



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.**

**TÍTULO DE CASO CLÍNICO**

**ULCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 65 AÑOS  
DE EDAD.**

**AUTORA**

**KENIA CECILIA ROMERO MARIN**

**BABAHOYO - LOS RÍOS – 2018**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. ROSARIO CHUQUIMARCA CHUQUIMARCA, PHD.  
DECANA  
O DELEGADO (A)

LIC. FATIMA MEDINA PINOARGOTE, MSC.  
COORDINADOR DE LA CARREA  
O DELEGADO (A)

ING. LUIS CAICEDO HINOJOSA, MBA  
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO (A)



LCDA. DALILA GOMEZ ALVARADO  
SECRETARIA GENERAL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



## INDICE GENERAL

### DEDICATORIA

### AGRADECIMIENTO

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	2
MARCO TEORICO.....	2
JUSTIFICACION.....	11
OBJETIVOS .....	12
DATOS GENERALES .....	12
CAPITULO II.....	13
METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	13
ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	13
HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.....	13
ANAMNESIS.....	13
ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.....	14
EXPLORACION CLINICA.....	14
FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PREVIO ANALISIS DE DATOS....	14
CONDUCTA A SEGUIR.....	15
INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	21
SEGUIMIENTO.....	22
OBSERVACIONES.....	23
CAPITULO III.....	24
CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	25
ANEXOS.....	27

## INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico está basado en paciente de 65 años de edad, residente en centro gerontológico, que acude a consulta, por presentar fiebre no cuantificada acompañada de escalofríos y diaforesis de moderada intensidad; el paciente también refiere dolor en región lumbar que inicio de manera súbita desde hace 8 días, diagnosticado por el médico con úlceras por presión y peso insuficiente (según SENPE 2006), lo cual se debe manejar en 6 intervenciones nutricionales.

El tratamiento escogido deberá ser interdisciplinario en las que se incluye las especialidades de psiquiatría, nutrición, enfermería para sus desbridamiento de la úlcera, fue derivado a consulta con el nutricionista para recibir terapia nutricional que ayude a la ganancia de masa magra y regeneración de tejido cutáneo.

Se evitará que el paciente pierda peso, dándole una dieta hiperproteica e hipercalórica y además recibirá suplementación de vitamina C más Zinc y vitamina A. Se lo tratará una vez por semana por 4 semanas, después cada 15 días cada mes, una vez de alta se controlara mensualmente por 6 meses. El tratamiento nutricional se prolongará de acuerdo a la evolución del paciente.



### 1.1.1 Úlceras por presión

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

Una úlcera por presión también se conoce como una llaga por presión, escaras o úlceras por decúbito. Las úlceras por presión se pueden formar en las zonas huesudas de la espalda, las caderas, los talones, los glúteos, o los tobillos. (Allina Health, 2018)

Las úlceras por presión son frecuentes en pacientes con desnutrición proteico calórica con infección por VIH, caquexia pulmonar y cardíaca, caquexia reumatológica, cánceres, enfermedades renales, y en pacientes destinados a la cama o paralizados. El riesgo de desarrollar úlceras por presión aumenta en 74% con la inmovilidad, pérdida de masa corporal magra muscular y cutánea, y depresión inmunitaria. (Harris y Fraser, 2004)

El estado nutricional deficiente y la hipoperfusión de oxígeno son factores predictivos para úlceras por decúbito; el estado nutricional y la duración de la estancia son factores predictivos de la gravedad de las úlceras en las instituciones. (Williams et al., 2000)

En la formación de la UPP parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales.

### 1.1.2 Fisiopatología.

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado. La presión

capilar máxima se cifra en torno a los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mmHg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis. (Claudia Arango Salazar, pág. 217)

En la formación de la UPP parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales. (Claudia Arango Salazar)

Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:



- **Presión:** Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel, que se debe a la gravedad, la cual provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa. (Claudia Arango Salazar)
- **Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel. (Claudia Arango Salazar)
- **De pinzamiento vascular:** Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro. (Claudia Arango Salazar)

### 1.1.3 Factores de riesgo.

- **Fisiopatológicos**
  - Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
  - Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares.
  - Déficit nutricional: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteínas.
  - Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
  - Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
  - Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.
  
  - Déficit sensorial: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
  - Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.
- **Delentorno**
  - Falta o mala utilización del material de prevención.
  - Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica.
  - Sobrecarga de trabajo.
  - Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
  - Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.
  - Deterioro de la propia imagen de la enfermedad.

### 1.1.4 Valoración del paciente.

Las úlceras por presión no cicatrizan a menos que las causas de fondo sean tratadas eficazmente. Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP. Este riesgo debe

ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce algún cambio en el nivel de actividad o movilidad. (Claudia Arango Salazar)

Las pruebas imprescindibles de laboratorio incluyen: hemograma, coagulación, VSG y bioquímica completa.

### 1.1.5 Valoración de la lesión.

Cuando se ha desarrollado una UPP es necesaria una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya:

**Estadio:** tiene en cuenta su aspecto externo.

**Estadio I:** En paciente de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.

**Estadio II:** Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas.

**Estadio III:** Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.

**Estadio IV:** pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén.

En todos, retirar el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

### 1.1.6 Profundidad:

**Grado I:** Afecta epidermis y deja expuesta dermis subyacente.

**Grado II:** Afecta toda la piel hasta la grasa subcutánea.

**Grado III:** Llega hasta la fascia profunda.

**Grado IV:** La necrosis abarca músculo y llega a afectar articulaciones y hueso.

### 1.1.7 Complicaciones.

Pueden dividirse en primarias y secundarias:

- **Complicaciones primarias:**

- **Locales:** Originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones y originar fístulas y hemorragias graves.

- **Sistémicas:** Las que debemos destacar la anemia, sepsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas, complicaciones del tratamiento.

- **Complicaciones secundarias**

Algunas son de origen económico, como la mayor estancia hospitalaria y el aumento del costo asistencial; y otras de tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la y atrofia. (Claudia Arango Salazar)

### 1.1.8 Cuidados de la piel.

El objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión.

Se debe realizar:

- Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos.
- Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y resequedad de la piel.
- Minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel (baja humedad < 40% y exposición al frío).
- Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
- Evitar el masaje sobre las prominencias óseas.
- Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia, hidratantes y barreras para la humedad.
- Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.
- Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas.

### **1.1.9 Tratamiento de las úlceras por presión.**

Un buen estado nutricional es fundamental tanto para la curación y cicatrización de las heridas crónicas, como para disminuir el riesgo de infección. La úlcera es una situación de alto gasto energético y proteico, requiere además buena hidratación y aportes más elevados de determinados nutrientes como: Zn, Cu, Fe, arginina, vitaminas A, C y complejo B, etc. Conviene mantener un buen estado nutricional (habitualmente difícil en estos pacientes, muchas veces hay que recurrir al uso de complementos nutricionales) y se recomienda controles analíticos mensuales. (Claudia Arango Salazar)

### **Efectos de diferentes nutrientes sobre la cicatrización**

El correcto aporte de macro y micronutrientes es por tanto importante en esta patología. En principio es preciso un aporte hiperproteico que puede oscilar desde los 1,2 a 1,5 g de proteína/kg de peso ideal, lo que representa aproximadamente un 20% de las necesidades calóricas. Durante los procesos de cicatrización, se incrementa la síntesis de proteínas en la zona de la herida. Si existe un déficit de aminoácidos, se reduce la síntesis de proteínas. Un ejemplo de esta situación

es el aminoácido arginina, demostrándose que durante la cicatrización puede convertirse en un aminoácido esencial. Se ha demostrado que dosis de arginina entre 17 y 24 g mejoran el depósito de colágeno en las heridas. (Dr. Luis, R. Aller, julio 2007)

Con respecto al aporte de hidratos de carbono, se recomiendan que representen entre un 55 y 60% del aporte calórico total y con un alto aporte de hidratos de carbono complejos. Los objetivos de este aporte son múltiples; en primer lugar aportar calorías a los pacientes para evitar el consumo de proteínas endógenas. En segundo lugar, la presencia de hidratos de carbono de absorción lenta permite que la glucemia no sea tan elevada y no se produzcan fenómenos de glicosilación proteica. Estos fenómenos de glicación pueden empeorar el transporte de vitamina C al interior de las células e inhibir la proliferación de fibroblastos, produciendo un empeoramiento en la cicatrización de las heridas. (Dr. Luis, R. Aller, julio 2007)

Las grasas, deben representar un 20-25%, son importantes en los procesos de cicatrización al vehicular ácidos grasos esenciales como los ácidos linoleo y linolénico, componentes fundamentales de las membranas celulares, sobre todo en una situación de alto recambio tisular como es la cicatrización de una úlcera. Tampoco debemos olvidarnos que los ácidos grasos de la serie omega 3, presentan fenómenos antiinflamatorios, inmunomoduladores y vasodilatadores, todos importantes para los procesos de cicatrización.

(Dr. Luis, R. Aller, julio 2007)

Las vitaminas y minerales, con los conocimientos fisiológicos que tenemos en la actualidad, existen una serie de ellas que presentan un gran interés (vitamina C, vitamina E, vitamina A, vitamina K, hierro, cobre y zinc). Probablemente la que más interés despierte es la vitamina C. Esta vitamina es esencial como cofactor de la síntesis de colágeno y para mantener la función inmunológica. Las recomendaciones internacionales se sitúan en los sujetos sanos en 75 mg/día (mujeres) y 95 mg/día (varones), con un límite tolerable de 2 g al día. La vitamina A promueve la diferenciación de los fibroblastos, la síntesis de colágeno y reduce las infecciones de las heridas. El papel de la vitamina E permanece como uno de los grandes interrogantes en la cicatrización, no estando claro la necesidad de su suplementación en este tipo de patologías. Con respecto a la vitamina K es necesaria como cofactor para la síntesis de factores de coagulación, siendo producida normalmente por las bacterias del intestino. Los pacientes que reciben antibioterapia, como puede ser el caso de úlceras por presión infectadas, van a disminuir la producción endógena de vitamina K precisando suplementación. (Dr. Luis, R. Aller, julio 2007)

Respecto a los minerales, el cobre es un importante cofactor para muchos enzimas, incluyendo la lisil oxidasa, implicada en los enlaces cruzados del colágeno y de la elastina. El hierro es otro de los micronutrientes implicados en la hidroxilación de la prolina y lisina, necesarios para la síntesis de colágeno. Por otra parte la anemia por déficit de hierro va a producir una disminución de la oxigenación tisular, así como una reducción en la actividad bactericida de los leucocitos. Probablemente el mineral que más interés ha despertado en los procesos de cicatrización es el zinc. Este mineral implicado como coenzima en multitud de vías metabólicas y procesos de división celular, es necesario a altas concentraciones en el foco cicatricial, no obstante no está exento de riesgos en cantidades excesivas, relacionándose con episodios de diarrea, alteraciones del sistema inmunológico y en el metabolismo del cobre. (Dr. Luis, R. Aller, julio 2007)

### **Nutrición Enteral**

La nutrición enteral es aquella que se provee mediante dispositivos médicos como sondas, botones gástricos o estomas, a partes distales de la cavidad oral en el tracto gastrointestinal, para liberar nutrientes.

En la intervención terapéutica con NE se presenta la interacción fármaco-nutriente que es un evento que resulta de la relación física, química, fisiológica o patofisiológica entre el nutrimento-fármaco, el estado nutricional, los alimentos y que es significativamente clínicamente si el medicamento se altera o el estado nutricional se va comprometiendo. (CASCATELLI, 2015)

### **INDICACIONES**

La nutrición enteral está indicada en todos los casos en los que el enfermo requiere soporte nutricional individualizado y no ingiere los nutrientes necesarios para cubrir sus requerimientos.

Será necesaria en las siguientes situaciones clínicas



1. En el prematuro: la nutrición enteral precoz disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante.
2. Cuando el TGI no es capaz de utilizar óptimamente los nutrientes si son administrados por vía oral: diarrea grave, síndrome de intestino corto. En estos casos es, necesario utilizar técnicas que condicionen un enlentecimiento de la motilidad del TGI, una disminución de las secreciones del TGI, etc.
3. Si las necesidades están muy aumentadas y el paciente no es capaz de cubrirlas con la ingesta (pacientes quemados, malnutridos).
4. Cuando el paciente no tolera la ingesta por alteraciones hemodinámicas (cardiopatías) o respiratorias (broncodisplasia).
5. Cuando el paciente no es capaz de deglutir: por alteraciones orofaríngeas.
6. Si el paciente no es capaz de tomar alimentos especiales de mal sabor e imprescindibles (aminoacidopatías) o no puede tener tiempos prolongados de ayuno: glucogenosis, alteraciones en la oxidación de los ácidos grasos. (MORE, 2015)

### **Visión histórica de la nutrición enteral.**

Comenzar a revisar la historia del desarrollo de la Nutrición Enteral nos obliga a recordar la alimentación rectal, porque hace 3.500 años aproximadamente fueron los egipcios los que iniciaron esta técnica. La alimentación rectal mediante enemas con alimentos como forma de preservar la salud fue recogida en algunos papiros. En éstos, se describe como a través de una especie de jeringa constituida por una pipeta atada a una vejiga administraban, probablemente a presión, por vía rectal, una gran variedad de alimentos como leche, suero lácteo, cereales germinados, vino etc. Otras civilizaciones como la griega mantuvieron estas prácticas en algunas ocasiones con finalidad nutricional y en otras ocasiones con finalidad reguladora del tránsito intestinal comolaxante. (HERNANDEZ, 2016)

También fueron utilizadas con carácter nutritivo otras sustancias como la sangre desfibrinada, incluso más recientemente, durante la Segunda Guerra Mundial, la vía rectal

fue utilizada para administrar agua, sueros salinos, glucosados, aminoácidos en solución isotónica y algunos medicamentos. Pero probablemente el caso más conocido por su repercusión histórica fue el del presidente de los Estados Unidos de América (EE.UU.) James Garfield, que en 1881, tras un intento de asesinato se mantuvo alimentado, cada 4 horas por vía rectal, con enemas de peptonas de carne de buey, sangre desfibrinada y whisky, durante 79 días hasta su muerte. (HERNANDEZ,2016)

A pesar del uso de la "alimentación rectal" los investigadores y clínicos a lo largo de la historia han buscado mejorar un acceso digestivo más fisiológico, eficaz y seguro. Fue en 1617 cuando Fabricius y Aquapendente utilizaron tubos de plata que colocaban por vía nasofaríngea para alimentar a niños con tétanos. Estos tubos rígidos fueron posteriormente sustituidos por tubos flexibles de piel elaborados por Von Helmont. Un siglo más tarde, John Hunter alimentó a un paciente con disfagia por parálisis de los músculos deglutorios utilizando un tubo de hueso de ballena cubierto de piel de anguila y conectado a una especie de vejiga, que actuaba como una bomba de infusión. Mediante este mecanismo fue capaz de administrar con éxito al paciente mermeladas, confituras, huevos crudos, leche y vino así como la medicación que consideraba oportuno. Esta medida permitió reafirmar esta técnica de alimentación nasogástrica como segura y eficaz. (HERNANDEZ,2016)

Pero es en 1910 cuando Einhorn realiza la nueva técnica de alimentación al criticar abiertamente el uso de los enemas alimentarios e introducir un gran avance en la alimentación enteral, al diseñar una sonda fina que en su extremo distal contenía una pequeña pieza metálica de 10-12 g, de manera que por gravedad permitía avanzar la sonda a lo largo del tubo digestivo traspasando el píloro. Realmente el uso de sondas y el desarrollo de las bombas de infusión tuvieron su momento álgido en la primera mitad del siglo XIX en Inglaterra, pero no fueron muy difundidos estos avances metodológicos. Y fue a comienzos del siglo XX en EE.UU., cuando diseños de sondas como los de Einhorn permitieron avanzar en el uso clínico difícil de la nutrición enteral. (HERNANDEZ,2016)

Merece la pena destacar el esfuerzo de diferentes cirujanos por diseñar técnicas que permitieran establecer accesos digestivos seguros tales como gastrostomías, yeyunostomías etc., en la primera mitad del siglo XX (Ravdin y Stengle en 1939), o la utilización de sondas de doble luz que permitían infundir por una luz la fórmula enteral y extraer el contenido gástrico por la otra. El análisis de los resultados de estas nuevas técnicas arrojó datos muy satisfactorios habiendo reducido la mortalidad de los pacientes desnutridos cuando se comparaban con pacientes tratados con nutrición parenteral en similares procesos. En 1959 Barron y Fallis describen sondas más flexibles de poliuretano, emplean bombas de infusión, y diseñan una modificación de la sonda habitual colocando una pieza de mercurio en el extremo distal facilitando con ello su colocación y su uso clínico. En la búsqueda de accesos digestivos más permanentes, seguros con técnicas mínimamente invasivas Ponsky realiza la primera Gastrostomía Endoscópica Percutánea (GEP) abriendo un mundo de posibilidades al que posteriormente nos referiremos. Esta técnica fue depurándose por distintos autores potenciándose en paralelo en los últimos años su realización mediante control radiológico evitando la endoscopia.

Paralelamente al desarrollo del equipamiento, los avances, en la segunda mitad del siglo XX, en el conocimiento de la fisiología relativa a los requerimientos energético-proteicos y el desarrollo de la "bioquímica alimentaria" con el amplio conocimiento del papel de determinados nutrientes, permitió mejorar el diseño de nuevas fórmulas químicamente definidas (Henry T Randall, 1969) pudiendo demostrar su eficacia en los estudios con animales de experimentación inicialmente y posteriormente en voluntarios sanos y pacientes.

Sin embargo, y a pesar de todos estos avances, la eclosión de la nutrición enteral la hemos vivido en los últimos 20 años. Barajar conceptos como alimento- medicamento, con las implicaciones administrativas y legales que tiene esta terminología es muy reciente. Por último no podemos dejar de recordar el hito histórico que más nos permite acercarnos a esta técnica de nutrición artificial al ciudadano de a pie. Nos estamos refiriendo al papel fundamental que tuvo el desarrollo de las primeras formulaciones enterales en la posibilidad de alimentar a los tres primeros astronautas que pusieron un pie en la luna en 1969. (HERNANDEZ,2016)

## 1.2 Justificación.

La incidencia y prevalencia de las UPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación. Diversos estudios estiman que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan UPP, cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización.

La incidencia de UPP en la comunidad se cifra en 1,7% anual en edades comprendidas entre los 55-69 años y 3,3% entre 70-75 años. En las residencias asistidas oscila en torno al 9,5% en el primer mes de estancia, y hasta el 20,4% a los dos años. Los pacientes con UPP tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas.

La prevalencia reportada de UPP a nivel mundial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) está entre el 5% y 12%. Se debe considerar que a pesar de los estudios realizados a nivel de los diferentes hospitales de Ecuador sobre UPP tanto incidencia como prevalencia entre otros, no existen porcentaje claros que cuantifiquen cual es el dato epidemiológico real a nivel nacional, pero lo que si se debe tomar en cuenta es que en el país se están tomando medidas y adoptando políticas sanitarias para combatir estos casos creando manuales de prevención y protocolos de manejo de UPP. (Pazmiño, 2016)

### 1.3 Objetivos.

#### Objetivo General

- Realizar un estudio nutricional del paciente, con el fin de mejorar su calidad de vida.

#### Objetivos Específicos

- Desarrollar un Plan de Alimentación acorde a la situación del paciente.
- Implementar una alimentación que permita el incremento de la masa magra del paciente.
- Regenerar el tejido cutáneo, con dietas balanceadas en proteínas
- Evitar el riesgo de Mortalidad del Paciente.

### 1.4 Datos Generales.

<b>Género:</b>	Masculino
<b>Edad:</b>	65 años
<b>Estado civil:</b>	Divorciado
<b>Residencia:</b>	Centro gerontológico

## **CAPITULO II: METODOLOGÍA DELDIAGNÓSTICO**

### **2.1 Análisis del motivo de consulta**

El paciente acude a consulta, por presentar fiebre no cuantificada acompañada de escalofríos y diaforesis de moderada intensidad desde hace una semana, que ha ido progresando, el paciente también refiere dolor en la región lumbar que inicio de manera súbita desde hace 8 días.

### **2.2 Historial clínico delpaciente.**

El paciente presenta fiebre no cuantificada acompañada de escalofríos y diaforesis de moderada intensidad desde hace una semana, que ha ido progresando; el paciente también refiere dolor en región lumbar que inicio de manera súbita desde hace 8 días.

El paciente fue diagnosticado por ulcera de presión.

El medico solicita intervención de la nutricionista.

### **2.3Anamnesis.**

El paciente empezó a sentirse mal hace una semana con fiebre no cuantificada acompañada de escalofríos y diaforesis lo cual ha ido progresando, además refiere dolor en la región lumbar por lo que el medico lo diagnostico con ulceras por presión.

La Ulcera por presión se puede presentar porque el paciente pasa demasiado tiempo en la misma posición.

### **2.4 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen delproblema.**

Se realizó una valoración nutricional integral del paciente cuyos resultados mostraron que el único diagnóstico del paciente es Ulcera por presión y peso insuficiente según el IMC basado en (SEMPE 2006).

El tratamiento adecuado consiste en la distribución proporcional de macro y micro

nutrientes. Se sabe bien que el peso insuficiente hace más lento el proceso de reparación, haciendo que la herida cicatrice inadecuada o incompletamente. Inclusive, en la desnutrición proteica calórica leve de corta duración se puede alterar la cicatrización de las heridas. En primer lugar, es esencial la energía para la reparación óptima del tejido. Se requieren calorías adicionales para la síntesis de células nuevas; se requiere la presencia de todos los aminoácidos esenciales para la síntesis de proteínas. Existen evidencias de que los suplementos de proteínas mejoran el proceso de cicatrización. La investigación y la experiencia clínica sugieren que varios micronutrientes, en particular, pueden asociarse a mayor capacidad de reparación, e incluyen al ácido ascórbico, la vitamina A y el zinc; en la misma forma, existen evidencias que sugieren que varios aminoácidos, particularmente arginina y glutamina, parecen favorecer la cicatrización de heridas.

## **2.5 Exploración clínica.**

El paciente revela Ulcera en la región lumbar, con una presión Arterial: 130/90mmHg, frecuencia cardiaca: 118 latidos por minutos, frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto, temperatura: 36,5°C, actualmente pesa: 50 kilogramos, Talla: 1.53metros

## **2.6 Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.**

**Diagnostico medico:** Ulcera por presión en la región lumbar.

**Diagnosticonutricional:** El paciente presenta PESO INSUFICIENTE evidenciado en la clasificado del IMC del (SEMPE 2006), asociado a Ulceras por presión.

## **2.7 Conducta a seguir.**

Se debe realizar la valoración Nutricional Integral. La cual corresponde ah:

Evaluación Antropométrica, Bioquímica, Clínica y Dietética.

**2.7.1 Valoración Antropométrica revela.**

PESO: 50 K

TALLA: 1.53M

PESO IDEAL: 51.7 K

IMC: 21.7

**2.7.2 IMC=PESO (kg)**

**TALLA (m)<sup>2</sup>**

IMC= 50kg

(1.53m)(1.53m)

IMC=50kg

2.34m<sup>2</sup>

**IMC=21.7kg/m<sup>2</sup>**

**IMC DIAGNOSTICO: PESO INSUFICIENTE (SEGUN SENPE 2006)**

**2.7.3 Valoración bioquímica.**

Sus exámenes bioquímicos revelan:

EXAMENE	RESULTADOS DE LOS EXAMENES	RANGOS	DIAGNOSTICO
Urea	6mg/dl	6-20mmg/dl	NORMAL
Creatinina	0.6mg/dl	0,7/1,5mmg/dl	NORMAL
Ácido úrico	5.1mg/dl	3,4/ 7,0mg/dl	NORMAL
Glicemia en ayunas	100mg/dl,	70/105mg/dl	NORMAL
Colesterol	200mg/dl	200mg/dl	MAXIMO
Triglicéridos	140 mg/dl.	150mg/dl	NORMAL

Según su evaluación bioquímica revelan rangos normales y una observación de



COLESTEROL en su pico más alto.

**2.7.4 Valoración dietética:** No refiere.

**2.7.5 Intervención Nutricional.**

**2.7.5.1 Formula De Harris Benedict (Hombres).**

$$TMB = 66,47 + [13,75 \times \text{Peso (kg)}] + [5 \times \text{talla (cm)}] - [6,76 \times \text{edad}]$$

$$TMB = 66,47 + [13,7 \times 50\text{kg}] + [5 \times 153\text{cm}] - [6,76 \times 65\text{años}]$$

$$TMB = 66,47 + 687,5 \text{ kg} + 765\text{cm} - 439,4$$

$$TMB = 1.518,9 - 435,5$$

$$TMB = 1.083,5$$

**2.7.5.2 Formula Para El Gasto Total De Energía.**

$$GTE: GEB \times FA \times FE$$

$$GTE: 1.083,5 \times 1,15 \times 2$$

$$GTE: 2.490 \text{ kcal}$$

$$GTE: VCT: 2.500 \text{ kcal}$$

**2.7.5.3 Proteínas.**

$$P: \text{Peso (kg)} \times \text{gramos de proteínas}$$

$$P: 51,7 \text{ kg} \times 1,5 \text{ g/p}$$

$$P: 77,2 \div 4\text{gr}$$

$$P: 20\text{p/kg/día.}$$

**2.7.6 Prescripción dietética.**

Dieta de 2.490 kilocalorías/día hiperptoteica (1,5g/kg/día) fraccionado en 5 comidas, con suplementación de vitamina C 2gr /día, Zinc 10 miligramos y vitamina A 4mil unidades.

**2.7.7 Distribución De Macronutrientes.**



Kcal= 2.490 kcal/día

CARBOHIDRATOS	55%	1369.5 KCAL	/ 4gr	342.3gr
PROTEINAS	20%	498 KCAL	/4gr	124.5gr
GRASAS	25%	622.5 KCAL	/9gr	69.1gr

### 2.7.8 Distribución Diaria.

- Desayuno 25%=622.5Kcal
- Refrigerio 10%= 249Kcal
- Almuerzo 30%= 747Kcal
- Refrigerio 10%= 249Kcal
- Merienda 25%= 622.5Kcal

### 2.7.9 Menú.

#### Desayuno

- 1 taza de leche descremada.
- 1 ½ papaya.
- 2 Rebanadas De Pan Blanco.
- 1 Cdta De Mantequilla.
- 3 claras de huevo.

#### Refrigerio #1

- 1 Gelatin.
- 1 pera.

#### Almuerzo

- 1 Taza Con Crema De Zapallo.
- 100gr De Pollo Al Jugo.
- 1 ½ Taza Con Ensalada (Vainita, Zanahoria, Cebolla Colorada).
  
- 1 Tazas Con Arroz Cocido.
- 1 Vaso Con Agua.

1taza Con Melón Picado.

1 cdta de aceite de oliva

**Refrigerio #2**

1 Leche descremada.

2 cdta avena

4 Frutillas.

**Merienda**

1 Taza Con Sopa De Queso Con Fideo Y Papa

1 Tazas Con Arroz Blanco.

100 Gr De Pescado En Estofado.

1 ½ Taza Con Ensalada (Brócoli, Lechuga, Tomate).

1 Taza Con Piña Picada.

1 Vaso Con Agua.

**2.7.10 Menú**

**Desayuno 622.5Kcal**

ALIMENTO	PORCION	MEDIDA	KCAL	CHOS	PROT	GRASA
Leche descremada	1 taza	250 ml	85	12.4	8.42	0.2
Papaya	1 ½ taza	225 gr	96.7	16.2	0.70	0.6
Pan pita blanco	3 unidades	80 gr	240	44.5	7.2	0.96
Mantequilla sin sal	2cdta	10 gr	143.4	0	0	9.3
Claras de huevo	3 unidades	90 gr	46.8	0.43	6.5	0.10
<b>Total</b>			<b>610.9</b>	<b>73.5</b>	<b>22.8</b>	<b>11.16</b>
<b>Total de recomendación</b>			<b>622.5</b>			
<b>% de adecuación</b>			<b>98.1%</b>			

**Refrigerio #1 249kcal**



ALIMENTO	PORCION	MEDIDA	KCAL	CHOS	PROT	GRASA
Gelatin	1	4 oz	60		0	
Pera	1	80 gr	180	50	0.2	0.5
<b>Total</b>			<b>240</b>	<b>50</b>	<b>0.2</b>	<b>0.5</b>
<b>Total de recomendación</b>			<b>249</b>			
<b>% de adecuación</b>			<b>96.4%</b>			

### Almuerzo 747gr

ALIMENTO	PORCION	MEDIDA	KCAL	CHOS	PROT	GRASA
Crema de zapallo	1 sopera	100ml	50	10.8	2.4	0.62
Arroz cocido	1 tazas	100gr	250	82.3	7.8	0.94
Pollo al jugo	1 filete	100gr	215	0	18.6	15
Ensalada de vainita, zanahoria, cebolla colorada +	2 taza	100gr	35	3.9	0.9	0.14
		100gr	44	4.9	0.8	0.09
		30gr	12	2.8	0.3	0
Aceite de oliva	1 cda	10ml	88.4	0	0	10
Melón picado	1 taza	150gr	51	12.2	1.2	0.28
<b>Total</b>			<b>733,4</b>	<b>117</b>	<b>32</b>	<b>27</b>
<b>Total de Recomendacion</b>			<b>747kcal</b>			
<b>% de Adecuacion</b>			<b>98,2%</b>			



**Refrigerio#2 249gr**

ALIMENTO	PORCION	MEDIDA	KCAL	CHOS	PROT	GRASA
Leche descremada	1 taza	250gr	85	12.4	8.42	0.2
Avena	2 cda.	30gr	133	20.4	4.1	2
Frutillas	8 unidades	60gr	24.8	3.0	0.2	0.12
<b>Total</b>			<b>242.8</b>	<b>35.8</b>	<b>12.7</b>	<b>2.3</b>
<b>Total de recomendacion</b>			<b>249</b>			
<b>% de adecuacion</b>			<b>97,5 %</b>			

**Merienda 622.5gr**

ALIMENTO	PORCION	MEDIDA	KCAL	CHOS	PROT	GRASA
Sopa de queso con fideo y papa	1 sopera	100ml	122	15	4.1	5
Arroz cocido	1 tazas	100gr	250	82.3	7.8	0.94
Pescado estofado	1 filete	100gr	144	0	19.6	8.8
Ensalada brócoli, lechuga, tomate	1 ½ taza	30gr	10.5	2.1	0.7	0.12
		30gr	4.5	0.86	0.4	0
		30gr	5.4	1.1	0.2	0
Piña picada	1 taza	150gr	75	19.6	0.8	0.18
<b>Total</b>			<b>611.4</b>	<b>123.3</b>	<b>33.8</b>	<b>25.4</b>
<b>Total de recomendación</b>			<b>622.5</b>			
<b>% de adecuación</b>			<b>98,2%</b>			



**Porcentaje de adecuación.**

<b>Total</b>	2483.5	349	121.3	66
<b>Total de Recomendación</b>	2490	342.3	124.5	69.1
<b>% de adecuación</b>	<b>99.7%</b>	<b>102%</b>	<b>97%</b>	<b>96%</b>

**2.7.11 Recomendaciones.**

- Incrementar el consumo de fibra y carbohidratos complejos.
- No consumir café, alcohol, y bebidas carbonatadas.
- No fumar.
- Utilizar solo condimentos naturales.
- Realizar ejercicio físico
- Consumir gelatein

**2.7.12 Suplementación**

En las mañanas suministrar una tableta efervescente de vitamina C más Zinc y vitamina A.

**2.8 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales**

Artículo Científico

Título: Prevalencia de Ulceras por presión en una Institución de Salud

Autor: Haddiannah Valero Cárdenas, Dora Parra, Roció Rey Gómez, Fabio Camargo Figuera.

Palabras clave: Prevalencia, Ulceras por presión, Factores de riesgo.

**Fecha de publicación: 10 de mayo 2011**

Las úlceras por presión (UPP) son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga

curación debido al gran compromiso que se puede generar en las estructuras musculares y tendinosas de un área corporal. Schuurman señala que las medidas de prevención efectiva reducen la intensidad o la duración de la presión y las fuerzas de cizallamiento que favorecen la presencia del evento. Si los cuidados no son realizados de manera adecuada, las UPP pueden llevar a una prolongación de la estancia hospitalaria debido a las lesiones e incapacidad física que puede generar, lo cual incrementan los costos de la atención. (Haddiannah Valero Cardenas, 10 de mayo 2011)

Las acciones deben dirigirse hacia la identificación del riesgo, los cambios posturales, la higiene e hidratación de la piel, el adecuado aporte nutricional, la protección de fuerte presión y la monitorización de indicadores epidemiológicos como la incidencia y la prevalencia. Los factores que influye en la presencia de las UPP, son las enfermedades crónicas y las situaciones de salud críticas, las cuales según se refiere aumentan la incapacidad y la dependencia hacia los cuidado. (Haddiannah Valero Cardenas, 10 de mayo 2011)

Por dichas razones científica el paciente debe de consumir una dieta hiperproteica e hipercalorica que así se evitará una desnutrición. Y habrá mejor cicatrización de Ulceras.

## **2.9 Seguimiento.**

El paciente recibirá visita nutricional una vez por semana por 4 semanas, después cada 15 días, cada mes, una vez de alta se controlara mensualmente por 6 meses

Se harán intervenciones diarias para controlar la evolución de las Ulceras por presión y el peso para seguir con el proceso de alimentación acorde a su evolución.

## **2.10 Observaciones.**

Con la información obtenida del paciente se evitará que pierda peso, dándole una dieta hiperproteica e hipercalórica y así evitar que caiga en una desnutrición calórica

proteica que por lo general se da en pacientes con este tipo de casos cuando no es tratado adecuadamente, también con la alimentación se tratara de evitar un estado séptico y también se ayudara a mejorar el proceso de cicatrización de las úlceras y dependiendo la evolución del paciente se ira adecuando la dieta para su prontamejoría. Además se le dará una suplementación de vitamina C más Zinc y vitamina A.

La interconsulta con un psiquiatra ayudara a la recuperación del paciente.



## CAPITULO III

### 3.1 Conclusiones

Se desarrolló un plan de alimentación con el que conseguirá que el paciente vaya evolucionando de manera paulatina en periodos cortos.

Un buen soporte nutricional y de hidratación no sólo favorece la cicatrización de las úlceras, sino que también puede evitar la aparición de éstas, al igual que las complicaciones locales, como la infección, teniendo pues un efecto preventivo y curativo a la vez.

Deberá cumplir con las recomendaciones dadas por el equipo multidisciplinario para el momento de ser dado de alta y lleve una vida normal sin complicaciones a futuro.

Se estima que sea la cura para la patología que presenta, en el periodo de recuperación que es aproximadamente 6 meses, esperando un resultado favorable en el paciente, mejorando su salud y por ende su calidad de vida.

Si el paciente no llegara a ganar el peso adecuado, que se espera que deba ganar 1 kilo por mes, se deberá recurrir a otro soporte nutricional, con una dieta mixta; nutrición oral y nutrición enteral por sonda nasogástrica.

### 3.2 Referencias Bibliográficas.

Serra Rexach JA y Cuesta Triana F. Valoración geriátrica integral. En: SEMPE y SEGG, editores. Valoración nutricional en el anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición (monografía en Internet). 2007, pp. 41-62. Disponible en: [http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/valoracion\\_nutricional\\_anciano.pdf](http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/valoracion_nutricional_anciano.pdf).

Salvà Casanovas A y Serra Rexach JA. Pérdida de peso y desnutrición en las personas mayores: epidemiología. En: SENPE y SEGG, editores. Valoración nutricional en el anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición (Monografía en Internet). 2007, pp. 15-40 Disponible en:

[http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/valoracion\\_nutricional\\_anciano.pdf](http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/valoracion_nutricional_anciano.pdf).

Houwing R, Rozendaal M, Wouters-Wesseling W, Beulens JWJ, Buskens E, Haalboom J. A randomised, double-blind assessment of the effect of nutritional supplementation on the prevention of pressure ulcers in hip-fracture patients. *Clinical Nutrition* 2003; 22: 401-5.

Arévalo, J.M, Lorente, J.A., Avances en el tratamiento del paciente quemado crítico, *Clin (Barc)* 2014; 113: 746-753

Galeiras Vázquez, R., García Barreiro, J., López Suso, M.E., (2014). Aistencia inmediata al paciente quemado crítico, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Artigas R: Diagnóstico de la lesión local y su evolución. Quemaduras. Santiago, Sociedad de Cirujanos de Chile, 1995: 29-42 5. Benaim F: Enfoque global del tratamiento de las quemaduras.

En: Coiffman F (ed), *Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética*. Barcelona, Masson– Salvat, 1994: 443-96

Barrett JS, Shepherd SJ, Gibson PR. Strategies to manage gastrointestinal symptoms complicating enteral feeding. *J Parenter Enteral Nutr.* 2009; 33: 21-6.

Rubio MA: Indicaciones de la nutrición enteral. *Endocrinología* 1997; 44 (Supl.

2):3-6.

Vázquez C, Santos MA: Vademécum de Nutrición Artificial. Díaz de Santos, 6 ed. Madrid, 2004.

Sanz A, Barragán A, Albero R: Evidencias clínicas sobre el soporte nutricional en el paciente diabético: revisión sistemática. *Endocrinología y Nutrición* 2005; 52 (Monográfico2):47-55

Suverza, A. (2010). ABCD de la Evaluación del Estado Nutricional 1era. Edición. Mexico DF, México. McGRAW HILL INTERAMERICANA EDITORES. S. A. de C. V. p. 25-26

Mahan, L; Escott-Stump, S. (2000). Nutrición y Dietoterapia de Krause. Evaluación Nutricional. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. p. 649-63.

Mataix, J. (2005). Nutrición y Alimentación Humana: situaciones fisiológicas y patológicas. Editorial Océano-Ergon. España. Tomo N° 2. p. 1122-32.

A.Suverza, (2010) ABCD de la Evaluacion del Estado Nutricional 1era. Edicion.MexicoDF,McGRAW HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. México. p. 22-23



### 3.3 ANEXOS

IMC Según Senpe 2006.

CALCULOS PARA ADULTO MAYOR	
CLASIFICACION	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
DESNUTRICION SEVERA	< 16
DESNUTRICION MODERADA	16 – 16,9
DESNUTRICION LEVE	17 – 18,4
PESO INSUFICIENTE	18,5 - < 22
EUTROFICO	22 – 27
SOBREPESO	> 27 - 29,9
OBESIDAD GRADO I	30 – 34,9
OBESIDAD GRADO II	35 – 39,9
OBESIDAD GRADO III	> 40
PUNTOS DE CORTE IMC: Se utilizaron los siguientes puntos de corte (SENPE, 2006)	

VALORES NORMALES DE EXAMENES SANGUINEOS.

VALORES NORMALES			
QUÍMICA SANGUÍNEA	PACIENTES	RANGOS	UNIDADES
Glucosa		70 - 105	mg/dL
Urea		6 - 20	mg/dL
Creatinina		0,7 - 1,5	mg/dL
Clearance de creatinina	Hombres	97 - 137	mL/min/1,73m <sup>2</sup>
	Mujeres	88 - 128	mL/min/1,73m <sup>2</sup>
Ácido úrico	Hombres	3,4 - 7,0	mg/dL
	Orina	250 - 750	mg/24 h
Proteínas totales	LCR	6,6 - 8,7	mg/dL
	Orina 28 - 141 mg/24H	15 - 45	mg/dL
Albúmina		1,0 - 15,0	mg/dL
Bilirrubina		3,5 - 5,5	mg/dL
	Total	0,32 - 1,08	mg/100 mL
	Conjugada	0,10 - 0,50	mg/100 mL
	No conjugada	0,08 - 0,72	mg/100 mL
Globulina		1,46 - 2,54	mg/dL
Mucoproteínas		1,9 - 4,9	mg/dL
Microalbuminuria		Negativo	
Fibrinógeno		180 - 350	mg%



FORMULA PARA EL CALCULO DE KILOCALORIAS.

### Ecuación De Harris-Benedict

- Esta ecuación estima el gasto calórico en reposo o tasa metabólica basal (TMB).

$$\text{MUJERES} = 655 + (9.6 \times P) + (1.85 \times T) - (4.68 \times E)$$

$$\text{VARONES} = 66.5 + (13.75 \times P) + (5 \times T) - (6.78 \times E)$$

P = peso en kg. T = Talla en centímetros E = edad en años

ESTADIOS DE LAS ESCARAS.

DEFINICION DE ULCERAS POR ESTADIOS		
ESTADIO	SIGNOS	TRATAMIENTO ACONSEJADO
I	 <p>Eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta.            En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración o calor local.</p>	Apósito hidrocoloide extrafino o Ácidos grasos hiperoxigenados.
II	 <p>Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.            Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.</p>	<b>A. CON PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN</b> 1. Poco exudativa o seca Hidrogel + Hidropolimérico 2. Moderado exudado Hidropolimérico 3. Abundante exudado Alginato + Hidropolimérico
III	 <p>Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.</p>	<b>B. CON PRESENCIA DE TEJIDO NECRÓTICO O ESFACELADO</b> 1. Desbridamiento autolítico Según la cantidad de exudado (como en la opción A) 2. Desbridamiento enzimático Colagenasa 3. Desbridamiento quirúrgico o cortante 4. Reducción de la carga bacteriana Carbón activado – Plata
IV	 <p>Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).            En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.</p>	<b>B. CON PRESENCIA DE TEJIDO NECRÓTICO O ESFACELADO</b> 1. Desbridamiento autolítico Según la cantidad de exudado (como en la opción A) 2. Desbridamiento enzimático Colagenasa 3. Desbridamiento quirúrgico o cortante 4. Reducción de la carga bacteriana Carbón activado – Plata



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
*Facultad de Ciencias de la Salud*  
**SECRETARÍA**



**CERTIFICACION**

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

**Certifica:**

Que, por **Resolución Única de H. Consejo Directivo en sesión extraordinaria de fecha 21 de septiembre del 2017**, donde se indica: *„Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico, Estatuto Universitario y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declara **EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD** a: ROMERO MARIN KENIA CECILIA, C.I. 1207187905 en la carrera de **NUTRICION Y DIETETICA**. Por consiguiente se encuentra **APTO** para el **PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO**”.- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.*

Babahoyo, 27 de Septiembre del 2017

*Abg. Vanda Aragundi Herrera*  
 SECRETARIA



*Recibido*  
 02/10/2017 16:40 M





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
 ¡Impulsando el talento humano!

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN**

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE			
CEDULA:	1207187905		
NOMBRES:	KENIA CECILIA		
APELLIDOS:	ROMERO MARIN		
SEXO:	FEMENINO		
NACIONALIDAD:	ECUATORIANA		
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	URBANIZACION CIUDAD DEL VALLE		
TELÉFONO DE CONTACTO:	2020707		
CORREO ELECTRÓNICO:	KENIA_CRM@HOTMAIL.COM		
APROBACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS			
IDIOMA:	SI	INFORMÁTICA:	SI
VÍNCULO CON LA SOCIEDAD:	SI	PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES:	SI
DATOS ACADÉMICOS DEL ASPIRANTE			
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD		
CARRERA:	NUTRICION Y DIETETICA		
MODALIDAD:	SEMESTRE		
FECHA DE FINALIZACIÓN			
MALLA CURRICULAR:	09/15/2017		
TÍTULO PROFESIONAL(SI L TIENE):	NO		
TRABAJA:	NO		
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA:	NINGUNA		
MODALIDAD DE TITULACIÓN SELECCIONADA			
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA			

Una vez que el aspirante ha seleccionado una modalidad de titulación no podrá ser cambiada durante el tiempo que dure el proceso.  
 Favor entregar este formulario completo en el CIDE de su respectiva facultad.

Babahoyo, 2 de Octubre de 2017

*Kenia*  
 ESTUDIANTE

*[Firma]*  
 SECRETARIO(A)



Av. Universitaria Km 2 1/2 vía a Montalvo  
 052570 368  
 rectorado@utb.edu.ec  
 www.utb.edu.ec



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

### SOLICITUD DE MATRÍCULA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 2 de Octubre de 2017

Señor.  
 DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 Presente.

De mis consideraciones:

Yo: **KENIA CECILIA ROMERO MARIN** ;  
 Portador de la cédula de identidad o pasaporte #: **1207187905** ; con matrícula estudiantil #: 16381 ;  
 habiendo culminado mis estudios en el periodo lectivo de: Abril - Septiembre del 2017 ;  
 estudiante de la carrera de: **NUTRICION Y DIETETICA**  
 una vez completada la totalidad de horas establecidas en el artículo de la carrera y los demás  
 compentes académicos, me permito solicitar a usted la matrícula respectiva a la unidad de titulación  
 por medio de de la siguiente opción de titulación:

### EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA

Mi correo electrónico es: **KENIA\_CRM@HOTMAIL.COM**  
 Por la ateción al presente, le reitero mis saludos.

Atentamente,

*Kenya*

ESTUDIANTE

*[Handwritten signature]*

SECRETARIO(A)





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



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA



Babahoyo, 2 de Octubre del 2017

A. Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.  
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente Yo, **ROMERO MARIN KENIA CECILIA** con cédula de ciudadanía N° 120718790-5, egresada de la carrera **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA** de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, me dirijo a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda, me recepte la documentación para la inscripción en el Proceso de Titulación en la modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO** de esta Facultad

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

*Kenia*  
ROMERO MARIN KENIA CECILIA  
C. C. N° 120718790-5  
Solicitante

*[Handwritten signature]*  
2/10/2017 16:40



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



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



Babahoyo, 26 de enero del 2018

A. Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente Yo, **KENIA CECILIA ROMERO MARIN** con cédula de ciudadanía N° **1207187905**, egresada de la Escuela de Tecnología Médica, carrera NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepte el Componente Práctico (Caso Clínico) del Examen Complexivo con el Tema:

**PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS DE EDAD DIAGNOSTICADO CON ULCERA POR PRESIÓN**

Para que pueda ser evaluado por el jurado respectivo, asignado por el Consejo Directivo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

*KENIA ROMERO*  
KENIA CECILIA ROMERO MARIN  
C.I. 1207187905

*[Handwritten Signature]*  
26/01/2018 HRS: 35 M



### CASO 19

Un paciente, de 65 años de edad, residente en centro gerontológico, divorciado.

Acude a consulta, por presentar fiebre no cuantificada acompañada de escalofríos y diaforesis de moderada intensidad desde hace una semana, que ha ido progresando.

El paciente también refiere dolor en región lumbar que inicio de manera súbita desde hace 8 días.

Su exploración física revela Úlcera en la región lumbar, presión Arterial: 130/90 mmHg

Frecuencia cardiaca: 118 latidos por minuto,

Frecuencia Respiratoria: 30 respiraciones por minuto,

Temperatura: 36,5°C

Actualmente Pesa: 50 kilogramos

Talla 1.53 metros.

Sus exámenes revelan: Hemoglobina 13.7 mg/dl

Urea 6 mg/dl

Creatinina 0.6 mg/dl.

Ácido úrico 5.1 mg/dl.

Glicemia en ayunas 100 mg/dl.

Colesterol total 200 mg/dl,

Triglicéridos 140 mg/dl.

El médico lo médica y pide a la enfermera debridación de la úlcera por presión y solicita intervención con la Nutricionista

VALORE DE FORMA INTEGRAL LA PATOLOGIA DESCRITA SEGÚN LA METODOLOGIA ENTREGADA POR LA UNIDAD DE TITULACION

Recibido  
26/01/2018 11:30

Recibido.  
26-01-2018.  
KEUROMA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 2 de abril del 2018

A. Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, KENIA CECILIA ROMERO MARIN, con cédula de ciudadanía 1207187905, egresado (a) de la Escuela de TECNOLOGIA MEDICA, carrera de NUTRICION Y DIETETICA, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados requeridos en los Casos Clínicos (Dimensión Práctica) del Examen Complexivo con el tema: ULCERA POR PRESION EN PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 65 AÑOS DE EDAD, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el Consejo Directivo.

Atentamente,

*Kenroma*

Estudiante

C.I 1207187905

*[Handwritten signature]*  
02/04/2018 14:49