



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO MANEJO NUTRICIONAL E INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO MANEJO NUTRICIONAL E INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

Santo Domingo, D.N.
Mayo 2023



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

® **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**

Título original:

Protocolo Manejo Nutricional e Integral del Adulto Mayor

Coordinación técnica editorial:

Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Formato gráfico y diagramación:

ISBN electrónico:

978-9945-644-15-9

Primera edición

Mayo 2023

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



AUTORIDADES

Dr. Daniel Enrique de Jesús Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Antonio Matos Pérez
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio
Viceministro de Salud Colectiva

Lic. Miguel Antonio Rodríguez Viñas
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Fernando José Ureña González
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

Licda. Raysa Bello Arias de Peña
Viceministra de Asistencia Social

EQUIPO RESPONSABLE

Dra. Patricia Ivette Grullón Rondón. Directora de la División de Nutrición

Dra. Altagracia Milagros Peña González. Directora de Normas, Guías y Protocolos

Lcda. Yessica Rondón Díaz. Encargada de Documentos Técnicos Sanitarios

EQUIPO ELABORADOR

Viceministerio de Salud Colectiva

División de Nutrición

Dra. Carmen Cruz Olivares. Coordinadora de Vigilancia Nutricional

Dr. Osvaldo Peña Tió. Coordinador Intersectorial de Nutrición

Lcda. Heidy Cesarina Sánchez Mejía. Técnico en Nutrición

Programa Adulto Mayor

Dra. Luz Altagracia Mercedes Rivera. Encargada Programa Adulto Mayor

REVISORES EXTERNOS

Dra. Anayanet Jáquez. Médico Nutricionista. Sociedad Dominicana de Nutrición Parenteral y Enteral (SODONEP)

Dra. Ileana Muñoz. Médico Nutricionista. Sociedad Dominicana de Nutrición Clínica y Metabolismo (SODONUCLIM)

Dra. Berenice Pérez Salvador. Geriatra. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE)

Dra. Rossy Pereyra. Médico. Miembro Asociación Dominicana de Geriatras

Dra. Elizabeth Tapia Valentín. Médico. Especialista en Metodología GRADE

Dra. Olga Jape Collins. Médico Salubrista

Dra. Miriam Mejía. Médico

Licda. Dairy De Aza. Asesora

REVISIÓN METODOLÓGICA

Dirección de Normas, Guías y Protocolos

Lcda. Anel Payero González. Coordinadora legal

Dra. Ibsen Veloz Suárez. Coordinadora de Documentación Sanitaria

Dra. Madhelin Delgado Habet. Analista de Documentación Sanitaria

Dr. Olmar E. Reyes Uribe. Analista de Documentación Sanitaria

Lcda. Dayanara Lara Vittini. Analista de Documentación Sanitaria

Resolución Núm.0013-2023

Que aprueba y pone en vigencia los documentos normativos y técnicos sanitarios para diversos eventos clínicos.

El **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, institución del Estado Dominicano, organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de Administración Pública Núm. 247, de fecha catorce (14) del mes de agosto del año dos mil doce (2012), y la Ley General de Salud Núm. 42-01, de fecha ocho (8) del mes de marzo del año dos mil uno (2001), inscrita bajo el número de Registro Nacional del Contribuyente (RNC) 4-01-00733-9, con domicilio social y oficina principal situado en la Avenida Héctor Homero Hernández esquina Avenida Tiradentes, Ensanche la Fe de esta ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana; debidamente representada por su señor Ministro, el **DR. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la Cédula de Identidad y Electoral Núm. 031-0096377-0, médico de profesión, con domicilio y residencia en la ciudad de Santiago de los Caballeros, ciudad de la República Dominicana.

Considerando (1): Que la Constitución de la República, dispone que: *“El Estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales”*.

Considerando (2): Que la salud es un bien de orden público y de interés social, un factor básico para el desarrollo de la persona, que constituye un derecho humano e inalienable que debe ser promovido y satisfecho por el Estado, en base a los principios y estrategias de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y eficacia.

Considerando (3): Que el Estado debe garantizar el derecho a la salud integral de la persona, cuya protección será mediante la inclusión de medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades.

Considerando (4): Que los ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

Considerando (5): Que la Ley General de Salud Núm. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social Núm. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, atribución que queda a cargo de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Considerando (6): Que, desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, a través de la mejora continua y la satisfacción de las

necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Considerando (7): Que una de la función Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector del Sistema Nacional de Salud, establecida por la Ley General de Salud Núm. 42-01, en la letra g del artículo 14, es la de *“formular todas las medidas, normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competentes al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes”*.

Considerando (8): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades, la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

Considerando (9): Que, es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud, realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

Considerando (10): Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

Considerando (11): Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

Considerando (12): Que la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

Vista: La Constitución de la República Dominicana, de fecha trece (13) del mes de junio de del año dos mil quince (2015).

Vista: La Ley Orgánica de la Administración Pública, Núm. 247-1 2, de fecha catorce (14) del mes de agosto del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley General de Salud, Núm. 42-01, de fecha ocho (08) del mes de marzo del año dos mil uno (2001).

Vista: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, Núm. 87-01, de fecha ocho (8) del mes de mayo del año dos mil uno (2001) y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley de Estrategia Nacional de Desarrollo, Núm. 1 -1 2, de fecha veinticinco (25) del mes de enero del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, Núm. 166-12, de fecha diecinueve (19) del mes de junio del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley que crea el Servicio Nacional de Salud, Núm. 123-15, de fecha dieciséis (16) del mes de julio del año dos mil quince (2015).

Visto: El Decreto que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, Núm. 434-07, de fecha dieciocho (18) del mes de agosto del año dos mil siete (2007).

En el ejercicio de las atribuciones que me confiere la Ley Núm. 42-01, General de Salud dicto la siguiente:

Resolución:

Primero: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de Reglamentos, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención, para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

Segundo: Se ordena la puesta en vigencia los siguientes documentos normativos y técnicos sanitarios:

1. Reglamento Técnico para la Gestión de Expediente Clínico.
2. Guía de Manejo de Enfermedad Renal Crónica Estadios 1 al 3A para la Atención de la Población Mayor de 18 Años en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en la República Dominicana.
3. Guía de Atención a las Hepatitis Virales y sus Comorbilidades Asociadas al VIH.
4. Guía para el Diagnóstico, Manejo y Prevención de la Malaria en la República Dominicana.
5. Guía Práctica Clínica de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
6. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Cólera.
7. Guía Uso de Fluoruros para Control y Prevención de Lesiones de Caries Dental.
8. Protocolo de Estudio y Seguimiento del Donante Vivo Renal.
9. Protocolo de Realización de Biopsia Renal del Receptor de Trasplante Renal y del Donante Renal Cadavérico.
10. Protocolo para el Diagnóstico y Tratamiento del Mieloma Múltiple
11. Protocolo Linfoma No Hodgkin de Estirpe B en Adultos.
12. Protocolo de Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Pacientes Pediátricos.
13. Protocolo de Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Pacientes Adultos.

14. Protocolo de Manejo de Anemia Aplásica.
15. Protocolo Manejo Nutricional e Integral del Adulto Mayor.
16. Directrices Operativas para la Prevención y Control de Cólera en la República Dominicana.
17. Resumen de Recomendaciones Guía de Manejo de Enfermedad Renal Crónica Estadios 1 al 3A para la Atención de la Población Mayor de 18 Años en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en la República Dominicana.
18. Plan Estratégico Institucional 2021-2024.
19. Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, Periodo 2021- 2023
20. Evaluación de la capacidad de tecnología de apoyo de la República Dominicana, 2020-2021

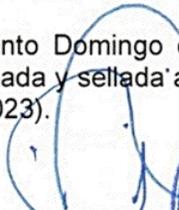
Tercero: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de los Reglamentos Técnicos, las Guías de Práctica Clínica y los Protocolos de Atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud, la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto a los representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

Cuarto: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

Quinto: Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución, para fines de cumplimiento y ejecución, de los documentos puestos en vigencia en la presente a los siguientes: Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y demás prestadores privados y ONG.

Sexto: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

Dada, en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, firmada y sellada a los veintinueve (29) días del mes de agosto del año dos mil veintitrés (2023).



Dr. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVO.....	2
3. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS	2
4. USUARIOS DEL PROTOCOLO	2
5. POBLACIÓN DIANA	2
6. DEFINICIONES	2
7. CLASIFICACIÓN	4
8. HISTORIA CLÍNICA.....	5
9. MEDIOS DIAGNÓSTICOS.....	8
10. MANEJO NUTRICIONAL	8
11. ABORDAJE NUTRICIONAL.....	9
12. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO E INSTITUCIONALIZADO.....	12
13. DIETOTERAPIA EN CONDICIONES ESPECIALES DEL ADULTO MAYOR	13
14. CONSUMO DE FÁRMACOS EN EL ADULTO MAYOR.....	14
15. CUIDADORES	14
16. RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE TRABAJO.....	16
17. INFORMACIÓN A FAMILIARES Y CUIDADORES	16
18. CRITERIOS DE EGRESO EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS.....	16
19. INDICADORES.....	17
20. BIBLIOGRAFÍA.....	18
21. ANEXOS.....	22

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mundial avanza cada año a un ritmo de 2%. Se calcula que a nivel mundial viven 600 millones de personas mayores de 60 años, y se proyecta que para el año 2025 esta población se habrá duplicado y que para 2050 ascenderá a dos mil millones de personas.¹

En República Dominicana, se estima que la población de más de 60 años es de 986,428, representando el 9.7% del total de la población, con una proyección para el 2025 de un 12.5% y al 2050 de un 21.4%. El Índice de Envejecimiento Poblacional en el país está aumentando, ganando 10.7 puntos porcentuales en tres décadas, según el informe de Envejecimiento Demográfico de la Oficina Nacional de Estadística (ONE).² Por igual, según datos del informe del año 2021 del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), la población actual de adultos mayores es de 1,257,703, correspondiendo el 52.6% al sexo femenino.³

Este grupo poblacional se considera altamente vulnerable, dado los riesgos mayores de enfermar o morir por enfermedades crónicas no transmisibles como cardiopatías, diabetes y cáncer,⁴ a lo que se añade la tendencia creciente de la carga de enfermedad en adultos mayores en la República Dominicana, que ha aumentado un 15.4% entre las mujeres y un 27.1% entre los hombres, en las últimas dos décadas (2000-2019).⁵ Por consiguiente, en la medida que nuestra sociedad envejece, aumenta la demanda de servicios de salud con abordaje integral, focalizado y de calidad.

La presencia de malnutrición, tanto por deficiencia como por exceso, puede impactar de manera significativa la evolución de las enfermedades crónicas y agudas en el adulto mayor; de manera que una adecuada valoración del estado nutricional resulta fundamental para detectar precozmente la desnutrición, determinar situaciones de riesgo, identificar las causas, trazar el plan de acción para mejorar el estado nutricional y evaluar la efectividad de dichas intervenciones.⁶ En ese sentido, es un deber del Estado dominicano realizar acciones que favorezcan la nutrición adecuada, apropiada y suficiente del envejeciente, así como garantizar servicios médicos adecuados para el diagnóstico de la malnutrición.^{7,8}

En definitiva, la valoración nutricional geriátrica es un proceso complejo en el que se debe tomar en cuenta la etiología multifactorial de la desnutrición en la población adulta mayor y la amplia variabilidad de los sujetos valorados.⁹ En tal sentido, contar con un instrumento para ser aplicado en la atención nutricional e integral del adulto mayor hospitalizado, institucionalizado o ambulatorio, permitirá detectar el riesgo nutricional y realizar las intervenciones en salud y nutrición, de manera oportuna.

2. OBJETIVO

Establecer un referente nacional para la valoración nutricional del adulto mayor hospitalizado, institucionalizado o ambulatorio, que oriente la identificación y tratamiento oportuno de estados de malnutrición, con el fin de contribuir a reducir el deterioro físico, la discapacidad y morbi-mortalidad relacionados con la nutrición.

3. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

- Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GRR.pdf>
- Carmona Fortuño I, Molés Julio MP, Puig Zaragoza J. Una guía de práctica clínica aplicada al tratamiento de desnutrición en ancianos institucionalizados. *Gerokomos* [Internet]. 2019; 30(2): 67-71. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n2/1134-928X-geroko-30-02-67.pdf>

4. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, geriatras, internistas, nutriólogos, nutricionistas, cardiólogos, endocrinólogos, diabetólogos, gastroenterólogos, médicos residentes, enfermeras, emergenciólogos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas, odontólogos, cuidadores y familiares.

5. POBLACIÓN DIANA

Adulto mayor de 65 años.

6. DEFINICIONES

- **Adulto mayor hospitalizado**
Adulto mayor con una condición grave de salud que no puede ser atendido en otro lugar distinto al hospital o que requiere de un manejo más intensivo del que se puede proporcionar a nivel institucional o ambulatorio, incluida la atención médica de emergencia y los ingresos hospitalarios con fines diagnósticos y quirúrgicos.¹⁰
- **Adulto mayor institucionalizado**
Se refiere a las personas radicadas, de forma temporal o permanente, en residencias para adultos mayores o centros geriátricos de gestión pública, privada o por fundaciones sin fines de lucro, donde reciben atención integral. La atención puede ser de veinticuatro horas o de doce horas (diurno).^{7,11,12}

- **Adulto mayor ambulatorio**

Aquel adulto mayor que recibe atención ambulatoria, sin requerir de hospitalización para la realización o seguimiento diagnóstico y de tratamiento. Incluyen un amplio rango de servicios de promoción, prevención, mantenimiento, diagnóstico y de recuperación a personas de este grupo poblacional, ya sea que estén sanas o aquellas que requieren monitorización continua después de una hospitalización. El cuidado ambulatorio comprende los programas de bienestar y promoción de la salud, los programas de prevención de la enfermedad y de la discapacidad.¹³

- **Alimentación Saludable**

Es la recomendada para el mantenimiento de un estado nutricional óptimo, cubre todas las necesidades energéticas y de nutrientes esenciales para el organismo, incluye una ingesta adecuada de vegetales, frutas, granos, agua y grasas saludables como pescado, semillas de frutos secos con predominio de productos ricos en ácidos grasos monoinsaturados, como el aceite de oliva. Es la dieta adecuada en esta etapa de vida, según las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de la República Dominicana (GABAs).^{14,15}

- **Cribado Nutricional**

El cribado nutricional es definido como el primer paso en la valoración nutricional geriátrica integral, con el que se busca identificar precozmente a los sujetos que requieren una valoración nutricional exhaustiva y que pueden beneficiarse de una intervención nutricional temprana. Está incluido en la valoración geriátrica integral y se repite de forma sistemática y periódica como parte del seguimiento del adulto mayor ambulatorio, institucionalizado u hospitalizado. La recomendación es que el cribado nutricional se aplique semanalmente en pacientes hospitalizados, con una frecuencia mensual en adultos mayores institucionalizados y anual en aquellos ambulatorios.⁶

Para estos fines se recomienda utilizar la escala Mini Nutritional Assessment (MNA), que es la herramienta de tamizaje nutricional más utilizada y recomendada en el adulto mayor. La misma está validada para población mayor de 65 años, tanto a nivel hospitalario, como institucional y ambulatorio.⁶ Este método de valoración nutricional ha sido correlacionado con la predicción de riesgo de desnutrición proteico-energética, mortalidad hospitalaria, institucionalización, estancia, nivel funcional, polifarmacia y severidad del deterioro cognitivo.¹⁶

La evaluación de cribaje inicial tiene una puntuación máxima de 14 puntos, mientras que la evaluación del estado nutricional global tiene una valoración máxima de 30 puntos. El instrumento MNA puede ser descargado en su forma original, sin modificaciones, en el siguiente enlace:

<https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-spanish.pdf>

- **Ración**

Es el tamaño total que se da de un alimento, ya sea en gramos, miligramos, piezas, paquetes; es la cantidad que se indica en la etiqueta nutricional.¹⁷

- **Porción**

Es el tamaño del alimento que se sugiere consumir de la ración. Este tamaño puede ser aproximado con el método de la mano (Ver anexo A).

7. CLASIFICACIÓN

7.1 Clasificación de los grupos de riesgo de malnutrición en la población adulta mayor

Riesgo 1: adultos mayores sanos integrados en la comunidad.

Riesgo 2: adultos mayores con enfermedades crónicas, integrados en la comunidad.

Riesgo 3: adultos mayores que viven solos y confinados en su domicilio.

Riesgo 4: adultos mayores que residen en instituciones.

En el caso de adultos mayores dependientes que viven en la comunidad, tomar en cuenta la presencia de estas condiciones: deterioro cognitivo y/o funcional, aislamiento, aparición de enfermedades agudas, depresión y dificultad de acceso a la comida a los fines de manejo adecuado, integral, orientación pertinente a familiares o cuidadores, hacer referimiento oportuno a otros niveles de salud y a los programas sociales para aseguramiento de sus requerimientos de salud y nutricionales.

En el caso de adultos mayores institucionalizados, considerar la presencia de: discapacidad física o psíquica grave, infecciones o agudización de procesos crónicos, uso de múltiples medicamentos (polifarmacia) y de úlceras por presión, para fines de un manejo adecuado, integral y poder realizar los ajustes nutricionales pertinentes.¹⁸

7.2 Clasificación de los adultos mayores según la funcionalidad

- **Adultos mayores funcionales:** son los que pueden realizar sus actividades cotidianas sin limitaciones o con dificultad mínima, por lo que pueden mantenerse independientes.
- **Adultos mayores disfuncionales:** son los que presentan alguna limitación para realizar tareas mínimas necesarias.¹⁹

8. HISTORIA CLÍNICA

8.1 Anamnesis

Para valorar la salud nutricional es necesario indagar lo siguiente:

- Enfermedad aguda o crónica presente, comorbilidades.
- Ingiere pocos alimentos, alimentos de mala calidad o deficientes en nutrientes.
- Enfermedad bucal, falta de piezas dentales o dolor bucal.
- Limitaciones económicas.
- Poco contacto social.
- Consumo de múltiples fármacos (polifarmacia).
- Aumento o disminución involuntaria del peso.
- Necesidad de asistencia para el cuidado personal.
- Edad mayor de 65 años.
- Antecedentes personales: enfermedades que pueden asociar a una reducción de la ingesta (ictus, enfermedad de Parkinson, demencia, depresión u otras), estilo de vida, actividad física y laboral, patologías asociadas, situación socioeconómica, donde y con quien convive (si vive en una institución), gastos en alimentación, cambio de la talla de ropa.
- Fármacos indicados y horarios para determinar interacción de fármacos con los alimentos que ingiere.
- Investigue pérdida de apetito y de la sensación de sed.
- Historia dietética: si presenta alergias e intolerancia alimentaria y alimentos de preferencia. Realice recuento alimentario de 24 horas y haga la estimación de porcentaje de nutrientes consumidos y contenido calórico, así como la cantidad de agua y otros líquidos consumidos en el día.
- Afectación de masticación y salivación, dificultad para tragar, trastornos del gusto y del olfato.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.
- Detecte problemas visuales y restricciones físicas.
- Para el diagnóstico y manejo integral de la salud del adulto mayor se necesita la intervención de especialistas en diferentes áreas, tales como: odontólogo, psiquiatra, terapeutas de la conducta, geriatra, neurólogo, nutricionista, fisiatra, ortopeda, cardiólogo, endocrinólogo, diabetólogo, reumatólogo, gastroenterólogo, ginecólogo, urólogo entre otros, según amerite cada caso en particular.

8.2 Examen físico

- En la evaluación integral del adulto mayor valore los siguientes aspectos: físico, mental, emocional, social y nutricional.
- Tome signos vitales: pulso, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura.
- Verifique presencia de signos de deshidratación.
- Verifique palidez en piel y tegumentos (en esclera, palma de las manos), si presenta piel seca, úlceras o escaras en la piel.

- Verifique condición del pelo (débil, caída), de las uñas (débiles o manchas).
- Alteraciones motoras: capacidad reducida para movimientos coordinados.
- En la boca: comisura de la boca rasgada, enrojecimiento de la lengua y lengua geográfica. Verifique ausencia de piezas dentales y condición de estas, así como de la mucosa oral y encías.
- En el abdomen verifique la presencia de ascitis, dolor, aumento del tamaño del hígado y bazo.
- En piernas y pies verifique si presenta cambio de coloración, edemas, úlceras.
- Detecte limitaciones en la marcha y de movimiento en articulaciones.

8.3 Evaluación antropométrica

Las mediciones antropométricas detalladas a continuación son las principales a realizar en la evaluación nutricional del adulto mayor:

- Tome el peso o estime en caso necesario utilizando la ecuación de Chumlea WC et al.²⁰

Fórmula para la estimación del peso corporal

Hombre	$(1,73 \times \text{CMB}) + (0,98 \times \text{CP}) + (0,37 \times \text{PCS}) + (1,16 \times \text{AR}) - 81,69$
Mujer	$(0,98 \times \text{CMB}) + (1,27 \times \text{CP}) + (0,4 \times \text{PCS}) + (0,87 \times \text{AR}) - 62,35$

Fuente: Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc.* 1988.

CMB: Circunferencia Media del Brazo (cm)

CP: Circunferencia de la Pantorrilla (cm)

PCS: Pliegue Cutáneo Subescapular

AR: Altura de la Rodilla

- Tome la talla o estime la estatura utilizando la extensión de la brazada y/o mediante la altura de la rodilla (ver técnica de medición en Anexo C).^{21,24}

Fórmula para estimar la talla con la altura-rodilla

Talla hombres (cm)	$(2.02 \times \text{altura-rodilla (cm)}) - (0.04 \times \text{edad en años}) + 64.19$
Talla mujeres (cm)	$(1.83 \times \text{altura-rodilla (cm)}) - (0.24 \times \text{edad en años}) + 84.88$

Fuente: Chumlea WC, Guo SS, Steinbaugh ML. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. *J Am Diet Assoc.* 1994.

- Altura de la rodilla: se considera altura de la rodilla a la distancia desde la planta del pie hasta la cara anterior del muslo con la rodilla doblada en un ángulo de 90°.

Fórmula para estimar la talla con la medida de la brazada

Estatura (cm) =	media brazada x 2cm
-----------------	---------------------

Fuente: Mitchell CO, Lipschitz DA. Arm length measurement as an alternative to height in nutritional assessment of the elderly. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1982.

- Media brazada: se mide con una cinta métrica metálica, estando el adulto mayor acostado, en posición supina, brazos abducidos con la palma de la mano hacia arriba. La medida de la media brazada corresponde a la extensión del punto en el nivel del segmento central de la incisura yugular del esternón hasta el extremo distal de la falange distal del dedo medio derecho, sin considerar la uña.²⁵
 - Calcule el índice de masa corporal (IMC) usando la siguiente fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$
 - Interprete el IMC tomando como referencia los puntos de corte presentados en el Cuadro No. 1. Considere que los valores del IMC para las personas adultas mayores no tienen el mismo significado que a edades más tempranas y se modifican con respecto a los de la población general, dado que su composición corporal y variables biológicas para determinar el IMC cambian con el tiempo. En adultos mayores, la determinación del IMC es importante porque los cambios de peso, talla y a nivel fisiológico (aumento de la masa grasa y disminución de la magra) afectan su estado nutricional.^{22,23}

Cuadro No. 1. Estado Nutricional del adulto mayor según IMC

IMC	Estado Nutricional
< 23,0	Delgadez
23.0 a 27.9	Normal
> 28.0 a 31.9	Sobrepeso
≥ 32.0	Obesidad

Fuente: Babiarczyk B, Turbiarz A. Body mass index in elderly people – Do the reference ranges matter? *Prog Health Sci.* 2012.

- Valore la grasa y masa muscular a través de las siguientes medidas antropométricas: Circunferencia Media del Brazo (CMB), Circunferencia de la Muñeca (CM) y la Circunferencia de la Pantorrilla (CP).
- Tome pliegues cutáneos: tricipital, subescapular y abdominal.
- Mida la circunferencia de la cintura, tomando como punto de corte para alto riesgo las siguientes medidas: Hombres >102 centímetros y Mujer >82 centímetros.
- Tome la Circunferencia de la Cadera.
- Calcule el índice Cintura-Cadera (ICC). Puntos de corte: Mujer ≤ 0.85 y Hombre ≤ 0.90.

9. MEDIOS DIAGNÓSTICOS

9.1 Laboratorios

- a. Hemograma, orina, glicemia basal, glicemia postprandial, hemoglobina glicosilada, electrolitos, proteínas totales y fraccionadas, perfil lipídico, transaminasas, prueba de nitrógeno ureico en sangre (BUN), urea, índice de creatinina, albumina, vitamina D y otros que amerite, según el caso.
- b. Realice procedimientos complementarios: de imágenes según la patología del paciente, y los que amerite, según el caso.
- c. Otros estudios como la Bioimpedancia eléctrica, pueden ser útiles para la evaluación de la composición corporal.

9.2 Diagnóstico de desnutrición en el adulto mayor

Se establece con dos o más de los siguientes criterios:

- Pérdida de peso $\geq 5\%$ en un mes o $\geq 10\%$ en 6 meses respecto al peso habitual. Factores que influyen en la interpretación de los resultados deben ser tomados en cuenta como alteración en la distribución de líquidos corporales.
- Índice de masa corporal (IMC) $< 23 \text{ kg/m}^2$.
- Albúmina en sangre $< 3.5 \text{ g/dL}$. La hipoalbuminemia no es específica de malnutrición y puede ser observada en otras patologías independientemente del estado de nutrición, en particular en procesos inflamatorios, por lo que su interpretación debe de hacerse con cautela.
- Puntaje del Mini Nutricional Assessment (MNA) < 17 (Ver anexo B).
- Circunferencia braquial $< 21 \text{ cm}$.
- Circunferencia de pantorrilla $< 31 \text{ cm}$.

Las concentraciones plasmáticas de marcadores bioquímicos del estado de nutrición se deben tomar en cuenta en conjunto con los parámetros antropométricos y el MNA para la evaluación del estado de nutrición.

10. MANEJO NUTRICIONAL

10.1 Prevención

La prevención forma parte de la salud. Llevar una vida activa y la nutrición correcta contribuyen a la reducción de la morbimortalidad en el adulto mayor.²⁶

PREVENCIÓN	
Prevención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> a. Desarrollar la promoción de la salud y la nutrición en la prevención de enfermedades. b. Equilibrar la alimentación con la actividad física. c. Orientar a familiares y cuidadores al consumo de una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular en los adultos mayores. d. Detectar la malnutrición: desnutrición, el sobrepeso y la obesidad y referir al segundo nivel para su abordaje por equipo multidisciplinario e instaurar manejo integral. e. Realizar monitoreo y control en el cumplimiento de los objetivos nutricionales, orientar y hacer ajustes, según las necesidades, en cada caso.
Prevención Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> a. Establecer medidas para reducir el riesgo y velocidad de progresión de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. b. Hacer recomendaciones para mantener la funcionalidad y la calidad de vida para evitar las incapacidades y dependencia. c. Dar seguimiento y acompañamiento desde atención primaria a los casos de sobrepeso y obesidad con monitoreo y control para el cumplimiento de los objetivos nutricionales. d. Tomar en cuenta la polifarmacia y su interacción con los alimentos. e. Ofrecer las mejores opciones de fármacos y horarios para la toma, relacionándolos con los tiempos de comida para el mejor aprovechamiento de los nutrientes, con el objetivo de evitar la desnutrición y la deficiencia de micronutrientes. f. Recomendar la práctica de actividad física regular, ajustada a cada caso.
Prevención Terciaria	<ul style="list-style-type: none"> a. Implementar tratamiento nutricional, ajustado a patologías agudas o crónicas que presente el adulto mayor. b. Prescripción de la práctica de actividad física regular, ajustada a las posibilidades, en cada caso, para mantener la funcionalidad y evitar la desnutrición.

Fuente: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause Dietoterapia. Elsevier-Masson; 2008. 12ed.

11. ABORDAJE NUTRICIONAL

- Asegurar una ingesta adecuada de energía y nutrientes que permitan el mantenimiento de un estado nutricional óptimo, previniendo la malnutrición, así como la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y las deficiencias de micronutrientes.
- Mantener un buen estado de hidratación.
- Facilitar al adulto mayor la habilidad para comer, modificando la consistencia de los alimentos y la presentación de estos en el plato.
- Mejorar las alteraciones en la función intestinal (estreñimiento, digestión lenta, pirosis).
- Considerar la interferencia de los medicamentos indicados con los alimentos de la dieta, haciendo los ajustes pertinentes para la optimización del uso.
- Preservar la funcionalidad en el adulto mayor tanto tiempo como sea posible.

11.1 Recomendaciones nutricionales para el adulto mayor sano

La necesidad de energía disminuye en este grupo de edad, por lo que en las dietas para los adultos mayores se deben seleccionar alimentos ricos en micronutrientes. Las necesidades proteicas se mantienen con la edad y su consumo se asocia a mayor densidad ósea cuando la ingesta de calcio es adecuada y la función renal es normal, pues varían si hay enfermedad crónica presente.

Se recomienda que el aporte energético proveniente de los hidratos de carbono sea de 45 a 65%. De este total, que el mayor aporte sea de carbohidratos complejos (cereales integrales, frutas, verduras), por su aporte en vitaminas, minerales y fibras, que colaboran en mejorar la función intestinal.

Las grasas deben ser en predominio polinsaturadas y monoinsaturadas y menos de 10% del total proveniente de las grasas saturadas, el valor de colesterol diario no debe exceder de 300 mg y 0% de las grasas trans.

El equilibrio hídrico es esencial para mantener las condiciones fisiológicas normales debido a que la masa corporal magra disminuye con la edad e influye en el porcentaje de agua del cuerpo.

11.2 Distribución de la energía

Esta se hará de la manera siguiente:^{32,33}

- **Energía o calorías:** 25 a 35 kcal/kg/día. Si es ambulatorio: mujer 1,700 kcal/día y para el hombre 1,900 kcal/día. Este valor debe ser ajustado individualmente según sea el estado nutricional, el nivel de actividad física, tolerancia y estado de salud del adulto mayor.
- **Proteínas:** 18%, ~86g para el hombre y 77g para la mujer por día.
- **Grasas:** 30% de las calorías totales por día.
- **Carbohidratos:** 52% de las calorías totales por día.
- **Fibras:** ~25g por día.
- **Agua:** al menos 2,000 a 2,200 mL por día en mujeres y al menos 2,500 a 3,000 mL en hombres.

El aporte hídrico total recomendado es de 2,700 a 3,700 mililitros diarios, incluyendo el agua ingerida a través del consumo de sopas, jugos de frutas, leche, té, vegetales y otros alimentos. Se debe evitar la deshidratación ya que esta puede provocar confusión mental, dolor de cabeza e irritabilidad. En pacientes con enfermedades que conllevan restricción hídrica, deben seguir las indicaciones del médico tratante.^{34,35}

11.3 Grupos de alimentos

PORCIONES RECOMENDADAS POR ALIMENTO		
Alimentos	Mujer	Hombre
Leche	2	2
Cereales, víveres	8	10
Leguminosas	2	2
Frutas	2	2
Vegetales	3	3
Azúcar	1	1
Carnes, pescado, huevo	5	7
Grasa	4	4

Fuente: Elaborado por el MISPAS a partir de las recomendaciones nutricionales para la población adulta mayor de 65 años.

11.4 Micronutrientos

RECOMENDACIONES DE MICRONUTRIMENTOS				
Nutriente	60-69 años		Mayores de 70 años	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Vitamina A (µg)	700	900	700	900
Tiamina (mg)	1,1	1,2	1,1	1,2
Riboflavina (mg)	1,1	1,3	1,1	1,3
Niacina (mg)	14	16	14	16
Ác. pantoténico (mg)	5	5	5	5
Vitamina B6 (mg)	1,5	1,7	1,5	1,7
Biotina (µg)	30	30	30	30
Vitamina B12 µg	2,4	2,4	2,4	2,4
Vitamina C (mg)	60	60	60	60
Vitamina D (µg)	10	10	15	15
Calcio (mg)	1200	1200	1300	1300
Folatos (µg)	400	400	400	400
Hierro (mg)	8	8	8	8
Magnesio (mg)	320	420	320	420
Zinc (mg)	8	11	8	11
Yodo (µg)	150	150	150	150
Vitamina E mg	15	15	15	15
Vitamina K (µg)	120	190	120	190

Fuente: Width M, Reinhard T. Guía básica de bolsillo para el profesional de la nutrición clínica. Wolters Kluwer; 2010.

Es esencial en el adulto mayor el aumento del consumo de micronutrientos: vitaminas y minerales, respecto al consumo total de energía por el proceso oxidativo que conlleva el envejecimiento.

11.5 Actividad física

La actividad física es esencial en esa etapa de vida. Es recomendable mantenerse activo, tanto como su estado de salud se lo permita, para mantener la movilidad y la funcionalidad, que se preserve por más tiempo, favoreciendo así una mejor calidad de vida.

- Se recomiendan iniciar poco a poco a ejercitarse, con sesiones de 30 minutos de actividad física moderada 3 veces a la semana e ir incrementando hasta lograr al menos 150 minutos por semana. También se sugiere que realice actividad de fortalecimiento muscular al menos dos días por semana.
- La actividad física mejora el funcionamiento del sistema cardiorrespiratorio, la composición corporal contribuyendo al mantenimiento y aumento de la masa muscular, mejora el equilibrio, lo que contribuye a disminuir las caídas, los tropezones y a conservar las funciones cognitivas.

12. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO E INSTITUCIONALIZADO

Tomando en cuenta que estos son pacientes ingresados en un centro de salud o un centro de atención para adultos mayores, en estancia permanente o ambulatorios, aquellos que pasan parte de la jornada diaria en estos lugares, el plan nutricional debe proporcionar el aporte energético necesario para el equilibrio de nutrimentos y el control del peso, dirigido a evitar excesos y deficiencias nutricionales, además de prevenir enfermedades agudas y complicaciones en enfermedades crónicas.

Se debe valorar la vía de alimentación:

- La vía de elección para la alimentación que debe utilizarse es la oral, siempre y cuando el sistema gastrointestinal funcione adecuadamente.
- Si la alimentación oral no es posible, valorar la nutrición enteral (vía sonda naso u oro gástrica o nasoyeyunal).
- Si la vía enteral no es posible o no se logra suministrar los requerimientos proteico-energéticos, considerar la implementación de la nutrición parenteral o mixta (combinación de nutrición parenteral y enteral).
- Incorporar la práctica de actividad física regular, de acuerdo con las posibilidades, en cada caso en particular.

13. DIETOTERAPIA EN CONDICIONES ESPECIALES DEL ADULTO MAYOR

Existen condiciones de salud, enfermedades crónicas presentes en el adulto mayor que requieren de un plan nutricional ajustado a tales situaciones.

13.1 Obesidad

La obesidad contribuye con el desarrollo de múltiples enfermedades como: diabetes, enfermedades cardíacas, artritis, dislipidemia, cáncer. Disminuye la función física y reduce las capacidades de movilidad.

Se recomienda tratamiento para bajar de peso basado en alimentación saludable ajustada a sus requerimientos nutricionales y actividad física de acuerdo con su condición. Cuando se alcance el peso adecuado es importante implementar estrategias para el mantenimiento del peso que incluya un estilo de vida saludable (ver Protocolo de Prevención y Manejo Integral del Sobrepeso y la Obesidad en el Adulto).²⁹

13.2 Desnutrición

La desnutrición en pacientes hospitalizados representa un 60%, en los institucionalizados de 40 hasta un 85% y en los cuidados en domicilio es de un 20 a un 60%. Por causas múltiples dentro de las que se resaltan las sociales, económicas o psicológicas, muchos adultos mayores ingieren una cantidad inadecuada de alimentos que afectan su estado nutricional. Otras situaciones son la falta de piezas dentales, pérdida del gusto y del olfato, enfermedades de tracto digestivo y hábitos como el fumar.

El manejo nutricional está enfocado en cubrir las necesidades nutricionales mediante un plan ajustado e individual para la recuperación en cada caso, bajo prescripción del médico nutriólogo conjuntamente con el equipo multidisciplinario.

13.3 Anemias Nutricionales

En este grupo se presenta con frecuencia deficiencias de micronutrientes, (vitaminas y minerales), principalmente de Vit. B 12, folato, hierro, por lo que hay que prevenir y tratar con el consumo de una dieta saludable. Esta debe incluir alimentos fortificados y suplementar con micronutrientes deficitarios en la dieta y de mayor demanda en esta etapa de la vida. Las carencias deben ser primero detectadas mediante la historia clínica-dietética, manifestaciones clínicas y por analíticas. El tratamiento debe ser prescrito por el médico y el manejo conjuntamente con el equipo multidisciplinario, que incluye el nutricionista, nutriólogo, hematólogo, según amerite cada caso.

13.4 Diabetes

Seguir las recomendaciones del médico y llevar un plan de alimentación y actividad física regular, según capacidades físicas y mentales. Este estilo de vida debe ser asumido por el

paciente de manera permanente para evitar complicaciones y discapacidades y lograr una mejor calidad de vida (Ver Protocolo de Asistencia Nutricional a Pacientes Diabéticos Hospitalizados).³⁰

13.5 Deshidratación

En el adulto mayor la deshidratación es frecuente debido a un aporte inadecuado de agua. El reflejo de la sed se pierde y el adulto mayor no demanda por la ingesta de agua necesaria lo que provoca la deshidratación. Cuidadores y familiares deben ofrecer agua y otros líquidos con frecuencia para suplir estas necesidades como medida de prevención de la deshidratación.

Ante signos de deshidratación (boca seca, micción escasa, desorientación), consultar al médico para el manejo pertinente, en cada caso. Seguir las recomendaciones de consumo de agua de acuerdo con las Guías Alimentarias para República Dominicana.¹⁴

13.6 Úlceras de decúbito o escaras

Es una morbilidad frecuente en los encamados y se presentan por presión inducida por posición continua en cama o sillas de ruedas. El estado de desnutrición predispone al desarrollo de las úlceras por decúbito por lo que se debe tomar en cuenta para ajustar el manejo nutricional.

14. CONSUMO DE FÁRMACOS EN EL ADULTO MAYOR

Se debe tomar en cuenta el uso de medicamentos en el adulto mayor, debido a diversas enfermedades que pueden presentar, ya sean agudas o crónicas como la hipertensión, diabetes, artritis, gastrointestinales, respiratorias, entre otras y las interacciones que se producen entre fármacos y alimentos ya que pueden desencadenar un estado de mal nutrición.

Los cambios fisiológicos que se presentan en el adulto mayor afectan de algún modo el metabolismo del fármaco ingerido. Algunos medicamentos pueden provocar disminución de la absorción de los nutrientes, disminución o aumento del apetito, estreñimiento, entre otras.

15. CUIDADORES

Un cuidador es la persona que asiste a otra para ayudarla a cuidar de sí misma, además de las condiciones físicas también atiende las condiciones emocionales del enfermo. Se cuidan adultos mayores o pacientes con enfermedades crónicas o en condición de discapacidad. Los cuidadores generalmente son profesionales de la salud, familiares como hijos, madres, esposas, hermanos, amigos cercanos, personal contratado, voluntarios, trabajadores sociales o miembros de organizaciones religiosas que ayudan en el hogar, en los hospitales o en instituciones de asistencia. Se le denomina también persona a cargo del paciente.³¹

15.1 Perfil de los cuidadores que ofrecen servicios a adultos mayores institucionalizados o ambulatorios

El rol del cuidador está relacionado en brindar el cuidado requerido y apoyo al adulto mayor. Ayudar a mejorar la calidad de vida del necesitado con empatía, amor, respeto, vocación de servicio, calidad, calidez, amabilidad, compromiso, compasión, ética, comprensión, tolerancia, honestidad. Además, el cuidador debe ser diligente y tener sentido común.

Dentro de las fortalezas del cuidador está usar una comunicación efectiva para que el adulto mayor se sienta integrado y no aislado.

Este tipo de cuidado implica tener los conocimientos necesarios para el desempeño de las labores, manejar información de las enfermedades que padezca la persona atendida y estar preparados para enfrentar situaciones de diversas índoles para dar la respuesta esperada en el momento oportuno, además de apoyarlos en las actividades de la vida diaria para el beneficio del adulto mayor.

Un buen cuidador debe transmitir energía positiva para propiciar un ambiente de bienestar y felicidad a las personas dependientes.

Debe permanecer con el adulto mayor en los turnos acordados por las partes y, en colaboración con los familiares responsables, quienes se comprometerán a cuidar de éste, según la necesidad.

Cuidar a un adulto mayor genera estrés, cansancio y desgaste físico, por lo que se recomienda autocuidarse. Estudios diversos han mostrado evidencias de la mala calidad de vida en los cuidadores por las labores que desempeñan impactando negativamente su salud física y mental. El autocuidado es necesario para no sufrir desgaste físico y psicológico generado por un trabajo tan exigente como éste, para estar en condiciones aptas de ofrecer una atención correcta.

De acuerdo con lo establecido en las normativas de Salud Ocupacional, es necesario que el cuidador sea sometido a evaluaciones de la salud física y mental, para conocer si está apto para desempeñar sus funciones, tanto al inicio como periódicamente.

16. RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE TRABAJO

- Identificar, de forma oportuna y de manera periódica, a los pacientes que ingresan desnutridos o presentan riesgos de desarrollar desnutrición.
- Realizar sesiones conjuntas del grupo multidisciplinario para conocer los casos y decidir sobre el manejo, el seguimiento y el egreso del paciente en el caso en que el adulto mayor esté hospitalizado o en alguna casa de acogida.
- Capacitar a los familiares y al personal en contacto con el paciente, a fin de motivar su participación activa en el proceso de recuperación.

17. INFORMACIÓN A FAMILIARES Y CUIDADORES

- El personal de salud debe explicar a familiares y cuidadores el plan de alimentación que debe seguir, basado en las Guías Alimentarias de la República Dominicana.
- Si el adulto mayor tiene colocada una vía de acceso para recibir nutrición enteral (NE) o parenteral (NP) y va de alta médica, se debe informar a los cuidadores las medidas de higiene y cuidados requeridos para el mantenimiento de la vía de acceso nutricional.
- Indicar las fechas en las que él o la paciente debe acudir a sus citas de seguimiento.
- Proveer la información de contacto para casos de emergencia.
- En la dieta recomendada al adulto mayor se debe tomar en cuenta la selección de los alimentos que la integran: su sabor, el color, la textura (alimentos picados, molidos, licuados, papillas) y hacer ajustes por condiciones individuales, en cada caso.
- Los alimentos deben verse atractivos (usar manteles y platos blancos), el plato debe tener buena presentación y el ambiente debe estar bien iluminado.
- Al alimentar vía oral al adulto mayor, se le debe colocar en posición sentada o semisentado para evitar riesgos tales como: atragantamiento, vómitos, broncoaspiración, entre otros.
- El cuidador debe dedicar el tiempo necesario para ayudar a alimentar al adulto mayor.

18. CRITERIOS DE EGRESO EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS

- Se considera el egreso cuando el adulto mayor presenta mejoría clínica, nutricional y se encuentra metabólicamente estable, pudiendo continuar la recuperación fuera del centro de salud.
- Planificación del egreso consensuando con la familia, el servicio social y el equipo clínico.
- Orientar a la familia sobre los cuidados, administración de la medicación indicada, signos y síntomas de alarma que pueda presentar y requiera de regreso al hospital, además del cumplimiento con las citas establecidas para el seguimiento.

19. INDICADORES

Proceso de atención	Indicador
Historia clínica según protocolo	Porcentaje de pacientes adultos mayores con evaluación nutricional elaborada de acuerdo al protocolo.
Manejo multidisciplinario	Porcentaje de pacientes adultos mayores con esquema nutricional diseñado según necesidad.
	Porcentaje de pacientes adultos mayores que tienen registrado el peso, talla e IMC el último año.

20. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Oficina Nacional de Estadística. Envejecimiento demográfico: desafío al Sistema de Seguridad Social en República Dominicana [Internet]. Santo Domingo: ONE; 2016. 80p. Disponible en: <https://one.gob.do/publicaciones/2016/envejecimiento-demografico-desafio-al-sistema-de-seguridad-social-en-republica-dominicana-2016/>
3. Informe de gestión [Internet]. Santo Domingo: Consejo Nacional de la Persona Envejeciente; 2022. Disponible en: https://www.conape.gob.do/Blognoticias.cfm?post_id=484
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. 246p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
5. Organización Panamericana de la Salud. Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2023. 120p. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326718>
6. Camina-Martín MA, Mateo-Silleras B, Vincenzo Malafarina V, Lopez-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, et al. Valoración del estado nutricional en Geriátrica: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016; 51(1): 52–57. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.007>
7. Ley No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente [Internet]. Gaceta Oficial Núm. 9996. 1998. 27p. Disponible en: <http://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/764>
8. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Políticas de Atención a las personas Mayores en la República Dominicana [Internet]. 2020. 81p. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/politicas_de_atencion_a_las_personas_mayores_en_la_republica_dominicana.pdf
9. Velásquez Alva MC. Desnutrición en los adultos mayores: la importancia de su evaluación y apoyo nutricional. *RESPYN* [Internet]. 2011; 12(2): 12p. Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/287>

10. Bakerjian D. Atención hospitalaria en los ancianos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2022. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-do/professional/geriatr%C3%ADa/prestaci%C3%B3n-de-la-atenci%C3%B3n-a-los-ancianos/atenci%C3%B3n-hospitalaria-en-los-ancianos#>
11. SÁngari Y. Adultos Mayores Institucionalizados: Íconos del abandono y la soledad [Internet]. Salta: FIAPAM; 2016. Disponible en: <https://fiapam.org/adultos-mayores-institucionalizados-iconos-del-abandono-y-la-soledad>
12. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Listado de Centros y Asilos [Internet]. Disponible en: https://www.conape.gob.do/CENTROS/centros_website.cfm
13. Santos Álvarez MR. Atención del adulto mayor en centros ambulatorios. *Enfermería Investiga* [Internet]. 2019; 4(4): 7-8. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/703>
14. Despacho de la Primera Dama, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pílon de la Alimentación y Nutrición. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de la República Dominicana [Internet]. Santo Domingo: Despacho de la Primera Dama; 2009. 52p. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/270>
15. Carbajal Azcona Á. Manual de nutrición y dietética [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013. 367p. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/22755/>
16. Salvà Casanovas A. El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012;47(6):245-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.10.001>
17. Berreiro D. Guía para la implementación del sistema de etiquetado CDO en el sector alimentario español. *Eurocarne* [Internet]. 2010; 183: 7p. Disponible en: <https://eurocarne.com/articulos-ficha/codigo/15685>
18. Fávaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, Vereecken C, Vanhauwaert E, Declercq A, et al. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Adv Nutr* [Internet]. 2016; 7(3): 507-22. Disponible en: <https://doi.org/10.3945/an.115.011254>
19. Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente [Internet]. México: Literatura y

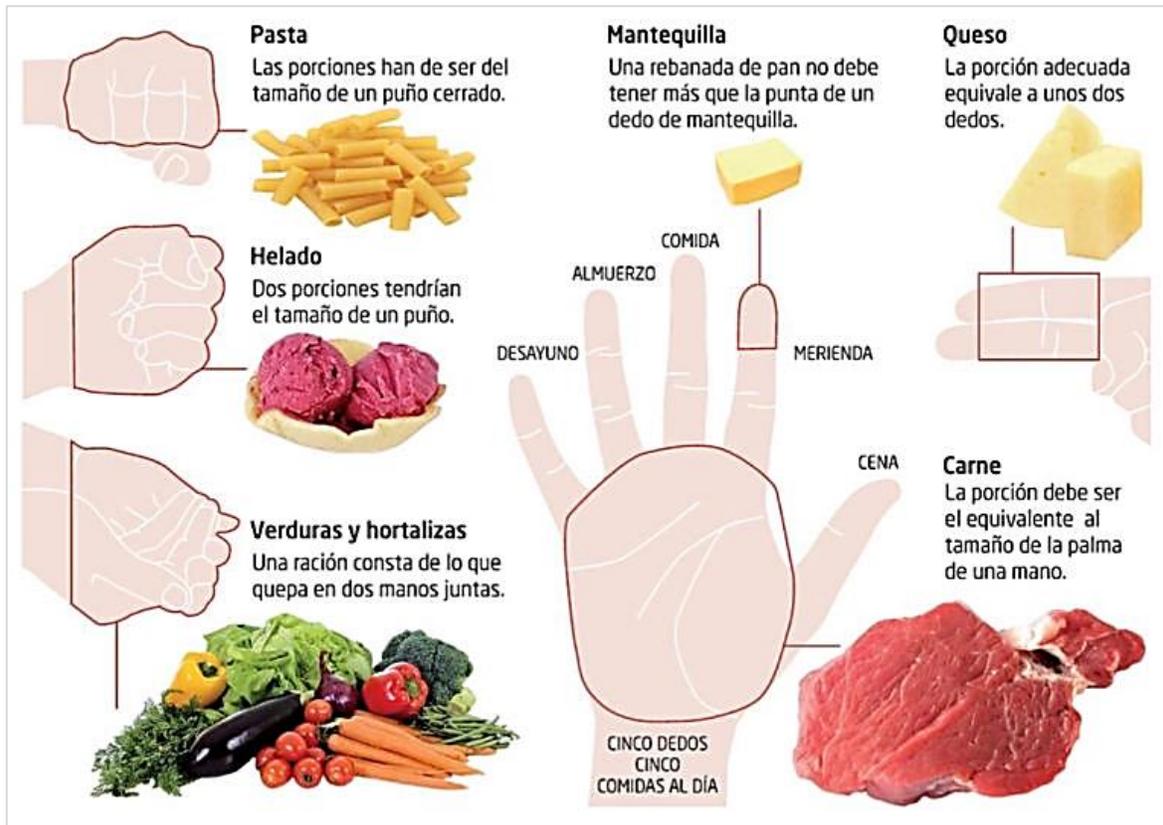
Alternativas en Servicios Editoriales SC; 2014. 69p. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf

20. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 1988;88(5):564-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3367012/>
21. Chumlea WC, Guo SS, Wholihan K, Cockram D, Kuczmarski RJ, Johnson CL. Stature prediction equations for elderly non-Hispanic white, non-Hispanic black, and Mexican-American persons developed from NHANES III data. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 1998;98(2):137-42. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(98\)00036-4](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(98)00036-4)
22. Núñez Sánchez MC, Reyes Huarcaya RME. Importancia de diferenciar puntos de corte del IMC de acuerdo a la edad. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2017;34(5):1263. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309253341033>
23. Babiarczyk B, Turbiarz A. Body mass index in elderly people – Do the reference ranges matter? *Prog Health Sci* [Internet]. 2012;2(1):58-67. Disponible en: https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/progress-file/phs/phs_2012_1/58-67_babiarczyk.pdf
24. Mitchell CO, Lipschitz DA. Arm length measurement as an alternative to height in nutritional assessment of the elderly. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* [Internet]. 1982;6(3):226-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0148607182006003226>
25. Borba de Amorim R, Coelho Santa Cruz MA, Borges de Souza-Júnior PR, Corrêa da Mota J, González C. Medidas de estimación de la estatura aplicadas al Índice de Masa Corporal (IMC) en la evaluación del estado nutricional de adultos mayores. *Rev chil nutr* [Internet]. 2008;35(1):272-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000400003>
26. Mahan LK, Escott-Stump S. Krause Dietoterapia. Elsevier-Masson; 2008. 12ed. 1376p.
27. Scott-Stump S. Nutrición Diagnóstico y Tratamiento. México: McGraw Gil; 2005. 5ed. 843p. ISBN: 9701051378
28. Width M, Reinhard T. Guía básica de bolsillo para el profesional de la nutrición clínica. Wolters Kluwer; 2010. 1ed. ISBN: 9788496921504
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de manejo nutricional e integral del sobrepeso y la obesidad en el adulto [Internet]. Santo Domingo: MISPAS; 2021. 29p. Disponible en: <http://repositorio.ministeriodesalud.gob.do/handle/123456789/2268>

30. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de asistencia nutricional a pacientes diabéticos hospitalizados [Internet]. Santo Domingo: MISPAS; 2018. 24p. Disponible en: <http://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/908>
31. Fundación ONCE. Concepto y perfil del cuidador o cuidadores [Internet]. Discapnet. 2021. Disponible en: <https://www.discapnet.es/mayores/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>
32. Menchú M, Torún B, Elías LG. Recomendaciones dietéticas diarias del INCAP [Internet]. 2da ed. Guatemala: INCAP; 2012. 222p. ISBN: 978-99922-960-5-9. Disponible en: https://inec.cr/wwwisis/documentos/INCAP/Recomendaciones_Dieteticas_Diarias_del_INCAP.pdf
33. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* [Internet]. 2022;41(4):958-989. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024>
34. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific Opinion on Dietary reference values for water. *EFSA Journal* [Internet]. 2010;8(3):1459. 48p. Disponible en: <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2010.1459>
35. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate [Internet]. Washington DC: The National Academies Press; 2005. 617p. Disponible en: <https://doi.org/10.17226/10925>

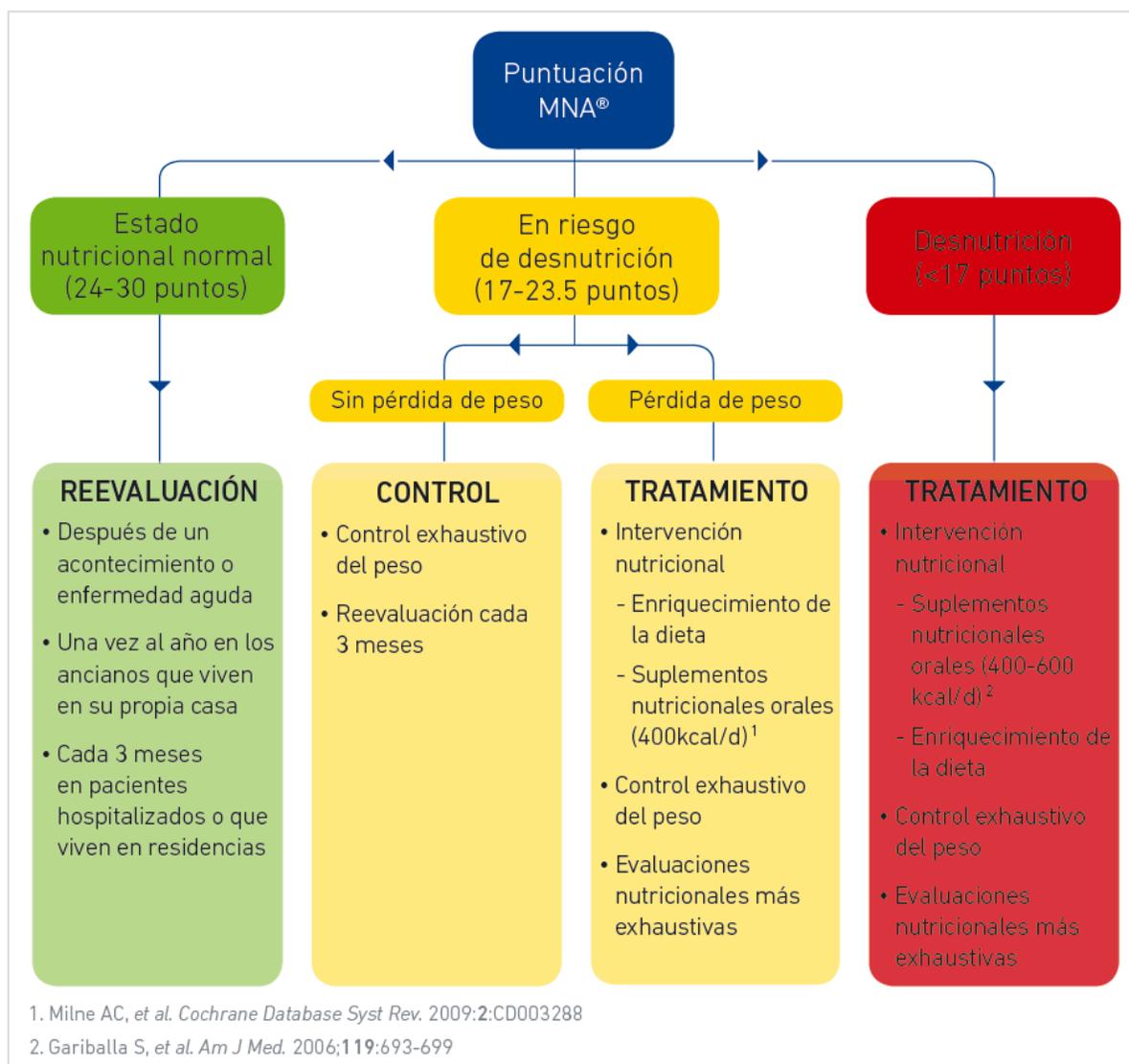
21. ANEXOS

Anexo A. Tamaño de las porciones



Fuente: Medina V. Las porciones que deberías comer están en tus manos. Disponible en: <https://pin.it/3CXQ5oT>

Anexo B. Recomendaciones para la intervención según la puntuación del MNA



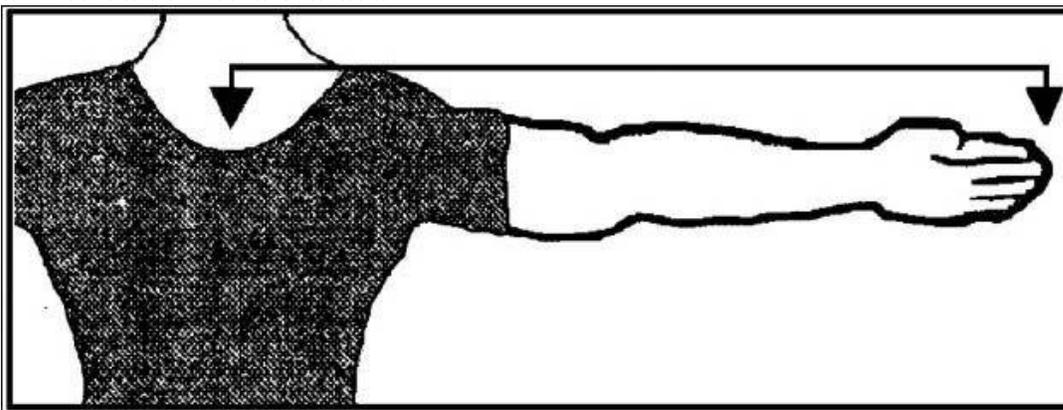
1. Milne AC, et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2:CD003288

2. Gariballa S, et al. *Am J Med.* 2006;119:693-699

Fuente: Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment (MNA). Nestlé Nutrition Institute. Disponible en: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-spanish.pdf>

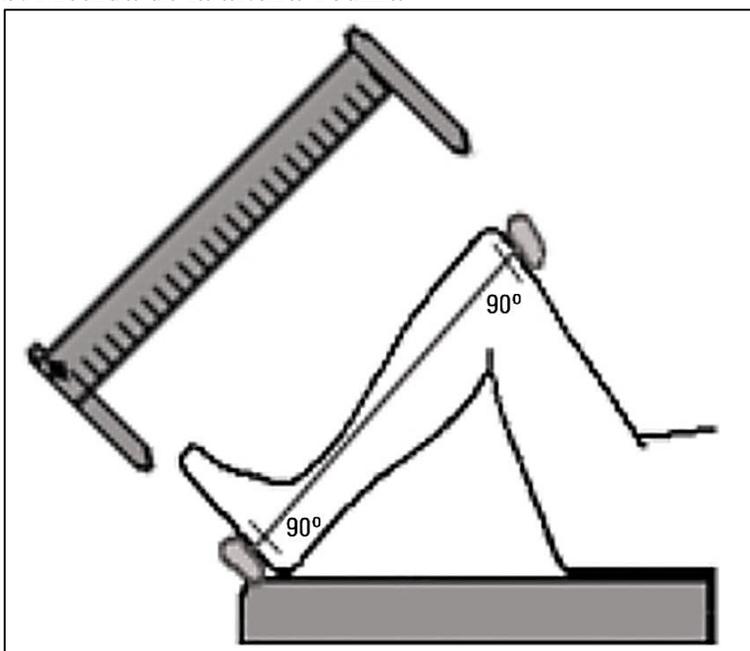
Anexo C. Toma de medidas antropométricas

a. Medida de media brazada



Fuente: Seresht L M, Golparvar M, Yaraghi A. Comparative evaluation of hemodynamic and respiratory parameters during mechanical ventilation with two tidal volumes calculated by demi-span based height and measured height in normal lungs. *Adv Biomed Res.* 2014. Disponible en: https://www.researchgate.net/figure/Estimating-height-from-demi-span_fig1_260810956

b. Medida de la altura-rodilla



Fuente: Briva A, Gaiero C. Lung protection: an intervention for tidal volume reduction in a teaching intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311454417_Tidal_Volume_Reduction_in_ICU



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514
Teléfono: (809) 541-3121
www.msp.gob.do
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA