

# Universidad del Sureste

## Escuela de Medicina

**Materia:**

**Nutrición**

**Ensayo:**

**Valoración del estado nutricional**

**Catedrático:**

**Daniela Rodríguez Martínez**

**Nombre del alumno:**

**Oswaldo Zúñiga Alfaro**

**3ro "B"**

**Lugar y fecha**

**05 de Septiembre del 2020, Comitán de Domínguez  
Chiapas.**

En este ensayo se habla acerca de un tema que en el ámbito de la nutrición y muchas áreas en medicina es muy importante ya que esto nos servirá desde el primer contacto que se tenga con el paciente hasta la última cita a lo cual hablamos de la valoración nutricia en los pacientes y como ya se había dicho anteriormente en este ensayo se hablaran de los puntos más importantes que se deben usar en la valoración del estado nutricia del paciente.

Una correcta valoración del estado nutricional (VEN) permite identificar las alteraciones nutricionales por exceso y por defecto, y posibilita el adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico. Una VEN completa debe incluir la realización de la historia clínico-nutricional, incluyendo la valoración dietética, una correcta exploración y estudio antropométrico, y la valoración de la composición corporal.

## Historia clínico-nutricional



Debe recabar datos socio-familiares, antecedentes patológicos y antropometría de padres y hermanos, así como datos de la gestación, medidas al nacimiento, evolución del crecimiento con la edad, antecedentes patológicos y anamnesis por aparatos.

## Historia dietética



Incluye la evolución de la alimentación a lo largo de la vida, de la conducta alimentaria, del apetito y de los hábitos de vida, incluyendo el ejercicio físico. El estudio dietético nos permitirá aproximarnos a la ingesta real actual del paciente, en macro y micronutrientes, y detectar desviaciones sobre lo recomendado. Existen muchos métodos indirectos, pero el más utilizado es la encuesta nutricional prospectiva de 3 días (uno de ellos de fin de semana), aunque requiere tiempo para una introducción correcta de la información en una

adecuada base de datos, para un análisis cuantitativo. Más directo es el cálculo basado en una encuesta prospectiva con pesada de alimentos. Si se dispone de menos tiempo, se puede hacer una aproximación analizando: el patrón de consumo habitual, frecuencia de consumo semanal por grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados y si realiza suplementos vitamínicos y minerales.

## Exploración física



Tiene que ser completa, a la búsqueda de signos sugerentes de enfermedad, como causa del trastorno nutricional, o bien secundarios a la malnutrición por exceso o por defecto, especialmente en piel, pelo, uñas, mucosas, dentición, panículo adiposo, tiroides, etc. No es frecuente, el hallazgo de un signo específico por déficit de un único nutriente, sino que los hallazgos suelen ser la consecuencia de una malnutrición global. En los niños mayores, se debe valorar siempre el estadio de desarrollo puberal.

## Antropometría



Se basa en el estudio de un reducido número de medidas corporales. Los procedimientos son simples, seguros y no invasivos, son precisos y exactos si se utilizan protocolos estandarizados, y el equipo necesario es barato y portátil. De un lado, tenemos el peso, la talla y los índices basados en las relaciones entre ellos, que permiten la comparación con poblaciones de referencia y poder realizar una valoración evolutiva, mediante el seguimiento de los cambios producidos a lo largo del tiempo. Sin embargo, no aportan información sobre la composición corporal del individuo. Para ello, es necesario utilizar otros parámetros antropométricos, como los pliegues cutáneos y algunos perímetros, que pueden informar sobre los compartimentos graso (MG) y masa magra o libre de grasa (MM).

Cuando se utilizan tablas de referencia, el protocolo de medida debe ajustarse todo lo posible con el utilizado en su desarrollo, y los instrumentos de medida deben chequearse con frecuencia para garantizar la máxima exactitud y objetividad de los datos. La variabilidad interobservador e incluso intraobservador puede ser importante si no se es minucioso en la realización de la técnica. Se tomarán las siguientes medidas:

**Peso.** Se valora con el paciente en ropa interior en básculas clínicas (precisión de 50-100 g) previamente equilibradas, es aconsejable realizar la medida siempre a la misma hora, preferentemente por la mañana en ayunas, para evitar las oscilaciones fisiológicas.

**Talla.** Se evalúa con un tallímetro vertical, o un estadiómetro (precisión mínima de 0,5 cm y máxima de 0,1 cm). Durante los dos primeros años de vida, se mide la longitud entre el occipucio y el talón con un tablero de medición horizontal o antropómetro (mide la longitud del niño con una precisión de 0,1 cm). A partir de los dos años, se mide de pie, descalzo, con los talones, la columna y el occipucio apoyados sobre un plano duro y los brazos extendidos a lo largo del tronco.

**Índices ponderoestaturales.** Relacionan el peso con la talla y permiten una catalogación más real del estado nutricional que un simple valor aislado de peso y talla, que solo tendría valor en una evaluación longitudinal del crecimiento (Tabla II). Los más utilizados son el índice nutricional de Shukla en menores de 2 años y, a partir de entonces, el índice de masa corporal (IMC).

**Relación peso/talla.** Mediante percentiles o calculando puntuaciones Z, relaciona ambos parámetros independientemente de la edad y es útil para detectar la malnutrición aguda, pero es el más elemental de todos.

**Porcentaje del peso estándar o índice de Waterlow I.** Este autor solo clasificó grados para subnutrición, aunque estudios comparativos posteriores con otros índices y composición corporal, establecieron un límite superior de normalidad en el 115%.

**Porcentaje de talla estándar o índice de Waterlow II.** Cataloga también, solamente, la subnutrición crónica, con repercusión en talla (stunting).

**Porcentaje de peso/talla/edad (Mc Laren y Read).** Solo en menores de 60 meses.

**Índice nutricional (IN) de Shukla.** Es difícil de interpretar en los valores críticos, los niños altos podrían ser catalogados de sobrenutridos y los constitucionalmente pequeños de subnutridos, pero es el índice más utilizado en menores de 2 años.

**Índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet.** Es fácil de calcular y útil para clasificar la obesidad en escolares y adolescentes, pero no están claramente establecidos los límites de subnutrición. Cole y col., tras integrar múltiples curvas, han establecido gráficas y puntos de corte por edades, que se correlacionarían con los puntos finales de

IMC del adulto: 30 (para obesidad), 25 (para sobrepeso) (3), y para delgadez, 18,5 (grado I), 17 (grado II) y 16 (grado III)(4), que pueden ser útiles en este sentido.

Un IMC alto indica “sobrepeso”, que puede ser debido a exceso de masa grasa (obesidad) o de masa magra (constitución atlética), no informando de la composición corporal, por lo que ha de valorarse junto con otros parámetros (ver composición corporal del brazo). A pesar de ello, es el más utilizado a cualquier edad, pero, sobre todo, a partir de los 2 años.

Perímetros. Para medir los perímetros se requiere una cinta métrica inextensible y flexible, calibrada en milímetros (precisión de 1 mm). De gran interés en Pediatría son: el perímetro cefálico, midiendo entre los puntos más prominentes de occipucio y región frontal, sobre todo, hasta los dos años, ya que es un indicador indirecto del desarrollo del sistema nervioso central; y el perímetro braquial. Asimismo, los perímetros de cintura y cadera son ampliamente utilizados, sobre todo, en la valoración de la obesidad, y el cociente entre ambos (índice cintura/cadera) es un conocido índice de obesidad central. Un valor superior a 1 en el varón adulto, y 0,9 en la mujer supone riesgo cardiovascular.

Pliegues. La medida de los pliegues cutáneos se realiza con un lipocalibrador de presión constante (10 g/m<sup>2</sup>), con precisión de 0,2 mm. Los más usados son: los de Lange, Holtain y Harpender, influyendo de manera significativa sobre los resultados, el uso de uno u otro. Generalmente, los pliegues más utilizados son: el subescapular, el suprailíaco, el bicipital y el tricpital. La técnica de medida debe ajustarse a un procedimiento estandarizado: se delimitan la piel y el tejido celular subcutáneo tomando un pliegue entre los dedos pulgar e índice, dejando resbalar el tejido muscular u óseo. Se aplica el lipocalibrador y se efectúa la medición tras tres segundos; el procedimiento debe realizarse tres veces consecutivas para disminuir con ello la variabilidad de la medida, utilizando la media de las mismas. Las mediciones suelen hacerse, por acuerdo, en el hemicuerpo no dominante. Tanto la precisión como la reproductibilidad de la medición de los pliegues cutáneos son bajas en relación con otros métodos utilizados en la valoración de la composición corporal, especialmente en personal con poca experiencia.

- Tríceps: punto medio entre acromion y olecranon en la parte posterior del brazo.
- Bíceps: mismo nivel que la zona del tríceps, pero en la cara anterior del brazo.
- Subescapular: punto localizado por debajo y por dentro de la escápula izquierda, formando un ángulo con la columna vertebral (35-40°).
- Suprailíaco: inmediatamente superior a la cresta ilíaca, en la línea medio axilar.