



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TEMA:

**Nutrición enteral en paciente adulto mayor con diagnóstico de
síndrome confusional en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil**

AUTOR:

Moreta Infante Mónica

**Componente práctico del examen complejo previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTOR:

Dr. Ludwig Roberto Álvarez Córdova

**Guayaquil, Ecuador
10 de septiembre del 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente **componente práctico del examen complejo**, fue realizado en su totalidad por **Moreta Infante Mónica**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**.

REVISOR (A)

f. _____
Dr. Ludwig Roberto Álvarez Córdova

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dra. Martha Victoria Celi Mero

Guayaquil, a los 10 del mes de septiembre del año 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Moreta Infante Mónica

DECLARO QUE:

El componente práctico del examen complejo, Nutrición enteral en paciente adulto mayor con diagnóstico de síndrome confusional en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil; previo a la obtención del título de LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme a las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 10 del mes de septiembre del año 2019

EL AUTOR (A)

f. _____

Moreta Infante Mónica



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Moreta Infante Mónica

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución el **componente práctico del examen complejo, Nutrición enteral en paciente adulto mayor con diagnóstico de síndrome confusional en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 10 del mes de septiembre del año 2019

EL AUTOR (A)

f. _____

Moreta Infante Mónica

REPORTE DE URKUND

URKUND

Documento: [Moreta Infante Mónica si.docx](#) (D55304652)
Presentado: 2019-09-05 12:05 (-05:00)
Presentado por: Ludwig Alvarez (drludwigalvarez@gmail.com)
Recibido: ludwig.alvarez.ucsg@analysis.orkund.com
5% de estas 7 páginas, se componen de texto presente en 4 fuentes.

Lista de fuentes Bloques ★ Probar la nueva interfaz Urkund 👤 Ludwig Álvarez (ludwig_alvarez)

+	Categoría	Enlace/nombre de archivo	-
+		Hidalgo_Karen_final.doc	-
+		Hidalgo Paheco Karen- Examen Complejivo.doc	□
+		caso clinico UCSG (4).doc	□
+	>	DURAN, MARIA_FINAL_.pdf	□

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

diagnóstico de síndrome confusional en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil

AUTOR: Moreta Infante Mónica

Componente práctico del examen complejo previo a la obtención del título de LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TUTOR: Dr. Ludwig Roberto Álvarez Córdova

Guayaquil, Ecuador 10 de septiembre del 2019

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente componente práctico del examen complejo, fue realizado en su totalidad por Moreta Infante Mónica, como requerimiento para la obtención del título de LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

AGRADECIMIENTO

Agradezco únicamente a mi mamá, Elena Lucciola Infante Araujo, por todo el esfuerzo que hizo para que pueda estudiar una carrera universitaria lejos de nuestra casa. Ella es mi pilar fundamental e inspiración para cualquier meta que me proponga en la vida, sin duda la mujer más fuerte y dulce que existe. Gracias mamá.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo de titulación a tres personas muy importantes en mi vida, mi mamá en primer lugar y mis dos ángeles que siempre estarán conmigo y que yo tanto amo y amé, mi papá, Marco Francisco Moreta Duque quien falleció hace 20 años dejándonos un hermoso recuerdo de un hombre inteligente, carismático, dedicado a su familia siempre y mi segunda madre, mi abuelita, Carlota Luzmila Araujo Olvera quien me crio y estuvo toda mi infancia conmigo, cuidándome, enseñándome, secando mis lagrimas cuando me caía. Los extraño mucho y los amo, esto es para ustedes.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**Dra. Martha Victoria Celi Mero
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA**

f. _____

Dr. Ludwig Roberto Álvarez Córdova

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Dra. Gabriela María Peré Ceballos

OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
RESUMEN	X
PALABRAS CLAVES: Nutrición enteral, geriatría, soporte nutricional, desnutrición, presbifagia, síndrome confusional agudo.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	2
REPORTE DE CASO	3
DISCUSIÓN	5
REFERENCIAS	7
ANEXOS	8
Tabla 1. Datos del paciente	8
Tabla 2. Exámenes de laboratorio	8
Tabla 3. Molécula calórica	8
Imagen 1. MNA	9
IMÁGENES DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA	10

RESUMEN

La desnutrición es uno de los principales motivos de consulta en pacientes geriátricos, la causa es multifactorial y por lo general debido a comorbilidades crónicas como diabetes, hepatopatías, neoplasias, secuelas de politraumatismos, eventos cerebro-vasculares. Las enfermedades neurológicas se asocian, no es su totalidad, pero sí en gran incidencia en la población senil. El envejecimiento se asocia con cambios multifactoriales de la fisiología de la deglución, factor predisponente a un mayor riesgo de deficiencia de micronutrientes y deshidratación. La deglución orofaríngea implica un rápido y altamente coordinado conjunto de acciones neuromusculares; cuando la disfagia forma parte de patologías que alteran el sensorio en pacientes neurológicos geriátricos, proporcionar un adecuado aporte de líquidos y alimentos, se convierte en parte del tratamiento integral del paciente. En el siguiente reporte de caso se presentará el impacto de la nutrición en el síndrome confusional agudo en el adulto mayor, esta enfermedad neurológica no ha sido ampliamente investigada en cuanto a la terapéutica del soporte nutricional.

PALABRAS CLAVES: Nutrición enteral, geriatría, soporte nutricional, desnutrición, presbifagia, síndrome confusional agudo.

ABSTRACT

Malnutrition is one of the main reasons for consultation in geriatric patients, the cause is multifactorial and usually due to chronic comorbidities such as diabetes, hepatopathies, neoplasias, sequels of polytraumatism or cerebrovascular events. Neurological diseases are associated, not its totality, but in great incidence in the senile population. Aging is associated with multifactorial changes in the physiology of swallowing, a factor predisposing to an increased risk of micronutrient deficiency and dehydration. The oropharyngeal swallowing implies a fast and highly coordinated set of neuromuscular actions; when dysphagia is part of pathologies that alter the sensorium in geriatric neurological patients, providing an adequate supply of liquids and food becomes part of the integral treatment of the patient. The following case report will present the impact of nutrition on acute confusional state, this neurological disease has not been extensively investigated in terms of therapeutic nutritional support.

KEYS WORDS: Enteral nutrition, geriatrics, nutritional support, malnutrition, presbyphagia, acute confusional syndrom

INTRODUCCIÓN

En el adulto mayor existen cambios fisiológicos multifactoriales y uno de ellos es el trastorno de la digestión. La presbifagia es aquella habilidad de alimentación que se considera normal con el paso del envejecimiento, se caracteriza por alteraciones de la deglución, debido a la pérdida de la dentadura, disminución de la salivación, fuerza muscular en la mandíbula, distensibilidad y entorpecimiento de la coordinación. La ingesta nutricional a menudo se ve comprometida en estos pacientes y el riesgo de desnutrición aumenta(1).

La función motora, sensitiva y/o cognitiva alterada puede provocar disfagia orofaríngea, la cual es uno de los síntomas más frecuentes y potencialmente mortales de los trastornos neurológicos; por ello la coordinación central de la deglución es un complejo proceso sensoriomotor semiautomático que se lleva a cabo mediante una red generalizada de estructuras corticales, subcorticales y del tronco encefálico. Existen enfermedades y trastornos que afectan la red central, nervios periféricos y músculos pueden resultar en una deglución orofaríngea deteriorada(2).

La polimorbilidad es observada mayormente en pacientes geriátricos, cuando esta se combina con limitaciones funcionales y otras expresiones degenerativas relacionadas con la edad y las repercusiones en la nutrición del anciano puede dificultarse más que la misma enfermedad(6).

El objetivo del soporte nutricional en el adulto mayor con deterioro neurológico, es principalmente proporcionar cantidades adecuadas de energía (calorías), macronutrientes, micronutrientes y líquidos para cumplir los requerimientos nutricionales diarios, disminuir la estancia hospitalaria, evitar desnutrición y reducir la morbilidad y la mortalidad(1)

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 74 años de edad con antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus tipo 2 y cirrosis hepática; ingresa al Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, el día 28 de junio del presente año con un cuadro clínico caracterizado por deterioro del estado de la conciencia; familiar refiere que el estado de conciencia se ha deteriorado hace aproximadamente 3 meses, por una ingesta de alimentos en poca cantidad y bajo asistencia.

El paciente presentaba dificultad para la bipedestación (requería bastón). Previa 1 semana al ingreso, el cuadro se agravó debutando con astenia, náuseas, emesis, escalofríos, algidez, alza térmica no cuantificada, relajación de esfínteres, periodos de depresión, y pérdida de peso, la cual se calculó que fue de un 10%.

Examen físico;

- ⇒ Cabeza normocéfalo,
- ⇒ Piel y mucosas levemente deshidratadas,
- ⇒ Apertura ocular espontánea,
- ⇒ No responde al llamado,
- ⇒ Obedece ordenes verbales muy simple
- ⇒ Deterioro del sensorio,
- ⇒ Cuello sin adenopatías,
- ⇒ Tórax simétrico,
- ⇒ Se auscultan rales crepitantes en bases bilaterales,
- ⇒ Ruidos cardiacos rítmicos hipofonéticos,
- ⇒ Abdomen blando depresible no doloroso,
- ⇒ Extremidades simétricas sin edema,
- ⇒ No lesiones aparentes.

El paciente ingresa al hospital con diagnóstico de síndrome confusional agudo, bajo la anamnesis del paciente (tabla 1) y una valoración global subjetiva (VSG) que diagnosticó B con riesgo a C, que significa desnutrición. Se inicia soporte nutricional de nutrición

enteral usando fórmula polimérica baja en hidratos de carbono, con una ingesta de 600cc por sonda nasogástrica; 90 ml/h, 2 veces al día.

Durante su estancia hospitalaria cursó por NPO debido a que se le realizó una punción lumbar además de exámenes de gabinete (tabla 2). Hasta aquel momento el paciente permanecía estable, afebril, con buena tolerancia a la sonda nasogástrica y las tomas dos veces al día. El paciente es candidato para colocarle una sonda gástrica, ya que por su enfermedad neurológica podría llegar a bronco aspirar la fórmula brindada.

Se le realiza resonancia magnética computarizada (RMC) de cráneo simple, reporta leve aumento de los espacios subaracnoideos de la fosa posterior y supratentorial con forma y posición conservada.

Discreto aumento de tamaño del sistema ventricular supratentorial con forma y posición conservadas (Índice de Evans 0.35); la secuencia de difusión es negativa, sin evidencia de isquemia reciente.

Estudio imagenológico concluye lo siguiente: cambios involutivos corticales más leve hidrocefalia supra e infratentorial; este hallazgo sumado al cuadro clínico del paciente sugiere considerar dentro de las posibilidades diagnósticas hidrocefalia normotensiva.

DISCUSIÓN

La prevalencia de desnutrición aumenta en las personas mayores hospitalizadas o institucionalizadas en asilos, los pacientes desnutridos hospitalizados suelen tener estancias hospitalarias más prolongadas, experimentar más complicaciones y la morbilidad y mortalidad aumenta exponencialmente en comparación que los pacientes cuyo estado nutricional es normal.

El Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA®-SF) es una herramienta utilizada por los profesionales de la salud para identificar a pacientes desnutridos (imagen 1) o con riesgo de sufrir desnutrición, tanto en el hospital como en su entorno social, su uso como herramienta de apoyo en la evaluación de ingreso hospitalario permite proporcionar el apoyo nutricional temprano adecuado, evitar un mayor deterioro y mejorar los resultados para el paciente.(7)

La nutrición enteral (NE) se ofrece a personas mayores con un pronóstico razonable; para indicar NE se espera que la ingesta oral sea imposible por más de tres días o se espera que sea inferior a la mitad de los requerimientos nutricionales durante más de una semana. Para calcular la recomendación de consumo diario de calorías para un individuo de acuerdo al metabolismo basal de una persona en función de su peso corporal, estatura y edad, en conjunto con factores de actividad física, se utiliza la ecuación empírica de Harris-Benedict.(8,9)

Se calculó la fórmula ya mencionada con los datos reales del paciente, teniendo en cuenta que es sedentario y esta encamado; De acuerdo con los resultados:

- ⇒ Gasto energético basal es de 1173 kcal/día.
- ⇒ Efecto térmico de alimentos (ETA) 117 kcal/día.
- ⇒ Actividad física, (AF) multiplicando GEB por 1,1 da igual a 235 kcal/día,
- ⇒ Dando un gasto energético total (GET) de 1525 kcal/día.

Esto debe ser distribuido en una molécula calórica para el que el aporte de energía se aproveche al 100% (tabla 3).

Antes de iniciar soporte nutricional enteral por sonda nasogástrica, se debe evaluar a cada paciente individualmente con las siguientes preguntas:

- ⇒ ¿Es probable que la NE mejore o mantenga la calidad de vida del paciente?
- ⇒ ¿Es probable que la NE mejore o mantenga la funcionalidad del paciente?
- ⇒ ¿Es probable que la NE prolongue la supervivencia del paciente?
- ⇒ ¿Es deseable la prolongación de la vida desde la perspectiva del paciente?
- ⇒ ¿Son los riesgos de inserción de sonda de alimentación y NE menores que beneficio esperado?

La American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), Society of Critical Care Medicine (SCCM) y la Academy of Nutrition and Dietetics recomiendan que seguir las pautas establecidas en consensos en cuanto al manejo de soporte nutricional:

- ⇒ Se deben evaluar a los pacientes que ingresan a UCI con riesgo de desnutrición y calcular los requerimientos nutricionales para determinar los objetivos de la terapia nutricional que se debe llevar a cabo.
- ⇒ Iniciar nutrición enteral dentro de las 24 a 48 horas posteriores al inicio de la enfermedad crítica y la admisión a UCI.
- ⇒ Tomar las medidas necesarias para reducir el riesgo de bronco aspiración o mejorar la tolerancia a la alimentación gástrica, (use un agente procinético en infusión continua) enjuague bucal con clorhexidina, elevar la cabecera de la cama y desviar el nivel de alimentación en el tracto gastrointestinal.
- ⇒ No utilizar volúmenes residuales gástricos como parte de la atención de rutina para controlar a los pacientes de UCI con NE.
- ⇒ Establecer otras opciones de NE a pacientes con estancia larga en el hospital teniendo en cuenta la patología por la cual ingresa.
- ⇒ Comenzar la nutrición parenteral temprano cuando la NE no sea factible o suficiente en pacientes de alto riesgo o mal alimentados(10).

En general, se informa que las tasas de complicaciones de la NE son bajas, pero en condiciones de la vida real, la tasa de complicaciones tanto de la alimentación por sonda nasogástrica como de la alimentación por gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) puede ser sustancial, En este sentido, puede ser aconsejable evaluar regularmente la mortalidad después de inserción de PEG en el hospital o departamento individual. Si la mortalidad es superior a lo mencionado anteriormente, la selección de pacientes y los aspectos técnicos deben ser cuestionados. (10)

REFERENCIAS

1. Volkert D, Beck AM, Cederholm T. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *ESPEN* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 15];1–38. Available from: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_GL_Geriatrics_ClinNutr2018ip.pdf
2. Burgos R, Bret I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 15];37:354–96. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.003>
3. Valle-Murillo M, Amparo Carrillo M. Encefalitis, meningitis y absceso cerebral. *Rev Mex Neuroci*. 2017;1–17.
4. Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. 2017 [cited 2019 Aug 18]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.06.0250261-5614/>
5. NestleNutrition Institute. Cribado nutricional tan sencillo como MNA [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 17]. Available from: https://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_spanish_sf.pdf
6. Angel EJ, Treviño T. ESTIMACIÓN DEL GASTO ENERGÉTICO PARA EL ADULTO MAYOR [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 18]. Available from: <http://eprints.uanl.mx/9374/1/Documento3.pdf>
7. Vargas M, Lancheros P L, Del M, Barrera P. GASTO ENERGÉTICO EN REPOSO Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN ADULTOS [Internet]. Vol. 59, *Rev Fac Med*. 2014 [cited 2019 Aug 18]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v59s1/v59s1a06.pdf>
8. Taylor BE, McClave SA, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. *Crit Care Med* [Internet]. 2016 Feb [cited 2019 Aug 18];44(2):390–438. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00003246-201602000-00020>

ANEXOS

Tabla 1. Datos del paciente

Sexo	Masculino
Edad	74 años
Peso	60 kg
Talla	1.62 m
APP	Diabetes tipo 2 Cirrosis hepática
Alergias	No refiere
Apqx	No refiere
Vacunas	Esquema MSP completo
Glasgow	11/15

Tabla 2. Exámenes de laboratorio

Creatinina	0,72	mg/dL
Glucosa	208	mg/dL
Magnesio	1,69	mg/dL
PCR	64	mg/dL
Pre albumina	9	mg/dL
Proteína	6,4	g/dL
Albumina	2,4	g/dL
Sodio	131	mEq/L
Potasio	3,4	mEq/L
Urea	28,9	mg/dL
Fosforo	3	mg/dL
Glóbulos Blancos	3,35	mil/mm ³
Hemoglobina	9,3	g/dL
Hematocrito	26,5	%
Plaquetas	159	K/uL
Colesterol	121	mg/dL
HDL	18	mg/dL
Triglicéridos	126	mg/dL
LDL	78,4	mg/dL


Tabla 3. Molécula calórica

	Gramos	Calorías	Distribución
CHO	208 g	832 kcal	55%
Prot.	76 g	303 kcal	20%
Lip.	42 g	378 kcal	25%
Total		1513kcal	100%

Imagen 1. MNA

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]



Apellidos:		Nombre:							
Sexo:	M	Edad:	74 AÑOS	Peso, kg:	60	Altura, cm:	162	Fecha:	

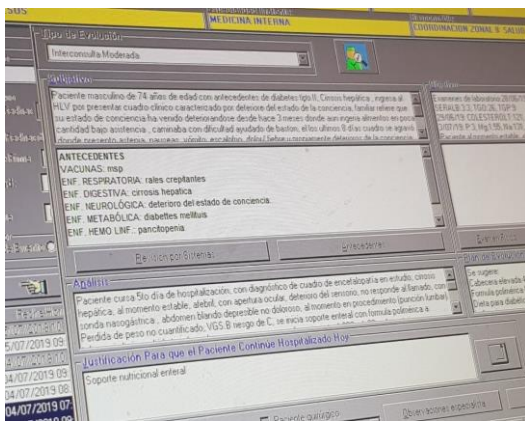
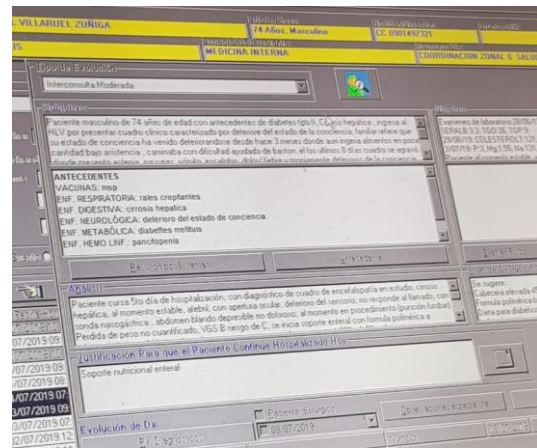
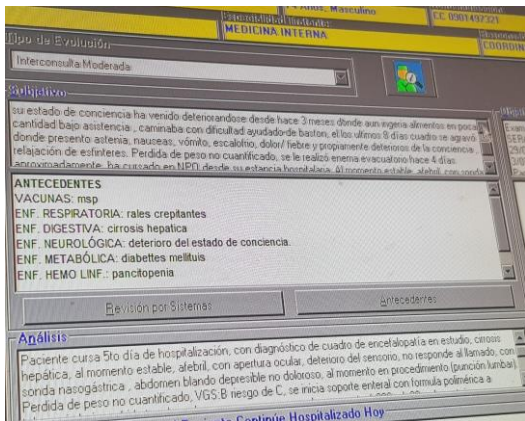
Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltarle apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="04"/>	
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>
Evaluación (máx. 16 puntos)	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	
Cribaje	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	
Evaluación global (máx. 30 puntos)	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	
Evaluación del estado nutricional	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="6"/>	

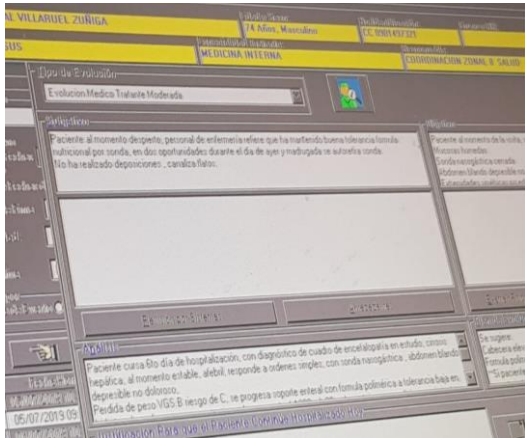
De 24 a 30 puntos	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/>	estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/>	malnutrición

Ref: Velas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Silva A, Guigoz Y, Velas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Para más información: www.mna-elderly.com

IMÁGENES DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA



Componente	Valor	Referencia	Unidad
GLUCOSAS BLANCAS	2.0	4000	mm ³
NEUTRÓFILOS	2.20	4000	mm ³
LINFÓCILOS	0.57	4000	mm ³
MONOCITOS	0.27	4000	mm ³
ESÓFILOS	0.02	4000	mm ³
PLAQUETOS	65.6	150 000	mm ³
LINFÓCILOS %	11.9	40	%
MONOCITOS %	1.1	20	%
ESÓFILOS %	0.1	1	%
PLAQUETOS %	0.6	1	%
RECIENTO DE S. ROJOS	1.36	4.0	mm ³
HEMOGLOBINA	1.3	15	g/dl
HEMATOCRITO	2.5	40	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	74.4	80	fL
HEMOCORPUSCULAR MEDIO	2.1	30	g/dl
CONCENT. HEMOCORPUSCULAR MEDIO	25.10	30	g/dl
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN DE PLACQUETOS	14.8	15	%



ESCRIBIR: IRM CRANEO SIMPLE

INFORME DE IMAGENOLÓGIA

INFORME IMAGENOLÓGIA:

Señal normal proveniente del parénquima encefálico supra e infratentorial.

Leve aumento de los espacios subaracnoideos de la fosa posterior y supratentorial con forma y posición conservada.

Discreto aumento de tamaño del sistema ventricular supratentorial con forma y posición conservadas (índice de Evans 0.35).

Cuerpo calloso y chanela cáneo-raquídea sin alteraciones.

Vacio de flujo conservado en los grandes vasos de la base cerebral.

La secuencia de difusión es negativa, sin evidencia de isquemia reciente.

CONCLUSIÓN

- Cambios involutivos corticales.
- Leve hidrocefalia supra e infratentorial, éste hallazgo sumado al cuadro clínico del paciente sugiere considerar dentro de las posibilidades diagnósticas Hidrocefalia Normotensiva.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moreta Infante Mónica**, con C.C: # **0925083172** autor/a del **componente práctico del examen complejo: “Nutrición enteral en paciente adulto mayor con diagnóstico de síndrome confusional en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil”** previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 10 de septiembre de 2019

f. _____

Nombre: Moreta Infante Mónica

C.C: 0925083172

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Nutrición enteral en paciente adulto mayor con diagnóstico de síndrome confusional en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil		
AUTOR(ES)	Mónica Moreta Infante		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Ludwig Roberto Álvarez Córdova		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Nutrición, dietética y estética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en nutrición, dietética y estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de septiembre de 2019	No. DE PÁGINAS:	10
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición Clínica, Soporte Nutricional, Nutrición Enteral.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Nutrición enteral, geriatría, soporte nutricional, desnutrición, presbifagia, síndrome confusional agudo.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La desnutrición es uno de los principales motivos de consulta en pacientes geriátricos, la causa es multifactorial y por lo general debido a comorbilidades crónicas como diabetes, hepatopatías, neoplasias, secuelas de politraumatismos, eventos cerebro-vasculares. Las enfermedades neurológicas se asocian, no es su totalidad, pero sí en gran incidencia en la población senil. El envejecimiento se asocia con cambios multifactoriales de la fisiología de la deglución, factor predisponente a un mayor riesgo de deficiencia de micronutrientes y deshidratación. La deglución orofaríngea implica un rápido y altamente coordinado conjunto de acciones neuromusculares; cuando la disfagia forma parte de patologías que alteran el sensorio en pacientes neurológicos geriátricos, proporcionar un adecuado aporte de líquidos y alimentos, se convierte en parte del tratamiento integral del paciente. En el siguiente reporte de caso se presentará el impacto de la nutrición en el síndrome confusional agudo en el adulto mayor, esta enfermedad neurológica no ha sido ampliamente investigada en cuanto a la terapéutica del soporte nutricional.</p>			
ADJUNTO PDF:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593- 992236262	E-mail: monicamoreta1996@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Ludwig Roberto Álvarez Córdova		
	Teléfono: +593-999963278		
	E-mail: ludwig.alvarez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			