



**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 LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y  
DIETÉTICA.**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE MASCULINO DE 62 AÑOS  
DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE OGILVIE Y ESQUIZOFRENIA.**

**AUTORA**

Daysi Jhomayra Chela Mullo

**TUTORA**

Lic. Julia Calderón Sánchez. MSC

**Babahoyo – Los Ríos – Ecuador**

**2023**

## **DEDICATORIA**

Le dedico el resultado de este trabajo a toda mi familia. Principalmente, a mis padres que me apoyaron y estuvieron en cada momento de mi vida. Gracias por enseñarme a afrontar las dificultades sin perder nunca la cabeza ni morir en el intento. Me han enseñado a ser la persona que soy ahora, una mujer con principios, valores, perseverancia y empeño. Todo esto con una enorme dosis de amor y sin pedir nada a cambio.

También, quiero dedicarle este trabajo a mi hijo Sebastián. Su nacimiento, ya sea por casualidad o causalidad, ha coincidido con la finalización de este proyecto. Sin duda él es lo mejor que me ha pasado, y ha llegado en el momento justo para darme el último empujón que me faltaba para terminar este proceso; no ha sido fácil alejarme de ti para poder continuar con mis estudios, perdóname las veces que te deje solo, las veces que no podía acompañarte a tu escuela, pero aquí están los resultados de tanto esfuerzo y perseverancia. Con esto te demuestro que nada es imposible cuando uno se lo propone.

*Daysi Jhomayra Chela Mullo*

## **AGRADEMIENTO**

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ustedes que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a muchos obstáculos y adversidades; también son los que me han brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en mis estudios y nunca abandonarlos. Un agradecimiento a todos los docentes de mi Alma Mater que han sido parte de mi camino universitario, y a todos ellos les quiero agradecer por transmitir los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí. Sin ustedes los conceptos serían solo palabras, y las palabras se las lleva el viento; también, agradecer a todos mis compañeros los cuales mucho de ellos se han convertido en mis amigos, cómplices y hermanos. Gracias por todas las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas del día a día de nuestra vida.

*Daysi Jhomayra Chela Mullo*

DEDICATORIA.....	2
AGRADEMIENTO.....	3
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUCCION.....	7
2. PLANTEAMIENTO PROBLEMA.....	8
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
5. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	9
6. MARCO CONCEPTUAL – MARCO TEORICO: ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS.....	10
7. MARCO METODOLÓGICO.....	17
Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	17
Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	18
Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerado valores normales. .....	18
Proceso de Atención Nutricional.....	19
8. RESULTADOS.....	30
Seguimiento del Plan Nutricional.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Seguimiento del Plan de Cuidados.....	33
Observaciones.....	33
9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	34
10. CONCLUSIONES.....	34
11. REFERENCIAS.....	34
Referencias.....	35
12. ANEXOS.....	38

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Valoración Bioquímica .....	20
Tabla 2 Valoración de Signos Vitales del Paciente.....	21
Tabla 3 Cálculo de alimentos del Recordatorio de 24Horas .....	21
Tabla 4 Interacción Fármaco/Nutriente.....	22
Tabla 5 Distribución de macronutrientes .....	23
Tabla 6 Distribución de los tiempos de comida (1605 kcal/día).....	23
Tabla 7 Cálculo nutricional de la dieta líquida estricta .....	24
Tabla 8 Cálculo nutricional de la dieta líquida amplía.....	25
Tabla 9 Cálculo nutricional de la dieta blanda intestinal .....	28
Tabla 10 Seguimiento del Plan Nutricional .....	30
Tabla 11 Valores de referencia de la estructura ósea .....	39
Tabla 12 Valores de referencia para la interpretación del porcentaje de cambio de peso .....	39
Tabla 13 Valores de referencia del índice de masa corporal.....	39
Tabla 14 Niveles de factor de actividad física .....	40

## **RESUMEN**

Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 60 años con diagnóstico de Ogilvie y Esquizofrenia.

El Síndrome de Ogilvie es una disfunción intestinal normal a través del colon sin una causa mecánica obvia, y la Esquizofrenia es un trastorno neuropsiquiátrico de etiología desconocida. El objetivo de este caso clínico es valorar el estado nutricional del paciente por medio de indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos / físicos y dietéticos, para obtener un diagnóstico nutricional e intervenir con un plan alimenticio acorde a las necesidades nutricionales del paciente, que permitan resultados favorables evidenciados en el seguimiento nutricional.

***Palabras Claves:** Ogilvie, Esquizofrenia, Alimentación, Paciente, Diagnóstico.*

## **ABSTRACT**

The clinical case of a 60-year-old male patient with a diagnosis of Ogilvie and Schizophrenia is presented.

Ogilvie Syndrome is a normal intestinal dysfunction through the colon without an obvious mechanical cause, and Schizophrenia is a neuropsychiatric disorder of unknown etiology. The objective of this clinical case is to assess the nutritional status of the patient through anthropometric, biochemical, clinical/physical and dietary indicators, to obtain a nutritional diagnosis and intervene with a dietary plan according to the patient's nutritional needs, allowing favorable results. evidenced in nutritional monitoring.

***Keywords:** Ogilvie, Schizophrenia, Feeding, Patient, Diagnosis.*

## 1. INTRODUCCION

El síndrome de Ogilvy, o pseudoobstrucción colónica aguda, es una disfunción intestinal normal a través del colon sin una causa mecánica obvia. Esta es una patología poco común. Se presenta como una dilatación colónica insidiosa y progresiva con grados variables de síntomas que van desde malestar abdominal leve, náuseas, vómitos y distensión abdominal hasta síntomas de hipersensibilidad abdominal, fiebre e irritación peritoneal, síntomas compatibles con isquemia y/o colon perforado, situación que requiere atención médica y en alguno de los casos el tratamiento quirúrgico es la única solución.

La Esquizofrenia, es un trastorno neuropsiquiátrico de etiología desconocida, que se caracteriza por cambios de comportamiento y estados de ánimo, lo que ocasiona que sus manifestaciones clínicas varíen; generalmente los síntomas más comunes con las fantasías, habla desorientada, pensamiento desorganizado, alucinaciones que impiden a la persona que lo padece vivir normalmente.

En Ecuador no existen datos estadísticos sobre la incidencia del Síndrome de Ogilvie; pero, a escala mundial es una patología de baja incidencia, debido a los pocos casos reportados; en cambio, la esquizofrenia en el Ecuador es considerada un problema de salud pública que afecta según el INEC a personas entre 5 a 24 años reportando en el año 2017, 175 casos.

Las enfermedades gastrointestinales y los trastornos psiquiátricos afectan la calidad de vida del paciente porque en muchos casos la aceptación y adaptación a estas patologías generan síntomas complejos vinculados con la depresión, mala calidad de vida ocasionando visitas continuas a los centros de atención sanitarios convirtiéndose en entes vulnerables de otras enfermedades. (Intramed, 2018)

## 2. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

Paciente masculino de 62 años con diagnóstico de Esquizofrenia hace dos años en seguimiento por psiquiatría tratado con risperidona vía oral 2mg / dosis: 1 tableta cada 24 horas y sertralina vía oral 100 mg dosis: 1 tableta cada 24 horas, ingresa por el área de emergencia por presentar distensión abdominal niega dolor, estreñimiento, náuseas y vómito en dos ocasiones con contenido gastrointestinal con 2 días de evolución. se administra solución intravenosa y analgésico no especificado, la sintomatología persiste y se agrega dolor abdominal, con predominio en el hipogastrio y la fosa iliaca derecha de tipo cólico, que aumenta gradualmente con progresión de la distensión abdominal; persiste el estreñimiento. Durante la **exploración física:** el paciente se encuentra despierto, desorientado, con un adecuado estado de hidratación, sin alteraciones cardiopulmonares; se evidencia un abdomen globoso, presencia de dolor a la palpación media y profunda en la fosa iliaca derecha, en el cual, se palpa colon distendido, el resto del abdomen se encuentra blando, depresible. Extremidades simétricas. **Signos vitales:** presión arterial 107/74 mm/hg, frecuencia cardiaca 68 /latidos por minutos, frecuencia respiratoria 20 /respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 94%, temperatura 31.5°C. El médico solicita exámenes de laboratorio y complementarios. **Resultados Bioquímicos:** glucosa 90mg/dl, ácido úrico 4.4 mg/dl, colesterol 140 mg/dl, leucocitos 16.300 mm<sup>3</sup>, linfocitos 8%, neutrófilos 88%, hemoglobina 15.8 mg/dl, hematocrito 44.5%, plaquetas 380 mil millones/, Tiempo de protombina 12.4 segundos, tiempo de tromboplastina 30 segundos, tipo de sangre O Rh +, **Resultados de radiología de abdomen:** Evidencia ciego con distensión, sin dilatación del intestino delgado. **Resultados de ecografía:** Se reporta peristalsis aumentado, presencia de abundante material y residuos en el marco colónico.

Se decide el ingreso hospitalario en el área de cirugía general. Durante su estadía hospitalaria, persiste el dolor abdominal tipo cólico con intensidad moderada, con síntomas de náuseas sin vómitos. Se solicita tomografía computarizada, el cual, reporta distensión del ciego mayor a 12 cm y distensión de colon ascendente, con neumatosis intestinal. Se realiza cecostomía sin complicaciones, el paciente es mantenido en el post- operatorio en ayuno por 5 días con soluciones parenterales, analgésicos y antibioticoterapia, posteriormente es valorado por cirugía general; actualmente se solicita interconsulta nutricional para iniciar tratamiento dietético de tolerancia.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Este caso se enfoca en el tratamiento dietético de un paciente con Ogilvie y Esquizofrenia.

El tratamiento precoz en ambas patologías es fundamental para cambiar las condiciones de vida del paciente. De acuerdo a una investigación realizada en el año 2020 se determinó que existe una relación entre las enfermedades gastrointestinales y los trastornos psiquiátricos dado que cada día existe una prevalencia de estas condiciones. Por este motivo también se hace fundamental conocer la importancia del nutricionista en los procesos multidisciplinarios debido a la relación coexistente entre la salud y la enfermedad; lo que hace imprescindible que en este caso clínico exista una intervención nutricional para mejorar el estado nutricional del paciente.

### **4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **Objetivo general**

- Valorar el estado nutricional del paciente por medio de indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos/físicos y dietéticos

#### **Objetivos específicos**

- Diagnosticar el estado nutricional del paciente
- Realizar la intervención nutricional de acuerdo a las necesidades nutricionales del paciente.
- Monitorear en el paciente los efectos de la intervención nutricional prescrita.

### **5. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

**Línea de investigación:** Salud y Bienestar

**Sub – línea de investigación:** Nutrición y Alimentación

## **6. MARCO CONCEPTUAL – MARCO TEORICO: ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS**

### **ANTECEDENTES**

El Síndrome de Ogilvie, históricamente su descrito por William Heage Ogilvie en el British Medical Journal en el año 1948, por esta razón su nombre. El cual, posteriormente se lo denomino pseudoobstrucción colónica aguda. (Martínez, 2021)

En el año 1986 Murphy describió por primera vez esta patología durante una laparotomía, cuando dentro de sus hallazgos encontró una distensión del colon proximal secundario, el cual considero como un espasmo del intestino, durante su documentación había postulado (tal como lo haría Ogilvie 50 años después), que el síndrome estaba caracterizado por una dilatación masiva y aguda del colon, especialmente del lado derecho, de acuerdo a diversos reportes en la literatura, esto señala que afecta hasta el ángulo esplénico siendo una fisiopatología rara, predominante en el sexo masculino, que generalmente se presenta en pacientes hospitalizados con alguna patología quirúrgica grave o médica. (Socea, y otros, 2020)

La contextualización de la Esquizofrenia durante años ha sido parte de varios debates polémicos en torno a la categoría clínica de los pacientes. La psicosis es una enfermedad mental debilitante con una larga historia. Ya en el siglo IV a. C., los escritos médicos de Hipócrates describían el estado psicótico de alucinaciones, delirios y pensamientos confusos como una amenaza existencial para la psique humana. (National Geographic, 2020)

El concepto de Esquizofrenia apareció por primera vez con el término "demencia precoz". El primero en idear este concepto fue Benedict Morel a mediados del siglo XIX. En 1898, Emil Kraepelin clasificó diversos trastornos, como la pubertad y la catatonía, como "demencia precoz". Precisamente por la posibilidad de combinaciones de síntomas se ha sugerido que la Esquizofrenia puede ser múltiples enfermedades en lugar de una sola. Por ello, cuando Eugen Bleuler acuñó el nombre en 1908, prefirió utilizar el plural de esquizofrenia para denominar esta patología. (Masedo, 2022)

A pesar de la etimología similar, la Esquizofrenia no es lo mismo que el trastorno de identidad disociativo (anteriormente conocido como "trastorno de personalidad múltiple" o "personalidad dividida"), que a menudo se confunden. Existen varios modelos dimensionales y de clasificación que intentan abordar y explorar los síntomas de la Esquizofrenia y su diagnóstico. (Barreira, 2022)

## **BASES TEORICAS**

### **SINDROME DE OGILVIE**

La pseudoobstrucción colónica aguda conocida como el Síndrome de Ogilvie, es un cuadro caracterizado por una forma distinta de dilatación del colon especialmente en el ciego y el colon ascendente. (Conner S, 2023)

#### **Fisiopatología**

La motilidad del colon y las funciones secretoras están reguladas por el sistema nervioso autónomo mediante la interacción entre los sistemas nerviosos simpático y parasimpático. El componente simpático surge de las cadenas simpáticas a nivel torácico y lumbar, el parasimpático tiene dos componentes: el colon ascendente al colon sigmoide innervado por el nervio vago con origen en el bulbo, y una porción distal al ángulo esplénico corresponde a los segmentos espinales S2 a S4. (Martínez, 2021)

Epidemiológicamente a nivel mundial, de acuerdo a las estadísticas es una patología de baja incidencia, por año se suelen reportar 100 casos por cada 100.000 ingresos hospitalarios. Sin embargo, se desconoce la prevalencia e incidencia exacta, debido a que un gran porcentaje de pacientes que padecen esta patología pero suelen pasar desapercibidos, por lo que determinar una frecuencia exacta en la población en general es muy complicado, pero de igual manera, de acuerdo a varias investigaciones se ha podido documentar que se presenta con mayor frecuencia en los hombres con una relación hombre-mujer de 2-1,3; y que se presenta generalmente en la edad adulta sin embargo existen casos documentados en niños. En Ecuador no existen datos estadísticos de esta patología. (Cisneros, García, & Moya, 2022)

La presentación clínica es variada, dentro de la sintomatología más común incluye dolor, sensibilidad, náuseas con vómitos, estreñimiento, fiebre y ruidos intestinales. (Burt, 2018) En el examen físico se puede evidenciar distensión abdominal con abdomen timpánico y ruidos intestinales acompañados de sensibilidad, por lo cual se debe descartar signos de peritonitis o inestabilidad hemodinámica. En los exámenes de laboratorio pueden presentar, PCR elevada, leucocitosis los cuales pueden suponer isquemia intestinal, por lo cual en los estudios de rutina se debe solicitar: pruebas de función hepática y gonadotropina coriónica humana para descartar otras causas del dolor abdominal. (Rockbrand, Araya, & Carrillo, 2020)

## **Factores de riesgo**

Dentro de los factores de riesgo (edad 60 años) el 90% de los casos son por enfermedades graves como la insuficiencia renal, enfermedades cardíacas, respiratorias y neurológicas, el 50% de los casos se presenta en pacientes con condiciones quirúrgicas ya sean obstétricas, ortopédicas o urológicas. También se puede presentar en pacientes con sepsis, post trasplante renal, trauma y trastornos hidroelectrolíticos y el 12% son de causas idiopáticas, también existe un factor de riesgo en pacientes que se administran antidepresivos, con tratamiento psiquiátrico y estreñimiento crónico (Conner, Nassereddin, & Mitchell, 2022)

## **Diagnóstico**

El diagnóstico del Síndrome de Ogilvie es sugestivo a través de la historia clínica y este a su vez necesita ser confirmado con una radiografía simple de abdomen, en la radiografía se puede observar la dilatación del colon, especialmente el ciego, el colon derecho y transversal, aunque también puede observarse una dilatación completa, en ciertos casos también puede estar dilatado el intestino delgado por lo que en ciertas ocasiones, puede ser necesario realizar un enema con contraste hidrosoluble, y a baja presión para confirmar que no exista una obstrucción mecánica. (Conner, Nassereddin, & Mitchell, 2022)

## **Tratamiento**

Actualmente el tratamiento utilizado para el Síndrome de Ogilvie sin signos, el diámetro del colon <12 cm y peritoneales es la neostigmina. En caso de que fracase este tratamiento conservador, el siguiente paso es la realización de una descompresión endoscópica, dejando como última opción la colostomía quirúrgica; debido a que tiene mayor probabilidad de complicaciones y reduce la calidad de vida del paciente. Según varios estudios concluyen que el 95% de éxito es la cecostomía percutánea por sonda, la cual es considerada como terapia estándar en caso de fallar el tratamiento conservador, teniendo como inconveniente la necesidad del lavado de sonda cada 4 o 6 horas para evitar la obstrucción de la misma. (Schossler, Takada, Kreve, Dantas, & Inoue, 2019)

- **Terapia farmacológica:** Basado en el concepto de disfunción parasimpática, La neostigmina intravenosa es el único fármaco probado en un estudio aleatorio y doble ciego controlado con placebo, eficaz en esta patología, por qué sigue siendo la base de

la patología. Tratamiento farmacológico contra esta patología. Éste el nivel efectivo del fármaco es del 80 al 95%. según el estudio. (Plascencia, 2018)

- La dosis óptima y la técnica de administración de neostigmina siguen siendo controvertidas y varían de una literatura a otra; La neostigmina administrada en bolo intravenoso de 2 o 2,5 mg durante 3 a 5 minutos se describe como terapia de primera línea; si no hay respuesta dentro de las 3 horas, repetir la dosis hasta 3 veces dentro de un máximo de 24 horas después de la administración. No se recomienda la administración por vía oral debido a su mala absorción gastrointestinal. (Plascencia, 2018)
- **Descompresión endoscópica:** El tratamiento de descompresión colonoscópica ha reportado el 80% de éxito, a pesar que un 20% pueden requerir una colonoscopia adicional por la recurrencia. Este procedimiento es generalmente peligroso y laborioso, ya que se realiza con el intestino no preparado, con respecto a la colostomía endoscópica percutánea se la considera uno de los procedimientos más seguro y efectivo, pero no hay suficientes estudios para establecer su superioridad de método ante los otros tratamientos. (Rockbrand & Araya, 2020)
- **Tratamiento radiológico:** La cecostomía percutánea transperitoneal, es un procedimiento aplicado cuando los pacientes no responden a la terapia farmacológica, a la endoscopia y no son aptos para la cirugía. No se conoce exactamente sus tasas de complicaciones o su efectividad, por lo que requiere más estudios para demostrar completamente su efectividad. (Schossler, Takada, Kreve, Dantas, & Inoue, 2019)
- **Cirugía:** Solo está indicada en aquellos pacientes con perforación o cronicidad incapacitante después de medidas máximas no quirúrgicas. (Plascencia, 2018)
- **Nutricional:** Para pacientes sin gravedad, no riesgo estimado de complicaciones se recomienda el tratamiento conservador durante las primeras 24 o 48 horas. Este tratamiento incluye mantener al paciente en NPO (nada por vía oral), administrar sueros, retirar fármacos que desencadenen el cuadro, reponer iones, colocar sonda nasogástrica para disminuir la cantidad de aire ingerido en caso de ser necesario. (Conner, Nassereddin, & Mitchell, 2022)

## ESQUIZOFRENIA

Es un trastorno neuropsiquiátrico grave con síntomas que persisten hasta la edad adulta en la mayoría de los pacientes. Es un trastorno de etiología desconocida, el cual se caracteriza por tener cambios de comportamiento, cambios en el estado de ánimo

(desorganización severa de su funcionamiento social, del tipo paranoide que se caracteriza por delirios de persecución y perturbación) y alteraciones del pensamiento (que se manifiestan distorsionando la realidad, acompañados de alucinaciones y delirios) (Poletti & Raballo, 2020)

La sintomatología implica un conjunto de problemas en el pensamiento, emociones y comportamiento, ocasionando que las manifestaciones clínicas varíen; generalmente los síntomas implican alucinaciones, fantasías y habla desorganizada, pensamiento desorganizado y capacidad limitada para vivir normalmente. (MAYO CLINIC, 2021)

Epidemiológicamente la Esquizofrenia según la OMS, afecta alrededor de 21 millones de personas a nivel mundial, con un mayor índice en hombres en edad temprana (12 millones), que en mujeres (9 millones). Las personas que padecen esta enfermedad tienen entre 2 a 2.5 veces más probabilidades de fallecer a edades tempranas, generalmente esto se debe a enfermedades infecciosas, metabólicas, cardiovasculares, además, de discriminación y violación de derechos que padecen. (SALUD OMDL, 2017)

En el Ecuador la Esquizofrenia de acuerdo al informe del sistema de salud mental – EC (IESM) es una de las enfermedades psiquiátricas más relevantes, según un estudio realizado en la Universidad Católica del Ecuador – sede Esmeraldas (2016), se determinó por medio de una muestra de 30 personas con trastornos mentales, la esquizofrenia tuvo el 70% de prevalencia comparado con otras enfermedades psiquiátricas, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC-2017) la esquizofrenia se ha reportado en 175 casos en grupos etarios que oscilan entre los 5 y 24 años. (Silva, Mejía, Quinteros, Romero, & Sócola, 2018)

Según el Ministerio de salud pública – EC año 2017 Alrededor del 50% de personas con Esquizofrenia no reciben la atención apropiada y en países en desarrollo más del 90 % no recibe su tratamiento ocasionando que empeore su calidad de vida e incrementando la discriminación y violencia de derechos humanos, en el Ecuador el total de egresos de los hospitales psiquiátricos el 38% tiene esquizofrenia, de los cuales, solo el 21.7% asisten a las atenciones por consulta externa. (Villacrés, Pérez, Palacios, Castro, & Padrón, 2020)

### **Factores de Riesgo**

Se agrupan todos los fenómenos psicológicos, biológicos o sociales, que pueden predisponer esta enfermedad, (Insuasti & Castillo, 2023) entre ellos los siguientes: consumo

de sustancias psicoactivas o psicotrópicas durante la adolescencia; complicaciones durante el embarazo, en el nacimiento como la exposición a virus, toxinas o mala nutrición que puede afectar el óptimo desarrollo del cerebro y antecedentes familiares de Esquizofrenia. (MAYO CLINIC, 2023)

## **Diagnóstico**

La Esquizofrenia se puede diagnosticar mediante una historia clínica, que se utiliza con mayor frecuencia; refleja la historia familiar, los acontecimientos vividos por el paciente y algunos de los tratamientos prescritos. Otra forma de obtener información de los pacientes es entrevistar a familiares cercanos al paciente. El diagnóstico de Esquizofrenia también se apoya en varios criterios clínicos basados en pruebas psicométricas, de neuroimagen y neuropsicológicas. (Líce, Robles, Diaz, & Juárez, 2019)

Existen algunos criterios para clasificar los trastornos, como los síntomas positivos, es decir, delirios y/o alucinaciones, y los síntomas negativos, alteraciones del pensamiento, el comportamiento y el lenguaje. Estos síntomas deben persistir durante al menos 6 meses y no deben ser causados por otras condiciones intoxicantes o psicopatológicas. (Líce, Robles, Diaz, & Juárez, 2019) ver anexo 1

## **Tratamiento**

**Tratamiento Farmacológico:** El tratamiento habitual de esta patología se basa en la administración de fármacos (antipsicóticos y la psicoterapia) para mejorar la calidad de vida del paciente, (Silva M. , 2023)

### **Tratamiento Psicoterapéutico**

**Tratamiento psicosocial:** Dentro de la sintomatología de esta patología se dificulta que los pacientes puedan llevar un adecuado estilo de vida tanto a nivel personal como social; por lo que la psicoterapia tiene como objetivo ayudar a estos pacientes a identificar sus emociones, comportamientos y pensamientos; para que de esta manera ellos puedan interrelacionarse en distintos ámbitos sociales. (Silva M. , 2023)

**Terapia Cognitivo – Conductual (TCC):** Un conjunto de técnicas orientadas a modificar los patrones de comportamiento y pensamientos negativos que pueden aumentar la presencia o gravedad de los síntomas. (Silva M. , 2023)

**Apoyo Familiar y psicoeducación:** Es importante que el entorno familiar reciba una información adecuada de la patología para poder establecer estrategias que puedan ayudar al paciente a reducir el aislamiento, mejorando las relaciones sociales. (Silva M. , 2023)

### **Tratamiento Nutricional**

Los pacientes con esta patología suelen seguir dietas con bajo contenido nutricional siendo ricas en alimentos ultra procesados, un bajo consumo de frutos secos, verduras, frutas y poca actividad física, lo cual, ocasiona que la mayoría de estos pacientes desarrolle una comorbilidad relacionada con el síndrome metabólico, dislipidemias, hipertensión y resistencia a la insulina. Factores que pueden ser modificables para disminuir de manera progresiva enfermedades que afecten su salud. (Balanzá, 2018)

La intervención nutricional para esta patología sigue siendo ignorada al momento de tratar al paciente, pero se ha observado de acuerdo a varias investigaciones que generalmente estos pacientes tienen un déficit nutricional que potencia los factores de riesgo en la etiopatogenia de la enfermedad; de acuerdo a este antecedente, se puede inferir que los pacientes con esquizofrenia presentan déficit de diversos nutrientes esenciales que son necesarios para un adecuado funcionamiento cerebral, así como en los mecanismos celulares y moleculares que están implicados en los trastornos psiquiátricos. De este modo, el aporte de determinados nutrientes con propiedades antiinflamatorias y antioxidantes puede resultar beneficioso para intervenir esta enfermedad. (Balanzá, 2018)

### **Estrategia Nutricional:**

- Realizar comidas sencillas
- Disminuir el riesgo de síndrome metabólico
- Valorar si existe un aumento o disminución del apetito.
- Aumento o disminución de actividad física con la finalidad de proporcionar calorías necesarias Verificar el uso de medicamentos que causen estreñimiento, sed y boca seca.
- Verificar que exista una alteración en las necesidades nutricionales con el uso de drogas, tabaco y alcohol.
- Determinar si existe capacidades de autocuidado, así como los ingresos suficientes para comprar y preparar las comidas.

- Historial de elección de alimentos o comorbilidades que llevaron al consumo excesivo.
- Dieta subóptima o inadecuada o uso de complementos nutricionales al retomar los hábitos alimentarios saludable.
- Uso de alimentos o suplementos nutricionales. (Dietoterapia de Krause, 2017)

## **7. MARCO METODOLÓGICO**

### **Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**

**Diagnóstico Presuntivo:** Trastorno psicótico agudo CIE10: F23; Colitis isquémica CIE10: K55.9

**Diagnóstico Diferencial:** Trastorno esquizofreniforme CIE10: F20.81; Neoplasia de colon CIE10: C80.1

**Diagnóstico Definitivo:** Esquizofrenia CIE10: F208, Síndrome de Ogilvie CIE 10: K59.89

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

El Síndrome de Ogilvie tiene mayor incidencia que varones de 60 años de edad y el 95% de casos reportados el paciente ha superado alguna enfermedad reciente o la patología actual se asocia con una enfermedad persistente. Dentro de los factores más frecuentes que originan el problema puede ser la presencia de una dilatación aguda del colon, traumatismo, cirugías, enfermedades cardíacas, infecciones, trastornos neurológicos, ingesta de medicamentos como los antidepresivos y el estreñimiento crónico con la presencia de distensión abdominal, náuseas vómitos y en ciertos casos disnea grave y fiebre. (Martínez, 2021)

El tratamiento primordial es el conservador en caso de no ver evolución se procede a tratamiento farmacológico con neostigmina, posteriormente si la medicación no resulta efectiva, se recomienda realizar una colonoscopia para descomprimir el colon y en aquellos pacientes que no funcione ninguna de los procedimientos a realizar; se realiza una cirugía de cecostomía (Martínez, 2021)

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

El Síndrome de Ogilvie, es una fisiopatología no definida, asociada a un conjunto de condiciones quirúrgicas y médicas caracterizadas por una dilatación aguda del colon que puede ser segmentaria o total, que en ausencia de una obstrucción mecánica se la denomina pseudoobstrucción. (Haj M, 2018) La esquizofrenia, es un trastorno mental grave, que afecta la realidad de manera anormal y puede provocar, trastornos graves en el pensamiento y el comportamiento, alucinaciones y delirios los cuales afectan el funcionamiento diario de las personas que lo padecen. (MAYO CLINIC, 2023)

La relación que existe entre las enfermedades gastrointestinales y los trastornos psiquiátricos son de gran relevancia debido a la alta prevalencia de estas condiciones a nivel mundial, además de las complicaciones que afectan la calidad de vida de los pacientes que la padecen, en estas patologías es de gran relevancia considerar, la etiología, fisiopatología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento, dado que algunas patologías gastrointestinales generan un mayor impacto en la vida del paciente y tiene una relación con la ansiedad, la depresión y el estrés. Por lo tanto. Es importante considerarlo al momento de realizar el tratamiento. (Betancourt, Britto, & Carbonell, 2020)

## PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL

Se realiza la interconsulta nutricional y se evidencia lo siguiente:

### Datos Generales:

Sexo: Masculino

Edad: 62 años

Estado Civil: Soltero

Nivel socio económico: Bajo. (Vendedor ambulante) – la visitadora social realiza las gestiones para traslado al MIES

Antecedentes patológicos familiares: Padre con hipertensión arterial.

Antecedentes patológicos personales: esquizofrenia diagnosticada hace dos años con tratamiento + síndrome de ogilvie. Esquema de vacunación completo. Niega hábitos tóxicos. Niega alergia. Antecedentes quirúrgicos: cecostomía hace 5 días.

### Valoración Antropométrica

Peso: 70 kg (1 mes)

Peso actual: 63 kg

Talla 167 cm

Perímetro del brazo 33 cm

Circunferencia del carpo 18 cm

Pliegue tricípital 15 mm

### Estructura ósea

**Fórmula: Talla (cm) / C. Carpo en (cm)**

Estructura ósea = 167 cm / 18 cm = 9.28 cm, **estructura ósea grande**

### Índice de masa corporal

**Formula: Peso (kg) / (Talla (m))<sup>2</sup>**

IMC PESO HACE 1 MES =  $70 \text{ kg} / 2.79 \text{ m}^2 = 25.1 \text{ kg/m}^2$ , **Sobrepeso con riesgo incrementado.**

IMC ACTUAL =  $63 \text{ kg} / 2.79 \text{ m}^2 = 22.5 \text{ kg/m}^2$ , **Normal**

**Porcentaje de cambio de peso**

**Formula:  $P.U - P.A * 100 / P. U$**

% de cambio de peso:  $70 \text{ kg} - 63 \text{ kg} * 100 / 70 \text{ kg} = 20 \%$ , **perdida grave de peso**

**Circunferencia muscular del brazo**

**Formula:  $PB \text{ (mm)} - (\pi \times PT \text{ (mm)})$**

CMB =  $330 \text{ mm} - (3.14 * 15 \text{ mm}) = 330 - 47.1 = 282.9 \text{ mm}$ , **Normal**

**Tabla 1 Valoración Bioquímica**

<i>Exámenes</i>	<i>Resultados – pre operatorio</i>	<i>Valores de referencia</i>	<i>Resultados</i>
Glucosa	90 mg/dl	70 – 100 mg/dl	Normal
Ácido Úrico	4.4 mg/dl	3.4 – 7.0 mg/dl	Normal
Colesterol	140 mg/dl	< 200 mg/dl	Normal
Leucocitos	16.300 mm <sup>3</sup>	4.000 - 10.000/mm <sup>3</sup>	Alto
Linfocitos	8%	20 - 45%	Bajo
Neutrófilos	88%	40 - 75%	Alto
Hemoglobina	15.8 mg/dl	13.2 - 16.4 mg/dl	Normal
Hematocrito	44.5 %	40 – 54%	Normal
Plaquetas	380 mil millones/	157 - 371 mil millones/l	Alto
Tiempo de protombina	12.4 segundos	10 a 12.5 segundos	Normal
Tiempo de tromboplastina	30 segundos	20 a 40 segundos	Normal
Tipo de sangre	O RH+		
<i>Exámenes</i>	<i>Resultados – pre operatorio</i>	<i>Valores de referencia</i>	<i>Resultados</i>
Hemoglobina	13.5 mg/dl	13.2 - 16.4 mg/dl	Normal

Hematocrito	44.60%	40 – 54%	Normal
Glucosa	78 mg/dl	70 – 100 mg/dl	Normal

### Valoración Clínica / Física

*Tabla 2 Valoración de Signos Vitales del Paciente*

Signos Vitales	Resultados	Valores de referencia	Interpretación
Temperatura	36.5 °C	36.5–37.5 °C	Normal
Saturación de oxígeno	98%	95-99%	Normal
Frecuencia cardíaca	64 latidos por minuto	60 y 100 latidos por minuto	Normal
Presión arterial	110/70 mm/hg	< 120/80 mm/hg	Normal

Exploración General: Cabello: liso sin brillo, Ojos: conjuntiva pálida, Tórax: simétrico, extremidades simétricas, sin presencia de edemas.

Síntomas: Sensibilidad en el sitio de la inserción.

### Valoración Dietética

El paciente refirió que el día antes del ingreso ingirió: Desayuno: 1 Tortilla de verde con 2 huevos revueltos + 1 vaso con jugo de tomatillo. Almuerzo: 1 plato con sopa de lentejas + una taza con arroz y pollo + 1 vaso con jugo de naranja. Merienda. No consumió ningún alimento por el ingreso a emergencia.

El paciente refiere que desde hace un mes su alimentación se ha visto afectada porque no tiene los suficientes ingresos para solventar sus necesidades. Indico que todos los tiempos de comida los realiza en la calle, solo consume agua para tomar su medicación y la actividad física es caminar por el centro de la ciudad vendiendo sus dulces.

*Tabla 3 Cálculo de alimentos del Recordatorio de 24Horas*

Recordatorio de 24 H	Cantidad	Kcal	Proteínas	Grasas	Carbohidratos
<b>Desayuno</b>					
Tortilla de verde	1u	85.000	1.040	8.990	4.700
Huevo revuelto	2u	180.000	13.500	14.670	1.890
Jugo de tomatillo	240ml	118.000	0.038	0.098	17.030
<b>Almuerzo</b>					

Sopa de lentejas	1 plato	146.000	10.420	4.590	26.610
Arroz con pollo	1 tz	150.000	5.660	5.440	19.000
Jugo de naranja	240ml	112.000	0.074	0.500	25.790
<b>Merienda</b>					
No Refiere					
<b>TOTAL</b>		<b>791</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>95</b>
<b>ADECUACION</b>		1605	60.2	44.6	240.8
<b>%</b>		<b>49</b>	<b>51</b>	<b>77</b>	<b>39</b>
		90-110		95-105	

*Elaborado por: Daysi Jhomayra Chela Mullo.*

**Tabla 4 Interacción Fármaco/Nutriente**

<b>Fármaco</b>	<b>Interacción</b>
Risperidona vía oral 2mg	Los alimentos no afectan a absorción de risperidona.
Sertralina vía oral 100 mg	El zumo de pomelo eleva el pico de concentración plasmática

*Elaborado por: Daysi Jhomayra Chela Mullo. Fuente: (Medizzine, 2023) (CIMA, 2023)*

### **Diagnóstico Nutricional**

Paciente masculino de 62 años con diagnóstico médico de Ogilvie y Esquizofrenia presenta (**P**) disminución de las necesidades de nutrientes (NI-5.3), relacionado con una (**E**) pobre calidad de vida nutricional, evidenciado en la (**S**) ingesta energética deficiente, ingesta deficiente de líquidos y pérdida grave de peso en 30 días.

### **PLAN NUTRICIONAL** (intervención nutricional y monitoreo)

**Objetivos:** Iniciar tratamiento dietético de tolerancia (dietas progresivas), Mantener un peso óptimo, disminuir la sintomatología.

### **Intervención Nutricional**

### **CÁLCULO DE REQUERIMIENTO ENERGÉTICO (OMS/FAO)**

TMB:  $[13.5 \times \text{peso (kg)}] + 487$

TMB:  $850.5 + 487 = 1337.5 \text{ kcal}$

### CÁLCULO DEL GASTO ENERGETICO TOTAL

Factor de actividad 1.0 (encamado), factor de estrés 1.2 (Post operatorio)

GET:  $1337.5 * 1.0 * 1.2 = 1605 \text{ kcal/ día}$

*Tabla 5 Distribución de macronutrientes*

	Porcentaje	Kcal	Gramos
Carbohidratos	60%	963	240.8
Grasas	25%	401.25	44.6
Proteínas	15%	240.75	60.2
<b>Total</b>	<b>100%</b>		<b>1605 kcal/ día</b>

*Elaborado por: Daysi Jhomayra Chela Mullo.*

*Tabla 6 Distribución de los tiempos de comida (1605 kcal/día)*

Tiempo de comida	Porcentaje	Kcal
Desayuno	20%	321
Refrigerio	10%	160.5
Almuerzo	30%	481.5
Refrigerio	10%	160.5
Merienda	25%	401.25
Refrigerio	5%	80.25
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>(1605 kcal/ día)</b>

*Elaborado por: Daysi Jhomayra Chela Mullo.*

### DIETAS HOSPITALARIAS PROGRESIVAS PARA TOLERANCIA

**Dieta líquida estricta**, de 414.9 kcal, de consistencia líquida, temperatura templada fría, sin residuos y volumen de 275 ml; fraccionado en 6 comidas al día, con bajo contenido de grasas. (dieta inadecuada no prolongar por más de 48H)

**Objetivo:** Valorar la tolerancia digestiva del paciente, lograr una mínima estimulación gastrointestinal y evitar el reflujo

*Tabla 7 Cálculo nutricional de la dieta líquida estricta*

Menú	Cantidad (ML)	Kcals	Proteínas	Grasas	Carbohidrato
<b>Desayuno</b>					
Gelatina de manzana	45	73.5	1.5	0	16.4
<b>Refrigerio 1</b>					
Colada de arroz con manzana	35	30.5	0.5	0.7	11.5
<b>Almuerzo</b>					
Caldo de pollo desgrasado	55	95.2	5.85	1.2	0.9
<b>Refrigerio 2</b>					
Gelatina de manzana	45	73.5	1.5	0	16.4
<b>Merienda</b>					
Caldo de pollo desgrasado	55	95.2	5.85	1.2	0.9
<b>Refrigerio 3</b>					
Agua aromática con azúcar	40	47	0	0	12.2
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>414.9</b>	<b>15.2</b>	<b>3.1</b>	<b>58.3</b>

*Elaborado por: Daysi Jhomayra Chela Mullo.*

**Dieta líquida amplia**, de 1423 kcal, de consistencia semilíquida con volumen aumentado, temperatura templada, sin fibra; distribuida en 6 tiempos de comida.

### Menú

#### Desayuno

1 vaso con colada de arroz de cebada con manzana

4 unidades de galletas grille naturales

Agua

#### Refrigerio 1

1 vaso con compota de durazno

#### Almuerzo

Crema de vegetales con pollo

1 vaso con horchata de arroz

agua

### Refrigerio 2

1 vaso con agua aromática + azúcar

### Merienda

Crema de vegetales con pollo

1 vaso con jugo de zanahoria

Agua

### Refrigerio 3

1 vaso con agua aromática + azúcar

*Tabla 8 Cálculo nutricional de la dieta líquida amplia*

MENÚ	Cantidad	Kcals	Proteínas	Grasas	Carbohidratos
<b>Desayuno</b>					
Colada de arroz de cebada con manzana	240 ml	95.6	0.4	0.2	12.7
Galletas grille naturales	4 U	70.0	3.5	2.6	15.2
Agua		0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Refrigerio 1</b>					
Compota de durazno	1 vaso	80.0	0.4	0.2	10.2
<b>Almuerzo</b>					
Pollo	3 oz	109.0	13.9	3.2	0.0
Arroz	1tza	160.0	4.3	0.4	30.2
Vegetales	1tza	60.0	1.0	0.3	2.6
Aceite	1 cda	90.0	0.0	16.3	0.0
Horchata de arroz	240 ml	94.0	2.2	0.4	21.9
Agua		0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Refrigerio 2</b>					
Agua aromática con azúcar	1 vaso	80.0	0.4	0.2	16.5
<b>Merienda</b>					
Pollo	3 oz	109.0	13.9	3.2	0.0
Arroz	1tza	160.0	4.3	0.4	30.2
Vegetales	1tza	60.0	1.0	0.3	2.6
Aceite	1 cda	90.0	0.0	16.3	0.0

Jugo de zanahoria	240 ml	85.2	2.0	0.7	20.6
Agua		0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Refrigerio 3</b>					
Agua aromática con azúcar	1 vaso	80.0	0.4	0.2	16.5
<b>TOTAL</b>		<b>1423</b>	<b>48</b>	<b>45</b>	<b>179</b>

---

*Elaborado por: Daysi Jhomayra Chela Mullo.*

**Dieta blanda intestinal** de 1605 kcal, distribuidas en 6 comidas al día, 3 comidas principales y 3 refrigerios, de consistencia blanda o suave de volumen moderado, temperatura variada baja en fibra.

### **Menú**

#### **Desayuno**

1 taza con colada de arroz de cebada con manzana

1 huevo a la copa

2 unidades de pan tostado

1 compota de manzana

Agua

#### **Refrigerio**

1 flan

#### **Almuerzo**

1 plato con aguado de pollo

1 taza con mellocos hervidos

1 ½ de zanahoria + nabo + brócoli (bien cocidos)

3 onzas de pollo al vapor

1 pera cocinada

Agua

#### **Refrigerio**

1 vaso con jugo de granadilla + 20 gramos de suplemento alimentario Complebyn

### **Merienda**

Estofado de pescado <vainas + zanahoria>

1 taza con arroz

1 vaso con jugo de papaya <no muy madura>

Agua

### **Refrigerio**

1 vaso con agua aromática

### **Recomendaciones Generales**

- Fraccionar los alimentos en 6 tiempos de comidas
- Respetar los horarios de comidas, o evitar saltarse comidas por un tiempo prolongado para no generar gases
- Consumir los alimentos a temperatura ambiente, realice sus preparaciones de forma sencilla (al vapor, guisado)
- Mantenerse hidratado
- Agregar gradualmente nuevos alimentos para conocer sus efectos
- Masticar bien los alimentos

**Tabla 9 Cálculo nutricional de la dieta blanda intestinal**

<b>Menú</b>	<b>Cantidad</b>	<b>KCALs</b>	<b>Proteínas</b>	<b>Grasas</b>	<b>Carbohidrato</b>	<b>Fibra</b>	<b>Hierro</b>
<b>Desayuno</b>							
Colada de arroz de cebada con manzana	240 ml	95.60	0.40	0.02	12.67	0.00	0.50
Pan tostado	2 U	70.00	2.50	1.60	15.20	0.10	0.00
Huevo a la copa	1 U	74.00	4.62	4.20	0.38	0.00	0.80
Compota de manzana	1 vaso	80.00	0.40	0.02	10.20	0.00	0.00
Agua		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Refrigerio 1</b>							
Flan	1 vaso	120.00	3.25	9.60	23.07	0.20	0.50
<b>Almuerzo</b>							
Pollo	3 oz	114.00	12.60	5.70	0.00	0.00	1.90
Zanahoria	25 gramos	29.00	0.16	0.88	3.07	0.02	0.00
Arroz	25 gramos	12.00	0.96	0.29	1.51	0.03	0.00
Meloco	1tza	62.00	0.27	0.00	10.20	0.20	0.00
Zanahoria	25 gramos	29.00	0.16	0.88	3.07	0.02	0.00
Brócoli	20 gramos	10.00	0.30	0.10	1.88	0.07	0.00
Nabo	20 gramos	17.00	0.80	0.08	3.91	0.02	0.00
Pollo al vapor	3 onzas	114.00	12.60	5.70	0.00	0.00	1.90
Pera cocinada	1 U	83.00	0.04	0.03	21.93	0.38	0.50

Agua		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Refrigerio 2</b>							
Jugo de granadilla	1 vaso	110.00	0.10	0.07	25.05	0.50	0.54
Suplemento alimenticio <Complebyn>	20 gramos	76.00	4.80	0.60	12.80	0.00	0.00
<b>Merienda</b>							
Pescado	3 oz	216.00	15.20	10.04	0.00	0.00	2.80
Vainitas	30 gramos	34.00	0.02	0.13	7.84	0.37	0.00
Zanahorias	50 gramos	41.00	0.06	1.88	6.07	0.22	0.00
Arroz	1tza	204.00	1.20	2.01	44.08	0.60	0.00
Jugo de papaya	240 ml	59.00	0.09	0.21	14.91	1.70	0.00
Agua		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Refrigerio 3</b>							
Agua aromática con azúcar	1 vaso	80.00	0.40	0.02	16.50	0.00	0.00
	<b>TOTAL</b>	<b>1730</b>	<b>61</b>	<b>44</b>	<b>234</b>	<b>4</b>	<b>9</b>
	<b>ADECUACION</b>	1605	60.2	44.6	240.8		
	<b>%</b>	<b>108</b>	<b>101</b>	<b>99</b>	<b>97</b>	<30 gr	8 - 12 mg
		90-110		95-105			

---

*Elaborado por: Daysi Jhomayra Chela Mullo.*

## 8. RESULTADOS

El paciente curso una adecuada evolución con la tolerancia progresiva vía oral, evacuaciones de características normales, hemodinámicamente estables y canalización de gases; abdomen blando no doloroso a la palpación superficial ni profunda. El paciente presenta conducta organizada. Se presencia adherencia al tratamiento del área de psiquiatría, duerme toda la noche se encuentra en buen estado de ánimo, estable con buenas relaciones interpersonales; más comunicativo, buen apetito, con cuidados de hábitos higiénicos. Presión arterial de 110/60mm/hg; Frecuencia cardiaca 73 latidos por minuto, saturación de oxígeno del 95%, pulsos sincrónicos amplios con cecostomía funcional; por lo que se procede dar de alta hospitalaria por mejoría. El paciente será trasladado al centro gerontológico, se realizó la descarga del medicamento para la esquizofrenia para asegurar la continuidad de su tratamiento y se agendaron las consultas posteriores para su control.

*Tabla 10 Seguimiento del Plan Nutricional*

Seguimiento	Ingreso Hospitalario	Post Operatorio	Mes	Interpretación
<b>Antropométrico</b>				
Peso	70 kg	63 kg	63.5 kg	El peso aumento 5 gramos
Talla	1.67 m	1.67 m	1.67	-
IMC	25.1 kg/m <sup>2</sup> Sobrepeso	22.5 kg/m <sup>2</sup> , Normal	22.8 kg/m <sup>2</sup>	Normal
Estructura ósea	No reporta	9.28 cm, estructura ósea grande		-
Peso ideal	64.1 kg	-	64.1 kg/m <sup>2</sup>	-
Porcentaje de cambio de peso	No reporta	20 %, perdida grave de peso		
Circunferencia muscular del brazo	No reporta	282.9 mm, Normal		
Porcentaje de grasa	No reporta		24.50%	Normal

Porcentaje de Masa magra	No reporta		32.80%	Bajo
Porcentaje de grasa visceral	No reporta		5	Normal

### Bioquímico

Leucocitos	16.300 mm <sup>3</sup> (Alto)	No reporta	10.000/mm <sup>3</sup>	Normal
Hematocrito	44.5 % (Normal)	44.60% (Normal)	45.2%	Normal
Plaquetas	380 mil millones/ (Alto)	No reporta	371 mil millones/l	Normal
Linfocitos	8% (Bajo)	No reporta	25%	Normal
Neutrófilos	88% (Alto)	No reporta	70%	Normal
Glucosa	90 mg/dl (Normal)	78 mg/dl (Normal)	95 mg/dl	Normal
Ácido Úrico	4.4 mg/dl (Normal)	No reporta	4.6 mg/dl	Normal
Colesterol	140 mg/dl (Normal)	No reporta	130 mg/dl	Normal
Hemoglobina	15.8 mg/dl (Normal)	13.5 mg/dl (Normal)	14.0 mg/dl	Normal
Tiempo de protombina	12.4 segundos (Normal)	No reporta	No reporta	
Tiempo de tromboplastina	30 segundos (Normal)	No reporta	No reporta	
Tipo de sangre		O RH+		
Amilasa	No reporta	No reporta	23.5 U/L	Normal

### Exámenes Complementarios

Resultados de radiología de abdomen	Evidencia ciego con distensión, sin dilatación del intestino delgado	No reporta		
-------------------------------------	--	------------	--	--

Resultados de ecografía	Reporta peristalsis aumentado, presencia de abundante material y residuos en el marco colónico.	<b>No reporta</b>
Tomografía computarizada	Reporta distensión del ciego mayor a 12 cm y distensión de colon ascendente, con neumatosis intestinal.	<b>No reporta</b>

### Clínico

Síntomas	Distensión abdominal niega dolor, estreñimiento, náuseas y vómito en dos ocasiones con contenido gastrointestinal	Exploración General: Cabello: liso sin brillo, Ojos: conjuntiva pálida, Tórax: simétrico, extremidades simétricas, sin presencia de edemas. Síntomas: Sensibilidad en el sitio de la inserción.	No Refiere síntomas	No Refiere síntomas
Temperatura	31.5°C (Hipotermia)	36.5 °C (Normal)	37 °C	Normal
Saturación de oxígeno	94% (Monitorear - Hipoxia Leve)	98% (Normal)	97%	Normal
Frecuencia cardiaca	68 /latidos por minutos (Normal)	64 latidos por minuto (Normal)	70 latidos por minuto	Normal
Presión Arterial	107/74 mm/hg (Normal)	110/70 mm/hg (Normal)	115/70 mm/hg	Normal
Frecuencia Respiratoria	20 /respiraciones por minuto	No reporta	20 /respiraciones	Normal

(Normal)

por minuto

### Dietético

Kcal	Recordatorio de		95%
% de grasa	24 Horas 49% de	Dietas progresivas de	96%
% Proteína	kcal; 51% de	tolerancia dieta líquida estricta	98%
	proteínas; 71% de	de (414.9 kcal), dieta líquida	
	grasas y 39% de	amplia (1423 kcal)	Dieta adecuada
% CHO	carbohidrato	inadecuadas –	95%
	(ingesta	Dieta blanda intestinal con	
	inadecuada)	108% de kcal; 101 % de	
Es importante mencionar que el		proteínas, 99% de grasas; 97%	
paciente desde su ingreso a		de carbohidrato, bajo en fibra 4	
emergencia y posteriormente a la		g - Dieta adecuada de acuerdo	El consumo de fibra va en
cirugía (5 días), se mantuvo en		a las necesidades nutricionales	aumentando de manera
NPO		del paciente	progresiva con: 7 gramos.

---

### Seguimiento del Plan de Cuidados

- Cuidados de enfermería
- Control de los signos vitales
- Control de la ingesta de medicamentos
- Control de tratamiento dietético con tolerancia progresiva

### Observaciones

La información de las historias clínicas de los pacientes son confidenciales; por lo que se obtuvo la autorización del médico tratante, de la trabajara social a cargo del paciente y obtuvo una aceptación verbal del paciente para poder realizar este caso clínico; posteriormente se realizó el proceso de atención nutricional donde se volvió a informar al paciente y a su responsable sobre el tratamiento a seguir así como las ventajas o dificultades que se pueden presentar en el tratamiento seleccionado. Durante su estadía hospitalaria se pudo evidenciar un paciente con mayor adherencia al tratamiento tal como lo plantean los estudios publicados. El paciente continua con control por consulta externa.

## **9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El Síndrome de Ogilvie es una patología concreta donde se debe destacar la presencia de signos y síntomas típicos de la enfermedad y a su vez descartar patologías diferenciadas al cuadro clínico como una obstrucción mecánica u otras causas.

El caso clínico reportado tiene como factor de riesgo, la edad, enfermedad neurológica, administración de antidepresivos, tratamiento psiquiátrico y estreñimiento. En su ingreso por el área de emergencia se administró solución intravenosa y analgésico no especificado lo que afectó su cuadro clínico, en cuanto al tratamiento posterior a su diagnóstico se trató de realizar el tratamiento conservador pero el cuadro clínico del paciente requirió realizar una cecostomía sin complicaciones, a pesar de que los datos estadísticos indican que solo el 20% de los pacientes requieren tratamiento quirúrgico debido a la tasa de mortalidad. La evolución del paciente de este caso fue progresivamente favorable a pesar de optar por la última opción terapéutica.

## **10. CONCLUSIONES**

- Se diagnosticó el estado nutricional del paciente, donde se evidenció un paciente con peso corporal normal; cambios graves de peso; valores bioquímicos alterados, exámenes complementarios alterados; presencia de signos y síntomas y una ingesta dietética inadecuada.
- Se realizó la intervención nutricional, con dietas progresivas para tolerancia después del post – operatorio, posteriormente se estableció una dieta blanda intestinal de la 1605 kcal/día distribuidas en 6 tiempos de comida, de consistencia suave baja en fibra; de acuerdo a las necesidades nutricionales del paciente.
- Se monitoreó en el paciente los efectos de la intervención nutricional prescrita donde se pudo evidenciar el progreso del paciente con el tratamiento dieto terapéutico aplicado.

## **11. RECOMENDACIONES**

En un futuro realizar más investigaciones sobre esta patología y su relación con los trastornos mentales, ya que hoy en día no existe suficiente información clara que permita identificar técnicas, estrategias de prevención y tratamientos dietéticos para obtener una mayor eficacia al momento de realizar un proceso de atención al paciente. (evidencia científica)

## 12. REFERENCIAS

- Balanzá, V. (2018). Suplementos nutricionales en los trastornos psicóticos. *Researchgate*, 47(1), 16-21. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/319873715\\_Suplementos\\_nutricionales\\_en\\_los\\_trastornos\\_psicoticos#:~:text=Se%20han%20descrito%20efectos%20beneficiosos%20en%20las,son%20comorbilidades%20frecuentes%20en%20pacientes%20con%20trastornos%20psic%C3%B](https://www.researchgate.net/publication/319873715_Suplementos_nutricionales_en_los_trastornos_psicoticos#:~:text=Se%20han%20descrito%20efectos%20beneficiosos%20en%20las,son%20comorbilidades%20frecuentes%20en%20pacientes%20con%20trastornos%20psic%C3%B)
- Barreira, I. (2022). De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. *Researchgate*, 4(1), 5-32. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/360932550\\_De\\_la\\_psicosis\\_a\\_la\\_esquizofrenia\\_Genealogia\\_de\\_un\\_concepto\\_y\\_su\\_impacto\\_en\\_la\\_actualidad](https://www.researchgate.net/publication/360932550_De_la_psicosis_a_la_esquizofrenia_Genealogia_de_un_concepto_y_su_impacto_en_la_actualidad)
- Betancourt, L., Britto, A., & Carbonell, L. (2020). *Relación de las patologías gastrointestinales y los trastornos psiquiátricos*. doi:10584/9599
- Burt, M. (2018). *Pseudo-obstrucción intestinal*. Obtenido de E-Medicine: <https://emedicine.medscape.com/article/2162306-overview>
- CIMA. (2023). Obtenido de [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/66929/FT\\_66929.html#:~:text=Los%20alimentos%20no%20afectan,a%20la%20absorci%C3%B3n%20de%20risperidona](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/66929/FT_66929.html#:~:text=Los%20alimentos%20no%20afectan,a%20la%20absorci%C3%B3n%20de%20risperidona).
- Cisneros, J., García, M., & Moya, A. (Julio de 2022). Síndrome de Ogilvie y sus nuevas estrategias de tratamiento. *Revista Médica Sinergia*, 7(7), 1-9. doi:10.31434/rms.v7i7.857
- Conner S, N. A. (13 de Diciembre de 2023). Síndrome de Ogilvie. *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*, 1-16. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252358/>
- Conner, S., Nasserredin, A., & Mitchell, C. (13 de Diciembre de 2022). *Síndrome de Ogilvie*. Obtenido de NIH: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526102/>
- Dietoterapia de Krause. (2017). Tratamiento nutricional médico (TNM) en los trastornos. En L. Kathleen, & J. Raymond, *Dietoterapia de Krause* (14 ed., págs. 3002 - 3007). España: Elsevier.
- Haj M, H. M. (2018). Síndrome de Ogilvie: manejo y resultados. *Medicina (Baltimore)*, 97(17), e11187. doi:10.1097/MD.00000000000011187
- Insuasti, M., & Castillo, M. (2023). Squizofrenia. Fases, etiología, factores de riesgo y diagnóstico. *Revista E-IDEA 4.0 Revista Multidisciplinar*, 5(14), 12-21. doi:10.53734/mj.vol5.id257

- Intramed. (2018). Psicología y trastornos gastrointestinales. *Intramed*, 15, 378–386. Obtenido de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93287>
- Líce, A., Robles, D., Diaz, C., & Juárez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*(11), 34-39. Obtenido de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832/6010>
- Martínez, S. (2021). Síndrome de Ogilvie. *REV CLÍN MED FAM*, 14(1), 31-33. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v14n1/1699-695X-albacete-14-01-31.pdf>
- Masedo, A. (Diciembre de 2022). La psicopatología de la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 69-85. doi:10.4321/s0211-57352021000200004
- MAYO CLINIC. (29 de Julio de 2021). *Esquizofrenia*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354443>
- MAYO CLINIC. (02 de Agosto de 2023). *Esquizofrenia - DESCRIPCIÓN GENERAL*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/schizoid-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20354414>
- Medizzine. (2023). Obtenido de <https://www.medizzine.com/comidas/reaccionesE.php?nombre=sertralina#:~:text=Interacciones%20de%20sertralina%20con%20la%20comida%20Principio%20activo%3A%2Csi%20el%20medicamento%20se%20toma%20junto%20con%20comida.>
- National Geographic. (24 de Marzo de 2020). *Una ventana a la psicosis*. Obtenido de [https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/ventana-a-psicosis\\_15347](https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/ventana-a-psicosis_15347)
- Plascencia, M. (2018). Síndrome de Ogilvie. *Revista Médica MD*, 9(2), 170-176.
- Poletti, M., & Raballo, A. (Septiembre de 2020). aracterísticas esquizotípicas infantiles vs. trastorno del espectro autista de alto funcionamiento: superposiciones del desarrollo y diferencias fenomenológicas. *Schizophr Res*, 223, 53-58. doi:10.1016/j.schres.2020.09.027
- Rockbrand, C., & Araya, C. (2020). Síndrome de Ogilvie. *Rev Clin Esc Med*, 10(6), 9-16. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99269>
- Rockbrand, L., Araya, P., & Carrillo, A. (2020). SÍNDROME DE OGILVIE. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 10(6), 9-16. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/40291/46489>
- SALUD OMDL. (2017). Mental Health action Plan 2013-2020. *Organización Mundial de la Salud*, 1(54), 1-30.
- Schossler, F., Takada, J., Kreve, F., Dantas, J., & Inoue, K. (2019). Cecostomía endoscópica percutánea, una terapia eficaz en el síndrome de Ogilvie. *Gastroenterol. latinoam*,

30(1), 21-25. Obtenido de <http://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2019n1000.04.pdf>

Silva, J., Mejía, A., Quinteros, G., Romero, E., & Sócola, R. (2018). Esquizofrenia Paranoide. *Revistas.Epoch*, 9(1), 36-45. Obtenido de <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn>

Silva, M. (2023). *Suplementación Dietética En El Tratamiento De La Esquizofrenia*. Obtenido de Universidad de Valladolid: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/61257/TFG-M-N3102.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Socea, B., Bobic, S., Păduraru, D., Carâp, A., Nica, A., Smaranda, A., . . . Constantin, V. (Mayo de 2020). Acute Colonic Pseudoobstruction (Ogilvie Syndrome) - A Severe Complication in the Evolution of the Hospitalized. *Chirurgia (Bucur)*, 115(3), 357-364. doi:<https://doi.org/10.21614/chirurgia.115.3.357>

UOAA. (2022). Guía Completa de Nutrición. Obtenido de [https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2023/02/UOAA\\_Eating\\_with\\_an\\_Ostomy\\_Spanish\\_2023-01.pdf](https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2023/02/UOAA_Eating_with_an_Ostomy_Spanish_2023-01.pdf)

Villacrés, S., Pérez, J., Palacios, R., Castro, B., & Padrón, L. (2020). Perfil Neuropsicológico en la Educación para la Salud y la Inclusión Social del Paciente con Esquizofrenia. *Revista Científica - ndexada en DIALNET PLUS, REDIB y LATINDEX Catálogo 2.0.*, 5(2), 127-139. Obtenido de <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

### 13. ANEXOS

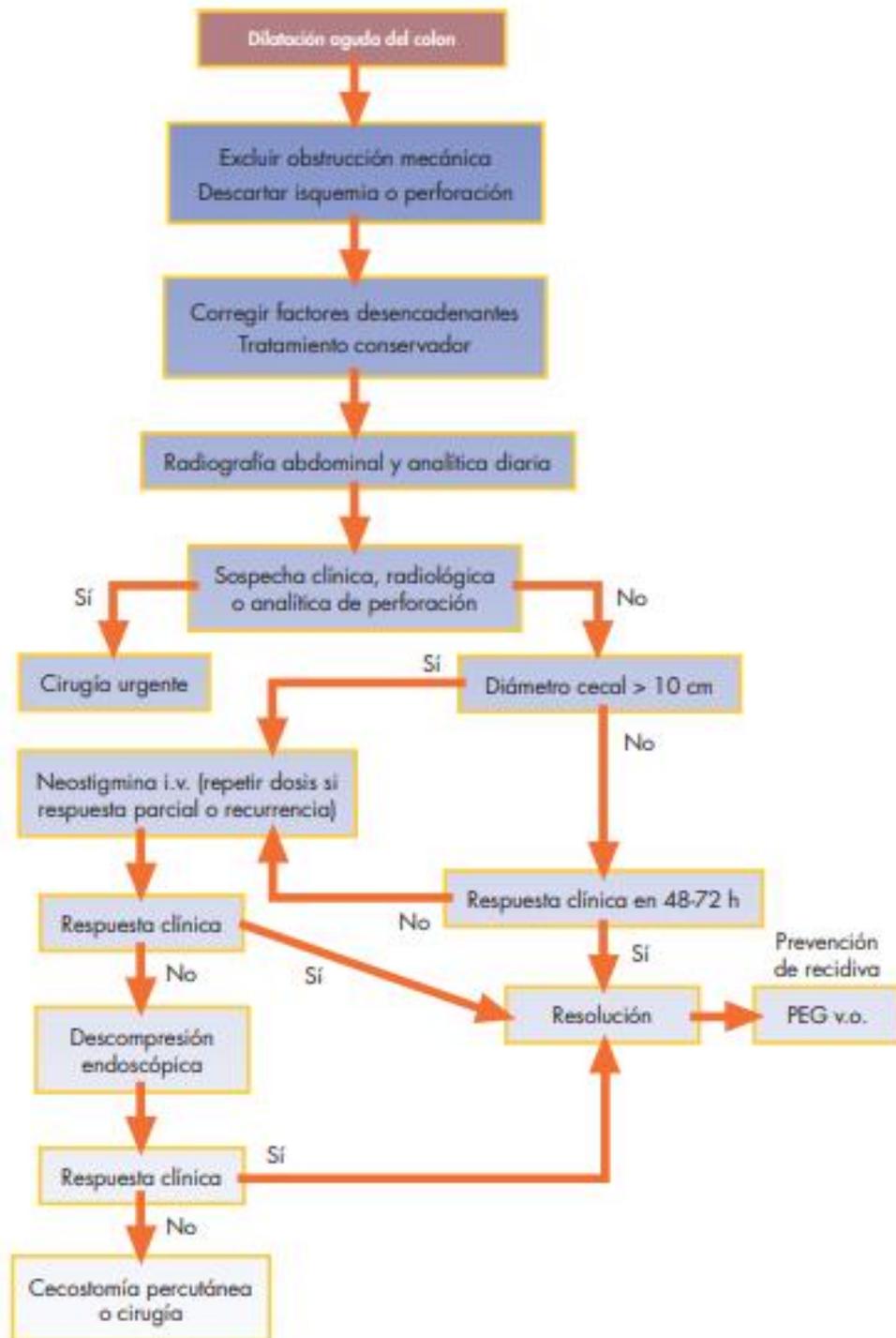


Ilustración 1 Algoritmo diagnóstico-terapéutico de la pseudoobstrucción aguda del colon: síndrome de Ogilvie.

**Tabla 11 Valores de referencia de la estructura ósea**

<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
Mayor de 10.4: pequeña	Mayor de 11.0: pequeña
9.6 a 10.4: mediana	10.1 a 11.0: mediana
Menos de 9.6: grande	Menor de 10.0: grande

**Tabla 12 Valores de referencia para la interpretación del porcentaje de cambio de peso**

<b>Tiempo</b>	<b>Pérdida significativa de peso</b>	<b>Pérdida grave de peso</b>
1 semana	1 al 2%	>2%
1 mes	5%	>5%
3 meses	7.5%	>7.5%
6 meses	10%	>10%

**Tabla 13 Valores de referencia del índice de masa corporal**

<b>IMC (Kg/ (talla (m)<sup>2</sup>))</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Riesgo</b>
Menor o igual a 16	Deficiencia Energética grado III	Muy severo
16 - 16.9	Deficiencia Energética grado II	Severo
17 – 18.4	Deficiencia Energética grado I	Moderado
18.5 -24.9	Normal	
25 -29.9	Sobrepeso	Incrementado
30 -34.9	Obesidad grado I	Moderado
35 -39.9	Obesidad grado II	Severo
Igual o Mayor a 40	Obesidad grado III	Muy severo

**Tabla 14 Niveles de factor de actividad física**

<b>Nivel de actividad física</b>	<b>Sedentaria</b>	<b>Baja</b>	<b>Activa</b>	<b>Muy Activa</b>
<b>Factor</b>	1.0 – 1.39	1.4 – 1.59	1.6 – 1.89	1.9 – 2.5
<b>Tipo de actividad</b>	<p>Trabajo que no implican un esfuerzo físico importante, no caminan a distancias largas y generalmente para movilizarse ocupan vehículos motorizados.</p> <p>No realizan ejercicio en forma regular y mayor parte del tiempo de ocio están sentados o de pie (conversar, leer, ver televisión, oír música, computador )</p>	<p>Trabajos que no son extenuantes, pero que implican un mayor gasto de energía (obreros de construcción). También pueden tener trabajos sedentarios, pero regularmente realizan actividad física moderada a vigorosa ejemplo: 1 hora al día bicicleta, danza, trote, entre otros.</p>	<p>Trabajo extenuante o las horas de ocio las ocupan regularmente y durante varias horas en actividades extenuantes</p>	