

Evaluación Nutricional de una paciente con Obesidad Severa

Competencias Adquiridas: Al finalizar este artículo, los lectores podrán:

- Seguir una pauta metodológica con bases científicas para obtener un diagnóstico nutricional más preciso.
- Discutir conceptos relacionados con la interacción fármaco Nutriente y Cómo los alimentos pueden influir en la absorción, transporte y transformación y excreción de los medicamentos y viceversa.
- Comparar el procedimiento propuesto con las prácticas desarrolladas diariamente.

Palabras clave: *Evaluación Nutricional Subjetiva, Evaluación Nutricional Objetiva, interacción fármaco nutriente, Diagnóstico Nutricional.*

Presentación del Caso

Paciente de 56 años, sexo femenino, talla 1.46 mt, casada, ocupación ama de casa, cursa con: Obesidad Severa, Escoliosis, Osteoporosis, Osteoartritis, Epoc, Hipertensión arterial Grado II y dislipidemias.

El motivo de la consulta es efectuar un tratamiento de reducción de peso

fármacos:

Aspirinatabletas c/6h
 Cardersartántabletas c/6h
 Diltiazemtabletas c/6h
 Budesonida
 + formoterolal acostarse
 Risedronato.....tabletas 1/v/sem
 Citrato de calciotabletas c/12h

I. Evaluación Nutricional Subjetiva

- 1.1 Ev. De signos clínicos** Se revisaron piel, ojos, cabello, labios, dientes, encías, lengua, palmas de manos y uñas. No se apreciaron alteraciones significativas que expliquen deficiencias específicas de micronutrientes.
- 1.2 Ev. De factores que interfieran con la ingesta** Apetito disminuido con intolerancia reciente a los dulces; micción normal; evacuaciones cada 4 días, duras y secas; flatulencias aumentadas. Paciente fuma 2 cajetillas de cigarro por día.
- 1.3 Ev. De interacción Fármaco nutriente** La paciente consumía los siguientes

- 1.4 Ev. De ingesta** No consumo de lacteos; carnes rojas 3 veces semana y vísceras dos a tres veces por semana, no consumo de pescado; consumo diario 4 panes, 30 cucharadas de arroz cocido por día; bajo consumo de verduras, frutas, menestras y agua. Alto consumo de dulces (más de 4 porciones de torta semanalmente), sal, gaseosas 7 litros por semana. Consumo diario de frituras, no consumo huevo. Al llegar a la consulta, la paciente había reducido en un 30% las cantidades descritas previamente.
- 1.5 Ev. De Actividad Física** Realiza poca actividad física debido a la dificultad de movimiento ocasionada por la obesidad, la osteoartritis y el EPOC.

Comentario de la Ev. Subjetiva.

Aporte dietético inadecuado y desequilibrado. Ingesta excesiva de grasas saturadas, azúcares añadidos, poca ingesta de fibra y agua. Aparentemente no afronta deficiencias específicas evidentes, a excepción del Calcio, donde no cubre sus requerimientos diarios vía alimentos. La polifarmacia amerita una evaluación detallada para evitar eventos de interacción fármaco-nutriente

II. Evaluación Nutricional Objetiva

2.1 Antropometría.

Peso actual	76.2 kg
Peso usual	70 kg
Peso referencial (1)	50 kg
% de Cambio de peso usual (2)	8%
Pliegue cutáneo tríceps	20mm
% PCT (3)	121%
Cinc. Muscular brazo (4)	20.72
% CMB (5)	89.3%
IMC	35 kg/m ²
Circunf. Abdominal	100 cm

2.2 Parámetros Bioquímicos

Glicemia	200 mg/dl
Colesterol	+ 220mg/dl
Hemoglobina	15 mg /dl

Comentario de la Ev. Objetiva.

Los indicadores muestran un cuadro de obesidad severa. Tomando en cuenta el peso referencial de la persona (50kg), el componente graso elevado (%PCT: 121%) y el componente muscular disminuido (%CMB:89.3%), se puede inferir que la paciente presenta un exceso de peso de aproximadamente unos 20 kg. Por otro lado, la circunferencia abdominal de 100 cm, se correlaciona positivamente con el cuadro hipertensivo, hiperglicemia (recomendar descartar de Diabetes) e hipercolesterolemia.

III. Diagnóstico Nutricional

Paciente presenta un cuadro de obesidad severa sustentado en indicadores antropométricos alterados (Peso, IMC, PCT, CMB), probablemente ocasionado por una actividad física reducida y una dieta desequilibrada donde el aporte calórico es alto fundamentalmente sobre la base de grasas saturadas y azúcares añadidos.

IV. Tratamiento

4.1 Recomendaciones Dietoterapéuticas

- Dieta hipocalórica, normoproteica, hipograsa, restringida en azúcares añadidos, rica en fibra, hiposódica.
- Tomas fraccionadas, con aporte de líquidos en función del control de la hipertensión.

4.2 Recomendaciones Dietoterapéuticas

- Valor calórico total de la dieta, 1200 calorías.
- Aporte proteico mixto.
- Restringir el consumo de grasas saturadas e incrementar el consumo de grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas. El aporte dietético de colesterol debe ser menor de 200 mg/d.
- Incrementar el aporte de fibra vía salvado de trigo o avena, 25 gramos por día disuelto en jugos. Debido a que el incremento en el aporte de fibra debe ir acompañado de incremento en el aporte de agua, se debe progresar lentamente.
- Se debe efectuar una restricción severa de sodio lo que equivale a 500-1000 mg de sodio o de 1 a 2.4 g de sal (6)
- Suplementar vitamina C en un 50% sobre el requerimiento debido al consumo de cigarros.
- Se debe promover que los requerimientos de calcio, se cubran principalmente a través de los alimentos, mientras que la diferencia la aporte el

suplemento. Requerimiento de calcio 1200 mg/d (7). Las formas comerciales contienen en promedio 1500 mg de Calcio que equivalen 300 mg de ión calcio activo.

- Incrementar la actividad física con caminatas pequeñas no más de 10 min por día e incrementar según tolerancia.

V. Recomendaciones

- Coordinar con el especialista tratante sobre los siguientes aspectos: posible

interacción entre cardesartán y jugo de uva (8); consumir el risedronato en ayunas, caminar por 30 minutos y no consumir fuentes de calcio por lo menos 6 horas después de su ingestión (9); consumo de citrato de calcio debe hacerse a media mañana con el estómago vacío para garantizar una mayor absorción; vigilar la aparición de reflujo gastroesofágico debido al consumo de formoterol.

Referencias Bibliográficas

1. SOTO GONZALEZ, Juana y VARGAS FAJARDO, Eresmilda. Prevalencia de la hipertensión arterial en el área del Policlínico-Facultad "Josué País García". *Rev Cubana Enfermer*, sep.-dic. 1999, vol. 15, no. 3, p. 169-173. ISSN 0864-0319.
2. Longo E. Técnica Dietoterapéutica. 1ª Ed. Argentina: Ateneo; 1994. pp 31
3. Waistzberg D. Nutricioa enteral e parenteral na prática clínica. 1ª ed. Rio de Janeiro. Ateneo; 1990 pp 131
4. Campano M, López D. Asistencia Nutricional Intensiva en el paciente hospitalizado. En: Olivares S, Soto D, Zacarías I. Nutrición: Prevención de Riesgos y tratamiento dietético. 1ª ed. Chile. Confederación Latinoamericana de nutricionistas dietistas. 1990 pp 27
5. Mora R. Soporte nutricional Especial. 3ª ed. Colombia: Médica Panamericana. 2004 pp 90
6. Krummel D. Nutrioterapia Médica en Insuficiencia Cardíaca y transplante. En Mahan K, Escott-Stump. Nutrición y Dietoterapia de Krause. México. Mc Graw Hill. 2001 pp 874.
7. Anderson J. Nutrición para la salud Osea. En Mahan K, Escott-Stump. Nutrición y Dietoterapia de Krause. México. Mc Graw Hill. 2001 pp 674
8. Bailey DG: Interactions between grapefruit juice and cardiovascular drugs *Am J Cardiovasc Drugs*. 2004;4(5):281-97
9. Vademecum Médico del Perú. Perú: Ediciones Pablo Grimberg. 1998