



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO (A) EN NUTRICIÓN Y
DIETÉTICA.**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO:

**PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE FEMENINO DE 20
AÑOS DE EDAD CON SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO**

AUTORA:

MARIA DE LOS ANGELES MORENO MEDINA

TUTOR:

DR. HERNAN ARCENIO ROMERO RAMIREZ

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2023

INDICE

DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO.....	
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	
RESUMEN.....	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	
I. MARCO TEÓRICO.....	
1.1 Justificación.....	
1.2. Objetivos	
1.2.1 <i>Objetivo General</i>	
1.2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	
1.3 Datos Generales	
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	
2.1 <i>Análisis del Motivo de Consulta y Antecedentes. Historia Clínica del Paciente</i>	
2.2 <i>Principales Datos Clínicos que Refiere el Paciente Sobre la Enfermedad Actual</i>	
2.3 <i>Exámenes Físico (Exploración Clínica)</i>	
2.4 <i>Información de Exámenes Complementarios</i>	
2.5 <i>Formulación del Diagnóstico Presuntivo, Diferencial y Definitivo</i>	
2.6 <i>Análisis y Descripción de las Conductas que Determinen el Origen del Problema y de los Procedimientos a Realizar.</i>	
2.7 <i>Indicaciones de las Razones Científicas de las Acciones de Salud, Considerando Valores Normales</i>	
2.8 <i>Seguimiento</i>	
2.9 <i>Observaciones</i>	
CONCLUSIONES.....	
BIBLIOGRAFÍA.....	

DEDICATORIA

Con una sincera dedicación a Dios, doy un paso adelante en este esfuerzo científico. Me dio la resistencia para perseverar en todos mis éxitos y me permitió sonreír genuinamente en cada éxito.

A mis padres Mauricio Moreno y Valeria Medina, mi hermana, abuela que fueron y son el apoyo moral y espiritual necesario para seguir adelante y proteger mis sueños y aspiraciones cuando las cosas se ponen difíciles.

María de los Ángeles Moreno Medina

AGRADECIMIENTO

En este presente trabajo me gustaría agradecer a Dios por darme salud y bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado. A mis padres, novio y familiares por el apoyo emocional, espiritual y económico. A la universidad técnica de Babahoyo por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional. a mi tutor, Dr. Hernán romero Ramírez por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación. A mis amigas por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

María de los Ángeles Moreno Medina

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE FEMENINO DE 20
AÑOS DE EDAD CON SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO.**

RESUMEN

Este proyecto investigativo contribuye al proceso de atención nutricional en el paciente femenino 20 años de edad con síndrome antifosfolipídico.

En el cual valoramos el estado nutricional del paciente de 20 años de edad Con síndrome antifosfolipídico por métodos ABCD (bioquímicos, clínico, dietético y antropométrico).

Para ello se utilizó un tipo de metodología exploratoria que permitió que se realicen los respectivos análisis teóricos, así como también prácticos como los análisis basados en un seguimiento antropométrico, bioquímico, clínico y dietético.

En este proyecto describiremos el caso clínico de un paciente de 20 años que padecía de trombocitopenia no especifica con un cuadro clínico de tres días de evolución con metrorragia abundante + dolor abdominal, hasta el punto de obtener síndrome antifosfolipídico, pero con esta complicación inusual ha comprometido su estado nutricional.

Los cuidados y el apoyo nutricional son importantes para impedir o mejorar deficiencias nutricionales. La paciente fue acompañada con buen tratamiento nutricional, donde elaboramos un plan acorde a sus necesidades este puede ~~ot~~ra mantener y mejorar el estado nutricional del paciente, la vía para la administración de los alimentos como también el tipo de dieta debe ser una prioridad para evitar complicaciones a largo plazo.

Palabras claves: Síndrome Antifosfolipídico, trombocitopenia no especifica

ABSTRACT

This research project contributes to the nutritional care process in the 20-year-old female patient with antiphospholipid syndrome.

In which we assess the nutritional status of the 20-year-old patient with antiphospholipid syndrome by ABCD methods (biochemical, clinical, dietary and anthropometric).

For this, a type of exploratory methodology was used that allowed the respective theoretical analyzes to be carried out, as well as practical ones such as analyses based on anthropometric, biochemical, clinical and dietary monitoring.

In this project we will describe the clinical case of a 20-year-old patient who suffered from non-specific thrombocytopenia with a clinical picture of three days of evolution with abundant metrorrhagia + abdominal pain, to the point of obtaining antiphospholipid syndrome, but with this unusual complication has compromised his nutritional status.

Nutritional care and support are important to prevent or improve nutritional deficiencies. The patient was accompanied with good nutritional treatment, where we develop a plan according to their needs this can contribute to maintaining and improving the nutritional status of the patient, the way for the administration of food as well as the type of diet should be a priority to avoid long-term complications.

Key words: Antiphospholipid syndrome, non-specific thrombocytopenia

INTRODUCCION

El síndrome antifosfolípido fue descrito por primera vez por Hughes en 1983. Su incidencia es relativamente baja, más frecuente en mujeres jóvenes en edad fértil. Es una entidad multisistémica caracterizada por la presencia persistente y elevada de dichos anticuerpos, es una enfermedad caracterizada por un estado de hipercoagulabilidad que favorece la trombosis arterial o venosa o ambas, puede manifestarse como aborto recurrente y trombocitopenia, es esta entidad anticuerpo antifosfolípido (FAA) , (anticuerpo anticardiolipina, uno o ambos coagulantes anti-lupus)

Si el SAF no está asociado con ninguna enfermedad autoinmune, puede ser primario; si ocurre en el contexto de un lupus eritematoso sistémico o enfermedad "lupus", puede ser secundario. Además del SAF primario o secundario, se han descrito anticuerpos antifosfolípidos en diversas enfermedades, ya sean reumáticas, inducidas por fármacos, malignas o infecciosas. (Dr. Alfonso Tafur, 1998)

Se han publicado pocas publicaciones sobre la prevalencia de esta entidad en el Ecuador, presentándose el caso clínico de una paciente de 20 años que ingreso en el hospital Abel Gilbert Pontón con diagnóstico de síndrome antifosfolípido con antecedentes de abortos recurrentes, junto con una revisión sistemática de la literatura para describir la demografía, la cual se presenta en la clínica, laboratorio y nutricional. (Castillo, 2018)

I. MARCO TEÓRICO

Definición

El síndrome antifosfolípido (1983) es una enfermedad autoinmune, que se caracteriza por tromboembolia venosa/arterial, complicaciones durante el embarazo (fallecimientos prematuros o tardíos del feto, o de la madre). por lo general, a la intoxicación por mercurio. título elevado de anticuerpos contra los fosfolípidos (AFL), el anticoagulante tipo lupus (AL) y/u otros. Los anticuerpos anticardiolipina (aCL). (CASTILLO, 2018)

Epidemiología

Los anticuerpos aFL se presentan en personas sanas que tienen una incidencia de entre el 1 y el 5%, la cantidad aumenta a medida que envejecemos, similar a otros autoanticuerpos. El SAF es más común en este grupo de personas. Su incidencia se estima en 5 casos por 100.000 habitantes cada año con una prevalencia entre 20 y 50 casos por 100.000 habitantes. Es más común en mujeres, con una proporción de hombres a mujeres de 1:3,5 para el SAF solo y de 1:7 para el SAF asociado al LES. El 85% de los pacientes son de entre 15 y 50 años.

Con relación a los eventos trombóticos, se encontraron anticuerpos aFL en el 13% de los pacientes que sufrieron un ictus, en el 11% de quienes padecieron un IAM y en el 9,5% de quienes padecieron una TVP. La morbilidad obstétrica afecta al 1% de la población femenina en su conjunto, de estos, un 0,1 a un 0,3% son diagnosticadas con SAF. Asimismo, entre el 11 y el 29% de las pacientes que sufren de pre eclampsia tendrán anticuerpos aFL, mientras que entre el 25 y el 25% de las mujeres que tienen un desarrollo intrauterino reducido (CIR) tendrán estos anticuerpos. (GELVEZ, 2020)

Etiología

Los anticuerpos antifosfolípidos afectan a la cascada de la coagulación. Mediante su unión a plaquetas y a células endoteliales, las activan e inducen un estado procoagulante. También producen alteraciones en la fibrinólisis, en la activación de la proteína C y la inhibición de la proteína S.

Los anticuerpos dirigidos contra la β 2-glicoproteína I destruyeron el escudo anticoagulante que estaba en asociación con la proteína de punta de aguja A5. que se

asienta sobre la capa de fosfolípidos que se encuentra en la bicapa del sincitiotrofoblasto y de las células endoteliales. Por otra parte, los anticuerpos contra los fosfolípidos provocan reacciones inflamatorias.

Además, estimulan el complemento y los monocitos, lo que promueve el reclutamiento de células adicionales.

Las que causan inflamaciones, consecuentemente provocan daño tisular y endotelial, lo que contribuye a la trombosis. Debido a que los anticuerpos contra los fosfolípidos tienen tropismo placentario, pueden causar daños. afectan directamente al trofoblasto y le impiden crecer y asentarse. (CASTILLO, 2018)

Etiopatogenia

Origen de los anticuerpos antifosfolipidico, los anticuerpos anti-aFL son un grupo heterogéneo de inmunoglobulinas (IgG, IgM e IgA) dirigidas contra proteínas plasmáticas de unión a fosfolípidos o cofactores (principalmente β 2-glicoproteína I o β 2GPI), contra fosfolípidos primarios de membrana (como la cardiolipina -CL-) y/o contra complejos formados por la combinación de los dos. Hay otros cofactores (protrombina, AnnexIN V) y fosfolípidos de membrana (fosfatidilserina) a los que se dirigirán los anticuerpos anti-APL, que juegan un papel cada vez más importante en la patogenia del SAF.

La teoría más común sobre el origen de los anticuerpos es que la exposición a ciertos factores ambientales (p.ej., infecciones) en pacientes genéticamente predispuestos puede inducir su desarrollo a través del mimetismo molecular del sistema inmunitario.

Se ha encontrado una asociación importante entre el desarrollo de anticuerpos anti-aPL y la trombosis en pacientes infectados por el virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus de la hepatitis C (VHC), adenovirus y parvovirus.

Además de la infección, otras condiciones (fármacos, cáncer) pueden producir anticuerpos APL, pero rara vez se asocian con trombosis y serán transitorios en el paciente. (GELVEZ, 2020)

Mecanismo Patogénicos

Los mecanismos subyacentes no se conocen con exactitud, aunque es posible una combinación de varios mecanismos. Se cree que la activación de las células endoteliales, los monocitos, las plaquetas y las vías del complemento desempeñan un papel importante en el desarrollo de la trombosis.

La activación de monocitos y células endoteliales por anticuerpos anti-APL conduce a un aumento del factor tisular, el activador más fuerte de la cascada de la coagulación. La activación plaquetaria promueve la síntesis de mediadores trombolíticos como el tromboxano A y la glicoproteína IIb-IIIa.

La activación de la vía del complemento juega un papel importante en el desarrollo de la trombosis, especialmente en las complicaciones obstétricas. La inflamación es uno de los tres mecanismos propuestos responsables de las complicaciones durante el embarazo. Los anticuerpos contra aFL activan mediadores inflamatorios (C5a) que generan cadenas de complemento, lo que lleva a la falla placentaria. Otro posible mecanismo es la trombosis intraplacentaria, aunque no siempre hay evidencia de trombosis placentaria en pacientes con SAF. En tercer lugar, la presencia de la placenta no es efectiva, ya que los anticuerpos contra aPL tienden a ser específicos de la placenta que determina dónde se encuentra β 2GPI: la unión de aPL a estas proteínas puede regular el estado. La inflamación aguda y la activación del complemento surgen en una placenta defectuosa. La hiperplasia endotelial grave es un factor adicional importante, ya que la vasoconstricción posterior contribuye al desarrollo de trombosis y muerte fetal.

Cuadro Clínico

El síndrome antifosfolípido se caracteriza por trombosis arterial y/o venosa, Complicaciones obstétricas y presencia de anticuerpos antifosfolípidos.

Trombosis arterial

Este es el síntoma clínico menos común en SAF (30% incluyendo los casos evaluados en SAF). Embarazadas con esta enfermedad en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada) se produce a nivel cerebral, se manifiesta como un ictus fijo o convulsión isquémica transitoria. La resonancia magnética nuclear (RMN) del cerebro es de gran importancia en estos casos. diagnosticar. Otros tipos de eventos tromboticos arteriales que ocurren en el mesenterio (angina) o necrosis intestinal) o a nivel coronario como angina o infarto de miocardio, retina, ojo, hombro.

Trombosis venosa

Es la manifestación trombotica más frecuente asociada al SAF (70% de los casos. Casos revisados en gestantes con esta condición clínica en un hospital universitario 5 Señorita de Nieve Granada); puede conducir a tromboembolismo pulmonar (PE) en el tercer período algunos pacientes. Otras formas menos comunes incluyen la trombosis de la vena renal, Budd-Chiari o síndrome suprarrenal. El riesgo de coágulos de sangre aumenta durante el embarazo, el período posparto y durante el uso de anticonceptivos. boca.

Manifestaciones obstétricas

El APS está asociado con el aborto espontáneo, y el 50 % ocurre entre la segunda y la tercera semana de embarazo tercer cuarto. Dos factores de riesgo comúnmente reconocidos son la presencia de un título alto de LCA. IgG y antecedentes de aborto espontáneo. Probabilidad APL es la causa se ha sugerido infertilidad. Otras complicaciones del embarazo asociadas con APL incluyen: parto prematuro, desprendimiento de placenta y pre eclampsia, donde APL se encontró en el 20% de los casos o aumentó el número de eventos tromboticos durante el periodo perinatal. Las complicaciones fetales son raras, posiblemente debido a la subclase IgG2 aCL.

Más común en mujeres embarazadas, rara vez atraviesa la placenta. Esto explica la presencia aFL con muerte fetal, manifestada por el desarrollo de trombosis aórtica, trombosis de la vena renal y hemiplejía en el contexto del infarto de la arteria cerebral media. restricción de crecimiento El estado fetal intrauterino y el deterioro complican alrededor del 30% de los embarazos.

Trombocitopenia

Es relativamente común en APS, pero por lo general no parece tan grave. causar sangrado. Algunos pacientes tienen un diagnóstico específico del síndrome. se detectan durante mucho tiempo con un recuento de plaquetas normal y por razones desconocidas La trombocitopenia severa puede desarrollarse repentinamente. En otros pacientes como manifestación disminución inicial en el recuento de plaquetas con el desarrollo posterior de eventos y trombosis virus. Varios pacientes tenían anemia hemolítica de Coombs directa al mismo tiempo. positivo (síndrome de Evans). (CASTILLO, 2018)

Manifestaciones hematológicas

La trombocitopenia ocurre en alrededor del 30% de los pacientes con SAF, generalmente no es muy grave (por encima de 50.000 plaquetas/mm³) y rara vez requiere tratamiento. La anemia hemolítica es menos común, con una prevalencia estimada de 6 a 10%. A veces, la anemia hemolítica se asocia con trombocitopenia, lo que se denomina síndrome de Evans. Por lo general, los anticuerpos anti-aPL se encuentran en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) preexistente y, debido a que puede ocurrir en el LES, la PTI puede ser la primera manifestación en estos pacientes. Por lo tanto, los pacientes con SAF deben someterse a pruebas de anticuerpos anti-aPL. .

Manifestaciones cutáneas

Livedo reticularis es la manifestación cutánea más común y ocurre en aproximadamente el 25% de los pacientes. Este es un síntoma físico muy fuerte que hace sospechar al médico la presencia de SAF.

Es importante destacar que la Livedo reticularis se considera un factor de riesgo independiente para la trombosis arterial. La oclusión de las arterias y arteriolas distales puede causar isquemia, gangrena y gangrena del dedo. Otras posibles manifestaciones cutáneas incluyen ulceración, fenómeno de Raynaud, tromboflebitis, hemorragia subcutánea, púrpura y petequias.

Manifestaciones cardiacas

Aparte de la enfermedad coronaria tromboembólica, los cambios más graves en el corazón son los defectos de las válvulas (abultadas y vegetativas). Ocurren en más de un tercio de los pacientes con APS y, a menudo, son asintomáticos. La válvula más afectada es la válvula mitral, seguida de la válvula aórtica. Otros tipos relacionados con el corazón incluyen: trombosis intracardiaca (que simula un mixoma) y disfunción ventricular.

Manifestaciones pulmonares

Las principales manifestaciones pulmonares no trombóticas son la hemorragia intraalveolar, el síndrome de dificultad respiratoria aguda y la alveolitis esclerosante.

Manifestaciones neurológicas

Otros síntomas neurológicos asociados al SAF incluyen: migraña o cefalea crónica, convulsiones (con una clara asociación en pacientes con LES y pacientes con SAF), corea, miopatía, síndrome de Guillain-Barre y procesos de tipo esclerosis múltiple

Manifestaciones Renales

La incidencia de daño renal oscila entre el 2,7 y el 25 %. Se han descrito una variedad de eventos trombóticos renales con diferentes consecuencias clínicas dependiendo de la localización, tamaño y tipo de vaso involucrado. Como resultado, pueden desarrollarse estenosis de la arteria renal, infarto renal, trombosis de la vena renal y microangiopatía trombótica.

Los pacientes pueden tener hematuria microscópica, proteinuria, rara vez a nivel de insuficiencia renal o insuficiencia renal. La hipertensión arterial (HTA) está siempre presente y en ocasiones es la única manifestación clínica de la enfermedad renal²⁵. La microangiopatía trombótica suele presentarse con proteinuria, insuficiencia renal e hipertensión.

Manifestaciones osteoarticulares

El dolor articular se ha informado ampliamente en SAF, independientemente del tipo, pero la artritis se ha informado principalmente en SAF asociado con LES. La necrosis avascular de la osteonecrosis se presenta por igual en ambas formas, sola o asociada a SAF. La detección de anticuerpos contra APL debe considerarse en todos los casos de osteonecrosis sin factores predisponentes conocidos.

Manifestaciones oculares

Sus síntomas varían ampliamente e incluyen ceguera, defectos del campo visual, visión borrosa o pueden ser asintomáticos. El segmento posterior es el más comúnmente afectado, la isquemia retiniana y el infarto pueden desarrollarse debido a la oclusión de vasos pequeños, la vena central de la retina o la oclusión arterial, o la neuritis óptica vascular.

Manifestaciones digestivas

Los síntomas gastrointestinales son raros, variados y secundarios a eventos isquémicos de cualquier sitio. (GELVEZ, 2020)

Factores de Riesgos Asociados con el Síndrome Antifosfolipídico.

Tabla 1	
Factores de Riesgos Asociados con el síndrome antifosfolípido .	
Factor	Relación
Factores Ambientales	Hábitos alimenticios Seguir una dieta inadecuada. Consumir alcohol. Fumar Hábitos de inactividad Ser sedentario
Factor Genético	La causa genética del SAF se desconoce. Este proceso esta asociado con la presencia de tres anticuerpos anormales en la sangre: anticoagulantes lupus, anticardiolipina y antiB2-glioproteina.
Enfermedades Asociadas	Complicaciones en el embarazo Accidente cardiovasculares Problemas pulmonares Insuficiencia renal
Otros	Ser mujer Tomar anticonceptivos Consumir Alimentos saturados Niveles altos de colesterol y triglicéridos.
<p>Nota. Principales factores fisiopatológico de SAF. Adaptado de (Mayo Clinic, 2022).</p> <p>Elaborado por: María de los Moreno Medina</p>	

Diagnostico

La sospecha clínica y el diagnóstico precoz del SAF son importantes porque el tratamiento adecuado reducirá significativamente la morbilidad/mortalidad del paciente. Debido a la gran diversidad clínica, la enfermedad a menudo no se diagnostica. La sospecha clínica de SAF debe surgir en las siguientes situaciones:

Una o más trombosis venosas o arteriales de etiología desconocida, especialmente en pacientes jóvenes. Uno o más eventos adversos durante el embarazo. Trombocitopenia inexplicable o tiempo de coagulación prolongado (tiempo de tromboplastina parcialmente activado aPTT). Prediagnóstico de LES y aparición de síntomas compatibles con SAF. Se toma un historial completo, se requiere un examen físico y se ordena una prueba de anticuerpos anti-APL. La historia debe centrarse en la naturaleza y frecuencia de los eventos tromboticos, el embarazo y la incidencia en las mujeres, así como otros factores de riesgo de trombosis, tanto congénitos como adquiridos (inmovilización prolongada, uso de anticonceptivos, antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica). También se debe considerar la aparición de síntomas asociados con el LES.

Tratamiento Nutricional del Síndrome antifosfolípido

El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (APS) es una afección crónica en la que el cuerpo produce anticuerpos que afectan la coagulación de la sangre, lo que lleva a la formación de coágulos de sangre que pueden bloquear el flujo de sangre a través de las venas y las arterias. Debemos llevar una dieta sana, equilibrada y variada para mantener un peso saludable y así reducir el riesgo cardiovascular asociado al sobrepeso y la obesidad. Si está tomando Syntrom (un anticoagulante), intentaremos limitar su ingesta de vitamina K tanto como sea posible.) o dosis Syntrom. Si su dieta incluye alimentos ricos en vitamina K, no cambie el tipo de alimento. Sin embargo, si hay un exceso de alimentos con vitamina K, promueve una coagulación sanguínea más fácil y reduce los efectos de Syntrom, lo que puede conducir a un mayor riesgo de coágulos sanguíneos.

Los vegetales de hojas verdes se encuentran entre los alimentos ricos en vitamina K, esto no significa que debas alejarte de ellos, pero debes mantener tu dosis diaria.

Además de controlar el contenido de vitamina K en la dieta, los pacientes con síndrome antifosfolípido que toman Sintra deben saber que ciertas hierbas y especias son anticoagulantes naturales y, por lo tanto, no se debe abusar de ellas. Debemos mantener la ingesta de alcohol al mínimo debido a la interacción entre el alcohol y el acenocumarol (Syntra).

Los pacientes con SAF deben reducir también el riesgo de trombosis por otras causas:

Dejar de fumar

Hacer ejercicio de forma habitual

Mantener un peso corporal adecuado (control IMC)

Seguimiento de la presión arterial para descartar hipertensión arterial

Revisar los niveles de glucosa para descartar diabetes

Control de los niveles de colesterol en sangre

Alimentos ricos en vitamina K (alimentos de consumo ocasional):

Se recomienda que el individuo que padece esta patología consuma cantidades fijas de alimentos con vitamina K y no en muy altas cantidades.

Las hierbas y especias (albahaca, tomillo, perejil, cilantro, etc.)

Verduras de hoja verde oscuro (col rizada, col de Bruselas, repollo, berza, berro, brócoli, espinaca, etc.)

Cebollino y Cebolletas

Espárragos

Chile en polvo, curry, paprika. pepinillos

ciruela . (García, 2018)

1.1 JUSTIFICACIÓN

SAF es una enfermedad autoinmune, que se caracteriza por tromboembolia venosa/arterial, complicaciones durante el embarazo (fallecimientos prematuros o tardíos del feto, o de la madre).

En este caso, la Paciente de sexo femenina de 20 años de edad con Síndrome antifosfolípídico presento abortos y pérdida de peso Es aquí donde interviene moral y profesionalmente el dietista, aportando apoyo educativo en la promoción de hábitos alimentarios saludables y consejos nutricionales adaptados a los riesgos y consecuencias de una dieta inadecuada.

El dietista debe ser un observador eficaz y eficiente, capaz de detectar las deficiencias nutricionales en los pacientes mediante la evaluación de las mismas. El síndrome antifosfolípídico se presenta cuando el sistema inmunitario produce, por error, anticuerpos que aumentan las probabilidades de que se formen coágulos en la sangre. No solo tengo que prescribir una dieta saludable, sino también desarrollar un plan de alimentación que pueda brindarle al paciente una dieta realista.

Debo investigar alergias, intolerancias y preferencias dietéticas, así como generar confianza en la comunicación con los pacientes para obtener un historial nutricional. El propósito de este caso es promover la importancia del manejo dietético como factor clave para mejorar y restaurar el estado nutricional de la paciente.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Valorar el estado nutricional del paciente de 20 años de edad con síndrome antifosfolipídico por métodos bioquímicos, clínico, dietético y antropométrico.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar un plan de alimentación acorde a las necesidades del paciente.
- Enseñar a la paciente sobre la correcta alimentación y evitar complicaciones a largo plazo.
- Monitorear la evolución nutricional del paciente mediante índice e indicadores nutricionales.

DATOS GENERALES

<i>Datos Personales del Paciente.</i>			
Datos	Descripción	Datos	Descripción
Sexo:	Femenino	Edad:	20 años
Grupo sanguíneo:	A+	Estado civil:	Soltera
Ocupación:	Ama de casa	Religión:	Católica
Etnia:	Mestiza	Estudios:	Primaria completa

II.METODOLOGÍA DEL PACIENTE

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE INGRESO Y ANTECEDENTES, HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenina de 20 años de edad con antecedentes patológicos de trombocitopenia no especifica, acudió al hospital con un cuadro clínico de tres días de evolución con metrorragia abundante + dolor abdominal el 21 de enero le diagnosticaron síndrome antifosfolipídico, refiere tener 5 abortos hace 6 años y hábitos eólicos, refiere haber perdido peso en los últimos dos meses.

Antecedentes patológicos personales: trombocitopenia no especifica y síndrome antifosfolipídico.

Antecedentes patológicos familiares: no refiere

Hábitos y estilo de vida: hábitos eólicos.

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

Paciente de sexo femenina de 20 años de edad con antecedentes patológicos de trombocitopenia no especifica diagnosticado hace 5 años.

Acudió al hospital con un cuadro clínico de tres días de evolución con metrorragia abundante + dolor abdominal luego de unos días de estar hospitalizada le diagnosticaron síndrome antifosfolipídico, refiere tener 5 abortos hace 6 años y hábitos enolico, refiere haber perdido peso en los últimos dos meses.

2.3 examen físico (exploración clínica)

Paciente orientada en tiempo y espacio ambulatoria, se observa caída de cabello y cabello reseco sin brillo, mucosas húmedas, conjuntivas normales, piel poco reseca, sin edema, dentadura completa, masticación y deglución sin dificultad.

Signos Vitales y Medidas Antropométricas:

Presión arterial: 119/80 mm/hg

Frecuencia cardiaca: 50lpm

Frecuencia respiratoria: 19 rpm

Temperatura: 37°C

Saturación de oxígeno: 98%

Peso:55 kg

Talla: 1.58 cm

2.4 información de exámenes complementarios realizados

<i>Interpretación de los Datos Bioquímica del Paciente.</i>		
Indicador	Resultados	Valores Referenciales
BIOMETRÍA HEMÁTICA		
Hematocrito	40	37 - 47%
Hemoglobina	10.30g/dl	11.5 - 16 g/dl
Plaquetas	300 mm ³	150 – 400 mm ³
Leucocitos	10 mm ³	4 – 10 mm ³
Linfocitos	9 %	1 – 4 %
Neutrófilo	61 %	55 – 70 %
BIOQUÍMICA		
Glucosa	100mg/dl	74 – 106mg/ dl
Creatinina	1.5 mg/dl	0.5 – 0.9 mg/dl
Urea	50 mg/dl	16.5-48.5mg/dl
ELECTROLITOS		
Sodio	140 mEq/L	136-145mEq/L
Potasio	4mmol/L	3.5 – 5.1 mEq/L
Cloro	100mg/ dl	98-107 mg/dl

ELABORADO POR; MARIA MORENO MEDINA

2.5 formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico Presuntivo: Trombosis Vascular

Diagnóstico Diferencial: Síndrome Antifosfolípídico

Diagnóstico Definitivo: Síndrome Antifosfolípídico

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

Los pacientes con SAF sufren de coágulos de sangre en las arterias, venas y órganos están tienden a causar aborto espontáneo, algunos alimentos pueden afectar la eficacia de los anticoagulantes, por lo que debemos ayudar a los pacientes a tener una propensión reducida a la coagulación y ayudar a prevenir las complicaciones del síndrome antifosfolípido. Los pacientes deben evitar el alcohol porque puede aumentar los efectos anticoagulantes de la Warfarina. La vitamina K puede disminuir la eficacia de la Warfarina, pero no otros efectos anticoagulantes.

Estos pacientes deben evitar comer grandes cantidades de alimentos ricos en vitamina K, como aguacates, brócoli, verduras de hoja verde y judías verdes, etc.

El apoyo nutricional es importante desde las primeras fases, el abordaje nutricional del paciente se realiza con un enfoque "ABCD" (antropométrico, bioquímico, clínico y dietético) para implementar de manera eficaz y eficiente un plan nutricional que tenga en cuenta las necesidades y carencias del paciente, en base a su fisiopatología.

MÉTODO ANTROPOMÉTRICO

Datos antropométricos: Peso Actual: 55kg, Peso Usual 60kg, Talla: 158cm

TASA DEL FILTRADO GLOMERULAR

COCKCROFT-GA ULT: $(140-EDAD) \times \text{peso kg} (x0.85, \text{si es mujer}) / 72 \times \text{Creatinina plasmática (mg/dl)}$

COCKCROFT-GA ULT: $(140-20) \times 55 \text{kg} (x0.85, \text{si es mujer}) / 72 \times 1.5 \text{ (mg/dl)}$

COCKCROFT-GA ULT: $120 \times 55 \times 0.85 / 72 \times 1.5$

COCKCROFT-GA ULT: 116.8 Etapa 1

FORMULA DE BROCA

PI= Talla – 105

PI= 158-100 = **53kg**

% PORCENTAJE DE CAMBIO DE PESO

% Cambio de Peso= $\frac{\text{Peso Usual} - \text{Peso Actual} \times 100}{\text{Peso Usual}}$

% P. PESO (kg)= 60 kg – 55 kg / 60kg x 100

% P. PESO (kg)= 8.3% pérdida de peso severa

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Peso / Talla m²

IMC: 55 kg / 2.49m²

IMC: 22.8 kg/m² = Estado Nutricional Normo peso

Hallazgos Antropométricos: paciente femenino con su imc normal, pérdida de peso del 8.3% en los últimos meses y un daño renal etapa 1.

VALORACION BIOQUIMICA

<i>Interpretación de los Datos Bioquímica del Paciente.</i>			
Indicador	Resultados	Valores Referenciales	Interpretación
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Hematocrito	40	37 - 47%	Normal
Hemoglobina	10.30g/dl	11.5 - 16 g/dl	Anemia Moderada
Plaquetas	300 mm ³	150 – 400 mm ³	Normal
Leucocitos	10 mm ³	4 – 10 mm ³	Normal
Linfocitos	9 %	1 – 4 %	Elevado
Neutrófilo	61 %	55 – 70 %	Normal
BIOQUÍMICA			
Glucosa	100mg/dl	74 – 106mg/ dl	Normal
Creatinina	1.5 mg/dl	0.5 – 0.9 mg/dl	Elevado
Urea	50 mg/dl	16.5-48.5mg/dl	Elevado
ELECTROLITOS			

Sodio	140 mEq/L	136-145mEq/L	Normal
Potasio	4mmol/L	3.5 – 5.1 mEq/L	Normal
Cloro	100mg/ dl	98-107 mg/dl	Normal

ELABORADO POR; MARIA MORENO MEDINA

Hallazgos Bioquímicos: el paciente refleja una linfocitopenia según los linfocitos, anemia severa por deficiencia de hierro, un pequeño daño renal e hiperglucemia.

INTERACCIÓN DE FÁRMACO – NUTRIENTE

MEDICAMENTO	INTERACCIÓN Y /O EFECTO	SUGERENCIA
COMPLEJO B	No tiene interacción con los alimentos	
PREDNISONA	Es metabolizado por el CYP3A4	Evitar el consumo de uva y fuentes importantes de vitamina
WARFARINA	Alto grado de unión a las proteínas. Co-administrado con alimentos fuentes de vitamina K pueden anular el efecto anticoagulante. Co-administrado con cebollas, kion o ajos pueden incrementar su efecto y el riesgo de hemorragia	Dosar albúmina. Si se encontrara en niveles inferiores prescribir dieta hiperproteica. Evitar alimentos fuente de vitamina K como hígado, yema de huevo, verduras de hoja verde (espinaca, coles, coliflor) y te verde. Evitar el consumo junto con estos alimentos.
PARACETAMOL	Es metabolizado por el citocromo CYP1A2. Es metabolizado por el citocromo CYP3A4. Co-administrado junto a alimentos en pectina retrasan la absorción.	No consumir vegetales crucíferos como el repollo, la col de Bruselas, nabos o rábanos. No consumir jugo de uvas ni fuentes importantes en vitamina C. Tomar con el estómago vacío si se tolera.

ELABORADO POR; MARIA MORENO MEDINA

MÉTODO CLÍNICO

SIGNOS CLINICOS	
Cabello seco y sin brillo	Deficiencia de proteínas y biotina
Piel escamosa y reseca	Deficiencia de Vitamina A, cinc y ácidos grasos esenciales

Hallazgos clínicos: al ver los parámetros del paciente se determinó que los signos presentes en el mismo son debido al SAF.

MÉTODO DIETÉTICO

Anamnesis Nutricional: paciente menciona que en su vida cotidiana el método de cocción que más utiliza para la preparación de sus alimentos es el cocido y el frito, consume poca fruta 1 o 2 frutas a la semana, las verduras, legumbres y hortalizas las consume pocas veces en ensaladas, se hidrata con 1 a 2 vasos de agua al día, consume más colas o jugos procesados, consume bastante postres y golosinas 4 a 6 veces a la semana, consume diariamente comidas chatarras debido a la falta de tiempo para preparar sus alimentos, consume alcohol, no realiza actividad física y realiza de 3 a 4 tiempos de comida al día.

Evaluación de la ingesta: Se realizará el método de evaluación dietética utilizando el recordatorio de 24 horas con la finalidad de indagar como era la alimentación diaria del paciente.

Recordatorio de 24H

Desayuno =2 Rebanadas de pan con huevo cocido+cafe

Almuerzo = sopa de pollo con arroz

Merienda= Seco de pollo con arroz

Hallazgos Dietéticos: mediante el análisis de consumo del recordatorio de 24 horas se observó que el paciente realiza una ingesta excesiva de calorías y de macronutrientes, además se evidencia malos hábitos alimenticios.

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

Paciente femenino con 20 años de edad con diagnóstico médico de síndrome antifosfolipídico. Presenta una ingesta inadecuada de alimentos debido a los malos hábitos alimentarios que lleva.

Al analizar los exámenes bioquímicos el paciente refleja una linfocitopenia según los linfocitos:9 , anemia por deficiencia de hierro según la hemoglobina:10.30, daño renal según la urea:50 y creatinina:1.5, hiperglucemia según la glucosa en ayuda 115.

según la tasa glomerular el paciente esta en etapa 1.

Deficiencia de proteína y biotina(cabello seco y sin brillo), deficiencia de vitamina A y Zinc(piel escamosa y reseca).

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

Cálculo del requerimiento energético

ECUACIÓN DE HARRIS-BENEDICT

$$\text{GEB} = 655.1 + (9.6 \times \text{Peso}) + (1.9 \times \text{Talla}) - (4.7 \times \text{Edad})$$

$$\text{GEB} = 655.1 + 9.6 \times 55 + 1.9 \times 158 - 4.7 \times 20 \text{ años}$$

$$\text{GEB} = 665.1 + 528 + 300.2 - 94$$

$$\text{GEB} = 1.493 - 94 = 1.400$$

ACTIVIDAD FISICA Y FACTOR DE ESTRÉS

GASTO CALORICO

$$\text{GEB} \times \text{F.A} \times \text{F.E}$$

$$1.400 \times 1.3 \times 1.1 = 2.002 \text{ kcal/día}$$

PRESCRIPCION DIETOTERAPEUTICA

Dieta combinada hiperproteica y blanda gástrica de 2,002 kcal/día, fraccionada en 5 tiempos de comida, consistencia y temperatura normal, mantener un consumo adecuado de vitamina k.

DISTRIBUCION DE MACRONUTRIENTES

Proteínas: $1 \times 55 \text{ Kg} = 55\text{g} \times 4 = 220\text{Kcal}$

CHO: $2.5 \times 55 \text{ Kg} = 121\text{g} \times 4 = 484\text{Kcal}$

Grasas: $0.7 \times 55 \text{ Kg} = 38.5 \text{ g} \times 9 = 346.5\text{Kcal}$

Total de kilocalorías de los macronutrientes 1.050kcal

PLAN ALIMENTARIO

MENU

Desayuno: sándwich de queso con lechuga y un batido de frutilla

Colación: Melón picado

Almuerzo: pollo a la plancha con ensalada de vainita y arroz

Colación: choclo cocinado con queso

Merienda: pescado a la plancha con ensalada de brócoli y arroz

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA PACIENTES CON SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

- llevar una dieta sana, equilibrada y variada para mantener un peso saludable y así reducir el riesgo cardiovascular asociado al sobrepeso y la obesidad.
- mantenga su ingesta de vitamina k sabiendo que algunas hierbas y especias son anticoagulantes naturales, así que no se exceda.
- si su dieta incluye alimentos ricos en vitamina k, no cambie el tipo de alimento. sin embargo, un exceso de alimentos con vitamina k hará que la sangre se coagule fácilmente y el efecto de systrom disminuirá, lo que posiblemente lleve a un mayor riesgo de coágulos de sangre.
- dejar de fumar
- hacer ejercicio de forma habitual
- mantener un peso corporal adecuado
- revisar los niveles de glucosa para descartar diabetes
- las hierbas y especias (albahaca, tomillo, perejil, cilantro, etc.)
- verduras de hoja verde oscuro (col rizada, col de brúcela, repollo, berza, borro, brocoli, espinaca, etc.)
- cebollino y cebolletas
- espárragos
- chile en polvo, curry, paprika, pepinillos
- ciruela

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

El síndrome antifosfolípido es una afección clínica y serológicamente definida caracterizada por trombosis arterial y/o venosa, aborto espontáneo recurrente y trombocitopenia. Los criterios serológicos para el diagnóstico del síndrome antifosfolípido son anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico, autoanticuerpos contra fosfolípidos con carga negativa. (Medicina, 2017)

Según (Medicina Clínica, 2013) el tratamiento es un desafío debido a la falta de objetivos claros basados en la evidencia, pero todavía se basa en anticoagulantes y agentes antiplaquetarios para problemas vasculares y obstétricos; sin embargo, existe una tendencia a requerir un tratamiento individualizado según el riesgo de trombosis o pérdida del embarazo.

Las medidas utilizadas para monitorear a los pacientes con anticoagulantes incluyen monitoreo, observaciones y educación continua conforme a su alimentación para prevenir nuevas complicaciones hemorrágicas o nuevos eventos trombóticos, al tiempo que reducen la patología y las muertes secundarias de proporción que causan. (Maria Helena Solano MDa, 2019)

2.8 SEGUIMIENTO

Datos de resultados obtenidos por medio del seguimiento y monitoreo

ANTROPOMETRIA			
Datos / Parámetros a evaluar	Consulta Inicial	Control en 1 mes	Resultados / Interpretación
Peso	55 kg	57 kg	+2 kg de peso
BIOQUÍMICA			
Hemoglobina	12g/dl	11.5-16g/dl	Normal
Linfocitos	4	1-4%	Normal
Glucosa en ayunas	208mg/Dl	104 mg/dL	Disminuyo la glucosa en ayunas, ya no presenta hiperglucemia.

Urea	49mg/Dl	16.5-48.5 mg/dL	Disminuyo un poco , pero sigue manteniendo fallo renal
Creatinina	1.1mg/Dl	0.5-0.9 mg/dL	Disminuyo un poco , pero sigue manteniendo fallo renal
CLINICA			
Cabello seco sin brillo	Deficiencia de proteína y biotina	Cabello con brillo	Normal – ya no existe deficiencia de proteína y biotina
Piel reseca y escamosa	Deficiencia de Vitamina A, cinc y ácidos grasos esenciales.	Disminuyendo la reseca y espantosis en la piel	Mejorando su Deficiencia de Vitamina A, cinc y ácidos grasos esenciales.
<p>Valoración Dietética</p> <p>Anamnesis alimentaria: Paciente refiere seguir las prescripciones dietéticas recomendadas, la cual, si se evidencia en el mejoramiento en los índices e indicadores antropométricos, bioquímicos y clínicos. Menciona que ha mejorado sus hábitos alimenticios y prepara sus alimentos más saludables. El paciente seguirá con la misma distribución de macro y micronutrientes hasta recuperar las reservas calórico-proteica y deficiencias nutricionales.</p>			

ELABORADO POR; MARIA MORENO MEDINA

2.9 observaciones

El proceso de atención nutricional del paciente ha evolucionado favorablemente y mostro dedicación a su proceso de recuperación, mejorando así sus hábitos y costumbres alimentarias con la finalidad de recuperar su estado nutricional.

Conclusión

La evidencia que presentamos en este proyecto demuestra que el paciente fue valorado eficientemente con cada método aplicado (bioquímico, clínico, dietético y antropométrico) del estado nutricional de la paciente.

Mediante la valoración antropométrica se pudo determinar los cálculos dieto terapéuticos, cálculos que permitieron diseñar el plan de alimentación acorde a las necesidades nutricionales fisiopatológicas del paciente-

Se concluye que mediante el monitoreo se pudo evidenciar la mejora de ABCD del paciente además con la enseñanza de una correcta alimentación a ayudado adquirir buenos hábitos y costumbres alimentarias las mismas que ha mejorado la calidad de vida del paciente y así evitar las complicaciones a largo plazo

Bibliografía

Maria Helena Solano MDa, C. C. (8 de 03 de 2019). *EDUCATIVO PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS EN UN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA*. Recuperado el 6 de 03 de 2023, de <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/download/917/1011?inline=1>

Medicina Clinica. (5 de 04 de 2013). Actualización del síndrome antifosfolipídico. Recuperado el 3 de 03 de 2023, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775303739906>

Medicina, U. d. (03 de 05 de 2017). *Síndrome antifosfolípido*. Recuperado el 06 de 03 de 2023, de <https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/view/6604>

OPS Organización Panamericana de la salud. (s.f.). *OPS Organización Panamericana de la salud*. Recuperado el 13 de 02 de 2023, de OPS Organización Panamericana de la salud: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon>

Rovo, D. F. (2022). *Clinica Universidad de Navarra*. Recuperado el 13 de 02 de 2023, de Clinica Universidad de Navarra: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hipotension-arterial>

ANEXOS 1 RECORDATORIO DE 24 HORAS

<i>Indagación de la Alimentación Habitual del Paciente mediante el Método Dietético "Recordatorio de 24 horas y Análisis de Consumo".</i>						
CANTIDAD	GRAMOS	ALIMENTO	KCAL	PROTEINA	GRASA	CHO
Desayuno: 2 Rebanadas de pan con huevo cocido+cafe						
1 taza	5 gr	Café instantáneo	17,65 kcal	0,61g	0,02g	3,77g
2 unidad	60 gr	Pan	196,94 kcal	5,22g	2,32g	31,55g
1 unidad	60 gr	Huevo cocido	85,8 kcal	7,53g	5,70g	0,43g
Media mañana: no consumió nada						
Almuerzo: sopa de pollo con arroz						
1 taza Cocida	480gr	Arroz	62,4 kcal	11,32g	0,91g	137,90g
1 onza	70 gr	Pollo	150,5 kcal	13,02g	10,54g	0g
1 unidad	60g	Zanahoria	24,6 kcal	0,55g	0,14g	5,74g
1 unidad	60 gr	Papa	58,2 kcal	1,26 g	0,06g	13,38g
½ Taza	90gr	Colifrol	22,5 kcal	1,72g	25,2g	4,47g
Media tarde: 1 Guineo						
1 unidad	170 gr	Guineo	151,3 kcal	1,72g	0,56g	38,8g
Merienda: Seco de pollo con arroz						
1 taza	480gr	Arroz	62,4 kcal	11,32g	0,91g	137,90g
1 onza	70gr	Pollo	150,5 kcal	13,02g	10,54 g	0g
1 unidad	120 gr	Tomate	52,8 kcal	2,01 g	0,21 g	11,95 g
1 unidad	195gr	Cebolla	78 kcal	2,14g	0,19g	18,21g
1 unidad	120 gr	Pimiento	37,2 kcal	1,18g	0,36g	7,23g
TOTAL			1150,79 kcal	72,75 g	57,66g	411,33g

ELABORADO POR: MARIA MORENO MEDINA

ANEXO 2 DIETA CUADRADA

ALIMENTO	CANTIDAD	PROTEINAS	GRASAS	CHO	KCAL
DESAYUNO	2 rebanada de pan 50g	4.5 g	2g	27.2 g	146.5 kcal
	Queso tierno 50g	9.04g	11.91g	1.49g	149.5kcal
	Lechuga 45g	0.612g	0.0675 g	1.29 g	6.75kcal
	Leche 150g	5.05g	0.12g	7.44g	51kcal
	Frutilla 100g	0.67g	0.03g	7.68g	32kcal
COLOCACIÓN 1	100g Melón	0,84 g	0,19 g	8,16g	34kcal
ALMALUERZO	Pollo 60g	11.16g	9.036 g	0g	129kcal
	50g arroz blanco grano corto cocido	1,18 g	0,09 g	14,36 g	65 kcal
	50g Zanahoria cocida sin sal	0.38g	0,09 g	4,11g	17,5 kcal
	100g de vainita	1.83g	0.22g	6.97 g	31kcal
	Cebolla perla 25g	0.27 g	0.02g	2.33g	10 kcal

COLACIÓN II	Choclo blanco	3.22 g	1.18g	19.2g	86 kcal
	Queso tierno 50g	9.04g	11.91g	1.49g	149.5kcal
MERIENDA	70 g pescado	4.05 g	1.19 g	0	67.2kcal
	Tomate riñón 100g	0.88 g	0.2 g	3.89g	18kcal
	Cebolla paiteña 50g	0.55g	0.05g	4.67g	20kcal
	Brócoli 100g	2.82g	0.37g	6.64g	35kcal
	Limón	1.1g	0.3g	9.32g	29kcal
	Arroz blanco cocido 50g	1.18g	0.09g	14.36g	65kcal
TOTAL		58.072 g	38.99 g	140.6g	1.234kcal

ELABORADO POR; MARIA MORENO MEDINA

% DE ADECUACIÓN

	CARBOHIDRATOS	PROTEINAS	GRASAS	KCAL
INGESTA	58.072	38.99	140.6	1.234
RECOMENDADO	55	38.5	121	1.050
%	105%	101%	104%	117%

ELABORADO POR: MARIA MORENO MEDINA

ANEXO 3 SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO



Fuente (sacaron. 2020)

ANEXO 4 CLASIFICACIÓN IMC

Clasificación	IMC (Kg/m ²)	Riesgo
Normal	18.5 - 24.9	Promedio
Sobrepeso	25 - 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 - 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 - 39.9	Severo
Obesidad grado III	Más de 40	Muy Severo

Fuente (scarone.2020)