



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

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN NUTRICION Y
DIETETICA**

TITULO PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**Paciente de sexo femenino de 64 años de edad con hipertensión arterial,
esteatosis hepática y presenta obesidad mórbida, quemaduras de grado II.**

AUTOR: ARLEY GERALDINE RODRIGUEZ LOPEZ

TUTOR: ING. LUIS ANTONIO CAICEDO HINOJOSA.MSC

BABAHOYO – LOS RÍOS

2019-2020

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
TITULO DEL CASO CLINICO.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCION	1
1. MARCO TEORICO	2
1.1 JUSTIFICACION	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
1.3 DATOS GENERALES.....	13
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	14
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	14
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	14
2.3 Examen físico (exploración clínica).	14
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	14
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	15
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	15
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	20
2.8 Seguimiento.....	20
2.9 Observaciones.....	21

Conclusiones.....	21
Linkografía.....	23
ANEXOS	24

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por darme vida y permitirme alcanzar este importante momento de mi educación profesional. Para mis padres y mi abuelita, ser los pilares más importantes y mostrarme siempre su amor y apoyo incondicional, porque el sacrificio para venir aquí hoy no solo ha sido mío, sino también de ellos. Mis estudios son el mejor legado que puedo obtener de ellos.

A todas las personas que me apoyaron e hicieron que el trabajo se realice con éxito, especialmente aquellos que abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos

AGRADECIMIENTO

Quiero comenzar agradeciendo a Dios por bendecirme, por guiarme a lo largo de mi existencia, por ser apoyo y fortaleza en momentos de dificultad y debilidad.

Agradezco a mis padres: Flor López y Carlos Rodríguez y mi abuela Rita Bolaños, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí, por los consejos, valores y principios que me inculcaron.

A mis docentes de la Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad Técnica de Babahoyo, por compartir sus conocimientos durante la preparación de esta profesión.

TITULO DEL CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 64 años de edad con hipertensión arterial, esteatosis hepática y presenta obesidad mórbida, quemaduras de grado II.

RESUMEN

La obesidad mórbida es un trastorno nutricional crónico frecuente, donde una mala alimentación y una vida sedentaria son los factores de riesgo para las diversas enfermedades que se presentan como hipertensión arterial, esteatosis hepática, las cuales limitan la esperanza de vida y deterioran la calidad de la misma.

Donde se planteó como objetivo general Mantener el Estado nutricional de la paciente. Para desarrollar el caso clínico se usó una metodología observacional, transversal y descriptivo. Debido a que se tomó en cuenta el historial clínico, exploración física y el monitoreo de los exámenes bioquímicos de la paciente.

El presente caso de estudio está fundamentado en una paciente de sexo femenino de 64 años de edad que es ingresada al hospital por quemaduras de II grado, con antecedentes patológicos personales de Obesidad mórbida, Esteatosis Hepática e Hipertensión arterial, en la que se emplea el diagnóstico nutricional integral.

El estudio de caso se concluye mejorando el estado nutricional donde se utilizó un régimen alimentario acorde a los requerimientos y necesidades de la paciente.

Palabras claves: Quemaduras- obesidad- esteatosis- hipertensión.

ABSTRACT

Morbid obesity is a frequent chronic nutritional disorder, where poor diet and a sedentary life are the risk factors for the various diseases that occur such as arterial hypertension, hepatic steatosis, which limit life expectancy and deteriorate the quality of life. same.

Where the general objective was to maintain the nutritional status of the patient. To develop the clinical case an observational, transversal and descriptive methodology was used. Because the clinical history, physical examination and monitoring of the patient's biochemical tests were taken into account.

The present case study is based on a 64-year-old female patient who is admitted to the hospital for burns of II degree, with a personal pathological history of morbid obesity, hepatic steatosis and arterial hypertension, in which the diagnosis is used Integral nutritional

The case study is concluded by improving the nutritional status where a diet was used according to the requirements and needs of the patient.

Keywords: Obesity - steatosis – hypertension- burns

INTRODUCCION

El caso clínico presentado trata a un paciente con quemaduras de II grado superficial y profundo de Aproximadamente 35% de la Superficie Corporal. Se mantiene con apoyo de oxígeno por acceso de traqueotomía en tubo en T con saturaciones adecuadas, campos pulmonares ventilados.

De acuerdo al historial clínico de la paciente podemos evidenciar que lleva una vida de malos hábitos alimenticios, sus exámenes bioquímicos revelan que la hemoglobina, recuento de glóbulos rojos y albumina se encuentran bajos debido al trastorno metabólico por motivo de las quemaduras que presenta.

La profundidad de las quemaduras es el resultado de la intensidad del efecto del agente y la duración de la exposición y se puede cambiar de una lesión relativamente menor y superficial a una pérdida de piel extensa y severa.

El tratamiento escogido en la paciente será acorde a las necesidades que presenta tomando en cuenta sus patologías personales como obesidad mórbida, esteatosis hepática e hipertensión arterial donde se implementara un tratamiento nutricional de acuerdo a la evolución del paciente.

De acuerdo al diagnóstico establecido se realiza un plan nutricional como medida de contrarrestar las complicaciones que se presentan.

1. MARCO TEORICO

Obesidad Mórbida

La obesidad se asocia con situaciones graves para la vida. Las personas con obesidad tienen cambios anatómicos y fisiológicos que lo hacen vulnerable, con un gran impacto en su respuesta al trauma y enfermedades. Se ha informado que el paciente con obesidad tiene una Morbilidad y mortalidad 6 a 12 veces más altas Smith-Choban (ZY., Enero-Abril 2015) encontró un 42% de mortalidad en pacientes obesos con índice de masa corporal (IMC) más de 30, que sufrieron un trauma severo, en comparación con un 5% de mortalidad en pacientes con IMC inferior a 27,9 (Neville, 2015)informa un 32% de mortalidad en sobrepeso crítico.

Las personas obesas tienen diversos trastornos metabólicos, como hiperinsulinismo e hiperandrogenismo, diabetes mellitus, enfermedades de lipoproteínas circulantes y desnutrición (GA., 2017), distribución múltiple, metabolismo, transporte y aclaramiento. Las drogas o los medicamentos están cambiando. El volumen de distribución, La absorción oral de fármacos lipofílicos difiere considerablemente. La excreción renal aumenta debido a un aumento de filtración glomerular. (YS, 2015)

La obesidad está relacionada con la hipertensión arterial, isquemia e insuficiencia cardiaca El trabajo del miocardio es mayor, causando un hipervolemia fisiológica con aumento del gasto cardíaco. Es a menudo encontrar hipertrofia ventricular izquierda en pacientes obesos, relacionada con El aumento de la carga previa y posterior a la carga causado por hipertensión. Debido a esta hipertrofia, hay una disminución en la elasticidad de ventrículo con disfunción diastólica. (Clark JM, 2017).

Las personas con obesidad tienen limitación del volumen pulmonar y la actividad de los músculos respiratorios; la respiración se vuelve más superficial y rápido, que conduce a hipoxemia y retención de CO₂; estos Trastornos respiratorios se agravan cuando el paciente se coloca en decúbito (síndrome) de Pickwick). La hipoxemia e hipercapnia de los obesos se acompañan de poliglobulina, hipertensión pulmonar, insuficiencia ventricular superior y arritmia cardiaca. (cols, 2017).

La mayoría de los pacientes con obesidad han reducido la relación ventilación-perfusión como resultado de hipoxia crónica. Los tratamientos anestésicos reducen aún más la capacidad pulmonar restante; amplificar la hipoxia y aumentar la aparición de muerte súbita en Pacientes obesos sometidos a procedimientos quirúrgicos. La ventilación mecánica se ve afectada por la reducción del agrandamiento pulmonar y pared torácica debido al efecto mecánico y al aumento de la resistencia de la vía aérea. También intubación de la vía aérea y eliminación de la ventilación mecánica es más difícil para el paciente obeso. Debido a un aumento de trabajo de respiración, la demanda basal de oxígeno aumenta Hasta 5 veces. (YS, 2015).

El tratamiento de los obesos con quemaduras es un problema en los sistemas Salud.

Los pacientes obesos con quemaduras deben considerarse muy graves. La obesidad ha sido reportada como uno de los factores más graves en pacientes con quemaduras.

Los pacientes con obesidad son muy vulnerables y tienen un gran impacto en su respuesta a las lesiones y enfermedades. La obesidad es uno de los factores más graves en los pacientes quemados Las personas obesas que sufren quemaduras tienen un mayor número de cirugías por paciente, más hospitalizaciones y más probabilidades de complicarse y morir que el paciente no obeso.

CAUSAS

Aunque existen influencias genéticas, conductuales y hormonales. Para el peso corporal, la obesidad ocurre cuando consumes más calorías de las que quema a través del ejercicio y las actividades diarias normales. El cuerpo almacena el exceso de calorías en forma de grasa. (al, 2018).

En algunos casos, la obesidad puede tener una causa médica, por ejemplo Síntomas de Prader-Willi, síndrome de Cushing u otras enfermedades y trastornos. Sin embargo, estos trastornos son poco frecuentes y en general.

Las principales causas de obesidad son las siguientes:

- **Inactividad:** Si no realiza actividad física no quemará tantas calorías. Si Tiene un estilo de vida sedentario, es muy fácil que todos los días consuma

más calorías de las que usa para hacer ejercicio y para actividades diarias normales.

- **Dieta y hábitos alimenticios poco saludables:** El aumento de peso es inevitable si a menudo consume más calorías de las que quemas. La dieta de la mayoría de las personas que tienen un hábito poco saludable tienen demasiadas calorías las cuales están llenas de comidas rápidas y bebidas con un alto contenido de calorías.

Factores de riesgo

En general, la obesidad es el producto de una combinación de causas y factores contribuyentes, que incluyen:

- **Genética:** Sus genes pueden afectar la cantidad de grasa corporal que almacena y donde se distribuye la grasa. La genética también puede desempeñar un papel en la eficiencia con la que el cuerpo se convierte en alimentos energéticos y cómo quemar calorías durante el ejercicio.
- **Estilo de vida familiar:** La obesidad tiende a presentarse en toda la familia si uno o ambos de los padres tienen obesidad, el riesgo de que presente obesidad es mayor. Esto no es solo por la genética ya que los familiares tienden a compartir hábitos alimenticios y de actividad similares.
- **Inactividad:** Si no realiza actividad física no quemará tantas calorías. Si tiene un estilo de vida sedentario, es muy fácil que todos los días consuma más calorías de las que usa para hacer ejercicio y para actividades diarias normales, presentar problemas médicos como artritis, puede implicar menos actividad física, lo que contribuye a un aumento de peso.
- **Dieta poco saludable:** Una dieta alta en calorías con abundante comida rápida, bebidas y porciones altas en calorías pero con pocas frutas y verduras contribuye al aumento de peso.
- **Problemas médicos:** En ciertas personas, la obesidad se puede presentar debido a una causa médica, como el síndrome de Prader-Willi, Cushing y otros trastornos, problemas médicos como la artritis, lo que influye en la disminución de la actividad física, causando un aumento de peso.

- **Ciertos medicamentos:** Determinados medicamentos pueden causar un aumento de peso si no se compensan con una buena dieta o actividad física. Entre estos medicamentos, encontramos algunos antidepresivos, anticonvulsivos, medicamentos para la diabetes, antipsicóticos, esteroides y betabloqueantes.
- **Edad:** La obesidad puede suceder a cualquier edad, incluso en niños pequeños. Pero a medida que envejecemos el estilo de vida poco activo y los cambios hormonales aumentan el riesgo de padecer de obesidad. Además, la cantidad de músculo en el cuerpo tiende a reducir con la edad, la masa muscular inferior produce una disminución del metabolismo. Estos cambios también disminuyen calorías que necesita, para que puedan hacerlo más difícil evitar el sobrepeso. A menos que controle conscientemente lo que comes y no haces más actividad física a medida que envejeces, es probablemente que se incremente de peso.
- **Dejar de fumar:** Dejar de fumar a menudo se asocia con aumento de peso y en algunos casos las personas que dejan de fumar aumentan tanto peso volviéndose obesas.
- **Falta de sueño:** No dormir lo suficiente o hacerlo demasiado puede causar cambios hormonales que incrementan el apetito. Asimismo puede sentir ganas de comer alto contenido de calorías y carbohidratos, que pueden contribuir al incremento de peso.

Complicaciones

- Triglicéridos altos y colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) bajo
- Diabetes tipo 2
- Presión arterial alta
- Síndrome metabólico: combinación de un alto nivel de azúcar en sangre,
- presión arterial alta, triglicéridos altos y colesterol HDL bajo

- Enfermedad cardíaca
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer, como cáncer de útero, cuello uterino, endometrio, ovarios, mama, colon, recto, esófago, hígado, vesícula, páncreas, riñón y próstata
- Trastornos respiratorios, como apnea del sueño, un trastorno del sueño potencialmente grave en el que la respiración se detiene y se reanuda en forma repetida
- Enfermedad de la vesícula
- Problemas ginecológicos, como esterilidad y períodos menstruales irregulares
- Disfunción eréctil y problemas de salud sexual
- Enfermedad por hígado graso no alcohólico, una afección en la que se acumula grasa en el hígado, lo que puede causar inflamación o cicatrización
- Artrosis

Calidad de vida

La obesidad puede disminuir su calidad de vida. Quizás no pueda realizar cosas que hacía antes, como participar en actividades en lugares públicos. Las Personas obesas pueden sufrir cierto tipo de discriminación.

Otros problemas relacionados con el peso que pueden afectar su calidad de vida

La vida es la siguiente:

- Depresión
- Discapacidad
- Problemas sexuales

- Vergüenza y culpa
- Aislamiento social
- Menor rendimiento en el trabajo

SIGNOS Y SÍNTOMAS FÍSICOS DE LA OBESIDAD

Los signos y síntomas más comunes son:

- Exceso de peso
- Incremento de la grasa corporal
- Signos y síntomas de otros procesos patológicos asociados a la obesidad
- Vida sedentaria
- Problemas psicológicos, depresión, baja autoestima, etc.

Consecuencias: Esta enfermedad puede traer consigo otras enfermedades importantes como:

- diabetes,
- Cardiovasculares,
- insuficiencias respiratorias,
- cáncer,
- hipertensión, etc.

Otros daños que provoca en la salud la obesidad:

- Hipertensión (presión alta)
- Diabetes.
- Agrandamiento excesivo del estómago.
- daña las arterias.
- En los niños causa daños a los pies, piernas y espalda.
- provoca insuficiencia arterial aguda, várices, flebitis e infecciones.

- Enfermedades cardiovasculares.
- Diabetes mellitus tipo 2.
- Apnea del sueño
- Osteoartritis

Esteatosis Hepática

El exceso de grasas en el hígado se lo conoce como esteatosis hepática, es una Sintomatología caracterizada por la presencia de depósitos de grasa en el hígado de los pacientes que no consumen alcohol.

Usualmente sospechamos la enfermedad en los pacientes que tienen una elevación moderada de las transaminasas cuando se prueban o para la presencia de signos de esteatosis en una ecografía abdominal, cuando se practica estudiando molestias abdominales inespecíficas (Hernández, 2010).

Epidemiología

La incidencia de Esteatosis Hepática puede alcanzar hasta el 74% en personas con obesidad y es 4.6 veces más común en ellas, definida como personas con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 30kg/m².

Tratamiento

Actualmente no existe un tratamiento específico para la esteatosis hepática, la reducción gradual del peso corporal mediante la restricción calórica y el ejercicio físico regular. (Esqueda, 2017).

HTA

La hipertensión consiste en un aumento de la presión arterial, la fuerza ejercida por unidad de superficie sobre las paredes de las arterias. En el adulto considerar la presión arterial alta cuando la presión arterial sistólica es más alta a 140 mm / hg o la presión arterial diastólica es mayor de 90 mm / hg, la presión arterial es un producto del gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica, por lo que por lo tanto, las determinaciones de la presión arterial son factores. La situación de

flexibilidad en la pared de los vasos sanguíneos (componentes pulsantes) afecta el brillo del flujo sanguíneo, por lo que también tienen un potencial para la perfección en la regulación de la presión arterial.

Causas

Los efectos de riesgo de desarrollar presión arterial alta son obesidad, falta de actividad física, consumo excesivo de sal, estrés, antecedentes familiares de presión arterial alta y tener más de 60 años.

Las personas que se identifican en alto riesgo deben ser informadas del mismo y realizar los cambios que sean necesarios en su estilo de vida.

Tratamiento

El propósito es prevenir el desarrollo de la enfermedad, prevenir complicaciones, mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES QUEMADOS

Las quemaduras son lesiones traumáticas que conllevan a necrosis hística de variable extensión y profundidad, causada por Diversos agentes físicos, químicos o biológicos que causan cambios Hísticos-humorales que puede conducir a la muerte, dejando secuelas al paciente que lo padece. (Borges Muñío H, 2017) También forman uno de los problemas de salud más importantes del mundo.

La terapia nutricional es unos de los elementos más importantes de la terapia combinada de quemaduras graves, lo que permite el control de catabolismo en el paciente. La necesidad de las intervenciones nutricionales es indudable.

La composición del soporte nutricional enteral en pacientes quemados es muy importante para la supervivencia. Un balance correcto de macro y micronutrientes, antioxidantes y energía es esencial para moderar el hipermetabolismo e hipercatabolismo, condición que resulta después de una lesión por quemadura.

Una óptima nutrición es un buen factor crucial en mantener todas las fases de la cura de estos pacientes.

El hipermetabolismo en los pacientes quemados estimula el aumento de requerimientos calóricos proteico, la influencia del inicio temprano de la nutrición es compatible con la estabilidad hemodinámica. Los suplementos nutricionales y metabólicos atenúan la sepsis, reduce el riesgo de complicaciones en los pacientes graves minimiza La respuesta metabólica ante el trauma y sus consecuencias, tales como: pérdida de peso, reducción de mecanismos de defensa y reducción de cicatrices.

MÉTODOS

NUTRICIÓN ENTERAL

La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional por la cual se proporcionan nutrientes directamente al sistema digestivo mediante vía oral por fórmulas líquidas químicamente definidas o en diferentes secciones del tubo tracto digestivo con sondas específicas. (Abdel-lah Mohamed A, S.L. Barcelona. 2016).

Las vías de administración pueden ser:

- Nutrición enteral por vía oral
- Nutrición enteral por sonda (suplementaria o completa)
- Sonda nasogástrica
- Sonda nasoduodenal
- Sonda nasoyeyunal
- Gastrostomía
- Duodenostomía
- Yeyunostomía

Cualquiera que sea la vía utilizada, se deben calcular los requerimientos para Calorías, grasas y proteínas necesarias para garantizar una nutrición adecuada de acuerdo con los requerimientos de los pacientes quemados, especialmente aquellos que se consideran grandes quemados.

Es importante que esta nutrición se inicie de forma precoz en las primeras 6 horas después de que ocurrieron las quemaduras, siempre que no haya complicaciones que puedan afectar negativamente, tales como: náuseas, vómitos, hinchazón y pérdida del conocimiento; Con esto ayudamos a preservar los procesos fisiológicos de la digestión y a mantener la barrera intestinal, factor que previene la translocación bacteriana y las complicaciones sépticas. El uso del tracto digestivo, cuando el paciente está gravemente enfermo, reduce el riesgo de insuficiencia orgánica múltiple.

1.1 JUSTIFICACION

El problema de la obesidad es que las personas con sobrepeso corren el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles por ello una buena alimentación es la base de prevenir todas estas complicaciones a futuro.

Este estudio busca desarrollar un plan de alimentación para la mejora de atención al paciente, bienestar y salud. Con una dieta alta en proteínas y calorías debido a las quemaduras superficiales y profundas de II grado que presenta.

Por medio de la valoración antropométrica, bioquímica, clínica y dietética se determinó el diagnóstico y tratamiento a seguir con la paciente, con el fin de modificar el peso para así evitar complicaciones de acuerdo a las patologías presentadas.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Manejar el Estado Nutricional de la paciente.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Monitorear los valores bioquímicos de la paciente mediante un tratamiento nutricional adecuado.
- Modificar el peso del paciente acorde a los valores referenciales según el IMC.
- Intervenir en la conducta alimentaria de la paciente a través de un tratamiento nutricional.

1.3 DATOS GENERALES

Paciente

Sexo: Femenino.

Edad: 64 años de edad.

Hijos: 3.

Ocupación: Ama de casa.

Antecedentes personales

Antecedentes patológicos personales: Obesidad mórbida + esteatosis hepática+ hipertensión arterial.

Antecedentes patológicos familiares: No refiere.

Antecedentes quirúrgicos: No refiere.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente con quemaduras de segundo grado donde ingresa a la Unidad de Quemados cursando 35 días, por motivo de explosión de tanque de gas en su casa, presenta quemaduras en el 35% de la Superficie Corporal.

Presenta Antecedentes patológicos personales como: Obesidad mórbida, esteatosis hepática, hipertensión arterial, no presenta antecedentes patológicos familiares, ni antecedentes quirúrgicos llegó de emergencias a la unidad de quemados por quemaduras de II grado.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Quemadura reciente en el 35% de la Superficie Corporal son de II grado.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

La paciente presenta enrojecimiento, palidez y sequedad de la mucosa y un índice periférico (presión parcial de oxígeno en sangre arterial [PaO₂]: fracción inspirada de oxígeno [FiO₂]) de 280.

Se encuentra con taquicardia, su abdomen es blando y se presenta hiperestesia al contacto igual que espontanea, cabeza, cara, cuello y en las extremidades superiores e inferiores.

Presenta un peso de 110 kg y una talla 1,65 m.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

BIOMETRIA HEMATICA - HEMATOLOGIA	VALOR REFERENCIAL	DIAGNOSTICO
Leucocitos (wbc)... 5.50	3.98 - 10.04 x10 ³ /ul	Normal
Hemoglobina (hgb).....9.3	11.20 - 15.70 g/dl	Bajo
Hematocrito (hct)..... 27.8	37.00 - 47.00 %	Bajo
Plaquetas.....270	182.00 - 369.00 x10 ³ /ul	Normal

Recuento de glóbulos rojos....3.13	3.93 - 5.22 M/ul	Bajo
Glucosa.....101	74.00 - 106.00 mg/dl	Normal
Cloro.....102	98.00 - 107.00 mmol/L	Normal
Potasio.....3.50	3.50 - 5.10 meq/L	Normal
Sodio.....139.8	136.00 –145.00mmol/L	Normal
Albumina.....1.8	3.4 - 5.4 g/dl	Bajo

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo: E660 Obesidad por exceso de calorías. I10 Hipertensión esencial (primaria)

Diagnóstico diferencial: k769 Enfermedad del hígado, no especificada

Diagnóstico definitivo: E43 Desnutrición proteicoenergética severa, no especificada.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

La paciente llevaba una mala alimentación a base de alimentos que contienen demasiados carbohidratos, altos en sal y grasas saturadas que al ser consumidos frecuentemente con una vida sedentaria perjudica a la paciente acumulando grasa lo cual se ve reflejado en el problema de obesidad mórbida, esteatosis hepática e hipertensión que presenta. Una calamidad doméstica le causó las quemaduras del 35% de la Superficie Corporal de II grado.

PRESCRIPCION DIETETICA.

Suplemento nutricional Diben.

➤ Cálculo de calorías

FORMULA ENTERAL: (DIBEN)

CANTIDAD: 9 FRASCOS.

CHOS: 300 KCAL / DIA.

PROTEINAS: 15GR/ DIA.

LIPIDOS: 14GR/ DIA.

➤ **DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MACRONUTRIENTES DE FORMULA ENTERAL.**

CANTIDAD	9 FR
CHOS	2700 KCAL/DIA
PROTEINAS	135GR/DIA
LIPIDOS	126GR/DIA

Del área de uci es trasladada al área de cuidados intermedios quemados donde se realiza tolerancia a la alimentación, ingiriendo alimentos por vía oral en consistencia banda.

➤ **CALCULO DE CALORIAS.**

FORMULA:

$$\text{GEB} = 655 + 9.6(\text{kg}) + 1.8(\text{alt}) - 4.7 (\text{edad})$$

$$\text{GEB} = 655 + 9.6 (110\text{kg}) + 1.8 (165\text{cm}) - 4.7 (64\text{años})$$

$$\text{GEB} = 655 + 1056 + 297 - 300.8 = 1707.2 \text{ kcal.}$$

GEB= GEB X FACTOR DE ESTRES.

$$\text{GEB} = 1707.2 \text{ KCAL} \times \text{F.E} (1.5)$$

$$\text{GEB} = 2560.8 \text{ kcal.}$$

PRESCRIPCION DIETETICA.

2560.8 kcal/día, Dieta Blanda Gástrica, fraccionada en 5 comidas.

➤ **DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MACRONUTRIENTES**

MACRONUTRIENTES	%	KCAL	GRAMOS
CHOS	50%	1280	320
PROTEÍNAS	25%	640	160
LIPIDOS	25%	640	71
TOTAL	100 %	2560	Xxxxx

➤ **FRACIONAMIENTO DIARIO 2560 kcal**

DESAYUNO: 20% = 512 kcal.

REFRIGERIO: 5% = 128 kcal.

ALMUERZO: 40% = 1024 kcal.

REFRIGERIO: 5% = 128 kcal.

MERIENDA: 30% = 768 kcal.

2560 kcal/día.

• **Menú**

DESAYUNO	CANTIDAD	KCAL	CHOS	PROT	GRASAS
Pan integral	45gr	293	70	11	0,52
Queso fresco	40gr	65,6	3	8,12	2,6
Leche descremada	200ml	100	12	9,6	0,7
Pera	100gr	58	16	0,12	0,11
Yema de huevo	100gr	353	3,6	16	31
Total		869.6	104.6	44.84	34.93

Colación 1	CANTIDAD	KCAL	CHOS	PROT	GRASAS
Manzana Picada	100gr	56	14	0,26	0,17

Yogurt Natural	150ml	73	8	7,25	3,25
Total		129	22	7.51	3.42

ALMUERZO

	CANTIDAD	KCAL	CHOS	PROT	GRASAS
SOPA DE FIDEOS CON POLLO					
Pollo	100gr	239	0,30	20.6	9,6
Fideos	10gr	37.9	35	0,74	0,2
Vainita	30gr	35	7	0,6	0,12
1 taza de brócoli	150gr	53	7	3	0
Papa	100	80	25	0,4	0,018
Zanahoria	30gr	12,3	3	0,279	0,72
Pollo a la plancha	100gr	210	0	24.5	15,1
Arroz integral	100gr	160	40	2,625	0,38
Ensalada de lechuga	50	20	3,15	0,7	0,15
Tomate	75gr	18	3,09	0,44	0,1
Pimiento	50gr	40	2,70	0,4	0,2
Agua aromática	200ml	0	0	0	0
Total		905.2	126.24	54.284	26.588

COLACIÓN 2

	CANTIDAD	KCAL	CHOS	PROT	GRASAS
Yogurt Natural	150ml	73	8	7,25	3,25
Frutillas Picadas	50gr	33	3,5	0,3	0,2
Total		106	11.5	7.55	3.45

CENA	CANTIDAD	KCAL	CHOS	PROT	GRASAS
Pescado a la plancha	100gr	281	0,24	30,2	2,5
Arroz integral	100gr	160	40	2,625	0,38
Ensalada de zanahoria	75gr	40	10	1,25	0,20
Lechuga	50	15	3,15	0,7	0,22
Tomate	75gr	18	3,09	1	0,24
Agua Aromática	200ml	0	0	0	0
Total		514	56.48	35.775	3.54
Total		2523	320.8	149.9	71.8
Recomendado		2560	320	160	71
% de adecuación: 90-100% Adecuado		99% Adecuado	100% Adecuado	94% Adecuado	101% Adecuado

Recomendaciones Nutricionales.

- Tomar suficiente agua, al menos 8 vasos al día, para facilitar el movimiento intestinal.
- Consumir 5 comidas pequeñas: Desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde cena y media noche.
- Realización de actividad física mínimo 30 minutos entre 3 a 5 días a la semana.

Educación alimentaria.

- Las preparaciones de los alimentos deben ser: Cocidos, sopas, cremas, puré, asado, vapor, plancha, horno, guisado, estofados.
- Evitar los fritos, apanados, rebosados, condimentos artificiales.

- Aumente el consumo de fibra: **Cereales integrales:** Cebada, arroz integral, avena, trigo; **Verduras:** Lechuga, acelga, zanahorias crudas y espinaca, espárragos, remolachas, champiñones, nabos y calabaza, brócoli, alcachofas, calabazas; **Frutas crudas:** Manzanas, bananas, melocotones y peras, mandarinas, ciruelas.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

La quemadura produce una degradación exagerada de proteínas mediada por la respuesta hormonal. La degradación proteica se correlaciona con la superficie corporal quemada (hasta valores del 40%), el momento de la escisión quirúrgica de la quemadura, el gasto energético y la presencia de infección. Todo ello hace que los requerimientos proteicos de estos pacientes estén elevados (Carmona, 2015).

Por dichas razones científica el paciente debe de consumir una dieta Hiperproteica ya que así se evitara una desnutrición proteica. Y será mejor la cicatrización de las heridas.

2.8 Seguimiento.

El paciente es monitoreado en valores bioquímicos y antropométricos diariamente durante su estancia hospitalaria para controlar la evolución de las quemaduras y su peso para continuar con el proceso de alimentación acorde a su evolución. Una vez dado de alta, el paciente se lo citará una vez al mes por 3 meses para el control de su peso, como va llevando su alimentación acorde a las recomendaciones dadas por el equipo multidisciplinario.

	Peso kg
Primes mes	1.8 kg
Segundo mes	1.8 kg
Tercer mes	2 kg
Total	5.6 kg

En el control de peso podemos evidenciar que en tres meses la paciente ha perdido 5.6 kg de peso que restado con su peso inicial 110kg que equivale a 104.4kg, al realizarle la evaluación del estado nutricional presenta un Índice de Masa Corporal de 38.3 kg/m² lo que indica según los puntos de corte de la OMS un diagnóstico de Obesidad II.

2.9 Observaciones.

A través del plan nutricional se quiere lograr que la paciente vaya disminuyendo el consumo de alimentos altos en grasas para evitar su incremento de peso. El tratamiento es de vital importancia para la paciente que esté dispuesta a mejorar su estilo de vida y poner en práctica las indicaciones médicas y nutricionales.

Conclusiones.

La paciente llevara un control mediante el plan nutricional y actividad física en donde se lograra reducir el peso esperando con un resultado positivo para su salud. Debido a la valoración del estado nutricional del paciente se obtiene un conocimiento sobre su situación actual, mediante el plan nutricional que recibe el paciente se va a evitar que tenga complicaciones a futuro con su salud.

Bibliografía

Abdel-lah Mohamed A, A.-I. F. (S.L. Barcelona. 2016). Tipos de soporte nutricional en cirugía. Nutrición enteral. *Editorial Glosa*, 47-64.

al, R. D. (2018). The effect of body mass index on patient . *medical ICU.*, 2125-2131.

Borges Muñío H, G. R. (2017). Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Caumatología Cirugía Plástica. . *T-I. La Habana: Pueblo y Educación*, 43-45.

Clark JM, B. F. (2017). The Challenge of Obesity-related. *J Gen Intern Med* , 828-829.

cols, C. R. (2017). La obesidad en el siglo XXI. Avances etiopatogenia y tratamiento. *Gac Med Méx*, 323-334.

Esqueda, D. A. (2017). *Prevencion, control y trtamiento de la hipertension arterial.* mexico: salud.

GA., B. (2017). Etiology and Pathogenesis of Morbid Obesity: Clinical. *Excerpta Medica* , 1-17.

Hernández, Á. G. (2010). *Tratado de nutricion* . Madrid : editorial medica panamericana .

Neville. (2015). medigraphic. *Obesity is an Independent risk factor of*, 983-987.

YS, D. (2015). Morbid Obesity and pulmonary function. *medigraphic*, 844-845.

ZY., S. (Enero-Abril 2015). Overweight, Obesity, and Health Risk. *Arch Intern Med. medigraphic*, 898-904.

Linkografia

<http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3620.pdf>

ANEXOS

Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el I.M.C

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18.50	<18.50
Delgadez severa	<16.00	<16.00
Delgadez moderada	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Delgadez aceptable	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Sobrepeso	≥25.00	≥25.00
Preobeso	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obeso	≥30.00	≥30.00
Obeso tipo I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obeso tipo II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obeso tipo III	≥40.00	≥40.00

ECUACIÓN DE HARRIS-BENEDICT

- **Mujer:** $REE=655 + (9.6 \times \text{peso en Kg}) + (1.8 \times \text{estatura en cm}) - (4.7 \times \text{edad en años})$

Se considera el PESO IDEAL, para casos de sobrepeso u obesidad.