

# **DESNUTRICIÓN EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO**

**Juan Navaza Carro**

**Director Residencia Urbana de Mayores Soremay**

# VALORACIÓN GERIÁTRICA DE INGRESO

- **MULTIDIMENSIONAL:**
  - ÁREA MÉDICA, SITUACIÓN FUNCIONAL FÍSICA, MENTAL Y SOCIAL.
- **INTERDISCIPLINARIA:**
  - DEBE REALIZARSE POR DISTINTOS PROFESIONALES: SERVICIO MÉDICO, ENFERMERÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, TRABAJO SOCIAL.

# VALORACIÓN GERIÁTRICA DE ENFERMERÍA

- VALORACIÓN DE INTEGRIDAD CUTÁNEA
- VALORACIÓN DE CUIDADOS
- VALORACIÓN DE PROGRAMAS
- VALORACIÓN NUTRICIONAL

# VALORACIÓN NUTRICIONAL DE ENFERMERÍA

- Peso del Usuario
- Talla del Usuario
- IMC
- MNA
- Historia Dietética

# PESO DEL USUARIO

- **Peso**
  - Se mide en báscula para sillas de ruedas o báscula de pie.
  - El sujeto debe pesarse con la menor cantidad de ropa posible y descalzo.

# TALLA DEL USUARIO

- **Altura.** Se puede medir de tres maneras:
  - Talla de pie
  - Talla sentado
  - Talla calculada a partir de la envergadura de brazos.

- **FÓRMULA ALTURA RODILLA - TALÓN DE CHUMLEA *et al.*3**

*Para la talla del hombre = (2,02 x altura rodilla) - (0,04 x edad) + 64,19*

*Para la talla de la mujer = (1,83 x altura rodilla) - (0,24 x edad) + 84,88*

- **Fórmula rodilla – maléolo de Arango y Zamora4**

*Para la talla del hombre (cm) = ( LRM x 1,121 ) – ( 0,117 x edad años) + 119,6*

*Para la talla de la mujer (cm) = ( LRM x 1,263) – ( 0,159 x edad años) + 107,7*

**SOREMAY RESIDENCIAL**

C/Pedro Sarmiento de Gamboa nº1  
 36003 Pontevedra (Pontevedra)  
 Telf: 886202000 Fax: 986108256  
 E-Mail: info@soremay.com

Fecha Test: viernes, 23 abril, 2010

Fecha de impresión:  
 viernes, 23 abril, 2010

**TEST ESCALA MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (GUIGOZ Y. ET AL., 1994)****Datos Residente:**

Código: **00003** Nombre: SONUDIGA Edad: **0**

Nº Seg. Social: Nº S.I.P.:

**I ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS**

1. Índice de masa corporal (IMC=Peso/Talla<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)

- IMC < 19  
 19 < IMC < 21  
 21 < IMC < 23  
 IMC > 23

2. Circunferencia branquial (CB en cm)

- CB < 21  
 21 < CB < 22  
 CB > 22

3. Circunferencia de la pierna (CP en cm)

- CP < 31  
 CP > 31

4. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)

- Pérdida de peso > a 3 kg  
 No lo sabe  
 Pérdida de peso entre 1 y 3 kg  
 No ha habido pérdida de peso

**II EVALUACIÓN GLOBAL**

5. ¿El paciente vive en su domicilio?

- No  
 Sí

6. ¿Toma más de tres medicamentos por día?

- Sí  
 No

7. ¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

- Sí  
 No

8. Movilidad

- De la cama al sillón  
 Autonomía en el interior  
 Sale del domicilio

9. Problemas neuropsicológicos

- Demencia o depresión severa  
 Demencia o depresión moderada  
 Sin problemas psicológicos

10. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?

- Sí  
 No

# HISTORIA DIETÉTICA

ResiPlus 3.0.1 - SORE MAY RESIDENCIAL - [Residentes]

Residentes Farmacia Comercial Personal Proveedores Almacén Económico Configuración Seguridad Planificador Ayuda

Nombre Residente Nombre Residente

Código: **00003** Nombre: **SONUDIGA**

N.I.F.: Tipología: Gran asistido/a Dob Lugar Nac.: F. Nacimiento: 22/abr/2010

Nº S.S.: Est. Civil: Sexo: Edad: 0 F. Ingreso: 17/abr/2010

Nº S.I.P.: Habitación: No asignada Cama: Ext.: Ult. Ingreso: 17/abr/2010

Datos Controles Seguimiento Informes Observaciones

Aten. Director Auxiliares Supervisoras Ocupacional Dietista

Dieta: HIPERCALÓRICA (BLANDA)

Preferencias alimentarias: CARNES

Alergias alimentarias: N.A.C.

Alimentos restringidos: SAL

Necesita ayuda para comer.

Horario asignado para las comidas:

Tiempo asignado para las comidas:

Personal asignado para las comidas:

Comedor asignado: COMEDOR UDC

Mesa asignada:



# VALORACIÓN DIETÉTICA

ResiPlus 3.0.1 - SORE MAY RESIDENCIAL - [Residentes]

Residentes Farmacia Comercial Personal Proveedores Almacén Económico Configuración Seguridad Planificador Ayuda




Nombre Residente Nombre Residente

Código: **00003** Nombre: **SONUDIGA**

N.I.F.: [ ] Tipología: Gran asistido/a Dob Lugar Nac.: [ ] F. Nacimiento: 22/abr/2010

Nº S.S.: [ ] Est. Civil: [ ] Sexo: [ ] Edad: 0 F. Ingreso: 17/abr/2010

Nº S.I.P.: [ ] Habitación: No asignada Cama: [ ] Ext.: [ ] Ult. Ingreso: 17/abr/2010



Controles Escalas Seguimiento **Valoración de Cuidados** Informes Observaciones

1 de 2

Fecha: viernes, 23 de abril de 2010 Usuario: Juan Navaza Carro

Ayuda para comer:	<input checked="" type="checkbox"/> Ayuda para comer ▶ TRITURAR *	[ ]
Problemas deglución:	<input checked="" type="checkbox"/> Disfagia	Espesante con líquidos
Suplemento nutricional:	<input checked="" type="checkbox"/> Suplemento Nutricional ▶ HIPERCALÓRICO *	Gelificado
Control líquidos:	<input checked="" type="checkbox"/> Suplemento de ingestas hídricas	[ ]
Control sólidos:	<input checked="" type="checkbox"/> Valoración Ingesta Dietética	[ ]
Sonda nasogástrica:	<input type="checkbox"/>	[ ]

Animador Sociocultural  
Psicólogo  
Trabajador Social  
Enfermería  
Médico



# PROGRAMA DE CONTROL NUTRICIONAL

- Control de Ingesta Sólidos
- Control de Ingesta Líquidos
- Control de Suplemento Nutricional
- Peso Semanal (Domingos)
- MNA
- Encuesta de Satisfacción Dietética

# INGESTA SÓLIDOS

ResiPlus 3.0.1 - SOREMAY RESIDENCIAL - [Residentes]

Residentes Farmacia Comercial Personal Proveedores Almacén Económico Configuración Seguridad Planificador Ayuda



Nombre Residente Nombre Residente

Código: **00003** Nombre: **SONUDIGA** Apellido 1: Apellido 2:

N.I.F.: Tipología: Gran asistido/a Dob Lugar Nac.: F. Nacimiento: 22/abr/2010

Nº S.S.: Est. Civil: Sexo: Edad: 0 F. Ingreso: 17/abr/2010

Nº S.I.P.: Habitación: No asignada Cama: Ext.: Ult. Ingreso: 17/abr/2010

Controles Escalas Seguimiento Valoración de Cuidados Informes Observaciones

Mostrar datos entre fechas De Fecha: martes, 20 de abril de 2010  
 Mostrar los últimos 10 datos. A Fecha: jueves, 22 de abril de 2010  
 Mostrar los últimos 25 datos.

**Datos**

RELACIÓN DE INGESTA DE SÓLIDOS DEL RESIDENTE

	Fecha / Hora	Desayuno	Comida	Merienda	Cena	Resopón	Observaciones
▶	22/abr/2010 21:55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	21/abr/2010 21:50	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80%cena
	20/abr/2010 21:50	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%comida

Trabajador Social  
Enfermería  
Médico  
Farmacia  
Económico  
General

- Deposiciones
- Diuresis
- Glucemia
- Ingesta Líquidos
- Ingesta Sólidos**
- Inyectables
- Movilizaciones
- Peso
- Pulso
- Recogida de Fístulas
- Saturación de Oxígeno
- Sintrom
- Sondas Gástricas
- Sondas Nasogástricas
- Sondas Vesicales
- Talla
- Temperatura
- Tensión
- Úlceras
- Vacunaciones
- CONTROLES Y REGISTROS PROPIOS
- Limpieza de bocas
- Suplemento Nutricional

# INGESTA LÍQUIDOS

ResiPlus 3.0.1 - SOREMAY RESIDENCIAL - [Residentes]

Residentes Farmacia Comercial Personal Proveedores Almacén Económico Configuración Seguridad Planificador Ayuda

Código: **00003** Nombre: **SONUDIGA**

N.I.F.:  Tipología:  Gran asistido/a Dob Lugar Nac.:  F. Nacimiento:  22/ abr /2010

Nº S.S.:  Est. Civil:  Sexo:  Edad:  0 F. Ingreso:  17/ abr /2010

Nº S.I.P.:  Habitación:  No asignada Cama:  Ext.:  Ult. Ingreso:  17/abr/2010

Controles Escalas Seguimiento Valoración de Cuidados Informes Observaciones

Mostrar datos entre fechas De Fecha: martes , 20 de abril de 2010  
 Mostrar los últimos 10 datos. A Fecha: jueves , 22 de abril de 2010  
 Mostrar los últimos 25 datos.

**Datos**

RELACIÓN DE INGESTA DE LÍQUIDOS DEL RESIDENTE			
Fecha / Hora	Cantidad	Observaciones	Us
22/abr/2010 17:30	120	Gelatina	Ju
22/abr/2010 14:23	66		Ju
21/abr/2010 21:55	150	Gelatina	Ju
21/abr/2010 14:50	66		Ju
20/abr/2010 21:00	33	Gelatina	Ju
20/abr/2010 15:00	120	Gelatina y agua	Ju

Trabajador Social  
 Enfermería  
 Médico  
 Farmacia  
 Económico  
 General

Inicio

Usuario: Juan Navaza Carro

# SUPLEMENTO NUTRICIONAL

ResiPlus 3.0.1 - SOREMAY RESIDENCIAL - [Residentes]

Residentes Farmacia Comercial Personal Proveedores Almacén Económico Configuración Seguridad Planificador Ayuda

Nombre Residente: Nombre Residente

Código: **00003** Nombre: **SONUDIGA**

N.I.F.: Tipología: Gran asistido/a Dob Lugar Nac.: F. Nacimiento: 22/abr/2010

Nº S.S.: Est. Civil: Sexo: Edad: 0 F. Ingreso: 17/abr/2010

Nº S.I.P.: Habitación: No asignada Cama: Ext.: Ult. Ingreso: 17/abr/2010

Controles Escalas Seguimiento Valoración de Cuidados Informes Observaciones

Mostrar datos entre fechas De Fecha: martes, 20 de abril de 2010 A Fecha: jueves, 22 de abril de 2010

Mostrar los últimos 10 datos.

Mostrar los últimos 25 datos.

**Datos**

CONTROLES Y REGISTROS PROPIOS: Suplemento Nutricional

Fecha / Hora	Realizado	Resultado	Observaciones
22/abr/2010 21:30	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	
22/abr/2010 17:30	<input checked="" type="checkbox"/>	50%	
22/abr/2010 09:30	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	
21/abr/2010 21:30	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	
21/abr/2010 17:30	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	
21/abr/2010 09:30	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	
20/abr/2010 21:00	<input checked="" type="checkbox"/>	90%	
20/abr/2010 17:30	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	
20/abr/2010 09:30	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	

Inicio

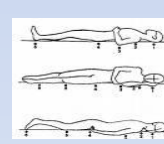
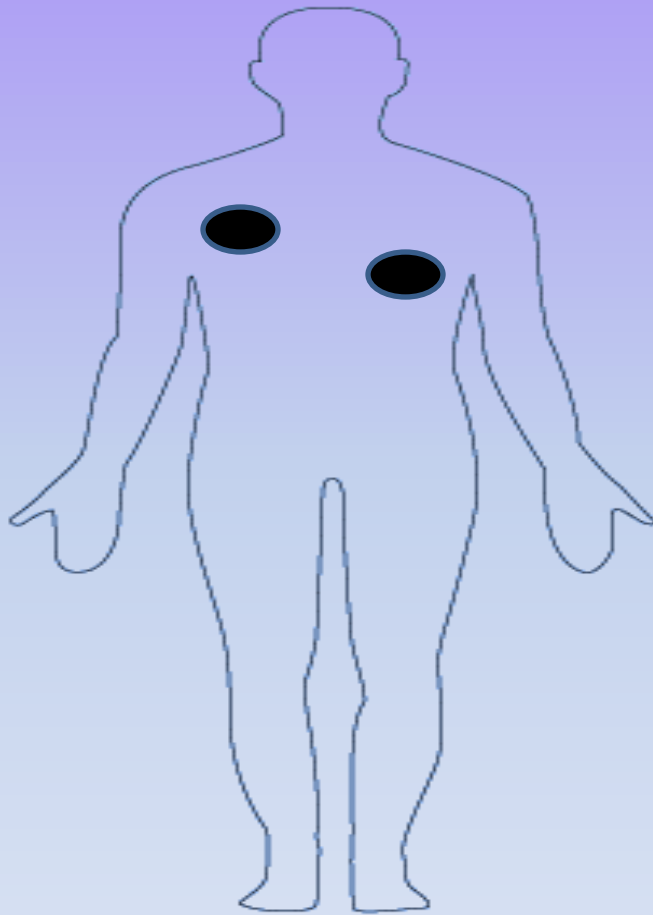
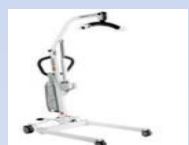
Usuario: Juan Navaza Carro

# SUPLEMENTO NUTRICIONAL

- **DISFAGIA, DEMENCIAS Y ACV**
  - *SUPLEMENTOS NUTRICIONALES GELIFICADOS*
- **UPP**
  - **MÓDULOS NUTRICIONALES GELIFICADOS**



• NOMBRE:  
**SONUDIGA**



**PROGRAMA VALORACIÓN NUTRICIONAL**