



UNIVERSIDAD UCINF
Facultad de Ciencias de la Salud
Nutrición y Dietética

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE LA COLACIÓN NOCTURNA Y LA PREVALENCIA DEL BAJO PESO EN RESIDENTES DE UN CENTRO CÍVICO DE ADULTOS MAYORES, LA SERENA.

Tesis para obtener el grado de
Licenciatura en Nutrición y Dietética

Autores:

GUJARDO ROJAS KATHERINE VALERIA
PERALTA LÓPEZ BEATRIZ PALOMA ANTONIA
PÉREZ CASTILLO DENISSA PAOLA
VÉLIZ BURGOS LISETTE GRACIELA

Profesor guía metodológico: LEYDIS MOREJÓN RODRIGUEZ

Profesor guía disciplinar: ANDREA GAJARDO GUZMÁN

La Serena, Chile

Diciembre, 2015

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Queremos agradecer profundamente a todos los funcionarios del Establecimiento Cívico de Adultos Mayores donde realizamos nuestra investigación, por su sincera acogida y constante comprensión; Agradecer también a los docentes Pamela Ogalde y Marcos Alfaro quienes nos orientaron desinteresadamente en este proceso, siendo nuestros guías en momentos de confusión.

Al finalizar este arduo proceso de tesis y sentirme conforme del trabajo logrado junto a mis compañeras, quiero agradecer a las personas que siempre estuvieron conmigo ante todo, a mi madre mi Pauli tierna y confortable, mi padre Luis que siempre creyó en mí y mi hermano Lucho que con retos me enseñó a no rendirme.

Katherine Guajardo R.

Mis agradecimientos siempre para ti Padre amado Señor, por el inmenso amor, nada fue, es o será sin ti, a mis adorados padres por el enorme sacrificio y apoyo de estos años, y a todos aquellos que con su ayuda y comprensión hicieron parte de este largo camino.

Beatriz Paloma Peralta L.

Al terminar este proceso agradezco a Dios por estar siempre presente, a mis padres, hermanas(o) y sobrina por su apoyo incondicional, por confiar en mí y darme la oportunidad de cumplir con este nuevo proyecto, por su cariño y amor que me muestran a diario, a mis amigas y compañeras de tesis por su comprensión y apoyo permanente.

Denissa Pérez C.

Agradecer a mis padres por creer en mí y darme esta gran oportunidad, a mis hermanas(os), sobrinas(os), cuñadas(os), tías(os), amigas(os) y compañeras por formar parte del trayecto, no alcanzan las palabras ni el tiempo para agradecer el apoyo para cumplir este sueño.

Lisette Véliz B.

INDICE

Contenidos	Páginas
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	
Antecedentes del problema.....	3
Fundamentación del problema.....	6
Preguntas de investigación.....	8
Hipótesis.....	8
Objetivo general.....	9
Objetivo específico.....	9
Justificación de la investigación.....	10
Viabilidad.....	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	14
Aspectos generales asociados a los adultos mayores.....	15
Bajo peso del adulto mayor.....	20
Alimentación en los adultos mayores.....	22
Conceptos claves	31
CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	
Paradigma de investigación.....	36

Alcance y diseño de la investigación.....	37
Población y muestra.....	38
Variables de estudio.....	39
Hipótesis.....	39
Instrumentos de recopilación de datos.....	40
Metodología de aplicación de instrumentos.....	45
Descripción de procedimientos de análisis.....	48

CAPITULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1: Evaluación nutricional y compartimiento muscular y graso.....	49
Tabla 2: Porcentajes de adultos mayores según estado nutricional de la población en general.....	50
Tabla 3: Porcentajes de adultos mayores según compartimiento muscular y graso de la población en estudio..	50
Tabla 4: Recogimiento de datos MNA (<i>Mini Nutritional Assessment</i>).....	51
Tabla 5: Porcentajes resultados de la encuesta global subjetiva MNA.....	52
Tabla 6: Clasificación de grupo objetivo.....	53
Tabla 7: Segundo recogimiento de datos.....	54

Tabla 8: Variación de peso en la muestra.....	55
Gráfico 9: Representación del estado nutricional.....	56
Tabla 10: Comparación de IMC en las dos evaluaciones realizadas.....	57
Tabla 11: Variación en índice peso/talla.....	57
Gráfico 12: Variación en índice peso/talla.....	58
Tabla 13: Diferencia en el compartimiento muscular graso y proteico.....	59
Tabla 14: Comparación de colaciones entregadas a los residentes.....	60
Tabla 15: Comparación de aporte de Calorías.....	62
Gráfico 16: Comparación de aporte de Calorías.....	63
Tabla 17: Comparación de aporte de Proteínas.....	64
Gráfico 18: Comparación de aporte de Proteínas.....	65
Tabla 19: Comparación de aportes de Carbohidratos.....	66
Gráfico 20: Comparación de aportes de Carbohidratos.....	67
Tabla 21: Comparación de aportes de Lípidos.....	69
Gráfico 22: Comparación de aportes de Lípidos.....	70
Tabla 23: Registro de ingesta alimentaria de colaciones nocturnas	71

Gráfico 24: Registro de ingesta alimentaria de colaciones nocturnas	76
ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Tabla 25: Datos estadísticos descriptivos.....	77
Tabla 26: Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo.....	77
Gráfico 27: Relación entre los pesos (kg) del pre y post evaluación.....	78
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	
Conclusión.....	79
Discusión.....	82
COMPLEMENTO	
Referencia Bibliografía.....	84
ANEXOS.....	97

RESUMEN

A pesar de que la prevalencia de bajo peso en la población de adultos mayores ha disminuido considerablemente en los últimos años, aún existe en nuestro país 73.571 de ellos que poseen malnutrición por déficit, siendo la población de adultos mayores institucionalizados donde se encuentra la mayor incidencia, identificándose diversos factores que podrían explicar esta baja de peso.

Se realizó un estudio de diseño experimental de tipo explicativo, con el objetivo de analizar si al cambiar la calidad de la colación nocturna entregada en un centro cívico de adultos mayores se podrían observar variaciones en su estado nutricional y así poder explicar la baja de peso presentada en ellos, de esta forma se evaluó a través de parámetros antropométricos y test subjetivo Mini Nutritional Assessment (MNA) determinando un total de nueve adultos mayores de una población de veinte residentes, que presentaban un estado nutricional de bajo peso, los que constituyeron por tanto nuestra muestra de estudio y a los cuales se les hizo entrega de una colación nocturna mejorada en su cantidad y calidad nutricional. Se analizó la información obtenida a través del método estadístico Prueba de rango con signo de Wilcoxon que dio como resultado que la investigación no fue estadísticamente significativa al obtener un $p < 0,005$, sin embargo nutricionalmente se pudieron obtener variaciones con un

promedio de aproximadamente dos kilogramos de peso subidos por los residentes en un periodo de un mes de intervención.

Palabras claves: Adulto mayor, institución cívica, bajo peso, colación.

SUMMARY

In spite of the prevalence of low weight in elderly population has decreased considerably in recent years, in our country there is still 73,571 of them that have malnutrition because of lack, being the institutionalized senior citizen population where the higher incidence is found, identifying various factors that could explain the low weight.

An experimental explanatory study design was performed in order to analyze whether to change the nutritional quality of the night snack delivered in a civic senior center could be observed variations in their nutritional status, and be able to explain the low weight presented on them. This was assessed through anthropometric parameters and subjective test Mini Nutritional Assessment (MNA) determining a number of nine seniors of a population of twenty residents that had a nutritional status of low weight, who constituted therefore our study sample and to which was delivered an evening snack improved in quantity and nutritional quality.

The information obtained was analyzed through the statistical test method Wilcoxon signed rank, the results in the investigation were not statistically significant obtaining a $p < 0.005$, however nutritionally variations could be got with an average of about two kilograms of gaining weight by residents in a period of one month intervention.

Keywords: Elderly, civic institutions, low weight, snack.

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores ha aumentado considerablemente, triplicando su número en las últimas cuatro décadas (SENAMA, 2009), siendo una importante cifra de adultos mayores con un perfil no auto-valente por ende con incapacidad de cuidarse por sí solos, ya sea por condiciones de *deterioro fisiológico, psíquico y social el adulto mayor, llevando consigo problemas relacionados con las características de funcionalidad física* (García, M. 2013-2014), por lo cual a sus cuidadores o personas a cargo se les dificulta su cuidado, teniendo demandas específicas como cuidados especiales, falta de tiempo por parte de los cuidadores, entre otros motivos; lo que desencadena que un elevado número de adultos mayores sea institucionalizado en establecimientos donde reciban atenciones especiales y específicas según las condiciones de salud de cada residente.

Considerando los aspectos fisiológicos del grupo objetivo, el proceso de envejecimiento contempla entre otros aspectos los cambios fisiológicos y estructurales que afectan a su organismo favoreciendo el deterioro progresivo de su salud, provocando una disminución del peso, pudiendo ser este u otros factores la causa de estado nutricional de bajo peso o enflaquecido en el adulto mayor que afecta entre el *25% y 60% de adultos mayores institucionalizados y entre el 35% y el 65% en aquellas personas hospitalizadas* (Vaca, R. et al., 2011).

Capítulo 1. Presentación del problema

En los centros cívicos de larga estadía del adulto mayor, cuentan con profesionales destinados a cubrir las necesidades de los residentes, entregándoles cuidados especiales, medicamentos y su alimentación correspondiente, por ende, es en la alimentación donde se centró este estudio, considerando los servicios de alimentación en cuanto a calidad y cantidad, ya que se considera como uno de los factores no fisiológicos que influye en el adulto mayor institucionalizado.

El objetivo general de esta investigación se centra en analizar si al cambiar la calidad de la colación nocturna se observan variaciones en el estado nutricional de bajo peso en residentes de una institución cívica de adultos mayores, La Serena, por ende la pregunta de investigación y lo que se analizará es sí ¿Al cambiar el tipo de colación nocturna disminuye la prevalencia de bajo peso en los residentes de una institución cívica de adultos mayores, La Serena?

La metodología usada está representada por el método cuantitativo de investigación, ya que se realiza recopilación de datos, la que se lleva a cabo a través de procedimientos antropométricos estandarizados como ecuaciones de estimación indirecta de peso y talla, fórmula de Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC) para la interpretación del peso corporal en relación con la altura, y la herramienta de evaluación nutricional de cribado y valoración Mini Nutritional Assessment (MNA).

Capítulo I: Presentación del problema

A. Antecedentes del Problema:

El crecimiento demográfico de la población adulta mayor en Chile ha aumentado considerablemente, llegando a triplicar la cifra en las últimas cuatro décadas, esto desencadenado por dos motivos, *primero el descenso de la fecundidad y segundo por disminución de mortalidad, como consecuencia de la mayor esperanza de vida.* (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2010). El Servicio Nacional del Adulto mayor (SENAMA) publicó en su página web oficial el año 2009, que la población adulta mayor en la región de Coquimbo ha llegado a una cifra de 111.475 personas, de los cuales el 25,1% son dependientes, entre aquel grupo de adultos mayores dependientes, los que por diferentes motivos no están al cuidado de sus familiares y/o responsables, al cabo de un tiempo suelen ser Institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM). Los cuales tienen la función de satisfacer las necesidades de dependencia del adulto mayor. En un estudio llamado "Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (ELEAM)" realizado el año 2013 por el Servicio Nacional del Adulto mayor (SENAMA), se da a conocer que el número de personas institucionalizadas aumenta cada año ascendiendo a 13.187 el año 2012 y de estos sólo el 32,5% poseen un perfil auto-valente. *Debido al deterioro fisiológico, psíquico y social el adulto mayor lleva consigo problemas relacionados con las*

características de funcionalidad física (García, M. 2013-2014), como consecuencia de este, el deterioro del adulto mayor es más propenso a agravamientos de alguna patología que posea, por ende suelen desencadenar un deterioro del estado nutricional, produciendo una malnutrición por déficit, en este caso la baja de peso. *Diferentes estudios internacionales sitúan el porcentaje de desnutrición en personas mayores entre el 1% y 15% de las que acuden a servicios de atención primaria, entre el 25% y 60% de adultos mayores institucionalizados y entre el 35% y el 65% en aquellas personas hospitalizadas* (Vaca, R. et al., 2011).

En relación a las personas mayores institucionalizadas, *los porcentajes aumentan hasta situarse entre el 24% y el 74% en el caso de personas frágiles o de especial vulnerabilidad.* (Vaca, R. et al., 2011). Indicadores básicos de la salud demuestran que en Chile la población de adultos mayores es de 1.777.582 personas, las cuales 73.571 de ellos poseen malnutrición por déficit. *En la región de Coquimbo esta población de adultos mayores de 65 años representa un 10,6% de la población y entre ellos el 9,8% tendría malnutrición por déficit* (Ministerio de Salud (MINSAL). 2014).

Se estima que el requerimiento energético para varones mayores de 60 años se encuentra alrededor de las 2.400 kcal y en mujeres de 2.000 kcal. Del mismo modo, se considera que a partir de los 60 años de edad, las necesidades energéticas disminuyen un 5% cada decenio. (Elsevier. 2014). A pesar de que esta cifra es conocida por

Instituciones cívicas de adultos mayores, este requerimiento no se cubre con los servicios de alimentación entregados, el aporte de kilocalorías entregadas en una institución son aproximadamente 1600, repartidos uniformemente y en horarios establecidos los servicios de desayuno (20% del requerimiento), almuerzo (30% del requerimiento) y once (20% de requerimiento total), el servicio de cena que consta del 30% del requerimiento que corresponde a 600 kcal en hombres y 510 kcal en mujeres, no es entregado adecuadamente a los residentes tanto en la cantidad y calidad, siendo esta reemplazada por un postre que aporta en promedio 90 kilocalorías, no cubriendo las necesidades energéticas, pudiendo ser esta una de las causas principales de casos de bajo peso en adultos mayores institucionalizados.

B. Fundamentación del Problema:

El estado nutricional de bajo peso o enflaquecido en los adultos mayores se ve aumentada debido al mismo proceso de envejecimiento que contempla entre otros aspectos los cambios fisiológicos y estructurales que afectan a su organismo favoreciendo el deterioro progresivo de su salud, existen además datos que nos indican que esta prevalencia se ve aumentada en la población de adultos mayores institucionalizados, *representándose este deterioro en el peso como una desnutrición que varía entre 23.0% al 60.0% en comparación con cifras menores encontradas en pacientes que residen en sus domicilios o están hospitalizados* (Velásquez, M. 2011), podemos relacionar la incidencia de bajo peso a los cambios fisiológicos presentados, sin embargo existen distintos factores anexos que podrían explicar el deterioro de peso progresivo de los residentes, es así como se debe prestar atención a distintos factores que podrían estar incidiendo en su estado nutricional, encontrándose mayormente asociado al proceso de alimentación que pueden llevar los residentes.

Una institución para adultos mayores debe contar con cuatro servicios de comida mínimos repartiendo los alimentos en cuatro o más tomas (Irles, J. et al. 2014), para garantizar así la entrega del aporte en cantidad y calidad nutricional adecuada que cubra los requerimientos calóricos necesario para cada adulto mayor y asegurar un buen estado nutricional, si no existen todos los servicios o alguno de ellos presenta una mala calidad nutricional podría repercutir en la baja de peso de los residentes que

sumada a los cambios fisiológicos de esta edad podría explicar un aumento en la prevalencia de enflaquecimiento.

Se puede suponer entonces que el aporte calórico del servicio destinado a la cena o colación nocturna es insuficiente ya que no presenta una oferta variada de alimentos y la cantidad ofrecida es insuficiente, no teniendo concordancia con la proporción que se esperaría en un cuarto servicio de alimentación, siendo este el principal antecedente sospechoso que estaría generando una baja de peso en el adulto mayor, ya que los demás servicios entregan el aporte esperado y ofrecen la misma preparación alimenticia para todos, solo modificándose ocasionalmente la consistencia por problemas de salud en los residentes. Al enriquecer la calidad de este servicio con preparaciones fáciles de replicar y que acomoden su consumo, se esperará que mejore de forma paulatina el estado nutricional de los residentes.

Si se llegara a identificar que este factor es el causante principal de la baja de peso de los adultos mayores, se podrían tomar las medidas adecuadas para enriquecer la calidad de éste de forma estable y generar la disminución prospectiva de este deterioro nutricional en el peso de la población de estudio.

Preguntas de investigación:

Pregunta Principal:

1. ¿Al cambiar el tipo de colación nocturna disminuye la prevalencia de bajo peso en los residentes de una institución cívica de adultos mayores, La Serena?

Preguntas Secundarias:

1. ¿Cuál es el estado nutricional de los residentes de la institución cívica de adultos mayores, La Serena?
2. ¿Presentan alguna variación en el estado nutricional de bajo peso al realizar cambios en la colación nocturna?
3. ¿Los resultados nutricionales obtenidos son considerables en el tiempo de investigación?
4. ¿Cuál es la calidad nutricional de las colaciones entregadas por la institución?

Hipótesis:

Al cambiar el tipo de colación nocturna se producirán mejoras en la prevalencia de bajo peso en residentes de una institución cívica de adultos mayores, La Serena.

Objetivo general y específico:

- **Objetivo general .**

Analizar si al cambiar la calidad de la colación nocturna se observan variaciones en el estado nutricional de bajo peso en residentes de una institución cívica de adultos mayores, La Serena.

- **Objetivos específicos.**

- 1.- Establecer la población de adultos mayores con estado nutricional de bajo peso en una institución cívica de adultos mayores, La Serena.
- 2.- Conocer la calidad nutricional de las colaciones entregadas a los adultos mayores en la institución.
- 3.- Determinar si el cambio de la colación nocturna genera una variación en el estado nutricional de los residentes bajo peso de una institución cívica de adultos mayores, La Serena.
- 4.- Identificar si los resultados nutricionales obtenidos son considerable en el tiempo de investigación.

C. Justificación de la investigación:

A pesar de que existe actualmente una disminución en los casos de adultos mayores con bajo peso, sigue existiendo una proporción no menor que se encuentra en este estado nutricional acentuándose esta incidencia en residentes institucionalizados, así como la pérdida de peso no intencional o involuntaria y la desnutrición en esta etapa de la vida, contribuyen a un decline progresivo en la salud por lo cual, desde hace más de una década se han reportado rangos de incidencia de desnutrición que abarcan del 12.0% al 50.0%; entre la población de ancianos hospitalizados y del 23.0% al 50.0% entre aquellos que viven en condiciones de institucionalización (Velásquez, M. 2011) esta cifra nos indica la importancia que tiene identificar las causas principales del estado nutricional de bajo peso o desnutrición en los residentes de estas instituciones y generar un abordaje integral destinado a mejorar su estado nutricional.

La implementación de una serie de acciones tendientes a mejorar la calidad nutricional de la colación nocturna forma parte de una medida que busca identificar si la causa de bajo peso está asociada al bajo aporte nutricional de este servicio de alimentación, si existe una variación en el estado nutricional de los adultos mayores podremos identificar que el enriquecimiento nutricional de este servicio es la acción necesaria e indispensable para generar el aumento de peso en los residentes, y deberá establecerse de forma constante. No existe la intervención a los otros servicios de alimentación entregados como desayuno, almuerzo y once, ya que su

aporte nutricional es adecuado para cada tiempo de comida, no así el servicio de alimentación perteneciente a la noche que no entrega un buen aporte calórico a los residentes, siendo de baja cantidad y calidad nutricional, constituyendo solo este el servicio a mejorar.

El estudio presenta acciones fáciles de realizar, no se necesitan recursos económicos excesivos ya que la mayoría de las preparaciones están adaptadas a los recursos existentes en el establecimiento, tampoco se necesita recurso humano extra ya que el establecimiento dispone del personal para llevar a cabo los nuevos cambios, por lo tanto el estudio es aplicable por esta institución o por cualquier otra que comparta similares características.

Los principales beneficiarios de este estudio son sin duda los adultos mayores residentes en el establecimiento, al mejorar su estado nutricional se enriquece su calidad de vida, esto debido a que restauran su función muscular, aumentan y optimizan su protección inmunitaria lo que los hace menos propensos a presentar ciertas patologías, tienen mejor recuperación frente a un evento como patologías agudas, cirugías, traumas, entre otros, presentan además menor fragilidad corporal y son más activos al tener mayor energía lo que beneficia su vida social al compartir más con sus compañeros, y a la vez mejora su salud mental al sentirse más saludables y funcionales. Por su parte el establecimiento donde se realiza el estudio también se beneficia, ya que los adultos mayores disminuyen su tasa de morbilidad aminorando por

consiguiendo los gastos asociados a cuidados clínicos, minimizan el tiempo destinado a los cuidados y el personal destinado a su atención, además al mejorar su estado nutricional disminuyen el riesgo a presentar úlceras por presión, muy comunes en estos pacientes, por lo que los recursos utilizados para el cuidado de estas ya no se necesitarían.

La investigación también puede entregar beneficios para los Servicios Públicos creados para los adultos mayores, como el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) al colaborar con la misión de esta institución fomentando el envejecimiento activo y promoviendo la autonomía de los adultos mayores, disminuyendo de forma paulatina las tasas de desnutrición en la población que generará los beneficios ya expuestos. Por otra parte con la investigación se originaran conocimientos y datos relevantes para aportar a otras investigaciones que se realicen sobre esta temática, arrojando resultados que sustenten estudios que puedan replicarse en otras instituciones para adultos mayores.

D. Viabilidad

La disponibilidad de recursos para iniciar el proyecto de investigación cuenta con una serie de medios para cubrir las diferentes necesidades y requerimientos durante el transcurso de la investigación, dentro de ellas se presenta: la disposición de los recursos económicos que se utilizarán para adquirir insumos clínicos, transporte hacia el campo de investigación e insumos clínicos o materias primas para las preparaciones para el establecimiento. Además se dispone de los recursos humanos para el estudio de investigación, contado con la muestra de la población.

A la vez existe disponibilidad de instrumentos clínicos de antropometría para la evaluación a los residentes, insumos clínicos para cuidar la higiene por medio del contacto físico. Por consiguiente existe la disponibilidad de los recursos físicos del campo, es decir, del lugar del estudio de investigación. Contando así con el material necesario para llevar a cabo el estudio, acaparando la viabilidad técnica que conlleva. En la disponibilidad del recurso del tiempo, se cuenta con un mes de intervención para esta investigación, con el objetivo que los resultados obtenidos sean prospectivos para posteriores estudios en diferentes enfoques.

Capítulo II: Marco Teórico

El marco teórico de esta investigación se encuentra estructurado por tres capítulos donde se realiza la definición de los conceptos más relevantes para el estudio, de acuerdo con el significado que se le dará en coherencia con la secuencia de esta investigación, empezando por el abordaje de la población de estudio, el estado nutricional de bajo peso y la importancia de una alimentación adecuada dando énfasis a la necesidad de la colación nocturna como parte de los servicios de alimentación necesarios para mejorar el estado nutricional de los residentes.

Es preciso tener claridad sobre la importancia del bajo peso, específicamente en la relevancia que las consecuencias de ésta trae a las personas adultos mayores, sabemos que existen muchos factores que llevan a los residentes a presentar este estado nutricional, lo fundamental es identificar las causas principales que desencadenan la baja de peso y generar estrategias que lo mejoren. Enriquecer la calidad de la alimentación de los residentes, específicamente del cuarto servicio, constituye por tanto una estrategia que busca establecer un apoyo nutricional que entregue los nutrientes necesarios para el aumento o mantenimiento del peso de la población en estudio, garantizándose de forma paulatina un mejor estado nutricional y por tanto una mejor calidad de vida.

2.1 Aspectos generales asociados a los adultos mayores

Población de adultos mayores

Adulto mayor se define como *persona de 60 años y más, criterio de Naciones Unidas y asumido por el Gobierno de Chile establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). 2015).*

Los adultos mayores de nuestro país al igual como ocurre en otros países desarrollados, están pasando por un proceso avanzado de transición de envejecimiento demográfico. En la actualidad en Chile la esperanza de vida de la población ha ido aumentando satisfactoriamente obteniendo una cifra promedio de 70 años o más, brindando una oportunidad a los adultos mayores, a sus familias y a la sociedad, este alargamiento por más años de vida tiene como congruencia que realicen más actividades de afición, estudios, mayor incorporación a la familia y a su comunidad.

El envejecimiento extensivo se considera un éxito para las redes de la salud debido que el rol que juega en el bienestar en los individuos en su cuidado es primordial para vivir de manera apropiada, ahora el reto puede ser mayor para la política de salud y la sociedad puesto que de ahora mejorar la salud para el adulto mayor e integrarlo a la sociedad de manera confortable es imprescindible.

Uno de los factores más relevantes del porque existe mayor amplitud del envejecimiento es la tendencia de la reducción de la tasa de fecundidad significando

que con el paso del tiempo el número de adultos mayores podría superar el número de personas jóvenes. No solo la amplitud de los años importa, la calidad de vida juega un papel fundamental para la tercera edad, llegar con el mejor estado físico y mental posible. Una alimentación, nutrición y práctica regular de actividades físicas contribuyen a lograr tal objetivo. Dentro del transcurso del envejecimiento se producen cambios biológicos normales, la discrepancia radica que en cada individuo la velocidad y el tipo de cambio son diferentes, predisponiéndolo a padecer trastornos fisiopatológicos variados que pueden conllevar a una patología en los distintos órganos debido que las escaseces funcionales durante el proceso de envejecimiento son inevitables.

El periodo de crecimiento del ser humano termina en torno a los 30 años de edad, cuando comienza la senescencia. La senescencia es el proceso orgánico de envejecimiento y manifestación de los efectos del paso de los años. (L.kathleen Mahan, S. y J.L. Raymond. 2013. p444). El estilo de vida, las patologías, la historia genética, predisposiciones, y componentes socioeconómicos van a determinar el progreso del envejecimiento y sus problemas fisiopatológicos de cada individuo.

Algunos de los aspectos que se ven afectados son:

Composición corporal, en donde ocurre la disminución de la masa magra con el paso de los años, presentándose con mayor frecuencia en personas inactivas por la rebaja de actividad física provocando aumento de riesgo de caídas, problemas de movilidad y alteraciones en el sistema metabólico del individuo. La disminución de masa

muscular alteración de función y fuerza es conocida como sarcopenia. Por otra parte la masa grasa se ve incrementada en relación a la mencionada depleción del compartimiento muscular, como consecuencia de la reducción de actividad física, secreción de hormonas, y tasa metabólica en reposo.

El oído y la vista tras el efecto acumulativo de la exposición de los ruidos de la vida diaria por años, o como propia alteración fisiológica del oído son causa del deterioro del sistema auditivo generado por la edad, la presbiacusia es uno de los problemas más característicos. La visión de toda persona efectivamente cambia con la edad, pero no es parte del proceso de envejecimiento normal, los problemas asociados a pérdida de la visión se controlan con el uso de lentes especiales según el grado de alteración de cada individuo.

El gusto y el olfato son sentidos que trabajan juntos percibiendo y reconociendo el sabor de los alimentos. Contamos con alrededor de 9000 papilas gustativas que perciben los sabores, las cuales con el transcurso de los años la cantidad va disminuyendo y las que se conservan suelen atrofiarse. Por su parte el olfato se ve afectado por la pérdida de terminaciones nerviosas y/o por una menor producción de moco que permite mantener el olor para que pueda ser captado por estas terminaciones nerviosas e interpretar. La reducción del gusto y del olfato puede hacer menos apetitosa la comida que se le presenta desplegando menor interés en la alimentación.

El sistema gastrointestinal puede ocasionar efectos negativos a la ingesta de nutrientes para el individuo iniciando desde la boca las complicaciones que alteran el consumo adecuado.

Por su parte el sistema nervioso con el paso de los años se altera de manera importante en donde *el peso cerebral disminuye con la edad y el flujo sanguíneo cerebral se reduce en un 20%, produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. Existe pérdida de neuronas inhomogénea; por ejemplo la circunvolución temporal superior pierde la mitad de su masa neuronal, mientras que la inferior sólo un 10%. Las mayores pérdidas son de los grupos de neuronas largas, como los haces piramidales, células de Purkinje, haces extrapiramidales; por el contrario, los grupos de núcleos del tronco, neuronas pontinas e hipotalámicas tienen pérdidas reducidas.* (Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). 2015). Las variaciones de los sistemas de regulación del sueño, los sentidos de gusto, olfato, tacto, cognición, son ejemplos de las consecuencias de alteración del sistema nervioso.

Por su parte el sistema cardiovascular sus alteraciones relacionadas con la edad son dependientes a factores del estilo de vida. *Tales alteraciones son, fundamentalmente, pérdida de distensibilidad de la pared arterial, disminución de la frecuencia cardíaca máxima, disminución de la capacidad de respuesta a estímulos b-adrenérgicos, aumento de la masa muscular del ventrículo izquierdo y relajación ventricular más lenta. A menudo, el resultado final de la hipertensión y de la*

enfermedad arterial es la insuficiencia cardíaca crónica (L.kathleen Mahan, S. Escott-Stump y J.L. Raymond. 2013. p447).

La función renal del individuo presenta un declive, trayendo consigo a una inhabilidad de excreción de orina normal. El trabajo renal puede verse afectado además por el uso de diuréticos, deshidratación y antibióticos característicos de la utilización con el pasar del tiempo. Otro de los aspectos importantes es el sistema inmune, el cual se va tornando menos eficiente, predisponiendo al adulto mayor a mayores riesgos.

A raíz de los problemas asociados de los cambios fisiológicos y el estilo de vida, los adultos mayores se predisponen a padecer problemas de salud característicos de la etapa, presentado por ejemplo dificultades de salud mental, donde a lo largo de la vida los factores psíquicos, biológicos y socioeconómicos juegan un papel fundamental para el desarrollo de esta. Entre los factores más frecuentes en el adulto mayor son el presentar algún tipo de dolor sentimental por muerte de algún familiar, maltrato y/o disminución monetaria por jubilación o discapacidad para la auto-valencia total. Como consecuencia puede generar comúnmente depresión, problemas psíquicos crónicos o trastornos de ansiedad. Otra forma característica es la demencia senil, este síndrome no se suele asociar como parte normal de la vejez.

Otros problemas asociados son las úlceras por presión que se caracterizan por las llagas en la piel que se presentan como consecuencia de la presión continua de las

partes más blanda del cuerpo, esto puede deberse por inmovilidad o incapaces de cambiar de postura, sedación o incontinencia urinaria.

La senilidad que puede llegar a presentar los predispone a tener mayores posibilidades de malnutrición, discapacidad física, deterioro cognitivo y depresión, provocando síntomas como, desorientación, pérdida de peso, hipotonía, deshidratación, disminución fuerza física, deficiencia de nutrientes, etc. Enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, pueden manifestarse en edad avanzada como consecuencia de otra patología asociada o el estilo de vida llevado a cabo con el paso de los años.

2.2 Bajo peso del adulto mayor

Un adulto mayor bajo peso o enflaquecido se define como aquel que presenta un IMC (Índice de Masa Corporal) menor a 23 kg/m^2 . Esta baja de peso en la población de adultos mayores es característica del proceso fisiológico asociado al envejecimiento y suele presentarse de forma involuntaria, *puede ser el resultado de distintas situaciones y a menudo se presenta con una combinación de varias de ellas: disminución del apetito (anorexia), ingesta de calorías inadecuadas a sus necesidades, efecto de enfermedades, disminución de la masa muscular.* (Salvá, A y J. Serra. 2010). Todas estas situaciones muy comunes en este grupo etario están insertas en las causas que explican la pérdida de peso en los residentes, las cuales se dividen en causas

psicológicas (demencia, depresión), sociales (pobreza, aislamiento social, alteraciones funcionales, maltrato) y médicas (los trastornos de la cavidad oral son importantes de mencionar, trastornos de la deglución, neoplasias, infección crónica, enfermedades sistémicas, condiciones inflamatorias, trastornos metabólicos. (Gutiérrez, L. et al. 2012).

Identificar solo una causa que explique la baja de peso en una población específica es complejo por la cantidad de factores que intervienen, sin embargo es de vital importancia para generar estrategias que ayuden a evitar el deterioro progresivo de los pacientes ya que *las fluctuaciones en el peso en adultos mayores pueden indicar dificultades en mantener la homeostasis y, por tanto, pueden ser indicadores tempranos de deterioro en la salud. Se han asociado el bajo peso corporal, la pérdida de peso, o inestabilidad en el mismo, con mayor mortalidad.* (Gutiérrez, L. et al. 2012).

Los estudios epidemiológicos han mostrado que la mayoría de las personas mayores mantienen su peso dentro de los límites de la normalidad. Sin embargo, entre un 15 y un 20 % experimentan una pérdida de peso definida como una pérdida del 5 % de su peso usual. Este porcentaje alcanza el 27 % en poblaciones seleccionadas de alto riesgo (Salvá, A y J. Serra. 2010. p23). Se debe tener presente que para lograr una evolución favorable es necesario mantener un seguimiento constante de las pérdidas o ganancias de peso en los adultos mayores, y así asegurar un mejor pronóstico al enfrentarse por ejemplo a patologías que generen un desgaste en su salud, por el contrario como se mencionó anteriormente se corre el riesgo de que los pacientes

presenten discapacidad, dependencia, aumento en estadía en residencias, peor calidad de vida o incluso puedan morir.

2.3 Alimentación en los adultos mayores

Durante el envejecimiento se van presentando cambios fisiológicos que son característicos en el adulto mayor por lo cual es denominado como un grupo de alto riesgo nutricional, esto se ve influenciado principalmente por la alimentación y el estado de salud actual que presente. Por lo tanto la alimentación va a jugar un rol fundamental, aportando todos los nutrientes imprescindibles para el buen funcionamiento del organismo. *Aunque ningún tipo de alimento logra retardar el proceso, es innegable que la nutrición en su conjunto influye en la longevidad, dado que la buena nutrición y la buena salud son inseparables.* (Recalde, F. y E. Fierro, 2013).

La alimentación para un adulto mayor debe ser de calidad y en cantidades apropiadas a sus requerimientos según el estado nutricional que presente una persona mayor, estos deben ser acorde con los hábitos alimentarios como los horarios de alimentación y los servicios de cada comida que están habitualmente acostumbrados cada persona. Son necesarias cuatro servicios de comida al día entre estos servicios encontramos el desayuno, almuerzo, once y cena que en ocasiones y dependiendo del estado de salud o estado nutricional que se encuentre la persona pueden ser necesarias más de cuatro servicios de comida, ya sea debido a posibles patologías

como es la diabetes o para reforzar la alimentación. El horario no debe superar más de tres a cuatro horas entre cada servicio, ya que *los adultos mayores suelen disminuir su capacidad de tolerancia al volumen, por lo cual es una buena sugerencia fraccionar la alimentación para entregar las calorías necesarias.* (Inostroza, X. 2011).

Requerimientos nutricionales del adulto mayor

Las recomendaciones nutricionales en la edad avanzada se van modificando mientras más edad tenga la persona será más complejo determinar sus necesidades y mayores son las dificultades para cubrirlas, esto se debe a los cambios en la capacidad de ingerir, digerir, absorber los nutrientes. El metabolismo basal de los adultos mayores se ve disminuido debido a esto es necesario considerar las necesidades de cada persona según edad, sexo, contextura física, actividad física e incluso patologías, para así entregar un adecuado aporte de nutrientes a cada individuo.

- Requerimientos energéticos:

La energía que requiere una persona mayor se ven modificadas por distintos factores tales como los estilos de vida o cambios fisiológicos que puedan afectar la composición corporal de las personas adultas. Por todo esto el *Recomendad Dietary Allowances (RDA) del National Research Council para la población norteamericana, aconsejan un aporte energético después de los 51 años de edad de 25 - 30 kcal/kg/día, estableciendo una disminución de las raciones promedio de energía de 600 kcal/día en*

varones y 300 kcal en mujeres. (Orlandini, M. 2010.). Se estima que el requerimiento energético para varones mayores de 60 años se encuentra alrededor de las 2.400 kcal y en mujeres de 2.000 kcal. Del mismo modo, se considera que a partir de los 60 años de edad, las necesidades energéticas disminuyen un 5% cada decenio. (Elsevier. 2014). Sin embargo la reducción de energía se asocia al riesgo de deficiencias nutricionales, como en otro extremo un exceso sobre este rango es habitual por lo que existe un desequilibrio en la ingesta energética resultando la aparición de obesidad en adultos mayores.

- Requerimientos de Macronutrientes:

- o Proteínas: En la alimentación diaria de las personas mayores es necesario incluir diferentes alimentos que entreguen un aporte apropiado de proteínas, debido a que ayuda a mantener el organismo y el sistema inmunológico en buenas condiciones para combatir enfermedades propias de la edad. Los requerimientos de proteínas de las personas de edad avanzada son similares a los de la población adulta, de 0,8 a 1 g /kg/día. (Elsevier. 2014), en las personas mayores de 60 años se recomienda 54 gr/día para varones y 41 gr/día para mujeres indicándose que el aporte de energía de las proteínas no supere el 10-15% de calorías totales. (Orlandini, M. 2010). Adultos mayores encamado, con invalidez o en periodos de estrés es necesario mantener un

equilibrio nitrogenado apropiado para conservar la buena salud en las personas.

- **Grasas:** los ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles desempeñan un papel importante en la dieta diaria de las personas, ya que son una fuente de energía para el funcionamiento diario del organismo. *Se recomienda que el porcentaje graso esté entre el 25 y 35 % del valor calórico de la dieta para la población adulta y, aunque no existen unas recomendaciones específicas para las personas de edad avanzada, se considera que dicho aporte no debe ser inferior al 30% del total calórico (Elsevier. 2014).*
- **Carbohidratos:** Existe una controversia con respecto a los requerimientos de carbohidratos. *No existen recomendaciones especiales para los carbohidratos por parte de las RDA. La Asociación Americana de Cardiología y Cáncer recomienda aportar en forma de carbohidratos del 55-60% del valor calórico total de la dieta. Un aporte de hasta 200 g diarios de estos nutrientes, es bien tolerado por el anciano. (Facultad de Ciencias y Nutrición y Dietética (UNED), 2015).*
- **Requerimientos de Micronutrientes:**

Existen micronutrientes críticos como las vitaminas y algunos minerales, es decir, que son de primera necesidad para el adulto mayor debido a los cambios en su organismo. Estos micronutrientes tienen un rol fundamental en la protección frente a

enfermedades degenerativas, en el cáncer o enfermedades cardiovasculares, el consumo apropiado de estas en su efecto tienen más beneficios, por lo cual existe menos probabilidades de enfermedades infecciosas debido a que mantienen el buen funcionamiento del sistema inmune.

Micronutrientes	Requerimientos en Adulto Mayor
Vitaminas Liposolubles	
Vitamina A	800 a 1000 mg/día
Vitamina D	5 a 10 mg/día
Vitamina E	8 a 12 mg/día
Vitamina K	65 a 80 mg/día
Vitaminas Hidrosolubles	
Vitamina C	60 mg/día
Vitamina B1 (Tiamina)	0.7 a 1.2 mg/día
Vitamina B2 (Riboflavina)	1.0 a 1.4 mg/día
Vitamina B3 (Niacina)	11 a 16 mg/día
Vitamina B5 (Ac. Pantoténico)	4 a 7 mg/día
Vitamina B6 (Piridoxina)	1.6 a 2 mg/día
Vitamina B9 (Ac. Fólico)	180 a 200 mg/día
Vitamina B12 (Cobalamina)	2 mg/día
Minerales	
Calcio	800 mg/día
Fósforo	800 mg/día
Potasio	3500 mg/día
Sodio	2000 mg/día
Magnesio	280 a 350 mg/día
Hierro	10 mg/día
Zinc	10 a 15 mg/día
Selenio	55 a 75 ug/día

- **Requerimientos Hídricos:**

Uno de los nutrientes más importante en el adulto mayor es el agua, ya que es el encargado de mantener la homeostasis debido al papel que juega en regular el volumen celular, transporta nutrientes, remover desechos y regular la temperatura del

organismo. Los requerimientos para una persona mayor pueden cifrarse en torno a los 30 mL/kg de peso/día, o aproximadamente en 1 mL por cada kilocaloría ingerida. (Iglesias, C., et al. 2011).

- **Requerimientos de Fibra:**

En las personas de edad avanzada es muy recomendable estimular el peristaltismo intestinal para así poder prevenir y mejorar problemas de estreñimiento que suele ser frecuente en esta edad. Un aporte adecuado de fibra durante el día ayuda no solo a controlar el peso corporal de una persona sino también ayuda a regular las glicemias e hipertensión entre otras. *En cuanto a la cantidad de fibra recomendada existe bastante controversia. Diversos organismos oficiales, como la "Sociedad Española de Nutrición Comunitaria", "American Heart Association", "National Institute of Cancer", o "American Dietetic Association", recomiendan ingestas diarias de fibra superiores a 25 g/día aunque la mayoría de los ancianos españoles no alcanzan estas recomendaciones.* (Orlandini, M. 2010).

2.3.1 Alimentación en A.M institucionalizados

La alimentación en el adulto mayor está influenciada por diversos factores mencionados anteriormente, lo que conlleva -en muchos casos- a reducir su ingesta diaria, Produciendo una baja progresiva en su peso corporal y como consecuencia de

aquello empeorar su estado fisiopatológico, siendo la desnutrición una de las principales causas de discapacidad y fragilidad en esta etapa del ciclo vital.

En el ámbito institucional, la satisfacción por la alimentación es una de las principales necesidades que repercuten en la calidad de vida percibida. En este ámbito, la persona mayor se enfrenta a la adaptación a nuevos alimentos, horarios de comida y estilo de servicio, todo ello en un entorno que le puede parecer extraño o poco familiar. Ante el ingreso en una institución, la persona mayor debe adaptarse a una alimentación no propia de su estilo de vida: otros sabores, platos no habituales, distintos hábitos, etc. De la misma forma, la vajilla y el ambiente del comedor no corresponden a las experiencias y estilo de vida habitual. (Fundación Edad & Vida, 2011. p12).

El objetivo de una buena nutrición y alimentación en estos establecimientos residenciales es el facilitar un envejecimiento saludable y que este contribuya a un factor positivo en el estilo de vida. *En los centros residenciales debe prestarse especial atención a favorecer que las personas mayores ingieran una dieta suficiente en cantidad y que sea, además, variada. Para ello, deben establecer protocolos de actuación y de seguimiento, instaurar prácticas de carácter preventivo, considerar los condicionantes culturales y adaptar la alimentación a las necesidades de cada persona. (Fundación Edad & Vida, 2011. p19).*

Con el fin de proporcionar un buen servicio a este grupo de personas, se debe contar con personal capacitado que trabaje en el servicio de cocina, el cual debe ser capacitado en talleres higiénicos - sanitarios en manipulación de alimentos y así proporcionar alimentación inocua para los residentes de estos establecimientos. Los servicios entregados en los establecimientos en cuanto a frecuencias se hace entrega de desayuno, almuerzo, onces y cena, esta última reemplazada por un postre nocturno, el cual puede ser un postre de leche o jalea, siendo un menú único sin posibilidad de opciones para los casos de patologías y/o intolerancia a algunos alimentos, esta alimentación es diseñada por una profesional nutricionista, la que destaca el tipo, cantidad y frecuencia de la alimentación recibida por cada día. *En cuanto a la frecuencia de ingestas, los expertos en Dietética y Nutrición Humana desarrollan estudios, tratados y recomendaciones específicas para la alimentación de la persona mayor. Las distintas Administraciones Públicas hacen suyas estas recomendaciones para propiciar que la alimentación en las residencias cumpla con unos mínimos exigibles en materia de dietética y nutrición. En este sentido, y dado que las necesidades de la población mayor son prácticamente las mismas en un territorio que en otro, sería deseable poder contar con una única regulación que facilitara una implantación de criterios comunes.* (Fundación Edad & Vida, 2011. p20-21).

La alimentación en los establecimientos cívicos de adultos mayores entrega a todos la misma alimentación, solo haciendo cambios en su consistencia. *Las dietas de textura modificada van orientadas a personas con dificultades de masticación o de deglución (problemas de disfagia). Así, podemos hablar de dieta triturada, dieta blanda, semiblanda, etc. Probablemente habría que definir mejor los criterios de administración de soporte nutricional oral para que llegase a los pacientes con desnutrición o riesgo de padecerla, de acuerdo con las ESPEN guidelines. Es importante establecer protocolos de elaboración para conseguir tres objetivos fundamentales:*

- *Que la preparación efectuada sea segura desde el punto de vista higiénico-sanitario.*
- *Que contenga los nutrientes suficientes para cubrir las necesidades nutricionales de la persona.*
- *Que se cuiden aspectos como la condimentación y la presentación del plato para favorecer su consumo, especialmente en casos de inapetencia (Fundación Edad & Vida, 2011. p21).*

Conceptos Claves:

Adulto Mayor:

- Persona de 60 años y más, criterio de Naciones Unidas y asumido por el Gobierno de Chile establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Desde SENAMA se ha promovido la utilización del término adulto mayor, como también persona mayor, en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez.

Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor, Chile.

Depresión:

-Estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo. Que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, soledad desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa, desvalorización, quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito, como también disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas. En el adulto mayor su evolución es más prolongada y en ocasiones tiende a ser crónica, especialmente en aquellos que pierden el sistema de apoyo social. Sus síntomas se dividen en: Emocionales, cognitivos, físicos y volitivos.

Fuente: Capponi (1992), Blazer (1989), Casey (1994), Murphy, Macdonald (1990) tomado de Arenas, M.E. (1996) Adaptación y validación del Geriatric Depresión Scale para Adultos Mayores del Gran Santiago. Tesis para optar al título de Psicólogo.

Establecimientos de larga estadía:

-Son residencias que proporcionan alojamiento permanente y atención integral y continuada a adultos mayores que no pueden permanecer en su hogar. Estos establecimientos responden a diferentes requerimientos dependiendo el tipo de personas que atienden, pudiendo ser un establecimiento exclusivo para un determinado tipo de personas o estar dividido en pabellones con características distintas según los usuarios: autovalentes, frágiles y postrados. *Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor Chile.*

Sarcopenia

-La pérdida de masa, fuerza y función musculares, puede guardar relación con la edad y afectar considerablemente a la calidad de vida del adulto mayor, al reducir su movilidad, aumentar el riesgo de caídas y alterar los índices metabólicos (Janssen, 2009; Thomas, 2010). La sarcopenia se acelera al disminuir la actividad física, mientras que el ejercicio físico para desarrollar músculo puede frenar su progresión. Aunque las personas inactivas presentan pérdidas mayores y más rápidas de masa muscular, la sarcopenia se observa también en individuos mayores activos, aunque en menor grado. En la actualidad no existe un grado específico de pérdida de masa corporal magra que determine el diagnóstico de sarcopenia. *Fuente: L.kathleen Mahan, S. Escott-Stump y J.L. Raymond. (2013). Nutrición a lo largo del ciclo vital Nutrición en el anciano, 447p. En su: Krause Dietoterapia 13ª edición. Barcelona, España.: Elsevier*

Presbiacusia:

-Tipo más común de pérdida auditiva es la presbiacusia. Esta pérdida suele ser mayor para el rango de tonos agudos (p. ej. el timbre del teléfono). El efecto acumulativo de la exposición los ruidos diarios (como los debidos a tráfico, obras, música alta, oficina ruidosa y maquinaria diversa) da lugar a un cambio en el complejo del oído interno. *Fuente: L.kathleen Mahan, S. Escott-Stump y J.L. Raymond. (2013). Nutrición a lo largo del ciclo vital Nutrición en el anciano, 446p. En su: Krause Dietoterapia 13ª edición. Barcelona, España.: Elsevie)*

Ingesta diaria recomendada:

-La ingesta diaria promedio de nutrientes que basta para satisfacer las necesidades de nutrientes de casi todas las personas sanas (cerca del 98 por ciento) de una población dada. En cuanto a las calorías, la cantidad diaria recomendada se basa en el promedio de una población dada. *Fuente: UNICEF. Abril 2012. Glosario de Nutrición. Recuperado< http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf>. Consultado el 05 de noviembre 2015.*

Macronutrientes:

-Grasas, proteínas y carbohidratos necesarios para una amplia gama de funciones y procesos corporales. *Fuente: UNICEF. Abril 2012. Glosario de Nutrición. Recuperado< http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf>. Consultado el 05 de noviembre 2015.*

Micronutrientes:

-Vitaminas y minerales esenciales que el organismo necesita en cantidades minúsculas durante todo el ciclo de vida. *Fuente: UNICEF. Abril 2012. Glosario de Nutrición. Recuperado < http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf>. Consultado el 05 de noviembre 2015.*

Necesidades nutricionales:

-La cantidad de energía, proteínas, grasas y micronutrientes necesarios para que una persona lleve una vida saludable. *Fuente: UNICEF. Abril 2012. Glosario de Nutrición. Recuperado < http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf>. Consultado el 05 de noviembre 2015.*

Tasa metabólica basal:

-El GEB, o tasa metabólica basal (TMB), se define como la cantidad mínima de energía consumida que es compatible con la vida. El GEB de un sujeto refleja la cantidad de energía que emplea durante 24 h mientras se encuentra en reposo físico y mental en un entorno térmicamente neutro que impide la activación de procesos termógenos, como el temblor. *Fuente: L.kathleen Mahan, S. Escott-Stump y J.L. Raymond. (2013). Ingesta: Energía, 20 p. En su: Krause Dietoterapia 13ª edición. Barcelona, España.: Elsevier*

RDA:

-Recommended Dietary Allowance o en español Ingesta diaria recomendada, La ingesta diaria promedio de nutrientes que basta para satisfacer las necesidades de nutrientes de casi todas las personas sanas (cerca del 98 por ciento) de una población dada. En cuanto a las calorías, la cantidad diaria recomendada se basa en el promedio de una población dada. *Fuente: UNICEF. Abril 2012. Glosario de Nutrición. Recuperado < http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf>. Consultado el 05 de noviembre 2015.*

Bajo peso o Enflaquecido:

- Es el estado nutricional, el cual se caracteriza por estar en un rango del IMC (Índice de masa corporal) menor a 23 kilogramos por metro cuadrado. *Fuente: Ministerio de salud. Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en atención primaria, Chile, 43p.*

Capítulo III: Diseño metodológico

A. Paradigma de investigación

El estudio está representado por el método cuantitativo de investigación debido a las características que lo componen, la recolección de datos de la investigación se fundamenta en la medición de variables contenidas en la hipótesis, la que se lleva a cabo a través de procedimientos estandarizados antropométricos como ecuaciones de estimación indirecta de peso y talla, fórmula de *Índice de Quetelet* o *Índice de Masa Corporal* (IMC) para la interpretación del peso corporal en relación con la altura y la herramienta de evaluación nutricional de cribado y valoración *Mini Nutritional Assessment* (MNA). Como los resultados se producen a raíz de mediciones corporales se representan mediante números y se deben analizar a través de métodos estadísticos, estos análisis cuantitativos entonces se interpretan tomando las predicciones iniciales y de estudios previos.

B. Alcance y diseño de la investigación

Este es un estudio de alcance explicativo, ya que su finalidad es poder explicar el por qué ocurre un fenómeno o situación y en qué condiciones se declara, es decir, existe una relación de causa-efecto en donde no solo se intenta describir la problemática si no que pretende encontrar los motivos del mismo, en este caso la problemática es el estado nutricional de bajo peso de los adultos mayores en donde pretendemos explicar la causal de este fenómeno, principalmente generando una hipótesis de la colación nocturna deficiente que reciben los residentes, entregándoles una de mayor cantidad y calidad nutricional.

El diseño de investigación es experimental debido que se manipula intencionalmente una acción en este caso se intervino en la colación nocturna de los adultos mayores para analizar los posibles resultados que se obtuvieron en relación al peso de los adultos mayores de esta forma se establece el posible efecto de una causa que se manipula.

C. Población y muestra

Se evaluará y analizará la totalidad de los adultos mayores pertenecientes a una institución cívica en La Serena.

La investigación se realizará analizando los datos obtenidos a partir de las evaluaciones aplicadas a los residentes de una institución cívica de adultos mayores en La Serena lo que hace un total de veinte evaluados.

Una vez obtenidos y analizados los datos, se trabajara con los residentes que arrojen como resultado un estado nutricional de bajo peso.

Los criterios de inclusión para participar dentro del estudio de investigación son:

1. Residentes pertenecientes de una institución cívica de adultos mayores en La Serena.
2. Pertenecer al rango de Adultos Mayores (≥ 60 años).
3. Estado nutricional de bajo peso.

Los criterios de exclusión para no participar dentro del estudio de investigación son:

1. Estado nutricional Normal, Sobrepeso u Obesidad.
2. Residentes que no se encuentren dispuestos y/o capacitados para participar de la intervención.

D. Variables del estudio

Se considerará para este estudio solo variable dependiente correspondiente al peso (kg) pre y post intervención en el establecimiento.

- Variable Dependiente: Peso (kg) pre y post intervención.

Definición Conceptual: Hace referencia a la suma de todos los componentes del organismo, es decir, la masa celular corporal, masa extracelular y masa grasa, representando la masa corporal total. Considerando siempre los parámetros de talla, sexo, edad y contextura física del individuo.

Definición Operacional: Se realizará una evaluación nutricional objetiva utilizando medidas antropométricas como el peso (kg) que se tomara antes (pre peso) y después (post peso) de la intervención que constará de las colaciones nocturnas durante un mes. Una vez obtenido los resultados se procederá a la comparación estadística para conocer si existe una diferencia en el peso (kg) pre y post de la muestra.

E. Hipótesis

Hipótesis de investigación:

Al cambiar el tipo de colación nocturna se producirán mejoras en la prevalencia de bajo peso en residentes de una institución cívica de adultos mayores, La Serena.

F. Instrumentos de recolección de datos

Método: Instrumentos específicos propios de cada disciplina

Técnica:

Ficha Nutricional:

La ficha nutricional (Anexo 1) está compuesta por secciones donde se recaban datos específicos relevantes para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos mayores se divide en secciones como:

- **Antecedentes personales:** en esta sección se solicitan los datos básicos relevantes de cada paciente como su nombre completo, rut, fecha de nacimiento, edad, y fecha de ingreso los cuales serán completados mayoritariamente con los datos pertenecientes a las fichas clínicas de cada paciente, existentes en el mismo establecimiento.
- **Antecedentes mórbidos:** esta sección está destinada a informar las patologías que presenta el paciente, relevantes para conocer su relación con su estado nutricional actual, y como condiciona el tratamiento nutricional que se entregue.
- **Otros antecedentes:** la sección está destinada a describir aspectos asociados a los antecedentes relevantes para un manejo más integral de los pacientes, se deben especificar si el paciente presenta antecedentes de: tabaquismo, alcoholismo, hipoacusia, deterioro cognitivo, dependencia,

aspectos de la dentadura, tipo de alimentación si es en forma directa (si se alimentan por si solo) o indirectamente (de forma asistida por algún cuidador o método complementario como sonda), y los medicamentos que forman parte de su tratamiento, los que también influyen en su estado nutricional y en el tratamiento nutricional.

- Datos antropométricos: se recaban en esta sección los datos antropométricos más relevantes y útiles para generar un diagnóstico integral del paciente, los principales parámetros son: peso, talla, IMC (Índice de Masa Corporal) para el adulto mayor, peso mínimo y máximo aceptable según los rangos de normalidad ocupado en IMC, peso ideal, porcentaje de peso ideal, y circunferencia de pantorrilla para conocer la pérdida muscular proteica del paciente.

Se especifica además una sección destinada a la medición de pliegues cutáneos donde se mide circunferencia braquial (CB) y pliegue tricipital (PT) que utilizados en conjunto se utilizan para determinar las reservas energéticas a través del AGB (Área Grasa Braquial) y el compartimento muscular proteico a través del PMB (Perímetro Muscular Braquial) y AMB (Área Muscular Braquial).

Se muestra además en esta sección una tabla donde se muestra el IMC específico del adulto mayor, con los correspondientes rangos según se

encuentre el paciente en un estado nutricional de bajo peso o enflaquecido $<23,1 \text{ kg/m}^2$, normal $23,1-27,9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $28-31,9 \text{ kg/m}^2$ y obeso $>32 \text{ kg/m}^2$, que sirve como indicador de los parámetros ocupados.

- Diagnóstico nutricional integrado: En esta sección se establece el diagnóstico nutricional integrado del paciente donde se considerarán todos los parámetros analizados en la ficha.

Screening:

El Screening (Anexo 2) utilizado está adaptado principalmente para personas adultos mayores, es un método sencillo empleado para detectar a individuos en riesgo nutricional o malnutridos. Se utiliza teniendo presente que se debe realizar una valoración posterior completa y un adecuado tratamiento nutricional.

El Mini Nutritional Assessment (MNA), es un test que fue desarrollado para la evaluación del estado nutricional de ancianos "frágiles". El MNA, fue pensado con algunos de los siguientes criterios: 1) ser un instrumento fiable, 2) ser realizado con un mínimo entrenamiento, 3) ser mínimamente invasivo para el paciente, 4) ser barato. El test tiene 18 ítems, que combinan datos objetivos y subjetivos. Los datos objetivos evalúan índices antropométricos, valoración geriátrica general y parámetros dietéticos. Hay un MNA reducido de 10 ítems.

La valoración subjetiva estima la autopercepción que el paciente tiene sobre su estado de salud y estado nutricional. El MNA es un método muy práctico, no invasivo y

rápido para evaluar el estado nutricional de los pacientes y poder considerar una intervención nutricional, si fuera posible. El Mini Nutritional Assessment (MNA), es un test que fue desarrollado para la evaluación del estado nutricional de ancianos "frágiles". (Gómez, C. y J. Reuss. 2004) Este instrumento genera a raíz de los datos obtenidos tres categorías en base a las siguientes puntuaciones:

- >24: Bien Nutrido
- 17-23,5: Riesgo de malnutrición
- <17: Malnutrido

Instrumentos:

- Ficha Nutricional
- Screening

Confiabilidad: Se aplicara cada instrumento dos veces para asegurarnos que los datos obtenidos en cada uno sean confiables.

Validez: El instrumento realizado será evaluado y validado por expertos idóneos a las temáticas tratadas, es el caso de la ficha nutricional, la cual fue validada por profesionales expertos (Anexo 1). El Screening por su parte no necesita una nueva validación, ya que está estandarizado con anterioridad constituyendo un instrumento conocido y ocupado ampliamente por profesionales en la evaluación de adultos mayores, apareciendo en varias literaturas y fuentes oficiales.

Método: Instrumentos de Observación

Técnica:

Registro de alimentación de colación nocturna

El registro de alimentación (Anexo 3) evalúa el consumo de las colaciones por parte de los adultos mayores, con objetivo de cuantificar la cantidad de residentes que consumen de forma diaria la colación nocturna para así cerciorarse que la muestra reciba el aporte necesario de calorías que puedan modificar el estado nutricional actual que presenten.

Instrumentos:

- Registro de Alimentación Colación Nocturna

Confiabilidad: Se aplicará el instrumento todos los días (lunes a viernes) a cada residente para asegurar que los datos obtenidos sean confiables.

Validez: El instrumento realizado será evaluado y validado por expertos idóneos a las temáticas tratadas, en este caso el registro de alimentación fue validado por profesionales expertos.

G. Metodología de aplicación de instrumentos

Instrumento específico de la disciplina:

Ficha nutricional:

- Antecedentes: Se obtiene a través de la ficha de cada paciente, ya sean personales, mórbidos, otros antecedentes.
- Evaluación antropométrica: Se determinará el estado nutricional a través de métodos de estimación indirecta por las características de la muestra en estudio, la cual por diversos factores físicos no pueden ser evaluados directamente en un tallímetro o báscula pues la totalidad de ellos no pueden ponerse en posición vertical adecuadamente, es cierto que una evaluación directa de peso y talla es más exacta, sin embargo por la incapacidad de los residentes de mantenerse en pie de forma estable se ve en la necesidad de utilizar este método. En las ecuaciones por estimación se ocuparan datos específicos fundamentales para obtener la información, como altura de rodilla, edad del paciente y/o circunferencia braquial con las que por medio de métodos matemáticos se determinara el peso y la talla de los adultos mayores. Para medir la altura y el peso se utilizó la altura de rodilla (AR), circunferencia de pantorrilla (CP), circunferencia de brazo (CB), pliegue tricipital (PT) según la ecuación desarrollada por Chumlea y colaboradores, según sexo y edad.

Para medir el compartimento graso y muscular, se utilizaran las medidas de circunferencia en distintas zonas corporales como pantorrilla, carpo y bicipital, las cuales nos arrojarán distintos diagnósticos dependiendo del área evaluada, todo esto utilizando instrumentos antropométricos como la cinta métrica. También se utilizara el Caliper como instrumento antropométrico para la evaluación de los pliegues cutáneos bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco, los cuales evaluaran la cantidad de grasa corporal total. Otro parámetro antropométrico utilizado es el Índice de Masa Corporal (IMC) el cuál se utiliza como indicador de la composición corporal de los pacientes. Existe un IMC especialmente elaborado para adultos mayores, el rango es más amplio en comparación con el IMC para los adultos, clasificándose como normal entre 23,1 y 27,9 kg/m².

Cuestionario de proyección y valoración del estado nutricional

- Se aplica cuestionario estandarizado Mini Nutritional Assessment (MNA), que cumple con una función específica y de forma indirecta da a conocer los factores que condicionan su estado de salud actual. Se aplica a cada residente o al personal encargado del cuidado del adulto mayor, cuando este no cuente con las capacidades para colaborar con las respuestas de estos cuestionarios.

Instrumento de Observación:

Registro de Alimentación Colación Nocturna:

- La metodología de aplicación de este se realizará por medio de la observación, en donde se efectuará mediante una anotación diaria del consumo de la colación que recibe cada residente durante el servicio de alimentación nocturno, en donde se registra la fecha de aplicación y el nombre de la preparación, asignando la cantidad de alimento que se les entrega, si efectivamente hubo consumo de esta, forma de la alimentación ya sea asistida o no y además si existe alguna observación en particular.

H. Descripción de procedimientos de análisis:

Una vez obtenidos los resultados cada evaluación antropométrica y aplicación de test subjetivo a la muestra en estudio, se procederá a codificar y tabular cada cifra en el software *Microsoft Office Excel*, generando una base de datos que nos ayudará a mantener almacenado cada resultado obtenido para así poder filtrar de forma rápida y precisa algunos de los resultados que se necesiten para luego proceder a analizarlos. A la vez para confirmar o rechazar la hipótesis de nuestra investigación se utilizará el software *IBM SPSS Statistics 22*, que nos dará el resultado estadístico para comprobar si la investigación es estadísticamente significativa.

Procedimientos

1. Codificación y tabulación de los resultados obtenidos en la evaluación del estado nutricional y aplicaciones de test subjetivos.
 - a. Se hará una base de datos de cada variable, generando una serie de cuadros de datos que nos entregara los resultados de cada evaluación con frecuencias y porcentajes, cada cual tendrá sus respectivos gráficos e interpretaciones de los resultados.
2. Dar una interpretación detallada de cada resultado obtenido, y así efectuar un análisis completo de los resultados en el grupo de muestra, y dar a conocer las diferencias encontradas entre estas.

Registro evaluaciones antropométrica y evaluación subjetiva (MNA)

Levantamiento de datos de la primera semana, para conocer el estado nutricional de los residentes pertenecientes al establecimiento cívico, para luego elegir al grupo objetivo que en este caso serían los casos con estado nutricional bajo peso o enflaquecido.

Primer recogimiento de datos 14 de Octubre

1- Tabla: Evaluación antropométrica, Evaluación nutricional y compartimiento muscular y grasa

Nº	Nombre	Edad (años)	AR (cm)	C. Pantorrilla (cm)	C. Braquial (cm)	PI, Tricipital (m)	Peso kg (estimación)	Talla cm (estimación) Chumlea	IMC	EN estimado	Pmín	Pmáx.	PI	IP T %	IP T	PMB	AMB	AGB	Est. Nutr. De compartimientos Según estim	
1	Benjamín Jerez	75	54	34	36,5	12	95,6	1,72	32,4	O	67,9	82,41	75,3	126,9	Exceso	327,3	852,48	2076,7	Exceso Graso	
2	Carlos Cádiz	78	46,5	32,5	26	11	55,2	1,56	22,6	E	56,1	68	62,2	88,6	D.Leve	225,4	4044	1335	Dimuscular	
3	Clara Varas	83	46,2	32	28	23	62	1,53	26,5	N	53,8	65,3	59,6	104	Normal	207,7	3434	2804,5	Normal	
4	Demetrio Vidosola	68	51,5	33	26,5	15	62,2	1,67	22,4	E	63,8	77,5	70,8	87,8	D.Leve	217,8	3777,5	1810,8	Dimuscular	
5	Elsa Aguilera	78																		
6	Eugenia Caimora	82	52	30	24,5	15	56,8	1,6	22,1	E	58	71,7	65,6	86,6	D.Leve	197,8	3115,8	1680,8	D. Graso	
7	Galindo Olivares	88																		
8	Héctor Álvarez	66	47	29	28	17	61,8	1,57	25	N	56,6	68,1	63	98	Normal	226,6	4085,8	2153	Dimuscular	
9	Heriberto Pizarro	69	46	31	28	16	60,7	1,55	25,2	N	55,3	67	61	98,7	Normal	229,7	4199,9	2038,9	Dimuscular	
10	Joaquín Álvarez	73	54,5	30,3	23	4	54,7	1,73	18,3	E	68,7	83,4	76,2	71,8	D. Severo	217	3762	447,4	D. muscular y graso	
11	José Araya	72	56	39	30	16	77,9	1,76	25,1	N	71,3	86,5	79	98,5	Normal	249,7	4963	2198	Normal	
12	Juan Cerda	81	48,5	30,5	28	10	63,5	1,6	24,7	N	59,1	71,8	65,6	98,8	Normal	248,6	4917	1321,4	Normal	
13	Juan González	63	51,5	31,5	23,5	6	53	1,66	19,1	E	63,8	77,4	70,8	74,8	D. Severo	216	3747	676,7	Dimuscular y graso	
14	Luis Rivera	84	54	31	23	8	54,2	1,72	18,3	E	67,9	82,4	75,3	71,9	D. Severo	204,8	3339,9	869,7	Dimuscular	
15	Luis Cortés	89	41	28	33,5	25	72	1,45	34,4	O	48	58,4	53,4	135	Exceso	256	5234	3696,6	Exceso Graso	
16	Mario Collao	68	44,5	24,3	19,5	20	33	1,52	14,3	E	53	64,5	58,9	56	D. Severo	132	1390	1635,8	D. muscular	
17	Pablo Gómez	86	40,5	28,5	25	14	45,6	1,38	24	N	49,6	52,9	48,4	94,3	Normal	206	3377,5	1596	D. Graso	
18	Pamón Sandoval	75	49	25,5	28	17	64	1,61	24,6	N	58,2	72,7	66,4	96,4	Normal	226,5	4085,8	2153	D. muscular	
19	Raúl Hidalgo	81	52	27,5	23	8	52	1,67	18,5	E	64,7	78,4	71,7	72,5	D. Severo	204,8	3339,9	869,7	D. muscular	
20	Sergio Cortizas	74	50,5	33	27,5	8	64	1,65	23,7	N	62,3	75,5	69	95,9	Normal	249,8	4968	1049,7	Normal	
21	Silvio Moreira	73	52	35,5	28	10	67,4	1,68	23,9	N	64,7	78,4	71,7	93,9	Normal	248,5	4917,4	1321,5	Normal	
22	Sonia Álvarez	74	44,5	24,8	22	14	40,6	1,52	17,6	E	53	64,5	58,9	69	D. Severo	176	2465	1386	D. muscular	

2- Tabla porcentajes de adultos mayores según estado nutricional de la población en general

% Estado Nutricional Población General	
Normal	41 %
Enflaquecido	41 %
Sobrepeso	0 %
Obesidad	9 %
Excluidos	9 %

3- Tabla de porcentajes de adultos mayores según compartimiento muscular y graso de la población en estudio

% Compartimiento muscular y graso	
Déficit Muscular	32 %
Déficit Graso	9 %
Ambos	9 %
Normal	18 %
Exceso	5 %
Excluidos	9 %

De la muestra representada por 22 adultos mayores, 2 fueron excluidos por dos motivos fundamentales uno de ellos recibe alimentación especial debido a que se alimenta por sonda y otro residente se niega participar en la investigación (marcado en amarillo en la primera tabla).

Como resultado según estado nutricional se determina que existe un predominio del 41% con estado nutricional de normalidad como también de enflaquecido, esto principalmente acompañado de un déficit muscular que predomina en el 32% de los casos evaluados en el recogimiento de datos.

4. Tabla recogimiento de datos MNA (Mini Nutritional Assessment)

Número	Nombre	Edad (años)	Puntuación	Clasificación
1	Benjamín Jerez	75	12,5	Malnutrido
2	Carlos Cádiz	78	21,5	Riesgo de malnutrición
3	Clara Varas	83	24,5	Bien nutrido
4	Demetrio Vildosola	68	16,5	Malnutrido
5	Elsa Aguilera	78	-	-
6	Eugenia Carmona	82	20,5	Riesgo de malnutrición
7	Galindo Olivares	89	-	-
8	Héctor Álvarez	66	15	Malnutrido
9	Heriberto Pizarro	69	22,5	Riesgo de malnutrición
10	Joaquín Álvarez	73	18,5	Riesgo de malnutrición
11	José Araya	72	18	Riesgo de malnutrición
12	Juan Cerda	81	17	Riesgo de malnutrición
13	Juan González	63	15	Malnutrido
14	Juan Rivera	84	9,5	Malnutrido
15	Luis Cortés	89	16,5	Malnutrido
16	Mario Collao	68	14	Malnutrido
17	Pabla Gómez	86	16,5	Riesgo de malnutrición
18	Ramón Sandoval	75	13	Malnutrido
19	Raúl Hidalgo	81	11,5	Malnutrido
20	Sergio Contreras	74	19	Riesgo de malnutrición
21	Silvio Moreira	73	20,5	Riesgo de malnutrición
22	Sonia Álvarez	74	8,5	Malnutrido

5- Tabla de porcentajes resultados de la encuesta global subjetiva MNA

% EGS	
Malnutrido	45 %
Riesgo de Malnutrición	41 %
Bien nutrido	5 %
Excluidos	9 %

Tabla 5: Según la evaluación global subjetiva representada por el MNA (*Mini Nutritional Assessment*) (Anexo 2). Arrojó que aproximadamente la mitad de la población sometida a estudio, alrededor del 45% de la población en general (10 personas) se encuentran malnutridos.

grupo que se trabajará, representados por el 41% de la población total, expresado en la tabla 6.

6- Tabla clasificación de grupo objetivo

Nº	Nombre	Edad (años)	AR (cm)	C. Pantorrilla (cm)	C. Braquial (cm)	PL.Tricipital (mm)	Peso kg (estimación)	Talla cm (estimación) Chumlea	IMC	EN estimado	Pmin	Pmáx.	PI	IP/T %	I/P/T	PMB	AMB	AGB	Est. Nutr. De compartiumi entos Según estim
1	Carlos Cádiz	78	46,5	32,5	26	11	55,2	1,56	22,6	E	56,1	68	62,2	88,6	D.Leve	225,4	4044	1335	D.muscular
2	Demetrio Vidosola	68	51,5	33	26,5	15	62,2	1,67	22,4	E	63,8	77,5	70,8	87,8	D.Leve	217,8	3777,5	1810,8	D.muscular
3	Eugenia Carmona	82	52	30	24,5	15	56,8	1,6	22,1	E	59	71,7	65,6	86,6	D.Leve	197,8	3115,8	1660,8	D. Graso
4	Joaquín Álvarez	73	54,5	30,3	23	4	54,7	1,73	18,3	E	68,7	83,4	76,2	71,8	D. Severo	217	3762	447,4	D. muscular y graso
5	Juan González	63	51,5	31,5	23,5	6	53	1,66	19,1	E	63,8	77,4	70,8	74,8	D. Severo	216	3717	676,7	D.muscular y graso
6	Juan Rivera	84	54	31	23	8	54,2	1,72	18,3	E	67,9	82,4	75,3	71,9	D. Severo	204,8	3339,9	869,7	D.muscular
7	Mario Colloso	68	44,5	24,3	19,5	20	33	1,52	14,3	E	53	64,5	58,9	56	D. Severo	132	1390	1635,8	D. muscular
8	Raúl Hidalgo	81	52	27,5	23	8	52	1,67	18,5	E	64,7	78,4	71,7	72,5	D. Severo	204,8	3339,9	869,7	D. muscular
9	Sonia Álvarez	74	44,5	24,8	22	14	41,9	1,47	19,3	E	49,9	60,6	55,4	75,7	D. Moderado	176	2465,5	1386,1	D. muscular y graso

Evaluación realizada al grupo de muestra en estudio, con el fin de evaluar alguna variación del estado nutricional a partir de la intervención, arrojando los siguientes datos:

7- Tabla de segundo recogimiento de datos

Nº	Nombre	Edad (años)	AR (cm)	C. Pantorrilla (cm)	C. Braquial (cm)	PI. Tripital (mm)	Peso kg (estimación)	Talla cm (estimación) Chumlea	IMC	EN estimado	Pmin	Pmáx.	PI	IPIT %	IPIT	PMB	AMB	AGB	EST. NUTR. De compartimientos Según ^{activa}
1	Carlos Cádiz	78	46,5	32,5	27	12	58,2	1,56	23,9	N	56,1	68	62,2	93,6	Normal	232,3	4294,3	1506,9	D.muscular
2	Demetrio Vitosola	68	51,5	33	26,5	15	62,2	1,67	22,4	E	63,8	77,5	70,8	87,8	D.Leve	217,8	3777,5	1810,8	D.muscular
3	Eugenia Carrona	82	52	30	24,5	15	56,8	1,6	22	E	59	71,7	65,6	86,6	D. Leve	197,8	3115,8	1660,7	D. Graso
4	Joaquín Álvarez	73	54,5	30,3	24,5	5	59	1,73	19,9	E	66,7	83,4	76,2	77,8	D. Moderado	229,3	4183,8	592,9	D. muscular y graso
5	Juan González	63	51,5	31,5	23,5	7	53	1,66	19,1	E	63,8	77,4	70,8	74,8	D. Severo	213,5	3610,7	784	D.muscular
6	Mario Collao	68	44,5	24,3	20	20	34,54	1,52	15	E	53	64,5	58,9	58,6	D. Severo	137	1497	1685	D. muscular
7	Raúl Hidalgo	81	52	27,5	24	8	55	1,67	19,6	E	64,7	78,4	71,7	76,8	D. Moderado	214,9	3673,9	909,7	D. muscular
8	Sonia Álvarez	74	44,5	24,8	23	15	44,6	1,47	20,5	E	49,9	60,6	55,4	80,5	D. Leve	182,9	2661,4	1548,3	D. muscular y graso
9	Juan Rivera	84	54	31	24	10	57,3	1,72	19,4	E	67,9	82,4	75,3	76	D. Moderado	208,6	3462,2	1121,5	D.muscular

De esta recogida de datos se pueden comparar datos lo que estará representado en las siguientes tablas y gráficos:

8- Tabla de variación de peso en la muestra

Nº	Nombre	Peso 1	Peso 2	Ganancia
1	Carlos Cádiz	55,2	58,2	3
2	Demetrio Vildosola	62,2	62,2	0
3	Eugenia Carmona	56,8	56,8	0
4	Joaquín Álvarez	54,7	59	4,3
5	Juan González	53	53	0
6	Mario Collao	33	34,5	1,5
7	Raúl Hidalgo	52	55	3
8	Sonia Álvarez	41,9	44,6	2,7
9	Juan Rivera	54,2	57,3	3,1

Tabla 8: Se puede identificar de la muestra que no hubo una pérdida de peso en los adultos mayores, tres de ellos se mantuvieron en el mismo peso y seis de ellos aumentaron 3.517 gramos de peso como promedio.

9. Gráfico de representación del estado nutricional

Ganancia de Peso en 1 mes



Gráfico 9: En la simbología representa que le “Peso 1” fue la primera evaluación realizada de 14 de Octubre del 2015 y “Peso 2” la segunda evaluación realizada el 23 de Noviembre del 2015. En el gráfico se puede visualizar los resultados de mantención o aumento de peso en los residentes pertenecientes al establecimiento cívico de adultos mayores.

10- Tabla comparación de IMC en las dos evaluaciones realizadas

Nº	Nombre	IMC1	IMC1	IMC2	IMC2
1	Carlos Cádiz	22,6	E	23,9	N
2	Demetrio Vildosola	22,4	E	22,4	E
3	Eugenia Carmona	22,1	E	22	E
4	Joaquín Álvarez	18,3	E	19,85	E
5	Juan González	19,1	E	19,1	E
6	Mario Collao	14,3	E	14,95	E
7	Raúl Hidalgo	18,5	E	19,6	E
8	Sonia Álvarez	19,3	E	20,5	E
9	Juan Rivera	18,3	E	19,4	E

Tabla 10: Se refleja que a pasar del aumento de peso que se puede verificar en la tabla 8, solo uno de la muestra en estudio cambió su estado nutricional de "Enflaquecido" a "Normal".

11- Tabla de variación en índice peso/talla

Nº	Nombre	PI (1)	I P/T % (1)	PI (2)	I P/T % (2)
1	Carlos Cádiz	88,6	D.Leve	93,6	Normal
2	Demetrio Vildosola	87,8	D.Leve	87,8	D.Leve
3	Eugenia Carmona	86,6	D.Leve	86,6	D. Leve
4	Joaquín Álvarez	71,8	D. Severo	77,8	D. Moderado
5	Juan González	74,8	D. Severo	74,8	D. Severo
6	Mario Collao	56	D. Severo	58,6	D. Severo
7	Raúl Hidalgo	72,5	D. Severo	76,8	D. Moderado
8	Sonia Álvarez	75,7	D. Moderado	80,5	D. Leve
9	Juan Rivera	71,9	D. Severo	76	D. Moderado

Tabla 11: Tabla comparativa de variaciones de variaciones pre y post intervención, representa una variación considerable del índice de peso/talla donde un 56% tubo un mejoramiento.

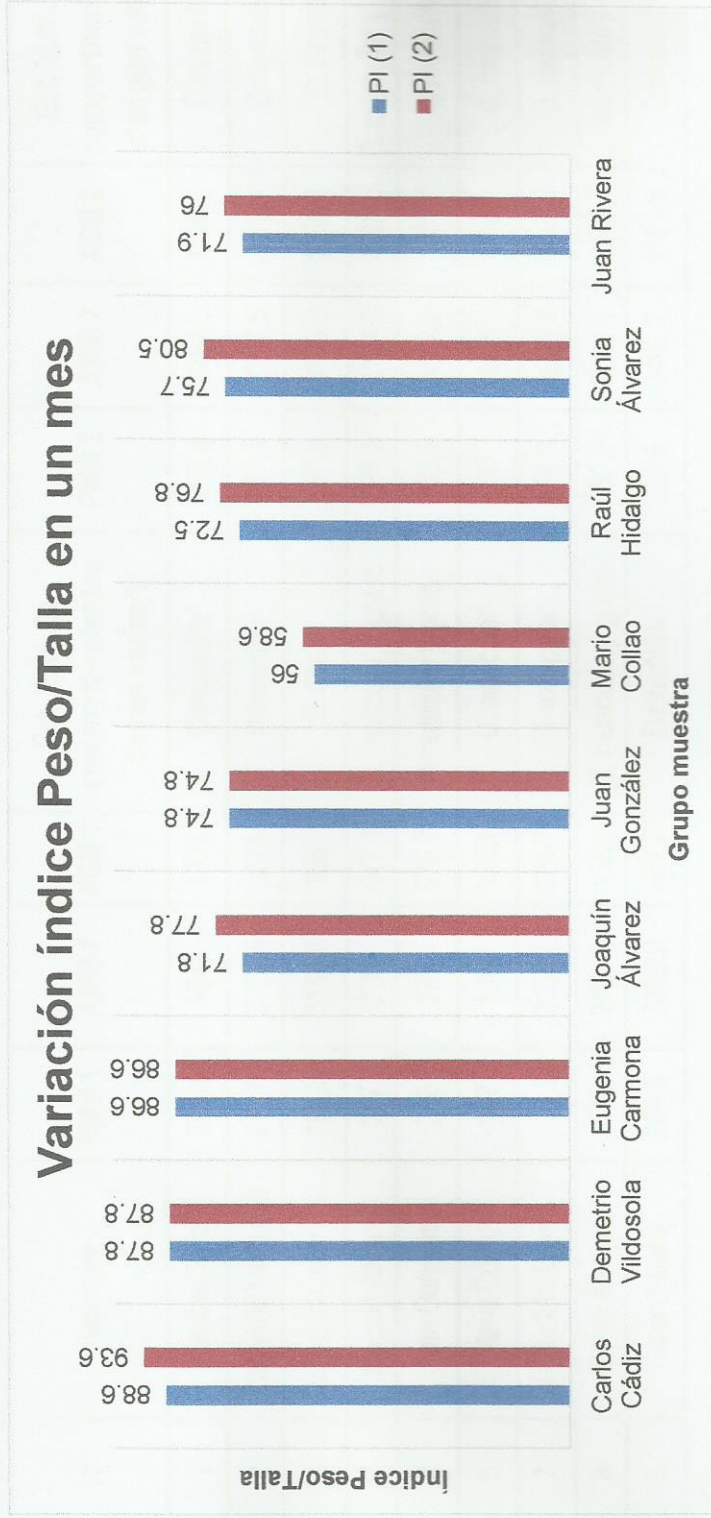


Gráfico 12: La totalidad de la muestra intervenida presentó un aumento del Índice peso/talla como consecuencia del incremento de su peso corporal, algunos residentes presentaron un cambio de su clasificación pasando de déficit severo a moderado y de este último a leve, produciendo un cambio positivo a un diagnóstico nutricional.

Nº	Nombre	PMB 1	AMB 1	AGB 1	Est. Nutr. De compartimientos Según estim 1	PMB 2	AMB 2	AGB 2	Est. Nutr. De compartimientos Según estim 2
1	Carlos Cádiz	225,4	4044	1335	D.muscular	232,3	4294,3	1506,9	D.muscular
2	Demetrio Vildosola	217,8	3777,5	1811	D.muscular	217,8	3777,5	1811	D.muscular
3	Eugenia Carmona	197,8	3115,8	1661	D. Graso	197,8	3115,8	1660,7	D. Graso
4	Joaquín Álvarez	217	3762	447,4	D. muscular y graso	229,3	4183,8	592,9	D. muscular y graso
5	Juan González	216	3717	676,7	D.muscular y graso	213,5	3610,7	784	D.muscular
6	Mario Collao	132	1390	1636	D. muscular	137	1497	1685	D. muscular
7	Raúl Hidalgo	204,8	3339,9	869,7	D. muscular	214,9	3673,9	909,7	D. muscular
8	Sonia Álvarez	176	2465,5	1386	D. muscular y graso	182,9	2661,4	1548,3	D. muscular y graso
9	Juan Rivera	204,8	3339,9	869,7	D.muscular	208,6	3462,2	1121,5	D.muscular

Tabla 13: Tabla representativa de la diferencia que hubo en la evaluación antropométrica del compartimiento muscular donde se puede observar que no hubo mayor diferencia.

14-Tabla comparación de colaciones entregadas a los residentes.

Levantamiento de datos de la comparación de colaciones entregada a los residentes desde el establecimiento como las otorgadas durante el periodo de investigación.

Colaciones entregadas por el Establecimiento		Colaciones entregadas durante la Investigación	
Nombre Preparación: Sémola con Leche	Nombre Preparación: Queque Zanahoria más Leche	Nombre Preparación: Pastel de Fideos más Té	Nombre Preparación: Panqueques con Menjar más Leche
Descripción Productos: Producto en polvo preparado	Ingredientes por Preparación: 4 tazas Harina 12 und. Huevos 200 gotas Endulzante 2 tazas Leche 3 tazas Aceite 7 tazas Zanahoria	Ingredientes por Preparación: 2 kilos Fideos 12 und. Huevos 2 tazas Aceite 2 tazas Brocoli 1/4 unidad Pimentón	Ingredientes por Preparación: 4 tazas Harina 12 und. Huevos 4 tazas Leche 12 cdías Aceite 1 kilo Menjar
Ingredientes por Preparación: 2 cdas Sémola con Leche 100 cc Agua	Líquido 2,800 cc	Cantidad por Preparación: 24 porciones Porción por persona: 1 trozo 130 gr más 200 cc Té	Líquido 2,800 cc
Porción por persona: 1 taza de 125 gr	Cantidad por Preparación: 24 porciones Porción por persona: 1 trozo 113 gr más 200 cc Leche	Aporte Nutricional: Kcal: 4088.1 Proteínas: 202 Carbohidratos: 652.6 Lípidos: 73.7	Cantidad por Preparación: 36 porciones Porción por persona: 2 und. 135 gr más 200 cc Leche
Aporte Nutricional: Kcal: 93 Proteínas: 1.0 Carbohidratos: 18.3 Lípidos: 1.7	Aporte Nutricional: Kcal: 10754.6 Proteínas: 227 Carbohidratos: 844.1 Lípidos: 720.5	Aporte Nutricional: Kcal: 4088.1 Proteínas: 202 Carbohidratos: 652.6 Lípidos: 73.7	Aporte Nutricional: Kcal: 9502.2 Proteínas: 274.8 Carbohidratos: 1532.1 Lípidos: 271.2
Nombre Preparación: Flan de Chocolate	Nombre Preparación: Pastel de Papas más Té	Nombre Preparación: Pastel de Papas más Té	Nombre Preparación: Pastel de Papas más Té
Descripción Productos: Producto en polvo preparado	Ingredientes por Preparación: 5 und. Papas 500 gr Huevos 2 taza Carne 3 cdas Leche 2 und Margarina 1 und Zanahoria 3 cdas Cebolla 3 cdas Aceite	Ingredientes por Preparación: 2 kilos Papas 5 und. Huevos 500 gr Carne 2 taza Leche 3 cdas Margarina 2 und Zanahoria 1 und Cebolla 3 cdas Aceite	Ingredientes por Preparación: 4 tazas Harina 12 und. Huevos 4 tazas Leche 12 cdías Aceite 1 kilo Menjar
Ingredientes por Preparación: 2 cdas Flan en Polvo 100 cc Agua	Cantidad por Preparación: 24 porciones Porción por persona: 1 trozo 140 gr más 200 cc Té	Cantidad por Preparación: 24 porciones Porción por persona: 1 trozo 140 gr más 200 cc Té	Cantidad por Preparación: 36 porciones Porción por persona: 2 und. 135 gr más 200 cc Leche
Porción por persona: 1 taza de 125 gr	Aporte Nutricional: Kcal: 4088.1 Proteínas: 202 Carbohidratos: 652.6 Lípidos: 73.7	Aporte Nutricional: Kcal: 4088.1 Proteínas: 202 Carbohidratos: 652.6 Lípidos: 73.7	Aporte Nutricional: Kcal: 9502.2 Proteínas: 274.8 Carbohidratos: 1532.1 Lípidos: 271.2
Aporte Nutricional: Kcal: 93 Proteínas: 0.8 Carbohidratos: 18.7 Lípidos: 1.6	Aporte Nutricional: Kcal: 10754.6 Proteínas: 227 Carbohidratos: 844.1 Lípidos: 720.5	Aporte Nutricional: Kcal: 4088.1 Proteínas: 202 Carbohidratos: 652.6 Lípidos: 73.7	Aporte Nutricional: Kcal: 9502.2 Proteínas: 274.8 Carbohidratos: 1532.1 Lípidos: 271.2

Nombre Preparación: Sémola con Leche	
Descripción Productos: Producto en polvo preparado	
Ingredientes por Preparación: 2 cdas Sémola con Leche 100 cc Agua	
Porción por persona: 1 taza de 125 gr	
Aporte Nutricional:	
Kcal:	93
Proteínas:	1.0
Carbohidratos:	18.3
Lípidos:	1.7

Nombre Preparación: Flan de Chocolate	
Descripción Productos: Producto en polvo preparado	
Ingredientes por Preparación: 2 cdas Fin en Polvo 100 cc Agua	
Porción por persona: 1 taza de 125 gr	
Aporte Nutricional:	
Kcal:	93
Proteínas:	0.8
Carbohidratos:	18.7
Lípidos:	1.6

Nombre Preparación: Consomé de Huevo más Pan Hallulla	
Ingredientes por Preparación: 400 gr Fideos 5 unid Huevos 5 unid Fegón 2 unid Zanahoria 3 cdas Aceite 1/2 undad Pan Hallulla	
Cantidad por Preparación: 20 porciones	
Porción por persona: 1/4 Pan Hallulla con 200 cc Consomé	
Aporte Nutricional:	
Kcal:	4460
Proteínas:	142
Carbohidratos:	754
Lípidos:	96
Aporte por Preparación:	
Aporte por Persona:	223
Proteínas:	7.1
Carbohidratos:	37.3
Lípidos:	4.8

Nombre Preparación: Budín de Verduras más Té	
Ingredientes por Preparación: 8 unid. Huevos 3 tazas Harina 1 taza Leche 1 trozo Zapallo 2 tazas Brécoli 2 tazas Coliflor 5 unid. Zanahoria 12 unid. Caballita 3 cdas Aceite	
Cantidad por Preparación: 24 porciones	
Porción por persona: 1 trozo 112 gr más Té	
Aporte Nutricional:	
Kcal:	5544
Proteínas:	225.6
Carbohidratos:	859.2
Lípidos:	141.6
Aporte por Preparación:	
Aporte por Persona:	231
Proteínas:	9.4
Carbohidratos:	35.3
Lípidos:	5.8

Nombre Preparación: Roscas con Azúcar Flor más Leche	
Ingredientes por Preparación: 1.5 kilo Harina 5 unid Huevos 1.5 tazas Leche 250 gotas Erculizante 190 gr Margarina 1 taza Azúcar Flor	
Líquidos: 2.300 cc Saida Leches Años Dorados	
Cantidad por Preparación: 80 unidades	
Porción por persona: 3 unid. 100 gr más 200 cc Leche	
Aporte Nutricional:	
Aporte por Preparación:	487
Kcal:	12.987
Proteínas:	257
Carbohidratos:	535
Lípidos:	531
Aporte por Persona:	
Aporte por Persona:	10
Proteínas:	20.1
Carbohidratos:	19.9
Lípidos:	19.9

Colaciones entregadas en el Establecimiento	
Preparaciones	Aporte de Calorías
Jalea	29
Flan de Chocolate	93
Sémola con Leche	93
Avena con Leche	96

Colaciones entregadas por la Investigación	
Preparaciones	Kcal Entregadas
Pastel de Papas más Té	151
Pastel de Fideos más Té	170
Consomé de Huevo con Pan	223
Budín de Verduras más Té	231
Queque Zanahoria más Leche	465
Roscas con Azúcar Flor más Leche	487
Panqueque con Manjar más Leche	512

Tabla 15: Representa los aportes en calorías de las colaciones entregadas por parte del establecimiento como también las entregadas durante la intervención. El establecimiento entrega alrededor de cuatro preparaciones instantáneas en polvo, a diferencia de las colaciones o preparaciones entregadas en la intervención que fueron alrededor de siete colaciones diferentes.

Aporte Calorías Colaciones Nocturnas

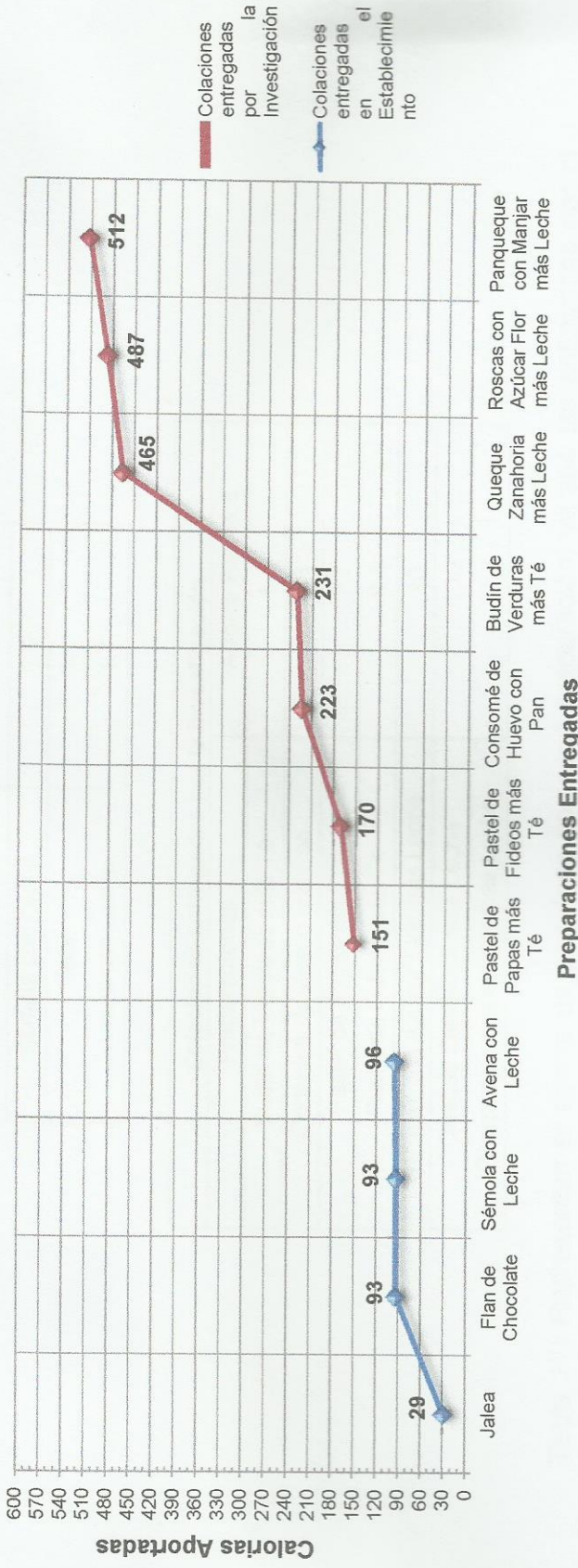


Gráfico 16: Las colaciones entregadas por el establecimiento presentan un menor aporte calórico observándose un aporte que varía entre 30 kcal a 100 kcal como máximo (representada de azul) y en comparación a las entregadas durante la intervención, el aporte calórico de las colaciones fue entre 150 kcal y 510 kcal (representada de rojo).

17- Tablas de comparación de aporte de Proteínas:

Colaciones entregadas en el Establecimiento	
Preparaciones	Aporte Proteico
Flan de Chocolate	0.8
Sémola con Leche	1.0
Jalea	1.4
Avena con Leche	1.7

Colaciones entregadas por la Investigación	
Preparaciones	Aporte Proteico
Budín de Verduras más Té	5,1
Consomé de Huevo con Pan	7,1
Pastel de Papas más Té	7,7
Pastel de Fideos más Té	8,4
Roscas con Azúcar Flor más Leche	10
Queque Zanahoria más Leche	10,2
Panqueque con Manjar más Leche	14,6

Tabla 17: Representan el aporte de proteínas por cada preparación, ya sea las entregadas por el establecimiento como las entregadas durante la intervención.

Aporte de Proteínas Colaciones Nocturnas

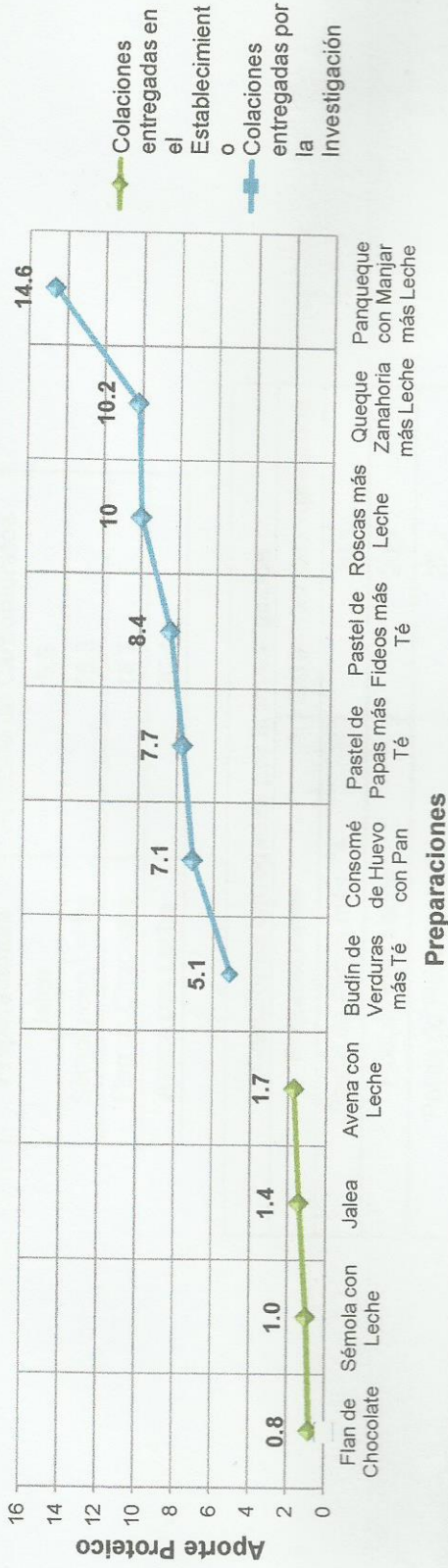


Gráfico 18: El establecimiento entrega colaciones con un menor aporte de proteínas en comparación

a las entregadas durante la intervención, se observa que el establecimiento entrega colaciones con un aporte proteico que varía entre 0.8 gr a 1.7 gr de proteínas como máximo (representada de verde), por otra parte durante la investigación el aporte proteico entregado por las colaciones fue entre 5.1 gr y 14.6 gr de proteínas por porción (representada de celeste). En todas las colaciones aportadas se entregan proteínas de AVB (Alto Valor Biológico) provenientes de la incorporación de huevo, además se incluyó leche en tres preparaciones y carne de vacuno en una de las preparaciones.

10- Tablas de comparación de aportes de Carbohidratos:

Colaciones entregadas en el Establecimiento	
Preparaciones	Aporte de Carbohidratos
Jalea	5.8
Sémola con Leche	18.3
Flan de Chocolate	18.7
Avena con Leche	20.4

Colaciones entregadas por la Investigación	
Preparaciones	Carbohidratos Aportados
Pastel de Papas más Té	20,1
Roscas más Leche	20,1
Pastel de Fideos más Té	27,2
Budín de Verduras más Té	35,8
Consomé de Huevo con Pan	37,3
Queque Zanahoria más Leche	37,7
Panqueque con Manjar más Leche	82,8

Tabla 19: Las tablas tabulan la cantidad de carbohidratos aportados por porción en cada colación, ya sea entregada por la institución o durante la investigación.

Aporte de Carbohidratos Colaciones Nocturnas

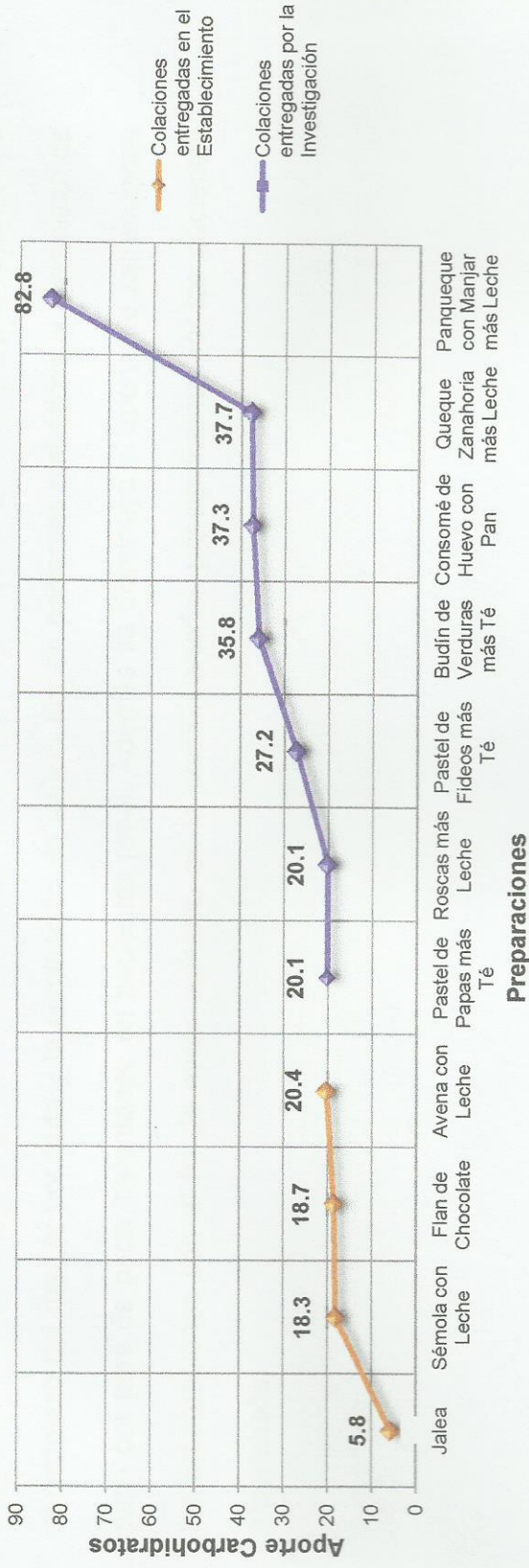


Gráfico 20: Las colaciones entregadas por el establecimiento son de menor aporte de carbohidratos en comparación a las entregadas durante la intervención, observándose que el establecimiento entrega un aporte de carbohidratos que varían entre 5.8 gr a 20.4 gr de carbohidratos por porción como máximo (representada de naranjo), así por otra parte durante la investigación el aporte entregado de las colaciones fue entre 20.1 gr a 82.8 gr de carbohidratos por porción (representada de morado).

Los carbohidratos utilizados fueron en su mayoría simples, comprendidos principalmente por harina blanca, manjar, fruta, fideos, y complejos aportados por verduras y papa. Se realizaron algunas modificaciones en el aporte de ciertos alimentos incompatibles con las patologías de dos pacientes, como el remplazo del manjar por fruta y la eliminación de azúcar flor en pacientes diabéticos, y remplazo de papa por puré de papa instantáneo en pacientes renal. Además se disminuyó el aporte de sal en todas las preparaciones con el fin de evitar aumento en la presión arterial, principalmente por los pacientes hipertensos.

Colaciones entregadas en el Establecimiento	
Preparaciones	Aporte Lípidos
Jalea	0
Avena con Leche	0.8
Flan de Chocolate	1.6
Sémola con Leche	1.7

Colaciones entregadas por la Investigación	
Preparaciones	Lípidos Aportados
Pastel de Fideos más Té	3,1
Pastel de Papas más Té	4,4
Consomé de Huevo con Pan	4,8
Budín de Verduras más Té	5,9
Panqueque con Manjar más Leche	14,7
Roscas más Leche	19,9
Queque Zanahoria más Leche	30,4

Tabla 21: Comparación entre el aporte de lípidos de las colaciones del establecimiento como las colaciones entregadas durante la intervención.

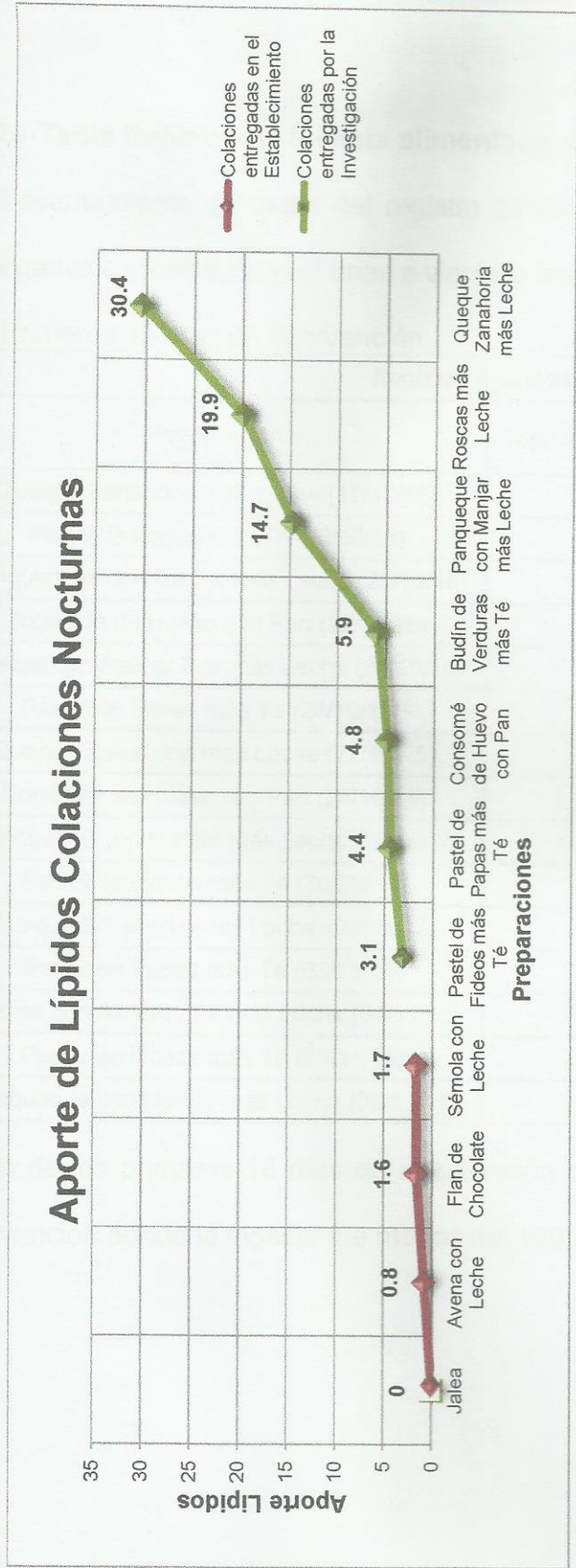


Gráfico 22: Se observa que las colaciones entregadas por la institución tienen un aporte menor de lípidos que varían entre 0 gr a 1.7 gr por porción (representada de rojo) en comparación de las colaciones entregadas durante la investigación el aporte va de 3.1 gr a 30.4 gr de lípidos por porción (representada de verde). El aporte de lípidos esta dado principalmente por ácidos grasos insaturados, específicamente poliinsaturado entregado por el aceite de girasol ocupado en todas las preparaciones, y sólo en una preparación se utilizó un ácido graso saturado proveniente de la margarina.

23-Tabla Registro de Ingesta alimentaria de las Colaciones Nocturnas

Levantamiento de datos del registro de alimentación de las colaciones nocturnas entregadas de forma diaria (Lunes a viernes) durante 30 días de investigación.

Primeros 15 días de intervención.

Registro de ingesta diaria			
Preparación	Total ingesta SI	Total ingesta No	PORCENTAJE DE INGESTA
Queque Zanahoria más Leche (19/10/15)	9	0	100%
Pastel de Papas más Té (20/10/15)	9	0	100%
Panqueques con Manjar más Leche (21/10/15)	9	0	100%
Consomé de Huevo con Pan (22/10/15)	9	0	100%
Roscas con Azúcar Flor más Leche (23/10/15)	9	0	100%
Pastel de Papas más Té (26/10/15]	9	0	100%
Queque Zanahoria más Leche (27/10/15)	9	0	100%
Consomé de Huevo con Pan (28/10/15)	8	1	89%
Panqueque con Manjar más Leche (29/10/15)	9	0	100%
Pastel de Fideos más Té (30/20/15)	9	0	100%
Queque Zanahoria más Leche (02/11/15)	9	0	100%
Pastel de Papas más Té (03/11/15)	9	0	100%
Roscas con Azúcar Flor más Leche (04/11/15)	9	0	100%
Pastel de Fideos más Té (05/11/15)	9	0	100%
Panqueque con Manjar más Leche (06/11/15)	9	0	100%

Tabla de los primeros 15 días de intervención donde el 6% corresponde a un día de intervención donde la ingesta fue menos del 100%.

Preparación	Total ingesta SI	Total ingesta No	PORCENTAJE DE INGESTA
Budín de Verduras más Té (09/11/15)	8	1	89%
Queque Zanahoria más Leche (10/11/15)	9	0	100%
Consomé de Huevo con Pan (11/11/15)	8	1	89%
Queque Zanahoria más Leche (12/11/15)	9	0	100%
Pastel de Fideos más Té (13/11/15)	8	1	89%
Queque Zanahoria más Leche (16/11/15)	9	0	100%
Pastel de Papas más Té (17/11/15)	9	0	100%
Roscas con Azúcar Flor más Leche (18/11/15)	9	0	100%
Budín de Verduras más Té (19/11/15)	9	0	100%
Panqueque con Manjar más Leche (20/11/15)	9	0	100%
Pastel de Fideos más Té (23/11/15)	9	0	100%
Queque Zanahoria más Leche (24/11/15)	9	0	100%
Budín de Verduras más Té (25/11/15)	8	1	89%
Roscar con Azúcar Flor más Leche (26/11/15)	9	0	100%
Pastel de Papas más Té (27/11/15)	9	0	100%

Tabla 23: Representa un registro diario de las preparaciones entregada durante la intervención, anotado en un porcentaje de los residentes que tuvieron un consumo como los que no consumieron las colaciones. Alrededor del 26.7% de los días hubo un consumo menor al 100%.

Registro de Ingesta Colación Nocturna

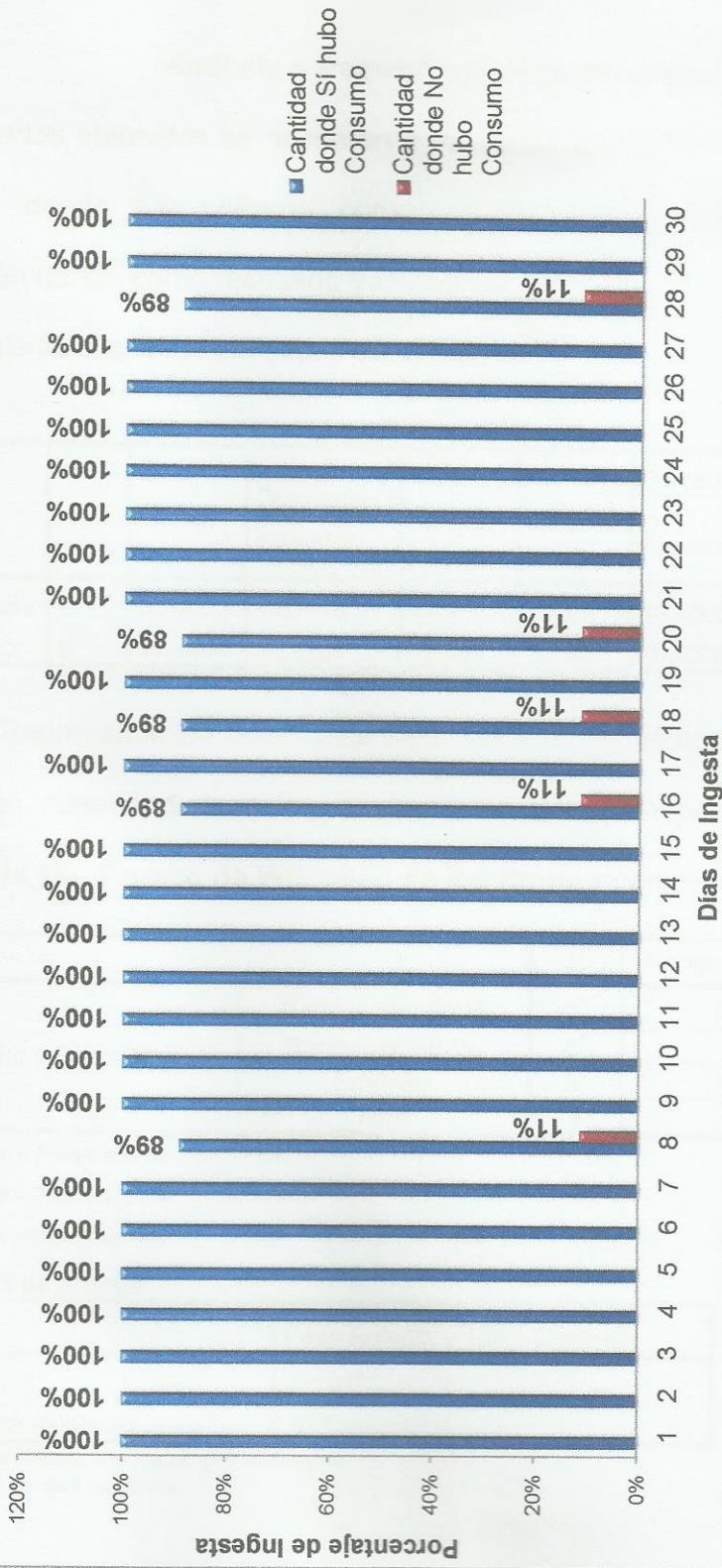


Gráfico 24: Se observa la ingesta del 100% de las colaciones entregadas durante la intervención, representando en azul aquellos casos donde hubo un consumo esperado mayor al 80%, y en rojo donde hubo un consumo deficiente menor al 12%, esto varía durante el mes de intervención en días específicos por diferentes circunstancias.

Análisis y Resultados de la investigación

Los resultados obtenidos se revisaron a través de la *Prueba de rango con signo de Wilcoxon* donde fue utilizado como variable dependiente el peso pre y post intervención dando como resultado y análisis:

Tabla 25- Datos estadísticos descriptivos.

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Percentiles		
						Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	75°
Peso Después	9	53.4000	8.63119	34.50	62.20	48.8000	56.8000	58.6000
Peso Anterior	9	51.4444	8.73701	33.00	62.20	46.9500	54.2000	56.0000

Tabla 25: Representación estadística de la variable dependiente (Peso (kg)) pre y post intervención, obteniendo la media, desviaciones estándar y percentiles.

Tabla 26- Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

Rangos

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Peso Anterior – Peso Después	Rangos negativos	6 ^a	21.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00
	Empates	3 ^c	
	Total	9	

a. Peso Anterior < Peso Después

b. Peso Anterior > Peso Después

c. Peso Anterior = Peso Después

Estadísticos de prueba^a

	Peso Anterior – Peso Después
Z	-2.207 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	.027

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Gráfico 27- Relación entre los pesos (kg) del pre y post evaluación.

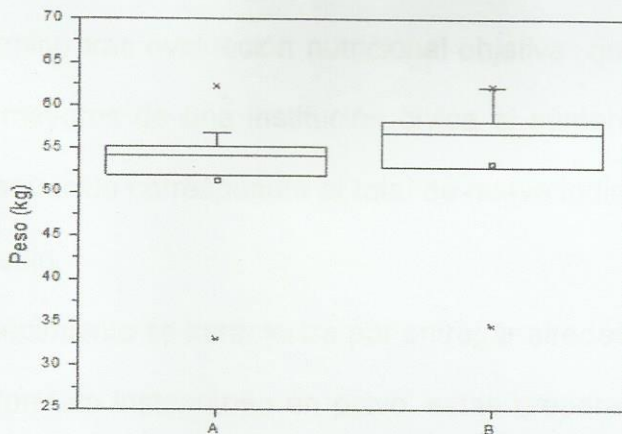


Gráfico 27: Representación grafico de caja donde se muestra que no hubo una variación estadística durante la intervención.

Resultado y análisis:

Al realizar el análisis estadístico de la investigación a través de la Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon dio como resultado que $p < 0,005$ siendo un resultado estadísticamente no significativo para la intervención por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación.

Capítulo V: Conclusiones y Discusión

Se determinó tras evaluación nutricional objetiva que de una población total de veinte adultos mayores de una institución cívica el número de residentes con estado nutricional enflaquecido correspondía al total de nueve individuos, correspondiendo a la muestra de estudio.

El establecimiento se caracteriza por entregar alrededor de cuatro variaciones de colaciones en formato instantáneo en polvo, estas preparaciones presentan un menor aporte calórico en comparación a las entregadas durante la intervención, observándose que el aporte calórico de la institución promedia las 77,8 kcal por porción mientras que durante la investigación el aporte calórico entregado por las colaciones fue de un promedio de 320 kcal por porción, advirtiéndose de una diferencia prominente de cantidad energética entregada.

Por consiguiente el aporte de macronutrientes de las colaciones nocturnas también se ven afectadas en cantidad y calidad en donde el aporte de proteínas de este servicio por parte de la residencia fue en promedio de 1,2 gr por porción mientras que las entregadas por la intervención fue de 9 gr por porción en promedio, caracterizadas por ser de alto valor biológico provenientes de la incorporación de huevo el cual fue incorporado en el 100% de todas las preparaciones, además de incorporarse en ingredientes como la leche y carne de vacuno que se agregó en las preparaciones

descritas con anterioridad en el capítulo IV. Proporcionando la ayuda de funcionalidad enzimática, reguladora, contráctil y estructural, asistiendo al compartimiento muscular-proteico de los adultos mayores con mayor proporción que las proteínas aportadas por el establecimiento.

El aporte nutricional de Carbohidratos de las preparaciones en promedio fue de 15,8 gr por porción por parte del establecimiento mientras que por la intervención fue de 37,2 gr por porción notándose que la diferencia es irrefutable, constituyendo un aporte de hidratos de carbono simples y complejos esenciales para el aporte inmediato o prolongado de energía comparado con los aportes de la institución debido a que todas las colaciones del lugar se caracterizaban por ser colaciones de leche por ende con menor proporción de carbohidratos.

Por último el promedio de lípidos entregados por la institución en la colación eran de 1 gr por porción, entretanto el aporte promedio por parte de la intervención fue de 11,8 gr por porción constituyendo así como una fuente vital de energía, regulador de temperatura corporal y protector de órganos vitales como el corazón.

La incorporación del cambio de la colación nocturna generó una variación en el peso corporal de los residentes que se encontraban con bajo peso, pero no hubo cambio relevante del estado nutricional, es decir, no existió variación de estado nutricional enflaquecido a normal, pero sí ocurrió modificación del peso (kg) de los adultos mayores aumentando como promedio dos kilogramos. Los resultados del

análisis estadístico a través de la Prueba de rangos con signo de Wilcoxon dio como resultado que $p < 0,005$ siendo un resultado estadísticamente no significativo para la intervención, por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación.

El tiempo dispuesto para la intervención de la investigación estadísticamente no logro alcanzar variaciones considerables para el resultado del objetivo general propuesto en la investigación sobre si al cambiar la calidad de la colación nocturna se observan variaciones en el estado nutricional de bajo peso en residentes de la institución cívica de adultos mayores.

Por otra parte nutricionalmente si existió un cambio evidente en el peso corporal de los residentes, debido que los adultos mayores están predispuestos a bajar de peso con el paso de los años, el hecho de mantener su peso corporal y/o aumentarlo si existe déficit es ciertamente considerable, más aún si lo enfocamos de modo prospectivo.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados obtenidos podemos darnos cuenta que a pesar de que el estudio no fue estadísticamente significativo, sí generó una variación considerable en el peso de los adultos mayores de aproximadamente dos kilogramos, esto nos indica que prospectivamente existirá un mayor impacto en los resultados produciendo un aumento de peso que mejore el estado nutricional de enflaquecido a normal en los residentes, influyendo positivamente en su calidad de vida y disminuyendo por tanto la morbimortalidad asociada. Sabemos que si bien no está asegurado un aumento de peso constante en los residentes, sí se puede generar una mantención en el peso y así evitar que empeore su estado nutricional hasta llegar a la desnutrición.

En base a esto se considera que establecer de forma permanente un cuarto servicio optimizado en su calidad y cantidad aportada es fundamental e indispensable para garantizar un aumento o mantenimiento de peso que mejore su estado nutricional, considerando además que al realizar esta intervención los beneficios asociados siempre serán mayores que los perjuicios que pudiesen existir, tomando siempre las medidas apropiadas según cada caso.

Sería interesante además en base a los resultados obtenidos y haciendo una posible proyección, analizar cómo mejorar los compartimentos corporales muscular y grasa y no sólo enfocarse en un aumento de peso general, de esta forma se logrará un aumento o mantenimiento de peso integral, principalmente enfocado en el

compartimento muscular que es el que se ve más afectado por los cambios fisiológicos propios del envejecimiento.

Referencia Bibliográfica

- Calderon (1997), Blazer (1999), Casey (1994), Murray, Montano (1997) Consejo de Asesoría, IS Es (1976) Adaptación y maduración del Sistema Urinario de los perros adultos mayores del Gran Santiago, Tesis para optar el título de Patología Clínica 2014, No. de. Registro en la Oficina Ejec. (En línea) Dispers 20(5) 2014. Recuperado en: <http://www.scielo.org/br/pdf/psp/v20n5/20140917205.pdf> Consultado el 14 de Noviembre de 2015.
- El León Edad & Vida 2011. Prácticas de Ejercicio y Calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas. (En línea) España. Recuperado en: http://www.elseleon.es/revista/revista/verpublicacion.cfm?idpublicacion_FINAL_05102011.pdf Consultado el 15 de Noviembre del 2015.
- García, M. 2011. Valoración del riesgo de incontinencia en la población adulta institucionalizada a partir de los tres niveles del IMA. (En línea) Tesis de Maestría. Murcia y España. España. Universidad de Valladolid. RDA. Recuperado en: http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11775/1/N_42.pdf Consultado 21 de Octubre del 2015.

Complemento

Referencia Bibliográfica:

- Capponi (1992), Blazer (1989), Casey (1994), Murphy, Macdonald (1990) tomado de Arenas, M.E. (1996) Adaptación y validación del Geriatric Depression Scale para Adultos Mayores del Gran Santiago. Tesis para optar al título de Psicólogo.
- Elsevier. 2014. Nov-Dic. Nutrición en la Tercera Edad. [En línea]. Elsevier. 28(6). 36. Recuperado en: <<http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-nutricion-tercera-edad-90361736>> Consultado el: 14 de Noviembre de 2015.
- Fundación Edad & Vida. 2011. Prácticas de alimentación y estado nutricional de las personas mayores institucionalizadas. [En Línea]. España. Recuperado en: <http://www.edad-vida.org/fitxers/publicacions/Estudio.nutricion_FINAL_05.10.2011.pdf>. Consultado el: 16 de Noviembre del 2015.
- García, M. 2013. Valoración del riesgo de malnutrición en la población anciana institucionalizada a partir de las tres versiones del MNA. [En Línea] Grado Nutrición Humana y Dietética. España: Universidad de Valladolid. 49h. Recuperado en: < <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7143/1/TFG-M-N146.pdf> > Consultado 21 de Octubre del 2015.

- Gómez, C. y J. Reuss. 2004. MANUAL DE RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN PACIENTES GERIÁTRICOS. Barcelona: Novartis Consumer Health S.A.
- Gutiérrez, L.; García. M; Arango. V; Pérez. M. 2012. Geriatria para el médico familiar. México: El manual moderno, S.A de C.B.
- Iglesias, C., A. Villarino, J Martínez, L. Cabrerizo, M. Gargallo, H. Lorenzo (Comp). 2011, Enero-Febrero. Importancia del agua en la hidratación de la población española: Documento FESNAD 2010. [En línea]. Nutrición Hospitalaria, 26(1): 27-36. Recuperado en: <
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000100003>. Consultado el: 16 de Noviembre del 2015.
- INE (Instituto Nacional de Estadística). 2010. Población adulta mayor en el bicentenario. [En línea]. Chile: INE. Recuperado en: www.INE.cl. Consultado el: 21 de Octubre del 2015.
- Inostroza, X. 2011. Cuidados nutricionales del adulto mayor. [En línea]. Santiago, Chile. Clínica Santa María: Recuperado en: <
http://www.clinicasantamaria.cl/noticias/noticia_muestra.asp?new=791>
 Consultado el: 14 de Noviembre de 2015.
- Irlles, J.; F. Alonso; P. Aranda; N. Carrión; A. Expósito; I. Fajardo (Comp.). 2014. Recomendaciones de alimentación para centros de personas mayores y

personas con discapacidad. Menú diario. [En línea]. España Editorial Junta de Andalucía. 38p. Recuperado en: <
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/alimentacion_equilibrada_actividad_fisica/recomendaciones_alimentacion_centros_mayores_discapacitados.pdf>. Consultado el: 23 de Octubre del 2015.

- L.kathleen Mahan, S. Escott-Stump y J.L. Raymond. (2013). Ingesta: Energía, 20 p. En su: Krause Dietoterapia 13ª edición. Barcelona, España.: Elsevier. 1173P.
- L.kathleen Mahan, S. Escott-Stump y J.L. Raymond. (2013). Nutrición a lo largo del ciclo vital Nutrición en el anciano, 444p. En su: Krause Dietoterapia 13ª edición. Barcelona, España.: Elsevier.1173 p.
- L.kathleen Mahan, S. Escott-Stump y J.L. Raymond. (2013). Nutrición a lo largo del ciclo vital Nutrición en el anciano, 446p. En su: Krause Dietoterapia 13ª edición. Barcelona, España.: Elsevier. 1173 p.
- L.kathleen Mahan, S. Escott-Stump y J.L. Raymond. (2013). Nutrición a lo largo del ciclo vital Nutrición en el anciano, 447p. En su: Krause Dietoterapia 13ª edición. Barcelona, España.: Elsevier. 1173 p.
- Ministerio de salud, Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en atención primaria, Chile, 43p.

- Minsal (Ministerio de Salud). 2014, Indicadores básicos de salud Chile, IBS 2014. [En Línea] Santiago, Chile. DEIS (Departamento de Estadísticas e Información de Salud). Recuperado en: < <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/08/IBS-2014.pdf>>. Consultado el: 21 de Octubre del 2015.

- Orlandini, M. 2010. Ingesta alimentaria en Adultos Mayores en Residencia Geriátrica. [En Línea]. Licenciatura en Nutrición. Rosario: Universidad Abierta Interamericana. 70p. Recuperado en:< <https://www.yumpu.com/es/document/view/11995688/ingesta-alimentaria-en-adultos-mayores-en-residencia-vaneduc>>. Consultado el: 14 de Noviembre del 2015.

- PUC (Pontificia Universidad Católica de Chile). [En Línea]. Chile. Recuperado <<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/AlgunosCambios.html>>. Consultado el: 08 de noviembre de 2015.

- Recalde, F. y E. Fierro. 2013. El amaranto como alternativa alimentaria para el mejoramiento nutricional del adulto/a mayor de la asociación de jubilados/ del IESS de la ciudad de Otavalo – provincia de Imbabura 2012. [En línea]. Licenciatura en Nutrición y Salud Comunitaria. Ibarra-Ecuador. Universidad Técnica del Norte. 144h. Recuperado en: < <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2837/1/06%20NUT%20143%20TESIS.pdf>>. Consultando el: 14 de Noviembre del 2015.

- Salvá, A. y J. Serra. 2010. Pérdida de peso y desnutrición en las personas mayores: Epidemiología. (pt. 18., pp. 15-40) En su: Valoración nutricional en el anciano: Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. [En línea]. Galénitas-Nigra Trea. España: SEMPE: Sociedad española de nutrición parenteral y entera. Recuperado en: <
https://www.segg.es//valoracion_nutricional_anciano.pdf>. Consultado el: 9 de
 Noviembre del 2015.
- SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor) [En línea]. Chile. Recuperado<
http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf>.
 Consultado el 05 de noviembre de 2015.
- UNED. Facultad de Ciencias. Nutrición y Dietética. 2015. Guía de Alimentación y Salud, Alimentación en las etapas de la vida: Tercera edad. [En línea]. Chile: UNED. Recuperado en: <
http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/etapas/tercera_edad/necesidades_de_nutri.htm?ca=s0#re3> Consultado
 el: 14 de Noviembre de 2015.).
- UNICEF. Abril 2012. Glosario de Nutrición. Recuperado<
http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf>. Consultado el 05 de
 noviembre 2015.
- Vaca. Raúl; I. Ancizu; D. Moya; M. de las Heras y J. Torramadé. 2011. Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas en España:

un análisis multicéntrico nacional. [En Línea] *Nutrición Hospitalaria*. 31(3): 1205-1216. Recuperado en: < <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309235369029.pdf>>. Consultado el: 21 de Octubre del 2015.

- Velásquez, M. 2011. Abril - Junio. Desnutrición en los adultos mayores: la importancia de su evaluación y apoyo nutricional. [En Línea] *RESPYN, Revista Salud Pública y Nutrición*. 12(2): Recuperado en: < http://www.respyn.uanl.mx/xii/2/ensayo/ensayo_des_adult_may.htm>.

Consultado el: 23 de Octubre del 2015.

ANEXOS

ANEXOS



Anexo 1. Instrumento Ficha Nutricional

FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente			
Rut		Fecha de nacimiento	
Edad		Fecha de ingreso	
Estado Nutricional al ingreso			

II. Antecedentes mórbidos

Hipertensión arterial		Enfermedad renal		Gastritis	
Diabetes Mellitus		ACV		Úlcera	
Dislipidemia		IAM		Demencia Senil	
Hipotiroidismo		Artrosis		Alzheimer	
Otra					

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados					
Tabaquismo		Alcoholismo		Hipoacusia	
Deterioro cognitivo		Dependencia		Dentadura	
Tipo de alimentación		Directa		Indirecta	
Medicamentos					

IV. Datos antropométricos

PARÁMETRO	VALOR	PARÁMETRO	VALOR
Peso (kg)		Peso ideal	
Talla (mt)		% Peso ideal	
IMC		C. carpo (cm)	
Peso mín. aceptable		C. Cintura (cm)	
Peso máx. aceptable		C. Pantorrilla (cm)	

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLIEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---			
PT	---			
PMB	$CB - (3,1416 * PT)$			
AMB	$PMB^2 / 4 * 3,1416$			
AGB	$(CB^2 / 4 * 3,1416) - AMB$			

V. Diagnóstico Nutricional integrado



Anexo 2. Cuestionarios Subjetivos de Valoración Nutricional aplicados a Adultos Mayores.

Tabla III. Mini Nutritional Assessment	
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0. 19-21 = 1. 21-23 = 2. > 23 = 3.	
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0. 21-22 = 0,5. > 22 = 1.	
3. Circunferencia de pierna (cm). < 31 = 0. > 31 = 1.	
4. Pérdida de peso en 3 m. >3 Kg = 0. Desconocido = 1. 1-3 = 2. Sin pérdida = 3.	
VALORACION GENERAL	
5. Vive independiente. NO = 0 SI = 1.	
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0 NO = 1.	
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0 NO = 2.	
8. Movilidad. Encamado o silla = 0. Se levanta pero no sale a la calle = 1. Sale a la calle = 2.	
9. Problema neuropsicológico. Demencia severa o depresión = 0. Demencia leve = 1. No problemas = 2.	
10. Úlceras por presión. SI = 0 NO = 1.	
PUNTUACIÓN TOTAL	
> 24 = Bien nutrido. 17-23,5 = Riesgo de malnutrición. < 17 = Malnutrido.	
VALORACION DIETETICA	
11. Comidas completas al día. 1 comida = 0. 2 comida = 1. 3 comida = 2.	
12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día SI/NO. Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana SI/NO Carne, pescado, pollo cada día SI/NO 0-1 SI = 0. 2 SI = 0,5. 3 SI = 1.	
13. Consume dos o más platos de fruta al día. NO = 0 SI = 1.	
14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0. Pérdida moderada = 1. No pérdida = 2.	
15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0. De 3 a 5 vasos = 0,5. Más de 5 vasos = 1.	
16. Modo de ingesta. Incapaz sin ayuda = 0. Solo con dificultad = 1. Solo sin problemas = 2.	
AUTOVALORACIÓN	
17. Se ven a si mismos con problemas nutricionales Severo = 0. No sabe o moderados = 1. Sin problemas = 2.	
18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0,5. Tan buena = 1. Mejor = 2.	

Gurgoz Y et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. 1.994; 4 (Supl. 2): 15-19.



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 3. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: ____ / ____ / ____

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: _____

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz						
Demetrio Vildosola						
Eugenia Carmona						
Joaquín Álvarez						
Juan González						
Juan Rivera						
Mario Collao						
Raúl Hidalgo						
Sonia Álvarez						



UNIVERSIDAD UCINF

UNIVERSIDAD UCINF
Facultad de salud
Nutrición y Dietética

CARTA VALIDACIÓN INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Día _____ Mes _____ Año _____

Sr _____

Ocupación _____

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez de los instrumentos de recolección de datos que serán aplicados en nuestro proyecto de tesis denominado "RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE LA COLACION NOCTURNA Y LA PREVALENCIA DEL BAJO PESO EN RESIDENTES DE UN CENTRO CÍVICO DE ADULTOS MAYORES, LA SERENA", el que tiene como objetivo analizar si al cambiar la calidad de la colación nocturna se observan variaciones en el estado nutricional de bajo peso en residentes de una institución cívica de adultos mayores, La Serena.

Los instrumentos de recolección de datos son específicos del área de Nutrición y serán utilizados para determinar el estado nutricional de los adultos mayores por medio de métodos indirectos.

Su valioso criterio nos ayudara a generar la pertinencia y confiabilidad de los instrumentos utilizados.

Agradeciendo de antemano su colaboración, se despiden.

Atentamente

GUAJARDO ROJAS KATHERINE VALERIA
PERALTA LÓPEZ BEATRIZ PALOMA ANTONIA
PÉREZ CASTILLO DENISSA PAOLA
VÉLIZ BURGOS LISETTE GRACIELA
Licenciatura de Nutrición y dietética

Nombre y firma



UNIVERSIDAD UCINF
UNIVERSIDAD UCINF
Facultad de salud
Nutrición y Dietética

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Día _____ Mes _____ Año _____

Estimado:

Le informamos que llevamos a cabo un estudio de investigación sobre la "RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE LA COLACION NOCTURNA Y LA PREVALENCIA DEL BAJO PESO EN RESIDENTES DE UN CENTRO CÍVICO DE ADULTOS MAYORES, LA SERENA", con la importancia de valorar el estado nutricional de los pacientes que van a ser intervenidos.

Esto consta de realizar evaluación antropométrica como medición de altura de rodilla, circunferencias y pliegues; además de aplicación de cuestionarios indirectos para indagar sobre su actual estado nutricional, por lo cual esto no conlleva a ningún tipo de riesgo de accidentes ni molestias extras.

Los beneficios que tendrá esta investigación: identificar factores asociados con el estado nutricional y respecto a esta intervenir directamente en la alimentación recibida.

Por este motivo necesitamos su colaboración, para conocer cuál es su estado nutricional y con ellos mejorar la calidad de cada residente.

Agradeciendo de antemano su colaboración.

Atentamente

GUAJARDO ROJAS KATHERINE VALERIA
PERALTA LÓPEZ BEATRIZ PALOMA ANTONIA
PÉREZ CASTILLO DENISSA PAOLA
VÉLIZ BURGOS LISETTE GRACIELA
Licenciatura de Nutrición y dietética

Sr/a _____ con RUT _____

acepto participar en el estudio de investigación la "RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE LA COLACION NOCTURNA Y LA PREVALENCIA DEL BAJO PESO EN RESIDENTES DE UN CENTRO CÍVICO DE ADULTOS MAYORES, LA SERENA...". Manifiesto haber leído esta carta y me considero adecuadamente informado/a y haber aclarado todas mis dudas.

Por lo cual, voluntariamente doy mi consentimiento para realizar las evaluaciones antropométricas y cuestionarios para dichos estudio.

La Serena, el _____ de _____ del _____

Firma del representante

Anexo 6. Copias Aplicación de Instrumentos de Recolección de Datos (FICHA NUTRICIONAL)



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 1. Instrumento Ficha Nutricional

14-10-2015

FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	José Alarcón Calderón	Fecha de nacimiento	02-08-1941
Rut	5.858.798-2	Fecha de ingreso	7.3-04-2014
Edad	73 años		
Estado Nutricional al ingreso			

II. Antecedentes morbidos

Hipertensión arterial	Enfermedad renal	Gastritis
Diabetes Mellitus	ACV	Úlcera
Dislipidemia	IAM	Demencia Senil
Hipotiroidismo	Artritis	Alzheimer
Otra	Epistaxis	

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	Alcoholismo	Hipocisias
Tabaquismo	Dependencia	Dentadura
Deficiencia cognitiva	Directa	Indirecta
Tipo de alimentación		
Medicamentos		

IV. Datos antropométricos

PARÁMETRO	VALOR	PARÁMETRO	VALOR
Peso (kg)	41,9 kg	Peso ideal	55,4 kg
Talla (m)	1,77 m	% Peso ideal	23,7 (D. menor)
IMC	23,6 kg/m ²	C. cuerpo (cm)	15 (C. en estado)
Peso mín. aceptable	45,9 kg	C. Cintura (cm)	80
Peso máx. aceptable	60,6 kg	C. Pantorrilla (cm)	24,8 (B. máx)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	220	2,3	Deficit Severo
PT	---	14	8,0	Deficit Moderado
PMB	CB - (3,1416 * PT)	176	2,9	Deficit Severo
AMB	PMB * 1,4 * 3,1416	2465,5	2,5	Deficit Moderado
AGB	(CB ² / 4 * 3,1416) - AMB	1386,1	2,3	Deficit Moderado

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente adulto mayor que permanece con estado nutricional enflaquecido según IMC, con desnutrición según TINA, con déficit severo a moderado del componente proteico muscular y déficit moderado de los reservas energéticas según indicadores antropométricos.

UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 1. Instrumento Ficha Nutricional

23-11-2015

FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	José Alarcón Calderón	Fecha de nacimiento	02-08-1941
Rut	5.858.798-2	Fecha de ingreso	7.3-04-2014
Edad	73 años		
Estado Nutricional al ingreso			

II. Antecedentes morbidos

Hipertensión arterial	Enfermedad renal	Gastritis
Diabetes Mellitus	ACV	Úlcera
Dislipidemia	IAM	Demencia Senil
Hipotiroidismo	Artritis	Alzheimer
Otra	Epistaxis	

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	Alcoholismo	Hipocisias
Tabaquismo	Dependencia	Dentadura
Deficiencia cognitiva	Directa	Indirecta
Tipo de alimentación		
Medicamentos		

IV. Datos antropométricos

PARÁMETRO	VALOR	PARÁMETRO	VALOR
Peso (kg)	44,6	Peso ideal	55,4 kg
Talla (m)	1,77	% Peso ideal	20,5 (D. menor)
IMC	25,2 kg/m ²	C. cuerpo (cm)	15 (C. en estado)
Peso mín. aceptable	45,9 kg	C. Cintura (cm)	80
Peso máx. aceptable	60,6 kg	C. Pantorrilla (cm)	24,8 (B. máx)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	230	2,3	Deficit Severo
PT	---	15	2,0	Deficit Moderado
PMB	CB - (3,1416 * PT)	182,9	2,9	Deficit Severo
AMB	PMB * 1,4 * 3,1416	2661,4	2,7	Deficit Moderado
AGB	(CB ² / 4 * 3,1416) - AMB	1548,3	2,3	Deficit Moderado

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente adulto mayor que permanece con estado nutricional enflaquecido según IMC, con desnutrición según TINA, con déficit severo a moderado del componente proteico muscular y déficit moderado de las reservas energéticas según indicadores antropométricos.

FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales
 Nombre completo del paciente: *Ben. Antonio Gonzalez Sanchez*
 Rut: *6.999.880-1* Fecha de nacimiento: *06-07-1952*
 Edad: *63 años* Fecha de ingreso: *23-03-2013*

II. Antecedentes mórbidos
 Estado Nutricional al ingreso:
III. Antecedentes
 Enfermedad renal:
 ACV:
 IAM:
 Demencia Senil:
 Alzhaimer:
IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	53	Peso ideal	40,8 kg
Talla (m)	1,66	% Peso ideal	34,8 (B. S. G. S.)
IMC	19,3 kg/m²	C. cuerpo (cm)	16 (C. art. mech.)
Peso mín. aceptable	62,8 kg	C. Cintura (cm)	83
Peso máx. aceptable	71,4 kg	C. Pantorrilla (cm)	37,5 (No. art.)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	235	495	Deficit severo
PT	---	6	910	Deficit moderado
PMB	CB - (3,1416 * PT)	216	495	Deficit severo
AMB	PMB / 4 * 3,1416	3717	495	Deficit severo
AGB	(CB / 4 * 3,1416) - AMB	6767	15-910	Deficit moderado

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente con déficit de peso moderado a grave secundario al déficit calórico por déficit de ingesta y déficit de absorción. Deficit severo de proteínas y déficit moderado de lípidos y calcio. Presencia de anemia por déficit de hierro.

FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales
 Nombre completo del paciente: *Ben. Antonio Gonzalez Sanchez*
 Rut: *6.999.880-1* Fecha de nacimiento: *06-07-1952*
 Edad: *63 años* Fecha de ingreso: *23-03-2013*

II. Antecedentes mórbidos
 Estado Nutricional al ingreso:
III. Antecedentes
 Enfermedad renal:
 ACV:
 IAM:
 Demencia Senil:
 Alzhaimer:
IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	53	Peso ideal	40,8 (B. S. G. S.)
Talla (m)	1,66	% Peso ideal	34,8 (B. S. G. S.)
IMC	19,3 kg/m²	C. cuerpo (cm)	16 (C. art. mech.)
Peso mín. aceptable	62,8 kg	C. Cintura (cm)	83
Peso máx. aceptable	71,4 kg	C. Pantorrilla (cm)	37,5 (No. art.)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	235	495	Deficit severo
PT	---	7	910	Deficit leve
PMB	CB - (3,1416 * PT)	216,5	495	Deficit severo
AMB	PMB / 4 * 3,1416	36107	495	Deficit severo
AGB	(CB / 4 * 3,1416) - AMB	7385	15-915	Deficit leve

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente con déficit de peso moderado a grave secundario al déficit calórico por déficit de ingesta y déficit de absorción. Deficit severo de proteínas y déficit moderado de lípidos y calcio. Presencia de anemia por déficit de hierro.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Dimitrio, Luis Valdeola Cruzblanca
Rut	5.019.366-8
Edad	68 años
Fecha de nacimiento	03-01-1947
Fecha de ingreso	03-07-2015

II. Estado Nutricional al ingreso

Enfermedad renal	X	Gastritis
ACV (síntesis)	X	Úlcera
JAM	X	Demencia senil
Artrosis		Alzheimer
Otra		

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados		Hipocretina
Tabaquismo	X	Dentadura
Delirio cognitivo		Indirecta
Dependencia	Indirecta	
Dirección	Dirección	
Indirecta		

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	62,2	Peso ideal	70,8 kg
Talla (mt)	1,67	% Peso ideal	69,8 (p 10%)
IMC	22,4 kg/m ²	C. codo (cm)	15 (normales)
Peso mín. aceptable	62,8 kg	C. Cintura (cm)	94
Peso máx. aceptable	71,5 kg	C. Pantorrilla (cm)	33 (normal)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	265	p25	Deficit leve
PT	---	15	p15	Normal
PMB	CB - (3,1416 * PT)	217,8	p25	Deficit severo
AMB	PMB / 4 * 3,1416	3777,5	p15	Deficit severo
AGB	(CB / 4 * 3,1416) - AMB	1810,8	p20 - p25	Normal

V. Diagnóstico Nutricional integrado

Señalar el tipo de déficit más relevante con el nivel nutricional reflejando según IMC con deficiencia de proteínas y vitaminas esenciales.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Dimitrio, Luis Valdeola Cruzblanca
Rut	5.019.366-8
Edad	68 años
Fecha de nacimiento	03-01-1947
Fecha de ingreso	03-07-2015

II. Estado Nutricional al ingreso

Enfermedad renal	X	Gastritis
ACV (síntesis)	X	Úlcera
JAM	X	Demencia senil
Artrosis		Alzheimer
Otra		

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados		Hipocretina
Tabaquismo	X	Dentadura
Delirio cognitivo		Indirecta
Dependencia	Indirecta	
Dirección	Dirección	
Indirecta		

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	62,2	Peso ideal	70,8 kg
Talla (mt)	1,67	% Peso ideal	69,8 (p 10%)
IMC	22,4 kg/m ²	C. codo (cm)	15 (normales)
Peso mín. aceptable	62,8 kg	C. Cintura (cm)	94
Peso máx. aceptable	71,5 kg	C. Pantorrilla (cm)	33 (normal)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	265	p25	Deficit leve
PT	---	15	p25	Normal
PMB	CB - (3,1416 * PT)	217,8	p25	Deficit severo
AMB	PMB / 4 * 3,1416	3777,5	p25	Deficit severo
AGB	(CB / 4 * 3,1416) - AMB	1810,8	p20 - p25	Normal

V. Diagnóstico Nutricional integrado

Señalar el tipo de déficit más relevante con el nivel nutricional reflejando según IMC con deficiencia de proteínas y vitaminas esenciales.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Juan Francisco Pérez Cruz	Fecha de nacimiento	21-04-1931
Rut	3.735.754-7	Fecha de ingreso	10-06-2013
Edad	84 años		

Estado Nutricional al ingreso

II. Antecedentes mórbidos

Hipertensión arterial	X	Enfermedad renal		Gastritis	
Diabetes Mellitus	X	ACV		Úlcera	
Dislipidemia		IAM		Demencia Senil	
Hipotiroidismo	X	Artrosis		Alzheimer	
Otra					

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados		Alcoholismo		Hipoacusia	X
Tabaquismo		Dependencia		Dentadura	Incompleta
Deterioro cognitivo		Directa	X	Indirecta	
Tipo de alimentación					
Medicamentos					

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	51,3	Peso ideal	75,3 kg
Talla (m)	1,72	% Peso ideal	76 (ant. 80%)
IMC	17,5 kg/m ²	C. codo (cm)	16 (ant. 19%)
Peso mín. aceptable	61,9 kg	C. Cintura (cm)	31 (Normal)
Peso máx. aceptable	82,4 kg	C. Pantorrilla (cm)	

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	240	10	Deficiente
PT	---	10	10-100	Normal
PMB	CB - (3,1416 * PT)	208,8	10	Deficiente
AMB	PMB / 4 * 3,1416	3462,2	10	Deficiente
AGB	(CB / 4 * 3,1416) - AMB	1111,5	10-100	Deficiente

V. Diagnóstico Nutricional integrado

Paciente adulto mayor con estado nutricional deficiente según IMC, con desnutrición según TBA, con déficit severo del comportamiento, padeciendo úlcera y artritis de la mano de la rodilla izquierda con instauración artropatológica.

FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Juan Francisco Pérez Cruz	Fecha de nacimiento	21/04/1931
Rut	3.735.754-7	Fecha de ingreso	10/06/2013
Edad	84 años		

Estado Nutricional al ingreso

II. Antecedentes mórbidos

Hipertensión arterial	X	Enfermedad renal		Gastritis	
Diabetes Mellitus	X	ACV		Úlcera	
Dislipidemia		IAM		Demencia Senil	
Hipotiroidismo	X	Artrosis		Alzheimer	
Otra					

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados		Alcoholismo		Hipoacusia	X
Tabaquismo		Dependencia		Dentadura	Incompleta
Deterioro cognitivo		Directa	X	Indirecta	
Tipo de alimentación					
Medicamentos					

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	51,3	Peso ideal	75,3 kg
Talla (m)	1,72	% Peso ideal	71,9 (11 años)
IMC	17,5 kg/m ²	C. codo (cm)	16 (ant. 19%)
Peso mín. aceptable	61,9 kg	C. Cintura (cm)	31 (Normal)
Peso máx. aceptable	82,4 kg	C. Pantorrilla (cm)	

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	240	10	Deficiente
PT	---	8	100	Normal
PMB	CB - (3,1416 * PT)	204,8	10	Deficiente
AMB	PMB / 4 * 3,1416	3159,5	10	Deficiente
AGB	(CB / 4 * 3,1416) - AMB	869,7	10-100	Deficiente

V. Diagnóstico Nutricional integrado

Paciente adulto mayor con estado nutricional deficiente según IMC, con desnutrición según TBA, con déficit severo del comportamiento, padeciendo úlcera y artritis de la mano de la rodilla izquierda con instauración artropatológica.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Rosal Hidalgo Huelgo	01-12-1933
Rut	3.786.543-2	Fecha de nacimiento
Edad	81 años	Fecha de ingreso
Estado Nutricional al ingreso		09-10-2014

II. Antecedentes mórbidos

Hipertensión arterial		Enfermedad renal	X	Gastritis	
Diabetes Mellitus		ACV	X	Úlcera	
Dislipidemia		IAM		Demencia Senil	
Hipotiroidismo		Atriosis		Alzheimer	
Otra	Torsión de intestinos				

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	X	Alcoholismo		Hipocausia	leve
Tabaquismo		Dependencia	Indirecta	Dentadura	Incompleta
Deterioro cognitivo		Directa	X	Indirecta	
Tipo de alimentación					
Medicamentos					
Gruposal	Beta hemico				
S. Ferrico	Aplasia				

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	52	Peso ideal	41,4 kg
Talla (mt)	1,67	% Peso ideal	32,5 (B. meo)
IMC	18,5 kg/m ²	C. cuerpo (cm)	15 (ort. pto)
Peso mín. aceptable	64,7 kg	C. Cintura (cm)	76
Peso máx. aceptable	82,4 kg	C. Pantorrilla (cm)	23,5 (ort. ut)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLIEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	--	230	1 ^o P5	Deficit severo
PT	--	8	P25	Normal
PMB	CB - (3,1416 * PT)	204,8	<P5	Deficit severo
AMB	PMB ² / 4 * 3,1416	3339,9	<P5	Deficit severo
AGB	(PMB ² / 4 * 3,1416) - AMB	809,7	P20-P25	Deficit leve

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente adulto mayor con malnutrición en estado relativo, expresado según IMC con deterioración según MINA, con déficit severo del componente proteico muscular y deficit leve a normal de los reinos energéticos según indicadores antropométricos.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Rosal Hidalgo Huelgo	01-12-1933
Rut	3.786.543-2	Fecha de nacimiento
Edad	81 años	Fecha de ingreso
Estado Nutricional al ingreso		09-10-2014

II. Antecedentes mórbidos

Hipertensión arterial		Enfermedad renal	X	Gastritis	
Diabetes Mellitus		ACV	X	Úlcera	
Dislipidemia		IAM		Demencia Senil	
Hipotiroidismo		Atriosis		Alzheimer	
Otra	Torsión de intestinos				

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	X	Alcoholismo		Hipocausia	leve
Tabaquismo		Dependencia	Indirecta	Dentadura	Incompleta
Deterioro cognitivo		Directa	X	Indirecta	
Tipo de alimentación					
Medicamentos					
Gruposal	Beta hemico				
S. Ferrico	Aplasia				

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	52 kg	Peso ideal	41,4 kg
Talla (mt)	1,67	% Peso ideal	66,8 (B. meo)
IMC	18,6 kg/m ²	C. cuerpo (cm)	15 (ort. pto)
Peso mín. aceptable	64,7 kg	C. Cintura (cm)	76
Peso máx. aceptable	82,4 kg	C. Pantorrilla (cm)	23,5 (ort. ut)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLIEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	--	240	<P5	Deficit severo
PT	--	8	P25	Normal
PMB	CB - (3,1416 * PT)	214,9	<P5	Deficit severo
AMB	PMB ² / 4 * 3,1416	3673,9	<P5	Deficit severo
AGB	(PMB ² / 4 * 3,1416) - AMB	909,7	P20-P25	Deficit leve

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente adulto mayor con malnutrición en estado relativo, expresado según IMC con deterioración según MINA, con déficit severo del componente proteico muscular y deficit leve a normal de los reinos energéticos según indicadores antropométricos.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Mano del Campo Collo Norte
Rut	9.160.341-9
Edad	68 años
Fecha de nacimiento	03-01-1947
Fecha de ingreso	11-09-2009

Estado Nutricional al ingreso

II. Antecedentes mórbidos

Hipertensión arterial	Enfermedad renal	Gastritis
Diabetes Mellitus	ACV	Úlcera
Dislipidemia	IAM	Demencia Senil
Hipotiroidismo	Artrosis	Alzheimer
Otra	Secuelas de Poliomielitis	

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	Alcoholismo	Hipocausia
Tabaquismo	Dependencia	Denitadura
Detenido cognitivo	Directa	Indirecta
Tipo de alimentación		
Medicamentos		
Delus. delirios		
Omg. p/24		

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	33	Peso ideal	58,5 kg
Talla (mt)	1,52	% Peso ideal	56 (p. sexo)
IMC	14,3 kg/m ²	C. ciego (cm)	16 (cont. vena)
Peso mín. aceptable	5,3 kg	C. Cintura (cm)	78
Peso máx. aceptable	64,5 kg	C. Pantorrilla (cm)	24,3 (v. ul.)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	195	<25	Deficit severo
PT	---	20	p50-p75	Trans. Moderado
PMB	CB - (3,1416 * PT)	132	<25	Deficit severo
AMB	PMB / 4 * 3,1416	1390	<25	Deficit severo
AGB	(CB / 4 * 3,1416) - AMB	1635,8	p50-p75	Normal

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 paciente adulto mayor con diagnóstico de déficit nutricional grave debido a déficit de proteínas y energía. Se recomienda suplementación con proteínas y energía para mejorar el estado nutricional.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Torre del Campo Collo Norte
Rut	9.160.341-9
Edad	68 años
Fecha de nacimiento	03-01-1947
Fecha de ingreso	11-09-2009

Estado Nutricional al ingreso

II. Antecedentes mórbidos

Hipertensión arterial	Enfermedad renal	Gastritis
Diabetes Mellitus	ACV	Úlcera
Dislipidemia	IAM	Demencia Senil
Hipotiroidismo	Artrosis	Alzheimer
Otra	Secuelas de Poliomielitis	

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	Alcoholismo	Hipocausia
Tabaquismo	Dependencia	Denitadura
Detenido cognitivo	Directa	Indirecta
Tipo de alimentación		
Medicamentos		
Delus. delirios		
Omg. p/24		

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	34,5	Peso ideal	58,5 kg
Talla (mt)	1,52	% Peso ideal	58,6 (p. sexo)
IMC	14,95 kg/m ²	C. ciego (cm)	16 (cont. vena)
Peso mín. aceptable	5,3 kg	C. Cintura (cm)	78
Peso máx. aceptable	64,5 kg	C. Pantorrilla (cm)	24,3 (v. ul.)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	200	<25	Deficit severo
PT	---	20	p50-p75	Trans. Moderado
PMB	CB - (3,1416 * PT)	131	<25	Deficit severo
AMB	PMB / 4 * 3,1416	1497	<25	Deficit severo
AGB	(CB / 4 * 3,1416) - AMB	1685	p50-p75	Normal

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 paciente adulto mayor con diagnóstico de déficit nutricional grave debido a déficit de proteínas y energía. Se recomienda suplementación con proteínas y energía para mejorar el estado nutricional.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Isolina Frey Rivera Castillo
Rut	5.124.1639-8
Fecha de nacimiento	14-10-1942
Estado Nutricional al ingreso	11-03-2015

II. Antecedentes mórbidos

Hipertensión arterial	Enfermedad renal	Gastritis
Diabetes Mellitus	ACV	Úlcera
Dislipidemia	IAM	Demencia Senil
Hipotiroidismo	Artrosis	Alzheimer
Otra		

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	Alcoholismo	Dependencia	Directa	Indirecta
Deterioro cognitivo				
Tipo de alimentación				
Medicamentos				

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	54,7	Peso ideal	76,2 kg
Talla (m)	1,73	% Peso ideal	71,8 (D. med)
IMC	18,3 kg/m ²	C. cuerpo (cm)	15,5 (con brazos)
Peso mín. aceptable	48,3 kg	C. Cintura (cm)	81
Peso máx. aceptable	60,4 kg	C. Pantorrilla (cm)	30,3 (D. med)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLIEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	230	100	Deficiencia
PT	---	4	100	Deficiencia
PMB	CB - (3,1416 * PT)	217	100	Deficiencia
AMB	PMB / 4 * 3,1416	3162	100	Deficiencia
AGB	(CB / 4 * 3,1416) - AMB	4474	100	Deficiencia

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente con deficiencia de peso, deficiencia de talla, deficiencia de IMC, deficiencia de CB, deficiencia de PT, deficiencia de PMB, deficiencia de AMB, deficiencia de AGB. Se recomienda suplementación nutricional y seguimiento.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Isolina Frey Rivera Castillo
Rut	5.124.1639-8
Fecha de nacimiento	14-10-1942
Estado Nutricional al ingreso	11-03-2015

II. Antecedentes mórbidos

Hipertensión arterial	Enfermedad renal	Gastritis
Diabetes Mellitus	ACV	Úlcera
Dislipidemia	IAM	Demencia Senil
Hipotiroidismo	Artrosis	Alzheimer
Otra		

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	Alcoholismo	Dependencia	Directa	Indirecta
Deterioro cognitivo				
Tipo de alimentación				
Medicamentos				

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	57,4 kg	Peso ideal	76,2 kg
Talla (m)	1,73 m	% Peso ideal	77,8 (D. med)
IMC	15,85 kg/m ²	C. cuerpo (cm)	15,5 (con brazos)
Peso mín. aceptable	48,3 kg	C. Cintura (cm)	81
Peso máx. aceptable	60,4 kg	C. Pantorrilla (cm)	30,3 (D. med)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLIEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	245	100	Deficiencia
PT	---	5	100	Deficiencia
PMB	CB - (3,1416 * PT)	229,3	100	Deficiencia
AMB	PMB / 4 * 3,1416	4183,8	100	Deficiencia
AGB	(CB / 4 * 3,1416) - AMB	592,9	100	Deficiencia

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente con deficiencia de peso, deficiencia de talla, deficiencia de IMC, deficiencia de CB, deficiencia de PT, deficiencia de PMB, deficiencia de AMB, deficiencia de AGB. Se recomienda suplementación nutricional y seguimiento.



I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Carlos Alberto Cusi	Sexo	M
Rut	4.130.842-8	Fecha de nacimiento	21-02-1937
Edad	78 años	Fecha de ingreso	07-06-2011

II. Antecedentes morbosos

Hipertensión arterial	Enfermedad renal	Gastritis
Diabetes Mellitus	ACV	Úlcera
Dislipidemia	IAM	Demencia Senil
Hipotiroidismo	Artrosis	Alzheimer

Otra: *Parálisis - Hipertensión - Hiperlipoproteínaemia*

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	Alcoholismo	Hipocalsia
Tabaquismo	Dependencia	Dentadura
Deterioro cognitivo	Directa	Indirecta
Tipo de alimentación		
Medicamentos		

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	55,2	Peso ideal	62,2 kg
Talla (m)	1,56	% Peso ideal	88,6 (b.e.c)
IMC	22,6 kg/m ²	C. cuerpo (cm)	15 (sup. normal)
Peso mín. aceptable	36,3 kg	C. Cintura (cm)	94
Peso máx. aceptable	68 kg	C. Pantorrilla (cm)	32,5 (normal)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLIEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	260	75 P ₅₀	Normal
PT	---	41	75 P ₅₀	Normal
PMB	CB - (3,1416 * PT)	225,4	75 P ₅₀	Normal
AMB	PMB * 1,4 * 3,1416	494,4	75 P ₅₀	Normal
AGB	(CB * 1,4 * 3,1416) - AMB	133,5	75 P ₅₀	Normal

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente adulto mayor, sexo masculino con estado nutricional equilibrado según IMC, con reservas energéticas normales según IMFA, con déficit moderado del componente proteico muscular y reservas energéticas normales según indicador antropométrico.

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Carlos Alberto Cusi	Sexo	M
Rut	4.130.842-8	Fecha de nacimiento	21-02-1937
Edad	78 años	Fecha de ingreso	07-06-2011

II. Antecedentes morbosos

Hipertensión arterial	Enfermedad renal	Gastritis
Diabetes Mellitus	ACV	Úlcera
Dislipidemia	IAM	Demencia Senil
Hipotiroidismo	Artrosis	Alzheimer

Otra: *Parálisis - Hipertensión - Hiperlipoproteínaemia*

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	Alcoholismo	Hipocalsia
Tabaquismo	Dependencia	Dentadura
Deterioro cognitivo	Directa	Indirecta
Tipo de alimentación		
Medicamentos		

IV. Datos antropométricos

PARAMETRO	VALOR	PARAMETRO	VALOR
Peso (kg)	58,2	Peso ideal	62,2 kg
Talla (m)	1,56	% Peso ideal	93,6 (Normal)
IMC	23,5 kg/m ²	C. cuerpo (cm)	15 (sup. normal)
Peso mín. aceptable	36,3 kg	C. Cintura (cm)	94
Peso máx. aceptable	68 kg	C. Pantorrilla (cm)	32,5 (Normal)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLIEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	270	75 P ₇₅	Normal
PT	---	42	50 P ₇₅	Normal
PMB	CB - (3,1416 * PT)	232,3	75 P ₇₅	Normal
AMB	PMB * 1,4 * 3,1416	425,4,3	75 P ₇₅	Normal
AGB	(CB * 1,4 * 3,1416) - AMB	150,6,5	75 P ₇₅	Normal

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente adulto mayor, sexo masculino con estado nutricional normal según IMC, con reservas energéticas normales según IMFA, con déficit moderado del componente proteico muscular y reservas energéticas normales según indicador antropométrico.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Expósito del Cerro (Gracia) S.O.U.O.
Rut	7.445.000-8
Edad	62 años
Fecha de nacimiento	24-06-1953
Fecha de ingreso	05-03-2014

II. Antecedentes morbosos

Estado Nutricional al ingreso	
Hipertensión arterial	
Diabetes Mellitus	
Dislipidemia	
Hipotiroidismo	X
Otra	Próstata agrandada

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	
Tabaquismo	
Deterioro cognitivo	
Alcoholismo	
Dependencia	
Directa	
Indirecta	X
Medicamentos	Symptolac

IV. Datos antropométricos

PARÁMETRO	VALOR	PARÁMETRO	VALOR
Peso (kg)	56,8	Peso ideal	55,6 kg
Talla (mt)	1,60	% Peso ideal	86,6 (b. val)
IMC	22,3 kg/m ²	C. cuerpo (cm)	14 (val. normal)
Peso mín. aceptable	55 kg	C. Cintura (cm)	77
Peso máx. aceptable	57,3 kg	C. Pantorrilla (cm)	30 (b. val)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	245	65-90	Deficit moderado
PT	---	15	90-95	Deficit leve
PMB	CB - (3,1416 * PT)	197,8	90-95	Deficit leve
AMB	PMB ² / 4 * 3,1416	5115,8	90-95	Deficit leve
AGB	(CB ² / 4 * 3,1416) - AMB	1660,8	95-90	Deficit moderado

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente adulto mayor con sobrepeso moderado en términos de IMC, con déficit leve a moderado de los pliegues cutáneos según indicador antropométrico.



FICHA NUTRICIONAL

I. Antecedentes personales

Nombre completo del paciente	Expósito del Cerro (Gracia) S.O.U.O.
Rut	7.445.000-8
Edad	62 años
Fecha de nacimiento	24-06-1953
Fecha de ingreso	05-03-2014

II. Antecedentes morbosos

Estado Nutricional al ingreso	
Hipertensión arterial	
Diabetes Mellitus	
Dislipidemia	
Hipotiroidismo	X
Otra	Próstata agrandada

III. Otros antecedentes

Aspectos asociados	
Tabaquismo	
Deterioro cognitivo	
Alcoholismo	
Dependencia	
Directa	
Indirecta	X
Medicamentos	Symptolac

IV. Datos antropométricos

PARÁMETRO	VALOR	PARÁMETRO	VALOR
Peso (kg)	56,8	Peso ideal	55,6 kg
Talla (mt)	1,60	% Peso ideal	86,6 (b. val)
IMC	22,3 kg/m ²	C. cuerpo (cm)	14 (val. normal)
Peso mín. aceptable	55 kg	C. Cintura (cm)	77
Peso máx. aceptable	57,3 kg	C. Pantorrilla (cm)	30 (b. val)

CLASIFICACIÓN IMC PARA ADULTO MAYOR

EST. NUTRICIONAL	RANGO
Enflaquecido	<23,1
Normal	23,1-27,9
Sobrepeso	28-31,9
Obeso	>32

MEDICIÓN DE PLEGUES

PLIEGUES CUTÁNEOS	FÓRMULA	TOTAL	PERCENTIL	CLASIFICACIÓN
CB	---	245	65-90	Deficit moderado
PT	---	15	90-95	Deficit leve
PMB	CB - (3,1416 * PT)	197,8	90-95	Deficit leve
AMB	PMB ² / 4 * 3,1416	5115,8	90-95	Deficit leve
AGB	(CB ² / 4 * 3,1416) - AMB	1660,8	95-90	Deficit moderado

V. Diagnóstico Nutricional integrado
 Paciente adulto mayor con sobrepeso moderado en términos de IMC, con déficit leve a moderado de los pliegues cutáneos según indicador antropométrico.

Anexo 7. Copia de la aplicación de Instrumentos de Recolección de Datos (Test MNA)

Scno Álvarez

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		VALORACION DIETÉTICA	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0 19-21 = 1 21-23 = 2 > 23 = 3.	0	11. Comidas completas al día. 1 comida = 0 2 comida = 1 3 comida = 2	2
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0 21-22 = 0,5 > 22 = 1.	0,5	12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día SI/NO Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana SI/NO Carnes, pescado, pollo cada día SI/NO 0-1 SI = 0 2 SI = 0,5 3 SI = 1.	0,5
3. Circunferencia de piernas (cm). < 31 = 0 > 31 = 1.	0	13. Consumo de dos o más platos de fruta al día. NO = 0 SI = 1.	0
4. Pérdida de peso en 3 m. > 3 Kg = 0 Desconocido = 1. 1-3 = 2 Sin pérdida = 3.	2	14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0 Pérdida moderada = 1 No pérdida = 2.	1
VALORACION GENERAL		VALORACION DIETÉTICA	
5. Vive independiente. NO = 0 SI = 1.	0	15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0 De 3 a 5 vasos = 0,5 Más de 5 vasos = 1.	0
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0 NO = 1	1	16. Modo de ingesta. Incapaz sin ayuda = 0 Solo con dificultad = 1 Solo sin problemas = 2.	0
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0 NO = 1	2	AUTOVALORACION	
8. Movilidad. Encamado o silla = 0 Se levanta pero no sale a la calle = 1. Sale a la calle = 2.	0	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales Severo = 0. No sabe o moderados = 1. Sin problemas = 2.	
9. Problema neuropsicológico. Demencia severa o depresión = 0 Demencia leve = 1. No problemas = 2.	0	18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0,5 Tan buena = 1. Mejor = 2.	
10. Úlceras por presión. SI = 0 NO = 1.	0	PUNTAJUEGO TOTAL : 0,5	
PUNTAJUEGO TOTAL : 0,5		PUNTAJUEGO TOTAL : 15	
> 24 = Bien nutrido		> 24 = Bien nutrido	
17-23,5 = Riesgo de malnutrición.		17-23,5 = Riesgo de malnutrición.	
< 17 = Malnutrido.		< 17 = Malnutrido.	

Guiopez Y et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology, 1994; 4(Supl. 2): 15-19.

Scno González

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		VALORACION DIETÉTICA	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0 19-21 = 1 21-23 = 2 > 23 = 3.	1	11. Comidas completas al día. 1 comida = 0 2 comida = 1 3 comida = 2	2
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0 21-22 = 0,5 > 22 = 1.	1	12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día SI/NO Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana SI/NO Carnes, pescado, pollo cada día SI/NO 0-1 SI = 0 2 SI = 0,5 3 SI = 1.	0,5
3. Circunferencia de piernas (cm). < 31 = 0 > 31 = 1.	1	13. Consumo de dos o más platos de fruta al día. NO = 0 SI = 1.	0
4. Pérdida de peso en 3 m. > 3 Kg = 0 Desconocido = 1. 1-3 = 2 Sin pérdida = 3.	0	14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0 Pérdida moderada = 1 No pérdida = 2.	1
VALORACION GENERAL		VALORACION DIETÉTICA	
5. Vive independiente. NO = 0 SI = 1.	0	15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0 De 3 a 5 vasos = 0,5 Más de 5 vasos = 1.	0
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0 NO = 1	1	16. Modo de ingesta. Incapaz sin ayuda = 0 Solo con dificultad = 1 Solo sin problemas = 2.	2
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0 NO = 1	2	AUTOVALORACION	
8. Movilidad. Encamado o silla = 0 Se levanta pero no sale a la calle = 1. Sale a la calle = 2.	1	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales Severo = 0. No sabe o moderados = 1. Sin problemas = 2.	
9. Problema neuropsicológico. Demencia severa o depresión = 0 Demencia leve = 1. No problemas = 2.	0	18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0,5 Tan buena = 1. Mejor = 2.	
10. Úlceras por presión. SI = 0 NO = 1.	1	PUNTAJUEGO TOTAL : 15	
PUNTAJUEGO TOTAL : 15		PUNTAJUEGO TOTAL : 0,5	
> 24 = Bien nutrido		> 24 = Bien nutrido	
17-23,5 = Riesgo de malnutrición.		17-23,5 = Riesgo de malnutrición.	
< 17 = Malnutrido.		< 17 = Malnutrido.	

Guiopez Y et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology, 1994; 4(Supl. 2): 15-19.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		VALORACION DIETÉTICA	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0. 19-21 = 1. 21-23 = 2. > 23 = 3.	2	11. Comidas completas al día. 1 comida = 0. 2 comidas = 1. 3 comidas = 2.	2
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0. 21-22 = 0.5. > 22 = 1.	1	12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día. SI/NO. Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana SI/NO. Carné, pescado, pollo cada día SI/NO.	0.5
3. Circunferencia de pierna (cm). < 31 = 0. > 31 = 1.	1	13. Consume dos o más platos de fruta al día. NO = 0. SI = 1.	0
4. Pérdida de peso en 3 m. > 3 Kg = 0. 1-3 = 2. Sin pérdida = 3.	3	14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0. Pérdida moderada = 1. No pérdida = 2.	2
VALORACION GENERAL		VALORACION GENERAL	
5. Vive independiente. NO = 0. SI = 1.	0	15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0. De 3 a 5 vasos = 0.5. Más de 5 vasos = 1.	0
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0. NO = 1.	0	16. Modo de ingesta. Incapaz sin ayuda = 0. Solo con dificultad = 1. Solo sin problemas = 2.	1
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0. NO = 2.	0	AUTOVALORACION	
8. Movilidad. Encamado o silla = 0. Se levanta pero no sale a la calle = 1. Sale a la calle = 2.	0	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales. Severo = 0. No sabe o moderados = 1. Sin problemas = 2.	2
9. Problema neuropsicológico. Demencia severa o depresión = 0. Demencia leve = 1. No problemas = 2.	1	18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0.5. Tan buena = 1. Mejor = 2.	1
10. Ulceras por presión. SI = 0. NO = 1.	0	PUNTAJUE TOTAL : 16.5	
PUNTAJUE TOTAL		PUNTAJUE TOTAL : 16.5	
> 24 = Bien nutrido.		> 24 = Bien nutrido.	
17-23.5 = Riesgo de malnutrición.		17-23.5 = Riesgo de malnutrición.	
< 17 = Malnutrido. //		< 17 = Malnutrido. //	

Guigoz Y et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. 1994; 4 (Sept. 2): 15-19.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		VALORACION DIETÉTICA	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0. 19-21 = 1. 21-23 = 2. > 23 = 3.	0	11. Comidas completas al día. 1 comida = 0. 2 comidas = 1. 3 comidas = 2.	2
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0. 21-22 = 0.5. > 22 = 1.	1	12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día. SI/NO. Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana SI/NO. Carné, pescado, pollo cada día SI/NO.	0.5
3. Circunferencia de pierna (cm). < 31 = 0. > 31 = 1.	0	13. Consume dos o más platos de fruta al día. NO = 0. SI = 1.	0
4. Pérdida de peso en 3 m. > 3 Kg = 0. 1-3 = 2. Sin pérdida = 3.	0	14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0. Pérdida moderada = 1. No pérdida = 2.	0
VALORACION GENERAL		VALORACION GENERAL	
5. Vive independiente. NO = 0. SI = 1.	0	15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0. De 3 a 5 vasos = 0.5. Más de 5 vasos = 1.	0
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0. NO = 1.	0	16. Modo de ingesta. Incapaz sin ayuda = 0. Solo con dificultad = 1. Solo sin problemas = 2.	2
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0. NO = 2.	0	AUTOVALORACION	
8. Movilidad. Encamado o silla = 0. Se levanta pero no sale a la calle = 1. Sale a la calle = 2.	1	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales. Severo = 0. No sabe o moderados = 1. Sin problemas = 2.	0
9. Problema neuropsicológico. Demencia severa o depresión = 0. Demencia leve = 1. No problemas = 2.	2	18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0.5. Tan buena = 1. Mejor = 2.	0
10. Ulceras por presión. SI = 0. NO = 1.	1	PUNTAJUE TOTAL : 9.5	
PUNTAJUE TOTAL		PUNTAJUE TOTAL : 9.5	
> 24 = Bien nutrido.		> 24 = Bien nutrido.	
17-23.5 = Riesgo de malnutrición.		17-23.5 = Riesgo de malnutrición.	
< 17 = Malnutrido. //		< 17 = Malnutrido. //	

Guigoz Y et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. 1994; 4 (Sept. 2): 15-19.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		VALORACION DIETÉTICA	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0 19-21 = 1 21-23 = 2 > 23 = 3.	0	11. Comidas completas al día. 1 comida = 0 2 comida = 1 3 comida = 2	Z
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0 21-22 = 0,5 > 22 = 1	1	12. Consumo de marcadore de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día SI/NO Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana SI/NO Carne, pescado, pollo cada día SI/NO 0-1 SI = 0 2 SI = 0,5 3 SI = 1	0,5
3. Circunferencia de pierna (cm). > 31 = 1	0	13. Consume dos o más platos de fruta al día. NO = 0 SI = 1.	0
4. Pérdida de peso en 3 m. > 3 Kg = 0 Desconocido = 1. 1-3 = 2 Sin pérdida = 3.	Z	14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0 Pérdida moderada = 1 No pérdida = 2.	1
VALORACION GENERAL		AUTOVALORACION	
5. Vive independiente. NO = 0 SI = 1.	0	15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0 De 3 a 5 vasos = 0,5 Más de 5 vasos = 1.	0,5
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0 NO = 1.	0	16. Modo de ingesta. Incapaz sin ayuda = 0 Solo con dificultad = 1 Solo sin problemas = 2.	1
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0 NO = 2.	0	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales Severo = 0. No sabe o moderados = 1 Sin problemas = 2.	
8. Movilidad. Encamado o silla = 0. Se levanta pero no sale a la calle = 1. Sale a la calle = 2.	1	18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0,5 Tan buena = 1. Mejor = 2.	
9. Problemas neuropsicológicos. Demencia severa o depresión = 0. Demencia leve = 1. No problemas = 2.	0	AUTOVALORACION	
10. Úlceras por presión. SI = 0 NO = 1.	1	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales Severo = 0. No sabe o moderados = 1 Sin problemas = 2.	
PUNTUACION TOTAL : 11,5		18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0,5 Tan buena = 1. Mejor = 2.	
> 24 = Bien nutrido. 17-23,5 = Riesgo de malnutrición. < 17 = Malnutrido. *		1	

Guigoz Y et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. 1.994; 4 (Supl. 2): 15-19.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		VALORACION DIETÉTICA	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0 19-21 = 1 21-23 = 2 > 23 = 3.	0	11. Comidas completas al día. 1 comida = 0 2 comida = 1 3 comida = 2	Z
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0 21-22 = 0,5 > 22 = 1	0	12. Consumo de marcadore de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día SI/NO Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana SI/NO Carne, pescado, pollo cada día SI/NO 0-1 SI = 0 2 SI = 0,5 3 SI = 1	0,5
3. Circunferencia de pierna (cm). > 31 = 1	0	13. Consume dos o más platos de fruta al día. NO = 0 SI = 1.	0
4. Pérdida de peso en 3 m. > 3 Kg = 0 Desconocido = 1. 1-3 = 2 Sin pérdida = 3.	3	14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0. Pérdida moderada = 1. No pérdida = 2.	Z
VALORACION GENERAL		AUTOVALORACION	
5. Vive independiente. NO = 0 SI = 1.	0	15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0 De 3 a 5 vasos = 0,5 Más de 5 vasos = 1.	0
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0 NO = 1.	0	16. Modo de ingesta. Incapaz sin ayuda = 0 Solo con dificultad = 1 Solo sin problemas = 2.	0
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0 NO = 2.	Z	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales Severo = 0. No sabe o moderados = 1 Sin problemas = 2.	
8. Movilidad. Encamado o silla = 0. Se levanta pero no sale a la calle = 1. Sale a la calle = 2.	0	18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0,5 Tan buena = 1. Mejor = 2.	
9. Problemas neuropsicológicos. Demencia severa o depresión = 0. Demencia leve = 1. No problemas = 2.	Z	AUTOVALORACION	
10. Úlceras por presión. SI = 0 NO = 1.	1	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales Severo = 0. No sabe o moderados = 1 Sin problemas = 2.	
PUNTUACION TOTAL : 14		18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0,5 Tan buena = 1. Mejor = 2.	
> 24 = Bien nutrido. 17-23,5 = Riesgo de malnutrición. < 17 = Malnutrido. *		1	

Guigoz Y et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. 1.994; 4 (Supl. 2): 15-19.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		VALORACION DIETÉTICA	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0 19-21 = 1 21-23 = 2 > 23 = 3	0	11. Comidas completas al día. 1 comida = 0 2 comida = 1 3 comida = 2	2
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0 21-22 = 0,5 > 22 = 1	1	12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día SI/NO Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana SI/NO Carne, pescado, pollo cada día SI/NO 0-1 SI = 0 2 SI = 0,5 3 SI = 1	0,5
3. Circunferencia de pierna (cm). < 31 = 0 > 31 = 1	0	13. Consume dos o más platos de fruta al día. SI = 1. NO = 0	0
4. Pérdida de peso en 3 m. > 3 Kg = 0 Desconocido = 1 1-3 = 2 Sin pérdida = 3	3	14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0 Pérdida moderada = 1 No pérdida = 2	2
VALORACION GENERAL		AUTOVALORACION	
5. Vive independiente. NO = 0 SI = 1	0	15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0 De 3 a 5 vasos = 0,5 Más de 5 vasos = 1	0
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0 NO = 1	1	16. Modo de ingesta. Encantado o sólido = 0 Solo con dificultad = 1 Solo sin problemas = 2	2
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0 NO = 1	2	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales Severo = 0 No sabe o moderados = 1 Sin problemas = 2	2
8. Movilidad. Encantado o sólido = 0 Se levanta pero no sale a la calle = 1 Sale a la calle = 2	0	18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0 No sabe = 0,5 Tan buena = 1 Mejor = 2	1
PUNTAJUEGO TOTAL		PUNTAJUEGO TOTAL	
18,5		18,5	
> 24 = Bien nutrido		> 24 = Bien nutrido	
17-23,5 = Riesgo de malnutrición		17-23,5 = Riesgo de malnutrición	
< 17 = Malnutrido		< 17 = Malnutrido	

Guigoz Y et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. 1994; 4 (Supl. 2): 15-19.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		VALORACION DIETÉTICA	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0 19-21 = 1 21-23 = 2 > 23 = 3	2	11. Comidas completas al día. 1 comida = 0 2 comida = 1 3 comida = 2	2
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0 21-22 = 0,5 > 22 = 1	1	12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día SI/NO Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana SI/NO Carne, pescado, pollo cada día SI/NO 0-1 SI = 0 2 SI = 0,5 3 SI = 1	0,5
3. Circunferencia de pierna (cm). < 31 = 0 > 31 = 1	1	13. Consume dos o más platos de fruta al día. SI = 1. NO = 0	0
4. Pérdida de peso en 3 m. > 3 Kg = 0 Desconocido = 1 1-3 = 2 Sin pérdida = 3	3	14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0 Pérdida moderada = 1 No pérdida = 2	2
VALORACION GENERAL		AUTOVALORACION	
5. Vive independiente. NO = 0 SI = 1	0	15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0 De 3 a 5 vasos = 0,5 Más de 5 vasos = 1	0
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0 NO = 1	1	16. Modo de ingesta. Encantado o sólido = 0 Solo con dificultad = 1 Solo sin problemas = 2	2
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0 NO = 1	2	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales Severo = 0 No sabe o moderados = 1 Sin problemas = 2	2
8. Movilidad. Encantado o sólido = 0 Se levanta pero no sale a la calle = 1 Sale a la calle = 2	1	18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0 No sabe = 0,5 Tan buena = 1 Mejor = 2	1
PUNTAJUEGO TOTAL		PUNTAJUEGO TOTAL	
18,5		18,5	
> 24 = Bien nutrido		> 24 = Bien nutrido	
17-23,5 = Riesgo de malnutrición		17-23,5 = Riesgo de malnutrición	
< 17 = Malnutrido		< 17 = Malnutrido	

Guigoz Y et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. 1994; 4 (Supl. 2): 15-19.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		VALORACION DIETÉTICA	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0. 19-21 = 1. 21-23 = 2. > 23 = 3.	2.	11. Comidas completas al día. 1 comida = 0. 2 comida = 1. 3 comida = 2.	2
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0. 21-22 = 0.5. > 22 = 1.	1.	12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día. SI/NO. Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana. SI/NO. Carnes, pescado, pollo cada día. SI/NO.	0.5
3. Circunferencia de pierna (cm). < 31 = 0. > 31 = 1.	0	13. Consumo dos o más platos de fruta al día. NO = 0. SI = 1.	0
4. Pérdida de peso en 3 m. > 3 Kg = 0. Desconocido = 1. 1-3 = 2. Sin pérdida = 3.	3	14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0. Pérdida moderada = 1. No pérdida = 2.	2
VALORACION GENERAL		15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0. De 3 a 5 vasos = 0.5. Más de 5 vasos = 1.	0
5. Vive independiente. NO = 0. SI = 1.	0	16. Modo de ingesta. Incapaz de salir de casa = 0. Solo con dificultad = 1. Solo sin problemas = 2.	1
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0. NO = 1.	0	AUTOVALORACIÓN	
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0. NO = 1.	2	17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales. Severo = 0. No sabe o moderados = 1. Sin problemas = 2.	2
8. Movilidad. Encuentro o sólo = 0. Se levanta pero no sale a la calle = 1. Sale a la calle = 2.	1	18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0.5. Tan buena = 1. Mejor = 2.	1.
9. Problema neuropsicológico. Demencia severa y depresión = 0. Demencia leve = 1. No problemas = 2.	1		
10. Ulceras por presión. SI = 0. NO = 1.	1.		
PUNTUACIÓN TOTAL		4.15	
> 24 = Bien nutrido.			
17-23.5 = Riesgo de malnutrición //			
< 17 = Malnutrido.			

Guigoz Y et al. Mini Nutritional Assessment. A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. 1994; 4 (Sept. 2): 15-19.

Anexo 8. Copia de la aplicación de Instrumentos de Recolección de Datos (Registro de Alimentación Nocturna)



Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 19/10/15

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Queque de zanahoria mas leche etc

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	1 trozo de 170g - 200 cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	1 1/2 trozo de 170g - 200 cc de le	X			X	
Eugenia Carmona	1 1/2 trozo de 170g - 200 cc de le	X			X	
Joaquín Álvarez	1 trozo de 170g - 200 cc de leche	X			X	
Juan González	1 trozo de 170g - 200 cc de leche	X			X	
Juan Rivera	1 1/2 trozo de 170g - 200 cc de le	X			X	
Mario Collao	1 trozo de 170g - 200 cc de leche	X		X		
Raúl Hidalgo	1 1/2 trozo de 170g - 200 cc de leche	X			X	
Sonia Álvarez	1 trozo de 170g - 200 cc de leche	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 20 / 10 / 15

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Pastel de papas mas té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-140g pastel -200cc de té	X			X	
Demetrio Vildosola	-140g pastel -200cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	-140g pastel -200cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	-140g pastel -200cc de té	X			X	
Juan González	-140g pastel -200cc de té	X			X	
Juan Rivera	-140g pastel -200cc de té	X			X	
Mario Collao	-140g pastel -200cc de té	X		X		
Raúl Hidalgo	-140g pastel -200cc de infusion	X			X	
Sonia Álvarez	-140g pastel -200cc de té	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 21 / 10 / 15NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Panquesques con manjar más leche o té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-2 und. 1,195g -200cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	-2 1/2 und. 203g -200cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	-2 1/2 und. 203g -200cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	-2 unidades, 195g -200cc de leche	X			X	
Juan González	-2 unidades, 195g -200cc de leche	X			X	
Juan Rivera	-2 1/2 und. 203g -200cc de té	X			X	
Mario Collao	-2 und. 1,195g -200cc de leche	X		X		
Raúl Hidalgo	-2 1/2 und. 203g -200cc de té	X			X	
Sonia Álvarez	-2 und. 1,195g -200cc de leche	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 22 / 10 / 15NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Ponsoné de Huevo con pan más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	1/2 pan 50g. - 200 cc de Ponsoné	X			X	
Demetrio Vildosola	1/2 pan 50g. - 200 cc de Ponsoné	X			X	
Eugenia Carmona	1/2 pan 50g. - 200 cc de Ponsoné	X			X	
Joaquín Álvarez	1/2 pan 50g. - 200 cc de Ponsoné	X			X	
Juan González	1/2 pan 50g. - 200 cc de Ponsoné	X			X	
Juan Rivera	1/2 pan 50g. - 200 cc de Ponsoné	X			X	
Mario Collao	1/2 pan 50g. - 200 cc de Ponsoné	X		X		
Raúl Hidalgo	1/2 pan 50g. - 200 cc de Ponsoné	X			X	
Sonia Álvarez	1/2 pan 50g. - 200 cc de Ponsoné	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 23 / 10 / 15NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Riscas mas té o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-3 und. Riscas -200 cc de Leche	X			X	
Demetrio Vildosola	-4 und. riscas -200 cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	-4 und. riscas -200 cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	-3 und. riscas -200 cc de Leche	X			X	
Juan González	-3 und. riscas -200 cc de Leche	X			X	
Juan Rivera	-4 und. riscas -200 cc de H	X			X	
Mario Collao	-3 und. riscas -200 cc de Leche	X		X		
Raúl Hidalgo	-4 und. riscas -200 cc de té	X			X	
Sonia Álvarez	-3 und. riscas -200 cc de Leche	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 26/10/15

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Pastel de papas más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-140g pastel -200cc té	X			X	
Demetrio Vildosola	-140g pastel -200cc té	X			X	
Eugenia Carmona	-140g pastel -200cc té	X			X	
Joaquín Álvarez	-140g pastel -200cc té	X			X	
Juan González	-140g pastel -200cc té	X			X	
Juan Rivera	-140g pastel -200cc té	X			X	
Mario Collao	-140g pastel -200cc té	X		X		
Raúl Hidalgo	-140g pastel -200cc té	X			X	
Sonia Álvarez	-140g pastel -200cc té	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 27 / 10 / 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Queque de zanahoria más té o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 1 trozo de 113g - 200 cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	- 1/2 trozo de 170g - 200 cc de té	X			X	Se suspende la leche por molestias gastrointestinales, por lo que se aumenta la porción de queque.
Eugenia Carmona	- 1/2 trozo de 170g - 200 cc de té	X			X	Se suspende la leche por mala aceptación por lo que se aumenta la porción de queque.
Joaquín Álvarez	- 1 trozo de 113g. - 200 cc de leche	X			X	
Juan González	- 1 trozo de 113g - 200 cc de leche	X			X	
Juan Rivera	- 1 trozo de 113g. - 200 cc de leche	X			X	
Mario Collao	- 1 trozo de 113g - 200 cc de leche	X		X		
Raúl Hidalgo	- 1/2 trozo de 170g - 200 cc de queque hor.	X			X	Se suspende leche y té por mala aceptación, aumentando porción de queque.
Sonia Álvarez	- 1 trozo de 113g. - 200 cc de leche	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 28 / 10 / 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Consumo de huevo más 1/2 pan y té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-1/2 pan 50g. -200 cc de Consomé	X			X	
Demetrio Vildosola	-1/2 pan 50g. -200 cc de Consomé	X			X	
Eugenia Carmona	-1/2 pan 50g. -200 cc de Consomé	X			X	
Joaquín Álvarez	-1/2 pan 50g. -200 cc de Consomé	X			X	
Juan González	-1/2 pan 50g. -200 cc de Consomé	X			X	
Juan Rivera	-1/2 pan 50g. -200 cc de Consomé		X		X	-No come por problemas gastrointestinales
Mario Collao	-1/2 pan 50g. -200 cc de Consomé	X		X		-No consume pan, Solo Consomé
Raúl Hidalgo	-1/2 pan 50g. -200 cc de Consomé	X			X	-No consume pan solo Consomé
Sonia Álvarez	-1/2 pan 50g. -200 cc de Consomé	X		X		-No consume pan, Solo Consomé



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 29, 10, 2015NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Panqueques con manjar más té o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-2 unidades, 135 g -200 cc de Leche	X			X	
Demetrio Vildosola	-2 1/2 Unid. 203g -200 cc de té	X			X	Se aumenta cantidad de panqueques por no consumo de leche
Eugenia Carmona	-2 1/2 Unid. 203g -200 cc de Té	X			X	Se aumenta cantidad de panqueque por no consumo de Leche
Joaquín Álvarez	-2 unidades, 135 g -200 cc de leche	X			X	
Juan González	-2 unidades, 135 g -200 cc de Leche	X			X	
Juan Rivera	-2 1/2 Unid. 203g -200 cc de té	X			X	Se suspende Leche por problemas gastrointestinales
Mario Collao	-2 unid. 135 g -200 cc de Leche	X		X		
Raúl Hidalgo	-2 1/2 Unid. 203 g -200 cc de requesote	X			X	Se aumenta cantidad "
Sonia Álvarez	-2 unidades, 135 g. -200 cc de Leche	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 30 / 10 / 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Pastel de fideos más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-130g pastel -200cc de té	X			X	
Demetrio Vildosola	-130g pastel -200cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	-130g pastel -200cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	-130g pastel -200cc de té	X			X	
Juan González	-130g pastel -200cc de Té	X			X	
Juan Rivera	-130g pastel -200cc de té	X			X	
Mario Collao	-130g pastel -200cc de té	X		X		
Raúl Hidalgo	-130g pastel -200cc de Aquavit	X			X	
Sonia Álvarez	-130g pastel -200cc de té	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 02 / 11 / 2015NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Queque de canchano más te o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-113g queque -200cc de Leche	Y			X	
Demetrio Vildosola	-170g queque, -200cc de Te	X			X	Se aumenta la porción de queque por no consumo de Leche
Eugenia Carmona	-170g queque -200cc de te	X			X	u
Joaquín Álvarez	-113g queque -200cc de leche	Y			X	
Juan González	-113g queque -200cc de leche	X			X	
Juan Rivera	-170g queque, -200cc de Te	X			X	
Mario Collao	-113g queque -200cc de Leche	X		X		
Raúl Hidalgo	-170g queque -200cc de Aguardiente	X			X	u
Sonia Álvarez	-170g queque -200cc de Leche	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 03, 11, 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Pastel de papa más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 140g pastel - 200cc de té	X			X	
Demetrio Vildosola	- 140g pastel - 200cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	- 140g pastel - 200cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	- 140g pastel - 200cc de té	X			X	
Juan González	- 140g pastel - 200cc de té	X			X	
Juan Rivera	- 140g pastel - 200cc de té	X			X	
Mario Collao	- 140g pastel - 200cc de té	X		X		
Raúl Hidalgo	- 140g pastel - 200cc de infusión	X			X	
Sonia Álvarez	- 140g pastel - 200cc de té	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 04 / 11 / 2015NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Roscas con oración flor más té o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-3 unid. rosas 100g -200 cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	-4 unid. rosas 133g -200 cc de té	X			X	Se aumento porción de rosas por no consumo de porción láctea
Eugenia Carmona	-4 unid. rosas 133g -200 cc de té	X			X	//
Joaquín Álvarez	-3 unid. rosas 100g -200 cc de leche	X			X	
Juan González	-3 unid. rosas 100g -200 cc de leche	X			X	
Juan Rivera	-4 unid. rosas 133g -200 cc de té	X			X	//
Mario Collao	-3 unid. rosas 100g -200 cc de leche	X		X		
Raúl Hidalgo	-4 unid. rosas 133g -200 cc de infusión	X			X	//
Sonia Álvarez	-3 unid. rosas 100g -200 cc de leche	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 05 / 11 / 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Pastel de fideos más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 130g pastel - 200cc de té	X			X	
Demetrio Vildosola	- 130g pastel - 200cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	- 130g Pastel - 200cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	- 130g Pastel - 200cc de té	X			X	
Juan González	- 130g Pastel - 200cc de té	X			X	
Juan Rivera	- 130g pastel - 200cc de té	X			X	
Mario Collao	- 130g Pastel - 200cc de té	X		X		
Raúl Hidalgo	- 130g Pastel - 200cc de	X			X	
Sonia Álvarez	- 130g Pastel - 200cc de té	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 06 / 11 / 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Panqueques de manjar más té o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 2 unid. 135g - 200 cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	- 2 1/2 unid. 203g - 200 cc de té	X			X	Se aumento porción de panqueque por no consumir de leche
Eugenia Carmona	- 2 1/2 unid. 203g - 200 cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	- 2 unid. 135g - 200 cc de leche	X			X	
Juan González	- 2 unid. 135g - 200 cc de leche	X			X	
Juan Rivera	- 2 unid. 135g - 200 cc de té	X			X	
Mario Collao	- 2 unid. 135g - 200 cc de leche	X		X		
Raúl Hidalgo	- 2 1/2 unid. 203g - 200 cc de infusión	X			X	
Sonia Álvarez	- 2 unid. 135g - 200 cc de leche	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 09 / 11 / 2015NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Budín de verduras + té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 112g Budín - 200 cc de té	X			X	
Demetrio Vildosola	- 112g de Budín - 200 cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	- 112g de Budín - 200 cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	- 112g de Budín - 200 cc de té	X			X	
Juan González	- 112g de Budín - 200 cc de té		X		X	Nic consume de alimentos por no aceptación
Juan Rivera	- 112g de Budín - 200 cc de té	X			X	
Mario Collao	- 112g de Budín - 200 cc de té	X		X		
Raúl Hidalgo	- 112g Budín - 200 cc de té	X			X	
Sonia Álvarez	- 112g Budín - 200 cc de té	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 10 / 11 / 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Queque de zanahoria más té o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 113g Queque - 200 cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	- 170g Queque - 200 cc de té	X			X	- Se aumenta porción de queque. Por no consumo de leche.
Eugenia Carmona	- 170g Queque - 200 cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	- 113g Queque - 200cc de leche	X			X	
Juan González	- 113g Queque - 200 cc de leche	X			X	- Solo consume queque de zanahoria
Juan Rivera	- 113g Queque - 200 cc de leche	X			X	- Se reemplaza entera de leche por desparición de machitos pastoreo intermitente
Mario Collao	- 113g Queque - 200cc de leche	X		X		
Raúl Hidalgo	- 170g Queque - 200 cc de infusión	X			X	- Se aumenta porción de queque por no consumo de leche.
Sonia Álvarez	- 113g Queque - 200 cc de leche	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 11 / 11 / 2015NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Consomé de huevo más 1/2 pan y té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-1/2 pan 50g -200 cc consomé	X			X	
Demetrio Vildosola	-1/2 pan 50g -200 cc consomé	X			X	
Eugenia Carmona	-1/2 pan 50g -200 cc consomé	X			X	
Joaquín Álvarez	-1/2 pan 50g -200 cc consomé	X			X	
Juan González	-1/2 pan 50g -200 cc consomé	X			X	consume 2 porciones de pan y no consomé (se obtusa)
Juan Rivera	-1/2 pan 50g -200 cc consomé		X		X	No consume nada por malestar general asociado a descompensación
Mario Collao	-1/2 pan 50g -200 cc consomé	X		X		
Raúl Hidalgo	-1/2 pan 50g -200 cc consomé	X			X	
Sonia Álvarez	-1/2 pan 50g -200 cc consomé	X		X		Se cambia consumo de del consomé de líquido a blando.



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 12 / 11 / 2015NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Queso de zambonina más té o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-113g Queso -200cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	-170g queso -200cc té	X			X	Se aumento porción de Queso por rechazo en consumo de leche
Eugenia Carmona	-170g Queso -200cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	-113g Queso -200cc de leche	X			X	
Juan González	-113g Queso -200cc de leche	X			X	No consume leche por no adaptación de esta
Juan Rivera	-113g Queso -200cc de leche	X			X	
Mario Collao	113g Queso -200cc de leche	X		X		
Raúl Hidalgo	-170g Queso -200cc de infusión	X			X	Se aumento porción de queso.
Sonia Álvarez	-113g Queso -200cc de leche	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 13 / 11 / 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Pastel de fideas más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 130g de pastel - 200 cc de té	X			X	
Demetrio Vildosola	- 130g de pastel - 200 cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	- 130g de pastel - 200 cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	- 130g de pastel - 200 cc de té		X		X	
Juan González	- 130g de pastel - 200 cc de té	X			X	No consume té por no aceptación.
Juan Rivera	- 130g de pastel - 200 cc de té	X			X	
Mario Collao	- 130g de pastel - 200 cc de té	X		X		
Raúl Hidalgo	- 130g de pastel - 200 cc de infusión	X			X	
Sonia Álvarez	- 130g de pastel - 200 cc de té	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 16 / 11 / 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Queso de Zañahoria más té o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 113g Queso - 200cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	- 170g Queso - 200cc de té	X			X	LA PORCIÓN DE QUESO QUE SE AUMENTA POR NO CONSUMO DE LECHE
Eugenia Carmona	- 170g Queso - 200cc de té	X			X	LA PORCIÓN "
Joaquín Álvarez	- 113g Queso - 200cc LECHE	X			X	
Juan González	- 113g Queso - 200cc LECHE	X			X	CONSUME SOLO QUESO DE ZAHAHORIA.
Juan Rivera	- 113g Queso - 200cc LECHE	X			X	
Mario Collao	- 113g Queso - 200cc LECHE	X		X		
Raúl Hidalgo	- 170g Queso - 200cc Infusión	X			X	LA PORCIÓN "
Sonia Álvarez	- 113g Queso - 200cc LECHE	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 7 / 11 / 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Pastel de papas más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	140g pastel 200cc té	X			X	
Demetrio Vildosola	140g pastel 200cc té	X			X	
Eugenia Carmona	140g pastel 200cc té	X			X	
Joaquín Álvarez	140g pastel 200cc té	X			X	
Juan González	140g pastel 200cc té	X			X	No consume el té por no aceptar los sabores acepta otros líquidos.
Juan Rivera	140g pastel 200cc té	X			X	
Mario Collao	140g pastel 200cc pastel	X		X		
Raúl Hidalgo	140g pastel 200cc pastel	X			X	
Sonia Álvarez	140g pastel 200cc pastel	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 18 / 11 / 2015NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Pascas con azúcar por más té o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 3 unid. Pascas 100g - 200 cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	- 4 unid Pascas 133g - 200 cc de té	X			X	SE AUMENTA 1 UNIDAD DE PASCA PERO NO CONSUMO DE LECHE
Eugenia Carmona	- 4 unid. Pascas 133g - 200 cc de té	X			X	SE AUMENTA ... II
Joaquín Álvarez	- 3 unid. Pascas 100g - 200 cc de leche	X			X	
Juan González	- 3 unid Pascas 100g - 200 cc LECHE	X			X	CONSUME SOLO PASCAS
Juan Rivera	- 3 unid Pascas 100g - 200 cc leche	X			X	
Mario Collao	- 3 unid. Pascas 100g - 200 cc LECHE	X		X		
Raúl Hidalgo	- 4 unid. Pascas 133g - 200 cc INFUSIÓN	X			X	SE AUMENTA ... II
Sonia Álvarez	- 3 unid. Pascas 100g - 200 cc LECHE	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 19 / 11 / 2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Budín de verduras más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-112 g Budín -200 cc de té	X			X	
Demetrio Vildosola	-112 g Budín -200 cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	-112 g Budín -200 cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	-112 g Budín -200 cc de té	X			X	
Juan González	-112 g Budín -200 cc de té	X			X	
Juan Rivera	-112 g Budín -200 cc de té	X			X	
Mario Collao	-112 g Budín -200 cc de té	X		X		
Raúl Hidalgo	-112 g Budín -200 cc de infusión	X			X	
Sonia Álvarez	-112 g Budín -200 cc de té	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 20/11/2015

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Panqueque con manjar más té o leche

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	2 unid. 135g. - 200 cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	2 1/2 unid. 203g. - 200 cc de té	X			X	SE AUMENTA CONSUMO DE PANQUEQUE POR NO CONSUMO DE LECHE.
Eugenia Carmona	2 1/2 unid. 203g. - 200 cc de té.	X			X	SE AUMENTA CONSUMO ...
Joaquín Álvarez	2 unid. 135g. - 200 cc de leche	X			X	
Juan González	2 unid. 135g. - 200 cc de leche.	X			X	NO CONSUME LECHE POR NO ACEPTACIÓN, TAMPOCO ACEPTO OTRO VÍDULO, CONSUME PANQUEQUES.
Juan Rivera	2 1/2 unid. 203g. - 200 cc de leche.	X			X	
Mario Collao	2 unid. 135g. - 200 cc de leche	X		X		
Raúl Hidalgo	2 1/2 unid. 203g. - 200 cc de Infusión	X			X	SE AUMENTA CONSUMO ... II
Sonia Álvarez	2 unid. 135g. - 200 cc de leche.	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 23 / 11 / 15

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Pastel de Fideos más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 130g de Pastel - 200 cc de té	X			X	
Demetrio Vildosola	- 130g de Pastel - 200cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	- 130g de Pastel - 200cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	- 130g de Pastel - 200cc de té	X			X	
Juan González	- 130g de Pastel - 200cc de té	X			X	Consumo solo pastel de fideos NO acepta té.
Juan Rivera	- 130g de Pastel - 200 cc de té	X			X	
Mario Collao	- 130g de Pastel - 200cc de té	X		X		
Raúl Hidalgo	- 130g de Pastel - 200cc de té	X			X	
Sonia Álvarez	- 130g de Pastel - 200cc de té	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 24 / 11 / 15NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Queso de zanañoria más leche o té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 1 trozo de 113g - 200 cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	- 1/2 trozo de 170g - 200 cc de té	X			X	SE AUMENTA PORCIÓN DE QUESO POR NO CONSUMIR DE LECHE
Eugenia Carmona	- 1/2 trozo de 170g - 200 cc de té	X			X	SE AUMENTA ... "
Joaquín Álvarez	- 1 trozo de 113g - 200 cc de leche	X			X	
Juan González	- 1 trozo de 113g - 200 cc de leche	X			X	Solo consume QUESO por NO aceptación de leche ni otro líquido
Juan Rivera	- 1 trozo de 113g - 200 cc de leche	X			X	
Mario Collao	- 1 trozo de 113g - 200 cc de leche	X		X		
Raúl Hidalgo	- 1/2 trozo de 170g - 200 cc de infusión	X			X	SE AUMENTA ... "
Sonia Álvarez	- 1 trozo de 113g - 200 cc de leche	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 25 / 11 / 15

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Budín de Verduras más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 112 g. budín - 200 cc de té	X			X	
Demetrio Vildosola	- 112 g budín - 200 cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	- 112g budín - 200 cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	- 112g budín - 200 cc de té	X			X	
Juan González	- 112 g budín - 200 cc de té	X			X	Consumo solo porción de budín NO Acepta té
Juan Rivera	- 112g budín - 200 cc de té	X			X	
Mario Collao	- 112g budín - 200 cc de té	X		X		
Raúl Hidalgo	- 112g budín - 200 cc agua hervida		X		X	NO consumo por malestar general del paciente.
Sonia Álvarez	- 112g budín - 200 cc de té	X		X		



UNIVERSIDAD UCINF

Anexo 2. REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 26 / 11 / 15

NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Roscas más leche o té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	-3 unid. rosas 100g. -200cc de leche	X			X	
Demetrio Vildosola	-4 unid. rosas 133g. -200cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	-4 unid. rosas 133g. -200cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	-3 unid. rosas 100g. -200cc de leche	X			X	
Juan González	-3 unid. rosas 100g. -200cc de leche	X			X	Solo consume la porción de rosas rechazando la leche.
Juan Rivera	-3 unid. rosas 100g. -200cc de leche	X			X	
Mario Collao	-3 unid. rosas 100g. -200cc de leche	X		X		
Raúl Hidalgo	-4 unid. rosas 133g. -200cc agua de leche	X			X	
Sonia Álvarez	-3 unid. rosas 100g. -200cc de leche	X		X		



COLACIÓN NOCTURNA

FECHA: 27 / 11 / 15NOMBRE DE LA PREPARACIÓN: Pastel de papas más té

NOMBRE COMENSAL	CANTIDAD ENTREGADA (Gramos)	INGESTA		FORMA DE ALIMENTACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	ASISTIDA	NO ASISTIDA	
Carlos Cádiz	- 140g de pastel - 200cc de té	X			X	
Demetrio Vildosola	- 140g pastel - 200cc de té	X			X	
Eugenia Carmona	- 140g de pastel - 200 cc de té	X			X	
Joaquín Álvarez	- 140 p de pastel - 200 cc de té	X			X	
Juan González	- 140g de pastel - 200 cc de té	X			X	
Juan Rivera	- 140g de pastel - 200cc de té	X			X	
Mario Collao	- 140 p de pastel - 200cc de té	X		X		
Raúl Hidalgo	- 140p de pastel - 200cc de té	X			X	
Sonia Álvarez	- 140g de pastel - 200cc de té	X		X		