



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y
DIETÉTICA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PACIENTE FEMENINO DE 34 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA ANOREXIA
NERVIOSA.**

AUTORA

MARÍA DEL CARMEN GALARZA ROLDÁN

TUTORA

ND. KARLA GISELLA VELASQUEZ PACCHA MSc.

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2020

ÍNDICE GENERAL

Título

Paciente femenino de 34 años de edad que presenta anorexia nerviosa

INTRODUCCIÓN	7
I. MARCO TEÓRICO	9
1.1 Justificación	16
1.2 Objetivos	18
1.2.1 Objetivo general	18
1.2.2 Objetivos específicos	18
1.3 Datos generales	19
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	19
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	19
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	21
2.3 Examen físico (exploración clínica).	22
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	24
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	25
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	25
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	39
2.8 Seguimiento.	40
2.9 Observaciones	40
CONCLUSIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	44

DEDICATORIA.

Dedico esta investigación de caso clínico en primer lugar a Dios el padre que aún me mantiene con vida, a mis padres Santos Galarza y Carmen Roldán por darme la educación y el apoyo moral y económico, a mi hermana Jhomaira Galarza Roldán quien ha estado junto a mi persona brindándome el apoyo necesario a lo largo de mi vida estudiantil ya que con su ayuda y consejos ha sabido guiarme para ser una persona de bien tanto en el aspecto humano como profesional, a mis abuelitos (+) Carlos Roldán y Segunda Zavala quienes han sido mi ejemplo a seguir para lograr ser una persona correcta, honesta y con objetivos claros, y a mis maestros quienes son los responsables en mi formación profesional, por su constante apoyo y comprensión.

A mi familia que de una u otra manera han estado conmigo en los momentos precisos para ayudarme en los momentos más difíciles

AGRADECIMIENTO.

Cuando nuestra vida nos enfrenta a una tarea de tal magnitud se necesita el apoyo de una mano amiga, por lo que es muy difícil agradecer a todos los que de alguna forma contribuyen a esto.

A mis padres por brindarme su apoyo tanto moral como económico para lograr este objetivo de superación, a mi hermana quien siempre me ha brindado su apoyo y consejos necesarios para no decaer en este camino para poder cumplir un sueño de ser licenciada en Nutrición y Dietética.

A la UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO por darme la oportunidad de estudiar en sus instalaciones y poder obtener mi título de tercer nivel.

A la Dra. Rosario Chuquimarca, quien con su sabiduría e inteligencia, supo enseñarme lo que es la nutrición, en los primeros semestres de la carrera.

A la licenciada Carmen Rodríguez, quien con su carisma nos supo brindar su amistad y ayuda.

A mi tutora y asesora Nutricionista Dietista Karla Velázquez por su colaboración en esta investigación.

A mi familia que con su apoyo diario aunque distante son mi fuerza para continuar con todas las tareas que se me asignan.

Y no podría terminar, sin agradecer de manera muy especial a la Dra. Mirian Lindao, por la paciencia y serenidad que siempre transmite, y hace que lo más difícil se vuelva lo más sencillo posible, le agradezco por ser mi coordinadora de internado en la cual nos supo brindar todo el apoyo para realizar un buen trabajo.

RESUMEN.

En la actualidad en el Ecuador no existen cifras exactas sobre esta enfermedad, sin embargo los resultados son que en Cuenca existe un 15 % de mujeres que padecen estos problemas alimenticios. Se estima que de cada 5 personas tres tienen bulimia y anorexia. En los países occidentales se estima una prevalencia del 1% para la anorexia nerviosa y del 2 al 4% para la bulimia nerviosa, la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria atípico puede situarse en torno al 5 y al 10%, aunque los datos en varones son más limitados, se estimula una prevalencia entre varones y mujeres de 9.1 %.

Paciente femenino de 22 años de edad, asiste a la consulta acompañada de sus padres y su hermana, estos describen que hace 8 meses empezó a pedir a su madre que cocinara saludable, por que empezó a perder peso, pero toda empezó a cambiar desde que perdió a su hijo, en la cual empezó a disminuir la ingesta de alimentos y a saltarse varias comidas, está obsesionada con las calorías que ingiere. Roxana refiere que estará tomando 800 kcal/día. Desde hace 2 meses la ingesta se ha reducido a una manzana y agua, ha perdido unos 11kg (de 68 Kg a 52kg), Amenorrea desde hace 4 meses. Los padres no refieren conductas purgativas ni ejercicio.

La Anorexia es una enfermedad con más frecuencia en los adolescentes y jóvenes pero también puede aparecer después de los 40 años de edad, el ideal de una persona esbelta y delgada que se observa en modelos y en la moda y la presión social sobre todo en los medios de comunicación, el terror a la obesidad y las dietas incorrectas sin control puede ser que se contraiga una enfermedad muy grave que acabe en la muerte.

PALABRAS CLAVES.

Anorexia nerviosa: es un trastorno alimenticio caracterizado por la distorsión de la imagen corporal.

Trastornos alimentarios: son manifestaciones extremas de una variedad de preocupaciones por el peso y la comida experimentados por mujeres y hombres.

Factores de riesgo: son aquellos que facilitan la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.

ABSTRACT

At present in Ecuador there are no exact figures on this disease, however the results are that in Cuenca there are 15% of women who suffer from these eating problems. It is estimated that three out of 5 people have bulimia and anorexia. In the western countries, a prevalence of 1% for anorexia nervosa and 2 to 4% for bulimia nervosa is estimated, the prevalence of atypical eating disorders can be around 5 and 10%, although the data in men they are more limited, a prevalence among men and women of 9.1% is stimulated.

Female patient of 22 years of age, attends the consultation accompanied by her parents and her sister, they describe that 8 months ago she began asking her mother to cook healthy, because she began to lose weight, but everything began to change since He lost his son, in which he began to reduce food intake and skip several meals, is obsessed with the calories he eats. Roxana says he will be taking 800 kcal / day. For 2 months the intake has been reduced to an apple and water, has lost about 11kg (from 68 kg to 52kg), Amenorrhea for 4 months. Parents do not report purgative behaviors or exercise.

Anorexia is a disease with more frequency in adolescents and young people but it can also appear after 40 years of age, the ideal of a slender and thin person that is observed in models and in fashion and social pressure especially in children. media, the terror of obesity and improper diets without control can be that you get a very serious disease that ends in death.

KEYWORDS.

Anorexia nervosa: It is an eating disorder characterized by distortion of body image.

Eating disorders: these are extreme manifestations of a variety of concerns about weight and food experienced by women and men.

Risk factors: those that facilitate the appearance of eating disorders.

INTRODUCCION.

En la actualidad en el Ecuador no existen cifras exactas sobre esta enfermedad, sin embargo los resultados son que en Cuenca existe un 15 % de mujeres que padecen estos problemas alimenticios. Se estima que de cada 5 personas tres tienen bulimia y anorexia. En una investigación realizada en Quito se halló que: las mujeres tienen más riesgo de un TCA que los hombres. También que existe asociación significativa entre el IMC con empezar una dieta. El empezar una dieta se asocia según el sexo del paciente, así es como más mujeres 55,75% que hombres han 3 Empezado una dieta en el último año 32,5%. El grupo que presentan sobrepeso u obesidad tiene un mayor riesgo de presentar un TCA 22,85% comparado con los que no tienen sobrepeso/obesidad 17,08%. (UIDE, 2013). En México se realizó una investigación llamada: Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes donde se estudiaron 135 hombres y 138 mujeres, con una edad promedio de 14 y 13,8 años, respectivamente. El IMC, en promedio, fue de 21,09 en hombres y de 22,69 en mujeres, que se clasificó como sobrepeso. La población que mostró conductas alimentarias patológicas representó un 5%, según la encuesta EAT, y de 4% según la escala de Gardner. (Camarillo Ochoa, Cabada Ramos, Gómez Méndez, & Munguía Alamilla, 2013). En los países occidentales se estima una prevalencia del 1% para la anorexia nerviosa y del 2 al 4% para la bulimia nerviosa, la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria atípico puede situarse en torno al 5 y al 10%, aunque los datos en varones son más limitados, se estimula una prevalencia entre varones y mujeres de 9.1 %. La edad de comienzo de la Anorexia nerviosa más frecuente es la adolescencia o la juventud, aunque en algunos casos aparece

después de los 40 años o en la infancia. . (Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor 2015)

Este trabajo es una expresión sobre la problemática de los trastornos alimenticios en nuestra sociedad. A partir de los últimos años el aumento de esta enfermedad es cada vez mayor.

Roxana Martínez es una paciente de sexo femenino de 34 años de edad con trastorno de la conducta alimentaria que ingresa de forma involuntaria al Hospital de Especialidades Ambato, para tratamiento y seguimiento de la anorexia nerviosa. La paciente es madre soltera y la menor de dos hijas de padres divorciados. En la actualidad convive con su madre, ya que no tiene un ingreso estable no se alimenta de una forma saludable por su estabilidad económica, la cual empezó a disminuir la ingesta de alimentos y saltándose varias comidas al día. La personalidad de la paciente era alegre y extrovertida, pero a raíz de la muerte de su primogénito todo empezó a cambiar. Actualmente es una persona triste, desanimada, con rasgos obsesivos, con escasas relaciones sociales, sin planes reales a futuro.

La problemática se vuelve más preocupante cuando los trastornos alimenticios se vuelven parte de su vida cotidiana y se relacionan con una exigencia hacia una figura esbelta.

Este trabajo pretende conocer más a fondo cuales son los métodos y las dietas utilizadas para el tratamiento de estos desórdenes alimenticios, ya que en la actualidad personas en especial jóvenes padecen de este trastorno por una mala información o por el simple hecho de estar a la moda la cual les lleva a una mala decisión que puede terminar en la muerte.

La organización Mundial de la Salud define a la anorexia como “trastorno caracterizado por la presencia deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo”.

I MARCO TEORICO.

Los trastornos de la conducta alimentaria, es una enfermedad con más frecuencia en los adolescentes y jóvenes pero también puede aparecer después de los 40 años de edad, el ideal de una persona esbelta y delgada que se observa en modelos y en la moda y la presión social sobre todo en los medios de comunicación, el terror a la obesidad y las dietas incorrectas sin control puede ser que se contraiga una enfermedad muy grave que acabe en la muerte. La Anorexia es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por las alteraciones de la ingesta alimentaria o de la conducta sobre el control de peso, esto produce como consecuencia, una malnutrición que daña al organismo y por ende al funcionamiento cerebral.

Los trastornos hacen referencia a un conjunto de síntomas, conducta de riesgo y signos que pueden presentarse en diferentes entidades clínicas y con diferentes niveles de severidad.

Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan cuando una persona no ingiere una adecuada ingesta calórica que el cuerpo necesita para el correcto funcionamiento de acuerdo a su edad, estatura, estilo de vida, etc.

Los principales trastornos alimenticios son la Anorexia, la Bulimia y la ansiedad para comer.

La Anorexia se identifica por la reducción de la ingesta alimentaria de un individuo en relación a su edad, sexo, estatura y necesidades vitales. Esta disminución de la ingesta no es producto de la falta de apetito, sino a una negación a comer, motivada por el temor a subir de peso.

Los agentes que causan los trastornos alimenticios son:

Factores biológicos. Existen estudios que muestran niveles anormales de químicos en el cerebro, muchas personas están predispuestas a sufrir de ansiedad, perfeccionismo, comportamientos y pensamientos compulsivos, por lo que estos individuos son más vulnerables a sufrir un trastorno alimenticio.

Factores psicológicos. Las personas con trastornos alimenticios tienden a crear expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas que los rodean. A pesar de ser exitosos se sienten incompetentes, ineptos, inútiles, etc. No tienen sentido de identidad. Por consiguiente, tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.

Factores familiares. Familias sobreprotectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas, tienden a desarrollar personas con estos tipos de trastornos alimenticios. Las familias que padecen esta clase de enfermedades no demuestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a no demostrar sus sentimientos, ansiedades, dudas, etc., y toman el control por medio del peso y la comida.

Factores sociales. Los medios de comunicación relacionan la belleza física con lo bueno y la imperfección física con lo malo. Los individuos populares, exitosos, inteligentes, admirados, son personas con el cuerpo perfecto. Las personas que no son delgadas y preciosas son asociadas con el fracaso. (Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor 2015)

En la Bulimia la ingesta de alimentos se realiza en forma de atracón, en donde se ingiere una gran cantidad de alimentos con la sensación de pérdida de control.

Son momentos de voracidad que van acompañados por un fuerte sentimiento de culpa, lo que se acude a medidas compensatorias inadecuadas, como la autoinducción al vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos o enemas, el ejercicio excesivo y el ayuno prolongado.

En la ansiedad de comer se presente el síntoma del atracón sin la conducta compensatoria, por ello la persona que lo padece presenta sobrepeso.

Las personas que padecen de Anorexia y Bulimia toman en cuenta casi exclusivamente cuánto y cómo comen o en dejar de hacerlo. Y se obsesionan con su imagen, piensan mucho en como son vistos por los demás. Tras estos comportamientos hay una preocupación por el peso, por no engordar, por mantener una delgadez extrema o tratar de disminuir más sus tallas, la imagen corporal es distorsionada la cual no corresponde a la realidad.

La organización Mundial de la Salud define a la anorexia como “trastorno caracterizado por la presencia deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo”.

EPIDEMIOLOGÍA

“En los países europeos se acepta una prevalencia cercana al 1% para Anorexia Nerviosa y del 2-3% para Bulimia nerviosa; ambos porcentajes corresponden a mujeres jóvenes”. No obstante, la prevalencia puede ser superior en categorías profesionales como modelos, bailarinas y gimnastas de competición. También se suponen poblaciones de alarma los homosexuales varones e individuos con complicaciones médicas crónicas que afectan a la imagen, como diabetes, fibrosis quística del páncreas, escoliosis, etc.

La aparición de la Anorexia Nerviosa está relacionada con un conjunto de causas. (Chica Heredia, Coronel Zárate, and Romero Alvarado 2012)

CAUSAS.

• Causas Sociales

Numerosos estudios demuestran que en las sociedades en las que se enfatiza la delgadez como símbolo de éxito aparece este tipo de trastorno alimenticio en una mayor proporción.

La Anorexia es más común entre las mujeres adolescentes de la clase media y alta. También se presenta en hombres, pero es poco común. Los trastornos alimentarios resultan de la demanda sociocultural de esbeltez en las mujeres, la cual produce una preocupación por el peso. El énfasis creciente de la sociedad en la esbeltez durante los últimos 20 años se relaciona con un incremento de la incidencia de los trastornos alimentarios.

En la sociedad occidental, hay una marcada preferencia por la esbeltez que al parecer predomina en las clases socioeconómicas altas, a diferencia de lo que pasa en los países que tienen dificultades en la obtención de comida. Esta presión por un ideal de belleza delgado se ha ido intensificando (Raich, 1994).

Para Nasser (1988), estar delgada simboliza a la mujer que es capaz de combinar cualidades de autocontrol y de libertad sexual con los valores tradicionales de atractivo. Todas las sociedades han desarrollado unos ideales de belleza que marcan los objetivos a seguir y se ha insistido especialmente en el ideal de belleza femenina.

Los prejuicios en contra de estar obeso son fuertes y la importancia de estar delgados es muy trascendental en muchas sociedades. Incluso algunas elecciones profesionales relacionan la delgadez con los “logros”. Los grupos de bailarines y modelos corren el riesgo de desarrollar Anorexia (Goldbloom y Garfinkel, 1990).

La presión sociocultural inclina las preferencias hacia el estar delgado, produciéndose una estigmatización del sobrepeso, por considerárseles poco atractivos, descuidados, perezosos, con poco autocontrol y enfermizos (Raich, 1994).

Sólo una de cada cien a ciento cincuenta adolescentes de 15 años o más se vuelven anoréxicas y la tasa es menor en niñas; ya que la mayoría de ellas están expuestas a presiones socioculturales similares y la tasa menor sugiere quizás a otros factores relevantes en el desarrollo de este trastorno (Sarason, 1996).

En un gran porcentaje de muchachas aparece el deseo de estar más delgadas (Toro y Cols, 1989; Raich y Cols., 1992), mientras que muchos chicos querrían pesar más, en todo caso, disminuir su peso en proporciones inferiores a las expresadas por la muestra femenina. Este estudio se realizó con una muestra de 3000 adolescentes, un 48% de las chicas querían pesar menos, mientras que un 33% de los chicos querían pesar más. Las investigaciones nos reportan que la preocupación por el peso aumenta con la edad, que predomina entre 17 y 18 años de edad, pero se está observando una disminución progresiva de la edad de las “preocupadas”.

- **Causas psicológicas**

Las personas que sufren de estos trastornos serían descritas como más inestables emocionalmente, más condicionables ante el castigo.

Las pacientes anoréxicas/os presentan conductas de inmadurez, pasividad/agresión y un patrón de conducta auto derrotista. Por lo que tienen una tendencia a desplazar sus conflictos emocionales hacia malestares somáticos.

- **Causas familiares**

A pesar que no es posible identificar una familia típica o específica que provoque miembros con Anorexia (Toro y Vilardell, 1987) han descrito aspectos familiares que pueden tener alguna influencia en la aparición de estos trastornos: familiares de primer grado que presentan trastornos alimentarios, afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias, obesidad materna y estatus socioeconómico medio-alto y en algunos casos edad de los padres más elevada.

Se ha observado asimismo que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de enfermos del tipo compulsivo/purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos revelan un mayor índice de concordancia en los gemelos mono cigotos que di cigotos (DSM-IV).

CLASES DE ANOREXIA NERVIOSA.

Existen 2 subtipos de anorexia nerviosa.

Tipo restrictivo: el individuo no está involucrado fijamente en un régimen alimenticio o una conducta purgativa, esto significa que el individuo se incita al

vómito, ejercicio excesivo, o el abuso inadecuado de laxantes, diuréticos y enemas.

Tipo purgativo/ compulsivo: el individuo está involucrado fijamente a una dieta rigurosa o una conducta purgativa, esto significa que el individuo se incita al vómito, ejercicio excesivo, o el abuso inadecuado de laxantes, diuréticos y enemas.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Manifestaciones físicas.

Indicios de pérdida de peso significativo más del 25% del peso previo o su equivalente en adolescentes en crecimiento. Índice de masa corporal < 17,5, pelo quebradizo y abundante lanugo, Signo de Russell (callosidades sobre los nudillos por vómitos auto provocados), amenorrea, con atrofia muscular y protuberancias óseas (como escápula y costillas visibles), exagerada sensibilidad al frío, piel pálida- amarillenta, piel reseca, puede a ver presencia de acné, y pérdida excesiva del cabello, debido a la anemia a los cambios hormonales, debilidad y mareos, palpitaciones, ritmo cardíaca aumentado, hipotensión, calambres musculares, mal aliento, agrandamiento de las glándulas parótidas, estreñimiento, flatulencias, trastornos auditivos (sensación de un eco) por pérdida del tejido graso en zonas específicas del oído, propensión a infecciones debido a inmunodeficiencia (anginas a repetición, bronquitis, resfriados frecuentes, ganglios palpables).

Manifestaciones cardiovasculares.

Se produce el descenso de la frecuencia de contracciones cardiacas (bradicardia), bajas temperaturas corporales (hipotensión), además adelgazamiento del ventrículo izquierdo, disminución de la dimensión de las cavidades y disminución del trabajo cardiaco, hay un cambio de los mecanismos aeróbicos, y se producirá una menor contracción cardiaca, además una disminución del volumen sanguíneo, y del volumen cardiaco causada por la pérdida de peso.

Manifestaciones gastrointestinales.

Contiene un vaciado gástrico retrasado y una disminución del movimiento intestinal que provoca una sensación molesta de hinchazón y flatulencias que en algunas ocasiones son relacionadas con dolor abdominal y estreñimiento. En algunas personas se presentan diarreas ya que piensan que les ayudara a perder de peso y de esta manera ayudan a que su cuerpo se acostumbre.

Manifestaciones hematológicas.

La anemia es frecuente, en la mayoría de las personas la anemia es normocrómica, pero en algunas en ferropenia, además en la médula ósea surge hipoplasia (es un trastorno neurológico que consiste en un subdesarrollo del cerebelo), en ciertos casos con una ampliación exagerada de mucopolisacáridos (se refiere a un grupo de trastornos hereditarios del metabolismo. Las personas no tienen nada o no tienen suficiente cantidad de una sustancia (enzima) necesaria para descomponer las cadenas de la molécula de azúcar), desaparición de las grasas y aparición de un material gelatinoso.

Otros cambios biológicos.

El aumento de la concentración sérica, responsable de la pigmentación amarillenta que muestran algunas personas y no aparece en otras maneras de malnutrición.

Trastornos hipotalámicos y endocrinos.

En la anorexia nerviosa existe una distorsión de los mecanismos reguladores centrales que controlan el equilibrio físico y emocional, con la aparición de un trastorno psico-neuroendocrino-metabólico en el que la pérdida de peso y la desnutrición que la acompañan serían responsables de la manifestación reversible de la recuperación del estado nutricional. Entre los trastornos hipotalámicos se detallan fallos en la adaptación del organismo y estado agudo de hipotermia o hipertermia.

Metabolismo hidrocarbonato.

En la anorexia nerviosa mental, la insulina y los niveles de glucosa se hallan más bajos de lo normal, también de mostrar una intolerancia a la sobre carga de glucosa.

Manifestaciones psicológicas.

La mayor cantidad de pacientes anoréxicas observan una imagen corporal distorsionada, porque se miran excesivamente gordas sin hacer caso a lo esquelético que está su aspecto, a medida que se vuelve más delgada es más débil, la anorexia necesita más cuidado de quienes se encuentran a su alrededor.

Estas personas por lo general muestran un historial leve de sobrepeso, un enorme deseo de simpatizar a los demás y evadir entornos estresantes, presenta

además cambios conductuales como iniciar una dieta restrictiva, utilizar varios métodos para seguir con la dieta induciéndose el vómito, el uso de laxantes, diuréticos, hiperactividad como caminar varios kilómetros al día, realiza abdominales para tener mayor gasto calórico.

La variación del sueño se halla en lo conductual y lo fisiológico, la anorexia concluye dormir menos porque así, al estar despierta, hace más gasto calórico.

Comportamiento familiar.

Es el primer lugar donde la anorexia aborda porque es la primera área en el que se realiza las comidas, en efecto, la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la anorexia, libera la ansiedad familiar y causará comportamientos desadaptados.

Conducta social y sexual.

El interés sexual de la anorexia esta disminuido o acumulado, ellas suelen darse cuenta de que serían más atractivas si obtuvieran menor peso. (Chica Heredia, Coronel Zárate, and Romero Alvarado 2012)

1.1 JUSTIFICACION.

En la actualidad en el Ecuador no existen cifras exactas sobre esta enfermedad, sin embargo los resultados son que en Cuenca existe un 15 % de mujeres que padecen estos problemas alimenticios. Se estima que de cada 5 personas tres tienen bulimia y anorexia. En una investigación realizada en Quito se halló que: las mujeres tienen más riesgo de un TCA que los hombres. También que existe asociación significativa entre el IMC con empezar una dieta. El empezar una dieta se asocia según el sexo del paciente, así es como más mujeres 55,75% que hombres han 3 Empezado una dieta en el último año 32,5%. El grupo que presentan sobrepeso u obesidad tiene un mayor riesgo de presentar un TCA 22,85% comparado con los que no tienen sobrepeso/obesidad 17,08%. (UIDE, 2013). En México se realizó una investigación llamada: Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes donde se estudiaron 135 hombres y 138 mujeres, con una edad promedio de 14 y 13,8 años, respectivamente. El IMC, en promedio, fue de 21,09 en hombres y de 22,69 en mujeres, que se clasificó como sobrepeso. La población que mostró conductas alimentarias patológicas representó un 5%, según la encuesta EAT, y de 4% según la escala de Gardner. (Camarillo Ochoa, Cabada Ramos, Gómez Méndez, & Munguía Alamilla, 2013). En los países occidentales se estima una prevalencia del 1% para la anorexia nerviosa y del 2 al 4% para la bulimia nerviosa, la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria atípico puede situarse en torno al 5 y al 10%, aunque los datos en varones son más limitados, se estimula una prevalencia entre varones y mujeres de 9.1 %. La edad de comienzo de la Anorexia nerviosa más frecuente es la adolescencia o la juventud, aunque en algunos casos aparece

después de los 40 años o en la infancia. . (Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor 2015)

El presente caso clínico se realizara por que se ha observado que este problema afecta más a los adolescentes los cuales necesitan una guía para poderse alimentar por lo cual yo me comprometo en este caso a mejorar el estado nutricional de esta paciente y así este trabajo pueda servir como base para información de nuevos trabajos.

Hoy en día el internet interviene claramente en iniciar alteraciones de la imagen corporal, desde edades muy tempranas. Los niños y los adolescentes manipulan aparatos tecnológicos que con un solo clic tiene acceso a miles de páginas webs, donde las publicidades, muchas de ellos con modelos y personas famosas, establecen cánones de belleza que, por el favoritismo de esa persona estimula al niño o al adolescente a imitar. Durante el trascurso para asimilarse a este personaje modelo se intenta cualquier cosa, aunque sea incorrecta.

La moda, el cine, actrices, actores también son principales responsables de la alteración de la imagen corporal, para prevenir esto es necesario no solo tratar desde el punto de vista terapéutico a la enfermedad, sino desde su prevención, explicándole al niño la importancia de la alimentación, proporcionar capacidad de elección de sus alimentos, no hacer del acto de comer un momento desagradable, enaltecer su autoestima, estimular la originalidad, prestarle la mayor atención.

Por eso es nuestro trabajo como profesionales en nutrición, promover una alimentación equilibrada y saludable, de acuerdo a nuestros requerimientos,

comunicar acerca de medidas preventivas, que ayuden a impedir la aparición de estos trastornos, o correctivas que prevengan posibles complicaciones.

1.2 OBJETIVO GENERAL.

Determinar el estado nutricional de la paciente en base a la información presentada: antecedentes, datos antropométricos, signos y síntomas, evolución de la enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Valorar a la paciente mediante la evaluación antropométrica.
- Elaborar un plan de alimentación para la paciente, con el completo control y seguimiento.
- Mantener un seguimiento y control de la ingesta alimentaria del paciente.
- Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional.

1.3 DATOS GENERALES.

Genero	Femenino
Edad	34 años
Ocupación	Ama de casa
Estado civil	Soltera

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.

2.1 MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

Roxana Martínez es una paciente de sexo femenino de 34 años de edad con trastorno de la conducta alimentaria que ingresa de forma involuntaria al Hospital de Especialidades Ambato, para tratamiento y seguimiento de la anorexia nerviosa. La paciente es madre soltera y la menor de dos hijas de padres divorciados. En la actualidad convive con su madre, ya que no tiene un ingreso estable no se alimenta de una forma saludable por su estabilidad económica, de tal manera que comenzó a decirle a su madre que cocinara más sano y empezó a disminuir la ingesta de alimentos y saltándose varias comidas al día. La

personalidad de la paciente era alegre y extrovertida, pero a raíz de la muerte de su primogénito todo empezó a cambiar. Actualmente es una persona triste, desanimada, con rasgos obsesivos, con escasas relaciones sociales, sin planes reales a futuro.

La paciente refiere que se ve muy delgada y que no le importaría aumentar un poco de peso. No obstante, se niega a comer alegando dolor abdominal intenso en relación con las comidas. Detalla ansiedad en relación con las comidas y encontrarse baja de ánimo.

Peso actual: 52 kg, Talla: 1.77 m, I.M.C: 16.6 kg/m², frecuencia cardiaca 52 latidos por minuto, tensión arterial: 105/60, temperatura corporal: 35.8°C.

La pesamos de espaldas, sin que ella conozca su peso, intenta girarse para verlo.

Presenta aceptable estado general, delgadez generalizada, no hipertrofia parotídea, acrocianosis, Xerodermia, bradicardia, esmalte dental desgastado, no signos de Russell, abdomen: edemativo.

HISTORIA DIETETICA NUTRICIONAL.

AREA: nutrición.

Nombres y Apellidos: Roxana Guadalupe Martínez Cepeda.

Edad: 34 años.

Actividad: ama de casa.

Diagnóstico: Anorexia nerviosa.

Motivo de la consulta: paciente presento pérdida de peso en los últimos meses.

HABITOS.

Tabaco: no café: no drogas: no alcohol: no

Realiza ejercicio: no

BEBIDAS.

Agua: si jugos: no

Cola: no

ANTECEDENTES FAMILIARES.

Padre de 58 años de edad, estuvo en tratamiento con benzodiazepinas hace años por ansiedad, madre de 56 años de edad, estuvo en psicoterapia durante unos meses tras la separación conyugal, hermana de 38 años sana.

ESTRUCTURA FAMILIAR.

Padres separados hace 12 años. El padre actualmente está casado de nuevo (hace 10 años), Roxana vive con su madre y su hermana tras la muerte de su primogénito.

2.2 ANAMNESIS.

Asiste a la consulta acompañada de sus padres y su hermana, estos describen que hace 8 meses empezó a pedir a su madre que cocinara saludable, lo cual pensamos que estaba correcto y la felicitábamos por que empezó a perder peso, pero toda empezó a cambiar desde que perdió a su hijo, en la cual empezó a

disminuir la ingesta de alimentos y a saltarse varias comidas, pero hoy en la actualidad no sabemos cómo motivarla para que coma, esta obsesionada con las calorías que ingiere. Roxana refiere que estará tomando 800 kcal/día. Desde hace 2 meses la ingesta se ha reducido a una manzana y agua, ha perdido unos 11kg (de 68 Kg a 52kg), Amenorrea desde hace 4 meses. Los padres no refieren conductas purgativas ni ejercicio.

La madre manifiesta que cuando era niña era algo rellenita, relatan que Roxana siempre ha sido una persona alegre y extrovertida, pero a raíz de la muerte de su primogénito todo empezó a cambiar. Actualmente es una persona triste, desanimada, con rasgos obsesivos, con escasas relaciones sociales.

En la entrevista que se realizó a Roxana se encuentra cociente y orientada, es poco comunicativa, frecuentes respuestas de “no sé”. Roxana refiere que de niña ni era rellenita si no que parecía una foca, desde hace un año y medio ha intentado en varias ocasiones adelgazar sin tener resultados positivos, hace 9 meses a raíz que perdió a su hijo, decidió tomar en serio hasta lograr su objetivo.

Le preguntamos específicamente por vómitos, la cual respondió que se induce el vómito después de comer ya que come sola, niega ingesta de laxantes, los pensamientos de sobre comidas, calorías, peso, imagen corporal, lo ocupa la mayor parte de su tiempo. Le preguntamos por síntomas como mareos, caída de cabello y tristeza, a lo cual responde afirmativamente.

2.3 EXAMEN FISICO.

Peso actual: 52 kg

Talla: 1.77 m

I.M.C: 16.6 kg/m²

Frecuencia cardiaca 52 latidos por minuto

Tensión arterial: 105/60

Temperatura corporal: 35.8°C.

Presenta aceptable estado general

Delgadez generalizada

No hipertrofia parotídea.

Acrocianosis: La acrocianosis es más frecuente en las mujeres y no se asocia con enfermedad arterial oclusiva. Los dedos de las manos o los pies permanecen fríos y de color azulado, sudan en forma abundante y pueden estar edematizados.

Xerodermia: descamación lenta de las células superficiales de la piel.

Actividad cardiaca: bradicardia.

Cavidad oral: esmalte dental desgastado

No signos de Russell

Abdomen: edemático.

2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Datos bioquímicos enviados por los expertos revelan.

EXAMENES	RESULTADOS	UNIDAD	RANGOS	INTERPRETACION
Albumina	2.5	g/Dl	3.9 – 4.9	HIPOALBUMINEMIA
Pre albumina	14	mg/dL	17 - 34	DESNUTRICION
Proteína total	4.70	g/Dl	6.6 – 8.7	
Transferrina	170	mg/Dl	245 - 370	DEFICIENCIA DE HIERRO
Sodio	140	meq/l	136 - 145	NORMAL
Potasio	3.5	meq/l	3.5 – 5.1	NORMAL
Cloruro	102	meq/l	98 – 107	NORMAL
Magnesio	1.8	Mg/dL	1.8 – 2.4	ANOREXIA
Bilirrubina	3	Mg/Dl	0.2 – 0.3	ICTERICIA
Hemoglobina	9	g/Dl	13 - 17	ANEMIA
Hematocritos	25	%	40 - 54	ANEMIA

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.

DIGNOSTICO DE PRESUNCION: el médico general prevé trastornos de la conducta alimentaria.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: también prevé enfermedad de intestino irritable.

DEFINITIVO: el médico general diagnostica según los exámenes bioquímicos Anorexia Nerviosa el cual deriva al Nutricionista para su intervención y seguimiento del caso.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Se realizara la valoración integral de la paciente, con los siguientes parámetros: Evaluación antropométrica, Bioquímica, Clínica, Dietética.

2.6.1 EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

DIAGNOSTICO ANTROPOMETRICO.

DATOS

Edad: 34

Sexo: femenino

Peso actual: 52kg.

Talla: 1.77m

$$a) \text{IMC} = \frac{kg}{Tm^2}$$

$$\text{IMC} = \frac{52kg}{(1.77)m^2} = 16.6 \text{ kg/m}^2 \quad \%PI = \frac{PA}{PI} \times 100$$

DIAGNOSTICI ANTROPOMETRICO

Tiene un peso de 52 kg y una talla de 1,77m, la cual según la Organización Mundial de la Salud, su índice de masa corporal lo refleja con desnutrición moderada.

Diagnóstico *según la OMS-WHO 1998*: desnutrición moderada.

2.6.2 EVALUACION QUIMICA.

Sus exámenes bioquímicos relevan.

EXAMENES	RESULTADOS	UNIDAD	RANGOS	INTERPRETACION
Albumina	2.5	g/dL	3.9 – 4.9	HIPOALBUMINEMIA
Pre albumina	14	mg/dL	17 – 34	DESNUTRICION
Proteína total	4.70	g/dL	6.6 – 8.7	
Transferrina	170	mg/dL	245 – 370	DEFICIENCIA DE HIERRO
Sodio	150	meq/l	136 – 145	NORMAL

Potasio	3.5	meq/l	3.5 – 5.1	NORMAL
Cloruro	102	meq/l	98 – 107	NORMAL
Magnesio	1.8	Mg/dL	1.8 – 2.4	ANOREXIA
Bilirrubina	3	Mg/dL	0.2 – 0.3	ICTERICIA
Hemoglobina	9	g/dL	13 – 17	ANEMIA
Hematocritos	25	%	40 – 54	ANEMIA

Según la evaluación de los exámenes bioquímicos se determinó valores bajos de albumina y pre albumina lo que nos indica que la paciente presenta desnutrición, niveles bajos de proteína la cual nos refiere una carencia nutricional de la paciente, según los valor alto de bilirrubina la paciente puede presentar falla hepática, a través de los niveles bajos de hemoglobina y hematocritos la paciente tiene un déficit de ingesta. Como conclusión de los exámenes de laboratorio la paciente presenta Anorexia Nerviosa.

La deficiencia de magnesio se manifiesta clínicamente por anorexia y falta de crecimiento, y alteraciones cardíacas y neuromusculares, debilidad, irritabilidad y alteraciones mentales. La malnutrición de tipo kwashiorkor se encuentra dentro de los trastornos en los que pueden presentarse deficiencias agudas de magnesio (Czajka-Narins, 1992).

2.6.3 EVALUACION CLINICA.

En el examen físico podemos observar aceptable estado general, delgadez generalizada, no hipertrofia parotídea.

Acrocianosis: La acrocianosis es más frecuente en las mujeres y no se asocia con enfermedad arterial oclusiva. Los dedos de las manos o los pies permanecen fríos y de color azulado, sudan en forma abundante y pueden estar edematizados.

Xerodermia: descamación lenta de las células superficiales de la piel.

Actividad cardíaca: bradicardia.

Cavidad oral: esmalte dental desgastado

No signos de Russell

Abdomen: edemático.

2.6.4 EVALUACION DIETETICA.

La paciente presenta un bajo consumo de energía y todos los macronutrientes. Presenta un % de adecuación de energía de 9%, proteína 11%, grasa 1% y CHO de 9%.

POSITIVO DE LA DIETA: la paciente consume 5 tiempos de comida.

NEGATIVO DE LA DIETA: el consumo de alimentos light en este tipo de pacientes no es beneficioso, el consumo inadecuado en porciones de todos los grupos de alimentos según la pirámide alimenticia, además del consumo de alimentos o productos ricos en cafeína.

2.6.5 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRAL.

Paciente femenina con anorexia nerviosa relacionado con una ingesta insuficiente de alimentos de orígenes calóricos proteicos, relacionado con el miedo a engordar y rechazo a la comida.

2.6.6 ESTIMACION DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES.

PESO IDEAL

$$PI=21,7(T2)$$

$$PI=21,7(1,77)^2= 68kg$$

Porcentaje de peso ideal.

$$\% \text{ peso ideal} = \text{peso actual} \times 100 / \text{peso ideal}$$

$$PI = \frac{52kg}{68kg} \times 100 = 76.4\% \quad \text{desnutrición moderada}$$

2.6.7 REQUERIMIENTO ENERGETICO.

Se utiliza el método que determino la FAO/ MSP/ ONU en el año 2004, para calcular el consumo de calorías diarias, esta ecuación utiliza el peso del paciente para realizar el cálculo.

CALCULO DE GASTO ENERGETICO REQUERIDO.

GASTO ENERGETICO BASAL.

Estimación de energía según Harris y Benedict

Para la administración de energía a la dieta, es necesario realizar en dos etapas.

ETAPA 1

En la primera etapa se cubrirá el 25% del VALOR CALORICO TOTAL para evitar una repleción y evitar el síndrome de realimentación.

$$GEB=655+(9,6 \times \text{peso})+(1,8 \times \text{talla})-(4,7 \times \text{edad})$$

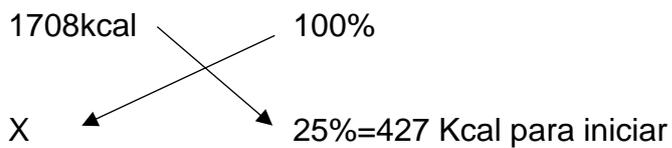
$$GEB=655+(9,6 \times 52)+(1,8 \times 177)-(4,7 \times 34)$$

$$GEB=1313$$

$$GET=HB \times FE(1,1-1,5 \text{ para desnutrición; en este caso se usara } 1,3)$$

$$GET=1313 \times 1,3$$

$$GET=1708 \text{ Kcal}$$

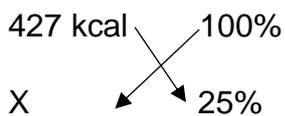


Se adicionara 200 kcal cada 3 días, por lo cual cubrirá sus requerimientos energéticos en 3 semanas aproximadamente.

CÀLCULO DE PROTEINA

$$1 \text{ gramo de proteína} \times 52 \text{ kg} = 52 \text{ gramos de proteínas (OMS F. , 2004)}$$

$$52 \text{ gr} \times 4 \text{ kcal} = 208 \text{ kcal}$$



DISTRIBUCIÓN DE LA MACROMOLÉCULA.

427 kcal.

NUTRIENTE	KILOCALORIA	GRAMOS
Proteínas 15%	64.05kcal	16g

Grasas 25%	106.75kcal	11g
CHO 60%	256.2kcal	64g

METAS A CORTO PLAZO.

Mejorar el estado nutricional del paciente con una dieta progresiva, iniciando con un 25% del valor calórico total y añadiendo 200 kcal cada 3 días, por lo cual cubrirá sus requerimientos energéticos en 3 semanas aproximadamente.

No se añadirá alimentos que produzcan saciedad, como fibra, grasa saturada, etc.

PRESCRIPCION DIETETICA.

Dieta hipocalórica, hipo hidrocabonada, hipo proteica, e hipo lipídica de 427 kcal, distribuidas en CHO=60% = 64g, proteína 15%= 16g, grasa 25%= 11g, sin fibra insoluble, fraccionada en 5 tiempos de comida, a temperatura templada, mas suplemento multivitamínico.

ETAPA 2

La paciente deberá ganar 16KG para llegar a su peso ideal, en lo que lo haremos hacerlo en 1 año aproximadamente, con un aumento de 1 lb por semana. Entonces el cálculo del requerimiento de lo realizara con el peso ideal, para cubrir sus necesidades.

PI= 68Kg

GASTO ENERGETICO BASAL

$$\text{GEB} = 655 + (9,6 \times \text{peso}) + (1,8 \times \text{talla}) - (4,7 \times \text{edad})$$

$$\text{GEB} = 655 + (9,6 \times 68) + (1,8 \times 177) - (4,7 \times 34)$$

$$\text{GEB} = 1466 \text{ kcal}$$

GASTO ENERGITIO TOTAL

$$\text{GET} = \text{HB} \times \text{FA}$$

$$\text{GET} = 1466 \times 1,2$$

$$\text{GET} = 1,759 \text{ kcal}$$

$$\text{GET} = 1,800 \text{ Kcal}$$

DISTRIBUCIÓN DE LAS MACROMOLÉCULAS.

Proteínas 15%	270 kcal	67,5g
Grasas 25%	450 kcal	50g
CHO 60%	1080 kcal	270g

METAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO.

Educar a la paciente sobre modificaciones en sus conocimientos, actitudes y práctica, relacionadas a la nutrición y estilo de vida saludable.

Incentivar a los familiares para cooperar en conjunto, para que la paciente sienta apoyo, de esa manera lograr superar el trastorno y mejorar su calidad de vida.

Modificación de la distribución, tipo o cantidad de alimentos y nutrientes entre comidas o una hora específica.

A partir del año la paciente ya habrá conseguido llegar a su peso ideal por lo cual se calculará una dieta basada en las recomendaciones normales para ese tipo de pacientes.

PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA.

Dieta normo calórica, normo hidrocarbonada, hiperproteica y normo lipídica de 1800 kcal, distribuidas en CHO=60% = 270g, proteína 15%= 67,5g, grasa 25%= 50g, 28g de fibra, fraccionada en 5 tiempos de comida, a temperatura templada.

FRACCIONAMIENTO DEL DÍA.

Vamos a trabajar con 1800 kcal de la primera etapa del tratamiento nutricional.

TIEMPO DE COMIDA	PORCENTAJE	KCAL
DESAYUNO	25 %	450
MEDIA MAÑANA	10%	180
ALMUERZO	30%	540
MEDIA MAÑANA	10%	180
MERIENDA	25%	450

PLAN DIETÉTICO.

DESAYUNO.

Pan con queso y mantequilla

Batido de fresa

REFRIGERIO

Papaya picada con vena

ALMUERZO.

Arroz con pollo a la plancha

Ensalada fría

Sancocho de pescado

Rodaje de piña.

REFRIGERIO.

Yogur con nueces.

MERIENDA.

Crema de verduras

Arroz con estofado de hígado.

Melón picado

CALCULO DIETETICO.

DESAYUNO					
ALIMENTO	CANTIDAD	Kcal	PROT	CHO	GRASAS
PAN	1 rebanada	80	3	15	_____
QUESO	1/2 onza	75	3	_____	5
MANTEQUILLA	1 cucharada	45	_____	_____	5
HUEVO	1 unidad	75	7	_____	5
LECHE	1 taza	120	7	12	7
FRESAS	1 taza	60	_____	15	_____
TOTAL	_____	455	20	42	22

REFRIGERIO					
ALIMENTO	CANTIDAD	Kcal	PROT	CHO	GRASAS
PAPAYA	1 taza	60	_____	15	_____
AVENA	2 cucharadas	80	3	15	_____
TOTAL	_____	140	3	30	_____

ALMUERZO					
ALIMENTO	CANTIDAD	Kcal	PROT	CHO	GRASAS
POLLO	1onza	75	7	_____	5
ARROZ	1 taza	80	3	15	_____
CEBOLLA PERLA	1 unidad	25	1	5	_____
LECHUGA	1 unidad	25	1	5	_____
TOMATE	1 unidad	25	1	5	_____
AGUACATE	1 unidad	25	1	5	_____
PESCADO	1 onza	75	7	_____	5
VERDE	1 unidad	25	1	5	_____
ZANOHORIA	1 unidad	25	1	5	_____
CEBOLLA BLANCA	1 unidad	25	1	5	_____
ALBERJITAS	1 taza	25	1	5	_____
APIO	1 unidad	25	1	5	_____
VAINITAS	1 unidad	25	1	5	_____

PIÑA	1 taza	60	_____	15	_____
TOTAL	_____	540	27	80	10

REFRIGERIO					
ALIMENTO	CANTIDAD	Kcal	PROT	CHO	GRASAS
YOGUR	1taza	120	7	12	7
NUECES	1 puñado	60	_____	15	_____
TOTAL	_____	180	7	27	7

MERIENDA					
ALIMENTO	CANTIDAD	Kcal	PROT	CHO	GRASAS
HIGADO	1 onza	75	7	_____	5
CEBOLLA	1 unidad	25	1	5	_____
TOMATE	1 unidad	25	1	5	_____
PIMIENTO	1 unidad	25	1	5	_____

ARROZ	1 taza	80	3	15	_____
COL	1 unidad	25	1	5	_____
CEBOLLA	1 unidad	25	1	5	_____
ZANAHORIA	1 unidad	25	1	5	_____
CARNE	1/2 onza	75	3	_____	5
MELON	1 taza	60	_____	15	_____
TOTAL	_____	440	21	60	10

PORCENTAJE DE ADECUACION.

PORCENTAJE DE ADECUACION	KCAL	PROTEINAS	GRASA	CHO
INGESTA	1755	78	49	239
RECOMENTACION	1800	68	50	270
PORCENTAJE	98%	114%	98%	90%

El aporte de macronutrientes está adecuado según el cálculo dietético, conseguimos el objetivo de conservar el porcentaje de nutrientes en valores normales y poder tener un control en su ingesta.

RECOMENDACIONES.

- ❖ Procurar no incitar el vómito (por ningún impulso), ni se tomara laxantes ni diuréticos, no realizar ejercicio intenso ya que la cantidad de alimentos que se ingieran serán las necesarias para mantener el peso que le corresponda.
- ❖ Se incorporaran progresivamente a la dieta, aquellos alimentos que la paciente rechazo.
- ❖ Lácteos, se incluirán diariamente que tienen básicamente todos los nutrientes y nos proporciona calcio fuente necesaria para los huesos.
- ❖ Carne, huevo, y el pescado, aportan proteína. se alternarán el consumo de carnes y pescado a lo largo de la semana, con respecto al huevo, se consumirá máximo 1 al día.
- ❖ Los azucares se ingerirán como complemento de los alimentos.
- ❖ Los aceites, nos aportan ácidos grasos esenciales, se recomiendo ingerirlos crudos en las ensaladas y otros platos.
- ❖ Papas, contienen vitamina C.
- ❖ Cereales, tienen gran cantidad de vitaminas del grupo B, se recomiendo consumir todos los días.
- ❖ Las leguminosas, se recomienda consumirlas de 2 a 3 veces por semana. Son ricas en proteína y proporcionan fibra.

2.7 INDICADORES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Medidas terapéuticas generales.

Según (Hernández 2017) “Es el primer objetivo para cualquier paciente con un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Debe valorarse el estado nutricional del enfermo averiguando la historia dietética (entrevistas, cuestionarios y observación de la ingesta), haciendo un examen físico y una analítica clínica (del estado hematológico, inmunológico y bioquímico) con el fin de romper el círculo de perpetuación de la enfermedad.” En este proceso, y dependiendo de la gravedad del cuadro, se prescribe al paciente una dieta, se le educa sobre aspectos nutricionales y la necesidad de comer sana y equilibradamente, además de plantearle alcanzar un peso determinado. Una vez que esto se consigue, hay que ayudar al paciente a desterrar su temor al descontrol y a que mantenga el peso, mediante una dieta normo calórica. La doctora Ascensión Marcos afirma que "cualquier plan de tratamiento para un paciente con un Trastorno de la Conducta Alimentaria debe incluir métodos para normalizar su

alimentación. Aunque parezca obvio, se olvida con frecuencia en la práctica clínica. Por supuesto, con sólo realimentar a este tipo de enfermo no se obtendrán remisiones duraderas si no se acompañan de un tratamiento psiquiátrico y psicológico adecuado", con el objetivo de lograr la maduración psicosocial y normalizar la imagen corporal.

2.8 SEGUIMIENTO.

Se citara a la paciente 2 veces al mes para el control de la ingesta alimentaria, modificar la dieta controlar síntomas de la anorexia por el lapso de 3 meses, y 1 vez por mas pasado este periodo para evaluar el estado nutricional, ingesta alimentaria por lo cual se llevara un control de 1 año.

citas	Exámenes bioquímicos	Actividad física
1 dia	Niveles bajos de lo normal	nula
15 dias	Niveles bajos	10 minutos diarios
30 dias	Niveles bajos	15 minutos diarios
6 meses	Niveles normales	30 minutos diarios
1 año	Niveles normales	30 minutos diarios

2.9 OBSERVACIONES.

Dentro del tratamiento dietético aplicado, el objetivo es mantener el estado nutricional de la paciente evitando la sobrealimentación en los primeros meses de tratamiento, incorporando 200 kcal cada 3 días en la primera etapa, ya que la paciente presente deficiencia de ingesta de alimentos la cual le produjo la pérdida excesiva de peso y aumento de los síntomas propios de la anorexia, es por lo cual la paciente debe regirse totalmente a la alimentación recomendada para evitar complicaciones.

2.10 CONCLUSIÓN.

- Se realizó un plan de alimentación con el que se logrará que la paciente vaya progresando en periodos cortos. Tendrá que cumplir con las recomendaciones transmitidas por la Nutricionista y logre llevar una vida normal sin dificultades, y sin realimentación.
- El cálculo dietético se ejecutó de manera personalizada, con un requerimiento energético de acuerdo a su IMC, esperando efectos favorables, mejorando los síntomas y su calidad de vida.
- Es indispensable ofrecer un tratamiento integral para este trastorno que incluya un equipo multidisciplinario de profesionales de salud, ya que esta complicación requiere en abordaje psicológico, nutricional, dietético, médico y psicoterapéutico, para conseguir no solo una notable mejoría de la calidad de vida de la paciente sino también el mantenimiento de un estado de salud óptimo.
- Es obligatorio incluir a la familia dentro del tratamiento.

- Es clave motivar a la paciente, aumentar su autoestima y hacerle entender porque es preferente nutrirse y estar bien alimentado que mantener una figura socialmente buena.

2.11 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor, Roberto Monjas Aguado. 2015. "La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia)." *Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón* 2(October): 1–460.

Chica Heredia, Gabriela Carolina, Jéssica Paola Coronel Zárate, and Juan Emmanuel Romero Alvarado. 2012. "Prevalencia de Anorexia Nerviosa En Los y Las Adolescentes de Los Colegios Urbanos de La Ciudad de Cuenca, 2011-2012." *Universidad de Cuenca*: 1–63.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>.

Hernández, P. J. Rodríguez. 2017. "Trastornos Del Comportamiento." *Pediatría*

Integral 21(2): 73–81.

Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor, Roberto Monjas Aguado. 2015. “La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia).” *Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón* 2(October): 1–460.

Chica Heredia, Gabriela Carolina, Jéssica Paola Coronel Zárate, and Juan Emmanuel Romero Alvarado. 2012. “Prevalencia de Anorexia Nerviosa En Los y Las Adolescentes de Los Colegios Urbanos de La Ciudad de Cuenca, 2011-2012.” *Universidad de Cuenca*: 1–63.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>.

Hernández, P. J.Rodríguez. 2017. “Trastornos Del Comportamiento.” *Pediatría Integral* 21(2): 73–81.

Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor, Roberto Monjas Aguado. 2015. “La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia).” *Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón* 2(October): 1–460.

Chica Heredia, Gabriela Carolina, Jéssica Paola Coronel Zárate, and Juan Emmanuel Romero Alvarado. 2012. “Prevalencia de Anorexia Nerviosa En Los y Las Adolescentes de Los Colegios Urbanos de La Ciudad de Cuenca, 2011-2012.” *Universidad de Cuenca*: 1–63.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>.

Hernández, P. J.Rodríguez. 2017. “Trastornos Del Comportamiento.” *Pediatría Integral* 21(2): 73–81.

Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor, Roberto Monjas Aguado. 2015. “La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia).” *Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón* 2(October): 1–460.

Chica Heredia, Gabriela Carolina, Jéssica Paola Coronel Zárate, and Juan Emmanuel Romero Alvarado. 2012. “Prevalencia de Anorexia Nerviosa En Los y Las Adolescentes de Los Colegios Urbanos de La Ciudad de Cuenca, 2011-2012.” *Universidad de Cuenca*: 1–63.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>.

Hernández, P. J.Rodríguez. 2017. “Trastornos Del Comportamiento.” *Pediatría Integral* 21(2): 73–81.

Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor, Roberto Monjas Aguado. 2015. “La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia).” *Grupo Zarima-*

Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón 2(October): 1–460.

Chica Heredia, Gabriela Carolina, Jéssica Paola Coronel Zárata, and Juan Emmanuel Romero Alvarado. 2012. "Prevalencia de Anorexia Nerviosa En Los y Las Adolescentes de Los Colegios Urbanos de La Ciudad de Cuenca, 2011-2012." *Universidad de Cuenca*: 1–63.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>.

Hernández, P. J.Rodríguez. 2017. "Trastornos Del Comportamiento." *Pediatría Integral* 21(2): 73–81.

Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor, Roberto Monjas Aguado. 2015. "La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia)." *Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón* 2(October): 1–460.

Chica Heredia, Gabriela Carolina, Jéssica Paola Coronel Zárata, and Juan Emmanuel Romero Alvarado. 2012. "Prevalencia de Anorexia Nerviosa En Los y Las Adolescentes de Los Colegios Urbanos de La Ciudad de Cuenca, 2011-2012." *Universidad de Cuenca*: 1–63.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>.

Hernández, P. J.Rodríguez. 2017. "Trastornos Del Comportamiento." *Pediatría Integral* 21(2): 73–81.

Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor, Roberto Monjas Aguado. 2015. "La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia)." *Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón* 2(October): 1–460.

Chica Heredia, Gabriela Carolina, Jéssica Paola Coronel Zárata, and Juan Emmanuel Romero Alvarado. 2012. "Prevalencia de Anorexia Nerviosa En Los y Las Adolescentes de Los Colegios Urbanos de La Ciudad de Cuenca, 2011-2012." *Universidad de Cuenca*: 1–63.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>.

Hernández, P. J.Rodríguez. 2017. "Trastornos Del Comportamiento." *Pediatría Integral* 21(2): 73–81.

Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor, Roberto Monjas Aguado. 2015. "La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia)." *Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón* 2(October): 1–460.

Chica Heredia, Gabriela Carolina, Jéssica Paola Coronel Zárata, and Juan Emmanuel Romero Alvarado. 2012. "Prevalencia de Anorexia Nerviosa En

Los y Las Adolescentes de Los Colegios Urbanos de La Ciudad de Cuenca, 2011-2012.” *Universidad de Cuenca*: 1–63.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>.

Hernández, P. J.Rodríguez. 2017. “Trastornos Del Comportamiento.” *Pediatría Integral* 21(2): 73–81.

Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor, Roberto Monjas Aguado. 2015. “La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia).” *Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón* 2(October): 1–460.

Chica Heredia, Gabriela Carolina, Jéssica Paola Coronel Zárate, and Juan Emmanuel Romero Alvarado. 2012. “Prevalencia de Anorexia Nerviosa En Los y Las Adolescentes de Los Colegios Urbanos de La Ciudad de Cuenca, 2011-2012.” *Universidad de Cuenca*: 1–63.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>.

Hernández, P. J.Rodríguez. 2017. “Trastornos Del Comportamiento.” *Pediatría Integral* 21(2): 73–81.

Ana García-Peñuela, Víctor M. López Pastor, Dario Pérez Brunicardi, Esther López Pastor, Roberto Monjas Aguado. 2015. “La Prevención De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Anorexia).” *Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón* 2(October): 1–460.

Chica Heredia, Gabriela Carolina, Jéssica Paola Coronel Zárate, and Juan Emmanuel Romero Alvarado. 2012. “Prevalencia de Anorexia Nerviosa En Los y Las Adolescentes de Los Colegios Urbanos de La Ciudad de Cuenca, 2011-2012.” *Universidad de Cuenca*: 1–63.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>.

Hernández, P. J.Rodríguez. 2017. “Trastornos Del Comportamiento.” *Pediatría Integral* 21(2): 73–81.

ANEXOS.

CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Índice de masa corporal	Clasificación
<16	Delgadez severa
16 - 16,99	Delgadez moderada
17 - 18,49	Delgadez leve
18,5 - 24,99	Peso normal
25 - 29,99	Sobrepeso
30 - 34,99	Obesidad leve
35 - 39,99	Obesidad media
40 - 49,99	Obesidad mórbida
≥50	Obesidad extrema

Fuente: OMS (Organización Mundial de la Salud)

Ecuaciones Método FAO/OMS/UNU

EDAD	HOMBRES	MUJERES
0 - 3 años	$TMB = 60,9 * P - 54$	$TMB = 61 * P - 51$
3 - 10 años	$TMB = 22,7 * P + 495$	$TMB = 22,5 * P + 499$
10 - 18 años	$TMB = 17,5 * P + 651$	$TMB = 12,2 * P + 746$
18 - 30 años	$TMB = 15,3 * P + 679$	$TMB = 14,7 * P + 496$
30 - 60 años	$TMB = 11,6 * P + 879$	$TMB = 8,7 * P + 829$
Más de 60 años	$TMB = 13,5 * P + 487$	$TMB = 10,5 * P + 596$

Ecuaciones Método FAO/OMS/UNU

Factor de Actividad del Método FAO/OMS/UNU

ACTIVIDAD	HOMBRES	MUJERES	ACTIVIDAD FÍSICA
Sedentaria	1,2	1,2	Sin actividad
Liviana	1,55	1,56	3 horas semanales
Moderada	1,8	1,64	6 horas semanales
Intensa	2,1	1,82	4 a 5 horas diarias

Factor de Actividad del Método FAO/OMS/UNU