 21.

18.- EL MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT ES UNA ESCALA QUE INCLUYE LA VALORACIÓN:

- a) Antropométrica.
- b) Global.
- c) Dietética.
- d) Incluye todas las valoraciones anteriores.



**PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

MATERIAL ADICIONAL

TEST DE CONOCIMIENTOS

19.- UN VALOR DE 16 EN LA ESCALA MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT, NOS ORIENTA DE UNA SITUACIÓN DE:

- a) Bien nutrido.
- b) Normal nutrido.
- c) Riesgo de malnutrición.
- d) Malnutrición.

20.- SI EN UNA ENCUESTA PREGUNTAMOS A UN ANCIANO POR EL NÚMERO DE COMIDAS COMPLETAS QUE HACE AL DÍA, ESTAMOS HACIENDO UNA VALORACIÓN:

- a) Antropométrica.
- b) Subjetiva.
- c) Dietética.
- d) Social.



**PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

MATERIAL ADICIONAL

TEMA PRÁCTICO

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

La valoración del estado nutricional en geriatría tiene como objetivos el diagnóstico y despistaje de estados de malnutrición evidentes o de curso subclínico que, a menudo, pasan desapercibidas en exploraciones no específicas, así como determinar la existencia de riesgo de malnutrición que permita una intervención nutricional precoz.

La integridad nutricional es importante para la propia sensación subjetiva de bienestar; para el mantenimiento de un correcto funcionamiento de los distintos órganos y sistemas corporales; para el mantenimiento de un estado de salud satisfactorio; para la preservación de la autonomía; para contribuir a la curación de la enfermedad y a la recuperación tras un proceso de daño, lesión o enfermedad. Sin embargo, sólo recientemente ha surgido un interés creciente por encontrar parámetros fiables para llevar a cabo una valoración del estado nutricional en los ancianos, que sean adecuados para detectar estados de malnutrición.

La malnutrición protéico-energética es un problema frecuente en la población anciana, siendo considerada por algunos autores como un auténtico problema de salud pública en los países industrializados.

6.2.1. CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN

La desnutrición no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, pero, con el aumento de la edad, se producen algunos cambios en la composición del organismo que pueden contribuir a su génesis.

En ancianos sanos, disminuye la masa magra, formada por huesos, músculos, tejidos nobles de órganos y tejidos, y aumenta el contenido de grasa hasta casi el doble que en la edad adulta. Como consecuencia disminuye la masa celular metabólicamente activa manifestándose en una reducción de la tasa del metabolismo basal con lo que pueden disminuir los requerimientos calóricos.

Con el paso de los años se tienden a consumir menos calorías totales sobre todo a expensas de las consumidas como grasas, manteniéndose más o menos constante la cantidad de proteínas y aumentando la cantidad de carbohidratos. Estos últimos están presentes en numerosas comidas de bajo coste, sencillas de preparar o que no necesitan preparación, lo que explica en parte el aumento de su utilización. En condiciones normales, estos cambios en la dieta no deben comprometer el aporte de una cantidad de calorías similar o algo menor que la previa, pero, pueden provocar una disminución de las reservas de nutrientes, haciendo a los ancianos más sensibles a pequeños cambios transitorios en la alimentación e insuficientes para responder a un franco aumento de las exigencias debido a la presencia de un problema de salud física, mental o un compromiso social.

Entre los factores de riesgo de desnutrición hay que considerar en primer lugar a los denominados fisiológicos o ligados a la edad. Entre éstos destaca en primer lugar la disminución de actividad física, que asociándose a una reducción del apetito y de la ingesta calórica, pueden poner en marcha un círculo vicioso de acontecimientos desfavorables. Son muy frecuentes los problemas dentales en forma de pérdida dental o bien debido a dentaduras no bien adaptadas que comprometen la masticación e inducen una inadecuada selección de alimentos.

En los ancianos hay una menor sensación de gusto y olfato y una menor secreción y absorción de alimentos, lo que favorece un ingreso de alimentos deficitario y determinan, cuando se encuentran enlazados, un déficit nutricional que sólo se expresa por una discreta pérdida involuntaria de peso, motivo por el cual todas las personas anciana debieran ser objeto de vigilancia de su situación nutricional de forma periódica.



**PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

MATERIAL ADICIONAL

Otro grupo de factores de riesgo bien conocidos por su vinculación a la malnutrición son los relacionados con los aspectos socioeconómicos y medioambientales. Muchos ancianos viven solos o tienen ingresos económicos muy limitados que les impiden obtener todo el alimento necesario. De hecho, el comer solo es un factor de riesgo de alimentarse en forma insuficiente. Muchas veces el anciano o sus cuidadores habituales desconocen cómo debe ser la dieta correcta en edades avanzadas. Otros, especialmente los varones, se ven obligados a empezar a cocinar sin haberlo hecho nunca antes, recurriendo muchas veces casi de forma exclusiva a alimentos precocinados, ingeridos en un número de comidas insuficientes.

Entre las causas de malnutrición en los ancianos están muchas de las enfermedades características de este grupo de población, que suelen hacer que el anciano ingiera una dieta inadecuada y sufra a la vez una mayor demanda de nutrientes o de energía lo que puede trastornar el ya inestable equilibrio nutricional. Casi cualquier enfermedad puede producir un deterioro de la alimentación y pérdida de peso, desde una insuficiencia cardiaca hasta un afta bucal. Las más frecuentes enfermedades crónicas relacionadas con la desnutrición son las enfermedades cardiacas, respiratorias o digestivas, la diabetes mellitus y la demencia senil. Por otro lado, la propia desnutrición predispone a sufrir otras enfermedades como las infecciones o el estreñimiento, sumándose así nuevos problemas de salud sobre un organismo debilitado, provocando una cascada de causas y efectos nocivos.

Además de las enfermedades, la propia incapacidad física secundaria a cualquiera de ellas puede dificultar la adquisición de alimentos, su preparación o su ingesta. También los medicamentos utilizados en el tratamiento pueden ser anorexígenos o impedir la absorción de determinados nutrientes; en este sentido se conoce la nefasta influencia de la polifarmacia sobre el estado nutricional.

Hay que destacar también todos los problemas mentales como determinantes de trastornos nutricionales. La reacción de duelo, la depresión o la demencia, relativamente comunes en ancianos, son causa frecuente de trastornos alimentarios que a su vez complican el curso de estas enfermedades y ensombrecen su pronóstico. Es evidente, por tanto, que cualquier anciano que sufre una pérdida de peso progresiva o un trastorno nutricional debe ser evaluado en busca de enfermedades orgánicas, ingesta múltiple de fármacos o deterioro funcional que la provoque.

De la descripción de los factores de riesgo, surge con fuerza una conclusión evidente: la primera actitud lógica, por parte del médico, del personal sanitario y del cuidador, es la prevención de la desnutrición en aquellos ancianos que tengan factores de riesgo, mediante la educación, la implantación de soluciones donde sea posible y el tratamiento precoz.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS

Fisiológicos ligados a la edad	Socioeconómicos y Medioambientales	Deterioro Funcional	Enfermedades y sus Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la composición corporal. - Disminución de la actividad física. - Alteración del gusto y olfato. - Disminución del apetito. - Problemas dentales. - Disminución de la secreción y absorción intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> - Bajos ingresos, pobreza. - Ignorancia, incultura. - Hábitos alimentarios incorrectos. - Aislamiento, soledad, pérdida del cónyuge. - Mal soporte familiar o social. - Institucionalización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad o incapacidad para compra, preparación y conservación. - Dificultad para la ingesta, deglución. - Inactividad, inmovilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades crónicas. - Enfermedades y situaciones agudas. - Consumo de medicamentos. - Deterioro cognitivo. - Trastornos afectivos, depresión.



**PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

MATERIAL ADICIONAL

6.2.2. PARÁMETROS INDICATIVOS DEL RIESGO NUTRICIONAL

La valoración del estado nutricional incluye la valoración de unos parámetros antropométricos, clínicos, bioquímicos e inmunológicos. La valoración de los mismos orienta si el paciente presenta una desnutrición calórico-proteica (DCP) severa, moderada o leve.

La valoración del estado nutricional ha de empezar por una valoración del peso, porcentajes de peso ideal (peso actual / peso ideal x 100), talla, un índice de masa corporal como es el peso/talla (peso en Kg dividido por el cuadrado de la talla en m) y la pérdida de peso en relación a un tiempo preciso y en función de su peso habitual (peso habitual - peso actual / peso habitual). Un 10 % de pérdida es ya un criterio de DCP y un 15-20 % un factor de riesgo significativo.

La siguiente tabla permite interpretar los resultados del porcentaje de peso ideal.

% PESO IDEAL	DESNUTRICIÓN
100-90	NO DESNUTRICIÓN
89-80	LEVE
79-70	MODERADA
< 70	SEVERA

La siguiente tabla clasifica a los individuos en función de la corpulencia, según sea su índice de masa corporal (IMC).

CORPULENCIA	IMC
DELGADEZ	< 20
NORMOPESO	20 ≤ IMC < 25
SOBREPESO	25 ≤ IMC < 27
OBESIDAD DE GRADO I	27 ≤ IMC < 30
OBESIDAD DE GRADO II	30 ≤ IMC < 40
OBESIDAD DE GRADO III	≥ 40

Dentro de las valoraciones antropométricas se pueden incluir los pliegues cutáneos tricipital (PT) y abdominal (PA) en mm y la circunferencia o perímetro del brazo (PB) en cm, tomando como valores estándares los datos que prevalecen en su misma población por edad y sexo. Con estos mínimos datos podemos deducir otros parámetros como son las áreas grasas y musculares del brazo (AGB y AMB) o el porcentaje total de grasa corporal (GC).

GRADO DE MALNUTRICIÓN SEGÚN EL PB	
Nutrición	% respecto al valor de referencia
Malnutrición grave	≤ 75%
Malnutrición moderada	75 < % ≤ 80
Malnutrición leve	80 < % ≤ 85
Ausencia de déficit energético	> 85



MATERIAL ADICIONAL

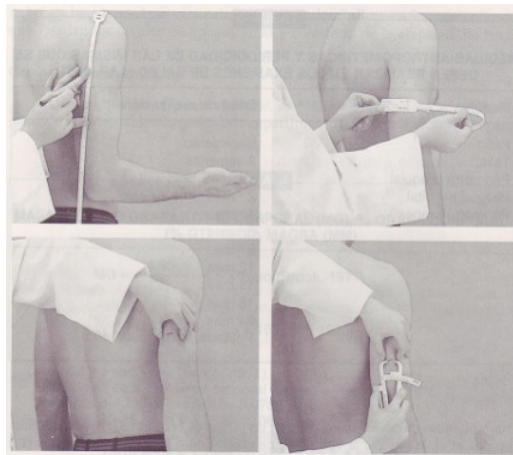
$$AGB = (PB / 4\pi) - AMB$$

$$AMB = (PB - PT\pi)^2 / 4\pi$$



Caliper

En su conjunto nos informan de las reservas calóricas y proteicas que el individuo posee, así como nos definen el grado de malnutrición que posee, indicándonos la necesidad de desarrollar todo un programa bioquímico e inmunológico completo, para conocer o correlacionar más fielmente el tipo de desnutrición.



Medida de pliegues cutáneos

Dentro de los parámetros bioquímicos se aconseja estudiar una batería de ellos como son las proteínas totales, albúmina, colesterol, transferrina, retinol y tiroxina.

Naturalmente, hay que realizar una historia actual y un pronóstico clínico de gravedad. Un traumatismo reciente, un estrés, una cirugía complicada reciente, enfermedad crónica severa, impresión clínica de malnutrición, etc., son todos ellos factores que deben conocerse, pues la respuesta metabólica del individuo es importante para calcular las necesidades energético-proteicas.

El principal parámetro inmunológico es el recuento de linfocitos totales. Se suele valorar también la reactividad cutánea a antígenos comunes.



MATERIAL ADICIONAL

CÁLCULOS PARA VALORAR EL ESTADO NUTRICIONAL

- Peso (Kg).

- Porcentaje de peso ideal (%).

$$(\text{Peso actual} / \text{peso ideal}) \times 100$$

- Talla (m).

- Talla a partir de la medida de la altura de la rodilla (AR):

Desde la superficie anterior del muslo, proximal a la rodilla, hasta el talón del pie.

Hombre: $59,01 + (2,08 \times \text{AR cm})$

Mujer: $75 + (1,91 \times \text{AR cm}) - (0,17 \times \text{año})$

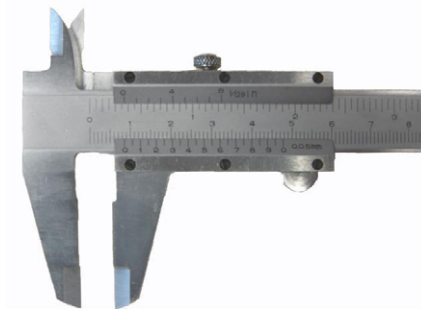
- Índice de masa corporal (IMC) (corpulencia) (Kg/m²).

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Cuadrado de la talla (m)}$$

- Porcentaje de pérdida de peso (%).

$$(\text{Peso habitual} - \text{peso actual} / \text{peso habitual}) \times 100$$

- Pliegue cutáneo tricóipital (PT) (mm). Lipocálmetro o compás (caliper).



Palmer o calibrador

- Perímetro o circunferencia del brazo (PB) (mm). Cinta métrica.

- Área grasa del brazo (AGB) (mm²).

$$\text{AGB} = (\text{PB} / 4\pi) - \text{AMB}$$

- Área muscular del brazo (AMB) (mm²)

$$\text{AMB} = (\text{PB} - \text{PT}\pi)^2 / 4\pi$$



**PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

MATERIAL ADICIONAL

6.2.3. EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS

El conocimiento de la ingesta de alimentos, y por tanto de energía y de nutrientes, es de vital importancia para conocer el estado nutricional y poder planificar programas de intervención coherentes y de acuerdo con las necesidades reales, así como para investigar las interrelaciones del estado nutricional con el estado de salud de la población y de los individuos.

Básicamente la información alimentaria en una población se obtiene de tres ámbitos distintos:

- 1.- Ámbito nacional, mediante hojas de balance alimentario que proporcionan la disponibilidad nacional de alimentos.
- 2.- Ámbito familiar, mediante encuestas de presupuestos familiares o de consumo de alimentos en el hogar.
- 3.- Ámbito individual, con lo que se denomina genéricamente encuestas alimentarias o nutricionales, evaluando el consumo individual de alimentos.

Las encuestas alimentarias son métodos de recolección de la información dietética de un individuo y pueden dividirse en:

A) Recordatorio de 24 horas. Se pide al entrevistado que recuerde todos los alimentos y bebidas ingeridos en las 24 horas precedentes, o en el día anterior; por lo general, el entrevistador utiliza modelos alimentarios y/o medidas caseras para ayudar al entrevistado a cuantificar las cantidades físicas de alimentos y bebidas consumidas. Por tanto, valora la ingesta actual.

B) Diario dietético. Este método, a diferencia del anterior, es prospectivo y consiste en pedir al entrevistado que anote diariamente durante tres, siete o más días la ingesta actual, es decir los alimentos y bebidas que va ingiriendo. El método requiere que previamente el entrevistado sea instruido con la ayuda de modelos y/o medidas caseras.

C) Cuestionario de frecuencias. Consiste en una lista cerrada de alimentos, o grupos de alimentos, de la que se solicita la frecuencia, diaria, semanal o mensual, de consumo habitual de cada uno de ellos. La información que recoge es, por tanto, cualitativa, si bien la incorporación para cada alimento de la ración habitual estimada permite cuantificar el consumo de alimentos y también el de nutrientes. Este cuestionario puede ser autoadministrado.

D) Historia dietética. Incluye una extensa entrevista con el propósito de generar información sobre los hábitos alimentarios actuales y pasados; incluye uno o más recordatorios de 24 horas y un cuestionario de frecuencia de consumo

6.2.4. INSTRUMENTOS O ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

En la valoración del estado nutricional es muy importante el desarrollo y validación de instrumentos eficaces para detectar riesgo de malnutrición o situaciones de malnutrición evidentes.

Algunas preguntas significativas que pueden alertarnos de una situación de riesgo nutricional y que nos incitarían a su determinación, son las siguientes:

- ¿Lleva dentadura postiza?
- ¿En el último mes ha tomado alguna medicina prescrita por el médico?
- ¿Ha sufrido alguna intervención en el abdomen?
- ¿Ha tomado en el último mes alguna medicina no prescrita por el médico?



**PINCHAR AQUÍ PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

MATERIAL ADICIONAL

- ¿Tiene algún problema con sus hábitos intestinales que le haya causado estreñimiento o diarrea?
- ¿Existe algún tipo de comida que no consuma porque le desagrada?
- ¿Tiene algún problema para morder o masticar algún tipo de alimento?
- ¿Tiene actualmente alguna enfermedad o cuadro que interfiera con su alimentación?
- ¿Fuma actualmente cigarrillos con regularidad?
- ¿Está siguiendo algún tipo de dieta especial?
- ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que estaba anémico?
- ¿Ha tenido algún acceso, en el último mes, de dolor o molestias que duraran tres días o más en su abdomen o estómago?
- ¿Tiene alguna enfermedad que haya mermado su apetito?
- ¿Ha tenido algún problema con la deglución durante un mínimo de tres días, en el último mes?
- ¿Ha tenido algún episodio de vómitos durante un mínimo de tres días, en el último mes?
- ¿Ha aumentado o perdido peso en los últimos treinta días? (La pérdida o la ganancia neta debe superar los 5 kg).

Una de las escalas más sencillas, propuesta para su utilización en población anciana ambulatoria, es el cuestionario “Conozca su salud nutricional”, un formulario de valoración que contiene diez preguntas. La puntuación obtenida permite cuantificar el riesgo nutricional y de acuerdo a éste, se establece un plan de reevaluación. Cuando los resultados del cuestionario indican un riesgo nutricional alto, se propone un estudio nutricional más profundo. El cuestionario aplicado de forma aislada, solamente puede utilizarse como indicador de alto, medio o bajo riesgo de desnutrición y no como un instrumento para cuantificar y caracterizar esta situación.

La interpretación de la puntuación obtenida en el cuestionario es la que sigue:

- De 0 a 2: Bueno. Reevaluar en seis meses.
- De 3 a 5: Riesgo nutricional moderado. Tomar medidas para mejorar los hábitos alimenticios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses.
- 6 o más. Riesgo nutricional alto. Llevar el cuestionario al médico, especialista en dietética u otro profesional cualificado y pedir ayuda para mejorar el estado nutricional.

CUESTIONARIO “CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL”	
Afirmación	SI
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2
Tomo menos de dos comidas al día	3
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2
Toma más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4
Como solo la mayoría de las veces	1
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	2
No siempre puedo comprar, cocinar y/o comer por mí mismo, por problemas físicos	2



**PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com**

MATERIAL ADICIONAL

En Europa se ha desarrollado un instrumento de valoración nutricional, el Mini Nutritional Assessment, una escala cuyo objetivo es determinar si hay un riesgo de malnutrición y así permitir una precoz intervención nutricional. Ha sido diseñado para un uso sencillo y validado en diversos estudios.

Mininutritional Assessment

Apellidos	Nombre	Profesión	Sexo	Fecha
Edad	Peso (Kg)	Estatura (cm)	Altura de rodilla (cm)	

Rellene el formulario y asigne un número a cada respuesta. Cuando tenga los números, súmelos y compare la valoración total con la puntuación indicadora de desnutrición.

INTERPRETACION DE LA ESCALA MNA	
> 24	Bien nutrido
17 - 23,5	Riesgo de malnutrición
< 17	Malnutrido

Valoración antropométrica

0.- Índice de masa corporal:

< 19 = 0

19-21 = 1

21-23 = 2

> 23 = 3

1.- Circunferencia del brazo en centímetros:

< 21 = 0

21-22 = 0,5

> 21 = 1

2.- Circunferencia de la pierna en centímetros:

< 31 = 0

> 31 = 1

3.- Pérdida de peso en tres meses:

> 3 kg = 0

Desconocido = 1

Probable (entre 1 y 3 kg) = 2

Sin pérdida = 3

Valoración global



PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com

MATERIAL ADICIONAL

4.- Vive en su domicilio:

No = 0

Si = 1

5.- Consumo de más de tres medicamentos al día:

Si = 0

No = 1

6.- Enfermedad aguda o estrés psicológico en los tres últimos meses:

Si = 0

No = 2

7.- Movilidad:

Encamado o silla = 0

Se levanta pero no sale a la calle = 1

Sale a la calle = 2

8.- Problemas neuropsicológicos:

Demencia grave o depresión = 0

Demencia leve = 1

Sin problemas psicológicos = 2

9.- Úlceras por presión:

Si = 0

No = 1

Valoración dietética

10.- Comidas completas al día:

Una = 0

Dos = 1

Tres = 2

11.- Consumo de marcadores de proteínas(al menos uno derivado de la leche al día; dos o más platos de legumbres o huevos a la semana; carne, pescado o pollo cada día):

Uno o ninguno = 0

Dos = 0,5

Tres = 1



PINCHAR AQUI PARA MAS INFORMACIÓN
SOBRE EL PROGRAMA, CONTACTAR
CON LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA:
tss.apcs@gmail.com

MATERIAL ADICIONAL

12.- Consumo de dos o más platos de fruta al día:

No = 0

Si = 1

13.- Pérdida de apetito en los últimos tres meses:

Pérdida intensa = 0

Pérdida moderada = 1

Sin pérdida = 2

14.- Ingesta líquida al día (agua, zumo, café, té, leche):

Menos de tres vasos = 0

Tres a cinco vasos = 0,5

Más de cinco vasos = 1

15.- Modo de ingesta:

Incapaz sin ayuda = 0

Solo, con dificultad = 1

Solo, sin problemas = 2

Valoración subjetiva

16.- Se ve con problemas nutricionales graves:

Graves = 0

No sabe o moderados = 1

Sin problemas = 2

17.- En relación con otras personas de su misma edad, considera su salud:

No tan buena = 0

No sabe = 0,5

Tan buena = 1

Mejor = 2