



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

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

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE MASCULINO DE
46 AÑOS DE EDAD CON COLOSTOMÍA**

AUTOR

JORGE JAVIER GÓNGORA REYNA

TUTOR

DR. JAVIER ENRIQUE VILLACIS CABEZAS

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2023

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO.....	4
TITULO DEL CASO CLÍNICO.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION.....	- 6 -8
I. MARCO TEÓRICO	9-17
1.1. Justificación	18
1.2. Objetivos.....	19
1.2.1. Objetivo general	19
1.2.2. Objetivos específicos.....	19
1.3. Datos Generales.....	20
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	20
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.....	21
2.3. Examen físico (exploración clínica)	22
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.....	22
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	23
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	23-30
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerado valores normales	30
Seguimiento	30-31
Observaciones	32
CONCLUSIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS.....	34-38

DEDICATORIA

Primeramente me gustaría dedicar éste caso clínico a Dios por permitirme haber llegado a éste momento, por darme vida para seguir adelante y poder cumplir mis sueños y propósitos como futuro profesional en el área de la salud.

También lo quiero dedicar a mi padre Jorge Góngora y a mi madre Erika Reyna que han sido mi pilar fundamental en toda ésta etapa universitaria, a mi hermana Heidy Góngora por sus gratos consejos y enseñanzas.

Gracias por hacer todo lo posible e imposible por mi para cumplir mis metas, gracias por su apoyo incondicional y su constante dedicación hacia mi persona, por inculcarme valores para ser mejor persona cada día y por no abandonarme jamás en èste gran sueño que es culminar mi carrera de Nutrición y Dietética.

Jorge Javier Góngora Reyna

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecerle a Dios brindarme buena salud y vida, agradecerle a mis padres Jorge Góngora y Erika Reyna por su gran esfuerzo durante toda mi vida, por darme fuerzas para seguir adelante, por guiarme siempre por el camino del bien, por ofrecerme su ayuda y apoyo en todo éste proceso de mi carrera universitaria.

Agradezco a cada uno de mis docentes por brindarme sus enseñanzas para formarme como un profesional.

Jorge Javier Góngora Reyna

TITULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCION NUTRICIONAL EN UN PACIENTE DE SEXO
MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD CON COLOSTOMIA.

RESUMEN

La colostomía es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino grueso, a través de la pared abdominal. Esto resulta de la función corporal normal para permitir la eliminación del contenido intestinal después de la enfermedad o lesión.

La cirugía de colostomía se realiza a raíz de diferentes enfermedades y problemas. Algunas se realizan debido al cáncer mientras que otras no. Por ejemplo, un niño puede necesitar una colostomía debido a un defecto de nacimiento. Se puede necesitar una colostomía durante poco tiempo (temporal), o por el resto de la vida de una persona (permanente), dependiendo de la razón o tipo de problema. Para las miles de personas que padecen enfermedades digestivas graves, una colostomía puede ser el inicio de una vida nueva y más sana.

El tratamiento nutricional de este caso clínico se basa en realizar un proceso de atención nutricional a un paciente de sexo masculino de 46 años con colostomía y siendo su diagnóstico médico de Cáncer de colon, con el objetivo de mejorar el estado nutricional de dicho paciente por medio de un tratamiento dietético. Se evaluó su valoración nutricional para obtener un diagnóstico integral nutricional, se diseñó un tratamiento dietético y se realizó el seguimiento del tratamiento para determinar su efectividad.

Palabras Claves: Cáncer de colon, Colostomía , Estado Nutricional, Tratamiento.

ABSTRACT

A colostomy is a surgically created opening into the large intestine, through the abdominal wall. This results from normal bodily function to allow removal of intestinal contents after illness or injury.

Colostomy surgery is performed due to different diseases and problems. Some are done because of cancer while others are not. For example, a child may need a colostomy due to a birth defect. A colostomy may be needed for a short time (temporary), or for the rest of a person`s life (permanent), depending on the reason or type of problem. For the thousands of people who suffer from serious digestive diseases, a colostomy can be the beginning of a new and healthier life.

The nutritional treatment of this clinical case is based on carrying out a nutritional care process for a 46-years-old male patient with a medical diagnosis of colon cancer, through its objective, which is to improve the nutritional status of said patient through of a dietary treatment. Their nutritional assessment was evaluated to obtain a comprehensive nutritional diagnosis, a dietary treatment was designed and treatment follow-up was carried out to determine its effectiveness.

Keywords: Colon cancer, colostomy, nutritional status, treatment.

INTRODUCCION

La colostomía no es una enfermedad, es parte de la terapéutica en pacientes con cáncer de colon e implica un cambio en la manera en que su cuerpo funciona. Causa quirúrgicamente un cambio en la función normal del cuerpo para permitir el paso de la materia fecal; sin embargo la química del cuerpo ni la digestión son alteradas a consecuencia de una colostomía. (Globocan, 2012).

Dicho procedimiento es común en las practicas hospitalarias, debido al alto índice de obstrucción intestinal, entre otros factores pero el más preocupante es el aumento en los últimos años de cáncer colorrectal por lo que la educación es importante para facilitar el afrontamiento y recuperación del paciente. (Schavelzòn, 2010).

Por ende es necesario que los profesionales de la salud puedan entender y comprender como es vivir con una colostomía en la vida cotidiana tanto en el ámbito psicológico como social, además que en el tratamiento nutricional se juego un rol imprescindible debido a que si no se toman las debidas medidas nutricionales el paciente podría desarrollar riesgos y complicaciones que podrían afectar su salud a largo plazo. (Oncología, 2015)

I. MARCO TEÓRICO

COLON Y RECTO

El colon y el recto constituyen la parte final del tracto digestivo. Son órganos huecos, alargados, con forma de tubo. El colon comunica el intestino delgado con el recto que a su vez termina en el ano. El colon se encuentra muy cerca de otros órganos abdominales como el hígado, el estómago y el bazo. Su función es extraer el agua de las heces, hacen que sean compactas y evita la pérdida de líquidos por la deposición. El recto funciona como reservorio donde se almacenan las heces y evita la incontinencia fecal. Está próximo a la próstata, la vejiga, el útero y los ovarios. En el colon se pueden identificar varias partes: colon derecho o ascendente, colon transversal, colon izquierdo o descendente y sigma. El recto se subdivide en tercio superior, medio e inferior. (SEOM, 2022).

Càncer Colorrectal

Es un tipo de càncer que comienza en el intestino grueso, suele afectar a los adultos mayores, aunque puede ocurrir a cualquier edad. Por lo general, comienza como grupos pequeños y no cancerosos (benignos) de células llamados pólipos que se forman en el interior del colon. Estos pueden ser de menor tamaño y generan poco o ningún síntoma. Con el tiempo si no se tiene un diagnóstico oportuno pueden convertirse en càncer de colon. (MayoClinic, 2022).

Etapas de càncer colorrectal

Los cánceres colorrectales en etapas más tempranas se identifican como etapa 0 (un càncer muy precoz), y luego van desde etapas I (1) a IV (4). Por regla general, mientras mas bajo sea el número, menos se ha propagado el càncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del càncer. (Càncer, 2022).

En el càncer de colon de estadio 0, se encuentran células anormales en la mucosa (capa más interna) de la pared del colon. Es posible que estas células

anormales se vuelvan cancerosas y se diseminen al tejido normal cercano, el estadio 0 también se llama carcinoma in situ. (Instituto Nacional del Càncer, 2022).

Estadio I

En el cáncer de colon en estadio I, el cáncer se formó en la mucosa (capa más interna) de la pared del colon y se diseminó a la submucosa (capa de tejido junto a la mucosa) o a la capa de músculo de la pared del colon. (Instituto Nacional del Càncer, 2022).

Estadio II

El cáncer de colon en estadio II se divide en los estadios IIA, IIB y IIC. En el estadio IIA, el cáncer se diseminó a través de la capa de músculo de la pared del colon a la serosa (capa más externa) de la pared del colon. En el estadio IIB, el cáncer se diseminó a través de la serosa (capa más externa) de la pared del colon al tejido que reviste los órganos del abdomen (peritoneo visceral). En el estadio IIC, el cáncer se diseminó a través de la serosa (capa más externa) de la pared del colon a órganos cercanos. (Instituto Nacional del Càncer, 2022).

Estadio III

El cáncer de colon en estadio III se divide en los estadios IIIA, IIIB y IIIC. En el estadio IIIA, se encuentra una de las siguientes situaciones: El cáncer se diseminó a través de la mucosa (capa más interna) de la pared del colon a la submucosa (capa de tejido junto a la mucosa) o a la capa de músculo de la pared del colon. El cáncer se diseminó hasta 1 a 3 ganglios linfáticos cercanos o se formaron células cancerosas en el tejido cerca de los ganglios linfáticos. El cáncer se diseminó a través de la mucosa (capa más interna) de la pared del colon a la submucosa (capa de tejido junto a la mucosa). El cáncer se diseminó hasta 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos. (Instituto Nacional del Càncer, 2022).

En el estadio IIIB, se encuentra una de las siguientes situaciones: El cáncer se diseminó a través de la capa de músculo de la pared del colon a la serosa (capa más externa) de la pared del colon, o se diseminó a través de la serosa al tejido que reviste los órganos del abdomen (peritoneo visceral). El cáncer se diseminó hasta 1 a 3 ganglios linfáticos cercanos, o se formaron células cancerosas en el

tejido cerca de los ganglios linfáticos. El cáncer se diseminó a la capa de músculo o a la serosa (capa más externa) de la pared del colon. El cáncer se diseminó hasta 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos. El cáncer se diseminó a través de la mucosa (capa más interna) de la pared del colon a la submucosa (capa de tejido junto a la mucosa) o a la capa de músculo de la pared del colon. El cáncer se diseminó a 7 o más ganglios linfáticos cercanos. (Instituto Nacional del Càncer, 2022).

En el estadio IIIC, se encuentra una de las siguientes situaciones: El cáncer se diseminó a través de la serosa (capa más externa) de la pared del colon al tejido que reviste los órganos del abdomen (peritoneo visceral). El cáncer se diseminó hasta 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos. El cáncer se diseminó a través de la capa de músculo de la pared del colon a la serosa (capa más externa) de la pared del colon, o se diseminó a través de la serosa al tejido que reviste los órganos en el abdomen (peritoneo visceral). El cáncer se diseminó hasta 7 o más ganglios linfáticos cercanos. El cáncer se diseminó a través de la serosa (capa más externa) de la pared del colon a órganos cercanos. El cáncer se diseminó hasta 1 o más ganglios linfáticos cercanos, o se formaron células cancerosas en el tejido cerca de los ganglios linfáticos. (Instituto Nacional del Càncer, 2022).

Estadio IV

El cáncer de colon en estadio IV se divide en los estadios IVA, IVB y IVC. En el estadio IVA, el cáncer se diseminó a un área u órgano que no está cerca del colon, como el hígado, el pulmón, el ovario o un ganglio linfático lejano. En el estadio IVB, el cáncer se diseminó a más de un área u órgano que no están cerca del colon, como el hígado, el pulmón, el ovario o un ganglio linfático lejano. En el estadio IVC, el cáncer se diseminó al tejido que reviste la pared del abdomen y es posible que se haya diseminado a otras áreas u órganos. (Instituto Nacional del Càncer, 2022).

Síntomas

Muchos de los síntomas del càncer de colon también pueden ser el resultado de afecciones distintas al càncer, como una infección, hemorroides, el síndrome de

colon irritable o una enfermedad inflamatoria intestinal. En muchos casos, las personas que presentan estos síntomas no están enfermas de cáncer. Aún así, la presencia de cualquier de los síntomas es una indicación de que debe consultar con un médico para determinar la causa y tratar la afección, si se necesita. Cuando aparecen los síntomas, es probable que varíen, según el tamaño del cáncer y de su ubicación en el intestino grueso. (OMS, 2021).

Los signos y síntomas del cáncer de colon incluyen los siguientes:

- Un cambio persistente en tus hábitos intestinales, incluidos diarrea o estreñimiento, o un cambio en la consistencia de tus heces.
- Sangrado rectal o sangre en las heces.
- Molestia abdominal persistente, como calambres, gases o dolor.
- Una sensación de que el intestino no se vacía por completo.
- Debilidad o fatiga.
- Pérdida de peso sin causa aparente. (MayoClinic, 2020).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo del cáncer colorrectal son los siguientes:

- Tener antecedentes familiares de cáncer de colon o cáncer de recto en un pariente de primer grado (padre, hermano o hijo).
- Tener antecedentes personales de cáncer de colon, de recto o de ovario.
- Tener antecedentes personales de adenomas de riesgo alto (pólipos colorrectales de 1 cm o más de tamaño, o que tienen células que se ven anormales al microscopio).
- Presentar cambios heredados en ciertos genes que aumentan el riesgo de poliposis adenomatosa familiar (PAF) o síndrome de Lynch (cáncer de colon sin poliposis hereditario).
- Tener antecedentes personales de colitis ulcerosa crónica o enfermedad de Crohn durante 8 años o más.
- Consumir tres o más bebidas con alcohol cada día.
- Fumar cigarrillos.

- En afroamericanos o judíos Ashkenazis (personas de ascendencia judía de Europa del Este)
- Tener obesidad.
- La edad avanzada es un factor de riesgo importante para la mayoría de los cánceres. La posibilidad de presentar cáncer aumenta a medida que se envejece. (Medlineplus, 2022).

Datos Epidemiológicos

El cáncer colorrectal es el cuarto cáncer más común en la región de las Américas. Cada año se producen en la región más de 240.000 nuevos casos y aproximadamente 112.000 muertes debidas a esta enfermedad. Canadá, Uruguay y Barbados presentan las tasas de incidencia más altas mientras que los países de América Central presentan las más bajas. Si no se toman acciones al respecto, se prevé que, para el año 2030, la incidencia de cáncer colorrectal aumente en un 60 %. (OPS, 2021).

Para el año 2023, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son 106,970 casos nuevos de cáncer de colon y 46,050 casos nuevos de cáncer de recto. (OPS, 2021).

La tasa sobre la cantidad de personas que está siendo diagnosticada con cáncer de colon o recto generalmente ha disminuido cada año desde la mitad de la década de 1980. Esto principalmente se debe a que más personas acuden a hacer las pruebas para la detección de estos tipos de cáncer, así como al adoptar cambios en su estilo de vida que influyen en los factores de riesgo. A partir de 2011 a 2019, la tasa de incidencia ha estado disminuyendo alrededor de 1% cada año, pero esta tendencia se ha observado más entre la población de adultos mayores, lo que hace produce un efecto de ocultar una aumento en los casos que se dan ente la población de adultos jóvenes desde mediados de la década de 1990. (American Cancer Society, 2023).

Diagnóstico

Colonoscopia.- Como se describe en la sección Detección, una colonoscopia permite al médico observar el interior de todo el recto y el colon, mientras el paciente está sedado. Si se detecta cáncer colorrectal, probablemente no se pueda realizar un diagnóstico completo que describa con precisión la localización y la diseminación del cáncer hasta extraer quirúrgicamente el tumor. (American Society of Clinical Oncology, 2021).

Biopsia. Una biopsia es la extirpación de una cantidad pequeña de tejido para su examen a través de un microscopio. Otras pruebas pueden sugerir la presencia de cáncer, pero solo la biopsia permite dar un diagnóstico definitivo del cáncer colorrectal. La biopsia por punción extirpa tejido de la piel usando una aguja que se guía hasta el tumor. (American Society of Clinical Oncology, 2021).

Pruebas de biomarcadores del tumor.- Es posible que el médico recomiende realizar análisis de laboratorio en una muestra tumoral a fin de identificar genes específicos, proteínas y otros factores exclusivos del tumor. (American Society of Clinical Oncology, 2021).

Análisis de sangre.- Una prueba para determinar la cantidad de glóbulos rojos en sangre, que es parte de un hemograma completo (en inglés), puede indicar la presencia de hemorragia. (American Society of Clinical Oncology, 2021).

Exploración por tomografía computarizada (TC o TAC).- Una exploración por TC toma imágenes del interior del cuerpo desde diferentes ángulos utilizando rayos X. En personas con cáncer colorrectal, la exploración por TC detecta la diseminación del cáncer a los pulmones, el hígado y otros órganos. (American Society of Clinical Oncology, 2021).

Resonancia magnética (RM).- Una RM usa campos magnéticos, en lugar de rayos X, para producir imágenes detalladas del cuerpo. Se puede usar la RM para medir el tamaño del tumor. (American Society of Clinical Oncology, 2021).

Ecografía.- La ecografía usa ondas sonoras para crear una imagen de los órganos internos con el fin de averiguar si el cáncer se ha diseminado. La ecografía endorrectal se utiliza frecuentemente para determinar a qué profundidad se extendió el cáncer de recto y es útil como ayuda para planificar el tratamiento. (American Society of Clinical Oncology, 2021).

Radiografía de tórax.- Una radiografía es un modo de crear una imagen de las estructuras internas del cuerpo usando una pequeña cantidad de radiación. La radiografía de tórax puede ayudar a los médicos a determinar si el cáncer se ha diseminado hacia los pulmones. (American Society of Clinical Oncology, 2021).

Tomografía por emisión de positrones (TEP) o exploración por TEP-TC.- Una TEP generalmente se combina con una exploración por TC (consulte más arriba), lo cual se denomina una exploración por TEP-TC. Sin embargo, es posible que escuche al médico referirse a este procedimiento como simplemente una exploración por TEP. (American Society of Clínica Oncology, 2021).

Tratamiento

Farmacológico

- Extirpación de pólipos durante una colonoscopia (polipectomía)
- Colectomía parcial
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Medicamentos de terapia dirigida
- Inmunoterapia
- Cuidados de apoyo (paliativos). (MayoClinic, 2020)

COLOSTOMIA

La colostomía es un proceso quirúrgico en el cual se realiza una apertura del abdomen para eliminar cierta parte del colon que obstruye la salida de las heces; una colostomía se realiza cuando cierta parte del intestino grueso no está trabajando o funcionando adecuadamente, esto puede deberse a diferentes problemas o alguna enfermedad que esté afectando su funcionamiento (Society, 2018).

Existen diferentes causas que pueden condicionar a que las personas se vean sometido a una colostomía. El aparato digestivo está conformado por diferentes partes entre esta boca, esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso. El intestino delgado está conformado por 3 estructuras que son duodeno yeyuno e íleon, aquí se absorbe la mayor cantidad de los nutrientes, estas son absorbidos a través de las vellosidades del intestino Delgado para luego ser transportado al torrente sanguíneo para luego llegar a la célula y cumplir su función; El último tramo lo conforma el intestino grueso donde se absorbe la mayor cantidad de agua y minerales y donde se eliminan las heces fecales (Society, 2018)

Colostomía terminal.

En este tipo de colostomía se extirpa cierta parte del intestino grueso o denominado colon que puede ser el recto. Un proceso de cirugía de colostomía terminal puede ser de manera temporal o permanente El actual se extirpa parte del intestino afectado mientras que la otra parte necesita descansar hasta que se vuelvan a unir los nuevos extremos del colon. Por otra parte también tenemos la solución permanente este tipo de procedimientos se realiza a pacientes que no se puede unir las partes del colon, por ejemplo pacientes con cáncer rectal (Society, 2018).

Digestión

Debemos tener en claro que la digestión comienza en la boca los alimentos entran por la boca, y los dientes cumplen una función muy importante que es de triturar los alimentos y conjuntamente con las glándulas salivales van a formar el también llamado bolo alimenticio, este baja por el esófago a través de movimientos peristálticos llega hacia la parte del estómago, aquí estos alimentos van a ser metabolizados a través del ácido clorhídrico para convertirlos en una sustancia semilíquida y la participación de las enzimas pancreáticas, biliares e intestinales convirtiéndolos en nutrientes para que estos sean absorbidos por las vellosidades del intestino para así cumplir su función (Society, 2018).

Causas

Existen diferentes problemas que pueden provocar que una persona desarrolle problemas a nivel del colon a tal punto de realizarle una colostomía, entre las más comunes tenemos estreñimiento crónico.

- Ingesta insuficiente de líquidos.
- Alimentación pobre en fibra.
- Cáncer de recto.
- Enfermedad diverticular crónica.
- Después que los pacientes son intervenidos quirúrgicamente, en ciertos casos suelen presentar la necesidad de evacuar , al final suelen excretar cierta mucosidad acompañado de sangre y heces fecales.

1.1. Justificación

En la actualidad la colostomía se sitúa en el procedimiento más realizado a nivel mundial, debido a que los factores de riesgo aumentan y posterior a esto sufrir un cáncer colorrectal siendo la cirugía a veces la única opción para extirpar las células cancerosas e incluso prolongar un poco más la vida del paciente y por ende vivir con una colostomía.

Además del tiempo para acostumbrarse ya que conlleva a dar un giro rotundo en su vida cotidiana porque se debe adaptar a nuevos hábitos alimenticios y a limitarse a ciertas actividades.

Por ello se presenta esta propuesta de este caso clínico que se basa en elaborar un proceso nutricional individualizado a un paciente de sexo masculino con 46 años de edad con colostomía con Diagnóstico médico de Cáncer colorrectal etapa II, mediante una valoración y evaluación de su estado nutricional con la finalidad de obtener resultados normales de pruebas complementarias, prevenir complicaciones a lo largo plazo y brindarle al paciente un tratamiento dietético acorde a su etapa del cáncer y procedimiento realizado que en este caso es la colostomía.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Elaborar un plan de intervención nutricional a un adulto de sexo masculino con 46 años de edad con colostomía con la finalidad de priorizar la salud del paciente.

1.2.2. Objetivos específicos

Mejorar el estado nutricional del paciente por medio de un plan de intervención nutricional por medio de la valoración de medidas antropométricas, pruebas bioquímicas, clínicas y dietética.

Brindar apoyo psicológico y moral al paciente durante esté proceso nutricional y de las diferentes situaciones clínicas que se enfrenta día a día.

Evaluar la efectividad del tratamiento dietético por medio de un seguimiento basado en las intervenciones realizadas en el paciente.

1.3. Datos Generales

Edad: 46 años

Sexo: Masculino

Raza: Mestizo

Nacionalidad: Ecuatoriano

Estado civil: Soltero

Ocupación: Guardia de seguridad

Lugar de residencia: Babahoyo

Nivel socioeconómico: Bajo

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente de sexo masculino de 46 años de edad que acude a consulta por presentar cuadro clínico de pérdida de peso, fatiga, anemia. Paciente hace dos meses se le diagnosticò con Càncer Colorrectal etapa II por lo cual se le realizò colectomia izquierda+colocacion de colostomia.

Paciente fuè intervenido quirurgicamente hace dos meses y en ese lapso de tiempo hubo inconvenientes en su alimentaciòn ya que por màs que un nutricionista lo asesorò, èste seguìa consumiendo comidas inconosas y altas en grasas. Debido a èsto la herida quirurgica se infectò en dos ocasiones, llevando al paciente a que se le retiren los puntos infectados y nuevamente se le realice una sutura. En la parte del estoma, paciente manifestaba que drenaba pus porque no tenìa los cuidados necesarios al momento de realizar el cambio de bolsa de colostomia, ni tampoco una buena desinfeccion de la herida. Paciente refiere no tener Antecedentes Personales Patològicos y refiere tambièn no tener hàbitos tòxicos como fumar o

beber alcohol. Refiere Antecedentes Patológicos Familiares: Hermana diagnosticada con Cáncer de colon hace 3 años.

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

Paciente refiere que hace dos semanas presenta debilidad, fatiga, pérdida del apetito, anemia y cefalea. Hace dos meses le detectaron cáncer colorrectal por medio de una colonoscopia, por lo cual se le realizó una colectomía, colocándole así una colostomía.

Paciente manifiesta que cuando le dieron el alta no siguió la dieta blanda ya que en ese lapso de tiempo consumía poco líquido y comidas altas en grasa hábitos alimentarios inadecuados come entre 2 y 4 comidas al día consumo excesivo de comida chatarra, dulces, postres, bebidas con colorantes y saborizantes artificiales. no le gusta ingerir verduras paciente refiere no consumir ningún tipo de medicamentos. Su historial médico refleja que hace tres días en una consulta con un profesional en nutrición le recomendó seguir un tratamiento dietético para ayudar a la digestión y metabolización de los alimentos, pero el paciente hizo caso omiso a esta dieta.

Se realizó un recordatorio de consumo alimentario de 24 horas. Se determino el siguiente consumo alimenticio:

Se levanta a las 7:00 am y desayuna a las 9:00 am leche entera+un 2 pan+mantequilla queso y un huevo frito

En el almuerzo a las 13:00 pm arroz, menestra de frejol, pollo frito + papas fritas +mayonesa + una cola mediana.

Su merienda es a las 20:00 pm arroz, cebolla, atún y una maracuyá

El médico solicita pruebas de laboratorio complementarias, y deriva al nutricionista para su tratamiento.

2.3. Examen físico (exploración clínica).

Paciente consciente, orientado en tiempo, lugar y espacio. Examen físico general: Peso: 60 kg, Talla 1.70 m, circunferencia de cintura 100 cm, circunferencia de cadera: 108 cm.

Signos vitales: Presión arterial 128/67 mm/Hg, Frecuencia cardiaca 80x' , Saturación de oxígeno 98%. Frecuencia Respiratoria 19x'. Hemoglucotest 80 mg/dl Temperatura 36.4 °C IMC: 20.7 kg/m².

Cabeza: Cabello corto sin presencia de lesiones evidentes Ojos: visión normal. Boca: Mucosa oral semi humeda. Miembros superiores: Simétricos no presenta mal formaciones evidentes. Miembros inferiores: Simétricos no presenta mal formaciones evidentes.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.

Se realizan pruebas de laboratorio, los resultados son:

Hemoglobina 9 mg/dl

Hematocrito 40 %

Volumen Corpuscular Medio 10,1 Fl

Leucocitos 11.4 x 10³/μ

Plaquetas 201

Urea 24.8 mg/dl

Creatinina 0,74 mg/dl

Glucosa 80 mg/dl

Colesterol 200 mg/dl

Triglicéridos 143 mg/dl

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico Presuntivo: Anemia Ferropénica

Diagnóstico Diferencial: Cáncer Colorrectal

Diagnóstico Definitivo: Colostomía y Anemia Ferropénica

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

VALORACIÓN DE LA COMPOSICION CORPORAL

Sexo: Masculino

Edad: 46 años

Peso: 60 kg

Talla 1.70 m

TCP 24 MM

CMB 34 cm

Circunferencia de cintura 100 cm

Circunferencia de cadera: 108 cm

Índice de masa corporal, Según OMS

$IMC = \text{kg} / T^2 (m)^2 = 60 \text{ kg} / 2.89 = 20.7 \text{ kg/m}^2$. Diagnóstico del estado nutricional con **peso normal**.

Peso Ideal, Según OPS

$$PI = \text{Talla} - 100 = 170 - 100 = \mathbf{70 \text{ kg}}$$

$$PI = 70 \text{ kg}$$

Circunferencia de cintura

CC= **100cm** Riesgo de accidente cerebro cardiovascular Alto

Índice cintura cadera

ICC = Cintura (cm) / cadera (cm) = 100 / 108 = **0.93 cm** Riesgo cardiovascular bajo.

Peso Ajustado (Wilkens 1984)

$$PA = \text{Peso Actual} - \text{Peso ideal} \times 0.25 + \text{Peso ideal}$$

$$PA = 60 \text{ kg} - 70 \text{ kg} \times 0.25 + 70 \text{ kg} = \mathbf{67.5}$$

Estimación de Masa Grasa

Esta fórmula se usa para medir el porcentaje de grasa muscular y se usa dos indicadores: la circunferencia media del brazo y el pliegue tricéptico.

$$CMV = CB - TCP \times 3.14$$

$$CMV = 34 \text{ cm} - 2.4 \text{ cm} \times 3.14 = \mathbf{26\%}$$

Según la OMS el paciente presenta masa muscular conservada normal.

VALORACIÓN BIOQUÍMICA

Después de la valoración bioquímica se determina lo siguiente

EXAMENES	RESULTADOS	RANGOS REFERENCIALES	INTERPRETACION
Hemoglobina	9 mg/dl	12 – 16 mEq/L	BAJOS ANEMIA
Hematocrito	40 %	40 – 54 %	NORMAL
Volumen Corpuscular Medio	10.1 Fl	6.5-12 Fl	NORMAL
Leucocitos	11.14 x 10 ³ /μ	5 – 10 x 10 ³ /μ	NORMAL
Plaquetas	201	150-450	NORMAL
Glucosa	80 mg/dl	70-110 mg/dl	NORMAL
Urea	24.8	15-45	NORMAL
Creatinina	0.74 mg/dl	0,70 – 120 mg/dl	NORMAL
Colesterol	200 mg/dl	Menor de 200 mg/dl	NORMAL
Triglicéridos	143 mg/dl	Menor de 150 md/dl	NORMAL

Elaborado por: Jorge Javier Góngora Reyna

VALORACIÓN CLÍNICA/FÍSICA

Paciente de sexo masculino de 46 años de edad consciente, orientado en tiempo, lugar y espacio. Presenta pérdida de peso, fatiga, anemia. Paciente se realiza valoración:

Examen físico general: Ojos: visión normal. Boca: Mucosa oral semi humeda.

Signos vitales: Presión arterial 128/67 mm/Hg, Frecuencia cardíaca 80x', Frecuencia Respiratoria 19x', Saturación de Oxígeno 98%. Temperatura 36.4 °C

VALORACIÓN DIETÉTICA

A través de la anamnesis alimentaria que se le realizó al paciente para conocer sus patrones alimenticios usando como herramientas el recordatorio de 24 horas, está reflejó que el paciente tiene una alimentación baja en fibra, líquidos y alta en grasa saturadas.

DIAGNÓSTICO INTEGRAL NUTRICIONAL

Paciente de sexo masculino de 46 años de edad con diagnóstico médico de anemia ferropénica, que acude a la consulta nutricional para valoración. Se evidencia lo siguiente. Evaluación del estado nutricional con peso normal. Circunferencia abdominal con riesgo alto de accidente cerebro cardiovascular, ICC con riesgo cardiovascular Bajo, % de grasa corporal en conservación normal. Valoración Bioquímica, Glucosa y triglicéridos dentro de sus parámetros normales, Hemoglobina con valores bajos. Valoración clínica/Física. visión desenfocada y opaca Boca: Mucosa oral deshidratada, Signos vitales dentro de sus parámetros normales y Valoración Dietética Ingesta inadecuada de macronutrientes.

REQUERIMIENTO DE ENERGIA

Formula= Calculo del gasto energético en reposo(Harris benedict 1914)

Hombres= $66+(13.7 \times \text{Peso kg}) + (5 \times \text{altura cm}) - (6.8 \times \text{edad en años})$

$66+(13.7 \times 67.5\text{kg}) + (5 \times 1.70\text{cm}) - (6.8 \times 46)$

$66+924,75+850-312,8= 1.527,95$

Gasto Energético Total

GET= TMB \times AF \times FE

GET= $1.527,95 \times 1 \times 1.2$

GET= **1.833 KCAL/DIA**

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MACRONUTRIENTES 1833 KCAL/DIA

DISTRIBUCION DE MACRONUTRIENTES 1833 KCAL			
	Porcentaje	Kcal	Gramos
Hidratos de Carbono	60%	1.099,8	274,95
Proteínas	15%	274,95	68,73
Grasas	25%	458,25	50,91
Total	100%	1833 kcal/día	

Elaborado por: Jorge Javier Góngora Reyna

FRACCIONAMIENTO CALORICO POR COMIDA

COMIDA	PORCENTAJE	KILOCALORIAS
DESAYUNO	20%	366.6
COLACION	10%	183.3
ALMUERZO	35%	641.55
COLACION	10%	183.3
MERIENDA	25%	458.25
TOTAL	100%	1833 kcal/día

Elaborado por: Jorge Javier Góngora Reyna

PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA

Dieta hiperproteica de 1.833 kcal/día rica en hierro baja en grasas saturadas y alta en fibra, fraccionada en 5 tiempos de comida distribuidos en desayuno, refrigerio 1, almuerzo, refrigerio 2, merienda.

Ejemplo de Menú

Desayuno

- 1 taza con leche desnatada, deslactosada
- 2 rebanadas de pan integral
- Queso ricota una rebanada
- 2 claras de huevo cocido

Refrigerio 1

- Papaya picada media sopera

Almuerzo

- Arroz cocido (1 taza)
- Ensalada de vegetales (tomate, aguacate, cebolla, pepino)
- 1 cucharadita de aceite oliva

- 3 onzas de pollo a la plancha sin piel
- 1 Manzana (fruta entera)
- 1 vaso con agua

Refrigerio 2

- 1 pitajaya

Merienda

- Arroz cocido (1 taza)
- Ensalada(remolacha, zanahoria, cebolla y tomate)
- Pescado a la plancha
- 1 rodaja de piña
- 1 vaso con agua

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA EL PACIENTE CON COLOSTOMIA

- Mantener un horario fijo a la hora de comer, masticando bien y hacerlo en un lugar tranquilo.
- Preparar los alimentos de una forma muy sencilla por ejemplo: cocidos, al vapor, a la plancha y asados.
- Evitar el consumo de comidas rápidas como: hamburguesas, pizzas, guisados.
- Reposar entre 10 a 15 minutos luego de haber consumido la comida para una mejor digestión.
- Consumir mínimo dos porciones al día de carnes rojas, pollo y pescado
- Evitar alimentos picantes y fritos ya que esto va a ayudar a que el paciente no presente molestias.
- Incluir en la dieta alimentos ricos en fibra como los vegetales, frutas y hortalizas.
- Realizar ejercicios.
- Evitar fumar.
- Consumir agua entre 6 a 8 vasos durante el día.
- Evitar alimentos que causen flatulencias o que causen gases como las leguminosas, brócoli, entre otras.
- No tomar alimentos ni muy calientes ni muy fríos, mejor templados.
- Reposar tras la ingesta para la correcta digestión.
- Evitar tomar café en las bebidas que contengan gas y alcohol.
- Llevar una dieta equilibrada y lo mas variada posible para así evitar cualquier déficit nutricional.

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerado valores normales.

La coexistencia de dos patologías como la anemia ferropénica y el cáncer de colon, coloca a un paciente en un riesgo dos veces mayor al que se encontraba con solo padecer una patología. (OPS,2020) Se ha evidenciado una prevalencia de enfermedades en estos últimos años como es el cáncer del colon e incluso en edad temprana, además de que la anemia ferropénica puede debilitar al paciente en su tratamiento nutricional y acelerar más la pérdida de glóbulos rojos, por esta razón son consideradas enfermedades crónicas convirtiéndolas en un problema de salud pública en primera instancia. (Robert T. Means, 2020).

SEGUIMIENTO Y MONITOREO.

EVALUACIÓN ANTROPOMÈTRICA			
	INICIAL	PRIMER MES	INTERPRETACIÒN
PESO (KG)	60 kg	61 kg	Paciente se encuentra dentro de su peso normal.
IMC	20.7	21.1	Según los valores de IMC paciente se encuentra dentro de los valores normales
EVALUACION BIOQUÌMICA			
Hemoglobina	9 mg/dl	11 mg/dl	Paciente aumentó su hemoglina, pero aun se encuentra dismunido.
Hematocrito	40%	40%	Valores normales
Volumen corpuscular medio	10.1	10.1	Valores normales.

Leucocitos	11.14	12	Valores normales.
Plaquetas	201	210	Valores normales.
Glucosa en ayunas	80 mg/dl	83 mg/dl	Valores normales.
Colesterol	200 mg/dl	170 mg/dl	Paciente disminuye sus valores, centrándose en un valor normal.
EVALUACION CLINICA Y FISICA			
Presión Arterial	128/67 mm/Hg	126/64 mm/Hg	Parámetros dentro de lo normal.
Tórax y cuello	Normal	Normal	Normal
Cabeza	Normo céfalo	Normo céfalo	Normal
Extremidades superior e inferiores	Sin novedad	Sin novedad	Sin novedad

OBSERVACIONES

Se espera que el paciente tolere el plan de alimentación recomendado ya que durante los dos meses de haber sido intervenido quirúrgicamente no tomó las medidas nutricionales adecuadas para mantener su salud en óptimas condiciones. Pero después de brindarle una buena asesoría nutricional el pacie

nte colaboró y hubo cambios notorios y favorables respecto a sus hábitos alimenticios, por lo que ahora el paciente come en horarios adecuados y alimentos acordes a su dieta.

Referente a los cuidados en la colostomía, se le brindò al paciente unas charlas informativas acerca de cada que tiempo debe cambiar su bolsa y la manera

correcta de vaciar la bolsa de colostomia para asi evitar infecciones futuras. Ademas se le brindò informaciòn acerca de como debe seguir realizandose las curaciones en casa. Despues de èsta asesoria tanto nutricional, mèdica y psicologica el paciente ha tenido una mejorìa en el estoma, sin presencia de infecciones ya que ha realizado todos los procedimientos en casa de acuerdo a como se lo recomendò el equipo de profesionales en la salud.

Paciente ha mejorado muchos aspectos en su vida cotidiana, como en lo social ya que està aceptando su enfermedad, està aprendiendo a sobrellevarla porque vivir con càncer no es fàcil porque es una etapa donde màs el paciente necesita de apoyo moral y afectivo de sus familiares. Por lo tanto està aceptando poco a poco a la colostomia como parte de su nueva vida y acostumbrandose a ella.

CONCLUSIONES.

Se evaluó el estado nutricional por medio de indicadores y se evidenció evaluación del estado nutricional con peso normal, circunferencia abdominal con riesgo alto de accidente cerebro cardiovascular, ICC con riesgo cardiovascular Bajo, % de grasa corporal en conservación normal. Valoración Bioquímica, solamente en la hemoglobina se evidenció valores bajos. Valoración clínica/Física dentro de lo normal, Signos vitales dentro de sus parámetros normales.

Se aplicó un tratamiento dietético de 1833 kcal con 274.9g de carbohidrato, 73.32g de proteína, 48.88g de grasa, hiperproteica, en volumen y temperatura normal.

Por medio de la dieta hiperproteica el paciente logró aumentar sus valores de hemoglobina y eliminar alimentos altos en grasa.

Se evaluó la efectividad del tratamiento y se evidenciaron cambios leves pero favorables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andres. (2019). Guia DE Alimentacion de. Obtenido de Recomendaciones nutricionales : <https://www.viveconcolostomia.com/planeacionalimentaria/9108-nueva-gu%C3%ADa-de-alimentaci%C3%B3n-adapara-pqcientes-con-colostomia-y-malabsorcion-2019.html>

Álvarez, J., & Peña, J. (2007). Fibra dietética: efecto sobre el control glucémico y el metabolismo de los carbohidratos y lípidos. Revista Española de Nutrición Comunitaria, 3-10. Obtenido de http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/NUT_0162006_Fibra.pdf

Colostomía [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 14 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002942.htm>

Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra:OMS;2020.

Argüello R, Cáceres M, Bueno E, Benítez A, & Figueredo Grijalba R. (2013). de la Facultad de Ciencias Medicas, 53.

Castillo. (noviembre de 2016). Fisiopatología colostomia . https://www.endocrino.org.co/wpcontent/uploads/2015/10/Fisiopatologia_de_la_colostomia_J_Castillo.pdf

Díaz, E. (2015). colostomia y sus complicaciones . revista colombiana del corazon , 1-6. Obtenido de https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/importancia_dieta_diabeticos.pdf

ANEXOS

Anexo 1 Recordatorio de 24 horas.

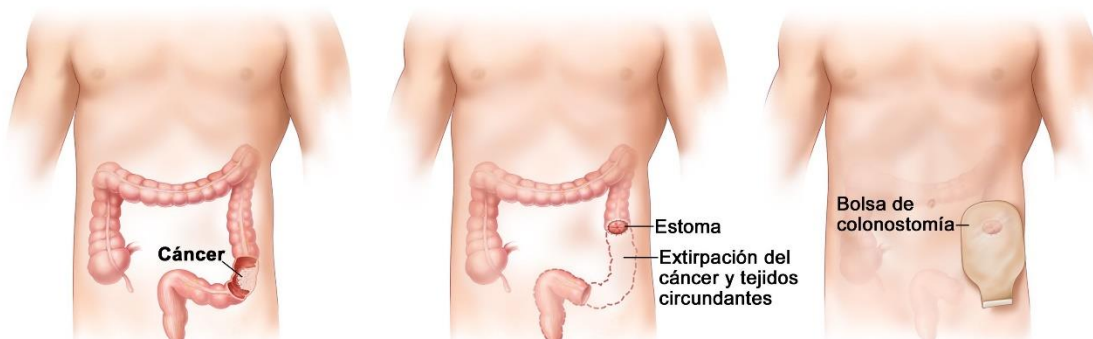
ALIMENTOS	CANTIDAD	CALORIAS	CHO	PROTEINAS	GRASAS
1 vaso con leche entera	200 ml	122	6,30	3,64	9,56
2 panes	10 mg	110	1,2	0,5	20,20
Queso	60 g	83	8	5	6
Mantequilla	2 cdas	90	0	10	0
SNACK MEDIA MAÑANA					
Galletas oreo	50 g	238	35.11	2.39	10.75
ALMUERZO					
Arroz	70 g	266	57,62	5,47	0,65
Menestra (frejol)	50 g	41	7,25	2,61	0,3
Papas frita	30 g	85	10,06	1.2	4.43
Pollo frito	70 g	188	5,92	14,86	11,58
Cola	150 ml	56	14,34	0,10	0.03
Mayonesa	3 g	20	0.01	0.02	2.24
SNACK MEDIA TARDE					
NO REFIERE					
MERIENDA					
Arroz	70 g	266	57,62	5,47	0,65
Cebolla	30 g	12	2,80	0,33	0.03
Atún	60 ml	119	0	17,47	4,92
Maracuyá	75g	51	9,19	1,49	1,57
TOTAL		1,744	840,1	70,55	72,91

ELABORADO POR JORGE JAVIER GONGORA REYNA

Anexo 2

Colostomía

Colostomía



Fuente: American Cancer Society(2021)

Anexo 3

Calculo de la dieta cuadrada

Alimento	Cantidad	Caloría	HC	Proteína	Grasas
Pan integral	2 rodajas	145	28.99	5,40	1,36
Queso ricota	30 g	50	1,97	3,39	1,27
Yogurt desnatado	1,60 ml	170	18.9	9,1	0,28
Clara de huevo	50	40	10.36	0,11	0,13
REFRIGERIO 1					
Papaya	200 g	90	25.99	0,28	0,52
ALMUERZO					
Arroz	100 g	140	28.9	4,51	0,22
Tomate	50 g	7,9	1.96	0,36	0,09
Cebolla	50 g	17,9	3.99	1,30	0,04
Aceite de oliva	15 ml	95	0	0	15
Pollo sin piel	75 g	99,88	0	14,15	1,80

Pepino	50 g	12	5.99	0,47	0,7
Aguacate	50 g	67	4.95	1,4	5,35
Limon	25	5,9	3.99	0,20	0,09
Lechuga	50 g	8,4	1.98	0.70	0,9
manzana	100 g	168	13,99	0,28	0,17
REFRIGERIO 2					
Pitajaya	200 g	160.15	42.26	1,80	0,47
MERIENDA					
Arroz	100 g	140	28.9	4,71	0,22
Remolacha	50 g	17	7.99	0,86	0,05
Zanahoria	50 g	17.9	3,85	0,70	0,5
Cebolla	50 g	18	3,99	1,20	0,4
Tomate	50 g	9	1,96	0,36	0,09
Pescado	75 g	185	0,95	13.30	4,96
Piña	100 g	75	43,95	0,56	0,14
Aceite de oliva	15 ml	95	0	0	15
TOTAL		1.800,9 kcal	261,86	65,30	49,73
RECOMENDADO		1,833	274,95	68,73	50,91
%ADECUACION		98,24	95,23	95,00	97,68
INTERPRETACION		NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
Rango recomendado		90% 100%			

Elaborado por Jorge Javier Góngora Reyna

Anexo 4

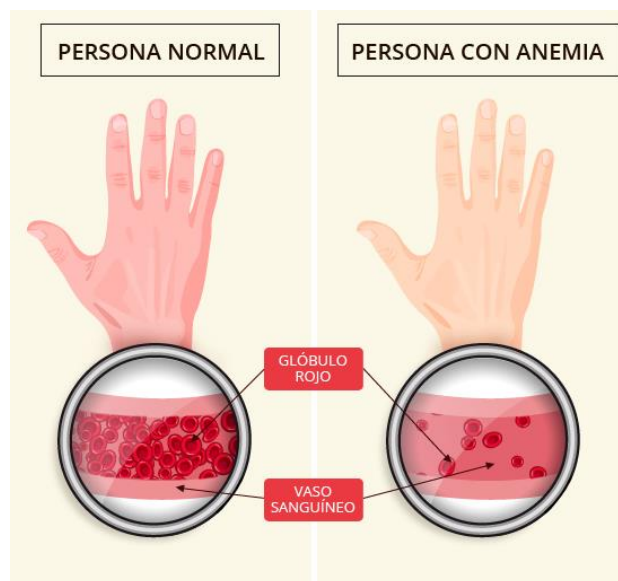
Clasificación del IMC, según la OMS

Clasificación	IMC (Kg/m ²)	Riesgo
Normal	18.5 - 24.9	Promedio
Sobrepeso	25 - 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 - 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 - 39.9	Severo
Obesidad grado III	Más de 40	Muy Severo

Fuente: (Scarone, 2020)

Anexo 5

Tipos de Anemia



Fuente: OMS(2021)

Anexo 6
Colonoscopia

