

IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER U OTRAS DEMENCIAS

Introducción

-Los adultos mayores, son uno de los grupos humanos más heterogéneos y vulnerables de la población, que presentan un mayor riesgo de sufrir desequilibrios, carencias y problemas nutricionales. Esto es debido por un lado a que las necesidades de algunos nutrientes, pueden verse más incrementadas que en etapas anteriores, y por otro, a la menor capacidad que tienen para regular todos los procesos, relacionados con la ingesta de alimentos, como consecuencia del progresivo deterioro de casi todas las funciones biológicas. Otros factores, como físicos, fisiológicos, emocionales, psíquicos, y socio-económicos, entre otros, que están relacionados al proceso de envejecimiento, junto a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, también pueden potenciar esta situación.

Hallazgos por mi experiencia

-A lo largo de muchos años, me he desempeñado como profesional en diferentes Residencias y Hogares de adultos mayores, conociendo diferentes problemáticas y estilos de trabajo, habiendo sido siempre mi objetivo prioritario el Optimizar el Estado Nutricional del adulto mayor institucionalizado.

-Por los hallazgos encontrados por mi trabajo, en dichos años, y con el propósito de cumplir ese objetivo en el mayor corto plazo posible, ya que está íntimamente relacionado a la salud del adulto mayor, considero de suma importancia el trabajar sobre lo siguiente:

Fortalecer y optimizar:

- El rol profesional del nutricionista en el área y la mayor presencia Institucional, siguiendo como modelo el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención médica, para el adulto mayor.
- La organización y orden en el Servicio de nutrición Institucional.
- La asistencia y control en la alimentación de los residentes.
- La capacitación continua en el área, del equipo de profesionales.
- El trabajo en equipo.

Alimentación saludable para el adulto mayor

-Alimentarse en forma sana, en la edad adulta, significa ingerir en forma moderada y variada, alimentos que proporcionen un equilibrio de energía y nutrientes en el organismo, entendiendo que el comer es una necesidad, pero también es un placer, que aún persiste en el adulto mayor, hecho que hay que tratar de mantener y respetar, en lo posible, a lo largo del resto de sus vidas.

-Los nutrientes y la energía, que aportan los alimentos, son indispensables para que puedan mantener un buen estado de salud, para realizar las actividades diarias, para reducir la susceptibilidad a las enfermedades más frecuentes, y para contribuir a la recuperación, en el caso que ellos se enfermen.

-Por lo tanto una alimentación saludable para el adulto mayor debe aportar:

A) Energía adecuada.

B) Hidratos de carbono, proteínas y grasas.

C) Vitaminas y minerales.

D) Suficiente cantidad de líquidos.

E) Un número equilibrado de comidas diarias.

F) Incluir acompañando a los puntos anteriores, la actividad física diaria, adaptada a cada persona, por los efectos beneficiosos para la salud de ellos, y por estar asociada a la prevención de muchas otras enfermedades.

Necesidades de Energía y nutrientes en el adulto mayor

-Las necesidades diarias de energía y nutrientes dependen de la edad, sexo, talla, peso, composición corporal, actividad física y estado de salud del adulto mayor. Deben también tenerse en cuenta sus hábitos alimentarios, el contexto cultural, y los alimentos disponibles localmente.

-A través de la intervención nutricional, realizada por profesionales especializados de la nutrición, incorporada dentro de las actividades de promoción de la salud, y de recuperación de la salud, en caso que sea necesario, se puede monitorear el estado nutricional del adulto mayor, y evitar carencias y/o excesos.

-Los medios más indicados para determinar si el ingreso de energía y nutrientes en el adulto mayor es el adecuado, o si el adulto mayor se encuentra en riesgo de desnutrición o malnutrición, es a través de los estudios de valoración del estado nutricional, y que incluyen evaluaciones clínicas, bioquímicas, antropométricas y de ingesta alimentaria, entre otros, junto al trabajo en equipo con el resto de profesionales que interactúan con ellos.

Cambios en la edad adulta, que pueden dificultar la alimentación

-Con el paso del tiempo, naturalmente se producen cambios en el ser humano. Los más evidentes son los cambios anatómicos, pero los más importantes son los cambios en el funcionamiento de los órganos y sistemas de nuestro organismo.

.Estos cambios condicionan, y a veces dificultan, la capacidad para llevar a cabo un acto tan habitual como es "EL ALIMENTARSE DIARIAMENTE", ya que se ven afectados los procesos de la digestión, absorción, utilización y excreción de nutrientes, entre otros. Esto dará como resultado, que muchas veces deban usarse diferentes herramientas y estrategias dietéticas, nutricionales y culinarias en las personas de avanzada edad, para lograr que se alimenten saludablemente.

La desnutrición y la malnutrición

-Se llama desnutrición a un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas, causado por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo.

-La desnutrición puede ser causada por la mala ingestión o absorción de nutrientes, y también por una dieta inapropiada como hipocalórica o hipoproteica.

- Ocurre frecuentemente entre individuos de bajos recursos, y principalmente en niños de países subdesarrollados, siendo por otro lado una situación habitual que se da en adultos mayores hospitalizados y/o institucionalizados.

-La diferencia entre esta y la malnutrición, es que en la desnutrición existe una deficiencia en la ingesta de calorías y/o proteínas, mientras que en la malnutrición existe una deficiencia, exceso o desbalance en la ingesta de uno o varios nutrientes que el cuerpo necesita (ejemplo: calorías, vitaminas, hierro, yodo, entre otros).

-Por lo general, estas afecciones vinculadas a la nutrición, se pueden corregir con la reposición progresiva de los nutrientes que faltan, y si están ocasionadas por un problema específico del organismo, con un tratamiento adecuado que contrarreste la deficiencia nutricional. Si se demora en detectarlas o no se recibe la atención médica necesaria, estas afecciones pueden llegar a ocasionar discapacidad tanto física como mental, enfermedades y hasta incluso pueden incrementar los riesgos de mortalidad.

-Se han identificado medidas eficaces en materia de nutrición para mejorar la salud, y la OMS está trabajando con los Estados Miembros y asociados para ampliarlas, en particular para las personas más vulnerables, y empezando desde los primeros estadios del desarrollo.

Causas

-La causa más frecuente de la desnutrición es una inadecuada alimentación, en la que el cuerpo gasta más energía que la comida que consume. Existen enfermedades que pueden desencadenar una mala absorción o dificultades en la alimentación, causando así la desnutrición. Por otro lado, circunstancias sociales, ambientales o económicas pueden arrastrar a las personas a una desnutrición.

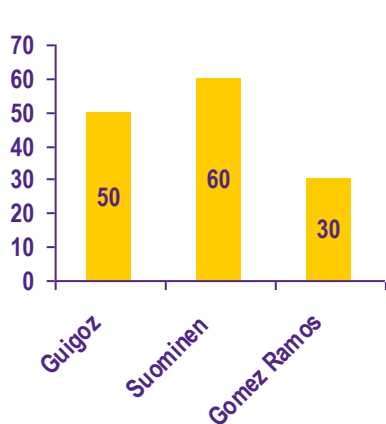
-En cuanto a los costos sanitarios, se debe tener en cuenta que hay un incremento en los mismos.

- El costo del tratamiento de un paciente con riesgo nutricional ha demostrado ser más del doble del costo del tratamiento de un paciente con un estado nutricional adecuado.

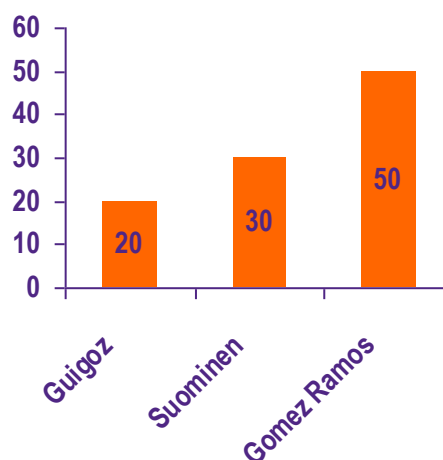
(Amaral et al, 2007)

La desnutrición es un problema frecuente entre los adultos mayores hospitalizados o institucionalizados

Entre el 30 y 60% de adultos mayores hospitalizados o institucionalizados, están desnutridos o con riesgo de desnutrición.



Ancianos en riesgo de desnutrición



Ancianos desnutridos

(Guigoz, 2006 Gomez Ramos y col. 2005. Suominene et al. 2005. Potter. 2001).

¿Qué ocurre cuando un adulto mayor está desnutrido o con riesgo de estarlo?

-La desnutrición en el adulto mayor, puede hacer que se presenten o agraven las siguientes situaciones:

1. Anemia.
2. Úlceras por presión.
3. Disminución de masa y de fuerza muscular, mayor riesgo de presentar Sarcopenia.
4. Pérdida de masa ósea.
5. Fracturas.
6. Deterioro cognitivo, aumento de stress y confusión.
7. Deficiencia en su sistema inmune.
8. Aumento del tiempo de recuperación, si se enferma.
9. Incremento de la estadía hospitalaria, si está internado.
10. Disminución del rendimiento de las actividades diarias.

-Cabe destacar, que esta situación se puede dar tanto en el adulto mayor que vive en su domicilio, como en el que se encuentra internado en un Hospital, o Institucionalizado, por lo que es y debe ser contemplada al evaluar en forma integral al mismo.

Que es la Sarcopenia

-La escasez de masa muscular y una mala función muscular asociadas a la edad recibieron en el año 1989 el nombre de “sarcopenia”, un término derivado del griego que significa “pobreza de carne”. La sarcopenia reviste importancia, porque es frecuente en las personas mayores, y se asocia a una salud precaria.

Sus características principales son:

- Reducción asociada a la edad, de la masa y función muscular.
- Relacionada al sedentarismo, desnutrición y malnutrición.
- Puede ser potenciada por algunas otras enfermedades .
- Los pacientes con Alzheimer u otras demencias, tienen más riesgo de padecerla.
- Incrementa riesgo de caídas y mayor dependencia.
- Aumenta los riesgos de morbilidad y de mortalidad.

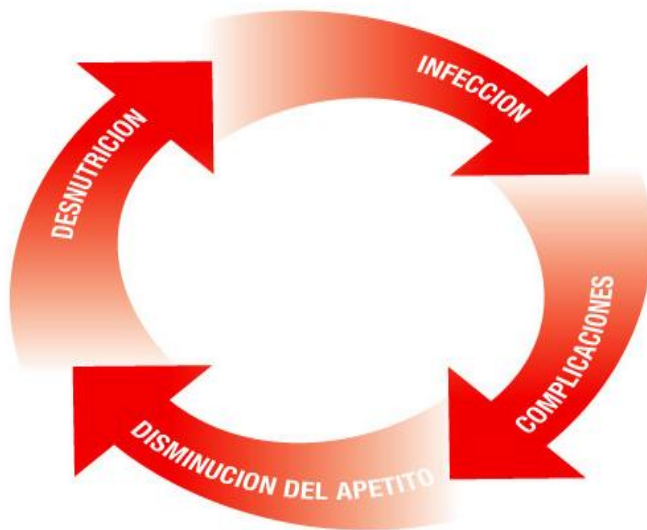
Prevalencia:

1. Adultos mayores en domicilio: 4,6% hombres - 7,9% mujeres.
2. Adultos mayores hospitalizados: 10%.
3. Adultos mayores institucionalizados: mayor a 30%.

Prevalencia por edad:

4. Adultos mayores entre 60-70 años: 5 al 13%.
5. Adultos mayores de 80 años: 11 al 50%.

Consecuencias de la desnutrición



Corren mayor riesgo de contraer enfermedades graves y/o mortales, los pacientes desnutridos.

La deshidratación

-La deshidratación es una situación que se presenta con frecuencia, en los adultos mayores. Muchas veces es la causa de hospitalizaciones urgentes y, si no es diagnosticada, puede llegar a ser fatal.

-A medida que pasan los años, la sensación de sed disminuye y, por lo tanto, el riesgo de deshidratación aumenta en la medida en que los individuos olvidan ingerir líquidos.

Recordar que el adulto mayor:

- Si se enferma pierde más líquido.
- Si se hidrata poco, se produce sequedad en las mucosas, falta de fuerza o disminución del rendimiento, fatiga mental y física.
- Si disminuye el ingreso de líquidos a su organismo, se incrementa el deterioro cognitivo, aumenta su stress y confusión.

Estado Nutricional del Paciente con Alzheimer u otras Demencias

-Sumado a todos los riesgos y situaciones que se mencionaron, que pueden tener los pacientes por ser adultos mayores, se adicionan complicaciones relacionadas a la propia enfermedad, que pueden potenciar más la posibilidad de desnutrición o malnutrición.

-La restricción alimentaria y el saltar comidas, les genera más stress y también incrementa el desequilibrio emocional, el deterioro cognitivo y la confusión.

Puede ocurrir en los pacientes que:

- La regulación central del apetito y del metabolismo estén alterados como un factor inherente a la enfermedad.
- Tengan una disminución en la ingesta calórica, por cuestiones biológicas o conductuales.
- Tengan un incremento, en las necesidades de energía, causado por hiperactividad.
- Posean trastornos de la conducta al alimentarse.
- Pasen por procesos emocionales diversos y recurrentes, que interfieran o alteren sus ingestas.
- Presenten déficit de vitaminas.
- Se hidraten incorrectamente.
- Padezcan de problemas deglutorios.
- Sean más vulnerables a la aparición de sarcopenia.

-A pesar de todo, son numerosos los casos, que demuestran que se puede mantener un estado nutricional saludable, en pacientes con Alzheimer u otras demencias, y de esta forma estamos contribuyendo a mantener su salud, y a mejorar su calidad de vida.

Organización de la alimentación Institucional

Generalidades

-Se debe tener presente, que además de hacer llegar a los pacientes una comida adecuada a sus necesidades, la misma a su vez debe presentarse en las debidas condiciones de rapidez, temperatura, comodidad de uso y el máximo rigor sanitario.

-La respuesta a estos condicionantes es una organización diseñada y estructurada para ofrecer el servicio requerido. Y en este aspecto, es fundamental que todos y cada uno de los profesionales que intervienen en el proceso de alimentación y nutrición, extremen las precauciones para que el producto que ofrecen no solamente sea de calidad gastronómica, sino que también se actué con las máximas condiciones de higiene.

-Con el objeto de prever todas las situaciones que pueden motivar un riesgo para la salud del paciente, o la deficiencia en la calidad del Servicio, se detallan a continuación las normas sugeridas a aplicar en los Servicios de alimentación, en este caso aplicables a las Instituciones que albergan a adultos mayores.

Es fundamental tener en cuenta, las siguientes normas y recomendaciones:

1. Organización del Servicio de Alimentación Institucional de acuerdo a las Directivas planeadas para el Funcionamiento del Área de Alimentación y Dietoterapia, y la Aprobación e Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Derogación de res. 168/97) (M.S.). (Ministerio de Salud).
2. Elaboración del Manual de buenas prácticas de manufactura, que sirva de guía permanente para el control de la calidad de todo el Servicio de Alimentación Institucional.(IRAM-IAC-ISO E 9000 y que establece como prerrequisitos las buenas prácticas y la implementación del HACCP).
3. Indicaciones médicas, con el tipo de dieta y la adecuación, si es necesaria.
4. Confección de planillas y estadísticas.
5. Identificación con nombre del paciente de cada plato, en todas las comidas.
6. Registros de ingestas en report de enfermería, luego de cada comida.
7. Registro diario y recuento calórico, para casos especiales.
8. Entrenamiento del personal con las habilidades necesarias.
9. Ejercer vigilancia nutricional, en todas las comidas.
10. Cumplimiento de las normas de Higiene en los momentos.

Equipo profesional que interviene

1. Médico.
2. Nutricionista.
3. Enfermero.
4. Psicólogo.
5. Terapista ocupacional.
6. Fonodólogo.
7. Chefs-Especialistas en cocina.
8. Fisioterapeuta.
9. Trabajadora social.
10. Farmacéutico
11. Odontólogos.
12. Otros especialistas de acuerdo a necesidades.

Meyer et al, 2001; Shronts et al, 2001

Recomendaciones de proteínas

-Recientemente la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS), en cooperación con otras organizaciones científicas, designó un grupo de estudio internacional para abordar la cuestión de las necesidades proteicas del adulto mayor (PROT-AGE Study Group).

El grupo recomendó una ingesta media de al menos 1 a 1,2 gr/kg día de proteínas, y una ingesta mayor de 1,2-1,5gr/kg/día de proteínas para los que pueden realizar ejercicio físico, o presentan enfermedades agudas o crónicas, exceptuando a los pacientes que tengan insuficiencia renal.

-Otros factores, como las pautas de alimentación, los horarios de ingesta de proteínas y la ingesta concomitante de aminoácidos o ácidos grasos específicos pueden contribuir a optimizar la digestión y la absorción de proteínas en las personas mayores.

-Se ha propuesto que la pauta de alimentación por pulsos (es decir, una comida principal altamente proteica, por lo general a mediodía) mejora efectivamente el anabolismo proteico de todo el organismo.

-Por otro lado, una pauta de alimentación distribuida (es decir, ingesta de 25-30 g de proteínas de alta calidad en cada comida) puede ser un modo más fácil de garantizar una respuesta anabólica mayor en 24 horas a largo plazo.

Características de los Menús

- Se organizan de acuerdo al valor calórico y nutricional recomendado, para este tipo de pacientes, y se contemplan los casos individuales. RDA.
- Se dan proteínas alto valor biológico en almuerzo y cena, de acuerdo a las indicaciones médicas.
- Se contempla presencia de fibra, para mejorar trabajo intestinal.
- Se confeccionan los menús en equipo y sus listas correspondientes, junto con los Chefs que trabajan en la Institución.
- Intervienen terapeutas ocupacionales y fonodólogos. en lo referente a la adaptación, asistencia y deglución, junto a otros especialistas.
- Se adaptan los platos al estado de salud de estos pacientes.
- Las preparaciones deben ser húmedas y con buena hidratación.
- Se deben saborizar y condimentan.
- Los menús deben ser sanos, nutritivos, ricos e higiénicos.
- Se deberán evaluar los sobrantes y residuos , en las comidas.

-La adecuación de los menús en su consistencia y textura, y las adaptaciones de la vajilla en general, cobran cada vez más protagonismo, a medida que avanza la enfermedad. La misma debe ser monitoreada y controlada, por el equipo profesional.

Sabor y presentación

-El sabor en las comidas, es la sensación que producen los alimentos u otras sustancias en el sentido del gusto.

-Implica el usar hierbas y especias, que harán que la comida sea más apetitosa, y que los estimule a que se alimenten mejor.

-Recordar que estos pacientes en general, tienen disminuido el sentido del gusto y el olfato , entre otras cosas; por eso resulta de vital importancia realzar el sabor con ellas.

La comida sabrosa y rica, y con muy buena presentación, les causa placer y les satisface también desde el punto de vista psicológico, además de ayudarlos a comer mejor y en forma efectiva, debiendo ser cualidades fundamentales presentes.

Importancia de los Horarios de las comidas y su relación con la energía

1. Desayuno. 8hs.
2. Almuerzo. 12.30hs.
3. Merienda. .16hs.
4. Cena. 20hs.
5. Otras: colaciones entre las comidas, o post-cena.

-Cada una de las comidas del día, cubre un porcentaje de la energía y nutrientes, que el paciente necesita. Si éste pierde comidas, recibirá en el día solo una parte de sus necesidades, y si esto se repite frecuentemente, tendrá efectos sobre su estado nutricional, repercutiendo seriamente en su salud.

-Las ingestas de comidas deben de ser serenas, sin apuros y libres de distracciones. Las personas con estas enfermedades, tienen dificultad en concentrarse, y son muy sensibles al ruido y a la estimulación excesiva.

-Las comidas deben ser completas, variadas y adecuadas a cada paciente.

Hidratación diaria

El consumo de agua debe contemplar como mínimo la siguiente frecuencia:

1. En el desayuno. 1 vaso.
2. A media mañana. 1 vaso.
3. En el almuerzo.2 vasos.
4. A media tarde.1 vaso.
5. En la merienda.1 vaso.
6. En la cena.2 vasos.
7. Total estimado: 1500cc.

-Cada paciente tendrá su jarra individual, con la identificación personal de cada uno, y será administrada por personal indicado, y de acuerdo a las indicaciones médicas.

El comedor y el ambiente

El comedor y el lugar donde se ingieran las comidas deberán reunir las siguientes condiciones:

- Tranquilidad y serenidad.
- Iluminación suficiente y en lo posible luz natural.
- Calidez de Hogar.
- Participación de pacientes, en actividades previas relacionadas con las comidas.
- Disminución de distracciones.
- Acompañamiento en las comidas, a realizar por los profesionales de asistencia y control de la Institución.

Importancia de la música durante las comidas

-La Música resulta beneficiosa durante las comidas.

-Ayuda a que el paciente se sienta más relajado y confortado.

-El tipo de música deberá ser armonioso y placentero, ya que esto induce a la paz, serenidad y dignidad en la persona .

-Las investigaciones en psicología y antropología musicales demuestran que la música se percibe y es respondida de manera individual, o en correspondencia con ciertas normas culturales. El significado extraído de la música por cada persona, los valores atribuidos, y las acciones que surgen de su influencia, no son previsibles en el sentido etnocéntrico implícito en la mayoría de las investigaciones sobre los efectos de la música, pero en estos pacientes su presencia al alimentarse los beneficia.

Evaluación del estado nutricional

1) Al ingreso se deberán cumplir los siguientes controles:

- Estado de salud al ingreso, y antecedentes médicos, que puedan influir en los tiempos de su nutrición.
- Evaluación de curva de peso anterior.
- Examen físico completo, antropometría, pliegues y composición corporal.
- Evaluación de la ingesta previa al ingreso.
- Medicación que pueda afectar su estado nutricional.
- Pruebas de laboratorio que midan su estado nutricional.
- Gustos y hábitos de comida, información importante que debe obtenerse a través de la familia.
- Cambios conductuales, relacionados a su alimentación.

2) Monitoreo mensual:

- Realizar evaluaciones nutricionales mensuales, y el seguimiento correspondiente semanal.
- Documentar en las Historias Clínicas dichas evaluaciones.
- Utilización de balanzas específicas y adecuadas .

¿Qué puedo hacer sino tuvieron ganas de comer o no les gustó la comida ?

1. Organizar esquema de emergencias (A, B y C).
2. Informar, comunicar y pedir ayuda (documentarlo).
3. Seguimiento y control de todas las comidas (planillas).
4. Intervenir si es necesario, en forma precoz.
5. Anticipar posibles problemas, y establecer medidas más tempranas.

¿Cómo mejorar estado nutricional?

1. Actuar rápido.
2. Trabajar en forma individual.
3. Establecer seguimiento.
4. Planificar acciones nutricionales.
5. Elegir el soporte nutricional adecuado, si hay fallas en las otras estrategias.

¿Qué es el soporte nutricional?

-Es la provisión de nutrientes, por vía oral, enteral o parenteral, con fines terapéuticos, ya sea para mantener o restaurar un estado nutricional, y de salud óptimo. (Guías ESPEN/ASPEN).

-El objetivo principal del empleo del soporte nutricional en el paciente, es reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a la desnutrición, mediante el suministro de nutrientes y energía adecuados, de manera oportuna.

-Deberá estar organizado y monitoreado por un equipo profesional capacitado.

¿Cuándo se indica?

1. En pacientes desnutridos.
2. Cuando el paciente no puede comer.
3. Cuando el paciente presenta marcado negativismo a la ingesta.
4. Cuando se prevé que no comerá.
5. Si la ingesta oral fue insuficiente, luego del registro alimentario (7-10 días).
6. Prever trabajo en equipo, con la Familia.

Etapas finales

- Es recomendable que el paciente con demencia avanzada o terminal reciba medidas paliativas para mejorar el confort y su calidad de vida en la medida de lo posible.
- Es importante acompañar al paciente y su familia, en todos los aspectos posibles, incluyendo los psicológicos, sociales, espirituales y de duelo.
- La nutrición es una parte importante del buen morir, debiendo ser organizada y monitoreada por un equipo profesional especializado.
- Se debe interactuar en equipo con la Familia del paciente, en todo momento.

Conclusión

¿Cómo ayudarlos desde mi lugar a mejorar su calidad de vida?

Con especial cuidado en:

- La Nutrición.
- La Hidratación.
- El Trabajo en Equipo.
- La participación en actividades diarias de la Institución.
- La valoración de su autoestima y dignidad como persona, brindándoles amor, cariño y atención adecuada.
- Nuestra capacitación permanente.

Cierre final

-En enfermedades como el Alzheimer u otras Demencias, un estado nutricional desequilibrado, y la falta de hidratación adecuadas, junto a la inactividad física , entre otras cosas, agravan el estado cognitivo y de atención de la persona, con las consecuencias negativas de salud ya mencionadas anteriormente.

-Son numerosos los casos, que demuestran que se puede mantener un estado nutricional saludable, en pacientes con Alzheimer u otras demencias, a lo largo de su enfermedad, si aplicamos las normas expuestas, fundamentalmente trabajando en equipo.

-Es nuestro desafío, como profesionales de la salud, que lo previamente expuesto se cumpla, y aportando de esa manera desde su nutrición, calidad de vida.

Sonia De Bento Biet.

-Nutricionista especializada en adultos mayores. Universidad de Buenos Aires.

-Especializada en Fisiología de la actividad física, deporte y Nutrición. Universidad Favaloro. Argentina.

-Diplomada en Gerontología. Asociación Médica Argentina.

-Integrante equipo para el Capítulo de Nutrición adultos mayores SAGG, y miembro de la misma sociedad. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria.

-Responsable Servicio de Nutrición y miembro del equipo, en Residencia Manantial. Especializada en Alzheimer y otras demencias. Buenos Aires. Argentina.

-Responsable Servicio de Nutrición, en la Organización y miembro del equipo, en The Senior Home. Residencia asistida para adultos mayores . Buenos Aires. Argentina.

Referencias bibliográficas:

1. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Rome Declaration on Nutrition. Second International Conference on Nutrition. Rome: FAO/WHO; 2014.
3. Dep. Nutrición Facultad de Farmacia Universidad Complutense de Madrid. Angeles C. Azcona. 2014-2015.
4. Rombeau-Rolandelli. Nutrición Clínica. Cap.30 y 35. McGraw-Hill Interamericana.
5. Scherdel P, Dunkel L, van Dommelen P, Goulet O, Salaün JF, Brauner R, Heude B, Chalumeau M (14 de enero de 2016). «Growth monitoring as an early detection tool: a systematic review». *Lancet Diabetes Endocrinol* (Revisión). pii: S2213-8587 (15): 00392-7. doi:10.1016/S2213-8587(15)00392-7. PMID 26777129. «Conclusion. At present, growth-monitoring practices in most countries are based on insufficient data and suboptimal methods, resulting in delayed diagnosis of severe disorders, inappropriate referrals of disease-free children with normal variants of growth, and high health-care costs. Although incompletely validated, three algorithms seem the most promising —the Grote and Saari clinical decision rules^{25,29,31}— but clinicians should keep in mind that an algorithm is a decision-making companion that will never replace their own clinical assessment and judgment. Further investigations are needed to standardise the practice of growth monitoring, with a consensus on a few priority target conditions and with internationally validated clinical decision rules to define abnormal growth, including the selection of appropriate growth charts. The shift from experience-based to evidence-based growth monitoring will be possible only with the effort of primary-care health professionals to routinely and correctly measure children’s height and weight, and plot the measurements on growth charts.».
6. Ferrari, Karina, *Historia, desarrollo y evolución de la musicoterapia como disciplina académica*, Texto incluido en la bibliografía de Lic. en Musicoterapia, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
7. Gallardo, R. *Musicoterapia y salud mental*, Ediciones Universo. Buenos Aires. 1998. capítulo 2
8. Jauset, J. *Música y neurociencia: la musicoterapia*. Ed. UOC, Barcelona, 2008.
9. Katagiri, J. (2006) *Los efectos de la formación musical y de textos sonoros en la comprensión emocional de niños con autismo*. Florida’s state University Journal.
10. Lago, P y col (1996). *Música y Salud: Introducción a la musicoterapia I*.
11. Lacarcel M, J. (1995). *Musicoterapia en educación especial*. Murcia. Compobell
12. Léon Bence y Max Méreaux, *Guía muy práctica de musicoterapia*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1988.
13. Lundqvist, L. y otros (2009) Effects of Vibroacoustic Music on Challenging Behaviors in Individuals with Autism and Developmental Disabilities. *Autism Spectrum Disorders*. v3 n2 p390-400.
14. Pellizzari Patricia, *El malestar en la voz*, musicoterapia psicoanalítica. Editorial Resio. Buenos Aires, 1993.
15. Pellizzari, P. Rodríguez, R. J. *Salud, escucha y creatividad*, musicoterapia preventiva psicosocial. Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina, 2005.
16. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc*.2013;14:542-59.
17. Calvani R, Miccheli A, Landi F, Bossola M, Cesari M, Leeuwenburgh C, et al. Current nutritional recommendations and novel dietary strategies to manage sarcopenia. *J Frailty Aging*. 2013;2:38-53.
18. Morley JE, Argiles JM, Evans WJ, Bahsin S, Cella D, Deutz NE, et al. Nutritional recommendations for the management of sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11:391-6.
19. Paddon-Jones D, Rasmussen BB. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia. *Curr Opin Clin Nutr. Metab Care*. 2009;12:86-90.

20. Weitzberg E, Lundberg JO. Novel aspects of dietary nitrate and human health. *Annu Rev Nutr.* 2013;33:129–59.
21. Pellizzari, Patricia y colaboradores: Flavia Kinisberg, Germán Tuñón, Candela Brusco, Diego Patles, Vanesa Menendez, Julieta Villegas, y Emmanuel Barrenechea. *Crear Salud*, aportes de la Musicoterapia preventiva-comunitaria. Patricia Pellizzari Ediciones. Buenos Aires, 2011.
22. Dementia. The NICE-SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. London (United Kingdom): National Collaborating Centre for Mental Health. Social Care Institute for Excellence. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007. National Clinical Practice Guideline Number 42.196.
23. Demencias desde la Atención Primaria. GdT de demencias de la SemFYC. 1ª edición. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC); 2005.
24. Directrices de Organización y Funcionamiento del Área de Alimentación y Dioterapia y la Grilla de Habilitación Categorizante del Área de Alimentación y Bioterapia. Aprobación e incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Derogación de la res. 168/97 (M.S.) del 06/12/2007; Boletín Oficial 18/12/2007 .
25. Instituto Argentino de Normalización: Norma argentina IRAM 14201 - Servicio de alimentos. Buenas prácticas de manufactura. Año 2001.
26. ANMAT - Administración de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica - Disposición 2592/2003.
27. C.A.A - Código Alimentario Argentino: Art. 136 a 154. Condiciones generales de las fábricas y Comercios de alimentos.