

Evaluación Nutricional de una paciente hospitalizada adulto mayor con Insuficiencia Respiratoria Aguda III

Presentado por: Zoila Paredes¹, Paolo Valverde¹.

Colaboraron en el desarrollo: Carmen García², Alicia Ramírez³, Ada Ureta¹, Dariela Armas⁴, Mabel Vila⁵

¹Nutricionista Hospital Nacional Sabogal ²Nutricionista Hogar Geriátrico San Vicente ³Nutricionista Puericultorio Perez Aranibar ⁴Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé ⁵Bachiller en Nutrición Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Email: paolovalverdeg@yahoo.es, zoilapt@hotmail.com

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

- Valorar la importancia del soporte nutricional en la enfermedad respiratoria.
- Establecer las pautas referenciales sobre manejo de paciente con Insuficiencia Respiratoria Agua
- Comparar el procedimiento propuesto con las prácticas desarrolladas diariamente.

Palabras clave: *Fibrosis pulmonar, nutrioterapia pulmonar, dietoterapia pulmonar, interacción fármaco nutriente, equilibrio ácido-básico.*

Presentación del Caso

Paciente de 75 años, género femenino, casada, instrucción primaria, religión católica, ama de casa. Presenta diagnóstico médico de Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) tipo III, fibrosis pulmonar y cirrosis hepática Child A. Ingresa al servicio de emergencia del Hospital Sabogal el 02 de julio del 2007 y es hospitalizada en el servicio de Medicina II el 5 de junio del 2007. El objetivo de la revisión del caso es brindar al paciente el soporte nutricional necesario para contribuir a su rápida recuperación.

Marco teórico

Según el Ministerio de Salud, la insuficiencia respiratoria aguda (IRA), representa una causa importante de morbilidad en el paciente crítico, y en su grado mas severo, es una de las causas de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (1). Fisiológicamente, la IRA se manifiesta por una severa alteración en el intercambio gaseoso pulmonar, eliminación de CO₂ y oxigenación, debido a anomalías en cualquiera de los componentes del sistema respiratorio, que se

traduce principalmente en hipoxemia con o sin hipercapnia. (2,3). La IRA Tipo III o perioperatoria, es la que se asocia a un aumento del volumen crítico de cierre como ocurre en el paciente anciano con una disminución de la capacidad vital (limitación de la expansión torácica por obesidad marcada, dolor, íleo, cirugía tóraco-abdominal mayor, drogas, trastornos electrolíticos, etc).

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI), conocida también como alveolitis fibrosante criptogénica (AFC), es una forma letal de trastorno pulmonar difuso de origen desconocido; con una supervivencia promedio de dos a cuatro años. El tratamiento recomendado actualmente y que se prescribe con más frecuencia para la FPI está basado en el uso de corticosteroides sistémicos (4,5). La cicatrización por la alveolitis, avanza en los pulmones de manera progresiva a través del tiempo, haciendo la respiración más dificultosa para la persona. Desafortunadamente la FP es una enfermedad que incapacita y puede ser fatal.

I. Evaluación Nutricional Subjetiva

- 1.1 Ev. De signos clínicos Se revisaron piel, cabello, ojos, lengua, dentadura, uñas. Se encontró palidez marcada, xerosis cutánea, cabello pajoso, ojos hundidos, lengua lisa y color frambuesa, prótesis dental completa, queilosis, xerostomía y leucoquinia.
- 1.2 Ev. De factores que interfieran con la ingesta Apetito conservado, flatulencias, cefalea, tos frecuente. Cabe mencionar que la ingesta de alimentos disminuía cuando los alimentos se presentaban se le ofrecían fríos.
- 1.3 Ev. De interacción Fármaco nutriente La paciente consumía los siguientes fármacos: Imipenen 500mg EV c/ 6 hr; Ciprofloxacino 500 mg ½ tb VO c/ 12 hr; Amikacina 500mg ½ amp; N acetil cisteína 200mg VO c/ 8 hr; Ranitidina 300mg VO c/ 14 hr; Teofilina 250 mg ¼ tb c / 8 hr; B. ipatropio 02 puff c/ 6 hr; Beclometasona 02 puff c/ 8 hr.
- 1.4 Ev. De ingesta Al ingreso en Emergencia no recibió alimentos por vía oral (NPO). En los dos días posteriores se le prescribió dieta blanda aunque el apetito estaba disminuido, condicionado a la temperatura a la cual se le presentaban los alimentos (no los consumía fríos). Al pasar a sala de hospitalización, el apetito mejora, recibe dieta blanda hipocalórica, hiperproteíca, normograsa, normoglúcida con azúcares restringidos, fraccionada, vol 1300 cc y líquidos ad limitum (aprox. 1 litro por día)
- 1.5 Ev. De Actividad Física Paciente tiene poca movilización.

Comentario de la Ev. Subjetiva

Paciente afronta deficiencias nutricionales específicas, evidentes en: piel (vitamina A), cabellos (proteína), palidez marcada (Hierro), lengua lisa y frambuesa (Ac. Fólico), xerostomía y ojos hundidos (hidratación).

Además, disminuida ingesta de alimentos por su baja temperatura al momento del consumo. Finalmente, la polifarmacia sugiere interacción fármaco nutriente.

II. Evaluación Nutricional Objetiva

- 2.1 Antropometría Peso actual, 49 kg; Peso usual, 53 kg; Talla, 143 cm; % de Cambio de peso usual, 7.5% en 2.6 semanas (6); Pliegue cutáneo tríceps, 10 mm; % PCT (7), 46% (8); Circunferencia. Muscular brazo (9), 20.8; % CMB (10), 92.4% (11); IMC, 25.8 kg/m²; Circunferencia Abdominal, 92 cm; Impedancia, 49.3%.
- 2.2 Parámetros Bioquímicos Glicemia, 111 mg/dl; Hematocrito, 38%; Leucócitos, 1200; Linfócitos, 15.6%; Neutrófilos, 84%; PCO₂, 50.5; PO₂; 40; pH sanguíneo, 7.39; SO₂, 71.6%.

Comentario de la Ev. Objetiva

Los indicadores antropométricos muestran una pérdida severa de peso (7.5% en 2.6 semanas). Tomando en cuenta la disminución en el peso actual (49 kg), el componente graso (%PCT 44%) y el componente muscular (%CMB 92.4%) que la paciente presenta bajo peso. Por otro lado, la circunferencia abdominal de 92 cm indica un factor de riesgo de enfermedades metabólicas. La leucocitosis y neutrofilia sugieren una fuerte infección y los gases arteriales, acidosis respiratoria.

III. Diagnóstico Nutricional

Paciente presenta disminución ponderal sustentada en indicadores antropométricos disminuidos (peso, PCT, CMB) probablemente ocasionados por la ingesta reducida de alimentos y los requerimientos nutricionales aumentados producto de la insuficiencia respiratoria.

IV. Tratamiento

- 4.1 Recomendaciones Dietoterapéuticas
Dieta hipercalórica, hiperproteíca,

normograsa, normoglúcida, restringida en azúcares, fraccionada con líquidos a voluntad.

Hierro y ácido fólico combinado, una vez que haya cedido el proceso infeccioso.

- 4.2 Recomendaciones Nutrioterapéuticas
 Valor calórico total de la dieta, 1850 calorías. Aporte proteico 60 gr de alto valor biológico. Aporte de grasas 30%. Aporte de carbohidratos 57%, restringiendo completamente azúcares y cubriendo el requerimiento con complejos. Suplementar vitamina A unas 10 mil UI por semana, en tres tomas. Suplementar

V. Recomendaciones

Coordinar con el especialista tratante sobre los siguientes aspectos: posible interacción entre ciprofloxacino y fuentes de calcio, magnesio o zinc (12); uso de B. de ipatropio y relajación del esfínter esofágico inferior con lo cual aumenta el riesgo de enfermedad por reflujo (13).

Referencias Bibliográficas

1. Guías de prácticas clínicas de IRA en UCI. Ministerio de Salud Perú 2005
2. Ware LB, Mattay MA. Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. N Engl J Med. 2000; 342(18): 1334-1349.
3. Tomashefski JF. Patologías pulmonares del síndrome de insuficiencia respiratoria. Clinics in Chest Medicine. 2000; 21 (3):435-466.
4. Richeldi L, Davies HR, Ferrara G, Franco F. Corticosteroides para la fibrosis pulmonar idiopática (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford
5. Katzenstein ALA, Myers JL. Idiopathic pulmonary and fibrosis. Clinical relevance of pathologic classification. Am J Respir Crit Care Med 1998; 157:1301-15.
6. Longo E. Técnica Dietoterapéutica. 1ª Ed. Argentina: Ateneo; 1994. pp 31
7. Waistzberg D. Nutricioo enteral e parenteral na prática clínica. 1ª ed. Rio de Janeiro. Ateneo; 1990 pp 131
8. Apéndice 24. Espesor del Pliegue Cutáneo Tricipital: Adultos Estados Unidos de 1971 a 1974. En Mahan K, Escott-Stump. Nutrición y Dietoterapia de Krause. México. Mc Graw Hill. 2001 pp 1113
9. Campano M, López D. Asistencia Nutricional Intensiva en el paciente hospitalizado. En: Olivares S, Soto D, Zacarías I. Nutrición: Prevención de Riesgos y tratamiento dietético. 1ª ed. Chile. Confederación Latinoamericana de nutricionistas dietistas. 1990 pp 27
10. Mora R. Soporte nutricional Especial. 3ª ed. Colombia: Médica Panamericana. 2004 pp 90
11. Apéndice 27. Percentiles para el perímetro braquial y perímetro estimado del músculo braquial de personas de raza blanca según la United Status Health and Nutrition examination survey I, 1971 a 1974. En Mahan K, Escott-Stump. Nutrición y Dietoterapia de Krause. México. Mc Graw Hill. 2001 pp 1116
12. Page CI, Curtis M, Sutter M, Walter M, Hoffman B. Farmacología Integrada. 1a Ed. España: Harcourt. 1997.
13. Diamant N. Diseases of the esophagus. En Kelley W Editor. Text book of internal medicine. 2da ed. Philadelphia: J.B. Lippincott company.

GANADOR DEL SORTEO DE CALIPER

Estimados lectores:

El día miércoles 11 de julio del 2007 se llevó a cabo el sorteo del caliper digital correspondiente al primer número de revista Renut.

El ganador fue el:

Lic. Nut. Christian Alexander La Rosa Chagray

Presenciaron el sorteo:

Lic. Carmen Villarreal Verde, Lic. Miriam Maguiña Alvarez, Lic. Reyna Liria Dominguez, Lic. Paolo Valverde García, Lic. Miluska Montalvo, Lic. Dariela Armas, Lic. Robinson Cruz Gallo

Atentamente
 GRUPO EDITORIAL CRUGALLSA - RENUT