

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Luz Mery Hoyos Mejia**

Identificación  
CC 1144150035

Fecha de nacimiento  
31-01-1991

Edad  
28 años(Juventud)

Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
3174122243  
Estado civil  
Soltero  
Escolaridad

Departamento  
ANTIOQUIA  
Otro teléfono fijo  
3176908702  
Ocupación  
ANALISTA CONTABLE  
Raza

Municipio  
MEDELLIN  
  
Identidad de genero

Dirección  
CL 26 7-41  
Correo electrónico  
luzme2114@hotmail.com  
Grupo Poblacional

## Responsable

Nombre responsable

RAFAEL HOYOS

Parentesco

Padre

## Motivo de Consulta

"Yo vengo con un problema con la deglución hace un mes y tengo una dieta liquida".

## Enfermedad actual

Pte de sexo femenino, de 28 años de edad, asiste con la mama a la consulta de nutrición, remitida para iniciar manejo nutricional. AP: Pte refiere "Solo el problema de la deglución que esta en estudio en un estudio salio que tengo una rectificación en la columna y RGE". Pte refiere que vive con los papas. Trabaja como analista contable. Grado de escolaridad: Universitaria. Datos antropometricos: Peso usual: Entre 63 a 65kg, Peso actual: 56.4kg, Talla actual: 164cm, IMC: 20.9 Normal.

## Antecedentes Patológicos

| Patología  | Presenta | Patología                      | Presenta |
|--|----------|--------------------------------|----------|
| Enfermedad Cerebrovascular                         | No       | Insuficiencia Renal Crónica    | No       |
| Diabetes Mellitus                                  | No       | Asma                           | No       |
| Dislipidemia                                       | No       | Epoc                           | No       |
| Hipertensión Arterial                              | No       | Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Enfermedad Coronaria                               | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Cáncer   | No       | Epilepsia                      | No       |
| Sobrepeso  | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| Síndrome De Intolerancia A Los Hidratos De Carbono | No       | VIH                            | No       |
| Enfermedad Vascular Periférica                     | No       | Trastorno Osteomuscular        | No       |
| Aneurisma  | No       | Neumopatía Laboral             | No       |
| enfermedad renal crónica                           | No       | Trastorno Osteomuscular        | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón                   | No       | Neumopatía Laboral             | No       |
| Trastorno de la Coagulación                        | No       |                                |          |

## Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

## Antecedentes quirúrgicos

### Procedimiento

rinoplastia

## Antecedentes ginecobstétricos

Menarca 12 año(s) FUM (Fecha de última menstruación) 23-09-2019

|                              |         |                                |         |
|------------------------------|---------|--------------------------------|---------|
| Duración del ciclo menstrual | 5 Dias  | Frecuencia del ciclo menstrual | 28 Dias |
| Ciclo menstrual              | Regular |                                |         |
| ¿Planifica?                  | Si      |                                |         |

**Métodos de planificación:** Anticonceptivo oral

Resultado citología cervicouterina

|                        |            |                     |        |
|------------------------|------------|---------------------|--------|
| Fecha última citología | 12-05-2017 | Resultado citología | Normal |
|------------------------|------------|---------------------|--------|

Información de embarazos previos

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Número de embarazos previos | 0 |
|-----------------------------|---|

Información del embarazo actual

|                 |    |
|-----------------|----|
| Esta embarazada | No |
|-----------------|----|

## Estilos de Vida

### Hábitos (Cigarrillo)

|   |         |                                    |    |
|---|---------|------------------------------------|----|
| ¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida? | No      | ¿Ha fumado en los últimos 6 meses? | No |
| Clasificación                                 | No fuma |                                    |    |

**Exposición al tabaco** ¿Fumador pasivo?: No

### Consumo de Alcohol

|   |                      |  |    |
|---|----------------------|--|----|
| Frecuencia consumo de licor                                     | Ha tomado alguna vez |  |    |
| ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?                    | No                   | ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?   | No |
| ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? | No                   | ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? | No |
| Clasificación   | Bebedor social       |  |    |

**Sustancias psicoactivas** ¿Consume sustancias psicoactivas?: No

**Hábitos (Actividad física)** ¿Realiza actividad física?: No

**Otros hábitos** Otros hábitos y estilos de vida: Café: No.

Gaseosas: Ocasionalmente.

Energizantes: No.

Agua: "No porque estoy teniendo problemas con el deglutir".

## Examen fÁ-sico

**Medidas Antropométricas** Talla: 164 cm, Peso: 56.4 kg, Peso saludable: 64 kg, IMC: 20.97, Clasificación según IMC : Peso normal

### Síntomas gastrointestinales

|              |    |              |    |
|--------------|----|--------------|----|
| Flatulencias | Si | CONSTIPACIÓN | No |
| Nauseas      | No | Vómito       | No |
| Diarrea      | No | Agriera      | No |

## Antecedentes Alimentarios

Pte refiere que es de buen apetito, pte refiere "Estoy que no puedo comer nada solido, todo es liquido y no como rapido por que no puedo la fonoudiologa me dijo que tenia que comer pausada con una cuchara pequeña". Tiene horarios establecidos de alimentacion, tres principales tiempos de comida y una entre comida. Refiere ansiedad por comer. No alergias alimentarias. Alimentos preferidos: Carnes. Alimentos rechazados: Ninguno. Alimentos que le caen mal: Leche. Recuento de 24 horas: D: 6 cdas de Ensure, 1 huevo, 1 tostadas (Licuado). M/M: No. A: 1 porcion de carne, platano, caldo de sancocho (Todo licuado). M/T: Un yogurt griego. C:

1 porcion de carne, platano, caldo de sancocho (Todo licuado).

## Anamnesis Alimentaria

|                      | Desayuno | M. mañana | Almuerzo | Algo | Comida | Merienda | Total | Frecuencia |
|----------------------|----------|-----------|----------|------|--------|----------|-------|------------|
| Leche entera         | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Leche semidescremada | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Queso o sustituto    | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Carnes               | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Leguminosas          | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Harinas              | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Frutas               | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Verduras             | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Grasas               | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Azúcares y dulces    | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Nueces               | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Semillas             | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |

## Plan de Alimentación

|                      | Desayuno | M. mañana | Almuerzo | Algo | Comida | Merienda | Total | Frecuencia |
|----------------------|----------|-----------|----------|------|--------|----------|-------|------------|
| Leche entera         | 1        | 0         | 0        | 1    | 0      | 0        | 2     | Diario     |
| Leche semidescremada | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Queso o sustituto    | 2        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 2     | Diario     |
| Carnes               | 0        | 0         | 1        | 0    | 1      | 0        | 2     | Diario     |
| Leguminosas          | 0        | 0         | 1        | 0    | 0      | 0        | 1     | Diario     |
| Harinas              | 2        | 0.5       | 2        | 0    | 1.5    | 0        | 6     | Diario     |
| Frutas               | 0        | 1         | 0.5      | 1    | 0.5    | 0        | 3     | Diario     |
| Verduras             | 0        | 0         | 1        | 0    | 1      | 0        | 2     | Diario     |
| Grasas               | 1        | 0         | 1        | 0    | 1      | 0        | 3     | Diario     |
| Azúcares y dulces    | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Nunca      |
| Nueces               | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |
| Semillas             | 0        | 0         | 0        | 0    | 0      | 0        | 0     | Diario     |

## Tratamiento Nutricional

Tipo de dieta Normocalórica

## Calculadora Riesgo Cardiovascular

### Datos básicos

Edad en años 28 Sexo Femenino

Envejecimiento renal 102 ml/min

## Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** Se realiza sensibilización nutricional a la pte. Se entrega en medio físico esquema de plan de alimentación normocalórico, en preparaciones líquidas se enseña a la pte y a la mama teniendo en cuenta el problema de Deglución que refiere tener la pte. Fraccionado en 6 tiempos de comida. Se brinda educación sobre hábitos de alimentación saludable e indicaciones de técnicas de preparación de alimentos. Se entrega también opciones de preparaciones de alto valor calórico para mejorar el estado nutricional y evitar deterioro del mismo.

**Notas de expectativas y metas:** Mejorar estados nutricional.

| Diagnóstico principal                                   | Tipo de diagnóstico |
|---|---------------------|
| Z713-CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA | Confirmado nuevo    |

Causa externa y finalidad

|               |                    |                          |                                      |
|---------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Causa externa | Enfermedad general | Finalidad de la consulta | Detección de alteraciones del adulto |
|---------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Remisión

Información del profesional

CINDY DEL CARMEN ALVAREZ MARTINEZ

CC 1045671413

NUTRICION HUMANA

Registro 03733