



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 PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 25 AÑOS DE EDAD CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

AUTOR

Graciela Cecibel Muñoz Suárez.

TUTOR

Lcda. María Julia Sánchez Calderón, Msc.

Babahoyo – Los Ríos - Ecuador

2021

ÍNDICE GENERAL.

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.2.1. Objetivo General.....	7
1.2.2. Objetivos Específicos.....	7
1.3 DATOS GENERALES.....	7
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	8
2.1 MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.....	8
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	8
2.1. EXAMEN FÍSICO (Exploración clínica).....	9
2.2. INFORMACIÓN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	10
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	11
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	11
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO LOS VALORES NORMALES.....	18
2.8 SEGUIMIENTO.....	19
2.9 OBSERVACIONES.....	20
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS.	

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo principalmente a Jehová Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por darme fuerza y fortaleza para enfrentar y solucionar los obstáculos que se me presenta en la vida, por escuchar mis oraciones y estar siempre conmigo.

A mi madre Norma Suarez por ser mi apoyo y ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, por cuidar de mi hijo Jean Piere cuando yo me iba a clase.

Al hombre que me dio la vida José Muñoz, el cual, a pesar de haberlo perdido a muy temprana edad, ha estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo.

Dedico especialmente este proyecto a mis dos hijos Jean Piere Y Stephen España porque ellos son mi motivación y mi inspiración más grande para alcanzar mis metas y querer salir adelante cada día.

A mis hermanas Diosa, Carmen, Kerly, Nery porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momento.

Graciela Cecibel Muñoz Suarez

AGRADECIMIENTO.

Primero quiero agradecer infinitamente a Dios por estar siempre conmigo por darme salud, vida y ayudarme a cumplir con uno más de mis sueños que es ser una licenciada en Nutrición y Dietética. Agradezco a mi madre Norma Suarez por su apoyo incondicional y sus palabras de aliento para alcanzar mis metas.

A mi padre José Antonio Muñoz que desde el cielo me cuida y me guía para seguir adelante. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido, porque su mayor anhelo era tener a su hija convertida toda una profesional. A mis hermanas Diosa, Kerly, Carmen y en especial a mi hermana Nery, por ayudarme moral y económicamente en el transcurso de mi carrera universitaria.

A mi Universidad Técnica de Babahoyo, por a verme brindado la oportunidad de educarme en tan noble y prestigiosa institución que ha formado profesionales de éxito de carácter académico y humano. Porque pase momentos gratos de alegría que nunca los olvidare que se quedan impregnados en mi corazón. Agradezco a los todos docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional.

En general agradezco desde lo más profundo de mi corazón a todas las personas que me apoyaron durante el transcurso de mi carrera universitaria y por haberme brindado colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

Graciela Cecibel Muñoz Suarez

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO.

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 25 AÑOS DE EDAD CON SÍNDROME
DE INTESTINO IRRITABLE.

RESUMEN.

El presente caso clínico está realizado con datos de una paciente de sexo femenino de 25 años de edad que acude a consulta con el departamento de gastroenterología presentando cuadro clínico de diarrea y estreñimiento de varias semanas de evolución, tiene antecedentes de tabaquismo desde los 18 años de edad, consume alcohol una vez cada quince días y niega uso de drogas, recibe tratamiento psiquiátrico desde hace dos años por crisis de ansiedad más depresión. Presenta examen coprológico alterado por lo que precisan hacerle una endoscopia, misma que no muestra alteraciones gastrointestinales. Mediante la información recolectada más la anamnesis es diagnosticada con síndrome de intestino irritable, y debe ser valorada por el departamento de nutrición. El objetivo de este caso clínico es proporcionar un plan nutricional que permita mejorar el cuadro clínico de la paciente. Al desarrollo del caso en estudio y mediante el proceso de atención nutricional se determinó que el manejo nutricional a seguir es una dieta baja en FODMAPs. Finalmente, a través del seguimiento nutricional efectuado se pudo evidenciar la mejora de la sintomatología gracias al manejo dietético.

Palabras claves: Síndrome de intestino irritable, Dieta, nutrición, diarrea, estreñimiento.

ABSTRACT.

This clinical case is made with data from a 25-year-old female patient who goes to consultation with the department of gastroenterology presenting clinical picture of diarrhoea and constipation of several weeks of evolution, has a history of smoking from the age of 18, consumes alcohol once every fortnight and denies drug use, has been receiving psychiatric treatment for two years from anxiety crises plus depression. You have an altered coprological exam so you need to have an endoscopy, which shows no gastrointestinal disturbances. Through the information collected more anamnesis is diagnosed with irritable bowel syndrome, and should be valued by the department of nutrition. The goal of this clinical case is to provide a nutritional plan to improve the patient's clinical picture. The development of the case under study and through the nutritional care process it was determined that the nutritional management to follow is a low diet in FODMAPs. Finally, through the nutritional monitoring carried out it was possible to show the improvement of symptomatology thanks to dietary management.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, Diet, nutrition, diarrhea, constipation.

INTRODUCCIÓN.

El síndrome de intestino irritable (SII), se caracteriza por dolor abdominal recurrente asociado a cambios en el ritmo deposicional, pudiendo ser en forma de diarrea, de estreñimiento o mixto; acompañándose de síntomas como hinchazón y distensión abdominal. (Mearin et al., 2017). De los desórdenes gastrointestinales más habituales que se presentan en la consulta médica de primer nivel de atención, se encuentra el Síndrome de intestino irritable (SII), representando del 20 al 50% de las referencias al departamento de gastroenterología (Carmona-Sánchez et al., 2016)

Su prevalencia a nivel mundial fluctúa entre el 5 y 20%, pudiendo alcanzar hasta el 35% según la población en estudio, generando una repercusión sanitaria, social y económica bastante alta debido al número de pruebas diagnósticas, consultas médicas y prescripciones terapéuticas que se necesitan, suponiendo además uno de los motivos principales de ausencia laboral. Particularmente, a pesar de que el SII no genera un riesgo de mortalidad del paciente, si influye considerablemente en su calidad de vida (Delgado, Cervantes, Hernández, & Ramírez, 2015). Ecuador no cuenta con datos epidemiológicos sobre el síndrome de intestino irritable.

Este caso clínico tiene por objetivo proporcionar un plan nutricional que permita mejorar el cuadro clínico de la paciente de sexo femenino de 25 años de edad con síndrome de intestino irritable, se llevará a cabo dicho objetivo por medio de 4 pilares fundamentales que son la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento nutricional. Es indispensable llevar a cabo estos objetivos para así poder determinar cuáles son los alimentos que tienden a empeorar los síntomas de la paciente, y poder también mejorar su condición clínica. Se plantea realizar una dieta baja en FODMAP que de acuerdo que a lo largo de este descrito se explicará mucho mejor.

I. MARCO TEÓRICO.

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

De acuerdo con los criterios de Roma, el síndrome de intestino irritable es definido como un trastorno funcional intestinal, en el que se presenta dolor abdominal unido a variaciones en la rutina intestinal o alteraciones en la defecación (Ibarra et al., 2016).

Manifestaciones clínicas.

En la mayor parte de los pacientes con SII se manifiestan síntomas característicos de dolor abdominal crónico, acompañado de diarrea o estreñimiento, inflamación y distensión abdominal, sensación de urgencia para defecar, evacuaciones forzadas o incompletas y tenesmo (Sansón-Riofrío, González-Huitrón, Turrent-Carriles, & Schmulson, 2017).

Etiopatogenia.

Actualmente no está del todo comprendido cuáles son esos mecanismos patogénicos que ocasionan el SII, es difícil creer que lo que ocasiona todas las molestias está dado por una sola causa, a su vez se han planteado algunos factores patogénicos responsables entre los cuales se mencionan las alteraciones en la motilidad y sensibilidad visceral y factores psicológicos, genéticos y post-infecciosos (Zeledón Corrales, Serrano Suárez, & Fernández Agudelo, 2021).

Epidemiología.

A nivel mundial la prevalencia del síndrome de intestino irritable representa entre el 10 y 20%, corresponde uno de los trastornos gastrointestinales que se diagnostican con mayor frecuencia. Habitualmente se manifiesta en la infancia, no obstante, la mayor prevalencia resulta ser en una

edad temprana en la adultez, siendo las mujeres las más afectadas en relación a los hombres (Zeledón, 2021).

Clasificación.

Fragoso & Milán (2018) manifiestan que el SII se clasifica de acuerdo a los criterios de Roma IV en 4 subtipos, que incorpora el patrón defecatorio predominante y el tipo o la forma de las heces de acuerdo a la escala de Bristol:

- SII con predominio de diarrea (SII-D): más del 25% de las deposiciones son heces con forma tipo 6 o 7 de Bristol y menos del 25% de las heces con forma 1 o 2.
- SII con predominio de estreñimiento (SII-E): más del 25% de las deposiciones son heces con forma tipo 1 o 2 de Bristol y menos del 25% son heces con forma 6 o 7.
- SII con hábito intestinal mixto (SII-M): más del 25% de las deposiciones son heces con forma tipo 1 o 2 de Bristol y más del 25% son heces con forma 6 o 7.
- SII sin clasificar (SII-NC): reúnen los criterios de diagnóstico, pero sus hábitos intestinales no pueden clasificarse en ninguna de las 3 categorías antes descritas.

Criterios de diagnóstico.

Presentar el síntoma predominante el cual es el dolor abdominal recurrente, por lo menos un día a la semana por lo últimos tres meses, acompañado con 2 o más de los criterios descritos a continuación:

1. Que esté relacionado con la defecación.
2. Que esté acompañado a una alteración en la regularidad de las heces.
3. Que esté asociado a una alteración en el aspecto o forma de las heces (Sebastián Domingo, 2017).

Tratamiento nutricional.

Dieta reducida en FODMAPs.

La dieta FODMAP es una dieta usada para tratar el Síndrome de intestino irritable, consiste en reducir el consumo de un conjunto determinado de glúcidos de cadena corta, oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables durante un lapso determinado (de 4 a 8 semanas), luego continua la etapa en el que se restablecen progresivamente los alimentos ricos en FODMAPs y, para ultimar, se individualizan unas indicaciones nutricionales donde se estipula que alimento tolera mejor y en qué cantidad se consiguen tolerar los alimentos ricos en FODMAPs (Sento Sé, 2018).

Se comprende por dieta baja en FODMAP, aquella que tiene un contenido bajo en oligosacáridos fermentables (galactooligosacáridos, fructooligosacáridos), disacáridos (lactosa), monosacáridos (fructosa) y polialcoholes (manitol, sorbitol, xilitol, maltitol). Determinando así la presencia de fructanos y los fructooligosacáridos en alimentos como el trigo y el ajo, los galactooligosacáridos en las legumbres, la lactosa en los lácteos y sus derivados, la fructosa en varias frutas como manzana, pera y los polialcoholes en aquellas frutas con huesos (Casellas et al., 2018).

Inicialmente se han realizado investigaciones sobre el plan de alimentación FODMAP, en donde se manifiesta que puede ser un tratamiento efectivo como abordaje de la sintomatología gastrointestinal en estos pacientes (Cresci & Escuro, 2017).

Implementación de la dieta reducida en FODMAPs

La implementación de este patrón alimentario consiste en dos etapas:

1. Fase de restricción: suele durar de 6 a 8 semanas y comprende de la restricción estricta de todos aquellos alimentos altos en FODMAPs, se aplica con la finalidad de obtener alivio de los síntomas gastrointestinales.
2. Fase de exposición: aquí se comienza a reincorporar los alimentos que fueron restringidos en la primera etapa, se debe ir eligiendo poco a poco los alimentos con un tipo de FODMAP a la vez según la tolerancia de del paciente, se aplica con la finalidad de evitar restricciones alimentarias innecesarias (Canicoba & Nastasi, 2016).

Por otra parte otros autores recomiendan mantener este patrón alimentario entre 4 a 8 semanas, y posteriormente ir reintroduciendo los alimentos eliminados, a largo plazo se espera que el paciente pueda controlar sus síntomas ingiriendo alimentos que contienen FODMAPs de acuerdo a su límite de tolerancia (Zugasti Murillo, Estrema Arévalo, & Petrina Jáuregui, 2016).

MACRONUTRINETES.

Actualmente no hay información científica que hable sobre la distribución de macronutrientes en los pacientes con Síndrome de intestino irritable, pero algunos artículos ponen en manifiesto que las recomendaciones y distribución de macronutrientes deben ser similares a los usados para las personas sanas con estado nutricional normal.

Por lo anterior se recomienda que los carbohidratos aporten entre del 50 a 60% de las calorías totales, proteínas del 10 a 15% y las grasas entre 25 y 30% de la ingesta calórica total (Cresci & Escuro, 2017).

Tabla 1. Alimentos con alto contenido de FODMAP.

FODMAP	Alimentos altos en FODMAP
--------	---------------------------

Exceso de fructosa libre	Frutas: manzanas, peras, mango, sandía, moras, higos, cerezas, tomate de árbol.
Lactosa	Leche (vaca, cabra y oveja), helados, quesos suaves tipo ricota, queso cottage, queso crema, mascarpone.
Oligosacáridos (fructanos y galactooligosacáridos)	Frutas: nectarinas, caquis, melocotones, sandía, tomate de árbol Vegetales: ajo, alcachofas, puerros, todo tipo de cebollas. Legumbres: lentejas, garbanzos, todo tipo de frejoles, habas. Frutos secos: anacardos y pistachos.
Poliol	Frutas: manzanas, peras, nectarinas, albaricoques, melocotones, ciruelas, ciruelas pasas, sandía y mora. Vegetales: champiñones, coliflor Edulcorantes: sorbitol, maltitol, manitol, xilitol, isomalta, polidextrosa.

Fuente: (Cresci & Escuro 2017).

1.1 JUSTIFICACIÓN.

El tema propuesto busca mediante la investigación científica aclarar dudas existentes sobre cómo llevar el manejo nutricional en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, además de conocer datos específicos de la enfermedad como su prevalencia, etiopatogenia, sintomatología, clasificación y su tratamiento.

Por lo anterior, este caso clínico que tiene como protagonista una paciente joven de 25 años de edad diagnosticada con SII, servirá como apoyo científico para las futuras investigaciones de otros autores. Realizar investigaciones sobre el tratamiento nutricional que debería brindarse a pacientes con SII es fundamental como apoyo para alimentar el cocimiento sobre este tema.

Debido a la gran prevalencia de este síndrome, se ha determinado que genera un impacto negativo bastante alto en la calidad de vida de las personas que lo padecen, además de afectar su productividad laboral, teniendo como consecuencia reducción de sus ingresos y a su vez representa una carga socioeconómica realmente importante, debido a que los pacientes con esta afectación utilizan más recursos sanitarios (Zeledón, 2021). Por lo que como profesional de la salud considero necesario e importante que los nutricionistas expandan sus campos de conocimientos a nivel clínico, por lo tanto, con el presente caso clínico se aportará mayor conocimiento a la causa.

El SII es un tema bastante llamativo en cuanto a la parte nutricional se refiere, determinar la intervención nutricional apropiada para poder identificar los alimentos que agravan la sintomatología y de esta manera poder contribuir con la mejora de la misma puede ser un reto, ya que la mayor parte de los

pacientes manifiestan no poder determinar con certeza cuales son esos alimentos que empeoran sus síntomas.

1.2 OBJETIVOS.

1.2.1. Objetivo General.

- Proporcionar un plan nutricional que permita mejorar el cuadro clínico de la paciente de sexo femenino de 25 años de edad con síndrome de intestino irritable.

1.2.2. Objetivos Específicos.

- Evaluar el estado nutricional de la paciente a través del método antropométrico, bioquímico, clínico y dietético.
- Establecer un diagnóstico nutricional.
- Determinar los requerimientos nutricionales de la paciente.
- Establecer el tratamiento nutricional apropiado de acuerdo a la patología descrita.

1.3 DATOS GENERALES.

- Sexo: Femenino.
- Edad: 25 años.
- Estado civil: Soltera.
- Número de hijos: cero.
- Nacionalidad: Ecuatoriana.
- Ocupación: Secretaria.
- Residencia: Ventanas.
- Nivel socioeconómico: Medio.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

2.1 MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad que acude a consulta con el departamento de gastroenterología presentando cuadro clínico de diarrea y estreñimiento de varias semanas de evolución.

Antecedentes patológicos personales: fumadora desde los 18 años de edad, consume alcohol una vez cada 15 días, aunque en ocasiones suele ser 1 vez a la semana, niega uso de drogas.

Recibe tratamiento psiquiátrico con fluoxetina de 20mg diarios desde hace 2 años por crisis de ansiedad más depresión.

Hace 4 meses aproximadamente sufrió una infección por salmonella.

Antecedentes patológicos familiares: padre con cáncer de colon.

Antecedentes quirúrgicos: no refiere.

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad que es derivada al departamento de gastroenterología por parte del departamento de psiquiatría por presentar cuadro clínico de diarrea y estreñimiento de varias semanas de evolución.

El médico psiquiatra decide derivarla a la consulta de gastroenterología después de que la paciente presentara una infección por salmonella hace 4 meses, pero luego de recuperarse a la semana siguiente comenzó a presentar diarrea, distensión abdominal, estreñimiento en ocasiones.

Al interrogatorio la paciente menciona que los síntomas suelen ser pasajeros y se presentan de 3 a 4 veces a la semana y algunas veces dependen dependiendo de su diario vivir, por lo que en días de mayor estrés se

desencadenan o agravan sus síntomas y en ocasiones se intensifican por lo que se ha estado auto medicando con omeprazol de 20mg diarios.

Niega pérdida de peso, melenas, vómitos, uso de antibióticos en los últimos 3 meses, fiebre. Pero, si recalca que muchos alimentos tienden a agravar sus síntomas, pero no tiene una idea clara de cuáles son los alimentos que podrían intensificar sus molestias gastrointestinales.

La gastroenteróloga estudia el caso y ante la sospecha de Síndrome de intestino irritable, pide examen coprológico en el que se evidencia flora bacteriana alterada y restos de alimentos. En sus exámenes de pruebas sanguíneas no se evidencia ninguna alteración.

Finalmente teniendo como referencia lo encontrado en el examen coprológico en combinación con los signos y síntomas clínicos de la paciente, la gastroenteróloga diagnostica síndrome de intestino irritable y junto al departamento de psiquiatría llegan a la siguiente conclusión: paciente debe ser atendida por un equipo multidisciplinario, (psiquiatría, psicología, gastroenterología y nutrición).

Información de hábitos alimentarios de la paciente: normalmente consume la mayor parte de sus comidas fuera de casa (en restaurantes), sus comidas son copiosas, ingiere lácteos 3 veces al día, siempre acompaña sus almuerzos y meriendas con bebidas carbonatadas, y sus desayunos los acompaña con café, consume chocolate diariamente.

2.1. EXAMEN FÍSICO (Exploración clínica).

Al realizar examen físico se observa paciente tranquila, afebril, coloración de piel adecuada, mucosas orales hidratadas, cuello normal sin ninguna novedad, tórax normal con campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen con timpanismo a la percusión, distendido y doloroso a la palpación superficial y profunda especialmente en el marco colónico, no se palpan masas o hernias abdominales, no hay presencia de hepato ni esplenomegalia.

Signos vitales: Presión arterial 110/75mmhg, frecuencia cardiaca 76 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 21 por minuto, saturación de oxígeno 94%.

Medidas antropométricas: peso habitual 55kg, peso actual 50kg, talla 158cm.

2.2. INFORMACIÓN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Exámenes de laboratorio revelan lo siguiente:

Examen	Resultado	Valor referencial	Interpretación
Biometría hemática			
Hemoglobina	13.5 g	12 a 16 g	Normal
Hematocrito	38%	36.1 a 44.3%	Normal
Volumen corpuscular medio	92 fL	86 – 98 fL	Normal
Hemoglobina corpuscular media	29 Pg	27 – 32 Pg	Normal
Linfocitos	30%	23 35%	Normal
leucocitos	7.000mm ³	5.000 a 11.000/mm ³	Normal
Plaquetas	300 × 10 ⁹ /L	150 a 400 × 10 ⁹ /L.	Normal
Bioquímica sanguínea			
Glucosa en ayunas	88mg/dl	<100mg/dl	Normal
Urea	25 mg/dl	15-48 mg/dl	Normal
Creatinina	0,8 mg/dl	0.5-0.8 mg/dl	Normal
Perfil lipídico			
Colesterol total	190mg/dl	<200mg/dl	Normal
Colesterol LDL	90mg/dl	<100mg/dl	Normal
Colesterol HDL	51mg/dl	>50mg/dl en mujeres	Normal
Triglicéridos	130mg/dl	< 150mg/dl	Normal
Electrolitos			
Sodio	139 mEq/L	135 a 145 mEq/L	Normal
Potasio	4,7 mEq/L	3.7 a 5.2 mEq/L	Normal
Uroanálisis			
Glucosa	Negativo	**	Normal
Bilirrubina	Negativo	**	Normal
Leucocitos	Negativo	**	Normal
Cetonas	Negativo	**	Normal
Nitritos	Negativo	**	Normal
Coprológico			
Color	Café	**	Normal
Consistencia	Líquida	**	Diarrea
Ph	7	**	Normal
Grasas	Negativo	**	Normal

Sangre	Negativo	**	Normal
Moco	Positivo +	**	Alteraciones del tracto gastrointestinal
Leucocitos	Negativo	**	Normal
Restos de alimentos vegetales	Positivo +	**	Alteraciones del tracto gastrointestinal
Células epiteliales descamativas	Negativo	**	Normal
Parásitos	Negativo	**	Normal

Elaborado por: Graciela Muñoz Suarez.

Fuente: (Suverza & Hava, 2010)

Endoscopia: No revela afectaciones en la mucosa gastrointestinal.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnóstico presuntivo: Colitis ulcerativa (K51).

Diagnóstico diferencial: Cáncer de colón (C19).

Diagnóstico definitivo: Síndrome de intestino irritable subtipo mixto (SII-M); (K59).

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

VALORACIÓN NUTRICIONAL.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA.

Medidas antropométricas:

- Peso habitual 55kg.
- Peso actual 50kg.
- Talla 158cm.
- Pliegues cutáneos: bíceps 6mm; tríceps 12mm; subescapular 11mm; Suprailíaco 15mm.

Las fórmulas que se están usando se obtuvieron de (Suverza & Haua, 2010 ; Palafox López & Ledesma Solano, 2005).

Índice de masa corporal IMC

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (m}^2\text{)}}$$

$$IMC = \frac{50 \text{ kg}}{1.58\text{m} \times 1.58\text{m}}$$

$$IMC = \frac{50 \text{ kg}}{2.59\text{m}^2}$$

$$IMC = 19.3 \text{ kg/m}^2 \rightarrow \text{Normal}$$

Determinación del peso ideal (PI) mediante fórmula de Metropolitan Life Insurance Company

$$PI = 50 + (0.75 \times (\text{talla cm} - 150))$$

$$PI = 50 + (0.75 \times (158\text{cm} - 150))$$

$$PI = 50 + (0.75 \times (158\text{cm} - 150))$$

$$PI = 56\text{kg}$$

Porcentaje de cambio de peso (%CP) mediante fórmula de Blackburn y colaboradores, 1977.

$$\%CP = \frac{PH \text{ (kg)} - PA \text{ (kg)}}{PH \text{ (kg)}} \times 100$$

$$\%CP = \frac{55\text{kg} - 50\text{kg}}{55\text{kg}} \times 100$$

$$\%CP = 9\% \rightarrow \text{Pérdida significativa de peso en 6 meses.}$$

Porcentaje de grasa corporal.

Fórmula de Durnin y Womersley para determinar la densidad corporal (DC).

$$DC = C - (M \times \text{Log } 4 \text{ pliegues})$$

$$DC = 1.1599 - (0.0717 \times \text{LN}10 (\text{Epliegues}))$$

$$DC = 1.1599 - (0.0717 \times \text{LN}10 (6 + 12 + 15 + 11))$$

$$DC = 1.1599 - (0.0717 \times 1.6435)$$

$DC = 1.0421$ → Para poder estimar el porcentaje de grasa corporal con la fórmula de Siri, se necesita conocer la densidad corporal (magnitud escalar resultante de la cantidad de masa de un segmento o grupo de segmentos del cuerpo humano)

Porcentaje de grasa corporal (%GC) mediante fórmula de Siri

$$\%GC = \left(\frac{4.95}{DC} \right) - 4.5 \times 100$$

$$\%GC = \left(\frac{4.95}{1.0421} \right) - 4.5 \times 100$$

$\%GC = 25\%$ → Porcentaje de grasa normal

Diagnóstico antropométrico: Paciente con normopeso IMC de 19.3kg/m², con porcentaje de grasa corporal normal de 25%, con peso ideal de 55kg, con pérdida de peso significativa de 9% de su peso corporal en 6 meses.

VALORACIÓN BIOQUÍMICA.

Examen	Resultado	Valor referencial	Interpretación
Biometría hemática			
Hemoglobina	13.5 g	12 a 16 g	Normal
Hematocrito	38%	36.1 a 44.3%	Normal
Volumen corpuscular medio	92 fL	86 – 98 fL	Normal
Hemoglobina corpuscular media	29 Pg	27 – 32 Pg	Normal
Linfocitos	30%	23 -35%	Normal
leucocitos	7.000mm ³	5.000 a 11.000/mm ³	Normal

Plaquetas	300 × 10 ⁹ /L	150 a 400 × 10 ⁹ /L.	Normal
Bioquímica sanguínea			
Glucosa en ayunas	88mg/dl	<100mg/dl	Normal
Urea	25 mg/dl	15-48 mg/dl	Normal
Creatinina	0,8 mg/dl	0.5-0.8 mg/dl	Normal
Perfil lipídico			
Colesterol total	190mg/dl	<200mg/dl	Normal
Colesterol LDL	90mg/dl	<100mg/dl	Normal
Colesterol HDL	51mg/dl	>50mg/dl en mujeres	Normal
Triglicéridos	130mg/dl	< 150mg/dl	Normal
Electrolitos			
Sodio	139 mEq/L	135 a 145 mEq/L	Normal
Potasio	4,7 mEq/L	3.7 a 5.2 mEq/L	Normal

Elaborado por: Graciela Muñoz Suarez.

Fuente: (Suverza & Haa, 2010)

Diagnóstico bioquímico: paciente no presenta alteraciones en sus exámenes bioquímicos.

VALORACIÓN CLÍNICA.

Se realizó una evaluación física que incluyen los siguientes parámetros.

Segmento	Aspecto	Interpretación
Ojos	Conjuntivas rosadas	Adecuado, sin lesiones
Boca	Mucosa oral hidratada, rosada Labios con aspecto normal	Adecuado, sin lesiones
Uñas	Planas, lisas, rosadas	Adecuado, sin lesiones
Abdomen	Distendido y doloroso a la palpación profunda	Alteraciones gastrointestinales
Piel	Tono adecuado sin signos de palidez	Adecuado, sin lesiones

Elaborado por: Graciela Muñoz Suarez.

Diagnóstico clínico: paciente con aspecto general normal, adecuado, no se evidencia lesiones ni signos de deficiencias nutricionales, abdomen distendido relacionado con alteraciones gastrointestinales.

VALORACIÓN DIETÉTICA.

Recordatorio de 24 horas de la paciente.

Tiempo de comida	Preparación	Alimentos	Cantidad
Desayuno	Sándwich de queso con café endulzado.	Pan blanco de molde	3 rebanadas
		Queso fresco	2 rebanadas
		Azúcar	2 cdtas
		café	2 cdtas
Snack	Fruta	Manzana	2 unidades
Almuerzo	Arroz con pollo horneado	Arroz	2 tazas
		Aceite	2 cdtas
		Pierna de pollo con piel	1 unidad
		Achiote	1 cda
Snack	Fruta	Pera	1 Unidad
Merienda	Batido de papaya con leche	Leche entera	1 taza
		Papaya	2 tazas
		Azúcar	2 cdtas

Elaborado por: Graciela Muñoz Suarez.

Resumen del cálculo total R24 horas.	Kcal	Proteína	grasas	carbohidratos	fibra
Ingesta actual	1774	61g	49g	253 g	4
Ingesta recomendada	1800	67.5 g	60g	274.5 g	25
Porcentaje de adecuación	98.5%	90.3%	81.6%	92.1%	16%
Interpretación	Adecuado	Adecuado	Déficit	Déficit	Déficit

Elaborado por: Graciela Muñoz Suarez.

Diagnóstico dietético: ingesta y selección inadecuada de alimentos e ingesta deficiente de carbohidratos, grasas y fibra dietética.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRAL.

Paciente sexo femenino de 25 años de edad, con normopeso (IMC 19,3kg/m²), con pérdida significativa de peso de 9%, con alteraciones gastrointestinales, con ingesta y selección inadecuada de alimentos e ingesta deficiente de carbohidratos, grasas y fibra dietética.

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL.

Estimación de las necesidades energéticas diarias.

Caculo del requerimiento energético mediante fórmula del **consenso FAO/OMS/ONU (2004)** para mujeres entre 18 y 30 años.

Gasto energético en reposo (GER)

$$GER = (14.818 \times \text{Peso (kg)}) + 486.6$$

$$GER = (14.818 \times 55.6 \text{ kg}) + 486.6$$

$$GER = 823.88 + 486.6$$

$$GER = 1310.48 \text{ kcal}$$

Gasto energético total (GET)

$$GET = GER \times NAF$$

$$GET = 1310.48 \text{ kcal} \times 1.4$$

$$GET = 1834 \text{ kcal} \rightarrow \mathbf{1800 \text{ kcal/día.}}$$

Prescripción dieta terapéutica: Plan de alimentación normocalórico de 1800kcal/día, normoproteica, normoglucídica baja en FODMAPs (oligo, di, monosacáridos y polioles fermentables), normograsa, con aporte de 25 gramos de fibra diaria, fraccionada en 5 comidas al día, 3 comidas principales y 2 colaciones, volumen y temperatura normal.

Tabla 2. Distribución de requerimientos energéticos y de macronutrientes.

Macronutriente	Porcentaje	Kcal	Gramos	G/kg/día
Carbohidratos	55%	990 kcal	274.5 g	4.5g
Proteínas	15%	270 kcal	67.5 g	1.2g
Grasas	30%	540 kcal	60g	1 g
Total	100%	1800 kcal		

Elaborado por: Graciela Muñoz Suarez.

Tabla 3. Distribución de requerimientos nutricionales por tiempos de comida.

Tiempo de comida	%	Calorías	Carbohidratos	Proteínas	Grasas
Desayuno	25%	450 kcal	68.6 g	16.8 g	15 g
Colación 1	10%	180 kcal	27.4 g	6.7 g	6 g
Almuerzo	35%	630 kcal	96 g	23.6 g	21 g
Colación 2	10%	180 kcal	27.4 g	6.7 g	6 g
Merienda	20%	360 kcal	54.9 g	13.5 g	12 g
TOTAL	100%	1800kcal	274.5 g	67.5 g	60g

Elaborado por: Graciela Muñoz Suarez.

MENÚ PROPUESTO.

Desayuno:

- 1 Bolón de verde sin queso.
- 1 Huevo duro + 2 claras de huevo.
- 1 taza de melón.
- 1 taza de té de canela.

Refrigerio #1:

- 1 guineo.
- 1 taza de bebida de soya.
- 1 cdta de semillas de chía.

Almuerzo:

- 1 filete de pescado asado.
- 1 ½ taza de arroz blanco.
- 1 taza de ensalada de pepino, zanahoria, tomate y aceitunas.

Refrigerio #2.

- 20 uvas.
- 1 onza de queso maduro.

Merienda.

- 1 filete de pechuga salteada con vegetales zanahoria, tomate y pimiento rojo y 1 cda de aceite de oliva.
- 1 taza de arroz blanco.
- Aceitunas.

Resumen del cálculo del menú	Kcal	Proteína	grasas	carbohidratos	fibra
Ingesta actual	1784	68	61	265	25.5
Ingesta recomendada	1800	67.5 g	60g	274.5 g	25
Porcentaje de adecuación	99%	100.7%	101.6%	96.5%	102%
Interpretación	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado

Elaborado por: Graciela Muñoz Suarez.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO LOS VALORES NORMALES.

La dieta toma un papel significativo en el manejo de la sintomatología del síndrome de intestino irritable, debido a que hay nutrientes que irritan la mucosa intestinal y pueden aportar al aumento del malestar. La microbiota intestinal es objeto de estudio debido a que pacientes con SII muestran muchas alteraciones intestinales (López Valiente & Cuenca Quezada, 2016).

El control de la dieta puede ser fundamental para que el paciente consiga disminuir los asociados al SII. Las investigaciones realizadas hasta ahora en pacientes con SII que han seguido dietas bajas o libres de FODMAPs (Fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) parece que mejoran los síntomas, no obstante, no suponen una cura decisiva (López Valiente & Cuenca Quezada, 2016).

2.8 SEGUIMIENTO.

Antropometría.

Indicadores antropométricos	Peso	IMC	Interpretación
Primera consulta	50kg	19.3 kg/m ²	Normopeso
Segunda consulta (dos semanas después)	51	20.4 kg/m ²	Normopeso

Bioquímica.

Examen	Primera consulta	Segunda consulta (2 semanas)	Interpretación
Hemoglobina	13.5 g	12 a 16 g	Normal
Hematocrito	38%	36.1 a 44.3%	Normal
Glucosa en ayunas	88mg/dl	<100mg/dl	Normal
Colesterol total	190mg/dl	<200mg/dl	Normal
Triglicéridos	130mg/dl	< 150mg/dl	Normal

Clínica.

Segmento	Primera consulta	Segunda consulta
Abdomen	Distendido y doloroso a la palpación profunda	Blando, depresible, indoloro

Dietética.

Aspecto a analizar	Primera consulta	Segunda consulta
Tiempos de comidas	5 comidas al día	Se mantienen las 5 comidas al día

Selección de alimentos	Consumía alimentos altos en FODMAPs (queso, azúcar, manzanas, peras, leche)	Elige alimentos bajos en FODMAPs (verde, melón, soya, queso maduro, entre otros).
Ingesta de grasas	49g (deficiente)	60g (óptimo)
Ingesta de fibra	4 (deficiente)	25g (óptimo)

Elaborado por: Graciela Muñoz Suarez.

*FODMAPs (oligo, di, monosacáridos y polioles fermentables)

2.9 OBSERVACIONES.

Mediante el tratamiento dietético planteado mejoró levemente los síntomas gastrointestinales ocasionados por el SII, pueden verse reflejados en el seguimiento.

El tratamiento nutricional fue muy necesario para ayudar a disminuir la sintomatología de la paciente. Sin la educación nutricional brindada a la paciente acerca de los alimentos beneficiosos y no beneficiosos para ella, no podría haberse logrado una mejora y se prevé que los resultados serán mucho mejores en la siguiente consulta nutricional. Es importante recalcar la importancia de un tratamiento nutricional óptimo para la mejoría de un paciente.

CONCLUSIONES.

- Mediante la valoración del estado nutricional a través de los diferentes parámetros o indicadores: antropométricos, bioquímicos, clínicos, alimentarios y el diagnóstico médico, se pudo realizar el diagnóstico nutricional y para intervenir con el manejo nutricional apropiado.
- Al determinar los requerimientos nutricionales de la paciente se estableció el tratamiento nutricional necesario y apto de acuerdo a su condición clínica. Se ha logrado controlar la alteración gastrointestinal, preexistente que provocaba episodios de diarrea y estreñimiento, disminuyendo las molestias intestinales.
- Se cumplió con el objetivo general de este caso clínico, que permitió mejorar el cuadro clínico de la paciente proporcionando un plan de alimentación y realizando el seguimiento nutricional por dos semanas consecutivas después de la consulta inicial, se pudo comprobar lo descrito anteriormente.
- La dieta Baja en FODMAPs resultó ser una alternativa muy útil en el manejo dietoterapéutico del síndrome de intestino irritable.
- Los objetivos específicos fueron esenciales para lograr llevar a cabo el objetivo general, y mediante la evaluación del estado nutricional se pudo establecer el diagnóstico para poder intervenir con el manejo nutricional apropiado.

BIBLIOGRAFÍA

- Canicoba, M., & Nastasi, V. (2016). La dieta reducida en FODMAP: ventajas y controversias. *Nutrición Clínica en Medicina*, 5(1), 20-39.
- Carmona-Sánchez, R., Icaza-Chávez, M. E., Bielsa-Fernández, M. V., Gómez-Escudero, O., Bosques-Padilla, F., Coss-Adame, E., . . . Huerta-Iga, F. (2016). The Mexican consensus on irritable bowel syndrome. *Revista de Gastroenterología de México*, 81(3), 149-167.
- Casellas, F., Burgos, R., Marcos, A., Santos, J., Ciriza de los Ríos, C., García-Manzanares, Á., . . . Lema-Marqués, B. (2018). Documento de consenso sobre las dietas de exclusión en el síndrome del intestino irritable (SII). *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 110(12), 806-824.
- Cresci, G., & Escuro, A. (2017). Tratamiento nutricional médico en los trastornos intestinales. En L. K. Mahan, & J. L. Raymond, *Krause. Dietoterapia* (Catorceava ed., págs. 1985-1993). Barcelona, España: ELSEVIER.
- Delgado-Quiñones, E. G., Cervantes-Sánchez, P., Hernández-Calderón, J., & Ramírez-Ramos, J. K. (2015). Síndrome de intestino irritable, un padecimiento con enfoque integral. *Revista Médica MD*, 6(4), 300-306.
- Fragoso Arbelo, T., & Milán Pavón, R. (2018). El síndrome de intestino irritable como causa de dolor. *Revista Cubana de Pediatría*, 90(3), 1-18.
- Ibarra, C., Herrera, V., Pérez de Arce, E., Carlos Gil, L., Madrid, A. M., Valenzuela, L., & Beltrán, C. (2016). Parasitosis y síndrome de intestino irritable. *Rev Chilena Infectol*, 33(3), 268-274.
- López Valiente, C., & Cuenca Quezada, N. (2016). Dieta libre de FODMAPs (Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols) y consumo de probióticos indicados en el síndrome del intestino irritable: a propósito de un caso. *Nutr. clín. diet. hosp*, 36(3), 194-200.
- Mearin, F., Ciriza, C., Mínguez, M., Rey, E., Mascort, J., Peña, E., . . . Júdez, J. (2017). Guía Delaware práctica clínica: síndrome del intestino irritable estafa estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto

- diagnóstico y continuidad asistencial. (Parte 1 de 2). *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 43(1), 43-56.
- Sansón-Riofrío, L. S., González-Huitrón, A., Turrent-Carriles, A., & Schmulson, M. (2017). Síndrome de intestino irritable y autoinmunidad. *NeuroGastroLatam Rev*, 1, 128-143.
- Sebastián Domingo, J. J. (2017). Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*, 148(10), 464-468.
- Sento Sé, F. (2018). Dieta FODMAP para el tratamiento de Síndrome del Intestino Irritable. *Rev Esp Nutr Hum Diet*, 22(1), 9-10.
- Suárez-Carmona, W., & Sánchez-Oliver, A. (2018). Índice de masa corporal: ventajas y desventajas de su uso en la obesidad. Relación con la fuerza y la actividad física. *Nutrición Clínica en Medicina*, 22(3), 128-139.
- Suverza, A., & Hava, K. (2010). *El ABCD de la evaluación del estado de nutrición*. México D. F.: Mc Graw Hill.
- Zeledón Corrales, N., Serrano Suárez, J. A., & Fernández Agudelo, S. (2021). Síndrome intestino irritable. *Revista Médica Sinergia*, 6(2), e645.
- Zugasti Murillo, A., Estrema Arévalo, F., & Petrina Jáuregui, E. (2016). Dieta pobre en FODMAPs (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) en el síndrome de intestino irritable: indicación y forma de elaboración. *Endocrinología y Nutrición*, 63(3), 132-138.

ANEXOS.

Anexo 1. Clasificación del IMC en adultos, OMS 2006.

Anexo 2. Interpretación del porcentaje de pérdida de peso.

Anexo 3. Valores de referencia para porcentaje de grasa en mujeres de 20 a 79 años.

Anexo 4. Cálculo de recordatorio de 24 horas.

Anexo 5. Cálculo nutrimental del menú propuesto.

Anexo 1. Clasificación del IMC en adultos, OMS 2006.

Clasificación del IMC Kg/m²	
Bajo peso	<18.5
Normopeso	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad grado 1	30 – 34.5
Obesidad grado 2	35.0 – 39.9
Obesidad grado 3	≥ 40

Fuente: (Suárez-Carmona & Sánchez-Oliver, 2018)

Anexo 2. Interpretación del porcentaje de pérdida de peso.

Tiempo	Porcentaje de pérdida de peso	
	Pérdida significativa	Pérdida severa
1 semana	1-2%	>2%
1 mes	5%	>5%
6 meses	10%	≥10%

Fuente: (Suverza & Haua, 2010)

Anexo 3. Valores de referencia para porcentaje de grasa en mujeres de 20 a 79 años.

Interpretación de resultados del porcentaje de grasa					
Mujeres	Edad	Bajo	Normal	Elevado	Muy elevado
	20 a 39	< 21.0	21.0 a 32.9	33.0 a 38.9	≥ 39.0
	40 a 59	< 23.0	23.0 a 33.9	34.0 a 39.9	≥ 40.0
	60 a 79	< 24.0	24.0 a 35.9	36.0 a 41.9	≥ 42.0

Fuente: (Gallagher et al, 2000).

Anexo 4. Cálculo de recordatorio de 24 horas.

Alimento	Gr – ml	Calorías	Proteínas	Grasas	Carbohidratos	Fibra
Pan	90g	236	8	3	44	0
Queso fresco	45g	120	9	9	2	0
Café instantáneo	10g	0	0	0	0	0
Azúcar blanca	10g	39	0	0	10	0
Manzana	210g	120	0	0	30	4
Arroz blanco cocido	400g	260	5	0	60	0
Aceite	10	90	0	10	0	0
Pierna de pollo con piel	100g	221	26	13	0	0
Achiote	5ml	45	0	5	0	0
Pera	110g	65	0	0	16	1
Galletas club social	52 g	240	4	8	36	0
Leche entera	250ml	171	9	10	13	0
Papaya	400g	128	0	0	32	1
Azúcar	10g	39	0	0	10	0
TOTAL INGESTA	**	1774	61g	49g	253 g	4
INGESTA RECOMENDADA	**	1800	67.5 g	60g	274.5 g	25
% ADECUACIÓN	**	98.5%	90.3%	81.6%	92.1%	16%

Anexo 5. Cálculo nutrimental del menú propuesto.

Alimento	Gr o ml	Calorías	Proteínas	Grasas	Carbohidratos	Fibra
DESAYUNO						
Verde	200gr	216	3	0	49	4
Huevo	65g	85	7	6	0	0
Clara de huevo	30g	24	6	0	0	0
Aceite de oliva	7g	63	0	7	0	0
Melón	270g	72	0	0	18	1.5
TOTAL		460	16	13	67	5.5
RECOMENDADO		450	16.8	15	68.6	
REFRIGERIO #1						
Bebida vegetal de soya	250ml	109	6	4	10	1

Guineo	200 gr	60	0	0	15	3.5
Semillas de chía	5g	27	1	2	2	1
TOTAL		196	7	6	27	5.5
RECOMENDADO		180	6.7	6	27.4	
ALMUERZO						
Arroz blanco cocido	300g	343	7	0	86	3
Pescado (corvina)	75 g	62	14	1	0	0
Aceitunas	90g	135	0	15	0	3
Aceite de oliva	5g	45	0	5	0	0
Tomate	50g	10	0.5	0	2	0.5
Pepino	50g	4	0	0	1	0.5
Zanahoria	50g	10	0.5	0	2	0.5
TOTAL		609	22	21	91	7.5
RECOMENDADO		630	23.6	21	96g	
REFRIGERIO #2						
Uvas verdes	20g	100	0	0	25	2
Queso maduro	30g	80	7	6	0	0
TOTAL		180	7	6	25	2
RECOMENDADO		180	6.7	6	27.4	
MERIENDA						
Pechuga de Pollo	50g	68	12	5	0	0
Aceite de oliva	5g	45	0	5	0	0
Arroz blanco	200g	156	3	0	50	3
Tomate	50g	10	0.5	0	2	0.5
Pimiento	30g	5	0	0	1	
Zanahoria	50g	10	0.5	0	2	0.5
Aceitunas	30g	45	0	5	0	1
TOTAL		339	16	15	55	5
RECOMENDADO		360	13.5	12	54.9	
TOTAL INGESTA		1784	68	61	265	25.5
RECOMENDADO		1800	67.5 g	60g	274.5 g	25
PORCENTAJE DE ADECUACIÓN		99%	100.7%	101.6%	96.5%	102%