

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Lucía Alejandra Perucha

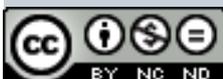
**CAPACIDAD FUNCIONAL, ESTADO NUTRICIONAL Y
HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LOS ADULTOS MAYORES NO
INSTITUCIONALIZADOS DE 5 COMUNAS DE LA C.A.B.A.
ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO**

2017

Tutora: Lic. Carla Carrazana

Citar como: Perucha LA. Capacidad Funcional, Estado Nutricional y Hábitos Alimentarios en los adultos mayores no institucionalizados de 5 Comunas de la C.A.B.A. Estudio observacional analítico. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2017.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/724>



*Quando me dicen que soy demasiado viejo
para hacer una cosa, procuro hacerla
enseguida.
Pablo Picasso*



Tema: Capacidad funcional, estado nutricional y hábitos alimentarios.

Subtema: Capacidad funcional, estado nutricional y hábitos alimentarios en el adulto mayor.

Título: Capacidad funcional, estado nutricional y hábitos alimentarios en los adultos mayores no institucionalizados de 5 comunas de la C.A.B.A.: Estudio observacional analítico

Quiero agradecer fuertemente a toda mi familia y amigos, por el aguante, colaboración, comprensión, apoyo y paciencia que me brindaron todos estos años. Soy una convencida que una parte de mi título es un poquito de cada uno de ellos; de cada velita prendida, rezo hecho para que apruebe, voto de confianza, de fe, de energía positiva para que pueda lograr esta meta, este sueño.

Y la otra parte más grande de este logro es tuya, porque me empujaste, porque te sacrificaste tanto o más que yo, porque me aguantaste, porque no me dejaste caer (ni en los peores momentos), porque confiaste en mí más que nadie, porque tomaste mi mano y jamás la soltaste; y porque siempre, siempre estuviste a mi lado para sostenerme, empujarme y levantarme.

No quiero dejar de agradecer el apoyo, el aguante y el cariño de las diferentes compañeras que este camino me regaló, excelentes personas y futuras colegas que jamás voy a olvidar.

Y bueno, así llegué acá, a este nuevo comienzo, porque no lo considero un final.

GRACIAS!

I.Introducción.....	9
1.1. Problema	10
1.2. Objetivo General	10
1.3. Objetivo Específico	10
1.4. Preguntas de Investigación	10
1.5. Viabilidad	11
II.Marco Teórico.....	12
2.1. Marco Conceptual	12
2.1.1. Conceptualización de vejez y envejecimiento	12
2.1.2. Características de los Adultos Mayores	13
2.1.3. Alteraciones más frecuentes en los Adultos Mayores	14
2.1.4. Capacidad Funcional	15
2.1.5. Estado Nutricional en los Adultos Mayores	17
2.1.6. Indicadores de evaluación del Estado Nutricional	18
2.1.7. Hábitos Alimentarios	19
2.1.8. Características de la alimentación del Adulto Mayor	19
2.1.9. Valoración de la Ingesta	20
2.2. Estado del Arte	20
III. Material y Métodos.....	26
3.1. Enfoque, Alcance y Diseño de investigación	26
3.2. Unidad de análisis y observación	27
3.3. Criterios de inclusión, eliminación y exclusión	27
3.4. Población	27
3.5. Muestra	27
3.6. Hipótesis	28
3.7. Operacionalización de variables	29

3.8.	Recolección de Datos	31
3.9.	Prueba Piloto	35
3.10.	Análisis Estadístico	36
IV.	Resultados.....	37
V.	Discusión.....	42
VI.	Conclusión.....	44
VII.	Bibliografía.....	45
VIII.	Anexos.....	51
8.1.	Anexo I: Tabla Operacionalización de variables completa	52
8.2.	Anexo II: Cuestionarios, Escalas e Índices	63

Capacidad funcional, estado nutricional y hábitos alimentarios en los adultos mayores no institucionalizados de 5 comunas de la C.A.B.A.: Estudio observacional analítico.

Lucía Alejandra Perucha – Universidad Isalud
luciaperucha@gmail.com

Resumen

Introducción: El envejecimiento poblacional aumentó considerablemente en los últimos años. El decline de la capacidad funcional podría relacionarse con malnutrición y alimentación inadecuada.

Objetivo: Indagar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores no institucionalizados de 5 comunas de C.A.B.A., durante 2017, y la relación con su capacidad funcional.

Material y Métodos: Estudio Observacional Analítico Transversal. Muestra No Probabilística en adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, de 5 comunas de C.A.B.A., no institucionalizados, en 2017. Se evaluaron las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz), e instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton & Brody). La capacidad músculo esquelética (Escala de Tinetti y Test Get up and Go), el estado nutricional (antropométricamente), el riesgo de malnutrición (MNA), y el consumo de alimentos (cuestionario de frecuencia de consumo).

Resultados: La muestra fue de 90 adultos mayores, de 60-74 años (55,6%), 73,3% fueron mujeres. Un 47,8% presentó normopeso. El 90% mostró independencia para las actividades instrumentales de la vida diaria; y 64,4% bajo riesgo de caídas. Un alto consumo de lácteos descremados (73,3% leche y 76,7% queso) y vegetales A y B (82,8% y 83,3%), moderado de carnes (40%), y nulo de legumbres (44,4%) y alimentos de baja calidad nutricional (75,1%). Los adultos mayores con binomio sobrepeso y obesidad mostraron mayor riesgo de caídas.

Conclusión: La muestra evaluada se caracterizó por bajos porcentajes de dependencia y de riesgo de caídas; como también altos del binomio sobrepeso y obesidad.

Palabras Claves: anciano frágil – hábitos alimentarios – estado nutricional (Decs)

Functional capacity, nutritional status and eating habits in non-institutionalized older adults from 5 communities of C.A.B.A.: Analytical observational study.

Lucía Alejandra Perucha – Universidad Isalud
luciaperucha@gmail.com

Summary

Introduction: Population aging has increased considerably in recent years. The decline in functional capacity could be related to malnutrition and inadequate feeding.

Objective: To investigate the eating habits and nutritional status of non-institutionalized older adults from 5 communes of C.A.B.A. during 2017, and the relationship with their functional capacity.

Material and methods: Transversal Analytical Observational Study. Non-Probabilistic Sample in adults over 60, of both sexes, of 5 C.A.B.A. communes, non-institutionalized, in 2017. The basic activities of daily life (Katz Index) and instrumental of daily life (Lawton & Brody) were evaluated. Muscle skeletal capacity (Tinetti's Scale and Test Get up and Go), nutritional status (anthropometrically), risk of malnutrition (MNA), and food consumption (consumption frequency questionnaire).

Results: The sample was 90 elderly, 60-74 years old (55.6%), 73.3% were women. 47.8% presented normal weight. 90% showed independence for instrumental activities of daily living; and 64.4% under risk of falls. A high consumption of low-fat dairy products (73.3% milk and 76.7% cheese) and vegetables A and B (82.8% and 83.3%), moderate meat (40%) and no vegetables (44.4%) and foods of low nutritional quality (75.1%). Older adults with binomial overweight and obesity were at increased risk for falls.

Conclusion: The sample evaluated was characterized by low percentages of dependence and risk of falls; as well as overweight binomial and obesity (45.6%).

Key Words: Frail Elderly – Food Habits – Nutritional Status

Los cambios en el estilo de vida, condiciones ambientales, el sistema sanitario y una disminución de la natalidad han favorecido el aumento de la expectativa de vida, provocando un incremento de la proporción de personas mayores (1). Según datos de Naciones Unidas (2017) el rápido envejecimiento producirá para el 2050 que todas las regiones del mundo, tengan casi un cuarto o más de sus habitantes mayores de 60 años. Este número se proyecta que será de 1,4 mil millones en 2030 y 2,1 mil millones en 2050, y podría aumentar a 3,1 mil millones en el 2100 (2).. En nuestro país (2012) el 14,3% de la población total está conformada por adultos mayores (AM) de 60 años y más; y un 21,7% reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.). La población de AM está representada en un 57% por mujeres, aumentando a medida que avanzan en edad a un 63% (3).

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, tanto para las personas mayores, como sus familias y sociedades en conjunto. El alcance de esas oportunidades depende de un factor: la salud. Si las personas mayores viven esos años adicionales en buena salud y en un entorno propicio, podrán realizar actividades de forma muy similar a un joven. En cambio, si están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones serán más negativas (4).

La salud en la vejez es un proceso acumulativo que depende del estilo de vida y contexto de cada individuo. La edad cronológica es un factor de riesgo no modificable, pero no es sinónimo de enfermedad, ni de dependencia; y pueden evitarse manteniendo una buena capacidad funcional (5). La capacidad funcional, entendida como la posibilidad de desenvolverse como ser integral: mental, físico y social (6), es evaluada por el grado de autonomía que posee un AM para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y la función músculo-esquelética (5).

Dichas variables se relacionan con un cambio en el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los AM (7). En Argentina, según la 3ra. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles (ENFR) (8) el 42,6% de las personas de 65 años y más presentó sobrepeso y el 24,3% obesidad, mostrando mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres.

Sin embargo, a la fecha no existen en nuestro país estudios que analicen la relación entre la capacidad funcional, el estado nutricional y la alimentación en los AM, siendo esto un desafío multi profesional delante de la heterogeneidad del proceso de envejecimiento. Es por tales motivos, que el objetivo de este trabajo es indagar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los AM no institucionalizados de las comunas 1,5,10,13 y 14 de la C.A.B.A. en el segundo semestre del año 2017, y la relación con su capacidad funcional.

1.1. Problema

¿Qué relación existe entre la capacidad funcional, los hábitos alimentarios y el estado nutricional en los adultos mayores no institucionalizados de 5 comunas de la C.A.B.A.?

1.2. Objetivo General

Indagar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los AM no institucionalizados de 5 comunas de la C.A.B.A., en el año 2017, y la relación con su capacidad funcional.

1.3. Objetivos Específicos

- Evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD),
- Evaluar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD),
- Evaluar las capacidades músculo-esqueléticas,
- Indagar sobre el estado nutricional antropométricamente (IMC) y el riesgo de malnutrición con el Mini Nutritional Assessment (MNA) – Mini Examen del Estado Nutricional.
- Indagar sobre la frecuencia de consumo –mensual y semanal- de los diferentes grupos alimentarios y la cantidad de comidas diarias realizadas.

1.4. Preguntas de investigación

- ¿Cómo son los índices de ABVD y AIVD de la población en estudio?
- ¿Qué capacidad músculo esquelética tienen?
- ¿Cuál es su estado nutricional?
- ¿Qué características generales tienen los hábitos alimentarios de la población de referencia?
- ¿Qué relación existe entre la capacidad funcional, el estado nutricional y los hábitos alimentarios?

1.5. Viabilidad

Este trabajo fue viable, debido se contaba con la posibilidad de ingreso a diferentes centros de jubilados y pensionados, clubes, y eventos de las comunas 1,5,10,13 y 14 de la C.A.B.A.; accediendo a la población de referencia para dicho trabajo. Se llevó a cabo con bajos costos en insumos materiales, sólo se utilizaron cuestionarios validados impresos en papel.

Se calculó un tiempo de realización de un año – académico marzo a noviembre 2017- para la ejecución de la presente investigación y su consecuente presentación (aprobación) a las autoridades de la Universidad Isalud.

2.1. Marco Conceptual

2.1.1. Conceptualización de vejez y envejecimiento

Son procesos dinámicos, heterogéneos e históricos que hacen referencia a una realidad multifacética, no sólo atravesada por el paso del calendario, sino también por los aspectos fisiológicos, psicológicos, corporales, sociales y culturales (9). Su significado no es un elemento universal, sino que se define en función de los discursos preponderantes de las diferentes épocas, por lo que cada medio social, cada cultura crea la imagen de los AM a partir de las normas, valores, prácticas y saberes que prevalecen en cada época y sociedad (10).

Por lo tanto, el envejecimiento humano es entendido como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, produciendo un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedades y muerte (7). Asimismo, se incluyen modificaciones psicológicas y sociales, acompañadas por el cambio de rol del sujeto en la sociedad, y propiciadas por el aumento de la edad calendario y el desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado (9) (10).

La vejez, a su vez, es una etapa de la vida cuya edad de inicio la establece cada sociedad. En nuestro país – y en muchos países en desarrollo y desarrollados, como así también lo establecido por la OMS-, se acepta como inicio a la vejez a partir de los 60 años y más (1) (4) (3) (10) (11) (12).

Asimismo, se reconoce que las características físicas, psicológicas y sociales de las personas de 60 años y más se van diferenciando conforme aumenta la edad; por ello se clasifican a los AM por grupos de edad de la siguiente manera (10):

- ✧ Viejos-jóvenes: de 60 a 74 años
- ✧ Viejos-viejos: de 75 a 89 años
- ✧ Viejos-longevos: de 90 y más años.

Por otra parte, se destaca el concepto de envejecimiento poblacional, el cual hace referencia al aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos, que se expresa en forma de porcentaje (13). Este término surge a raíz de los cambios demográficos del siglo XX que se caracterizaron por una disminución continua de las tasas de fertilidad y

mortalidad, dando como consecuencia un aumento de la longevidad, y por tanto envejecimiento de la población (14).

Se espera para el 2020 que el número de personas de 60 años o más sea superior al de los niños menos de cinco años (4). En nuestro país (2012) el 14,3% de la población total está conformada por AM de 60 años y más. Una de las características de esta población, es la feminización de sus componentes, a causa de los mayores niveles de sobre mortalidad masculina, representada, en el año 2012, por un 57% del total poblacional; y a medida que se avanza en la edad, las mujeres incrementan su participación relativa, llegando al 63% de los AM de 75 años y más (3).

Otra de las características salientes del proceso de envejecimiento es su perfil urbano. Según datos del Censo 2010, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reside el mayor porcentaje de población de 65 años y más (15,7%), seguida por el interior de la provincia de Buenos Aires (11,5%); las provincias de Santa Fe (11,1%); La Pampa (10,9%) y Córdoba (10,8%). Entre las menos envejecidas se encuentran las provincias de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (3,6%), Santa Cruz (4,9%), Misiones (6,2%) y Neuquén (6,4%) (3).

2.1.2. Características de los Adultos Mayores

El envejecimiento es una situación biológica normal, que se desarrolla dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado. Formando un grupo de AM muy heterogéneo, con una amplia variabilidad individual. Cada persona envejece de manera diferente debido a factores intrínsecos y extrínsecos que tendrán relación con lo social, económico, cultural y ambiental (13) (15).

Algunas enfermedades se presentan en forma diferente a la que lo hacen en otras etapas de la vida y, generalmente responden a múltiples causas. Hay una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas, co-morbilidad (coexistencia de varias patologías), asociada habitualmente con polifarmacia (15).

Algunas características sobresalientes de la etapa del envejecimiento son (15):

- ◆ Universal: propia de todos los seres vivos
- ◆ Irreversible: a diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- ◆ Heterogéneo e individual: cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- ◆ Deletéreo: lleva a una progresiva pérdida de función.

◆ Intrínseco: no es debido a factores ambientales modificables, aunque a medida que se ha logrado mejorar éstos, y prevenir y tratar mejor las enfermedades, la curva de supervivencia se hizo más larga.

2.1.3. Alteraciones más frecuentes en los AM

Dentro de las alteraciones funcionales del envejecimiento, las de mayor relevancia son (13):

- a) Hipertensión Arterial: constituye el primordial factor de riesgo de la enfermedad cerebro vascular y de la enfermedad coronaria, ambos principales causantes de la pérdida de funcionalidad en los AM. Particularmente en esta etapa de la vida su alta incidencia y prevalencia se explica con la complejidad clínica relacionada con la presencia de distintos grados de comorbilidad y discapacidad, de polifarmacia, con mayor riesgo de efectos adversos, estado social y fragilidad. La prevención y tratamiento no farmacológico de esta patología se relaciona ampliamente con los hábitos de vida, los cuales incluyen la pérdida o regulación del peso (evitar el sobrepeso y la obesidad), el ejercicio físico, la reducción de la ingesta de sodio, el cese del hábito tabáquico y el consumo moderado de alcohol. Todos ellos reducen la tensión arterial, aumentan la eficacia de los antihipertensivos y reducen el riesgo cardiovascular.
- b) Dislipemias: a medida que la edad avanza aumenta la carga de placas arterioscleróticas, principal factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular (ECV). Para modificar favorablemente el perfil lipídico es importante la variación en el estilo de vida, dieta y ejercicio, como primer escalón terapéutico o coadyuvante con el tratamiento farmacológico. Es importante la reducción de las grasas saturadas, reemplazándolas de modo parcial por hidratos de carbono o por grasas insaturadas o poliinsaturadas, lo que reduce el riesgo cardiovascular.
- c) Insuficiencia cardíaca congestiva: es el motivo más frecuente de hospitalización y reingreso de los AM, se considera fundamentalmente una enfermedad de ancianos. Se acompaña de deterioro físico, funcional, mental (con sus componentes cognitivos y afectivos) y social, con un empeoramiento significativo de la calidad de vida. El incumplimiento terapéutico (fármacos y dieta) es responsable de la mayoría de estas insuficiencias.
- d) Síndrome coronario Agudo: comprende un conjunto de entidades producidas por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario, causando una angina inestable, infarto agudo de miocardio o muerte súbita, según la cantidad y duración del trombo, la existencia de circulación colateral y la presencia de vaso espasmos en el momento de la rotura.
- e) Fibrilación Auricular: es la arritmia cardíaca en la cual existe una actividad auricular rápida y desorganizada, con una frecuencia superior a 350 contracciones por minuto y una respuesta ventricular variable e irregular. Clínicamente puede cursar con palpitaciones, disnea, dolor torácico, mareos, síncope – todos ellos pudiendo ser causa de caída en los AM-, o, incluso, accidentes

cerebro vasculares, edema agudo de pulmón o trombo embolismos. Su prevalencia aumenta con la edad, siendo en su mayoría personas mayores de 65 años.

f) Diabetes Mellitus: enfermedad progresiva, multisistémica, crónica y muy compleja, relacionada al deterioro funcional e incapacidad debido a su amplio espectro de complicaciones vasculares, descompensación metabólica aguda, efectos adversos de la medicación, efectos de esta patología sobre el estado nutricional, etc.

g) Hipo e Hipertiroidismo: su presentación clínica con signos y síntomas inespecíficos es con frecuencia atribuida a otras enfermedades o al proceso normal de envejecimiento. En la tiroides, como consecuencia del envejecimiento, se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos, como ser: disminución de la producción total de T4 y del aclaramiento tiroideo de yodo, de la concentración de T3, etc.

h) Insuficiencia Renal Aguda: su alta incidencia en los AM se debe a varios factores dentro de los cuales se enumeran: el proceso de envejecimiento renal, una mayor exposición a la polifarmacia, la menor metabolización de los fármacos y el padecimiento de varias enfermedades sistémicas.

i) Osteoartrosis: es un grupo heterogéneo de patologías con manifestaciones clínicas similares y cambios patológicos y radiológicos comunes. La artrosis es el resultado de factores mecánicos y biológicos que desestabilizan el acoplamiento normal entre la degradación y la síntesis por los condrocitos de la matriz extracelular del cartílago articular y del hueso subcondral. Sus principales factores de riesgo son: la obesidad, ocupación y actividad, densidad mineral ósea, sexo – mayor incidencia en la población femenina-, edad – crecimiento exponencial a partir de los 50 años- y factores nutricionales –bajos niveles de consumo de alimentos ricos en vitaminas C, E y D-.

j) Cáncer: la edad es un factor de riesgo para padecer estas enfermedades. La disminución en la función renal y hepática implica menor metabolización y excreción de productos potencialmente carcinógenos, así como una mayor vulnerabilidad a estos agentes, por la atrofia de mucosas digestivas, disminución de secreciones gástricas, y carencias de zinc y selenio. Por otra parte, con los años ocurren alteraciones del sistema inmunitario, aumentando el riesgo para las infecciones y el desarrollo de neoplasias. Entre los más frecuentes se encuentran, en hombres el cáncer de próstata, pulmón, colon rectal, vejiga urinaria y estómago; y en las mujeres el de mama, colon-recto, estómago y cuerpo uterino.

2.1.4. Capacidad Funcional

La capacidad humana aumenta desde la niñez y alcanza un punto máximo en la edad adulta temprana, luego es seguida por la declinación. La pendiente descendente de este proceso a lo largo de la vida está determinada en gran parte por factores externos relacionados a comportamientos individuales - tales como el hábito de fumar, la alimentación, la actividad física-; y externos ambientales sobre los cuales el individuo tiene poca o nula influencia y están relacionados con las

políticas gubernamentales –como la contaminación ambiental, la pobreza, la falta de educación, etc.- (16).

La capacidad funcional es la posibilidad del AM de realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Conforme avanza el deterioro de ellas aumenta el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales (13).

Para explorar esta capacidad es importante interrogar acerca de la dependencia o independencia del sujeto para desarrollar actividades de la vida diaria. La valoración funcional se divide en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) -capacidad músculo esquelética- (3) (6) (13) (16).

Las ABVD refiere a la posibilidad del AM de desplazarse por sus propios medios en su cuarto o casa, realizar actividades, que son imprescindibles para sobrevivir, de la vida cotidiana para su auto cuidado como bañarse, vestirse y alimentarse. Se reconocen varios instrumentos para estimar estas actividades, entre los más sobresalientes se encuentran el índice de Katz y el Índice de Barthel (3) (6) (13) (16).

Las AIVD refiere a la realización de actividades de mayor complejidad, tareas en las que la persona interactúa con el medio para mantener su independencia, como ser: cocinar, usar el teléfono, hacer las compras, utilizar los servicios de transporte, etc. Para su objetivación se utiliza, principalmente, la Escala de Lawton & Brody (3) (13) (16).

Por último, las AAVD incluyen aquellas tareas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso (13). La evaluación músculo esquelética es necesaria en este punto, ya que colabora a determinar el riesgo de caídas del AM (17).

La ocurrencia de caídas en los AM se considera un tipo de accidente doméstico, inesperado, no intencional en que el cuerpo del individuo pasa para un nivel más bajo en relación a la posición original, con la incapacidad de corrección en tiempo hábil. Está condicionada a *factores intrínsecos* -inherentes al propio AM, como por ejemplo: edad, sexo, psicofármacos múltiples, enfermedades crónicas, alteraciones en la marcha y movilidad, carencias nutricionales, carencia de vitamina D, deterioro cognitivo, trastornos visuales, entre otros- y *extrínsecos* -relacionados al medio ambiente, por ejemplo: poca iluminación, suelos resbaladizos, superficies irregulares, calzado y ropas inadecuadas, ayudas o dispositivos auxiliares inadecuados, etc.-; es importante destacar que es la segunda causa de muerte por lesiones accidentales y no accidentales (18) (19) (20).

Las consecuencias de las caídas pueden ser desde las más simples (escoriación) hasta las más complejas, como restricciones de actividades, síndrome del miedo de caer, declino en la salud; lo que genera demanda por cuidados de larga duración y dependencia (18).

Expuesto lo anterior, se expresa la importancia de su valoración, siendo los métodos más utilizados y completos el Test de Tinetti (evaluación de la marcha y el equilibrio) y el de cribaje Timed get up & go (levántate y anda) (13) (16).

Otro parámetro a tener en cuenta, relacionado con el envejecimiento y la capacidad funcional es el deterioro cognitivo (13). Entendido como la disminución mantenida del rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas desde un nivel previo más elevado. Las causas son múltiples: demencia, depresión, alteración por la edad, accidentes o procesos cerebro-vasculares, alcoholismo, daño cerebral traumático, etc. Para su evaluación la prueba más utilizada y de referencia mundial es el Mini Mental State Examination (MMSE), que valora la orientación espacial, temporal, memoria inmediata, recuerdo diferido, atención, praxias, órdenes y lenguaje (21).

2.1.5. Estado Nutricional en los Adultos Mayores

Se entiende por estado nutricional aquella condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos (22).

El envejecimiento viene acompañado de cambios que pueden afectar este estado como ser (7) (13):

- Las deficiencias sensoriales, tales como un menor sentido del gusto o del olfato, o ambos, en muchos casos disminuyen el apetito.
- La mala salud bucodental, la reducción de la secreción de saliva y los problemas dentales pueden producir dificultad para masticar, para formar el bolo alimenticio, inflamación de las encías y una dieta monótona de baja calidad, factores que aumentan el riesgo de desnutrición.
- La reducción de la secreción de ácido gástrico reduce la absorción de hierro, ácido fólico, calcio y vitamina B12, y enlentece el vaciamiento gástrico produciendo saciedad precoz.
- El enlentecimiento del tránsito colónico origina tendencia al estreñimiento.
- La pérdida progresiva de visión y audición, así como la artrosis, en muchos casos limitan la movilidad y afectan la capacidad de las personas mayores para ir a comprar alimentos y preparar comidas.
- Los cambios psicosociales y ambientales, como el aislamiento, la soledad, la depresión y la falta de ingresos, pueden tener efectos importantes en la dieta.

- La reducción de la masa magra; 1% anual, es proporcional al nivel de actividad física y determina la reducción de las necesidades calóricas.
- El aumento de la masa grasa es más lento que la reducción de la masa magra, lo que puede condicionar ganancia de peso total a igual ingesta.
- Frecuente déficit adquirido de lactasa, que produce intolerancia a la leche (no al yogur).
- Disminución de la absorción de vitamina D, escasa exposición al sol (menor producción cutánea de vitamina D), menor conversión renal de 25 a 1-25-di-hidroxicolecalciferol. Todo ello determina la menor absorción de calcio que, unido a la menopausia, aceleran el balance negativo de calcio y favorecen la osteoporosis.

Todas estas características que suceden con el envejecimiento dan como consecuencia un déficit alimentario en los AM, y por lo tanto una malnutrición. Entendida ésta última como el estado de deficiencia o exceso de uno o más nutrientes en el organismo (23).

Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, es un agravante que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y también deteriora el pronóstico en el curso de patologías agudas. Se sabe que en los AM existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así por ejemplo se enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos. Por otra parte, un estado nutricional adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de la función en los diferentes órganos y sistemas (23).

2.1.6. Indicadores de evaluación del Estado Nutricional

La evaluación del estado nutricional pretende, mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo. Esta información complementada con los datos de la dieta habitual de la persona, los cambios en su ingesta, y su capacidad funcional completan la evaluación de la población objetivo (16).

Los parámetros para la evaluación del estado nutricional incluyen varios indicadores; entre los más utilizados se encuentra el antropométrico, basado en su uso generalizado y su simplicidad. Las medidas más utilizadas son el peso y la talla, a partir de los cuales se puede estimar el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual permite una clasificación del estado nutricional del AM rápida y sencilla (1) (24) (25), aunque no óptima en su sensibilidad y especificidad. Aun así es un instrumento importante en la valoración poblacional, particularmente cuando se ve potenciado con otros indicadores del estado nutricional (26).

Otro método para evaluar el estado nutricional de los AM es el uso del Mini Nutritional Assessment (MNA), cuestionario de screening específicamente diseñado para esta población, y que

ha demostrado una alta sensibilidad, especificidad, fiabilidad y un alto valor predictivo, principalmente para determinar el riesgo de desnutrición (1).

2.1.7. Hábitos Alimentarios

Los hábitos alimentarios están constituidos por los modos en que un individuo o grupo humano selecciona, prepara y consume determinados alimentos. Éstos hábitos son de naturaleza compleja, e intervienen en ellos dos bloques condicionantes: el primero determinado por factores geográficos, climáticos, políticos, agropecuarios, económicos, de infraestructura y transporte; los cuales influyen en la cantidad, variedad, calidad, tipo de alimentos disponibles y accesibles para el consumo. El segundo, refiere a los factores que intervienen en la toma de decisiones y en la elección individual de alimentos en base a la oferta disponible, como ser: los aspectos psicológicos, sociales, antropológicos, culturales, tradicionales, simbolismo, nivel educativo, nivel de información y concientización por la salud y cuidado personal, marketing, publicidad y medios de comunicación, entre otros (27).

Por lo tanto, el “acto de comer” va más allá de saciar el hambre, es un acto social y relacional de los AM con sus seres más próximos y queridos, que les da satisfacción y bienestar psicoafectivo (28).

2.1.8. Características de la alimentación del AM

La alimentación del AM debe incluir las cuatro comidas –desayuno, almuerzo, merienda y cena-, evitando los largos períodos de ayuno. Distribuido en las diferentes comidas debe asegurarse el aporte de hidratos de carbono preferentemente complejos (almidones), grasas de origen vegetal o animal monoinsaturadas o poliinsaturadas (aceite de oliva, girasol, pollo, pescado azul, etc.), proteínas principalmente de origen animal, fibra alimentaria, y promover la ingesta de antioxidantes, calcio, hierro y vitamina D, para ésta última es importante incentivar la exposición solar de 15 minutos diarios dentro del rango horario permitido (1) (13) (28).

Las personas mayores sanas pueden digerir la mayor parte de los alimentos, si bien presentan una disminución cuantitativa y cualitativa de las secreciones digestivas y de la actividad enzimática, motivo por el que no toleran bien las ingestas copiosas y preparaciones culinarias complejas. Por ello se debe evitar los fritos, los asados, los guisos y las salsas copiosas, y en su lugar incentivar el uso de hervidos y plancha. Asimismo, es de suma importancia la adecuación de la forma, consistencia y temperatura según masticación, deglución y motricidad fina del individuo. Debe controlarse la utilización de sal, y reemplazarla por hierbas aromáticas, condimentos y especias puede mejorar el olor y sabor de los alimentos, aumentando la percepción del sabor (1) (13) (28).

En los AM los líquidos, especialmente el agua, deben considerarse un nutriente más, por su aporte de minerales, y, debido que disminuye la percepción de sed, se hace especialmente importante para evitar la deshidratación. En el caso de las bebidas alcohólicas son un elemento nocivo en la dieta, ya que inhiben el apetito y la absorción de determinados nutrientes (1) (28).

La soledad, la discapacidad, la pérdida de visión y las enfermedades, junto a la poli medicación, son factores de riesgo para la malnutrición como consecuencia de los malos hábitos alimentarios que se adoptan: dietas monótonas, a expensas de conservas, dulcería/bollería, dificultad de acceso a los alimentos y a su elaboración, problemas de inapetencia, dificultades en la absorción de nutrientes, etc. (28).

2.1.9. Valoración de la Ingesta

Para evaluar la ingesta alimentaria individual existen varios métodos, entre ellos el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos es uno de los más utilizados, debido que permite obtener información del modelo de consumo habitual en una población. Además, que es un método barato, rápido y de fácil aplicación (29).

Consta de una lista de alimentos estructurada y organizada, donde se anota la frecuencia (veces por día, por semana, por mes) de consumo de cada uno de los alimentos del listado (25). Brinda una información global de la ingesta, y colabora a distinguir que grupos de alimentos se consumen con alta, media o nula frecuencia en un período de tiempo determinado.

2.2. Estado del Arte

En el Informe Mundial sobre envejecimiento y Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se manifiesta el aumento notable, tanto de la proporción como del número absoluto de personas mayores, en las poblaciones de todo el mundo, destacando que el envejecimiento se convirtió en una cuestión política clave (7).

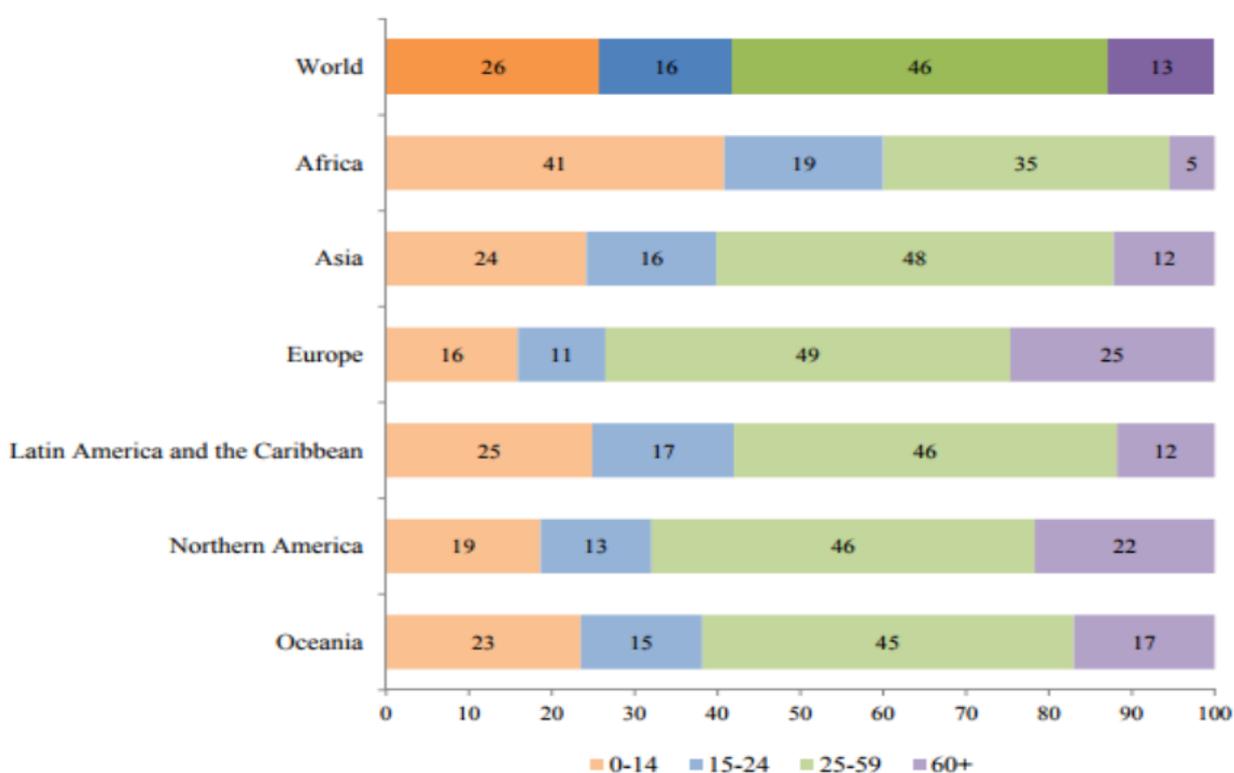
Hoy en día, la población mundial sigue creciendo, aunque más lentamente. Hace diez años, crecía un 1,24%, y hoy día lo hace a un 1,10% por año, lo que arroja un adicional de 83 millones de personas al año. Así es que se proyecta que aumentará un poco más de mil millones de personas en los próximos 13 años, llegando a 8,6 mil millones en el 2030, aumentará aún más, a 9,8 mil millones, en el 2050; y se estima que 11,2 mil millones será para el año 2100 (2).

En 2017, se estima que hay 962 millones de personas de 60 años y más en el mundo, que comprenden un 13% de la población mundial. Dicha población está creciendo a una tasa de

alrededor del 3% anual. Actualmente, Europa tiene el mayor porcentaje de población de AM, 25% (Gráfico N° 1) (2).

El rápido envejecimiento producirá para el 2050 que todas las regiones del mundo, excepto África, tengan casi un cuarto o más de sus habitantes mayores de 60 años. Este número se proyecta que será de 1,4 mil millones en 2030 y 2,1 mil millones en 2050, y podría aumentar a 3,1 mil millones en el 2100 (2).

Gráfico 1: Porcentaje de población (en millones) en grupos de edades amplias para el mundo, y por región, 2017



Fuente: Informe "Perspectivas de la Población Mundial", Revisión 2017, Naciones Unidas (2)

En nuestro país, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en el año 2015, un 14,9% de la población total correspondía a personas de 60 años y más; en 2017, indican que el 15,2 % pertenece a dicha población. De este porcentaje, el 57,2 % son mujeres, y a medida que avanza la edad incrementan su participación representando el 63,6% de las personas de 75 años y más. En sus proyecciones para el 2040 señalan que el porcentaje aumentará a un 20,6%, representado en un 56,3% por mujeres (30).

Estado Nutricional

En lo referido al estado nutricional, se publicó un artículo cuyos datos surgían de entre los años 2006 y 2007 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que tenía por objeto comparar el

estado nutricional de 157 AM evaluados a través de la encuesta MNA con aquel resultante de la evaluación de la ingesta calórica y parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos. Como resultado de la valoración nutricional del MNA se encontró que un 29,9% (n=47) se clasificaba con malnutrición, un 54,8% (n=86) con riesgo de malnutrición y un 15,3% (n=24) sin riesgo de malnutrición (31).

En el 2015 se realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar el estado nutricional de 107 AM concurrentes a un centro de atención ambulatorio de Cuenca, Ecuador, se identificó que el 72% de los encuestados tenía un estado nutricional adecuado; el 23,4% tenía sobrepeso y el 4,7% eran desnutridos.; no observándose obesidad en dicha población (32).

En el Municipio de Goiânia, Brasil (2016), se propuso un estudio que incluyó 418 adultos mayores de 60 años usuarios del Sistema Único de Salud donde se investigó la prevalencia de obesidad y factores asociados, con énfasis en la presencia de otras enfermedades y en el consumo alimentario. Como resultado se encontró que la prevalencia de obesidad fue del 49%, siendo el 51,1% mujeres; el mayor porcentaje 51,7% en personas de entre 60-69 años, descendiendo a un 27,6% en aquellas de 80 años y más. En cuanto a la variable de la ingesta de alimentos se observó que un 46,5% tenía un consumo inadecuado de legumbres y verduras, pero no así de frutas y leche descremada 56,2% y 60% adecuado, respectivamente (33).

Un año después, pero con fuentes del año 2012 y 2014 realizado en San Juan de Pastos, Nariño, Colombia con AM mayores de 60 años, y cuyo desafío fue determinar la frecuencia de desnutrición o riesgo de desnutrición y los factores asociados, utilizando el Mini Nutritional Assessment (MNA), halló que el 60,1% de los individuos tenían alto riesgo de desnutrición y el 6,5% padecían desnutrición (34).

Capacidad Funcional

Otro factor a considerar fue la capacidad funcional, y dentro de ella la capacidad de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En un estudio en la Ciudad de México (2007) donde se utilizó la información obtenida en la primera vuelta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM, 2001), se propuso identificar los factores asociados con la dependencia funcional de los AM para realizar ABVD y AIVD. Un 7,3% (n=521) de los participantes eran dependientes para realizar al menos una de las ABVD; y el 8,4% (n=603) lo eran para al menos una de las AIVD. En ambos casos se observó que el grupo de personas con dependencia pertenecían a los de mayor edad, y prioritariamente eran mujeres (35).

En otra publicación del año 2010 en el Sur de Brasil, se estudió el estado nutricional, el rendimiento físico y la capacidad funcional de 477 personas de entre 60 y 100 años, se encontró que el 26,4% y el 43,5% eran dependientes en las variables ABVD y AIVD, respectivamente. Un

53% presentó exceso de peso (IMC mayor a 27 kg/m²) y el 38,8 % peso normal (22 a 27 kg/m²). En su análisis de la relación entre el estado nutricional, las ABVD y las AIVD mostraron que los sujetos con sobrepeso tenían mayor prevalencia de declinación en dichas actividades en comparación con los de IMC normal, esto lo evidencian numéricamente, mostrando que el 49,2% de los adultos mayores con dependencia en las AIVD y el 31,5% con dependencia en las ABVD, padecen sobrepeso (36).

En el año 2015, se publicó un artículo sobre la capacidad funcional y nivel cognitivo de AM residentes en el área urbana del municipio de Río Grande do Sul, Brasil, donde se estudió a 368 ancianos mayores de 60 años y más. El mismo mostró que el 93,48% de la población en estudio era independiente en sus ABVD (evaluado con el índice de Katz); y que el 85% era también independiente en sus AIVD (por Escala de Lawton) (37).

Riesgo Caídas

En lo referido al riesgo de caídas y la capacidad músculo esquelética, un estudio del año 2003, realizado en 104 pacientes de 60 años y más, concurrentes a un consultorio médico en la localidad de Alamar, Ciudad de La Habana, Cuba; encontró que el 43,3% del total de la población en estudio (utilizando la Escala de Tinetti) tenían riesgo de sufrir caídas, predominando las mujeres con un 48,3% sobre los hombres (36,4%); y que estos valores se incrementaban a medida que aumentaba la edad, siendo en las personas de 80 años y más un porcentaje del 66,7% (38).

En Brasil, en 240 sujetos, mayores de 60 años, entre los años 2010 y 2011, se determinó la prevalencia de caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Dicha prevalencia en los 6 meses anteriores a la entrevista fue del 33,3%; y entre ellos la mayoría pertenecía al sexo femenino y adultos mayores de entre 60-79 años (18).

En la Ciudad de Lima, Perú (2014), se evaluó el riesgo de caídas asociado a las variables socio demográficas y el estado cognitivo en el adulto mayor que acudía a dos Centros de Día en la ciudad anteriormente citada, se estudiaron 150 personas, mayores de 60 años y más, y se encontró en la evaluación de la marcha y equilibrio mediante la Escala de Tinetti que el 24,7% presentaban alto riesgo de caer y el 38,7% no presentaba riesgo de sufrir caídas, con predominio del sexo femenino (39).

Hábitos Alimentarios

Los hábitos alimentarios en los AM, según un estudio en el Municipio de Caldas, Colombia con 381 AM, en el 2005, mostró que el 8.2% consumía sólo 1 o 2 comidas al día lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de fragilización; y un 23% no consumía la última comida del día. Asimismo, se identificó que el 43%

(108) y el 50% (126) del total de los encuestados consumía lácteos, frutas y verduras, respectivamente, una sola vez al día. Acerca de las carnes el 77% (290) las consumía a diario. (40).

En Chile (2016), se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los hábitos alimentarios, estado nutricional, actividad física y estilo de vida de 183 AM activos pertenecientes a tres grupos organizados de la comunidad de Chillán, y se encontró que, en cuanto al estado nutricional (analizado antropométricamente) tanto en hombres como en mujeres predominó el normo peso (57,3 y 53,7%), seguido de sobrepeso (38,1 y 30,2%) y obesidad (4,8 y 16,1), respectivamente. Respecto a los hábitos alimentarios identificaron que el 66% realizaba tres comidas al día y un 34% hacía cuatro. El 13% no consumía lácteos diariamente, y del restante que sí lo hacía un 62% era bajo en grasa. El consumo de legumbres en 2 o más veces por semana alcanzó el 45% de los encuestados; un 15% consumía 2 o más porciones de pescado por semana; en cuanto a las verduras y frutas reveló que el 100% de la población consumía, aunque sea una vez al día; por último, en lo referido a la ingesta de agua el 47% consumía de 3 a 5 vasos al día (41).

En nuestro país

En Argentina, alrededor del 10% de los AM presentan dependencia en sus actividades básicas de la vida diaria, y a medida que aumenta la edad aumenta esta característica, siendo de un 5% en el grupo de 60 a 74 años y un 21% entre los de 75 años y más. Las mujeres con dependencia básica duplican a los varones en todos los grupos de edad (3) (Tabla 1)

Tabla 1: Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según existencia de dependencia básica. Total del país. Año 2012

Grupo de edad y sexo	Existencia de dependencia básica	
	Sí	No
	%	
Total 60 años y más	9,5	90,5
Varones	5,9	94,1
Mujeres	12,2	87,8
60 a 74 años	4,9	95,1
Varones	3,5	96,5
Mujeres	6,0	94,0
75 años y más	20,7	79,3
Varones	13,2	86,8
Mujeres	25,2	74,8

Fuente: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM 2012)

Respecto de las AIVD el 22% de los AM tiene al menos una de estas limitaciones, y las mujeres quienes tienen mayor presencia en este tipo de dependencia. También esta característica crece con la edad, siendo el 14% de los AM entre 60 y 74 años y se triplica entre los de 75 años y más, alcanzando el 41% (3) (Tabla 2)

Tabla 2: Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según existencia de dependencia instrumental. Total del país. Año 2012

Grupo de edad y sexo	Existencia de dependencia básica	
	Sí	No
	%	
Total 60 años y más	21,9	78,1
Varones	15,7	84,3
Mujeres	26,5	73,5
60 a 74 años	14,0	86,0
Varones	11,5	88,5
Mujeres	16,1	83,9
75 años y más	41,0	59,0
Varones	28,1	71,9
Mujeres	48,8	51,2

Fuente: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM 2012)

En cuanto al estado nutricional en nuestro país, según la 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles (2013), el 42.6% de la población de 65 años y más tiene sobrepeso, y el 24.3% obesidad (8).

El 32 % de los AM, en nuestro país en 2012, ha sufrido una caída en los últimos años, siendo mayor el porcentaje de mujeres -cuatro de cada diez a diferencia de los hombres que se estimó que dos de cada diez- y achicándose la brecha a medida que aumenta la edad (3).

En cuanto al consumo de los diferentes grupos alimentarios, en un estudio en la Provincia de Catamarca, Argentina, en el año 2009, con 135 AM, se encontró que el consumo de cereales, pastas y legumbres fue moderado; el de vegetales A y B se estimó alto al igual que el de carnes de vaca magra, pero no así el de leche descremada que resultó nulo. En lo referido a los alimentos de consumo opcional y de riesgo, se encontró que el de manteca, mayonesa, leche entera fue moderado y el de gaseosas, dulces, sal y azúcar elevado, lo que aumenta el riesgo de malnutrición (27).

3.1. Enfoque:

El enfoque de esta investigación fue Cuantitativo, debido que la realidad sobre la que se trabajó fue una realidad conocida y objetiva. Se observó neutralmente lo que realmente sucedió con los AM referido a su capacidad funcional, como se alimentaban y su estado nutricional, realizando test y cuestionarios a fin de obtener información necesaria para responder a la pregunta de investigación (probarse empíricamente a través de los cuestionarios/test validados) (42).

Se aplicó una lógica deductiva, partiendo de teorías y supuestos encontrados en la revisión bibliográfica, se desarrolló a partir de ella, el problema particular basado en la población de referencia (AM), el objetivo, pregunta de investigación e hipótesis.

Con este estudio se buscó ampliar, explicar y encontrar la relación entre las variables planteadas, de modo de generar un mayor conocimiento en el plano de la salud del AM de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y colaborar con las estrategias de Atención Primaria hacia esta población.

Alcance:

El alcance de esta investigación fue Correlacional, se pretendió conocer la relación que existe entre el estado nutricional, los hábitos alimentarios y la capacidad funcional en los AM no institucionalizados de las comunas 1,5,10,13 y 14 de la C.A.B.A., en el 2do. semestre del año 2017. Para ello se midió cada una de las variables en cuestión, a partir de los diferentes instrumentos de recolección de datos validados, y luego se analizó su grado de asociación, teniendo en cuenta las hipótesis planteadas. De este modo se buscó saber cómo se modifica la variable capacidad funcional en función del estado nutricional y los hábitos alimentarios de la población (42).

Diseño:

El diseño utilizado en esta investigación fue Observacional Analítico Transversal. Se observaron las variables tal como se presentaron en su ambiente natural, y sin manipulación de las mismas. En este caso, se fue, en un momento determinado, a diferentes sitios de encuentro (Centros de Jubilados y Pensionados, clubes barriales) donde se halló naturalmente a la población de referencia –AM-, se les hizo completar cuestionarios y realizar algunos test, sin influir en sus respuestas ni acciones. En primer lugar, se describieron dichas variables, y luego se midió la relación entre el estado nutricional, los hábitos alimentarios y la capacidad funcional (42).

3.2. Unidad de Análisis y Observación: Adultos mayores.

3.3. Criterios de Inclusión: Fueron incluidos en la presente investigación las personas con las siguientes características:

- ✕ AM (personas mayores de 60 años),
- ✕ de ambos sexos,
- ✕ no institucionalizados,
- ✕ que residieran en las comunas 1,5,10,13 y 14 de la C.A.B.A.,
- ✕ en el segundo semestre del año 2017,
- ✕ y que accedieran a participar voluntariamente del estudio.

Criterios de Eliminación: Se eliminó todo AM al que no se le haya podido completar todos los test y cuestionarios.

Criterios de Exclusión: Fueron excluidos de dicha investigación los AM con las siguientes características:

- ✕ con deterioro cognitivo (clasificado por el Mini Mental State Examination –MMSE-) (43) (13),
- ✕ resultado en el Índice de Katz en categoría F o G, o que sea dependiente en la variable movilidad,
- ✕ resultado en la Escala de Lawton & Brody con dependencia severa o total.

3.4. Población: Conjunto de AM (personas con 60 o más años) que vivieran en las comunas 1,5,10,13 y 14 de la C.A.B.A. en el segundo semestre del año 2017, y no estaban institucionalizados al momento de la toma de datos.

3.5. Muestra: Tipo de muestra *No Probabilística (por conveniencia)*, la elección de los elementos dependió de las características de la investigación y de quien hace la muestra. En este caso sólo fueron parte de la muestra aquellos AM que concurrían a Centros de Jubilados y Pensionados, clubes, eventos y residían en las comunas 1,5,10,13 y 14 de la C.A.B.A., debido que la investigadora contaba con acceso a estos sitios; y que se hacía imposible realizar los test y cuestionarios a las personas sueltas por la calle, sino que se precisaba de contar con un sitio acorde para ello.

3.6. Hipótesis:

H1= Cuanta mayor sea el riesgo de malnutrición de los AM no institucionalizados de las comunas 1,5,10,13 y 14 de la C.A.B.A., mayor es la dificultad para llevar a cabo las AIVD –mayor dependencia- (Clasificación: de investigación, correlacional con dirección, multivariada).

H2= Los AM independientes no institucionalizados de las comunas 1, 5, 10, 13 y 14 de la C.A.B.A., presentan un alto consumo de alimentos de buena calidad nutricional en relación a los AM dependientes (Clasificación: de investigación, de diferencia de grupos a favor de uno, multivariada).

H3= A mayor binomio de sobrepeso y obesidad mayor riesgo de caídas, en los AM no institucionalizados de las comunas 1, 5, 10,13 y 14 de la C.A.B.A. (Clasificación: de investigación, correlacional con dirección, multivariada).

3.7. **Tabla 3: Operacionalización de Variables**

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Edad	Edad	Tiempo que vivió una persona desde el día de su nacimiento (44)	Edad (años)	*Viejos-jóvenes de 60 - 74 años *Viejos-viejos de 75 - 89 años *Viejos-longevos > a 90 años (10)	Cuantitativa /Privada / Policotómica /Ordinal/ Discreta	Encuesta - Cuestionario
Género	Género	Concepto que una persona tiene sobre sí misma de ser varón y masculino o mujer y femenina o ambivalente. Suele basarse en sus características físicas, la actitud y las expectativas paternas y las presiones psicológicas y sociales. Es la experiencia íntima del rol del género (44)	Género	*Femenino *Masculino	Cualitativa / Privada / Dicotómica / Nominal	Encuesta - Cuestionario
Capacidad Funcional	Actividades Básicas de la Vida Diaria	Escala que evalúa el estado funcional global de forma ordenada, campara individuos, grupos y detecta cambios a lo largo del tiempo. Proporciona un índice de autonomía-dependencia (13) (45)	Nivel de Incapacidad	*Grados A-B o 1-2 puntos= ausencia de incapacidad o incapacidad leve. *Grados C-D o 2-3 puntos= incapacidad moderada. *Grados E-G o 4-6 puntos= incapacidad severa	Cuantitativa /Privada/ Policotómica/ Ordinal/ Discreta	Encuesta - Cuestionario de Índice de Katz (13) (45) (46)

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Capacidad Funcional	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Escala que valora la capacidad de la persona para realizar actividades básicas de autocuidado y del estado mental (13) (45)	Nivel de Dependencia	*0-1 Dependencia total *2-3 dependencia severa *4-5 dependencia moderada *6-7 dependencia ligera *8 autónomo	Cuantitativa / Privada / Policotómica / Intervalar/ Discreta	Encuesta - Cuestionario de Escala de Lawton & Brody (13) (45)
Capacidad Funcional	Capacidad Músculo-Esquelética	Aquella capacidad que permite mantener una marcha y equilibrio normal, de modo de evitar el riesgo a caídas (13) (45) (19) (47)	Riesgo de Caídas	*Más de 20 segundo= Alto riesgo de caídas. * Entre 10 y 20 segundos =Con riesgo moderado de caídas. * Menos de 20 segundo = Bajo riesgo de caídas.	Cuantitativa / Privada / Policotómica / De Razón / Continuas	Test "get up and go" (45) (19) (47)
Capacidad Funcional	Capacidad Músculo-Esquelética	Aquella capacidad que permite mantener una marcha y equilibrio normal, de modo de evitar el riesgo a caídas (13) (45) (19) (47)	Equilibrio	*<19 puntos Alto Riesgo Caídas	Cuantitativa / Privada / Dicotómica / De Razón / Discreta	Escala de Tinetti (13) (45) (19) (47)
Capacidad Funcional	Capacidad Músculo-Esquelética	Aquella capacidad que permite mantener una marcha y equilibrio normal, de modo de evitar el riesgo a caídas (13) (45) (19) (47)	Marcha	*19-28 puntos Bajo Riesgo de caídas	Cuantitativa / Privada / Dicotómica / De Razón / Discreta	Escala de Tinetti (13) (45) (19) (47)
Estado Nutricional	Riesgo de Desnutrición por cribaje	Posibilidad de un desequilibrio nutricional, resultante de la insuficiente ingesta de nutrientes para satisfacer los requerimientos fisiológicos normales (1) (48)	Estado Nutricional	*Entre 24 y 30 puntos Estado Nutricional Normal *Entre 17 y 23,5 Riesgo de malnutrición *Menos de 17 puntos Malnutrición	Cuantitativa / Privada / Policotómica / De Razón / Continuas	Encuesta - Cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) (48)

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Hábitos Alimentarios	Frecuencia de consumo semanal	Cantidad de veces de cada grupo de alimentos que consume por semana un individuo (27) (26)	Frecuencia semanal de consumo de los grupos alimentarios	*Alta= 3 veces por semana o más. *Moderada= 2 veces por semana *Baja= 1 vez por semana *Nula= 0 veces por semana	Cuantitativa / Privada / Policotómica / De Razón / Discreta	Encuesta – Cuestionario (27) (26)

3.8. Recolección de Datos

Para objetivo: **Evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)** (13) (45) (46)

Índice de Katz: Se trata de una escala sencilla, breve y que no requiere de un entrevistador especialmente entrenado, cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones socio biológicas. Su carácter jerárquico permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos, grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. Consta de seis ítems dicotómicos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración (unos veinte minutos). Estos seis ítems están organizados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. Es altamente replicable, con coeficientes de replicabilidad entre 0,94 y 0,97. Éste índice presenta 8 posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente para todas las funciones menos una.
- C. Independiente para todas, excepto bañarse y una función adicional
- D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, y una función adicional.
- E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al baño y una función adicional.
- F. Independiente para todas, excepto bañarse, ir al baño, vestirse, trasladarse y una función adicional de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en, al menos, dos funciones, pero no clasificable en C, D, E o F.

Para este índice se debe aclarar que se considera independiente aquella persona que no necesita ayuda o utiliza ayuda mecánica; y dependiente a la que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión de una actividad por otro.

Se puede puntuar de dos formas, una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otro modo es tomando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc., de independencia. Al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivalen al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente. Entonces se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0-1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2-3 puntos= incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4-6 puntos= incapacidad severa.

Para objetivo: **Evaluar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)** (13) (45)

Escala de Lawton & Brody: Es una escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar actividades básicas de autocuidado y del estado mental. Su modo de empleo es por un cuestionario heteroadministrado, de fácil aplicación y corta duración (5-10 minutos).

La valoración es a través de una escala numérica del 0 al 8, interpretándose del siguiente modo:

- 0-1 dependencia total
- 2-3 dependencia severa
- 4-5 dependencia moderada
- 6-7 dependencia ligera
- 8 autónomo

Para objetivo: **Evaluar las capacidades músculo-esqueléticas** (13) (45) (19) (47)

Estas capacidades son evaluadas a través de analizar el riesgo de caídas que tiene un AM. Las caídas constituyen un fenómeno frecuente en las personas de edad avanzada y son una de las principales causas de lesiones y discapacidad en este grupo de población, como así también son determinantes de la capacidad funcional, disminuyendo su autonomía y su esperanza de vida. Existen diversos test para su evaluación, en este caso utilizaremos la escala de Tinetti y el test de Timed get up & go (levántate y anda).

A) La escala de Tinetti es un test observacional que está conformado por dos sub-escalas que exploran el equilibrio (estático y dinámico) y la marcha. La primera está compuesta por 9

acciones, con un valor máximo de 16 puntos. La segunda está formada por 7 tareas, con una puntuación máxima de 12. Su administración requiere poco tiempo, no precisa equipamiento ni entrenamiento especial del explorador, y es sensible a los cambios clínicos. Así, puntuaciones inferiores a 19 indican un alto riesgo de caídas y puntuaciones entre 19 a 28 (máxima puntuación del test), un bajo riesgo de caídas.

B) El test “get up and go” fue diseñado como una herramienta de cribado (screening) para detectar problemas de equilibrio en la población, en la que el sujeto debía levantarse de una silla con apoyabrazos, caminar tres metros, girar sobre sí mismo, retroceder los tres metros y volver a sentarse; mientras el examinador cronometra el tiempo que precisa para realizar la prueba. Se trata de un test rápido, que no requiere de equipamiento especial, ni entrenamiento específico. Se determinó que la persona tenía alto riesgo de caídas y requería más evaluación si tardaba más de 20 s, estaba en el límite de la normalidad (con riesgo de caídas moderado) si tardaba entre 10 y 20 y se consideraba normal si tardaba menos de 10.

Para objetivo: **Indagar sobre el estado nutricional antropométricamente (IMC) (24) y el riesgo de malnutrición con el Mini Nutritional Assessment (MNA) – Mini Examen del Estado Nutricional (48).**

A) Desde una perspectiva antropométrica, el estado nutricional puede evaluarse obteniendo el Índice de Masa Corporal (IMC) de las personas. Los puntos de cortes que se utilizarán en este estudio son los siguientes:

Tabla N° 4: Puntos de corte para el IMC en adultos mayores

IMC (kg/m ²)	Estado Nutricional
Menos a 22	Bajo Peso
22 - 27	Peso Normal
27 - 32	Sobrepeso
Mayor a 32	Obesidad

Ref: Lipschitz, DA. Evaluación del estado nutricional en ancianos, 1994

B) El MNA es un método de evaluación nutricional (screening) específico para los AM, presenta una alta sensibilidad, especificidad, fiabilidad y un alto valor predictivo, principalmente determina riesgo de desnutrición. Se trata de un cuestionario que consta de dos partes: un cribaje de 7 preguntas y una evaluación de 12 que sólo se realiza si el primero da positivo. Una puntuación mayor o igual a 24 indica que el paciente tiene un buen estado nutricional; entre 17 y 23,5 riesgo nutricional, donde puede suceder que la persona no haya perdido mucho peso ni se hayan alterado

sus parámetros bioquímicos, pero sí que está teniendo una ingesta calórica-proteica inferior a la recomendada. Si la puntuación es menor a 17 significa desnutrición calórico-proteica.

Para el objetivo: **Indagar sobre la frecuencia de consumo alimentario y la cantidad de comidas diarias realizadas.** (8) (13) (27) (45) (26)

Al indagar la cantidad de comidas realizadas y la frecuencia de consumo de alimentos de los diferentes grupos, se intenta obtener información respecto a la cantidad de alimentos que ingiere el AM, de modo de relacionar esto con su estado nutricional y capacidad funcional.

Este cuestionario, de corta duración, consta de 4 preguntas, donde se indaga sobre la edad de los AM, su género, comidas que realiza en el día, enfermedades crónicas que padece, cambios en su alimentación en la última semana o mes. Acompañado de un cuestionario de frecuencia de consumo semanal de cada grupo alimentario.

Para la obtención de una interpretación clara y útil a la presente investigación del cuestionario aplicado, se utilizan dos lógicas-deductivas: en primera instancia se evalúa la cantidad de veces por semana que se consume cada alimento, entendiendo que 3 o más veces el consumo es alto, 2 veces por semana es moderado, una vez es bajo y ninguna vez por semana u ocasionalmente es nulo. En segundo lugar, se estimó el consumo por grupo alimentario tomando en cuenta la cantidad de consumos altos que se interpretaron en la primera parte y a partir de ello calculando porcentajes. Por ejemplo: en el caso de los lácteos, se consultó sobre 4 alimentos: leche/yogur entero, leche/yogur descremado, quesos enteros y quesos descremados; y se consideró que si en dos de estos cuatro grupos ($\geq 50\%$) tenían una ingesta alta, el consumo del grupo sería alto; si en uno sólo se observaba alto ($\geq 25\%$), el consumo del grupo se consideraría de moderado a bajo; y si no había en ningún alimento un consumo alto ($< 24,9\%$) se valoró como ingesta ocasional o nula (27) (Tabla N°5).

Tabla N° 5: Interpretación consumo de grupos de alimentos

GRUPO DE ALIMENTOS/ CONSUMO Y CANTIDAD DE ALIMENTOS POR GRUPO	ALTO		MODERADO A BAJO		OCASIONAL/NULO	
	Cantidad de Consumos Altos	%	Cantidad de Consumos Altos	%	Cantidad de Consumos Altos	%
<i>Lácteos (n=4)</i>	2	≥ 50%	1	≥25%	0	<24,9%
<i>Carnes y Huevo (n=4)</i>	2	≥ 50%	1	≥25%	0	<24,9%
<i>Vegetales y Frutas (n=3)</i>	2	≥66%	1	≥33%	0	<32,9%
<i>Cereales y Legumbres (n=5)</i>	3	≥60%	2	≥40%	≤1	<39,9%
<i>Aceites y Grasas (n=3)</i>	2	≥66%	1	≥33%	0	<32,9%
<i>Alimentos de consumo opcional (n=11)</i>	≥5	≥45%	≥2	≥18%	≤1	<17,9%
<i>Agua (n=2)</i>	1	≥50%	NC	NC	0	<49,9%

Ref.: Elaboración Propia

Nota: NC= No corresponde

3.9. Prueba Piloto

La prueba piloto consistió en la aplicación de todos los test y cuestionarios: MMSE, Índice de Katz, Escala de Lawton & Brody, Escala de Tinetti, Test de Timed get up & go (levántate y anda), MNA, cuestionario de frecuencia de consumo y cantidad de comidas diarias realizadas; con el fin de evaluar la redacción, comprensión, la confiabilidad, la viabilidad de la investigación, entre otros aspectos vitales para el mejoramiento del diseño de la presente investigación.

Se llevó a los días sábado 24 y martes 27 de junio de 2017, con 4 personas que conformaban la unidad de análisis. Se seleccionaron al azar 2 AM de cada grupo etario (Viejos-jóvenes de 60-74 años y Viejos-viejos de 75–89 años).

A partir de la presente prueba se detectó que la información brindada en los aspectos éticos era demasiado extensa y las personas se cansaban de leer, por tal motivo se les dio lectura y luego firmaron el consentimiento. Por otro lado, se reconoció que había datos repetidos en varios de los test, como ser el nombre, fecha de nacimiento, edad y fecha de realización de la encuesta o test. Asimismo, se identificó la falta de los casilleros para el diagnóstico en las pruebas del Índice de Katz, Escala de Lawton & Brody, Test Timed Up and Go y Escala de Tinetti complicando la vista rápida de la situación del encuestado.

Se calcularon los tiempos de cada una de las pruebas (MMSE de 6 minutos 32 segundos, Índice de Katz 1 minuto 03 segundos, Escala de Lawton & Brody 2 minutos 10 segundos, Escala

de Tinetti 4 minutos, MNA 5 minutos 53 segundos y, por último, el cuestionario de frecuencia de consumo 12 minutos). Con un tiempo total de 30 minutos. Ninguno de los encuestados sintió tedioso el tiempo transcurrido, y les ha parecido llevadero, motivador e interesante su realización.

3.10. Análisis Estadístico

Para el análisis y carga de los datos se construyó una planilla en el programa Microsoft Excel®, versión 2016 para Windows.

Las variables cuantitativas fueron analizadas empleándose medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desvío estándar).

Se utilizó, también, estadística descriptiva, por medio de frecuencias absolutas y porcentajes.

Del total de Adultos Mayores (AM) encuestados (n=90), el 73,3 % fueron mujeres (n=66) y el 26,7% hombres (n=24), y no hubo eliminados ni excluidos. La edad media fue de $73 \pm 8,49$ años. En cuanto a los grupos etarios el 55,6% pertenecían a la categoría viejos- jóvenes (n=50), el 38,9% a la de viejos-viejos (n=35) y un 5,6% a la de viejos-longevos (n=5), notándose una fuerte prevalencia del género femenino en todas las categorías, fundamentalmente en la última.

En relación a las características antropométricas el peso promedio fue de $73,93 \pm 15,38$ kg, la talla de $1,60 \pm 0,09$ m y el IMC $28,8 \pm 5,36$ kg/m². No se observaron diferencias en el IMC entre los géneros.

El estado nutricional mostró un predominio del normo peso con un 47,8% (n=43) del total de la muestra en estudio, de los cuales el 58,3% (n=14) correspondió a hombres y el 43,9% (n=29) a mujeres. Le siguió la categoría obesidad con un 24,4% (n=22) del total, distribuidos en un 25,8% (n=17) en mujeres y un 20,8% (n=5) en hombres. (Tabla N° 6)

Tabla N° 6: Características antropométricas y estado nutricional de los adultos mayores según género (n=90)

Antropometría	FEMENINO \pm DS	MASCULINO \pm DS
Edad (años)	73,03 \pm 9,1	73,5 \pm 6,8
Peso (kg)	70,46 \pm 13,9	83,48 \pm 15,6
Talla (m)	1,56 \pm 0,07	1,70 \pm 0,07
IMC (kg/m ²)	28,92 \pm 5,5	28,63 \pm 4,9
ESTADO NUTRICIONAL	%(n)	%(n)
Peso Insuficiente	7,6 (5)	4,2 (1)
Normopeso	43,9 (29)	58,3 (14)
Sobrepeso	22,7 (15)	16,7 (4)
Obesidad	25,8 (17)	20,8 (5)
TOTAL	100 (66)	100 (24)

Ref.: Elaboración Propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

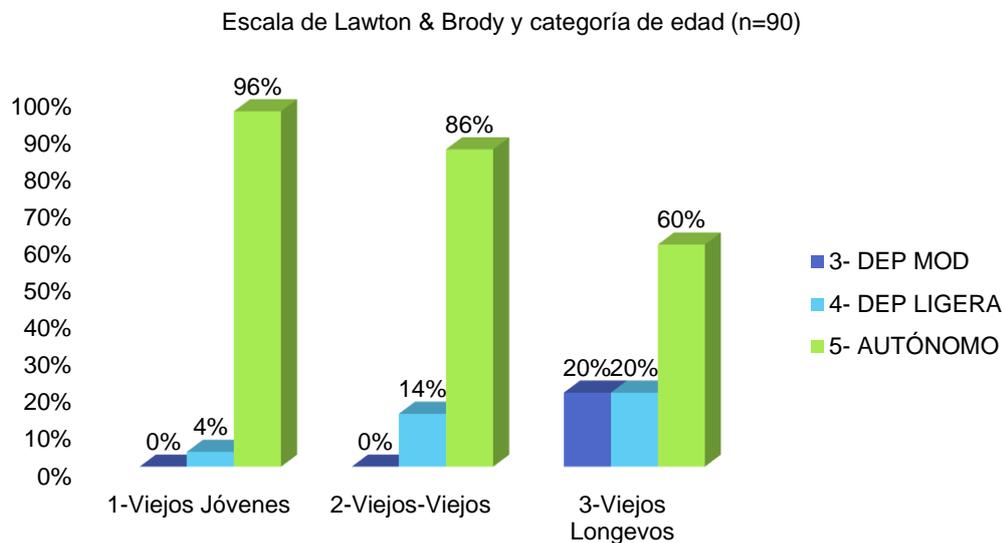
Respecto el riesgo de malnutrición, de la muestra total (n=90), el 8,9% (n=8) presentó riesgo de malnutrición, y el 2,2% (n=2) malnutrición, en el cribaje. De los 10 AM con riesgo y malnutrición por cribaje, se observó en la evaluación completa que el 40% (n=4) efectivamente cursada con riesgo.

Dependencia para realizar ABVD y AIVD, y Riesgo de Caídas

En la evaluación de la capacidad funcional, el 99% de los AM (n=89) se identificó con ausencia de incapacidad en las ABVD, y el 90% (n=81) autónomo en las AIVD, siendo el 10 % (n=9)

dependientes en al menos uno de los ítems. En el gráfico N° 1 puede observarse que a medida que aumentó la edad aumentó la dependencia para las AIVD. (Gráfico N°2)

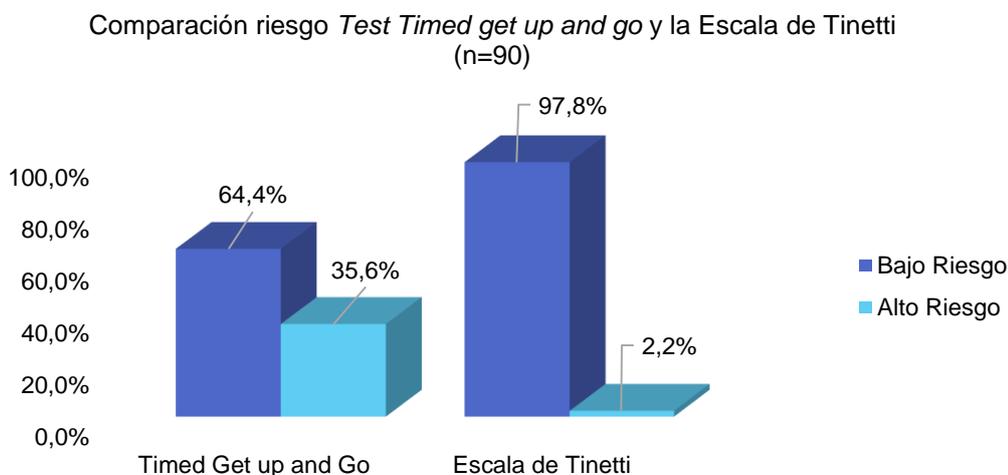
Gráfico N° 2: Interpretación de la Escala de Lawton & Brody (AIVD) según categoría de edad



Ref.: Elaboración Propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

Al evaluar las caídas, por el test de cribaje de levántate y anda, un 35,6% (n=32) se diagnosticó con riesgo moderado y alto, siendo el tiempo promedio $10,65 \pm 3,35$ segundos, y mostrándose una prevalencia en el género femenino. Se observó un menor riesgo según Escala de Tinetti, 2,2% (n=2) con alto riesgo de caídas, y el predominio lo obtuvo el género masculino (Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3: Comparación riesgo de caídas entre el *Test Timed get up and go* y la Escala de Tinetti en los adultos mayores de las comunas 1,5,10,12 y 14 de la C. A.B.A.



Ref.: Elaboración Propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

Hábitos Alimentarios

En lo que respecta a los hábitos alimentarios, se halló una alta prevalencia de realización de las 4 comidas al día: desayuno 97,8% (n=88), almuerzo 95,6% (n=86), cena 94,4% (n=85) y merienda 84,4% (n=76). El 73,3% y 76,7% (n=66 y 69) refirió un alto consumo de leche y quesos descremados, respectivamente. El consumo de carnes fue moderado, representado por un 40% (n=36); y el de pescado bajo con un 37% (n=33). Las legumbres obtuvieron prioritariamente un consumo nulo, dado por el 44,4% (n=40) de los AM.

En cuanto a los vegetales A, B y frutas se manifestó un alto consumo (82,2%, 83,3% y 85,6% respectivamente). Por otra parte, de los alimentos que se pueden considerar de baja calidad nutricional –elevada densidad energética– el consumo general fue menor a una vez por semana u ocasional (mayonesa 61,1%, manteca 76,7%, crema 88,9%, dulce de leche 87,8%, entre otros). (Tabla N°7)

Tabla N° 7: Frecuencia de consumo de alimentos en los adultos mayores (n=90)

Alimentos/ Frecuencia	ALTA	MODERADA	BAJA	NULA
Leche/Yogur Enteros	13,3%	0,0%	0,0%	86,7%
Leche/Yogur Descremados	73,3%	4,4%	1,1%	21,1%
Quesos Enteros	45,6%	6,7%	5,6%	42,2%
Quesos Descremados	76,7%	2,2%	1,1%	20,0%
Huevo	55,6%	28,9%	11,1%	4,4%
Carnes	36,7%	40,0%	12,2%	11,1%
Pescado	12,2%	20,0%	36,7%	31,1%
Fiambres	7,8%	14,4%	34,4%	43,3%
Vegetales A	82,2%	11,1%	6,7%	0,0%
Vegetales B	83,3%	5,6%	3,3%	7,8%
Frutas	85,6%	4,4%	6,7%	3,3%
Pastas	0,0%	24,4%	58,9%	11,1%
Vegetales C	25,6%	26,7%	37,8%	10,0%
Legumbres	3,3%	12,2%	40,0%	44,4%
Cereales	14,4%	26,7%	43,3%	15,6%
Pan	70,0%	7,8%	10,0%	12,2%
Aceite	95,6%	2,2%	2,2%	0,0%
Frutas Secas	42,2%	6,7%	10,0%	41,1%
Semillas	17,8%	2,2%	2,2%	77,8%
Mayonesa	11,1%	10,0%	17,8%	61,1%
Manteca	10,0%	3,3%	10,0%	76,7%
Crema	2,2%	0,0%	8,9%	88,9%
Azúcar	21,1%	1,1%	2,2%	75,6%
Dulce de Leche	4,4%	2,2%	5,6%	87,8%
Jugos en Polvo	6,7%	0,0%	0,0%	93,3%
Gaseosas	8,9%	6,7%	2,2%	82,2%
Productos Panadería	7,8%	10,0%	25,6%	56,7%
Snacks	0,0%	1,1%	5,6%	93,3%
Galletitas Dulces	37,8%	5,6%	8,9%	47,8%
Flan, helados	15,6%	5,6%	16,7%	62,2%
Agua Segura	83,3%	0,0%	0,0%	16,7%
Agua Mineral	18,9%	0,0%	0,0%	81,1%

Valores de referencia: ALTA: Frecuencia de Consumo > 3 veces por semana a diaria, MODERADA: Frecuencia de consumo 2 veces/semana, BAJA: Frecuencia de consumo 1 vez/semana, NULA: Frecuencia de consumo ocasional o nula.

Ref.: Elaboración Propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

Relaciones Estado Nutricional y Grado de dependencia en las AIVD

Se encontró que del total (n=9) de los AM con dependencia en las AIVD, 7 pertenecían al binomio sobrepeso y obesidad. (Tabla N°8)

Relación Riesgo de Malnutrición con el Grado de dependencia en las AIVD

Se dilucido que sólo uno de los AM con riesgo de malnutrición o malnutrición eran dependientes en la variable AIVD.

Relación Estado Nutricional con Riesgo Caídas

Se pudo observar que el 62,5% (n=20) de las personas con riesgo de caídas pertenecían al binomio sobrepeso y obesidad, en la aplicación del Test *Timed get up and go*. Igual sucede en el análisis con la Escala de Tinetti. (Tabla N°8)

Tabla N° 8: Relación del grado de dependencia en las AIVD y Riesgo Caídas con el Estado Nutricional en los AM de las comunas 1,5,10,12 y 14 de la C.A.B.A. (n=84)

	NORMOPESO % (n)	BINOMIO SP y OB % (n)
GRADO de DEPENDENCIA - AIVD		
Dependencia	22,2 (2)	77,8 (7)
Independencia	54,7 (41)	45,3 (34)
RIESGO CAÍDAS <i>Timed Get up and Go</i>		
Sin Riesgo	59,6 (31)	40,4 (21)
Riesgo Caídas	37,5 (12)	62,5 (20)
RIESGO CAÍDAS Escala de Tinetti		
Sin Riesgo	52,4 (43)	47,6 (39)
Riesgo Caídas	0 (0)	100 (2)

Ref.: Elaboración Propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

Relación Frecuencia de Consumo de alimentos con Grado de dependencia en las AIVD

Pudo observarse que los AM con dependencia (n=9) obtuvieron menores porcentajes de frecuencia de consumo alta para los grupos de lácteos 66,7% (n=6) y cereales y legumbres 22,2% (n=2), que las personas independientes. Y valores similares en los grupos de carnes, vegetales y frutas, alimentos de consumo opcional y agua.

Mientras que el grupo de sujetos con independencia se caracterizaron por un consumo alto de lácteos 79% (n=64) y vegetales y frutas 87,7% (n=71), moderado a bajo de carnes y aceites, 43,2% (n=35) y 50,6% (n=41) respectivamente, y primordialmente nulo de los alimentos de consumo opcional con un 65,4% (n=53) (Tabla N°9).

Tabla N° 9: Relación de la Frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos con el grado de dependencia (n=90)

Grupo de Alimentos/Consumo	Dependencia (%)	n	Independencia (%)	n
LACTEOS				
Alto	66.7%	6	79.0%	64
Mod a Bajo	33.3%	3	17.3%	14
Ocas/Nulo	0.0%	0	3.7%	3
CARNES				
Alto	33.3%	3	32.1%	26
Mod a Bajo	33.3%	3	43.2%	35
Ocas/Nulo	33.3%	3	24.7%	20
VEGETALES Y FRUTAS				
Alto	88.9%	8	87.7%	71
Mod a Bajo	11.1%	1	9.9%	8
Ocas/Nulo	0.0%	0	2.5%	2
CEREALES Y LEGUMBRES				
Alto	22.2%	2	37.0%	30
Mod a Bajo	11.1%	1	25.9%	21
Ocas/Nulo	66.7%	6	37.0%	30
ACEITES Y GRASAS				
Alto	55.6%	5	46.9%	38
Mod a Bajo	33.3%	3	50.6%	41
Ocas/Nulo	11.1%	1	2.5%	2
ALIMENTOS DE CONSUMO OP.				
Alto	0.0%	0	1.2%	1
Mod a Bajo	33.3%	3	33.3%	27
Ocas/Nulo	66.7%	6	65.4%	53
AGUA				
Alto	100.0%	9	98.8%	80
Mod a Bajo	0.0%	0	0.0%	0
Ocas/Nulo	0.0%	0	1.2%	1

Ref.: Elaboración Propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

El aumento en la esperanza de vida visto en la actualidad (1), ofrece, a los cada vez más AM en el mundo, nuevas oportunidades. El alcance a ellas depende, en gran medida, de la salud con la que éstas personas lleguen a su vejez (4).

En la presente investigación se propuso indagar los hábitos alimentarios, el estado nutricional y su relación con la capacidad funcional, en AM no institucionalizados, de 5 comunas de la C.A.B.A., con el fin de ampliar el conocimiento sobre dicha población y su salud.

En Ecuador, un estudio del año 2015 (32) encontró que el 72% de los AM tenía un estado nutricional adecuado, y no observaron obesidad en dicha población. Asimismo en Chile (2016) (41) también encontraron prevalencia del normo peso (57,3% hombres y 53,7% mujeres) en una población de 183 AM activos analizados antropométricamente. En contraposición, en el año 2016 en el Municipio de Goiânia, Brasil (33) otro estudio con 418 AM no institucionalizados identificó prevalencia de obesidad con un porcentaje del 49%.

Comparando los resultados obtenidos en esta investigación con los estudios citados, se coincide con los dos primeros en el predominio de AM con normo peso, como también se concuerda con el de Brasil (2016) y Chile (2016) siendo la obesidad predominante en el sexo femenino.

Paralelo a ello, la presente investigación concuerda con las ENFR 2013 (8) de Argentina en los porcentajes de AM con obesidad, estando en ambos casos cercanos a un 24% del total de la población de referencia.

Tomando en cuenta el binomio sobrepeso y obesidad, un estudio en Brasil en el año 2010 (36) encontró valores del 53%, mientras que aquí se halló un porcentaje menor (45,6%).

En lo referido a la evaluación del riesgo de malnutrición con MNA, se encontraron bajos porcentajes de riesgo y malnutrición, en oposición a los estudios citados en el estado del arte (31) (34).

En cuanto a la capacidad funcional, se concuerda con las investigaciones en poblaciones brasileras (36) (37) y mexicanas (35), donde la mayoría de los AM investigados eran independientes en las ABVD y en las AIVD. Concordándose también con las escalas utilizadas en ambos países.

Sustenta este resultado las ENCAVIAM 2012 (3) de nuestro país, en donde el 90% de los AM de la población son independientes en las ABVD, y el 88% lo es en las AIVD. A su vez, se reafirma la idea que a mayor edad mayor dependencia.

El porcentaje encontrado de riesgo de caídas fue similar al expuesto en el trabajo de Brasil (2010-2011) (18), al igual que la prevalencia del riesgo en las mujeres; y lo sucedido en la Argentina (3). No así, lo hallado con la Escala de Tinetti, donde se obtuvieron valores menores a las referencias internacionales (38) (39).

Respecto a los hábitos alimentarios la mayoría de la población estudiada realizaba las 4 comidas del día, con valores del 94,4% en el caso de la cena. Valores similares se hallaron en un estudio en Colombia (40), y diferentes en otro en Chile (41) donde sólo el 34% de los AM estudiados realizaba las 4 comidas del día.

La valoración de la ingesta de alimentos, en cualquier población es difícil de realizar y está considerada como uno de los mayores problemas metodológicos de la epidemiología nutricional. Los cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos, se han convertido en uno de los métodos más usados en la recolección de esta información, ya que son de sencilla administración y bajos costos (27).

A su vez, el análisis de la ingesta alimentaria en AM presenta dificultades especiales por problemas de memoria y pérdida de noción de las estimaciones (27). Estas dificultades también las encontramos en la presente investigación.

Así y todo, podemos decir que el alto consumo de lácteos descremados encontrado fue similar a lo hallado en los estudios de Brasil (33) y Chile (41), diferenciándose de lo sucedido en Argentina (27). Los vegetales A y B obtuvieron consumos altos tanto en esta investigación como en la realizada en Chile (41) y Argentina (27), pero no así en la de Brasil (33). El consumo de pescado coincidió en porcentajes bajos con lo hallado en la comunidad de Chillán Chile en el año 2016 (41).

Sobresale la diferencia encontrada en la ingesta de alimentos de consumo opcional, ya que en la investigación de Argentina (Corrientes) (27), se vislumbró un alto consumo de éstos alimentos, y en la presente fue nulo u ocasional.

Por último, se destaca que en un estudio en Brasil (2010) (36) se relacionó el estado nutricional con el grado de dependencia, encontrándose que los sujetos con sobrepeso presentaban mayor dependencia que aquellos que mantenían un estado nutricional adecuado. En la presente investigación, también se encontró que un alto porcentaje de los AM dependientes en AIVD pertenecían al binomio sobrepeso y obesidad.

La presente investigación intentó relacionar la capacidad funcional con el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los AM no institucionalizados de 5 comunas de la C.A.B.A.

Sujeto a los hallazgos, se puede concluir que la hipótesis 1 se rechaza, debido que sólo una persona con riesgo de malnutrición o malnutrición mostró dependencia en las AIVD, valor que no permite establecer una acertada relación. Esto puede deberse a que la población de estudio pertenecía a una clase social media y media-alta prioritariamente (49), con mayores posibilidades de compra de alimentos saludables y con un estilo de vida más activo, según los relatos recibidos.

La hipótesis 2, también queda refutada debido que no pudo establecerse una directa relación entre el grado de independencia y el alto consumo de alimentos de buena calidad nutricional.

En cuanto a la hipótesis 3, se confirma, puesto que se encontró que los AM en binomio sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de caídas, que aquellos con normopeso.

Se desea resaltar los bajos porcentajes de dependencia y de riesgo de caídas observados, por un lado; como también los altos de sobrepeso y obesidad, situación que es denominador común en las sociedades actuales del mundo y que merece la atención de las políticas públicas de salud.

Cabe destacar, que el presente estudio exhibió algunas limitaciones debido a la poca cantidad de encuestados, y la dificultad de acceso a la información, debido a las características psico-cronológicas de la edad en cuestión.

No obstante, este trabajo podría dar pie a futuras investigaciones con la población adulta mayor que permitan conocer aún más la relación planteada, su salud, y las necesidades de la edad en particular; y colaborar así con la mejora en la atención de los sistemas de salud, de modo que los mismos estén en consonancia con sus reales necesidades, y puedan prestar atención integrada y centrada en ellos (7).

Ampliar el abanico de investigaciones resulta de utilidad para garantizar que el personal de salud sea sostenible y esté debidamente capacitado, de modo de brindar dicha atención integral, con buena capacidad de comunicación, trabajo en equipo y manejo de la tecnología sanitaria de apoyo (7).

Todo lo anterior, en pro de apoyar y colaborar con la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (11).

1. Reunión Nacional de Alimentación del Adulto Mayor. CABA: FAGRAN - Federación Argentina de Graduados en Nutrición; 2016.
2. United Nations. World Population Prospects. The 2017 Revision - Key Findings and Advance Tables. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs - Population Division; 2017.
3. Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Buenos Aires: INDEC; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 marzo 21. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
5. Rubio E, Comín M, Montón G, Martínez T, Magallón R, García-Campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. Gerokomos. 2013; 24(2): p. 69-73.
6. Rodríguez MS, Filippini F. Evaluación Funcional del Anciano. In 1° Curso Anual de Geriatria a distancia "La Salud en la Tercera Edad"; 2007; Rosario.
7. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Informe Técnico. OMS; 2015.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. 2013.
9. Huenchuan S. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [Online].; 2013 [cited 2017 05 22. Available from: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/6/51616/Derechos_PMayores_M1.pdf.
10. Mendoza Núñez VM, Mertínez Maldonado MdIL. Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. In Gutiérrez Robledo LM, Kershenobich Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. Primera ed. México; 2012. p. 261-263.
11. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid: Naciones Unidas; 2012.

12. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. [Online].; 2013. Available from: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-07_programa-nacional-envejecimiento-activo-salud.pdf.
13. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2007.
14. Organización Panamericana de la Salud. Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud. [Online]. Washington, DC; 2012 [cited 2017 05 31. Available from: <http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/HSS-RRHH59.pdf>.
15. Touceda A, Rubin R, García CJ. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional..
16. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Guía Clínica para Atención Primaria a las Persona Adultas mayores. 2002 Marzo..
17. Arroyo P, Lera L, Sánchez H, Bunot D, Santos JL, Albala C. Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos. Revista Médica de Chile. 2007 Jul; 135(7).
18. Silva Fhon JR, Coelho Fabricio-Wehbe SC, Ramos Pereira Vendruscolo T, Stackfleth R, Marques S, Partezani Rodrigues RA. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012 sep-oct; 20(5).
19. Roqueta C, de Jaime E, Miralles R, Cervera AM. Experiencia en la evaluación del riesgo de caídas: Comparación entre el test de Tinetti y el Timed Up & Go. Revista española de geriatría y gerontología. 2007; 42(6): p. 319-327.
20. European Network for Safety Among Elderly. Boletín Informativo: prevención de caídas en las personas de edad avanzada. Boletín Informativo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España; 2017.
21. Montenegro Peña M, Montejo Carrasco P, Llanero Luque M, Reinoso García AI. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. 2012 Jun; 32(2): p. 47-56.
22. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. [Online]. [cited 2017 06 21. Available from: <http://www.fao.org/home/es/>.

23. Servicio Nacional del Consumidor. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. [Online].; 2004 [cited 2017 06 05. Available from: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>.
24. DA L. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994 march; 21(1): p. 55-67.
25. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. [Online]. [cited 2017 06 05.
26. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud - Documento de resultado. 2007.
27. Cornatosky M, Barrionuevo O, Rodríguez N, Zeballos J. Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina. Revista Científica de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas. 2009; 27(129): p. 11-17.
28. Álvarez Hernández J, Cuenllas Díaz Á, Gómez Busto F, López Ibor Alcocer MI, Mañas Martínez MdC, Ruiz Hidalgo D, et al. Alimentación y nutrición saludable en los mayores Madrid: International Marketing & Communication S.A.
29. Rodríguez T, Fernández Ballart J, Cucó Pastor G, Biarnés Jordá E, Arija Val V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproductibilidad y validez. Nutrición Hospitalaria. 2008; 23(3): p. 242-252.
30. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Online]. [cited 2017 07 10. Available from: http://www.indec.gob.ar/nivel2_default.asp?id_tema=2&seccion=P.
31. Calderón Reyes ME, Ibarra Ramírez F, García J, Gómez Alonso C, Rodríguez- Orozco AR. Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar. Nutrición Hospitalaria. 2010; 25(4): p. 669-675.
32. Vanegas Izquierdo PE, Peña Cordero S, Salazar Torres K. Impacto de la nutrición en los adultos mayores de la sede social del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del cantón Cuenca-Ecuador, Año 2015. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2017; 12(3).
33. Silveira EA, Vieira LL, Jardim TV, Souza JD. Obesidade em Idosos e sua Associação com Consumo Alimentar, Diabetes Mellitus e Infarto Agudo do Miocárdio. Archivos Brasileiros de Cardiología. 2016 diciembre; 107(6).
34. Giraldo Giraldo NA, Paredes Arturo YV, Idarraga Idarraga Y, Aguirre Acevedo DC. Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de desnutrición en adultos mayores de San Juan de

Pasto, Colombia: Estudio Transversal. Revista Española de Nutrición humana y Dietética. 2017; 21(1): p. 39-48.

35. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007; 22(1): p. 1-11.
36. Danielewicz AL, Rodrigues Barbosa A, Firpo Del Duca G. Estado nutricional, Desempenho físico e capacidade funcional de uma população de idosos do sul do Brasil. Revista de la Asociación Médica Brasileira. 2014 mayo/junio; 60(3).
37. Leite T, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Revista electrónica trimestral de enfermería. 2015 enero;(37).
38. Sanchez MV, Campillo Motilva R. Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003 octubre; 19(5).
39. Silva Fhon JR, Porras Rodriguez MM, Guevara Morote GA, Canales Rimachi RI, Coelho Fabricio Wehbe SC, Partezani Rodrigues RA. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú. Revista Horizonte Médico. 2014; 14(3): p. 12-18.
40. Restrepo SL, Morales G. RM, Ramírez MC, López L. MV, Varela L LE. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en la salud. Revista Chilena de Nutrición. 2006 Diciembre; 33(3).
41. Barrón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilo de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. Revista Chilena de Nutrición. 2017; 44(1).
42. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5th ed.: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2010.
43. Instituto de Cataluña de la Salud. [Online].; 1999 [cited 2017 abril 28. Available from: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/quies/30/img/minimentaldef.MMSE.pdf>.
44. Descriptores en Ciencias de la Salud. [Online]. [cited 2017. Available from: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

45. Gaspar Escayola Jlyc. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes, Anexo IX : Escala de valoración funcional y cognitiva Aragón: Cometa S.A.; 2006.
46. Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud. [Online]. [cited 2017 05 17. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4_AutoAVD_Katz.pdf.
47. Efisioterapia. Efisioterapia. [Online].; 2012 [cited 2017 04 18. Available from: <https://www.efisioterapia.net/articulos/analisis-comparativo-tests-tinetti>.
48. Nestlé Nutrition Institute. Nestlé Nutrition Institute. [Online]. [cited 2017 abril 12. Available from: http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_spanish.pdf.
49. Ministerio de Desarrollo Urbano - Secretaría de Planeamiento. La dimensión social en el Modelo Territorial. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Urbano, Secretaría de Planeamiento; 2013.
50. Nación MdSdl. Guías alimentarias para la población Argentina. Documento Técnico Metodológico. Buenos Aires;; 2016.
51. Aires M, Girardi Paskulin M, Pinheiro de Morais E. Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande del Sur. Revista Latinoamericana. Enfermagem. 2010 enero y febrero ; 1(18): p. 08 pantallas.
52. Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012. [Online].; 2011 [cited 2017 05 22. Available from: <http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx>.
53. Roberto I, Arias CJ. El empoderamiento en la vejez. Journal of Behavior, Health & Social Issues. 2010; 2(2): p. 25-32.
54. Vizuet AA. Relación del Estado Nutricional y los Hábitos Alimentarios en la Capacidad Funcional, Mental y afectiva de un colectivo de ancianos institucionalizados de la comunidad de Madrid. 2005. Tesis de Doctorado.
55. Sandoval L, Varela L. Evaluación del Estado Nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios. Revista Médica Herediana. 1998 septiembre; 9(3): p. 104-8.

56. Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería. 2015 Enero; 37.

VIII.

ANEXOS

Tabla N° 10: Operacionalización de variables completa.

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Capacidad Funcional	Actividades Básicas de la Vida Diaria	Escala que evalúa el estado funcional global de forma ordenada, campara individuos, grupos y detecta cambios a lo largo del tiempo. Proporciona un índice de autonomía-dependencia. (13) (45)	Dependencia al bañarse	*INDEPENDIENTE: Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavarse una zona (como espalda o una extremidad con minusvalía) *DEPENDIENTE: necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña sólo.	Cualitativa / Privada / Dicotómica / Ordinal	Encuesta - Cuestionario de Índice de Katz (13) (45) (46)
			Dependencia al vestirse	*INDEPENDIENTE: toma la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos. *DEPENDIENTE: no se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.		
			Dependencia al ir al servicio (W.C.)	*INDEPENDIENTE: va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios. *DEPENDIENTE: precisa ayuda para ir al W.C.		
			Dependencia en la movilidad	*INDEPENDIENTE: se levanta y acuerda en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo. *DEPENDIENTE: necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.		

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Capacidad Funcional	Actividades Básicas de la Vida Diaria	Escala que evalúa el estado funcional global de forma ordenada, campara individuos, grupos y detecta cambios a lo largo del tiempo. Proporciona un índice de autonomía-dependencia. (13) (45)	Dependencia en la continencia	<p>*INDEPENDIENTE: control completo de micción y defecación.</p> <p>*DEPENDIENTE: incontinencia parcial o total de la micción o defecación.</p>	Cualitativa / Privada / Dicotómica / Ordinal	Encuesta - Cuestionario de Índice de Katz (13) (45) (46)
			Dependencia al alimentarse	<p>*INDEPENDIENTE: lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.</p> <p>*DEPENDIENTE: necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.</p>		
Capacidad Funcional	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Escala que valora la capacidad de la persona para realizar actividades básicas de autocuidado y del estado mental (13) (45)	Capacidad para usar el teléfono	<p>1. Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca los números, etc. (1)</p> <p>2. Marca unos cuantos números conocidos (1)</p> <p>3. Contesta el teléfono, pero no marca (1)</p> <p>4. No utiliza el teléfono en absoluto (0)</p>	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	Encuesta - Cuestionario de Escala de Lawton & Brody (13) (45) (46)

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Capacidad Funcional	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Escala que valora la capacidad de la persona para realizar actividades básicas de autocuidado y del estado mental (13) (45)	Dependencia al ir de compras	1. Realiza todas las compras necesarias con independencia (1) 2. Realiza independientemente pequeñas compras (0) 3. Necesita compañía para realizar cualquier compra (0) 4. Totalmente incapaz de comprar (0)	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	Encuesta - Cuestionario de Lawton & Brody (13) (45) (46)
			Dependencia en la preparación de la comida	1. Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente (1) 2. Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes (0) 3. Prepara, calienta y sirve, pero no sigue una dieta adecuada (0) 4. Necesita que le preparen y sirvan las comidas (0)		
			Dependencia para cuidar la casa	1. Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (1) 2. Realiza tareas domésticas ligeras (1) 3. Realiza tareas domésticas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable (1) 4. Necesita ayuda en todas las labores de la casa (0) 5. No participa en ninguna labor de la casa (0)		

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Capacidad Funcional	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Escala que valora la capacidad de la persona para realizar actividades básicas de autocuidado y del estado mental (13) (45)	Dependencia para el lavado de ropa	1. Lava por sí mismo/a toda su ropa (1) 2. Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclara medias) (1) 3. Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro (0)	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	Encuesta - Cuestionario de Escala de Lawton & Brody (13) (45) (46)
			Dependencia en el medio de transporte	1. Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche (1) 2. Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte (1) 3. Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona (1) 4. Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros (0) 5. No viaja en absoluto (0)		
			Responsabilidad sobre la medicación	1. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas (1) 2. Toma su medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas (0) 3. No es capaz de administrar su medicación (0)		

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Capacidad Funcional	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Escala que valora la capacidad de la persona para realizar actividades básicas de autocuidado y del estado mental (13) (45)	Capacidad de utilizar el dinero	<p>1. Maneja asuntos financieros con independencia (1)</p> <p>2. Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y para ir al banco (1)</p> <p>3. Incapaz de manejar dinero (0)</p>	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	Encuesta - Cuestionario de Escala de Lawton & Brody (13) (45) (46)
Capacidad Funcional	Capacidades Musculo- Esqueléticas	Aquella capacidad que permite mantener una marcha y equilibrio normal, de modo de evitar el riesgo a caídas (13) (45) (19) (47)	Riesgo de Caídas	<p>*Más de 20 segundo= Alto riesgo de caídas.</p> <p>* Entre 10 y 20 segundos =Con riesgo moderado de caídas.</p> <p>* Menos de 20 segundo = Bajo riesgo de caídas.</p>	Cuantitativa / Privada / Policotómica / De Razón / Continuas	Test "get up and go" (45) (19) (47)
			Equilibrio	<p>1. Equilibrio sentado.</p> <p>2. Levantarse.</p> <p>3. Intentos para levantarse.</p> <p>4. Equilibrio en bipedestación inmediata.</p> <p>5. Equilibrio en bipedestación.</p> <p>6. Empujar.</p> <p>7. Ojos cerrados.</p> <p>8. Vuelta de 360 grados.</p> <p>9. Sentarse.</p>	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	Escala de Tinetti (13) (45) (19) (47)
			Marcha	<p>10. Iniciación a la marcha.</p> <p>11. Longitud y altura del paso.</p> <p>12. Simetría del paso.</p> <p>13. Fluidez del paso.</p> <p>14. Trayectoria.</p> <p>15. Tronco.</p> <p>16. Postura al caminar.</p>		

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Estado Nutricional	Peso	Masa o cantidad de peso de un individuo. Se expresa en unidades de libras o kilogramos (44)	IMC (24)	*Menor a 22 = Bajo Peso *22 a 27 = Peso Normal. *27 a 32 = Sobrepeso. *Mayor a 32 = Obesidad	Cuantitativa / Privada / Policotómica / De Razón / Continua	Valoración Antropométrica - Balanza (MARCA) y Tallímetro (MARCA)
	Talla	Distancia desde la base a la parte más alta de la cabeza, con el cuerpo en postura erecta sobre una superficie plana y totalmente estirado (44)		*Menor a 22 = Bajo Peso *22 a 27 = Peso Normal. *27 a 32 = Sobrepeso. *Mayor a 32 = Obesidad		
Estado Nutricional	Riesgo de Desnutrición por cribaje	Posibilidad de un desequilibrio nutricional, resultante de la insuficiente ingesta de nutrientes para satisfacer los requerimientos fisiológicos normales (1) (48)	Pérdida de Apetito	0 = Ha comido mucho menos 1= Ha comido menos 2= Ha comido igual	Cuantitativa / Privada / Policotómica / Intervalar / Discretas	Encuesta - Cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) (14)
			Pérdida Reciente de Peso (<3meses)	0= pérdida de peso > 3 kg. 1= no lo sabe 2= pérdida de peso entre 1 y 3 kg. 3= no ha habido pérdida de peso	Cuantitativa / Privada / Policotómica / Intervalar / Continua	
			Movilidad	0= de la cama al sillón 1= autonomía en el interior 2= sale del domicilio	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Estado Nutricional	Riesgo de Desnutrición por cribaje	Posibilidad de un desequilibrio nutricional, resultante de la insuficiente ingesta de nutrientes para satisfacer los requerimientos fisiológicos normales (1) (48)	Enfermedad Aguda o situación de estrés en últimos 3 meses	0= Sí 1= No	Cuantitativa / Privada / Dicotómica / Intervalar / Discreta	Encuesta - Cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) (48)
			Problemas Neuropsicológicos	0= demencia o depresión grave 1= demencia moderada 2= sin problemas psicológicos	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	
			Índice de masa corporal	0= IMC < 19 1= entre 19 y 21 2= entre 21 y 23 3= IMC > o = 23	Cuantitativa / Privada / Policotómica / Intervalar / Continua	
			Vive Independiente en su domicilio	1= Sí 0= No	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	
			Toma más de 3 medicamentos/ día	1= No 0= Sí	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Estado Nutricional	Riesgo de Desnutrición por cribaje	Posibilidad de un desequilibrio nutricional, resultante de la insuficiente ingesta de nutrientes para satisfacer los requerimientos fisiológicos normales (1) (48)	Presencia - Ausencia de úlceras o lesiones cutáneas	1= No 0= Sí	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	Encuesta - Cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) (48)
			Comidas Completas por día	0= 1 comida 1= 2 comidas 2= 3 comidas	Cuantitativa / Privada / Policotómica / Intervalar / Discretas	
			Consumo paciente	0,0= 0 o 1 síes 0,5= 2 síes 1,0= 3 síes	Cuantitativa / Privada / Policotómica / Intervalar / Discretas	
			Consumo de frutas al menos 2 veces/ día	1= Sí 0= No	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	
			Vasos de agua o L al día	0,0= menos de 3 vasos 0,5= de 3 a 5 vasos 1,0= más de 5 vasos	Cuantitativa / Privada / Policotómica / Intervalar / Continua	
			Forma de alimentarse	0= necesita ayuda 1= se alimenta solo con dificultad 2= se alimenta solo sin dificultad	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	
			Consideración de estado nutricional	0= malnutrición grave 1= no lo sabe o malnutrición moderada 2= sin problemas de nutrición	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Estado Nutricional	Riesgo de Desnutrición por cribaje	Posibilidad de un desequilibrio nutricional, resultante de la insuficiente ingesta de nutrientes para satisfacer los requerimientos fisiológicos normales (1) (48)	Percepción del estado de salud en comparación con personas de su edad	0,0= peor 0,5= no lo sabe 1,0= igual 2,0= mejor	Cuantitativa / Privada / Policotómica / Intervalar / Discretas	Encuesta - Cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) (48)
			Circunferencia braquial (cm)	0,0= CB < 21 0,5= 21 - 22 1,0= CB > o = a 22	Cuantitativa / Privada / Policotómica / Intervalar / continuas	
			Circunferencia pantorrilla (cm)	0= CP < 31 1= CP > o = 31	Cuantitativa / Privada / Dicotómica / Intervalar / continuas	
Hábitos Alimentarios	Comidas realizadas en el día	Cantidad que realiza un sujeto en el día el cual determina un patrón de comportamiento alimentario diario.	Comidas realizadas en el día	*Desayuno *Colación Media Mañana *Almuerzo *Merienda *Colación Media Tarde *Cena	Cualitativa / Privada / Policotómica / Ordinal	Encuesta - Cuestionario

Dimensión	Variables	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Hábitos Alimentarios	Enfermedades Crónicas	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (4)	Enfermedades Crónicas que padezca	*Hipertensión Arterial *Enfermedad Cerebro Vascular *Insuficiencia Cardíaca Congestiva *Hipercolesterolemia *Fibrilación Auricular *Patología Osteoarticular *Patología Sensorial *Cáncer *Enfermedad Tiroidea *Insuficiencia Renal *EPOC *Otras *NS/NC	Cualitativa/ Privada/ Policotómica/ Nominal	Encuesta - Cuestionario
Hábitos Alimentarios	Consumo Semanal de alimentos	Cantidad de cada grupo alimentario que consume por semana un individuo	Consumo semanal de Leche, Yogur y Quesos Consumo semanal de Carnes y Huevo Consumo semanal de Frutas y Verduras Consumo semanal de Legumbres, Cereales, Papa, Pan y Pastas Consumo semanal de Aceite, frutas secas y semillas Consumo semanal de alimentos de consumo opcional Consumo semanal de Agua	*Nunca o < de 1 vez al mes *1 vez por semana *2 veces por semana *3 veces por semana *4 veces por semana *5 veces por semana *6 veces por semana *7 veces por semana	Cuantitativa /Privada/Policotómica/ De razón/ Continua	Encuesta - Cuestionario de frecuencia de consumo (50)

Dimensión	VARIABLES	DC	Indicadores	Categorías	Clasificación	Técnica e Instrumento
Hábitos Alimentarios	Cambios en la alimentación	Modificaciones que se pueden realizar en el tipo de alimentos que se ingiere dependiendo de alguna patología aguda, cambio de rutina, etc.	Cambios en la última semana Cambios en el último mes	*Fue igual *Cambio *NS/NC	Cualitativa/ Privada/ Policotómica/ Nominal	Encuesta - Cuestionario

Índice de Katz		
1. Baño	Independiente: Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente: Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña sólo.	
2. Vestirse	Independiente: toma la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente: No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del Baño (W.C.)	Independiente: va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	
	Dependiente: precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independencia: Control completo de micción y defecación.	
	Dependencia: incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independencia: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependencia: Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

Escala de Lawton & Brody

	Puntos
Capacidad de usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa	
Mantiene la casa solo/a con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclara medias, etc.)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación su se le prepara con anticipación y en dosis preparadas	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de asuntos económicos	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y para ir al banco	1
Incapaz de manejar dinero	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

Test Timed Up and Go

Tiempo para completar la prueba:	
Diagnóstico:	

Escala de Tinetti

EQUILIBRIO: el paciente está situado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1. Equilibrio sentado	
Se inclina o se desliza en la silla	0
Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	
Imposible sin ayuda	0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
Capaz sin usar los brazos	2
3. Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con sólo un intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (primeros 5 segundos)	
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo de tronco	0
Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón y otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	
Inestable	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados >10cm), o bien usa bastón u otro soporte	1
Apoyo estrecho sin soporte	2
6. Empujar (bipedestación con el tronco erecto y los pies juntos). El examinador empuja suavemente el esternón del paciente con la palma de la mano, 3 veces	
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
Estable	2
7. Ojos cerrados (en la posición de 6)	
Inestable	0
Estable	1
8. Vuelta de 360 grados	
Pasos discontinuos	0
Continuos	1
Inestables (se tambalea, se agarra)	0
Estable	1
9. Sentarse	
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	2
Puntuación total equilibrio (máximo 16) =	

MARCHA: el paciente permanecerá de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 m) a “paso normal”, luego a “paso rápido pero seguro”.	
10. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
No vacila	1
11. Longitud y altura de paso	
a) Movimiento del pie derecho:	
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa al pie izquierdo	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie derecho se separa completamente del suelo con el paso	1
b) Movimiento del pie izquierdo:	
No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo con el paso	1
12. Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1
13. Fluidez del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 m)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
15. Tronco	
Balanceo marcado o usa ayudas	0
No balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas	2
16. Postura al caminar	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1
Puntuación marcha (máximo 12) =	

Puntuación total (equilibrio y marcha) (máximo 28) =	
---	--

DIAGNÓSTICO:

MNA

Peso, kg:

Altura, cm:

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

Cribaje	Evaluación
A. Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación, deglución, en los últimos 3 meses? 0= ha comido mucho menos 1= ha comido menos 2= ha comido igual <input type="checkbox"/>	G El Paciente vive independiente en su domicilio? 1= sí 0= no <input type="checkbox"/>
B. Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0= pérdida de peso > a 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"/>	H Toma más de 3 medicamentos al día? 0= sí 1= no <input type="checkbox"/>
C. Movilidad 0= de la cama al sillón 1= autonomía en el interior 2= sale del domicilio <input type="checkbox"/>	I Úlceras o lesiones cutáneas? 0= sí 1= no <input type="checkbox"/>
D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0= sí 2= no <input type="checkbox"/>	J Cuántas comidas completas toma al día? 0= 1 comida 1= 2 comidas 2= 3 comidas <input type="checkbox"/>
E. Problemas neuropsicológicos 0= demencia o depresión grave 1= demencia moderada 2= sin problemas psicológicos <input type="checkbox"/>	K Consume el paciente • Productos Lácteos al menos una vez al día? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Huevos o Legumbres 1 0 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 1.0 = 3 síes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F. Índice de Masa Corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) ² 0= IMC <19 1= 19 <= IMC < 21 2= 21 <= IMC < 23 3= IMC >= 23 <input type="checkbox"/>	L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0= no 1= sí <input type="checkbox"/>
Evaluación del Cribaje (subtotal máx. 14 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, jugo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0= menos de 3 vasos 0.5= de 3 a 5 vasos 1.0= más de 5 vasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: estado nutricional normal	N Forma de alimentarse 0= necesita ayuda 1= se alimenta solo con dificultad 2= se alimenta solo sin dificultad <input type="checkbox"/>
8-11 puntos: riesgo de malnutrición	O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0= malnutrición grave 1= no lo sabe o malnutrición moderada 2= sin problemas de nutrición <input type="checkbox"/>
0-7 puntos: malnutrición	P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0= peor 0.5= no lo sabe 1.0= igual 2.0= mejor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0= CB <21 0.5= 21 <= CB <= 22 1.0= CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0= CP < 31 1= CP >= 31 <input type="checkbox"/>
	Evaluación (máx. 16 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Cribaje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Evaluación global (máx. 30 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Evaluación del Estado Nutricional
De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/>	malnutrición

Cuestionario

1) Marque con una cruz las comidas que realiza en el día:

Desayuno	<input type="checkbox"/>	Colación media mañana	<input type="checkbox"/>	Almuerzo	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	Colación media tarde	<input type="checkbox"/>	Cena	<input type="checkbox"/>

2) Padece o padeció alguna enfermedad crónica:

Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Insuf. Cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	Fibrilación Auricular	<input type="checkbox"/>	Patología Osteoarticular	<input type="checkbox"/>
Sme. Coronario Agudo	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Enf. Tiroidea	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	Otras:.....	
				

3) Por cada alimento colocar una X en la cantidad de veces que lo consumió durante el mes pasado. Tenga en cuenta las veces que lo consume sólo y con otros alimentos. Por ejemplo: la leche del café, huevos en la tortilla o tarta, etc.

4) Tu alimentación en la última:

SEMANA	<input type="checkbox"/>	-	MES	<input type="checkbox"/>		
Fue igual	<input type="checkbox"/>	ó	Cambió	<input type="checkbox"/>	→	Menos <input type="checkbox"/>
					→	Mayor <input type="checkbox"/>

Motivo:

Grupo de Alimentos	Cantidad de veces que lo consume							
	Nunca ó<1 mes	1 vez sem	2 veces sem	3 veces sem	4 veces sem	5 veces sem	6 veces sem	7 veces sem
I. Leche, Yogur y Quesos								
Leche/yogur entero								
Leche/yogur descremado								
Quesos enteros								
Quesos descremados								
II. Carnes y huevo								
Huevo								
Carne de vaca (lomo, cuadril, cuadrada, nalga, asado, matambre, vacío, etc.)								
Pescado (anchoa, atún, bacalao, brótola, lenguado, merluza, pejerrey, trucha, salmón, calamar, pulpo)								
Fiambres / Embutidos (jamón, queso de máquina, salame, cantimpalo, chorizo, salchicha, mortadela, morcilla, etc.)								
III. Frutas y Verduras								
Vegetales A= acelga, achicoria, ají, berenjenas, apio, berro, brócoli, cardo, espinaca, espárrago, coliflor, hinojo, hongos, pepino, rábano, radicheta, rúcula, rabanito, repollo, repollitos de bruselas, tomate, zapallito.								
Vegetales B= alcaucil, arvejas frescas, cebolla, cebolla de verdeo, brotes de soja, chauchas, habas, nabo, palmitos, puerro, remolacha, zanahoria, zapallo.								
Frutas= banana, manzana, naranja, pera, kiwi, frutilla, mandarina, ciruela, etc.								
IV. Legumbres, Cereales, Papa, Pan y pastas								
Pastas= spaguetti, moñitos, mostacholes, ñoquis, ravioles, capeletinis, sorrentinos, torteletis, etc.								
Vegetales feculentos= papa, batata, choclo								
Legumbres								
Cereales= arroz común o integral, masas -tarta, empanada-, pizzas								
Pan blanco o integral								
V. Aceite, frutas secas y semillas								
Aceite= maíz, girasol, oliva, mezcla.								
Frutas secas= nueces, almendras, pistachos, avellanas.								
Semillas= chía, girasol, lino, amapola, sésamo.								
VI. Alimentos de consumo opcional								
Mayonesa								
Manteca								
Crema								
Azúcar								
Dulce de leche								
Jugos en polvo (tang, clight, BC)								
Gaseosas comunes o light								
Productos de panadería								
Snacks								
Galletitas Dulces simples o rellenas								
Postres, flan, helados								
VII. Agua								
Agua Segura /potable								
Agua mineral envasada								