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

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

TEMA DEL CASO CLÌNICO

PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD CON HERNIA HIATAL GRADO I Y GASTRITIS CRÒNICA

AUTORA

ANDREINA XIOMARA NAVARRETE AVILÈS

TUTORA

ND. KARLA GISELLA VELASQUEZ PACCHA MSc.

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

Mayo – Octubre

2018

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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA.ROSARIO CHUQUIMARCA CHUQUIMARCA.Msc
DECANATO
O DELEGADA (O)

N.D. JANINE TACO VEGA. MSc.
COORDINADOR DE CARRERA O
DELEGADO (A)

N.D. RAYNIER ZAMBRANO VILLACRES.Msc.
COORDINADOR GENERAL DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
O DELEGADO (A)

AB. CARLOS FREIRE NIVELA.
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **ND. Karla Velásquez Paccha MSc**, en calidad de Docente - Tutor del estudiante Srta. **Andreina Xiomara Navarrete Avilés** el mismo que está matriculado en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "**PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD CON HERNIA HIATAL GRADO I Y GASTRITIS CRÒNICA**", de la Carrera de Nutrición y Dietética de la Escuela de **Tecnología Médica**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 19 días del mes de Septiembre del año 2018

ND. Karla Velásquez Paccha MSc.,

CI: 0604817205

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Tecnología Médica
Carrera de Nutrición y Dietética.

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD CON HERNIA HIATAL GRADO I Y GASTRITIS CRÒNICA

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 19 de Septiembre del 2018

Autora

Andreina Navarrete A.

ANDREINA XIOMARA NAVARRETE AVILÈS
CI. 120798036-6

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	CASO HERNIA.doc (D41530950)
Submitted:	9/17/2018 10:23:00 PM
Submitted By:	kvelasquez@utb.edu.ec
Significance:	10 %

Sources included in the report:

http://unidad-gastroenterologia.com/hernia-hiatal.html
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262013000500006
https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-esof%C3%A1gicos-y-de-la-degluci%C3%B3n/hernia-hiatal

Instances where selected sources appear:

10

Dra. Karla G. Velásquez P.
NUTRICIONISTA DIETISTA
Libro: 1 Fol. 141 Nº. 415

ND. Karla Velásquez Paccha MSc.,
DOCENTE-TUTORA
CI: 0604817205

Andreina Navarrete A

Andreina Navarrete Avilés
Estudiante Egresada
CI: 120798036-6

AGRADECIMIENTO

Por grandes razones agradezco primero a Dios quien me dio la oportunidad de vida y por ende a mi éxito actual.

A mis padres que me ayudaron en todo lo indispensable, a mis hermanos que me apoyan en lo que otras personas jamás me ayudarían.

A la universidad Técnica de Babahoyo por darnos la oportunidad de estudiar y lograr mi titulación en la carrera de Nutrición y Dietética.

A la Dra. Rosario Chuquimarca por ser nuestra primera docente que nos enseñó sobre nutrición cuando ni siquiera sabíamos que existía la carrera como tal.

Al Dr. Walter Gonzáles García por siempre dar lo mejor en sus clases y siempre recordarnos que debemos agradecer cada día a Dios por el que estamos aquí.

A la Lcda. Carmen Rodríguez por su amistad y disposición de ayuda.

Al Ing. Luis Caicedo por su apoyo y paciencia antes y durante el proceso de titulación.

Y no podría terminar este apartado de otra forma agradeciendo de manera especial a la Dra. Miriam Lindao por la serenidad que siempre transmite, que hace que lo difícil siempre parezca fácil, por su paciencia, enseñanzas y que a pesar de que no era mi tutora de titulación me brindó su ayuda hasta el final.

A Geoconda, Jaccely, Xavier. Freddy por estar desde los inicios apoyándonos a lo largo de la carrera, siempre deseo lo mejor para Uds. y espero conocer a sus hijos y nietos.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios porque fue realizado con un propósito, mi familia que está conformada por mis padres Clemente Navarrete y Rosa Elvira Avilés por ser mi inspiración, empuje y motivación enseñándome que "**lo que se aprende bien no se olvida",** que cada meta que culmine lo haga con humildad y para obtener todos mis objetivos debo trabajar duro, a mis hermanos Andrés, Andrea e Iann porque son mi ejemplo de superación , constancia, humildad, y que trabajando en lo que amas lograrás lo que te propongas , mi familia me ayudan y empujan a ser mejor persona día a día.

A ellos les dedico cada uno de mis trabajos y metas con amor.

ÍNDICE GENERAL

Título del caso clínico……. I

Resumen…… II

Abstract…….... III

INTRODUCCIÓN…….. IV

I. MARCO TEÓRICO…….. 1

1.1 Justificación…… 7

1.2 Objetivos……. 7

1.2.1 Objetivo general…… 7

1.2.2 Objetivos específicos…… 7

1.3 Datos generales……. 8

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO…… 8

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente. ……. 8

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). …… 8

2.3 Examen físico (exploración clínica). …….. 9

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.…… 9

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo. ….. 9

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. …… 10

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. …… 22

2.8 Seguimiento…… 24

2.9 Observaciones…… 25

CONCLUSIONES…….. 26

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

TÌTULO DEL CASO CLÌNICO

PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD CON HERNIA HIATAL GRADO I Y GASTRITIS CRÓNICA.

RESUMEN

Título: Hernia Hiatal grado I y Gastritis Crónica.

Se presenta el caso de una paciente femenino de 22 años, acude a consulta por presentar dolor tipo urente en región epigástrica, reflujos matutinos, y astenia, hace 3 meses fue diagnosticada con hernia hiatal grado I y gastritis crónica.

La paciente presenta síntomas propios de la patología, en el examen físico nada que llame la atención, su peso es normal de acuerdo a la Organización Mundial de la salud. Se ha realizado varios estudios en ecuador respecto a la enfermedad cuyos resultados arrojan que existe un aumento de prevalencia de gastritis y hernia en pacientes de 20 y 30 años debido a factores exógenos y endógenos.

Por lo tanto objetivo que se ha planteado es mejorar los síntomas que presenta la paciente y disminuir el consumo de bloqueadores, receptores gástricos mejorando así la ingesta alimentaria y su calidad de vida.

Acude a consulta nutricional para la valoración del estado nutricional, se realiza una valoración integral antropométrica, bioquímica, clínica y dietética cuyos resultados son los malos hábitos alimentarios por el exceso de ingesta alimentaria en energía, se brinda un plan de alimentación, educación nutricional, y recomendaciones acorde a su patología, con lo que se logra mejor los síntomas de la paciente.

Palabras Claves: Astenia, Bloqueadores, Hernia.

ABSTRACT

Title: Hiatal Hernia grade I and Chronic Gastritis.

We present the case of a 22-year-old female patient, who came to the clinic because of pain in the epigastric region, morning ebb and asthenia, 3 months ago she was diagnosed with grade I hiatal hernia and chronic gastritis.

The patient presents symptoms typical of the pathology, in the physical examination nothing that draws attention, its weight is normal according to the World Health Organization. Several studies have been conducted in Ecuador regarding the disease whose results show that there is an increased prevalence of gastritis and hernia in patients of 20 and 30 years due to exogenous and endogenous factors.

Therefore objective that has been raised is to improve the symptoms presented by the patient and decrease the consumption of blockers, gastric receptors thus improving food intake and quality of life.

Go to nutritional consultation for the assessment of nutritional status, a comprehensive anthropometric, biochemical, clinical and dietetic assessment is carried out whose results are poor dietary habits due to excess food intake in energy, a feeding plan, nutritional education, and recommendations according to their pathology, with which the symptoms of the patient are best achieved.

Key Words: Asthenia, Blockers, Hernia.

INTRODUCCIÒN

El estudio de caso que se presenta es una Hernia Hiatal grado uno y Gastritis Crónica en paciente femenino de 22 años, acude a consulta por presentar dolor tipo urente en región epigástrica, reflujos matutinos, y astenia, la paciente hace 3 meses fue diagnosticada con gastritis crónica más hernia hiatal grado I. El mismo que en su examen físico muestra piel normal, mucosas normales, tórax nada que llame la atención. Abdomen poco doloroso a la palpación, sin novedad, a pesar que no se encuentra en el peso ideal, según la Organización Mundial de la Salud, su índice de masa corporal se refleja normal.

Sin embargo presenta síntomas propios de la patología, refiriendo que su peso siempre ha sido el mismo, como dolores acompañados de vómitos, náuseas y pérdida de peso con deterioro general (cansancio, decaimiento, etc.), presenta niveles altos de estrés y no realiza actividad física ya que no dispone de tiempo. Para su tratamiento se determinó el estado nutricional de la paciente, analizando las conductas que establecen el origen del problema, finalmente se calcula un plan de alimentación para la paciente acorde a su patología y estado nutricional por lo que se evitará que el paciente pierda peso realizando su respectivo control y seguimiento del proceso para mejorar su calidad de vida.

I. MARCO TEÒRICO.

GASTRITIS

Es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica causada por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente.

Constan entidades cuyas características endoscópicas corresponden a una gastritis por la presencia de eritema edema de la mucosa, en las que histológicamente hay ausencia del componente inflamatorio pero si cuentan con daño epitelial o endotelial, acuñándose para estas la denominación de gastropatías (CARPENTER HA, 1995)

Esta patología puede durar meses o años según el cuidado y manejo de la enfermedad.

En la experiencia clínica, el término gastritis se utiliza para las gastropatías porque sus pruebas clínicas y hallazgos endoscópicos muy similares.

Según la duración, la gastritis puede ser:

- **Gastritis aguda**: Se origina cuando la enfermedad dura varios días y desaparece cuando lo hace el agente causante. La gastritis aguda suele producirse por el consumo de alcohol el estrés, o el consumo prolongado de algunos fármacos, como el ibuprofeno.

- **Gastritis crónica**: Se produce cuando la enfermedad dura meses o incluso años. La principal causa de la gastritis crónica es la infección por la bacteria *Helicobacter pylori.* También puede deberse a una alcalinización del pH del estómago que se origina por el reflujo biliar. (medicina, 2016)

ETIOLOGÍA

La gastritis es etiológicamente multifactorial pueden intervenir varios factores en un solo paciente tanto exógenos como endógenos, siendo el más común la infección por Helicobacter pylori (MARSHALL BJ, 1984-2000)

FACTORES

Factores Exógenos	Factores Endógenos
• Helicobacter pylori y otras infecciones	• Ácido gástrico y pepsina
• AINES (antiinflamatorios no esteroideos)	• Bilis
• Irritantes gástricos	• Jugo pancreático
• Drogas	• Urea (Uremia)
• Alcohol	• Inmunes
• Tabaco	
• Cáusticos	
• Radiación (MARSHALL BJ, 1984-2000)	

PATOGENIA

El deterioro de la mucosa gástrica depende del tiempo de duración de los factores ofensores, jugando un rol importante la capacidad que tiene la mucosa gástrica, por medio de la barrera gástrica (WASHINGTON & YAMADA, 2009), la misma que está formada por componentes pre epiteliales, sub epiteliales y epiteliales, para resistir a estos factores o a los efectos nefastos de sus propias secreciones, en los componentes pre epiteliales se localiza la barrera de moco, el bicarbonato y los fosfolípidos, estos últimos aumentan la hidrofobicidad superficial de la membrana celular y extienden la viscosidad del moco, en cambio en los componentes subepiteliales se localizan en el flujo sanguíneo descargando nutrientes y bicarbonato en el epitelio, la extravasación y adherencia leucitaria estimulan la

lesión hística y quedan eliminadas por las prostaglandinas endógenas (MARSHALL BJ, 1984-2000)

CLASIFICACIÓN:

Existen diversas clasificaciones de la gastritis y gastropatías, basadas en criterios clínicos, factores etiológicos, endoscópicos o patológicos, no existiendo una clasificación totalmente aceptada. Entre las clasificaciones actuales de mayor uso están:

- Clasificación Anatomopatológica basada en su presentación, prevalencia y etiología. FARRERAS.ROZMAN Decimosexta Edición (2009) (FARRERAS.ROZMAN., 2009)
- Clasificación actualizada de Sydney basada en hallazgos endoscópicos, histológicos, etiológicos, topográficos y grado de daño. (DIXON MF, 1994)
- Clasificación basada en criterios etiológicos, endoscópicos y patológicos. (STEPHEN J. MCPHEE, 2009)

HERNIA HIATAL GRADO I

Representa el 85% de las hernias y se desarrolla cuando la unión esófago gástrico que normalmente está en el abdomen se desplaza por encima del diafragma quedando en la cavidad torácica.

Se caracteriza por separación de los pilares diafragmáticos y ensanchamientos del espacio entre pilares musculares y la pared esofágica. (GASTROENTEROLOGIA, 2017)

Existen dos tipos principales de hernia:

- Tipo I o hernia por deslizamiento (desplazamiento axial de la unión esófago gástrica al tórax),

- Tipo II (unión esófago gástrica en posición normal con deslizamiento gástrico y ocasionalmente bazo, colon o epiplón mayor, hacia el tórax a un lado del esófago) y Tipo III la combinación de ambas.
- Los Tipos II y III se conocen como hernias paraesofágicas, habitualmente de mayor tamaño, pueden asociarse a síntomas obstructivos agudos o crónicos, siendo difíciles de tratar. (Allende S. , 2006)
- No todos los pacientes presentan síntomas y no necesitan de tratamiento según el tipo de hernia I y III

Diagnóstico de hernia hiatal

Clásicamente el diagnóstico de hernia hiatal se basaba en un estudio radiológico al exponer la presencia de una bolsa gástrica que se extiende desde el centro del diafragma hasta la prolongación proximal de los pliegues gástricos medidos durante respiración normal. Este criterio es válido en la actualidad por todos los investigadores. En el contraste el diagnóstico endoscópico es más difícil de distinguir. Durante la endoscopia, la unión gastroesofágica o cardias donde está el esfínter gastroesofágico se diagnostica donde ocurre la transición del esófago tubular hasta los pliegues gástricos más proximales (Csendes D. A., 2013)

Por lo tanto, la correcta identificación de la unión gastroesofágica no es fácil. El diagnóstico endoscópico de hernia hiatal se hace por el desplazamiento de al menos 2 cm de los pliegues gástricos por sobre el hiatus diafragmático durante una respiración quieta. Por estos motivos, el largo y tamaño preciso de una hernia es difícil y no consistente. Lo que es de mayor relevancia durante el estudio endoscópico es la precisión del aspecto macroscópico de la válvula cardial ya que tienen estrecha correlación con la presencia y severidad de reflujo gastroesofágico (Csendes D. A., 2013)

SÍNTOMAS DE UNA HERNIA HIATAL

Existen sinnúmeros de publicaciones referentes a síntomas de pacientes con hernia hiatal, encontrando la mayoría una estrecha relación con síntomas de reflujo gastroesofágico. Sin embargo no hemos encontrado una descripción clínica específica de los síntomas según el tipo de hernia. Con cierta continuidad se habla de hernias "encarceladas" sin precisar explícitamente el tipo de hernia. (Meza, 2008)

Etiología

Se considera que una hernia hiatal se produce por estiramiento de las inserciones faciales entre el esófago y el diafragma a la altura del hiato que es la abertura a través de la cual el esófago atraviesa el diafragma, sin embargo se desconoce la etiología según el Manual de MSD

Fisiopatología

En una hernia hiatal por deslizamiento es el tipo más frecuente donde la unión esofagogástrica y una parte del estómago se encuentran por encima del diafragma, en una hernia hiatal paraesofágica la unión esofagogástrica conserva su localización normal, pero una parte del estómago es adyacente al esófago en el hiato diafragmático. También se producen hernias a través de otras partes del diafragma.

La hernia hiatal por deslizamiento es el tipo de hernia más frecuente en la población estudios refieren según los hallazgo radiográfico ocasional se encuentran en > 40% de la población; consiguientemente la relación de la hernia con los síntomas no es clara. Si bien la mayoría de los pacientes con reflujo gastroesofágico tienen algún grado de hernia hiatal, < 50% de los pacientes con hernia hiatal tienen reflujo gastroesofágico (MSD, 1899)

Signos y síntomas

Por lo general, se desconoce la etiología, pero se considera que una hernia hiatal se adquiere por estiramiento de las inserciones faciales entre el esófago y el diafragma a la altura del hiato (la abertura a través de la cual el esófago atraviesa el diafragma). (MSD, 1899)

Tratamiento

- En distintas situaciones requiere reparación quirúrgica
- A veces un inhibidor de la bomba de protones

Las hernias no requieren tratamiento específico pero los pacientes que presentan hernia reflujos gastroesofágicos necesitan de antiácidos o inhibidores de bombas de protones y los pacientes que presentan mayores molestias por las hernia pueden reducirlo quirúrgicamente.

Interacción fármaco nutriente

Bloqueadores de secreción de ácido gástrico aumentan el riesgo de deficiencia de hierro.

La inhibición de la secreción del ácido gástrico provocada por los inhibidores de la bomba de protones (IPP) y los antagonistas del receptor de la histamina-2 (ARH2) está asociada con un mayor riesgo de deficiencia de hierro, informan los investigadores. El ácido gástrico facilita la absorción de hierro, por lo que cualquier cosa que interfiera con el ácido gástrico se espera que tenga un impacto sobre la absorción de hierro. La anemia perniciosa con atrofia gástrica y déficit de Vitamina B12 puede cursar de una forma semejante por Will Boggs MD, 13 de diciembre de 2016

1.1. JUSTIFICACIÒN

Un estudio realizado en Ecuador por Emmanuel Coronel gastroenterólogo concluye que en la muestra de 800 casos sobre la prevalencia de la bacteria en Cuenca, que arrojó que en el sector rural es de un 45% y en el urbano 47%. El 85% el porcentaje de la prevalencia asegura que es en la Costa. En Guayaquil en el Hospital Abel Gilbert Pontón 1 de cada 5 pacientes que ingresan al área de gastroenterología son jóvenes de 20 a 30 años refiere el especialista Carlos Andrés León OMS (2015).

Mientras un estudio realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín (Quito) en el periodo diciembre del 2014 a junio del 2015 Se estudiaron un total de 180 pacientes escogidos de forma aleatoria . El 75,6% de los pacientes que se incluyeron en el estudio presentaron hernia hiatal en la endoscopia digestiva alta. Se evidenció una relación significativa entre la presencia de hernia hiatal y el grado de esofagitis. El 75,6% de pacientes fue diagnosticado de hernia hiatal con Endoscopía digestiva alta EDA y el 43,9% con manometría. Se comprobó una escasa relación entre los dos métodos con respecto al diagnóstico de hernia hiatal (Acosta Vásquez & Flores Córdova, 2015)

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

Mantener el estado nutricional a través de un plan de alimentación para disminuir los síntomas propios de la patología

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÌFICOS:

- Evaluar el estado nutricional de la paciente
- Lograr modificar la alimentación del paciente a través del plan de alimentación
- Verificar la aplicación de la atención nutricional a través del seguimiento y monitoreo.

1.3. DATOS GENERALES

Género:	Femenino
Edad:	22 años
Ocupación:	estudiante
Estado civil:	soltera
Residencia	Babahoyo

II. METODOLOGÌA DEL DIAGNÒSTICO

2.1 MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLINICO

Paciente femenina de 22 años de edad, soltera, estudiante universitaria, Babahoyense, acude a consulta por presentar dolor tipo urente en región epigástrica, asociado con acidez estomacal, reflujos matutinos, cefalea, eructos y astenia que se exacerba con la ingesta de comidas o la ausencia de la misma, la paciente hace 3 meses fue diagnosticada con gastritis crónica más hernia hiatal grado I.

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÌNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Las dos últimas semanas ha sentido nauseas, mareos, reflujos gastroesofágico, cefaleas, además ha estado ingiriendo comidas copiosas, está bebiendo alcohol en moderada cantidad (no precisa cantidad ni frecuencia), ha vuelto a consumir gaseosas con sus comidas y ha dejado de tomar omeprazol de 20 mg prescrita por el gastroenterólogo, comenta que antes iba al gimnasio pero presenta niveles altos de estrés y no dispone de tiene tiempo para hacerlo por lo que ahora no realiza actividad física.

2.3 EXÀMEN FISICO (EXPLORACIÒN CLINICA)

Al examen físico piel normal, mucosas normales, tórax nada que llame la atención. Abdomen poco doloroso a la palpación, sin novedad. Su peso es de 50 kilogramos y tiene una talla de 160cm.

2.4 INFORMACIÒN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Datos bioquímicos enviados por el especialista revelan:

EXAMENES	RESULTADOS	RANGOS REFERENCIALES
Helicobacter pylori en heces:	negativo	
Hematocrito	40%	36,1% a 44,3%
Hemoglobina	14 mg/dl	12-15 g/dl
Glucemia	80 mg/dl	70-100mg/dl
Colesterol total	160 mg/dl	<200mg/dl
Triglicéridos total	90 mg/dl	<120mg/dl

2.5 FORMULACIÒN DEL DIAGNÒSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN: El gastroenterólogo prevé de una Esofagitis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: también prevé de una enfermedad por reflujo gastroesofágico.

DEFINITIVO: el gastroenterólogo diagnostica una gastritis crónica incontrolada por el resultado de los exámenes bioquímicos y solicita interconsulta con Nutricionista para su intervención.

2.6 ANÀLISIS Y DESCRIPCIÒN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTO A REALIZAR.

Se debe realizar la valoración integral a la paciente, la cual consta de: Evaluación antropométrica, Bioquímica, Clínica y dietética

2.6.1 EVALUACIÒN DEL ESTADO NUTRICIONAL DIAGNÒSTICO ANTROPOMÈTRICO:

PESO: 50 kilogramos

TALLA: 1.60 metros

INDICE DE MASA CORPORAL

IMC: peso (kg) / Talla (m)2 (OMS-WHO, 1998)

IMC: 50 kilogramos / (1,60metro) (160 metros)

IMC: 50 kilogramos / 2,56 (m)2

IMC: 19, 65kilogramos/ (metros)2

PESO IDEAL:

PI: TALLA X TALLA X 21,5

PI: 1,60 X 1,60 X 21,5

PI: 55, 04 kilogramos

INDICE CINTURA CADERA (OMS-WHO, 1998)

ICC: Índice cintura /índice cadera

ICC: 74cm / 101 cm = 0,73

Diagnòstico antropometrico: Su peso es de 50 kilogramos y tiene una talla de 160 centímetros, según la Organización Mundial de la Salud su índice de masa corporal se refleja **normal.** Diagnóstico *según la OMS-WHO 1998*: Normal.

2.6.2 EVALUACIÒN BIOQUÌMICA

Sus exámenes bioquímicos revelan:

EXAMENES	RESULTADOS	VALORES NORMALES	Interpretación
Helicobacter pylori en heces:	Negativo		Negativo
Hematocrito	40%	36,1% a 44,3%	Normal
Hemoglobina	14 mg/dl	12-15 g/dl	Normal
Glucemia	80 mg/dl	70-100mg/dl	Normal
Colesterol total	160 mg/dl	<200mg/dl	Normal
Triglicéridos total	90 mg/dl	<120mg/dl	Normal

Fuente: MedlinePlus (Medicina, 1998)

Según la evaluación bioquímica revela rangos normales diagnosticando control en sus exámenes bioquímico

2.6.3 EVALUACIÒN CLÌNICA

Al examen físico piel normal, mucosas normales, tórax nada que llame la atención. Abdomen poco doloroso a la palpación superficial y a la palpación profunda sin novedad.

Estado nutricional aceptable, piel, pelo, uñas, dientes, lengua, labios y los ojos normales nada que llame la atención. Sin embargo presenta síntomas propios de la patología, refiriendo que su peso siempre ha sido el mismo.

2.6.4 EVALUACIÒN DIETÈTICA

La paciente refiere que ha estado ingiriendo comidas copiosas, está bebiendo alcohol en moderada cantidad (no precisa cantidad ni frecuencia), ha vuelto a consumir gaseosas con sus comidas. Se evidencia desorden de ingesta causado

por inadecuado hábitos alimentarios posiblemente por desconocimiento y descuido.

Se realizó un recordatorio de 24 h

Tiempo de comida	Preparación	Alimentos	Peso neto (g)
Desayuno 08:30	Zumo de manzana	Manzana	**100g**
	Pan	Pan blanco	**80g**
Almuerzo: 13h30	Sopa de pollo	Pollo	**50g**
		Papa	**40g**
		Fideo	**10g**
		Zanahoria	**10g**
		Vainita	**10g**
		Perejil	**5g**
		Aceite	**5g**
	Arroz con pollo	Pollo	**80g**
		Cebolla	**15g**
		Tomate	**15g**
		Pimiento	**15g**
		Arroz	**100g**
	Cola	Coca cola	**200g**
Merienda: 20h30	Seco de carne con arroz blanco	Carne	**50g**
		Cebolla	**10g**
		Tomate	**10g**
		Pimiento	**15g**
		Arroz	**100g**
	cola	Coca cola	**200g**

Análisis químico del recordatorio de 24 h

Tiempo de comida	Preparación	Alimentos	Peso neto (g)	CHO (g)	Proteínas (g)	G	kcal
Desayuno 07:30	Zumo de manzana	Manzana	100g	23,8	0,2	0	96
	Pan	Pan blanco	80g	31,1	5,1	0,7	**151,1**
		Pollo	50g	0	16,7	13,6	**189,2**
		Papa	40g	7	0,6	0	**30,4**

Almuerzo: 12h30	Sopa de pollo	Fideo	10g	16	1,7	0,2	**72,6**
		Zanahoria	10g	2,1	0,1	0,1	**10**
		Vainita	10g	0,9	0,3	0,2	**7**
		Perejil	5g	0,7	0,2	0,1	**5**
		Aceite	5g	0	0	5	**45**
	Arroz con pollo	Pollo	80g	0	16,7	13,6	**189,2**
		Cebolla	15g	2,3	0,2	0	**10**
		Tomate	15g	1	0,2	0,1	**6**
		Pimiento	15g	1,6	0,2	0,1	**8**
		Arroz	100g	56,3	4,6	0,4	**140,2**
	Cola	Coca cola	200g	21,8	0	0	**150**
Merienda: 19h30	Seco de carne, arroz blanco	Carne	50g	0	9,6	15,2	**175,2**
		Cebolla	10g	1,6	0,1	0	**7**
		Tomate	10g	0,5	0,1	0,05	**2,85**
		Pimiento	15g	0,8	0,1	0,05	**4,05**
		Arroz	100g	56,3	4,6	0,4	**140,2**
	Cola	Coca cola	200g	21,8	0	0	**150**
Ingesta (g)				269,4	61,5	49,8	**1684,6**
Recomendación (g)				225	48,75	45	**1500**
% Adecuación				119,7 %	126,8 %	110%	**112,3%**
Resultado				**Exceso**	**Exceso**	**Exceso**	**Exceso**

2.6.5 DIAGNÒSTICO NUTRICIONAL INTEGRAL

Paciente femenino de 22 años de edad con IMC normal según OMS, relacionado con factores exógenos y el exceso de ingesta alimentaria en energía evidenciados por la presencia de nauseas matutinas, reflujos gastroesofágico y cefalea.

2.6.6 ESTIMACIÒN DE REQUERIMIENTO NUTRICIONALES

REQUERIMIENTO ENERGÈTICO

Se utilizaran el método que determinó la FAO/ OMS/ ONU en el año 2004 para calcular el consumo de caloría diarias. Esta ecuación utiliza el peso total para realizar el cálculo, además de tener una ecuación para cada grupo de edad y sexo.

CÀLCULO DE GASTO ENÈRTICO REQUERIDO

TASA METABOLICA BASAL

Ecuación método FAO/ OMS/ ONU

TMB: 14,7 X PESO + 496 (OMS F. , 2004)

TMB: 14,7 X 50 Kilogramos + 496

TMB: 1, 231 kcal

TASA METABÒLICA BASAL POR ACTIVIDAD FÌSICA

TMB 1,231 kcal X 1,2 (sedentario OMS F. , 2004)

TMB: 1477,2 kcal/ día

TMB: 1500 kcal/ día

PRESCRIPCIÒN DIETÈTICA

Dieta blanda gástrica de 1500kcals/día, normo proteico, fibra 27 g/día, fraccionado en 5 comidas/día, temperatura normal, volumen disminuido.

CÀLCULO DE PROTEÌNA

1 gramo de proteína X 50 kg = 50 gramos de proteínas (OMS F. , 2004)

50 gr X 4 kcal = 200 kcal

1500 kcal 100%

200 kcal **?** = 13%

DISTRIBUCIÒN DE MACRONUTRIENTES

NUTRIENTE	PORCENTAJE	GRAMOS	KILOCALORIAS
Carbohidratos	60%	900	225
Proteínas	13%	195	48,75
Grasas	27%	405	45
TOTAL	100%	1500g	1500 kcal

FRACCIONAMIENTO DEL DÌA

TIEMPO DE COMIDA	PORCENTAJE	KCAL
Desayuno	20%	300
Media mañana	10%	150
Almuerzo	35%	525
Media tarde	10%	150
Merienda	25%	375
Total	100%	1500Kcal

ALIMENTOS PERMITIDOS Y PROHIBIDOS

El tratamiento dietético está dirigido a eliminar aquellos alimentos que incrementan la secreción gástrica de los ácidos, empeoran los síntomas y lesionan la mucosa del estómago. En las tablas 5 y 6 se describen los alimentos permitidos y prohibidos en el tratamiento de la gastritis.

Tabla 5: Alimentos **permitidos** en el tratamiento dietético de la gastritis

N°	Alimentos	Recomendaciones de consumo
1.	Lácteos:	**No se recomienda la toma frecuente de leche, ya que crea acidez a las 2 ó 3 horas tras su ingesta. Es preferible consumir leche (total o parcialmente desnatada) u otros lácteos poco grasos (queso fresco, yogur desnatado).**
2.	Carnes:	**Pollo y pavo sin piel, ternera y cerdo magro.**
3.	Cereales:	**Refinados, pan blanco y tostado, pasta, arroz, patata, sémola y tapioca.**
4.	Dulces:	**Bollería, galletas y bizcocho sencillos poco grasas.**
5.	Pescados:	**Blancos y azules según tolerancia.**
6.	Huevos:	**Pasados por agua, escalfados, a la plancha.**
7.	Patatas:	**En puré, hervidas o cocidas.**
8.	Hortalizas:	**Todas en general, excepto las flatulentas (alcachofas, col, coliflor, brócoli, coles de Bruselas, pimiento, pepino, rábanos, cebolla, repollo, y ajos).**
9.	Bebidas:	**Agua, caldos desgrasados, infusiones suaves.**
10.	**Grasas:**	**Aceite de oliva.**

Fuente: Manual de dietoterapia, Cuba, 2001.

Tabla 6: Alimentos **prohibidos** en el tratamiento dietético de la gastritis

N	Alimentos	No recomendados
1	Lácteos:	**Leche ácida, leche condensada. Quesos muy grasos y fermentados (gruyere, roquefort), yogures enriquecidos, nata, cremas.**
2	Carnes:	**Conejo, cerdo, cordero graso, vísceras y despojos.**
3	Embutidos:	**Grasas, patés, mortadelas, jamón, salchichas.**
4	Pescados:	**Conservas, salazones y ahumados.**
5	Huevos:	**Muy cocidos**
6	Cereales:	**Integrales según tolerancia.**
7	Verduras flatulentas:	**Cebolla, pimiento, alcachofas, coliflor.**

8	Frutas:	**Secas, verdes y frutos secos según tolerancia.**
9	Bebidas:	**Caldos concentrados, cacao y derivados, café, té concentrados, bebidas alcohólicas.**
10	**Condimentos:**	**Ácidos, fuertes y picantes**

Fuente: Manual de dietoterapia, Cuba, 2001.

MENÙ

Desayuno:

- Agua aromática
- Pan blanco
- Margarina
- Compota de manzana

Media mañana:

- Colada de avena

Almuerzo:

- Arroz
- Corvina a la plancha
- Ensalada cocida
- Papaya

Media tarde:

- Gelatina
- Durazno

Merienda:

- Fideos
- Pollo salteado con vegetales
- Compota de pera

CÀLCULO DIETÈTICO

ALIMENTO	CANTIDAD	PORCIÒN	KCAL	P	G	CHO	FE	VitC	B12
			Desayuno						
Pan blanco tipo supan (tostado)	2 rebanadas	50 g	132,5	4,47	1,59	24,53	0,5	0	0,005
Manzana	1 unidad	100 g	52	0,26	0,17	13,81	0,21	22,5	0
Margarina	1 cucharada	10 g	71,3	0,02	8,017	0,075	0	0,1	0,0008
Agua aromática	1 cda	10 g	38,7	0	0	9,98	0,011	0	0
Ingesta			**294 kcal**	**4,68**	**9,6**	**48,2**	**0,7**	**22,5**	**0,013**
Recomendación			300						
% adecuación			98%						

ALIMENTO	CANTIDAD	PORCIÒN	KCAL	P	G	CHO	FE	VitC	B12
			Media mañana						
Avena	¼ taza	40 g	138,9	5,48	2,74	27,27	1,88	0	0
Azúcar	1 cda	5 g	19,3	0	0	9,98	0,01	0	0

Ingesta			**158,2 Kcal**	**5,8**	**2,7**	**37,1**	**1,9**	**0**	**0**
Recomendación			150						
% adecuación			105%						

ALIMENTO	**CANTIDAD**	**PORCIÒN**	**KCAL**	**P**	**G**	**CHO**	**FE**	**VitC**	**B12**
			Almuerzo						
Arroz	½ Taza	100 g	130	2,69	0,28	28,17	0,24	0	0
Corvina	1 filete	90 g	98,6	16,0	2,85	0	0,49	0,4	1,89
Vainita	½ taza	60 g	24,6	1,09	0,132	4,182	0,6	2,1	0
Cebolla	1 unidad pequeña	60 g	24	0,66	0,06	5,604	0,12	1,4	0
Zanahoria	½ unidad	60 g	24,6	0,55	0,14	5,748	0,18	5,54	0
Aceite de oliva	1 cucharadita	5 g	44,2	0	5	0	0,02	0	0
Papaya	2 rebanas	250 g	127,5	1,175	0,65	27,05	10,10	0	0
Ingesta			**473,5**	**21,7**	**9,11**	**70,63**	**10,2**	**9,4**	**1,8**
Recomendación			525						
% adecuación			90%						

ALIMENTO	CANTIDAD	PORCIÒN	KCAL	P	G	CHO	FE	VitC	B12
Media tarde									
Gelatina	1 taza	200 g	124	1,22	0	14,1	1,9	0	0
Durazno	Unidad	70	27,3	0,63	0,17	6,67	0,28	28,1	0
Ingesta			**151**	**1,8**	**0,17**	**20,7**	**2,1**	**28,1**	**0**
Recomendación			150						
% adecuación			100%						

ALIMENTO	CANTIDAD	PORCIÒN	KCAL	P	G	CHO	FE	VitC	B12
Merienda									
Fideos de arroz	1 taza	80 g	109	1,13	0,25	31,1	5.6	0	0
Pollo (muslo)	1 presa	100g	119	11,36	11,627	0,17	0,46	0	0,44
Tomate	1 unidad	60 g	10,8	0,528	0,12	2,33	0,16	4,22	0
Cebolla	1 unidad	60 g	24,6	0,66	0,06	5,60	0,12	4,4	0
Pimiento	1 unidad	60 g	12	0,516	0,102	2,78	0,20	22,3	00
Pera	1 unidad	100 g	47	0,36	0,14	15,2	0,07	18,3	0

Aceite de oliva	1 cucharadita	10 g	88,4	0	10	0	0,05	0	0
Ingesta			**409**	**14,3**	**22,1**	**56,9**	**5,8**	**26,2**	**0,44**
Recomendación			375						
% adecuación			109%						

PORCENTAJE DE ADECUACIÒN

PORCENTAJE DE ADECUACIÒN	KCAL	P	G	CHO	FE	VitC	Vib12
Ingesta	1485,2	48,38	44,1	234	18,8	78,9	2,3
Recomendación	1500	48,75	45	225	18	75	2,4
Porcentaje	99%	100%	98%	104%	100%	105%	96%

El aporte de macronutrientes y micronutrientes están adecuadas según el cálculo dietético, logrando el objetivo de mantener el porcentaje de nutrientes en valores normales (recomendados) kilocalorías con un 100% (rangos normales 90-110) macronutrientes: proteínas con un 100%, grasas 98% y carbohidratos 104 % (rangos normales 95-105) , vitamina c se recomienda 75 mg en mujeres , vitamina B12 se recomienda 2,4mg , hierro se recomienda 18mg (sus rangos normales entre 95 -105%) con los porcentajes podremos tener un control en su ingesta.

RECOMENDACIONES

- Comer a conciencia y masticar bien los alimentos.
- No saltarse los tiempos de comidas y respetar las 5 comidas diarias recomendadas.

- No comer alimentos sólidos o líquidos justo antes de ir a la cama, dejar pasar al menos 3 horas.
- Evitar el consumo frituras, alimentos picantes, café.
- No consuma bebidas alcohólicas.
- Evitar consumir bebidas gaseosas.
- Controle su estrés, aprenda a relajarse y a cuidarse.
- Consumir agua según la formula 30cc por kilo de peso
- Realizar actividad física moderada, de tipo aeróbica (caminar, trotar, correr, andar en bicicleta) 30 min/sem e ir incrementando hasta lograr hacer 150 min/sem, puede ser 30 minutos 3 días por semana; combinados con ejercicios de resistencia (flexiones, sentadillas, abdominales) 3 ejercicios 4 series por ejercicio

2.7 INDICIONACIONES DE LAS RAZONES CIENTÌFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Medidas terapéuticas generales:

Ante la presunción clínica de gastritis y mientras se lleve a cabo la endoscopia y confirmación histológica se indican medidas terapéuticas que alivien los síntomas del paciente, prescribiéndose una dieta sin sustancias irritantes (café, tabaco, alcohol, ají) así como también drogas que contrarresten la agresión de la barrera gástrica indicando ya sea antiácidos orales (sucralfato), antagonistas de receptores H2, Inhibidores de la bomba de protones, a los que se puede añadir (metoclopramida) si existe evidencias de trastornos de motilidad gastroesofágica o gastroduodenal. (Gastroenterología, 2008)

Medidas de tratamiento específico por fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES):

En aquellos pacientes que persisten los síntomas se les debe realizar una endoscopia diagnostica y estudios histológico para confirmar la etiología por fármacos antiinflamatorios no esteroideos y en base a ello debe ser tratado sintomáticamente con el uso de sucralfato de 1 g, 4 veces al día antes de ingerir

alimentos y al acostarse, o inhibidores de la bomba de protones en dosis diaria omeprazol de 20mg (Gatroenterologia, 2011)

Se prescriben antagonistas de receptores H2 o sucralfato por 2 a 4 semanas cuando presentan gastritis alcohólica

En el caso de gastritis por estrés se prescribe receptores de H2 o inhibidores de la bomba de protones o sucralfato por vía oral, evidenciándose una reducción de hasta 50% de la incidencia de sangrado digestivo (Gatroenterologia, 2011)

Según los grados de recomendación del Centre For Evidence Based Medicine

- Se debe realizar comidas frecuentes, ligeras y ricos en grasa , sobre todo antes de ir a la cama, no usar prendas ajustadas y evitar irritantes gástricos como grasa, menta, alcohol, café, cítricos.
- Debe practicar ejercicios físico de 30 minutos o más al día.
- Higiene postural: algunos pacientes pueden beneficiarse, debe acostarse 1- 2 horas tras la comida, estar acostado del lado izquierdo y con la cabecera de la cama elevada.

2.8 SEGUIMIENTO

	Inicial	**1er mes**	**2do mes**	**3er mes**	**4to mes**	**6to mes**	**Interpretación**
				Antropométrico			
IMC	19,6	19,9	20,5	21	21	22	Aumento de peso adecuado
ICC	0,73	0,74	0,74	0,74	0,74	0,74	Se mantuvo en sus valores normales
				Bioquímico			

Helicobacter pylori en heces:	Negativo	-	-	-	-	-	Durante el tratamiento no hubo presencia de HP
Hematocrito	40%	-	-	-	-	40%	No presentó variaciones en su valores bioquímicos
Hemoglobina	14 mg/dl	-	-	-	-	14 mg/dl	No presentó variaciones en su valores bioquímicos
Glucemia	80 mg/dl	-	-	-	-	80mg/dl	No presentó variaciones en su valores bioquímicos
Colesterol total	160 mg/dl	-	-	-	-	130mg/dl	Valores bioquímicos normales
Triglicéridos total	90 mg/dl	-	-	-	-	90mg/dl	No presentó variaciones en su valores bioquímicos
Exploración Físico	Nada que llame la atención	Nada que llame la atención	Nada que llame la atención	Nada que llame la atención	Nada que llame la atención	Nada que llame la atención	Normal
Dietético							
Kcal	1700 kcal	1650 kcal	1650 kcal	1600 kcal	1550 kcal	1500 kcal	Ha tenido un avance favorable en su ingesta
Prot	61,5g	61g	61g	53g	51g	48,7g	Su ingesta proteica ha ido mejorando de acuerdo a sus necesidades nutricionales
Grasa	49,8g	48g	48g	47g	46,5g	45g	La ingesta de grasa se ha ido normalizando hasta llegar a

							sus valores requeridos
Cho	269,5g	260g	260g	250g	245g	225g	La ingesta de CHO ha sido un proceso más lento sin embargo se logra el objetivo
Hierro	19mg/dl	17mg/dl	17mg/dl	17mg/dl	18mg/dl	18mg/dl	Durante el tratamiento se logra mantener los niveles de Hierro normal.

Luego se citará a la paciente una vez al mes para vigilar el estado nutricional, ingesta alimentaria, continuar con las modificaciones de la dieta y controlar síntomas propios de la gastritis y hernia hiatal grado I por lo que se llevará un control por un periodo de 3 meses para monitorear la ausencia de sintomatología.

2.9 OBSERVACIONES

Dentro del tratamiento dietético aplicado, el objetivo es mantener el estado nutricional adecuado de la paciente evitando perdidas de peso, que alcanza ocasionar cuando los síntomas son frecuentes y provocan ausencia de apetito por lo que habría deficiencia de ingesta alimentaria produciendo pérdida de peso y aumento de síntomas propios de la gastritis crónica y hernia de hiato grado I , es por esto que la paciente debe regirse a su alimentación recomendada para evitar complicaciones y síntomas que no permiten que tenga una ingesta alimentaria tranquila sin estrés**.**

CONCLUSIÓN

- Se aplicó un plan de alimentación a la paciente cuyo objetivo fue disminuir los síntomas propios de la patología en su primera consulta la paciente ya no podía consumir su alimentación normal debido a los reflujos a través de la dieta blanda gástrica se logró el consumo de alimentación normal fraccionada y equilibrada dando como resultado mantener el estado nutricional y disminuir síntomas propios de la patología.

- Se realizó la valoración nutricional integral donde se puso obtener resultados favorables ya que la paciente inició con un IMC de 19, 6kg/m2 y alcanzó su meta 22 kg/m2 , su ICC era de 0,73% y logró mantenerse aumentado su porcentaje a 0,74% , la paciente presentaba datos bioquímicos normales y durante el tratamiento dieto terapéutico se logró mantener dichos valores, ante la presencia de exploración física no se encontró durante el proceso cambios relevantes, ya no presentaba dolor en el epigastrio, con respecto a su ingesta excesiva de energía inicial fue de 1700 kcal diarias (alimentos no permitidos para su patología) y se logró mejorar su ingesta a 1500 kcal con alimentos que pueda consumir sin provocar síntomas o ingesta excesiva innecesaria, el control de micronutrientes se logró mejorar sus valores recomendados.

- Mediante el plan de alimentación recomendado para la paciente de acuerdo a su patología y necesidades nutricionales se logró que consuma los alimentos recomendados con el fin de mejorar su calidad de ingesta y sus síntomas.

- Se realizó seguimiento durante los primeros seis meses monitoreando sus medidas antropométricas , valores bioquímicos , exploración física y plan de alimentación obtenido como resultado aliviar síntomas , mantener su estado nutricional , por lo que se continuará citando a la paciente 1 vez al mes para su monitoreo si es necesario.

2.10 REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS

Acosta Vásquez, C. D., & Flores Córdova, E. M. (2015). Asociación de lesiones endoscópicas en pacientes con síntomas típicos de Erge y alteraciones de la manometría esofágica en el Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo diciembre del 2014 a junio del 2015. http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10429.

Allende, D. S. (s.f.). Hernia Hiatal y Enfermedad Por Reflujo Gastroesofagico. https://es.scribd.com/document/55676110/Hernia-Hiatal-y-Enfermedad-Por-Reflujo-Gastroesofagico.

Allende, S. (2006). Hernia hiatal y Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. https://es.scribd.com/document/55676110/Hernia-Hiatal-y-Enfermedad-Por-Reflujo-Gastroesofagico.

CARPENTER HA, T. N. (1995). Scielo. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000100008.

Csendes, D. A. (2013). Síntomas, hallazgos radiológicos, endoscópicos y estudios funcionales del esófago en pacientes con hernia hiatal mayor a 5 cm. *Scielo*, https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262013000500006.

Csendes, D. A. (2013). Síntomas, hallazgos radiológicos, endoscópicos y estudios funcionales del esófago en pacientes con hernia hiatal mayor a 5 cm. *scielo*, https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262013000500006.

DIXON MF, G. R. (1994). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000100008.

FARRERAS.ROZMAN. (2009). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000100008.

GASTROENTEROLOGIA, U. D. (2017). Hernia hiatal: un desafío diagnóstico y terapéutico. A propósito de un caso. http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/6429/7053.

Gatroenterologia, p. e. (2011). Gastritis y gastropatías. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000100008.

MARSHALL BJ, W. J. (1984-2000). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000100008.

Menèndez, D. B. (s.f.). http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/hernia_hiatal_y_enfermedad_por_reflujo_gastroesofagico.pdf.

Meza, W. M. (2008). DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO. http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/583/art5.pdf.

Michael C. DiMarino, M. (s.f.). hernia hiatal. *Manual merck*, https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-esof%C3%A1gicos-y-de-la-degluci%C3%B3n/hernia-hiatal.

MSD, M. (1899). Hernia hiatal. https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-esof%C3%A1gicos-y-de-la-degluci%C3%B3n/hernia-hiatal.

OMS, O. -O. (2015). El grupo etario que desarrolla gastritis hoy es menor de 20 años. http://www.enlamiraonline.com/ProyEnlaMira/Pantallas/Portada/mostrarnoticia.php?id=5380432.

OMS-WHO. (1998). IMC. https://www.universoformulas.com/calculadoras/salud/indice-masa-corporal/.

WASHINGTON, M. K., & JR, R. M. (2009). *Scielo*, http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000100008.

2.11 ANEXOS

Índice de masa corporal	Clasificación
<16	Delgadez severa
16-16.99	Delgadez moderada
17-18.49	Delgadez leve
18.5-24.99	Peso normal
25-29.99	Sobrepeso
30-34.99	Obesidad leve
35-39.99	Obesidad media
40-49.99	Obesidad mórbida
>50	Obesidad extrema

Fuente: OMS (Organización Mundial de la Salud)

Ecuaciones Método FAO/ OMS/ UNU

EDAD	HOMBRES	MUJERES
0-3 años	TMB= 60,9 * P-54	TMB= 62*0-51
3-10 años	TMB= 22,7 X P + 495	TMB= 22,5 X P + 499
10-18 años	TMB= 17,5 X P + 651	TMB= 12,2 X P + 746
18-30 años	TMB= 15,3 X P + 679	TMB= 14,7 X P + 496
30-60 años	TMB= 11,6 X P + 879	TMB= 8,7 X P + 829
Más de 60 años	TMB= 13,5 X P + 487	TMB= 10,5 X P + 596

Fuente: Ecuaciones FAO/OMS/UNU

Factor de actividad método FAO/OMS/UNU

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

Factor de Actividad del Método: FAO/OMS/UNU

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 19 de Julio del 2018

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, ANDREINA XIOMARA NAVARRETE AVILÈS, con cédula de ciudadanía **120798036-6 ,** egresada de la Carrera de **NUTRICIÒN Y DIETÈTICA,** de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Propuesta del tema del Caso Clínico (Dimensión Practica): **PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD CON HERNIA HIATAL GRADO I Y GASTRITIS CRÒNICA**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: KARLA GISELLA VELASQUEZ PACCHA.

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

Atentamente,

Andreina Navarrete A.

ANDREINA XIOMARA NAVARRETE AVILÈS

C.I. 120798036-6

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECIBIDO
FECHA: 19/07/18 HORA: 9:10
Ing. Luis Cajcedo Hinojosa, Mba.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA
UNIDAD DE TITULACIÓN
APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, KARLA VELASQUEZ PACCHA, en calidad de Docente Tutor de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (**Componente Práctico**): "**PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD CON HERNIA HIATAL GRADO I Y GASTRITIS CRÒNICA**.", elaborado por el estudiante egresado: **ANDREINA XIOMARA NAVARRETE AVILES** , de la Carrera de NUTRICION Y DIETETICA de la Escuela de TECNOLOGIA MEDICA, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo, a los 19 días del mes de Julio del año 2018

Firma del Docente -Tutor
ND. KARLA GISELLA VELASQUEZ PACCHA MSc.

CI: 060481720-5

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECIBIDO
FECHA: 19/Julio/18 HORA: 2:19
Ing. Luis Caicedo Hinojosa, Mbc

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA DE NUTRICIÒN Y DIETÈTICA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 19/07/2018

REGISTRO DE TUTORIAS EN EXAMEN COMPLEXIVO (COMPONENTE PRÀCTICO)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Karla Gisella Velasquez Recha FIRMA: KGVarlad.

TEMA DE CASO CLINICO: Paciente femenino de 22 años de edad con hernia hiatal grado I y Gastritis cronica

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Andreina Xiomara Navarrete Aules.

CARRERA: Nutricion y Dietetica

Pag. Nº. ____

Horas de Tutorias	Fecha de Tutorias	Tema tratado	Tipo de tutoria		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1	25/06/2018	Tema del Caso			50%	KGVarlad.	Andreina Navarrete A
1	27/06/2018	Motivo de consulta y antecedentes			60%	KGVarlad.	Andreina Navarrete A
1	28/06/2018	Examen físico y anamnesis			70%	KGVarlad	Andreina Navarrete A
1	02/07/2018	Examenes complementarios			80%	KGVarlad	Andreina Navarrete A
1	05/07/2018	Diagnostico Preventivo - Definitivo			90%	KGVarlad	Andreina Navarrete A
1	18/07/2018	Corrección de titulo de Caso			100%	KGVarlad	Andreina Navarrete A

Ing. Luis Caicedo Hinojosa, Mba
COORDINADOR DE TITULACIÓN
CARRERA DE NUTRICIÒN Y DIETÈTICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECIBIDO
FECHA: 19/07/18 HORA: 9:20
Ing. Luis Caicedo Hinojosa, Mba

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo,19 de Septiembre del 2018

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

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **Andreina Xiomara Navarrete Avilés**, con cédula de ciudadanía **120798036-6,** 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 hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Practica), tema: **PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD CON HERNIA HIATAL GRADO I Y GASTRITIS CRÒNICA,** para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

Andreina Xiomara Navarrete Avilés
CI. 120798036-6

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 19/09/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: ND. Karla Velàsquez Paccha. MSc. FIRMA: Kharla V.

TEMA DEL CASO CLINICO: PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD CON HERNIA HIATAL GRADO I Y GASTRITIS CRÒNICA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: NAVARRETE AVILÈS ANDREINA XIOMARA

CARRERA: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Pag. Nº. ____

Horas de Tutorias	Fecha de Tutorias	Tema tratado	Tipo de tutoria		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
3.	10/08/2018	Fundamentos Referenciales del Marco Teórico	1	2	50%	Kharla V.	Andreina Navarrete
2.	16/08/2018	Estudios y Fundamentos para justificación	1	1	60%	Kharla V.	Andreina Navarrete
2.	23/08/2018	Conducta a seguir.	1	1	70%	Kharla V.	Andreina Navarrete
2	30/08/2018	Metodologia de la terapia no farmacológica	1	2.	80%	Kharla V.	Andreina Navarrete
3.	5/09/2018	Observaciones	1	1	90%	Kharla V.	Andreina Navarrete
3.	10/09/2018	Conclusión, bibliografía, revisión final	2.	1	100%	Kharla V.	Andreina Navarrete

ING. LUIS ANTONIO CAICEDO HINOJOSA. MBA
COORDINADORA DE TITULACIÓN
CARRERA DE NUTRICION Y DIETÉTICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECIBIDO
FECHA: 19/09/18 HORA: 10:00
Ing. Luis Caicedo Hinojosa, Mba.

COORDINACION DE TITULACION
Carrera de Nutrición y Dietéticas
FCS - U.T.B