



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE PUEBLA**

ESCUELA DE NUTRICIÓN

Tesis de caso clínico

*Intervención con dieta hipercalórica, hiperproteica,
mantenimiento hidroelectrolítico e hiposódica en paciente
postoperatorio de laparotomía, colostomía, lisis de adherencias
y plastia de pared abdominal con malla en paciente masculino
de 55 años en Hospital General de Minatitlán.*

Tesis de caso clínico

Para obtener el grado en

Nutrición

Elaborado por:

Andrea Solano Jiménez

Asesor:

María de Lourdes Silva Fernández



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	2
ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
1. MARCO TEÓRICO	7
1.1 Antecedentes generales	7
Diagnóstico situacional de unidades médicas. Patología social. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.	11
Diagnóstico situacional de unidades médicas. Patología social. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.	11
Diagnóstico situacional de unidades médicas. Accidentes. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.	12
Diagnóstico de unidades médicas. Consultas por derechohabiente. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.	12
1.2 Antecedentes específicos	13
1.3 Epidemiología de la patología seleccionada	13
1.4 Etiología y fisiopatología	15
Etiología y fisiopatología	15
1.5 Importancia de la nutrición	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2.1 Pregunta de investigación	16
3. JUSTIFICACIÓN	16
4. OBJETIVO GENERAL	17
4.1 Objetivos específicos	17
5. METODOLOGÍA	17
5.1 Operacionalización de las variables	17
I. Operacionalización de las variables	19
5.2 Tipo de estudio	19
5.3 Población de estudio	19
5.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	20
II. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	20
5.5 Métodos y técnicas	20
III. Métodos y técnicas	21
5.6 Recursos, humanos, materiales y financieros	21
IV. Recursos, humanos, materiales y financieros	22
5.7 Análisis de resultados	22

V. Análisis de resultados. Moda, media, mediana.	23
VI. Análisis estadístico	24
7. Histograma	24
6. RESULTADOS	24
6.1 Descripción del caso	24
6.1.1. Historia clínica nutricional:	29
VII. Historia clínica nutricional	37
6.2 Evaluación nutricional	37
VIII. Recordatorio de 24 horas	41
9. Estudio bacteriológico de pseudomona aeruginosa Enterococcus faecium.	41
10. Resultado de estudio bacteriológico. Desarrollo de stenotrophomona maltophilia.	41
6.2.2. Diagnóstico del caso	42
6.2.3. Evaluación de dietas hospitalarias.	43
6.2.3.1. Análisis de las dietas hospitalarias propuestas en el hospital y que pueden ser la mejor opción para la patología a estudiar.	45
IX. Dieta líquida	46
X. Alimentos que pueden ser utilizados para tratamiento con estomas de eliminación del tubo digestivo	46
6.3 Intervención nutricional	48
6.3.1. Tratamiento nutricional	48
XI. Objetivos de tratamiento nutricional	49
6.3.1.2. Vía de alimentación, el tipo de dieta y características que requiere el paciente	49
6.3.1.3 Cálculo dietosintético:	50
XII. Gasto energético total	51
XIV. Cuadro dietosintético	51
XV. Equivalentes	53
XVI. Distribución de equivalentes, menú dividido en 5 tiempos de comida, 3 fuertes y dos ligeras, fraccionado en séptimos.	54
6.3.1.4 Diseño de menú:	54
XVII. Diseño de menú	60
6.3.1.5 Suplementación:	60
XVIII. Diseño de menú	62
6.3.1.6 Recomendaciones generales para la enfermedad:	62
7. SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL CASO	63
8. DISCUSIÓN	68
9. CONCLUSIONES	69
10. RECOMENDACIONES (fortalezas y debilidades)	70

10.1.Fortalezas	70
10.2. Debilidades	71
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	71
XIV. Cronograma de actividades	73
12. REFERENCIAS	
13. ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS

1. Indicadores de carencia social asociado a la medición de pobreza multidimensional	10
2. Diagnóstico situacional de unidades médicas. Patología social. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.	12
3. Diagnóstico situacional de unidades médicas. Patología social. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.	12
4. Diagnóstico situacional de unidades médicas. Accidentes. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.	13
5. Diagnóstico de unidades médicas. Consultas por derechohabiente. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.	14
6. Etiología y fisiopatología	16
I. Operacionalización de las variables	20
II. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	21
III. Métodos y técnicas	22
IV. Recursos, humanos, materiales y financieros	23
V. Análisis de resultados. Moda, media, mediana.	24
VI. Análisis estadístico	25
7. Histograma	25
VII. Historia clínica nutricia	38
VIII. Recordatorio de 24 horas	42
9. Estudio bacteriológico de pseudomona aeruginosa Enterococcus faecium.	
10. Resultado de estudio bacteriológico. Desarrollo de stenotrophomona maltophilia.	42
11. Interpretación laboratorios	43
IX. Dieta líquida	47
X. Alimentos que pueden ser utilizados para tratamiento con estomas de eliminación del tubo digestivo	47
XI. Objetivos de tratamiento nutricio	50
XII. Gasto energético total	52
XIV. Cuadro dietonsintético	52
XV. Equivalentes	54
XVI. Distribución de equivalentes, menú dividido en 5 tiempos de comida, 3 fuertes y dos ligeras, fraccionado en séptimos.	55
XVII. Diseño de menú	61
XVIII. Diseño de menú	63
XIV. Cronograma de actividades	73

RESUMEN

Se trata de un paciente masculino de 55 años de edad el cual es internado el día 25 de noviembre y pasa 61 días en el Hospital General de Minatitlán, se interna con diagnósticos como colostomía, enfermedad diverticular de colón y hernia post incisional, presentando antecedentes de importancia como hipertensión arterial de 11 años de evolución, infarto del miocardio de 2 años, laparotomía, resección intestinal y colostomía terminal izquierdo de hace 2 años, enfermedad diverticular complicada con perforación y hernia paraesternal; se realiza una restitución de tránsito intestinal entero anastomosis y plastia de pared abdominal, se mantiene en ayuno para valoración médica hasta el día de cirugía (5 días), presentando varias incidencias después de la cirugía el paciente pasa por dietas líquida, blanda e hipercalórica e hiperproteica a través de 61 días de estar en el hospital, también pasa por alimentación enteral y se pide trasladarlo para que reciba alimentación parenteral, sin éxito con la alimentación parenteral regresa a casi 30 días con alimentación hipercalórica e hiperproteica, hiposódica y sin colecistoquinéticos. Se mide su progreso con encuestas nutricionales, medición de drenes, el gasto seroso y bioquímicos hasta lograr el alta médica.

INTRODUCCIÓN

La relación entre nutrición y salud es conocida y en general reconocida y aceptada por todos desde tiempos inmemorables, tanto en la prevención como en la recuperación de los daños ocasionados no solo por una enfermedad en particular, sino en cualquier enfermedad. La alimentación es considerada la mejor medicina para antes o después de cualquier enfermedad. La alimentación saludable es el mejor aliado de la enfermedad, procurando así que el tiempo que pase el paciente en recuperación sea lo más corto posible, promoviendo así la calidad máxima por lograr en la vida del paciente patológico, también las mejoras de los hábitos están destinados a quedarse con el paciente y que no se abandonen los buenos hábitos después de la alta médica para recaer lo menos posible y reducir las visitas hospitalarias al menos reduciendo la estancia hospitalaria. Existen varios tipos de dietas dentro del ambiente hospitalario y dependerá de la patología, hay una gran variedad de dietas específicas para cada enfermedad, sin embargo, en la mayoría de los casos en pacientes; hay una mezcla de enfermedades, muy raramente hay pacientes con solo una enfermedad, es por esto que, se debe conocer la función de cada una de las dietas dentro del ámbito hospitalario para dependiendo de cada paciente hacer la correcciones correctas dentro de cada plan de alimentación, dicho así, saber que se pueden juntar dos tipos de dietas o más para el conjunto de enfermedades que presente el paciente.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes generales

Existen varios factores que pueden aumentar el riesgo de sufrir diverticulitis; como el envejecimiento, sobrepeso, tabaquismo. Las personas que fuman cigarrillos son más propensas a experimentar diverticulitis que quienes no fuman, falta de ejercicio, dietas altas en grasa animal y baja en fibra y/o ciertos medicamentos.

Hay pocos estudios que presenten evidencia de una relación directa con factores etiológicos. La obesidad se asocia tanto a una mayor incidencia de sangrado diverticular como a diverticulitis. El riesgo relativo de diverticulitis se encontró entre un 1.5 a 2%, dependiendo del índice de masa corporal, la circunferencia de la cintura y el índice cintura-cadera. La actividad física, particularmente vigorosa, se relaciona con una disminución en la incidencia de la diverticulitis y el sangrado diverticular. La dieta alta en fibra, especialmente celulosa, también se asoció con una disminución en el riesgo de la enfermedad diverticular. La dieta baja en fibra enlentece al doble el tránsito intestinal y produce heces menos pesadas, lo que provoca un aumento en la presión intra colónica. Por otro lado, el consumo de nuez, maíz y palomitas de maíz, no se ha confirmado como factor de riesgo. En relación con los medicamentos, el uso de los antiinflamatorios no esteroideos y el acetaminofén se ha asociado con los síntomas de enfermedad diverticular severa, particularmente con sangrado. Una revisión reciente ha mostrado que la enfermedad diverticular sigmoidea adquirida es consecuencia de una dieta deficiente de fibra vegetal.

Los cinco principales factores de riesgo que pueden conducir a un infarto son:

- El consumo de tabaco.
- La hipertensión arterial.
- El sobrepeso y la obesidad.
- Los niveles elevados de colesterol.
- Sedentarismo.

La hernia diafragmática congénita, también llamada hernia paraesternal, diafragmática anterior o retroesternal, es un término aplicado a una variedad de enfermedades congénitas caracterizada por un desarrollo anormal del músculo diafragma en la que aparece una hernia con un saco peritoneal que protruye por el hiato esternocostal.¹ El término se usa con más frecuencia a la hernia de Bochdalek

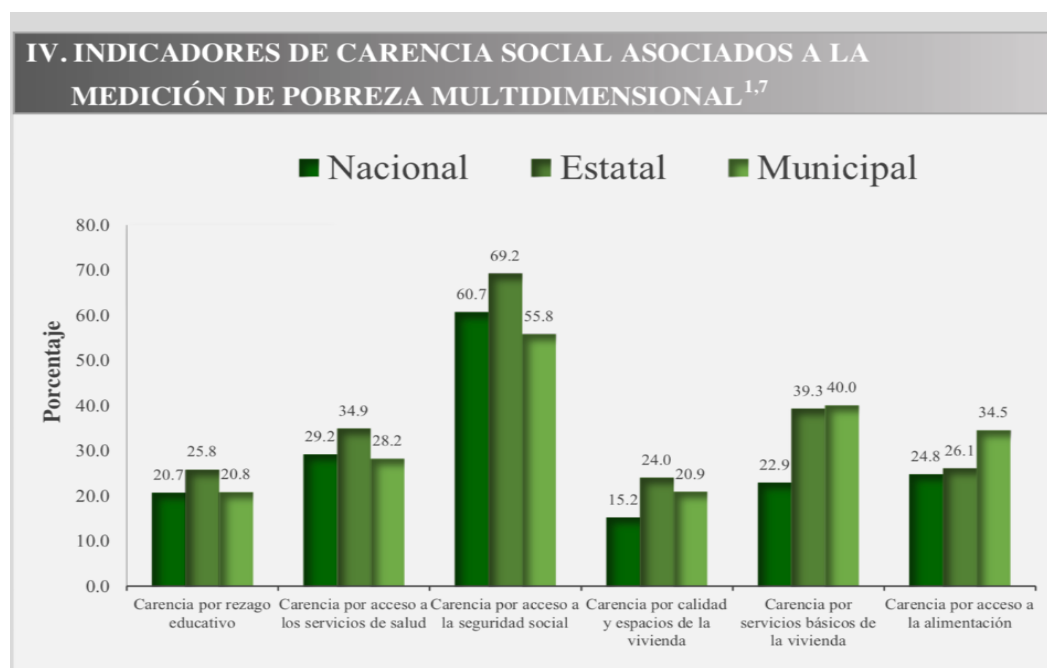
del lado izquierdo del diafragma, aunque también se refiere a otras variantes, como la hernia de Morgagni del lado derecho, eventración diafragmática y los defectos del tendón central del diafragma. En todos, el factor común es la malformación del diafragma, permitiendo que el contenido visceral intraabdominal protruye hacia el tórax impidiendo así la formación adecuada de los pulmones. En ocasiones puede ocurrir la incarceration de ese contenido visceral que ha invadido parte del tórax produciendo un cuadro de obstrucción intestinal.

Diagnóstico situacional:

Si bien existen unidades médicas distribuidas en todo el territorio nacional, predominantemente se concentran en la costa del Golfo de México y en el centro del país; de éstas, las que tienen mayor derechohabencia son los hospitales regionales de Ciudad Madero y Minatitlán, donde existe también el mayor número de trabajadores y jubilados. Existen costumbres, a nivel regional, que afectan negativamente la salud, como son: la ingesta de alimentos en la calle, la toma de agua no potable por un alto porcentaje de esta población, la mala higiene ambiental y personal, el tabaquismo y el alcoholismo. Mucho se ha discutido acerca del papel de la educación para lograr que la población conserve la salud; sin embargo, se carece de un indicador unívoco para medir esta variable y, por ello, se recurrió a la escolaridad y al juicio subjetivo de los directivos médicos del Hospital General de Minatitlán quienes dieron una opinión después de discutir entre ellos lo que es una buena, mala o regular educación de la población. Las actividades sociales pueden ser un instrumento útil para mantener y promover la salud. Por lo tanto, es importante saber en qué actividades se reúnen grupos a los que se puede llegar con mensajes que tengan impacto en la salud de las familias.

La patología social tiene factores más o menos constantes en toda la localidad de Minatitlán, donde reconocemos al alcoholismo, el tabaquismo, la violencia, la falta de higiene ambiental y personal y el creciente consumo de drogas. La lucha contra estos factores negativos para la salud no puede ser exclusiva de los servicios médicos, pero su conocimiento es importante para planear acciones conjuntas con el municipio e instituciones educativas y sociales. Los directivos que hicieron el diagnóstico situacional reconocen que a pesar de los criterios explícitos, es difícil definir el grado de alcoholismo y aún más el uso de drogas.

El ingreso promedio del 68 por ciento de los trabajadores petroleros de los cuales se compone el 30% del municipio de Minatitlán cuyo presupuesto es superior al de otros trabajadores, por lo que suponemos que cuentan con los recursos suficientes para una buena alimentación. de lo que resta de la población se muestran las tablas de rezago y carencias por acceso a los servicios de salud que se considera al menos esta población es la que recurre al servicio del Hospital General de Minatitlán, tablas que no muestran un porcentaje correcto de qué porcentaje es el que asiste adquiere el servicio, pues la normal social indica que más de la población que sufre carencias asiste a este servicio. 28.2% de esta población carecen de buenas prácticas de higiene, consumo alto de alimentos ultra procesados que se relaciona con el grado educativo, ya puede ser por falta de información o falta de recursos en los que se consume el producto que cubre más el hambre y tiene el menor valor. Lo cual nos da a notar un claro problema de salud.



1. *Indicadores de carencia social asociado a la medición de pobreza multidimensional*

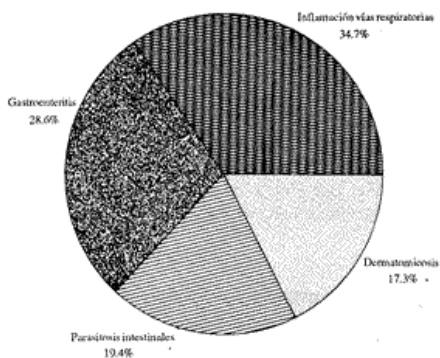
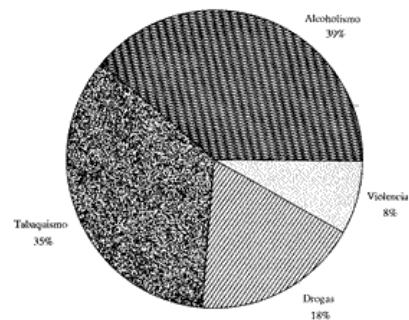
En cuanto a la morbilidad se aprecian diferencias en grado, pero a nivel regional las infecciones respiratorias ocupan el primer lugar seguidas de las gastroenteritis, las parasitosis intestinales y las dermatomicosis; llama la atención que los problemas dermatológicos aparecen de manera constante en la mayoría de las unidades médicas. Nuestra explicación tentativa se relaciona con el hecho de que es una zona industrial, el Hospital General de Minatitlán se encuentra en zonas tropicales y los trabajadores tienen contacto frecuente con diversas sustancias químicas. En cuanto a padecimientos crónico degenerativos, su presencia es más constante en el centro y norte del país. Pero no dejan de ser un problema sumamente importante en el municipio de Minatitlán. Los accidentes de trabajo son variados en razón al tipo de actividades que se efectúan en cada centro laboral; las contusiones abarcan prácticamente la mitad de los casos. Es importante comentar que las quemaduras ocupan un porcentaje muy bajo de todos los accidentes. La mortalidad general es diferente en cada región; no obstante, la enfermedad cardiovascular, la diabetes, las neumonías y los accidentes de cualquier tipo, son las causas más frecuentes en todo el sistema. Con respecto a la mortalidad hospitalaria se mencionó que la diabetes mellitus y sus complicaciones ocupan el primer lugar, lo que ocasiona además elevados gastos en el manejo intrahospitalario de los pacientes e internamientos prolongados para el tratamiento de sus complicaciones.

El promedio de consultas por derechohabiente fue de 6.5, pero con extremos tales como 12.6 en la Clínica Tampico y 2.6 en el Hospital de Nanchital, Veracruz. Estudiamos en la actualidad la relación del número de consultas con el área geográfica, con otras unidades de apoyo, con la morbilidad y mortalidad de la zona y particularmente con el número de jubilados o pensionados. Nuestra impresión inicial es que este fenómeno se puede explicar por la teoría propuesta por Wennberg del tipo de la práctica médica a nivel de cada hospital o unidad médica. Al elaborar diagnósticos situacionales de las unidades médicas del Hospital General de Minatitlán utilizando criterios explícitos, hemos logrado, ante todo, una alta motivación del personal, convencidos de que su trabajo es positivo; y el conocimiento de las causas de problemas importantes cuya solución es viable. Todo lo anterior ha dado por resultado la planeación, organización y ejecución de acciones dirigidas a la mejoría del estado de salud de la población de cada unidad médica,

pero siempre dentro del marco normativo de la Gerencia de Servicios de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz. Aunque no hay un indicador preciso para medir el grado de educación en la derechohabencia, los encuestados respondieron que es mala en el 23 por ciento; regular en 44 por ciento y buena en 33 por ciento. Los derechohabientes valoran algunas actividades sociales como muy importantes. Aunque son diferentes en cada localidad, existe una constante en todo el sistema en cuanto a las más frecuentes; en orden son: deportivas, de entretenimiento (cine, televisión) y culturales.

La patología social tiene ligeras variantes en cada una de las unidades médicas, pero en general aparecen en grado variable el alcoholismo, el tabaquismo, el consumo de drogas y la violencia.

2. *Diagnóstico situacional de unidades médicas.
Patología social. Petróleos Mexicanos,
Minatitlán.*



3. *Diagnóstico situacional de unidades médicas.
Patología social. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.*

El 32 por ciento de los trabajadores tiene un ingreso promedio menor a dos salarios mínimos; el 43 por ciento tiene de dos a cuatro salarios mínimos y el 25 por ciento más de cuatro salarios mínimos. Las causas de morbilidad varían en cada región geográfica; en la figura 2 se presentan los datos correspondientes a la morbilidad de todo el sistema.

Con respecto a los accidentes laborales, éstos varían de acuerdo al tipo de actividades que se desarrollan en cada centro de trabajo, pero el promedio a nivel nacional se muestra en la figura 3. Las cinco primeras causas de mortalidad general a nivel nacional se presentan en la figura 4. Si bien la diabetes mellitus aparece en segundo lugar, esta patología y sus complicaciones son la primera causa de mortalidad hospitalaria, lo que tiene una particular importancia debido al costo que genera su atención tanto a nivel ambulatorio como en los múltiples internamientos de los pacientes.

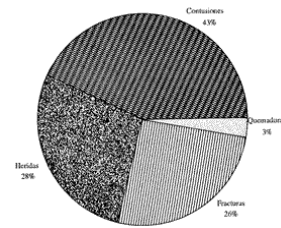
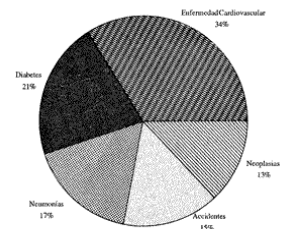
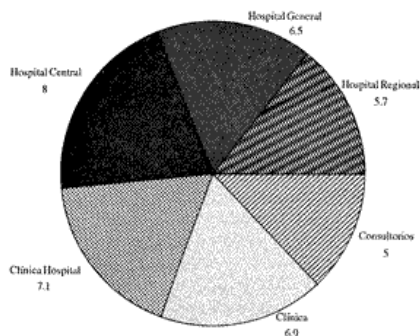


FIGURA 3. Diagnóstico situacional de unidades médicas. Accidentes. Petróleos Mexicanos, 1992

4. Diagnóstico situacional de unidades médicas. Accidentes. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.



El 84.8 por ciento de las pacientes embarazadas asiste a más de cinco consultas prenatales. Asimismo, casi el 80 por ciento de los niños menores de cinco años cuenta con el esquema completo de vacunación. El promedio de consultas por derechohabientes atendidos, según el tipo de unidad médica, fue de 6.5, con variaciones significativas de acuerdo con la ubicación y el tipo de unidad médica. Los resultados se aprecian en la figura 5.



5. Diagnóstico de unidades médicas. Consultas por derechohabiente. Petróleos Mexicanos, Minatitlán.

La relación de consultas de medicina general-especialidad de acuerdo con el tipo de unidad, es como sigue: consultorio y clínica 2 a 1; hospital general 1.1 a 1; hospital regional 0.6 a 1 y hospital central 0.25 a 1.

1.2 Antecedentes específicos

Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de lípidos de acuerdo a su recordatorio de 24 horas), dietas ricas en grasas saturadas e ingesta insuficiente de frutas y verduras, la inactividad física, el consumo de tabaco y el sobrepeso. Por otro lado, existen factores de riesgo no modificables en este paciente como los antecedentes familiares de hipertensión por parte de la madre y tío paterno y enfermedades cardiovasculares por parte del abuelo paterno, madre, abuelo materno y tío materno. y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes.

Se trata de paciente masculino de 55 años de edad el cual es internado el día 25 de noviembre, con los siguientes diagnósticos:

Colostomía/ enfermedad diverticular de colón/ hernia post incisional

Presenta los siguientes antecedentes de importancia:

1. Hipertensión arterial de 11 años de evolución
2. Infarto del miocardio hace 2 años
3. Laparotomía, Resección intestinal y colostomía terminal izquierda de hace 2 año realizada en el hospital de Pemex
4. Enfermedad diverticular complicada con perforación
5. Hernia paraestomal

1.3 Epidemiología de la patología seleccionada

La prevalencia de divertículos es difícil de calcular o medir, ya que en la mayoría de los estudios epidemiológicos se han incluido a persona sintomáticas, sin embargo, la mayoría de las personas que padecen esta enfermedad son asintomáticas y el diagnóstica se realiza de manera accidental, en el curso de estudios de imágenes y endoscópicos. Los factores de riesgo asociados a la presencia de diverticulosis son la edad avanzada y el bajo consumo de fibra en la dieta. En la diverticulitis los riesgos son la obesidad en pacientes mayormente jóvenes y la inmunosupresión primaria o secundaria. La hemorragia diverticular también se ha relacionado con el uso de

AINES; significa que estos fármacos no sólo aumentan el riesgo de patologías gástricas, sino que también se asocian a complicaciones en el colon. De los pacientes con diverticulitis, 10 al 20% requieren de tratamiento quirúrgico. En México la prevalencia de la diverticulitis es del 0 al 9%. En el hospital central militar 18% son detectados por colonoscopia, en el Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán” el 4.1% es detectado en estudios radiológicos y 1.9% en autopsias. En el hospital Español de México el 9.2% es detectado por medio de estudios radiológicos. En hombres son más frecuentes a partir de los 50 años y en las mujeres de los 50 a los 70 años. Pocos estudios relacionan las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y la enfermedad renal poliquística con la presencia de diverticulosis. Por otra parte existen numerosos estudios sobre la relación de riesgo de enfermedad diverticular y la inmunosupresión. Varios estudios individuales describen un mayor riesgo de sangrado diverticular con hiperlipidemias, enfermedad cardíaca coronaria, insuficiencia renal crónica y la hiperuricemia. Sin embargo, no hay estudios que confirmen estos resultados. El aspecto que mejor se ha estudiado es el uso regular de aspirina o antiinflamatorios no esteroideos (AINES), que se asocian con un mayor riesgo de diverticulitis y sangrado diverticular. Incluso con una dosis diaria de aspirina de 100 mg. Otros estudios también relacionan un aumento del riesgo de sangrado con los corticosteroides y los antagonistas de los canales de calcio.

1.4 Etiología y fisiopatología

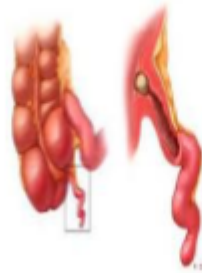
En la etiología de este paciente podemos reconocer varios factores que lo predisponen al conjunto de enfermedades actuales, como lo es; la predisposición genética por el lado de hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, factores ambientales dado que vive en una zona con un nivel alto de contaminación, estilo de vida ya que presenta inactividad física y consumo de tabaco y alcohol, hábitos dietéticos siendo uno de los factores que más afectan a este paciente, también la edad del paciente forma un factor importante para la presencia de divertículos. En la fisiopatología se explica el por qué se producen las enfermedades, cómo se producen y cuáles son sus síntomas, la etiología y la fisiopatología van directamente relacionadas; la etiología explica los factores de riesgo y la fisiopatología los efectos de este.

Etiología y fisiopatología

Enfermedades:
hipertensión,
diverticulitis,
enfermedad
cardiovascular

Anormalidades de la
musculatura del colon,
sitios de menor resistencia
de la pared (áreas de paso
de arterias o venas) por
múltiples factores.

Predisposición genética:
hipertensión por parte de la
madre y tío materno.
Enfermedad cardiovascular por
parte del abuelo paterno, madre,
abuelo materno y tío materno.



Factores ambientales: La contaminación del
aire ambiente ocupa el noveno lugar entre los
factores de riesgo de enfermedad
cardiovascular modificables. En Minatitlán,
Veracruz, uno de los tres municipios de la
entidad donde, marcadamente, se supera el
promedio nacional en la tasa de infección
respiratoria aguda por cada 100,000
habitantes.

Estilo de vida: inactividad
física y consumo de tabaco,
consumo de alcohol
ocasional.

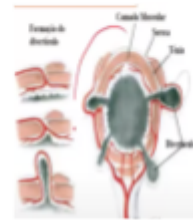
Hábitos dietéticos: dieta
baja en fibra, rica en
grasas saturadas e
ingesta insuficiente de
frutas y verduras)

Edad: mayores
de 50 años.
Roman: 55
años

Herniación de la
mucosa y
submucosa a través
de la muscular, por
mayor presión
intraluminal.

Diverticulitis:
inflamación del
divertículo por
obstrucción de
fecalitos o cuerpo
extraño.

Edema, aumento de
presión, disminución
de flujo sanguíneo,
proliferación
bacteriana
(microperforación).



6. Etiología y fisiopatología

1.5 Importancia de la nutrición

La constipación el consumo deficiente de poca fibra está relacionada con el estreñimiento, el estreñimiento con la alta presión intraluminal, al consumir entre 25 a 30 gramos de fibra que es una cantidad apropiada para la edad de éste paciente se disminuye el riesgo de presentar divertículos. En la diverticulitis fase aguda de la enfermedad diverticular; el objetivo general de la alimentación para este tipo de pacientes es que la alimentación sea lo más óptima en tema de digestión, que no cueste trabajo la digestión de ciertos alimentos, facilitando así el paso de los alimentos por el tracto gastrointestinal, la dieta para el paciente con diverticulitis tiene que ser muy específica ya que el 20% requiere de cirugía, las dietas postoperatorias se basan los primeros días en dietas líquidas y preoperatorias en limpieza del colón por medio de ayuno, el manejo de la hidratación para el paciente postoperado es sumamente importante, el registro diarios de líquidos (ingestión, orina y evacuaciones) por el gasto de estoma que puede presentar un riesgo de deshidratación, la importancia de la suplementación de elementos trazas en nutrición parenteral por las pérdidas gastrointestinales, la adaptación de una dieta específica al paciente Román no solo por la diverticulitis sino por el conjunto de enfermedades que presenta es sumamente importante para su óptima recuperación o al menos para conseguir el máximo beneficio en la calidad de vida. Tener lo menos de complicaciones posibles gracias a la dieta, es un hecho.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad media de diverticulitis es del 32.7% y las complicaciones operatorias debido al conjunto de enfermedades que se presentan en cada paciente causado principalmente por malos hábitos alimentarios, inadecuado estilo de vida y antecedentes no modificables. Una alimentación correcta que cumpla con las 5 características de ser completa, equilibrada, inocua, variada y adecuada; cumpliendo con los gramos correctos de fibra entre 25 y 30 g para adultos y el correcto consumo de probióticos. Aunque una dieta rica en fibra puede que no prevenga la diverticulitis, ayuda al tránsito intestinal, cuando ya se padece la enfermedad, consumir fibra se vuelve un trabajo más complicado, ya que, la fibra puede aumentar la inflamación o el dolor; todas las verduras cocidas, arroz refinado, pasta refinada, evitando más inflamación en un principio de la enfermedad. Nada de semillas, ya que los consumos de estas pueden provocar más inflamación en los divertículos. Algunos estudios muestran que los probióticos pueden ayudar con los síntomas de la diverticulosis y a prevenir la diverticulitis. En cambio; una alimentación alta en consumo de semillas puede aumentar el riesgo de padecer divertículos.

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la intervención alimentaria y el conjunto de enfermedades del paciente en particular?

3. JUSTIFICACIÓN

El propósito de este caso clínico es determinar la relación entre la alimentación precedente del señor conforme a su conjunto de patologías y realizar una intervención nutricia y observar la relación entre esta intervención y el progreso del señor, de manera que se reduzcan las amenazas o riesgos de la enfermedad debido a malas prácticas alimentarias; mejorando la calidad de vida mediante objetivos de corto y largo plazo en su tratamiento.

Es inevitable pensar que los antecedentes modificables como no modificables juegan un papel muy importante en las enfermedades que presenta el paciente y es por esto que se debe de investigar adecuadamente cada una de ellas para saber tratar al paciente de una manera más oportuna e integral. Los malos hábitos se tienen que modificar para poder replantearnos por hábitos saludables y que mantengan una mejor calidad de vida para el paciente.

El campo de este caso clínico abarca temas nutricionales durante toda la intervención, sin embargo, también se centra mucho en el lado médico que es evidente no se puede dejar de lado, llevándolo de la mano con la fisiopatología, la elección de tema ha sido polémico por mucho tiempo y es lo que a mi parecer lo distingue de diferentes casos clínicos y conjunto de patologías, ya que, no existen dietas específicas para el paciente con diverticulitis, no se considera una patología aislada, por lo que normalmente es una de las consecuencias de haber presentado patologías anteriormente, lo que nos pone en un contexto diferente, en esta patología se debe voltear a ver la patología de cabecera, pero sin subestimar, existen muchos artículos que hablan sobre dietas no específicas, pero existen otros artículos en los que existe evidencia del por qué evitar cierto consumo de productos y cuales promover su consumo, es por esto, que la diverticulitis no es una enfermedad fácil de tratar a nivel nutricio y me es más interesante y aún más, un reto.

4. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la intervención con dieta hipercalórica, hiperproteica, mantenimiento hidroelectrolítico e hiposódica en paciente postoperatorio de laparotomía, colostomía, lisis de adherencias y plastia de pared abdominal con malla en paciente masculino de 55 años en Hospital General de Minatitlán.

4.1 Objetivos específicos

1. Determinar si el tipo de dieta a seguir en este paciente preoperatorio y post operatorio es correcta para su óptima recuperación.
2. Identificar la relación de antecedentes familiares con las patologías que presenta el paciente.
3. Observar la evolución del paciente bajo un régimen alimenticio.
4. Reconocer que dieta es más favorable para el paciente mediante la supervisión de su estadía hospitalaria.
5. Conocer la fisiopatología completa del paciente.

5. METODOLOGÍA

5.1 Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Diverticulitis	Cualitativa nominal	<p>Estadio I: Absceso pericólico.</p> <p>Estadio II a : Absceso a distancia que requiere drenaje percutáneo.</p> <p>Estadio II b: Absceso complicado con o sin fístula.</p>	La diverticulitis es una patología que se caracteriza por una inflamación o infección en uno o más de los pequeños sacos del tracto digestivo.	Características de enfermedad
Dieta hiposódica baja en fibra	Cualitativa	Calidad de la dieta	<p>Dieta hiposódica: Es una dieta que controla la ingestión de sodio (Na) para mantener el estado de hidratación a fin de impedir la retención de líquidos.</p> <p>Baja en fibra: Es una dieta que no incluye alimentos que tienen alto contenido de fibra o difíciles de digerir como: Frijol y</p>	Características de la dieta

			legumbres. Granos enteros.	
Género	Cualitativa ordinal	Hombre Mujer	El género se refiere a la manera en que la sociedad cree que tenemos que vernos, pensar y actuar como niñas y mujeres, y niños y hombres. Cada cultura tiene sus creencias y reglas informales sobre cómo deben actuar las personas según su género.	Cuestionario o información básica
Índice de Masa Corporal	Cualitativa ordinal politémica	obeso mayor a +2DE, sobrepeso mayor a +1DE, normal 1 a 2DE, delgadez menor a 2DE, delgadez severa menor a -3DE	El índice de masa corporal (IMC) es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. Para la mayoría de las personas, el IMC es un indicador confiable que se usa para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemas de salud.	Tablas de la OMS

Estado nutricional	Cuantitativa continua	<18 kg/m ² bajo peso 18-24.9 kg/m ² peso normal 25-27.9 kg/m ² sobrepeso ligero 28-29.9 kg/m ² sobrepeso moderado 30-34.9kg/m ² obesidad grado I 35-39.9kg/m ² obesidad grado II 40 y más kg/m ² obesidad grado III	Según el peso y la talla, se determina el IMC, datos recogidos en la historia clínica.	Distribución de frecuencias y porcentajes
Edad	Cualitativa discreta	años de edad	El número de años de algo que está vivo o está en existencia. Un ejemplo de edad es tener 16 años de edad.	Cuestionario

I. Operacionalización de las variables

5.2 Tipo de estudio

Ensayo clínico: son estudios de investigación que prueban qué tan bien puede aplicarse los tratamientos médicos a los pacientes. Cada estudio responde preguntas científicas e intenta encontrar mejores formas de prevenir, examinar, diagnosticar o tratar una enfermedad.

5.3 Población de estudio

La muestra se estructura de un paciente masculino de 55 años que presenta diferentes diagnósticos con principal afección por diverticulitis aguda.

5.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de eliminación
Paciente que haya pasado por tratamientos anteriormente o recaídas de la enfermedad en tema.	Pacientes que no tienen seguro popular.	Paciente que sea trasladado.
Paciente con conjunto de enfermedades de interés en abordaje nutricional.	Paciente que tenga prescrita dieta normal desde su ingreso.	Pacientes que fallezcan en el proceso de estudio.
Paciente que tenga mayor a 10 días de hospitalización para facilitar su estudio.	Pacientes que no están internados en el Hospital General de Minatitlán.	
Paciente entre 50 y 60 años		

II. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

5.5 Métodos y técnicas

Métodos	Técnicas
Indicador dietético	Formato R24
Diseño de menú	Dietas pre establecidas con correcciones
IMC	Tablas de la OMS
Identificar estilo de vida	Cuestionario

III. Métodos y técnicas

5.6 Recursos, humanos, materiales y financieros

Recursos humanos	Recursos materiales	Modelo	Marca	País de origen	Recursos financieros
Director del proyecto, estudiante encargado del proyecto, encuestador.	Papelería : Hojas para encuesta		Bio pappel	México	\$ 115
	Lapiceros	crystal	BIC	Francia	\$ 57
	Computadora para base de datos	MacBook Pro Retina MUHR2 E/A 13.3", Intel Core i5 1.40GHz, 8GB, 256GB SSD	Apple	Estados Unidos	\$ 20,000
	Báscula	Monitor de composición	Omron	Japón	\$ 1199

		corporal 7 indicador es			
	Cinta Metalica	2 mts isak	Avanutr i	Brasil	\$ 350
	Total				\$21,669

IV. Recursos, humanos, materiales y financieros

5.7 Análisis de resultados

Días	Escala del dolor	Xi ordenado	
1	8	1	
2	8	1	
3	7	1	
4	10	1	
5	6	1	
6	5	2	
7	5	3	
8	5	3	
9	5	3	
10	3	3	
11	3	5	
12	3	5	
13	3	5	
14	2	5	
15	1	6	
16	1	7	

17	1	8	
18	1	8	
19	1	10	
Moda		3 y 5	Son los valores de intensidad de dolor que más se presentaron en el paciente
Media		4,1	Este valor es la intensidad de dolor abdominal promedio que sintió el paciente
Mediana		3	Escala de intensidad de dolor que se encuentra en medio de los datos

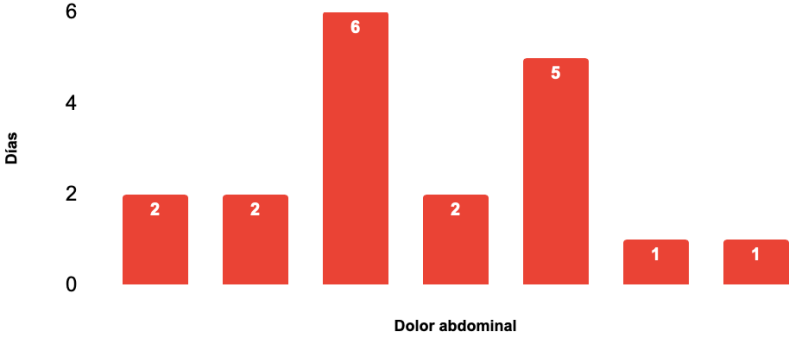
V. Análisis de resultados. Moda, media, mediana.

Desviación estándar	ERROR ESTÁNDAR
2,77	0,63
Columna	
Media	3,684210526
Error típico	0,3750448829
Mediana	3
Moda	3
Desviación estándar	1,634782744
Varianza de la muestra	2,67251462
Curtosis	-0,4669657194
Coefficiente de asimetría	0,1445597906
Rango	6
Mínimo	1
Máximo	7
Suma	70
Cuenta	19
Nivel de	0,7879400606

confianza(95.0%)

VI. Análisis estadístico

Escala de dolor abdominal del 1 al 10 en los primeros 19 días postoperatorios



7. Histograma

6. RESULTADOS

6.1 Descripción del caso

Se trata de un paciente de 55 años de edad el cual es internado el día 25 de noviembre, con un diagnóstico de diverticulitis aguda, hipertensión y hernia paraestomal; El tratamiento principal en la mayoría de los casos es la resección del segmento colónico de donde se está ocasionando la perforación y la creación de una colostomía proximal. A ingresar presenta los siguientes antecedentes de importancia:

1. Hipertensión arterial de 11 años de evolución
2. Infarto del miocardio hace 2 años
3. Laparotomía, Resección intestinal y colostomía terminal izquierda de hace 2 año realizada en el hospital de Pemex
4. Enfermedad diverticular complicada con perforación
5. Hernia paraesternal

Comienza su protocolo preoperatorio, donde se plantea realizar la restitución del tránsito intestinal y entero-entero anastomosis, así como plastia de pared abdominal. Se mantiene en ayuno y se prepara el colón para su intervención quirúrgica, continúa pendiente su valoración por medicina interna. Se reporta muy delicado.

Siendo 26 de noviembre, el paciente es valorado por medicina interna con un Goldman II y un Desky I, el día de hoy, iniciará con un antimicrobiano (Metronidazol intravenoso) y ayuno. A partir de las 22 horas del mismo día se administrará NULYTELY y se realizará enema evacuante

La administración de NULYTELY consiste en: Disolver 1 sobre en 1000 ml de agua, consumiendo un total de 4000 ml por los 4 sobres en 4 horas, se administrarán 250 ml cada 15 minutos hasta consumir 4000 ml y con ello los 4 sobres.

Los enemas evacuantes se practicarán para el día 28 de noviembre a las 12:00, 18:00 y 24:00 horas.

El día 29 de noviembre del 2021 al completarse su protocolo quirúrgico, el paciente es ingresado a quirófano en donde se le realizó resección de extremos del colon entero -entero anastomosis término-terminal + cierre de colostomía + plastia de pared con malla, sin incidentes ni complicaciones en el acto quirúrgica.

30/11/2021 El paciente cumple su primer día postoperatorio y de ayuno de los 5 días requeridos para el inicio de dieta líquida. Penrose con gasto mínimo, abdomen

ligeramente distendido, herida quirúrgica limpia, bordes bien afrontados sin datos de infección. Inicia deambulación y se le explica al paciente y al familiar la importancia de la misma.

01/12/21 Segundo día postoperatorio. Incisiones quirúrgicas suturadas con salida de líquido serohemático a través de la incisión media, Penrose con gasto bajo serohemático, peristalsis disminuida.

02/12/2021 Paciente cursando su tercer día postoperatorio, manifestando distensión moderada. Abdomen blando, depresible con peristalsis disminuida, sin plastrones, incisiones quirúrgicas suturadas y limpias, Penrose con bajo gasto de líquido serohemático.

03/12/2021 Paciente que cursa su cuarto día postoperatorio aún sin canalizar gases, sin presencia de evacuaciones, aun con gasto serohemático mínimo a través de la herida quirúrgica.

04/12/22 Presenta dehiscencia de herida quirúrgica donde se encontraba la estoma con desgarro de los tejidos blandos y sangrado moderado que ocasionó un hematoma en ese sitio.

06/12/22 Al pase de visita se le retiró un punto de sutura de la herida mencionada, presentando evisceración, por lo cual se ingresa nuevamente a quirófano para aseo quirúrgico y exploración abdominal.

Diagnósticos postoperatorios:

1. Oclusión intestinal por adherencias
2. Hematoma en pared abdominal
3. Dehiscencia de herida quirúrgica
4. Eventración postoperatoria

Se le realizó colocación de sonda nasogástrica, sonda Foley, colostomía funcional.

Comentario: Se mantendrá el esquema de tratamiento antimicrobiano, sintomático y metabólico, también se mantendrá con sonda nasogástrica.

[INICIA NUTRICIÓN]

08- Dic - 2021 Abdomen moderadamente distendido, blando, depresible, levemente doloroso en toda su extensión, peristalsis disminuida, colostomía funcional (canaliza gases intestinales) ambos drenajes de Penrose con gasto bajo serohemático. Se agrega al tratamiento antimicrobiano ácido ascórbico.

Se solicita envío a unidad de nutrición parenteral.

09 – Dic – 22: Tercer día de postoperatorio de Laparotomía, colostomía, lisis de adherencias y plastia de pared abdominal con malla. Colostomía ya funcional. Gasto por colostomía de 5 ml, por SNG 70 ml, Penrose derecho 35 ml, izquierdo de 40 ml. Canaliza gases a través de la colostomía y deambula. Abdomen levemente distendido y doloroso a la palpación en todos sus cuadrantes. Peristalsis presente, ambos drenes de Penrose con gasto serohemático escaso, ambas incisiones quirúrgicas con salida de escaso líquido serohemático. Se retira SNG durante el pase de visita médica. Inició con dieta líquida.

10 – Dic – 22: Estoma de la colostomía sigue funcional, se requiere nutrición enteral total. Corrección de hemoglobina, ya deambulando, no refiere dolor. Mismo esquema de tratamiento. Se le agrega dieta hipercalórica e hiperproteica y albúmina humana, mismo esquema antimicrobiano y mantenimiento hidroelectrolítico.

13 – Dic – 22: Tolera alimentación hipercalórica e hiperproteica. Lesión media dehiscente en sus tercios medio e inferior aun con puntos de sutura y contención. Penrose con gasto bajo serohemático. Peristalsis normal, colostomía funcional presenta necrosis a dos puntos de la incisión media, incisión lateral sin complicaciones. Sonda Foley funcional.

14 – Dic – 22: Octavo día de reintervención quirúrgica. Herida quirúrgica en su mitad inferior con salida de líquido serohemático escaso, la herida lateral se encuentra limpia y suturada. En sus estudios de laboratorio se reporta aumento de la albúmina, descendió la hemoglobina a 8.9 mg/dL.

15 – Dic – 22: Noveno día de reintervención quirúrgica. Continúa igual, se solicita una unidad de concentrado eritrocitario. Recibió una transfusión sanguínea.

16 – Dic – 22: Décimo día de reintervención quirúrgica. Manejo con multivitamínicos y dieta hipercalórica e hiperproteica, se agrega metamizol.

17 – Dic – 22: Se mantiene asintomático, con peristalsis presente, incisión quirúrgica en la línea media dehiscente con salida de contenido abdominal, sin evisceraciones, drenado escaso de líquido seroso. Los bordes presentan tejido necrótico escaso, la incisión lateral se encuentra saturada y sin complicaciones, ambos drenes de Penrose presentan bajo gasto seroso. Aumentó su hemoglobina a 10 mg/dL.

Se afrontaron bordes de herida quirúrgica y aseo.

18 – Dic – 22: Se retiró la Sonda Foley.

19 – Dic – 22: Se solicitó cultivo de herida quirúrgica. Se aísla paciente por posible infección de herida quirúrgica, debido a la presencia de líquido purulento en cantidad moderada

20 - Dic – 22: El resultado de cultivo indica presencia de STENOTROPHOMONA MALTOPHILIA sensible a Amikacina, Trimetoprima con Sulfametoxazol, cloranfenicol, Gentamicina. Resistente a Ampicilina, Carbenicilina, Cefalotina, Gentamicina, Cefotaxima, Norfloxacin, Ciprofloxacino y Nitrofurantoina.

21 – Dic – 22: Al pase de visita el paciente refiere vomito dos veces por la mañana, niega presencia de otros síntomas. Abdomen con herida quirúrgica dehiscencia, salida de contenido purulento no fétido, colostomía funcional.

24 – Dic – 22: El gasto por la herida quirúrgica se incrementó.

26 – Dic – 22: El gasto continúa siendo elevado, irritación de la herida quirúrgica.

27 – Dic – 22: Continúa con aumento del gasto por la fístula enterocutánea. Se agrega a su manejo Octreotide. Se solicitó cultivo de herida quirúrgica.

28 – Dic – 22: No ha conseguido el Octreotide. El cultivo de herida quirúrgica reportó Pseudomonas Aureginosa y Enterococcus faecium.

29 – Dic – 22: El paciente refiere disminución de gasto por la fístula enterocutánea, al pase de visita no presenta gasto. Herida quirúrgica parcialmente dehiscente. Penrose con gasto bajo seropurulento. El paciente recibió la primera dosis de Octreotide.

30 – Dic – 22: Gasto mínimo con mejoría gradual de sus condiciones generales. Las incisiones quirúrgicas están cicatrizando lentamente y se encuentran libres de exudados. Inicio de esquema de Imipenem/ Cilastatina.

31 – Dic – 22: Gasto por fístula continúa siendo mínimo, incisión quirúrgica parcialmente dehiscente, incisión de la línea media con salida de líquido fecaloide desde la fístula enterocutánea.

03 – Ene – 22: Inicia esquema de tratamiento antimicrobiano con Meropenem. Continuó con disminución del gasto por la fístula enterocutánea a partir del uso del Octreotide.

04 – Ene – 22: Continuó con gasto mínimo por herida quirúrgica, refiere eritema en piel debido a la secreción, por lo que no se colocó bolsa colectora.

05 – Ene – 22: Se modificó manejo: Se indican las últimas dosis de Carbapenem, Metronidazol y Metamizol y se disminuyó la dosis de Ketorolaco.

06 – Ene – 22: Aumentó el funcionamiento de la colostomía, y disminuye el eritema en la fístula.

10 – Ene – 22: Dieta polimérica no disponible en hospital.

13 – Ene – 22: Se solicitó dos unidades de concentrado eritrocitario (Hemoglobina: 9.9 mg/dL).

15 – Ene – 22: Recibió la transfusión de dos unidades de concentrado eritrocitario.

17 – Ene – 22: (Hemoglobina: 11.6 mg/dL). El paciente adquiere de manera externa dieta polimérica hipercalórica e hiperproteica (Ensure).

20 – Ene – 22: El gasto por la fístula enterocutánea continuó siendo bajo, pero no remitió. Se consideró su egreso en cuanto la fístula cerrará.

21 – Ene – 22: Se consideró su egreso debido a aumento de gasto por fístula enterocutánea (1000 ml en 24 horas).

24 – Ene – 22: Las condiciones generales mejoraron, la incisión quirúrgica se encuentra dehiscente en un punto de su tercio medio, sitio donde se encuentra el orificio externo fistuloso con eritema moderado alrededor, con gasto de 500 ml de líquido intestinal.

27 – Ene -22: Continuó con gasto aumentado por la fístula enterocutánea. 600 ml en 24 horas. Se reinició tratamiento con Octreotide.

31 – Ene – 22: Se reportó un gasto de 50 ml en 24 horas de la fístula enterocutánea.

01 – Feb – 22: Se reportó un gasto mínimo (no se pudieron establecer cifras en 24 horas) de la fístula enterocutánea.

02 – Feb -22: Egreso hospitalario.

6.1.1. Historia clínica nutricional:

HISTORIA CLÍNICA									
UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA									
HISTORIA CLÍNICA								No. Expediente:	
1.- DATOS GENERALES								Fecha : 01 ENERO	
Nombre/Apellido: xxx						Sexo: F M		Edo. Civil: casado	
Edad: 55 AÑOS			Fecha nacimiento (DD/MM/AAAA): 10 02 66			Ocupación: Cajero			
Correo: xxx			Domicilio : xxx				Tel: XXX		
Religión: cristiano			Motivo de la consulta: Mucha molestia abdominal			Alguna canalización:			
2.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES									
Padre (X)			Abuelo paterno (X)			Abuela paterna (X)			
	Si	No		Si	No		Si	No	
Sobrepeso	x		Sobrepeso	x		Sobrepeso	x		
Obesidad		x	Obesidad		X	Obesidad		x	
Diabetes		x	Diabetes		X	Diabetes		x	
HTA		x	HTA		X	HTA		x	
Cáncer (tipo)	x		estómago Cáncer (tipo)		X	Cáncer (tipo)		x	
Dislipidemias		x	Dislipidemias		X	Dislipidemias		x	
Alergias		x	Alergias		X	Alergias		x	
E. Cardiovascular		x	E. Cardiovascular	x	X	E. Cardiovascular		x	

E. Renal				E. Renal	X		E. Renal		x
Depresión		x		Depresión	x		Depresión		x
Ansiedad		x		Ansiedad	x		Ansiedad		x
Estrés				Estrés	x		Estrés		x
Otros		x		Otros	x		Otros		x
Madre (X)				Abuelo materno (X)			Abuela materna (X)		
	Si	No			Si	No		Si	No
Sobrepeso	x			Sobrepeso		x	Sobrepeso	x	
Obesidad		x		Obesidad		x	Obesidad		x
Diabetes	x			Diabetes		x	Diabetes		x
HTA	x			HTA		x	HTA		x
Cáncer (tipo)		x		Cáncer (tipo)		x	Cáncer (tipo)		x
Dislipidemias		x		Dislipidemias		x	Dislipidemias		x
Alergias		x		Alergias		x	Alergias		x
E. Cardiovascular	x			E. Cardiovascular	x		E. Cardiovascular		
E. Renal		x		E. Renal	x		E. Renal		x
Depresión		x		Depresión		x	Depresión		x
Ansiedad		x		Ansiedad		x	Ansiedad		x
Estrés		x		Estrés			Estrés		x
Otros		x		Otros		x	Otros		x
Tíos por parte de la madre:					Tíos por parte del padre:				
	Si	No					Si	No	
Sobrepeso	x	x			Sobrepeso		X		

Obesidad				Obesidad	X	
Diabetes	x			Diabetes		X
HTA	x			HTA		X
Cáncer (tipo)	x			Cáncer (tipo)		X
Dislipidemias			X	Dislipidemias		X
Alergias			X	Alergias		X
E. Cardiovascular	X			E. Cardiovascular		X
E. Renal			X	E. Renal		X
Depresión			X	Depresión		X
Ansiedad			X	Ansiedad		X
Estrés			X	Estrés		x

3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

	Si	No	Cantidad y frecuencia		Si	No	Cantidad y frecuencia:
Consumo de alcohol	x		2/7	Consumo de drogas		x	
Consumo de tabaco	x		4/7				

4.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Cirugías: Laparotomía, Resección intestinal y colostomía terminal izquierda de hace 2 año realizada en el hospital de Pemex	Intolerancia (alimentos)	NO
---	--------------------------	----

	Alergias (alimentos/medicamentos)		NO		
Medicamentos actuales : Nulytely, octríde, APP: Hipertensión					
INFORMACIÓN IMPORTANTE EN HOMBRES					
Antecedentes de próstata		No ha tenido ningún antecedente importante de próstata			
HISTORIA DE CAMBIO DE PESO					
Consumo de productos para bajar de peso		No consume ningún producto para bajar de peso			
Comentario de el paciente:		Ninguno.			
4.2.- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS					
	Si	No		Otros:	
Depresión		x			
Estrés	x				
Ansiedad		x			
4.3- HISTORIA DENTAL					
	Si	No		Si	No
Dentadura completa	<input type="checkbox"/>		Tratamientos actuales		<input type="checkbox"/>
Problemas de masticación o deglución		<input type="checkbox"/>	Otros:		
4.4.- ENFERMEDAD ACTUAL					
	Si	No		Si	No

Diabetes		<input type="checkbox"/>	Alergias/tipo			E. renal		<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>		Ansiedad		<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo		<input type="checkbox"/>
Dislipidemias		<input type="checkbox"/>	Estrés	<input type="checkbox"/>		E. cardiovascular	<input type="checkbox"/>	
Intolerancia		<input type="checkbox"/>	Cáncer (tipo)		<input type="checkbox"/>	Otros	Diverticulitis y hernia paraesternal	

5.- ESTILOS DE VIDA

Actividad Física que practica		1	2	3
Nombre del deporte/actividad	N/ R			
Frecuencia (días por semana 7/7)	N/ R			
Tiempo de actividad física (min/día)	N/ R			
Horas a la semana (hrs)	N/ R			

Nivel de actividad física (sedentario, poco activo, activo, muy activo):

Sedentarismo porque dejó su trabajo de obrero hace 3 meses por dolores abdominales graves y por cirugía de hace dos años.

Hora	Minutos
Sueño: 7 horas	Celular: 3 horas
Lectura: 0	Televisión: 2 horas
Videojuegos: 0	Computadora: 0

6.- EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

--

Peso: más de un año: 78 kg	Pliegue Bicipital
Estatura: 1.68	Pliegue Tricipital
Circunferencia del Brazo	Área Muscular del Brazo
Circunferencia de Cintura	Área del Brazo
Circunferencia de Cadera	Área del Grasa del Brazo
IMC: 27.8	Circunferencia de muñeca

Clasificación del IMC

Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	25.0 - 29.9
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	30.0 - 34.9
Obesidad de clase II	35.0 - 39.9
Obesidad de clase III	≥ 40.0

La obesidad en México está considerada actualmente como un grave problema de salud. Estado patológico.

		Altura en (m)											
		150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205
Peso en (kg)	40	17,78	16,65	15,63	14,69	13,84	13,06	12,35	11,69	11,08	10,52	10,00	9,52
	45	20,00	18,73	17,58	16,53	15,57	14,69	13,89	13,15	12,47	11,83	11,25	10,71
	50	22,22	20,81	19,53	18,37	17,30	16,33	15,43	14,61	13,85	13,15	12,50	11,90
	55	24,44	22,89	21,48	20,20	19,03	17,96	16,98	16,07	15,24	14,46	13,75	13,09
	60	26,67	24,97	23,44	22,04	20,76	19,59	18,52	17,53	16,62	15,78	15,00	14,28
	65	28,89	27,06	25,39	23,88	22,49	21,22	20,06	18,99	18,01	17,09	16,25	15,47
	70	31,11	29,14	27,34	25,71	24,22	22,86	21,60	20,45	19,39	18,41	17,50	16,66
	75	33,33	31,22	29,30	27,55	25,95	24,49	23,15	21,91	20,78	19,72	18,75	17,85
	80	35,56	33,30	31,25	29,38	27,68	26,12	24,69	23,37	22,16	21,04	20,00	19,04
	85	37,78	35,38	33,20	31,22	29,41	27,76	26,23	24,84	23,55	22,35	21,25	20,23
	90	40,00	37,46	35,16	33,06	31,14	29,39	27,78	26,30	24,93	23,67	22,50	21,42
	95	42,22	39,54	37,11	34,89	32,87	31,02	29,32	27,76	26,32	24,98	23,75	22,61
	100	44,44	41,62	39,06	36,73	34,60	32,65	30,86	29,22	27,70	26,30	25,00	23,80
	105	46,67	43,70	41,02	38,57	36,33	34,29	32,41	30,68	29,09	27,61	26,25	24,99
	110	48,89	45,79	42,97	40,40	38,06	35,92	33,95	32,14	30,47	28,93	27,50	26,17
	115	51,11	47,87	44,92	42,24	39,79	37,55	35,49	33,60	31,86	30,24	28,75	27,36
120	53,33	49,95	46,88	44,08	41,52	39,18	37,04	35,06	33,24	31,56	30,00	28,55	

- Peso Bajo**, menor a 18,5
- Peso normal**, entre 18,5 y 24,9
- Sobrepeso**, entre 25 y 29,9
- Obesidad**, entre 30 y 39,9
- Obesidad morbida**, más de 40



VII. Historia clínica nutricia

6.2 Evaluación nutricia

RECORDATORIO DE 24 HORAS										
Tie mp o	Lu ga r	Ho ra	Alimentos	Energí a (kcal)	Proteín as (g)	Lípid os (g)	Hdc (g)	Sodio (mg)	Colest erol	
De say un o: caf é y hu ev os mo tul eñ os	cas a	10 am	1 cucharadita café	4	0.2	0.0	0.7	1.0	10	
			leche ¼ taza	21.5	2.1	0.1	2.9	31.5		
			azúcar ½ cucharadita	8.25	0.0	0.0	2.1			
			2 huevos	126	11	8.8	0.6	123.2		372.2
			una tortilla de maiz	64	1.4	0.5	13.6	0.0		
			una rebanada de jamón de pavo	27	4	1.05	0.05	209.25		5
			una rebanada de queso	51	3.05	4.05	0.6			
				44	0.0	5	0.0			

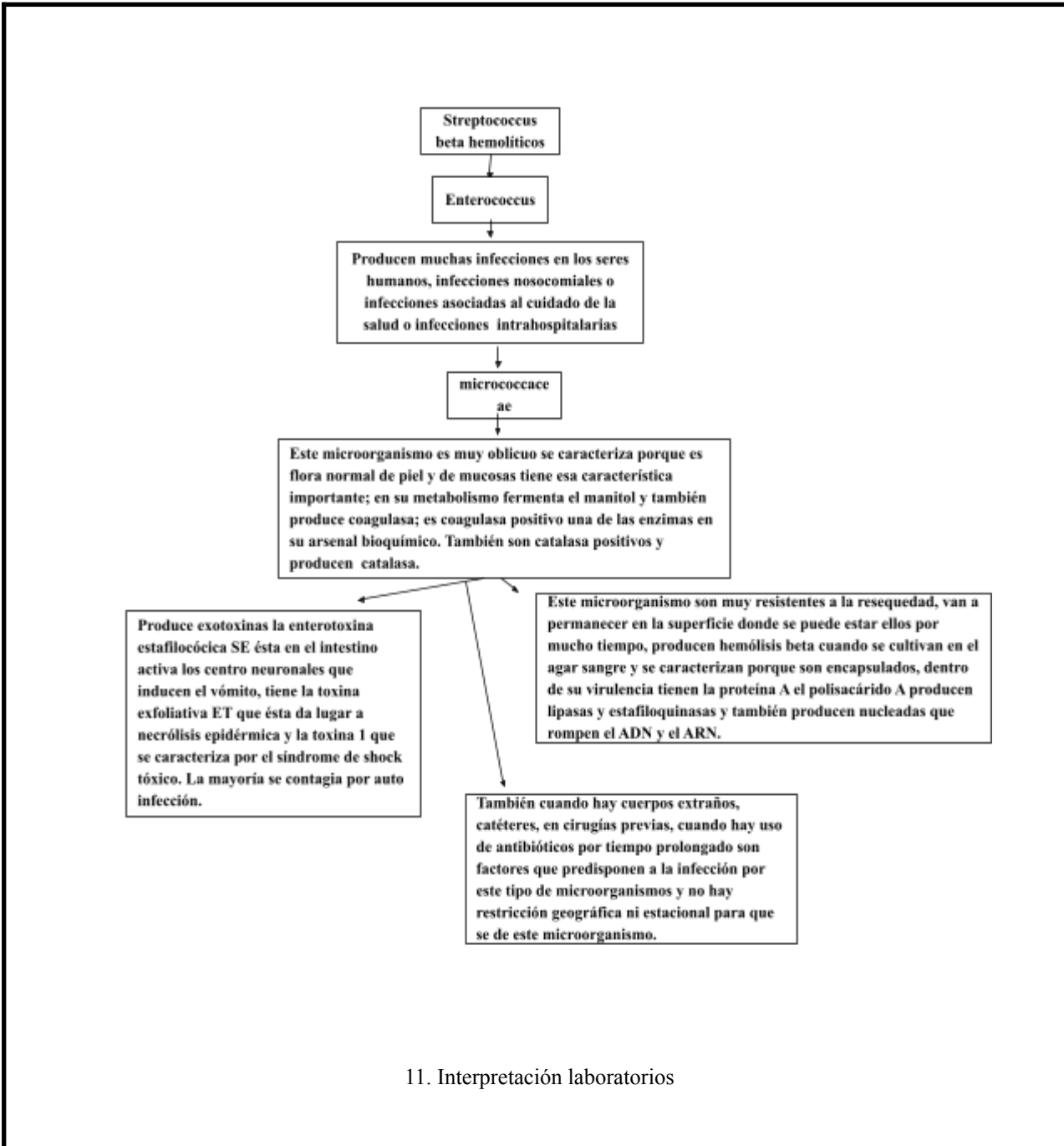
			manchego						
			aceite canola 1 cucharadita						
TOTAL				345.75 kcal	21.75 g	19.5 g	20.55 g	364.95 mg	387.2 mg
co mi da: pol lo ros tiz ad o, ens ala da rus a co n coc a col a	co mp rad o en la cal le, co nsu mi do en cas a	2 pm	una pierna de pollo rostizado	79	8.7	4.6	0.0	26.2	50
			un muslo de pollo rostizado	76	7.6	4.8	0.0	23.1	55
			media taza de zanahoria	23	0.5	0.1	4.1	0.0	
			½ taza de papa	59	1.3	0.1	13.7	2.5	
			media crema 1 cucharadita	43	0.0	3.2	2.1	0.0	6
			mayonesa 1 cucharadita	34	0.1	3.5	0.2	27.8	25
				152	0.0	0.0	38.8	14	

			½ taza de coca						
TOTAL				466 kcal	18.2 g	16.3 g	58.9 g	93.6 mg	136
ent re co mi da: pa ket ax o y coc a			paketaxo media taza	145	2	9	14	190	
			½ del vaso anterior	152	0.0	0.0	38.8	14	
TOTAL				297 kcal	2 g	9 g	52.8 g	204 mg	
Ce na: hot dog, ens ala da de	cas a	8 pm	1 salchicha	120	14.6	6.4	1.0	407.3	35
			1 pieza de pan para hot dog	55	2.0	1.0	10.5	105	
			40 g	5	0.25	0.05	1.1		
			jitomate	11.5	0.3	0.05	2.7	0.0	

no pal es y lic ua do de plá tan o	¼ cebolla	11	1.0	0.05	2.5		
	½ taza nopal	14.5	0.25	0.05	3.8	167.1	
	1 cucharadita catsup	96	1.2	0.4	24.8	126	
	plátano pequeño	86	8.4	0.4	11.5		10
	1 taza de leche descremada						
TOTAL		399 kcal	29 g	8.4 g	57.9 g	805.4 mg	45
TOTAL		1508.7 5 kcal	70.95 g	53.2 g	190.1 5 g	1467.95 mg	568.2 mg
REQUERIMIENTO		1710 kcal	98 g	51 g	214 g	1500 mg	150 mg
% ADECUACIÓN		88.23 %	72.39%	104.31 %	88.85 %	97.86%	378.8 %

VIII. Recordatorio de 24 horas

Interpretación: hipercolesterolemia, hipohidrocarbonada, hiperproteica.



11. Interpretación laboratorios

6.2.2. Diagnóstico del caso

Diagnóstico clínico

Paciente masculino de 56 años de edad que presenta sobrepeso e hipertensión arterial relacionado con su peso, talla, IMC de 27.8, el tipo de alimentación y la poca actividad física, evidenciado por un IMC de 27.8 kg/m², y un R24 que reflejó un porcentaje de adecuación de 378.8 % en colesterol y sedentarismo.

Diagnóstico postquirúrgico

Paciente masculino de 56 años de edad que presenta oclusión intestinal por adherencias, dehiscencia de herida quirúrgica y eventración postoperatoria infecciosa relacionada con hematoma en pared abdominal evidenciado por laboratoriales bacteriológicos positivos de *Stenotrophomonas maltophilia* y *Pseudomonas aeruginosa* *Enterococcus faecium*.

Diagnóstico nutricional

Paciente masculino de 56 años de edad que presenta hipercolesterolemia leve relacionado con alto contenido de grasas saturadas y su consumo de colesterol, evidenciado con un porcentaje de adecuación de 378.8% en el análisis dietético.

6.2.3. Evaluación de dietas hospitalarias.

Una dieta adecuada ayuda a prevenir riesgos en la salud de las personas, igual como contribuye a un mejor bienestar social y físico. Las dietas hospitalarias se realizan en base a la dietética. Para elaborarlas también es necesario tener en cuenta las necesidades psicológicas y físicas del paciente en este caso un paciente postoperatorio de laparotomía, colostomía, lisis de adherencias y plastia de pared abdominal con malla para lo que se le indico una dieta hipercalórica, hiperproteica, con mantenimiento hidroelectrolítico e hiposódica. Lo más importante es tener en cuenta que cada dieta se ha elaborado por un paciente en particular, eso significa que se debe adaptar al diagnóstico de cada uno y a las exigencias de su estado de salud. Las dietas hospilarias se evaluan segun el contenido de cada grupos de alimento dependiendo del tipo de dieta que sea, se hizo una evaluación de que alimentos de cada grupo de alimentos hay en el inventario del Hospital General de Minatitlán:

LÁCTEOS

- Leche (descremada, semi descremada, entera, deslactosada)
- Huevos
- Yogur griego
- Quesos

CEREALES Y SEMILLAS

- Avena
- Pan integral
- Pan de salvado
- Arroz integral
- Arroz
- Cereales
- Nueces
- Semillas
- Galletas saladas

ACEITES/CONDIMENTOS

- Aceite de Oliva
- Aceite de Canola
- Aderezo “light”
- Aceto balsámico
- Sal marina
- Ajo

FRUTAS

- Arándanos
- Plátano
- Fresas
- Papaya
- Kiwi
- Mandarina
- Manzana
- Melón
- Naranja
- Pera

- Sandía
- Uva
- Piña

CARNES, PESCADOS Y OTROS

- Carne magra
- Pollo sin piel
- Atún
- Sardina

VERDURAS

- Albahaca
- Apio
- Berenjena
- Brócoli
- Cebolla
- Coles
- Ejote
- Espinaca
- Hojas verdes
- Hongos
- Jícama
- Morrón
- Nopal
- Papas
- Pepinos
- Perejil
- Pimiento
- Betabel
- Tomate
- Zanahorias
- Limón

6.2.3.1. Análisis de las dietas hospitalarias propuestas en el hospital y que pueden ser la mejor opción para la patología a estudiar.

Alimentación enteral Sonda nasogástrica artesanal: Se eligió esta dieta en comienzo, una sonda Foley, porque tenía una colostomía funcional. Este tipo de alimentación tiene características específicas del paciente, una dieta baja en FODMAPS; los alimentos ricos en FODMAP pueden ser difíciles de digerir. Llevan más líquido a los intestinos. También se fermentan con facilidad. Esto puede provocar hinchazón, dolor de abdomen, gas y diarrea. Con la dieta baja en FODMAP, existe un cierto riesgo de no obtener todas las vitaminas y nutrientes que necesita. Estos incluyen: folato, tiamina, vitamina B6, calcio y vitamina D. Decidimos no suplementar ya que en cuanto aumenta la peristalsis la alimentación enteral sería complementaria y podríamos aumentar el consumo de estos nutrientes.

Intento alimentación parenteral: No hubo aumento de peristalsis, la alimentación parenteral no se maneja en el hospital. Mantuvimos un día más la alimentación parenteral con las adecuaciones correspondientes.

Líquidos claros: Aumento peristalsis se empezó con líquidos claros, consiste en:

Verduras	Frutas	Cereales sin grasa y con grasa	Leguminosas	AOA	Lácteos	Aceites y grasas	Azúcares
Caldos claros, todas las verduras a excepción de espárragos, brócoli, coles, repollo, rábano, cebolla.	té, jugos colados, gelatinas, paletas de helado, jugos frutales sin pulpa; a excepción de manzanas, peras y	El consumo de pan integral, de trigo, centeno o pastas realizadas con este tipo de cereales tiene mucha fibra y favorecen el tránsito intestinal.	Evitar frijoles	Nada, pero en gran medida evitar carne roja y carne procesada.	Evitar leche, yogur y helados, alimentos fermentados	Nada	Nada

	ciruelas.						
--	-----------	--	--	--	--	--	--

IX. Dieta líquida

ALIMENTOS QUE PUEDEN SER UTILIZADOS PARA TRATAMIENTO CON ESTOMAS DE ELIMINACIÓN DEL TUBO DIGESTIVO			
Café, frutas cocidas, vegetales cocidos, frutas frescas, jugo de frutas, agua, laxantes suaves.	Control del olor Mantequilla, jugo de arándano, jugo de naranja, perejil, jugo de tomate, yogurt, menta	Control de evacuaciones diarreicas Puré de manzana, plátano, arroz hervido, mantequilla de cacahuete, tapioca, pan de caja blanco o tostado, papas, pasta, galletas, té claro, malvaviscos, jalea.	Disminución de gases Té de hinojo, jugo de arándano, mantequilla, menta. Cambios de color Espárragos, betabel, remolacha, colorantes alimentarios, hierro en tabletas, regaliz, fresas, salsa de tomate.
Akbulut G. Nutrition in stoma patients: a practical view of dietary therapy. International Journal of Hematology and Oncology 2011; 21(1): 61-66.			

X. Alimentos que pueden ser utilizados para tratamiento con estomas de eliminación del tubo digestivo

Alimentación enteral total: Se regresó a la alimentación enteral ya que volvió a disminuir la peristalsis. El estoma de la colostomía sigue funcional, se requiere nutrición enteral total. Se le agrega dieta hipercalórica e hiperproteica ya que se mantiene en hipercatabolismo y mantenimiento hidroelectrolítico.

Dieta hipercalórica, hiperproteica, mantenimiento hidroelectrolítico, hiposódica: es aquella que contiene alimentos que proporcionan un aporte energético mayor del que necesita una persona, es aquella en la cual se exceden las recomendaciones establecidas para los requerimientos diarios de proteínas. Actualmente se acepta que el consumo de 0,8 g/kg/día de proteínas es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del adulto normal, un correcto estado de hidratación y de aporte de

minerales. Un defecto en alguno de estos dos componentes puede causar efectos nocivos sobre el organismo

En el caso de los pacientes con divertículos la dieta puede afectar los síntomas de diverticulitis. Esto dependerá 100% del paciente, algunas personas encuentran que el evitar ciertos alimentos ayuda a aliviar los síntomas. El Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK por sus siglas en inglés) recomiendan una dieta de líquidos claros durante brotes leves de la condición. Una vez que se alivien los síntomas, los médicos pueden recomendar una dieta baja en fibras hasta que desaparezcan los síntomas. Y luego, gradualmente llegar a consumir una dieta alta en fibra. Seguir una dieta baja en FODMAP rinde beneficios para las personas con síndrome de intestino irritable, y también podría ayudar a algunas personas que tienen diverticulitis. FODMAP es un tipo de carbohidrato, y sus siglas denotan oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables. Algunos estudios sugieren que una dieta baja en alimentos FODMAP puede ayudar a prevenir la presión alta en el colon que, en teoría, puede ayudar a las personas a editar o corregir la diverticulitis. Algunos ejemplos de alimentos ricos en FODMAP que se deben evitar incluyen: ciertas frutas, como manzanas, peras y ciruelas, alimentos lácteos, como leche, yogur y helado, alimentos fermentados, como col fermentada o kimchi, frijoles, repollo, coles de Bruselas, cebollas y ajo, carne roja y carne procesada. De acuerdo con un estudio, el consumir una dieta rica en carne roja y carne procesada puede aumentar el riesgo de desarrollar diverticulitis. Por otro lado, una dieta rica en frutas, vegetales y granos integrales está asociada con una reducción en el riesgo de desarrollar diverticulitis. Alimentos ricos en azúcar y grasa. Una dieta estándar rica en grasas y azúcares y baja en fibra puede estar relacionada con una mayor incidencia de diverticulitis. La investigación sugiere que evitar estos alimentos puede reducir la incidencia en la presencia de divertículos.

6.3 Intervención nutricia

6.3.1. Tratamiento nutricional

Objetivos	¿Cómo hacerlo?	Acciones para lograrlo
-----------	----------------	------------------------

<p>Evitar la obstrucción del estoma, contribuir a la cicatrización de la herida posterior a la cirugía, disminuir la producción de gas, olores desagradables, y constipación</p>	<p>Generando una correcta alimentación para el paciente Roman.</p>	<p>Con una dieta baja en grasas, de fácil metabolización.</p>
<p>Dotar de alimentos inocuos que garanticen la seguridad alimentaria del paciente durante el tiempo de permanencia en el hospital, bajo criterios higiénico-sanitarios, tomando en cuenta que, al estar alojado interno en un centro de atención de la salud, este paciente es vulnerables a sufrir algún tipo de alteración que agrave su cuadro clínico.</p>	<p>Normando a toda el área de alimentos para que los alimentos sean ocupados de la manera más adecuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar supervisión de la cocción de alimentos → Realizar supervisión del manejo higiénico de alimentos. → Realizar supervisión del lavado adecuado de manos.
<p>Proporcionar una dieta equilibrada, variada, completa, adecuada, inocua, cuya finalidad sea prevenir posibles cuadros de malnutrición en el paciente.</p>	<p>Elaborando una dieta específica para el paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Conocer el porcentaje de HC' s, proteínas y lípidos que se necesitan con el paciente. → Hacer valoración dietética detallada.

XI. Objetivos de tratamiento nutricio

6.3.1.2. Vía de alimentación, el tipo de dieta y características que requiere el paciente
El estoma de la colostomía sigue funcional, se requiere nutrición enteral total. Se le agrega dieta hipercalórica e hiperproteica ya que se mantiene en hipercatabolismo y mantenimiento hidroelectrolítico.

Dieta hipercalórica, hiperproteica, mantenimiento hidroelectrolítico, hiposódica: es aquella que contiene alimentos que proporcionan un aporte energético mayor del que necesita una persona, es aquella en la cual se exceden las recomendaciones establecidas para los requerimientos diarios de proteínas. A rasgos generales, siempre es recomendable llevar una dieta equilibrada con abundancia de frutas y verduras, aunque tras una cirugía de hernia es incluso más recomendable. Esto se debe a que hay que evitar los sobreesfuerzos en la pared abdominal, siendo uno de los más habituales el realizado a la hora de defecar, razón por la que alimentos ricos en fibra son beneficiosos. Con una dieta rica en fibra durante el postoperatorio de la hernia, se evitará la presión abdominal excesiva y se reducirá las posibilidades de que pueda producirse alguna complicación. Esto tiene bastante importancia ya que no es extraño tener un ligero estreñimiento tras una intervención con anestesia así como tampoco lo es que lo causen los analgésicos que puedas estar tomando para controlar las molestias. Alimentos con mayor cantidad de fibra por grupo de alimentos:

Cereales: El consumo de pan integral, de trigo, centeno o pastas realizadas con este tipo de cereales tiene mucha fibra y favorecen el tránsito intestinal.

Verduras y legumbres: En este caso es recomendable que las verduras y legumbres que tomes estén hervidas, de este modo la digestión será mucho más sencilla.

Frutas: durazno, peras, mandarinas, fresas, uvas pasas, naranjas y ciruelas son algunas de las frutas más sencillas de encontrar.

Beber mucha agua tras la operación de hernia: Si bien no hay que excederse en el consumo de agua, es recomendable beber entre 1,5 y 2 litros de agua al día tras una intervención de hernia, ya que esto permitirá que las heces se reblandezcan y se favorezca la evacuación evitando una excesiva presión abdominal.

Para evitar un infarto es necesario: Incrementar el consumo de pescado, ya que es un cardioprotector, aumentar el consumo de frutas y verduras, reducir el consumo de

alimentos ricos en grasas de origen animal; pues elevan los niveles de colesterol en la sangre. La dieta saludable y necesaria para los pacientes con enfermedad cardiovascular debe ser baja en grasas saturadas, colesterol y ácidos grasos trans. La meta es cambiar de forma permanente los hábitos alimentarios. Los alimentos con muchas grasas saturadas son productos animales, tales como la mantequilla, el queso, la leche entera, el helado, la crema y las carnes grasosas. Algunos aceites vegetales, como el aceite de palma, el aceite de coco y el aceite de palmiche, también contienen grasas saturadas.

6.3.1.3 Cálculo dietosintético:

Paciente masculino, 56 años de edad, trabaja como cajero, 1.68 m, 78 kg, IMC 27.8m ²	
GEB: GEB hombres = 66.5 + (13.75 * Peso) + (5.003 * Estatura) - (6.775 * Edad)	
GEB: 66.5 + (13.75 * 78) + (5.003 * 1.68) - (6.775 * 56)	
GEB: 66.5 + 1072.5 + 840.5 – 379.4 = 1600.1	
ETA= 10% de = 160.01 kcal	
1600.1 + 160.01 = 1760.11	
Al resultado se le aplica un factor de corrección según la actividad física dominante en 24 horas.	
Poco o ningún ejercicio 1.2	1 (ACEU, 2004)
GET= 1760.11 x 1.2 = 2112.12 x 1.2 dieta hipercalorica aumenta un 20% de sus cal x 1.2 = 2534.54 y un aumento en la recomendación de proteínas a 1.5 g/kg/	

XII. Gasto energético total

Recomendación de proteína (Bourges, 2005-2008)	
1 g/kg/día, aumentó la recomendación a 1.5 g/kg/día para indicar dieta hiperproteica	
ECP	
100/80 = 1.25 x 1.5 x 68 = 127.5 g x 4 kcal = 510 kcal de proteína recomendado	

510 kcal en una dieta de 2534.54, corresponde al 20.12% de proteínas, decido dejarlo en 20% para no interferir tanto en los demás macronutrientes.

XIII. Recomendación de proteína

Cuadro dietosintético de menú de 2534.54 kcal			
Macronutrientes	Porcentaje	Kcal	Gramos
Carbohidratos	50%	1267	316.75 g
Lípidos	30%	760.2	84.47 g
Proteína	20%	510	127.5 g
Total	100%	2537.2 kcal	

XIV. Cuadro dietosintético

Grupo	Equivalentes	HCO	Prot	Lip	Calorías
Fruta	4	60	0	0	240
Verdura	8	32	16	0	192
Cereales y tubérculos	8	120	16	0	544
Cereales con grasa	1.5	22.5	3	7.5	169.5
Leguminosas	1	20	8	1	121
O.A muy bajo en grasa		0	0	0	0
O.A. bajo en grasa		0	0	0	0
O.A. moderado en grasa	8.5	0	59.5	42.5	620.5
O.A. alto en grasa	0	0	0	0	0

Leche descremada	0	0	0	0	0
Leche semidescremada	0	0	0	0	0
Leche entera	2.5	30	22.5	20	390
Azúcares	3	30	0	0	120
Grasa	2.5	0	0	12.5	112.5
Azúcar con grasa		0	0	0	0
Grasa con proteína		0	0	0	0
Suplemento de proteína		0	0	0	0
Total		314.5 g	125 g	83.5 g	2509.5 cal
Meta		316 g	127 g	84 g	2534 cal
Adecuación		99.5 %	98.4 %	99.4 %	99.03 %

XV. Equivalentes

Dieta de 2534.54 kcal, 316.75 g carbohidratos, 84.47 g lípidos, 127.5 g de proteína							
Grupo en el SMAE	Subgrupo	Equivalentes del menú	Desayuno	Colación	Comida	Colación	Cena
Verduras		5	1		2		2
Frutas		7	2	1	2	1	1

Cereales	a)Sin grasa	9	2	1	3	1	2
	b)Con grasa						
Leguminosas		1		1			
A.O.A	a)Muy bajo aporte						
	b)Bajo aporte	1.5			1.5		
	c)Aporte medio	7	2.5		2.5		2
	d)Alto aporte						
LECHE	a)Descremada	2.5	0.5	1			1
	b)Semidescremada						
	c)entera						
	d)Con azúcar						
ACEITES Y GRASAS	a)Sin proteína	7	1	1	2	2	1
	b)Con proteína						
AZÚCARES		0.5			0.5		

XVI. Distribución de equivalentes, menú dividido en 5 tiempos de comida, 3 fuertes y dos ligeras, fraccionado en séptimos.

6.3.1.4 Diseño de menú:

Base del menú									
Tiempo de comida y hora	Platillo	Alimentos	Cantidad y equivalentes	Energía (kcal)	Proteínas (g)	Lípidos (g)	Hidratación (g)	Sodio (mg)	Especificaciones
7 am Desayuno	Huevos con jamón	240 ml de yogurt natural bajo en grasa	1 equivalente de LECHE	95	9	2	12	80	Realizar las medidas adecuadas de cada alimento, cocerlos o específicamente como se refiere en la descripción. (crudo o
		1 rebanada de pan tostado con	1 equivalente de CEREALES	70	2	0	25	125	
		2 cucharadas de mermelada	2 equivalente de AZÚCAR	80	0	0	10	16	
		2 claras de huevo con 2 rebanadas de jamón y	2 equivalente de A.O.A.	110	14	6	0	124	
		2 cucharadas	2 equivalente	90	0	10	0	0	

		de aceite. 1 rebanada de pan blanco	de GRASAS 1 equivalente de CEREALES	70	2	0	25	125	cocido)
		Pera cocida 1 pieza	2 equivalente de FRUTA	60	0	0	15	1.5	
10 am Colación	Quesadillas	2 piezas de tortilla de maíz 60 g de queso panela 3 tazas de ensalada de lechuga con 2 cucharadas de aceite de oliva	2 equivalente de CEREALES 2 equivalente de A.O.A. 1 equivalente de VERDURAS 2 equivalente de GRASAS	140 110 25 90	4 14 2 0	0 6 0 10	50 0 4 0	125 290 5 0	Realizar las medidas adecuadas de cada alimento, cocerlo o especificamente como se refiere en la descri

									pción. (crudo o cocido)
12:30 pm Comida	Alambre de pollo	1 taza de guarnición de vegetales (zanahoria, chayote, ejote, calabaza) con	1 equivalente de VERDURAS	25	2	0	4	5	Realizar las medidas adecuadas de cada alimento, cocerlo o especificamente como se refiere en la descripción. (crudo o cocido)
		2 cucharadas de aceite de oliva	2 equivalente de GRASAS	90	0	10	0	0	
		60 g de pollo	2 equivalente de A.O.A.	110	14	6	0	33	
		1/2 taza de pimiento morrón y cebolla	2 equivalente de VERDURAS	50	4	0	8	2	
		2 cucharadas	2 equivalente	90	0	10	0	0	

		de aceite para guisar	de GRASAS						
		2 tortillas de maíz	2 equivalente de CEREALES	140	4	0	30	25	
		Agua de limón con							
		1 cucharada de azúcar (tomar media hora después de los alimentos)	1 equivalente de AZÚCAR	40	0	0	10	0	
4 pm Colación vespertina	Plátano con amaranto	1 pieza de amaranto de 30 g	1 equivalente de CEREALES	70	2	0	15	1	Realizar las medidas adecuadas de cada alimento, cocerl o específicamente
		1 pieza de plátano	2 equivalente de FRUTAS	120	0	0	30	1	

									como se refiere en la descripción. (crudo o cocido)
7 pm Cena	Sandwich de jamón con atole	Atole de maizena sin leche (2 cucharadas de maizena con 1 cucharada de azúcar)	1 equivalente de CEREALES y 1 equivalente de AZÚCAR	70	2	0	15	20	Realizar las medidas adecuadas de cada alimento, cocerlo o especificamente como se refiere en la descripción. (crudo
		2 rebanadas de jamón de pavo	1 equivalente de A.O.A.	40	0	0	10	0	
		2 rebanadas de pan blanco	2 equivalentes de CEREALES	55	7	3	0	200	
		1 cucharada de	1 equivalente	14	4	0	30	250	
				45	0	5	0	88	

		mayonesa y 1/3 pieza de aguacate	GRASAS						o cocido)
		1 taza de papaya	1 equivalente de FRUTAS	60	0	0	15	6.4	
Total				2509. 5 cal	31 4.5 g	12 5 g	83. 5 g	152 2.9 mg	
Meta				2534 cal	31 6 g	12 7 g	84 g	150 0 mg	
Adecuación				99.03 %	99. 5 %	98. 4 %	99. 4 %	101 .53 %	

XVII. Diseño de menú

6.3.1.5 Suplementación:

Bioactivo	Signos y síntomas	Fisiopatología	Suplementación
Ensure advance vainilla	Complicación en la masticación		Ensure advance vainilla
Fósforo	1. Confusión, convulsiones, coma 2. Dolor de	1. Debido al aumento de excitabilidad de las células nerviosas y musculares.	Oral (reemplazo leve): Aumento de la ingesta dietética o considere un multivitamínico que contenga fosfato.

	<p>pecho</p> <p>3. Dificultad respiratoria</p> <p>4. Debilidad</p> <p>5. Dolor de huesos</p> <p>6. Hematomas, sangrado</p> <p>7. Disfunción respiratoria</p>	<p>2. Debido a contracciones espontáneas y repetitivas del músculo esquelético.</p>	<p>IV (reemplazo moderado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplementación oral: 2.5 – 3.5 g/d en dosis divididas de 0.32 – 0.64 mmol/kg IV (máximo 30 mmol Na₂ PO₄), infundir lentamente durante 6 horas. <p>IV (reemplazo severo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 mmol/kg IV (máximo 80 mmol Na₂ PO₄) lentamente durante 8 – 12 horas.
Calcio	<p>1. Hiperreflexia, mareo, irritabilidad, convulsiones, hiperventilación</p> <p>2. Tetania, hormigueo de los dedos.</p>	<p>1. Reducción de oxigenación miocárdica</p> <p>2. Menos ATP en el músculo cardíaco, lo que disminuye el gasto cardíaco y la presión arterial e incrementa la presión capilar en cuña.</p>	<p>Oral: Dar calcio de 1,000 – 1,500 mg/d</p> <p>IV (tetania presente): 10 – 20 ml de gluconato de calcio al 10% durante 4 horas o más. No exceder de 0.8 a 1.5 mEq/min.</p>
Magnesio	<p>1. Debilidad, letargo, calambres musculares</p> <p>2. Cambios de humor, confusión</p> <p>3. Vómito, disminución del gasto</p>	<p>1. Causada por la debilidad del músculo liso.</p> <p>2. Debido a un incremento de la relación de potasio intracelular al extracelular.</p>	<p>Oral (Leve)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la ingesta dietética • Suplementación oral (ej. Lactato de magnesio) <p>IV (moderado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 – 32 mEq (máximo 1.0 mEq/kg) lentamente con 8 mEq durante 1 – 2 hrs diario.

	cardiaco		<p>IV Severo (<1 mg/dl)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 32 – 64 mEq (máximo 1.5 mEq/kg) lentamente ● Posterior a la infusión previa, continuar diario la infusión de 8 mEq en un tiempo de 1–2hr.
<p>Tomado y traducido de Rhoda K. Fluid and Electrolyte management: Putting a plan in motion. J Parent and Enteral Nutr, 2011; 36(6): 675-685.</p>			

XVIII. Diseño de menú

6.3.1.6 Recomendaciones generales para la enfermedad:

- Se indicará una dieta baja en residuo de forma transitoria cuando el paciente con una colostomía presente deposiciones de consistencia semilíquida, y según la evolución de cada paciente, se modificará la dieta a nivel individual.
- Los requerimientos nutrimentales dependerán del intestino remanente, su capacidad funcional y comorbilidades. No hay que realizar restricciones dietéticas innecesarias a los pacientes ostomizados.
- Dar en la semana 6 a 8, posterior a la cirugía dieta blanda, baja en fibra y grasa.
- Dentro de los cuidados postoperatorio se deberá contemplar complicaciones metabólicas secundarias a la respuesta metabólica a la lesión, por tal motivo se deberá tener estrecho control hemodinámico vigilando la presión arterial, frecuencia cardiaca, volumen urinario y glucosa sérica 110 – 150 mg/dl.
- Para evitar la deshidratación, hay que separar el consumo de líquidos de los alimentos sólidos al menos 30 minutos, restringir el consumo de líquidos hipotónicos (<500 ml/día) e hidratar al paciente con soluciones isotónicas (glucosa/salina que contengan al menos 90 mmol/l de sodio).
- Prevenir o corregir la hipomagnesemia, hiponatremia y deshidratación.

- Evitar alimentos que puedan ocluir el estoma durante un período de 6 a 8 semanas en el postoperatorio.
- Se recomienda consumir leche deslactosada o fórmula de soya para reducir los síntomas gastrointestinales.
- Evitar alimentos altos en fibra como: chícharos, frijoles, y cebolla producen flatulencia. Los hongos, cebolla y piña pueden generar dolor.
- Se recomienda quitar la cáscara y semillas a las de frutas y verduras, masticar bien los alimentos para evitar la obstrucción. Evitar en el posoperatorio nueces, chícharos, maíz, hongos, que se pueden introducir lentamente después de 6 semanas.
- Las nueces, las semillas, lechuga, col, zanahoria, chícharos, maíz, hongos, y frutos secos pueden no ser digeridos por completo y ser identificables en las heces. Las leguminosas, cebolla y bebidas gaseosas incrementan la producción de gas y olor.
- Se deben limitar las actividades que aumentan el volumen de aire que se ingiere (por ejemplo, fumar, beber con popotes, masticar chicle, etc.) para reducir la producción de gas.
- Evitar o reducir el consumo de lactosa, ofrecer alimentos deslactosados.
- Masticar perfectamente bien los alimentos. Establecer horarios de comidas. Realizar 5 tiempos de comidas al día, en el último tiempo procurar merendar o cenar ligero con la finalidad de que se genere poco volumen en la bolsa.
- Limpie bien el estoma de los restos de heces con papel, no utilice gasas. Limpie bien el estoma y la piel de alrededor con agua tibia y jabón neutro. No frote con fuerza y utilice una esponja natural. Seque suavemente la piel con pañuelos de papel o una toalla suave.
- Será necesario limitar las actividades físicas durante seis semanas después de la cirugía para prevenir la formación de una hernia. Si practica un deporte de contacto, como fútbol americano o karate, o levantar peso, es posible que tenga que usar un equipo especial de soporte o algo para cubrir y proteger el estoma.
- Las actividades físicas irán aumentando gradualmente en cuanto el paciente Roman recupere las fuerzas.

7. SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 55 años de edad el cual es internado el día 25 de noviembre, con un diagnóstico de colostomía; la colostomía es la es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía. Por lo general, se necesita una colostomía porque un problema está causando que el colon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando

una parte del colon y esta debe extirparse. Para una colostomía, se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) a través de esta abertura en la piel para formar un estoma. Una ostomía o estoma es una abertura quirúrgica que se hace en la piel cuando un problema no permite que una parte del cuerpo funcione bien. Una ostomía implica realizar una incisión en la pared abdominal y redirigir los desechos para quitarlos de un órgano enfermo o dañado. A su vez, ello modifica la forma en la que la orina o las heces se procesan en el cuerpo. Luego de una ostomía, se conecta el estoma a una bolsa externa donde se recolecta la orina o las heces. Según el procedimiento, las ostomías pueden ser permanentes o reversibles. Existen tres tipos de ostomías: colostomía, ileostomía y urostomía.

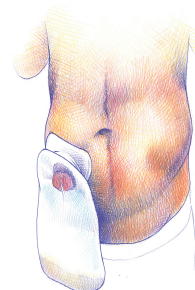
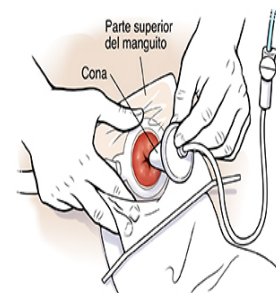
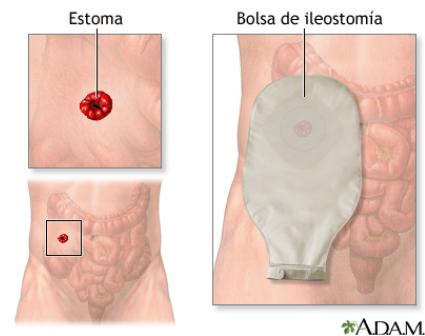
Colostomía: el intestino grueso se redirige de manera tal que los desechos del cuerpo se eliminen a través del estoma sobre la pared abdominal.

Urostomía: un segmento pequeño del intestino delgado se utiliza para redirigir la orina a través del estoma sobre la pared abdominal.

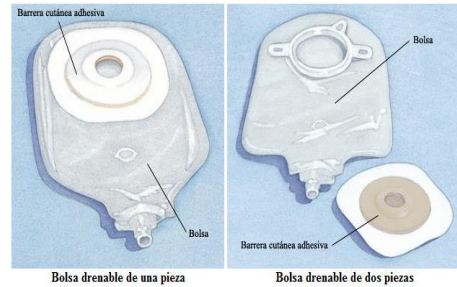
Ileostomía: se quita el intestino grueso y se redirige el intestino delgado para que los desechos del cuerpo se eliminen a través del estoma sobre la pared abdominal.

Se espera que el estoma esté húmedo, ya que se trata de una membrana mucosa que posee su propia lubricación natural, es probable que el estoma sangre ya que contiene muchos vasos sanguíneos.

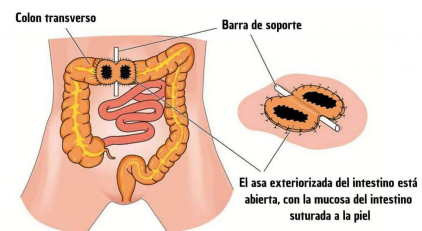
Muchas veces al cambiar el dispositivo (la bolsa de colostomía), es posible que se vea un poco de sangre; no es



riesgoso, ya que el estoma se cura solo, de igual manera que cuando ocurre una herida en la parte interna de la mejilla en la cavidad bucal. El estoma no tiene sensibilidad porque no tiene terminaciones nerviosas. El movimiento leve del estoma se denomina acción peristáltica, post-cirugía, el estoma estará inflamado y demora de 6 a 8 semanas en reducir su tamaño. El dispositivo debe cubrir la zona adecuadamente para proteger la piel y garantizar que no haya filtraciones. El dispositivo se cambia generalmente en la mañana antes del desayuno, se tiene que examinar la piel periestomal (piel que rodea al estoma) debe de ser del mismo color



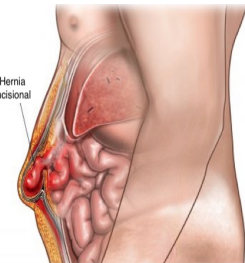
y textura que el resto de la piel abdominal. Con el objetivo de que es mucho mejor evitar las irritaciones de la piel que tratarlas cuando ya se produjeron. El paciente puede ducharse con o sin el dispositivo. La exposición al aire, agua tibia, y jabón suave es incluso bueno para la piel. En la colostomía el flujo puede variar de heces suaves, con consistencia cremosa o líquida en función de la parte del colon en la que se ubico el estoma, ascendente, transversal o descente. Algunos estomas pueden controlarse mediante irrigación, otros pueden funcionar con una bolsa cerrada y otros necesitan que se utilice un artefacto de tipo drenable. Para colocar el dispositivo es importante tener en cuenta que tipo de ostomía es, en este caso, es colostomía, por lo tanto; dependiendo de en qué parte del colón está la ostomía la materia de desecho puede ser líquida hablando del la primera parte del colón y muy continua, semisólida a mitad del tracto del intestino grueso, y al final es sólido por tanto el cambio de la bolsa será diferente. Hay estilos de bolsa el primero es la recortable donde se usará una tijera preferentemente curva y con el extremo redondeado para no perforar la bolsa, se toma la bolsa se recorta dependiendo la medida del estoma, es por esto que el estoma se mide permanentemente porque va cambiando, de acuerdo a la medida del estoma se recortan, sacó el papel no adhesivo y pegar de abajo hacia arriba el adhesivo y en el extremo de la bolsa la cierro, doblo en tres el cierre de la bolsa es una bolsa de una pieza esta bolsa es para materia líquida o semilíquida; se tiene la bolsa de dos piezas que también es para



materia líquida o semisólida, esta está constituida por una placa que se deja por 7 días si es que el paciente me lo permite y su bolsa respectiva, su cierre es con un dobles y un clip justo en el medio, y la placa que se coloca en forma diagonal para que no se abra en los extremos y se encastra de abajo hacia arriba en la bolsa, cuando se retire cualquiera de las dos bolsas sostengo la piel y tiro de arriba hacia abajo para no irritar la piel, cuando la materia es sólida usaré una bolsa cerrada, no puedo desagotar por lo que la tengo que cambiar diariamente, es de dos piezas y también se tiene la bolsa recortable con tijera roma, las bolsas traen un filtro, ya que se pueden extraer gases que emanan del intestino y que hacen que la bolsa se hincha, perforó con pequeños agujeros en el filtro, y ya que está formado por carbón activado, elimina el dolor y eliminan los gases. La mayoría de las bolsas tienen filtro para beneficio del paciente. Es muy importante la salud del estoma proteger la laceración y así que la bolsa se llena solo a tres cuartas partes de su capacidad y se comience a vaciar para que el contenido no esté en permanente contacto con el estoma.

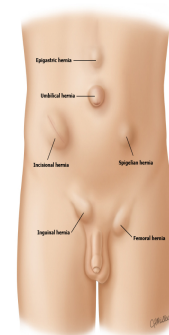
En la enfermedad diverticular de colón complicada con perforación es una condición potencialmente mortal, por la posibilidad de una perforación que requiera una cirugía de urgencia. El tratamiento principal en la

mayoría de los casos es la resección del segmento colónico de donde se está ocasionando la perforación y la creación de una colostomía proximal. Los divertículos se suelen formar cuándo lugares naturalmente débiles en el colón



ceden bajo presión. Esto hace que bolsas del tamaño de una canica sobresalgan a través de la pared del colón. Los divertículos por sí mismos no son peligrosos; sin embargo, las personas con diverticulosis pueden sufrir a veces retortijones dolorosos inexplicables o molestias en la evacuación (como estreñimiento). La diverticulitis se puede tratar con reposo y cambios en la alimentación y antibióticos. La diverticulosis grave o recurrente puede requerir cirugía.

Hernia post incisional es la protrusión anormal del peritoneo a través de la cicatriz patológica de una herida quirúrgica,



intervienen los planos músculo-fascio-aponeuróticos y que puede contener o no una víscera abdominal y/o tejidos. La hernia incisional normalmente surge de 3 a 6 meses después de la cirugía, sin embargo, puede aparecer antes de este período. Asimismo, es habitual que la hernia sea más fácil de observar cuando se está de pie o cargando peso, pudiendo incluso desaparecer cuando se está sentado y relajado. Las hernias son la causa más común de estrangulación de asas intestinales en pacientes que se presentan con obstrucción intestinal, y pueden complicarse con necrosis de asas intestinales, peritonitis secundaria, sepsis y, eventualmente, un síndrome compartimental abdominal y sus consecuencias fisiopatológicas. El bulto que se produce puede ser doloroso, especialmente al toser, inclinarse o levantar un objeto pesado.

Infarto del miocardio dos años antes:

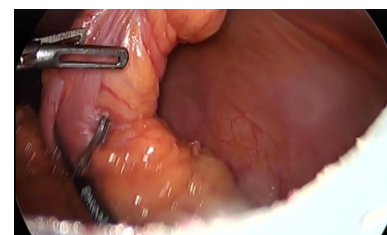
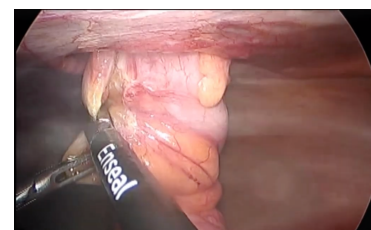
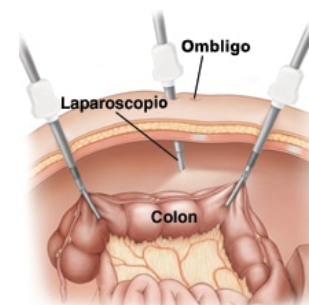
Obstrucción de las arterias coronarias que suministran sangre al corazón, debido a la acumulación de grasa en sus paredes (Arteriosclerosis). Coágulo de sangre que obstruye una arteria coronaria, que se ha hecho estrecha debido a una placa de grasa (Aterotrombosis).

Laparotomía

La resección intestinal se realiza con el objetivo de extirpar la parte del colon donde está el problema. Luego, las partes sanas del colon o del recto se cosen para volverlas a unir. La resección intestinal se hace tanto por medio de una abertura en el abdomen (recepción abierta) o por laparoscopia. La laparoscopia para la resección intestinal suele comprender entre 3 y 6 incisiones muy pequeñas en lugar de una grande. El tiempo de recuperación es más corto. Se considerarán varias cosas al decidir si debería hacerse una recepción abierta o una laparoscopia.

Estas incluyen:

- La ubicación y el alcance de la enfermedad.
- Su estado de salud general.



- Si tiene tejido cicatricial en la zona debido a una cirugía anterior.
- Los conocimientos y la experiencia del médico.

A veces debe pasarse de la cirugía laparoscópica a una resección abierta durante la operación. Colostomía terminal izquierda de hace dos años.

Los enemas evacuantes se practicarán para el día 28 de noviembre a las 12:00, 18:00 y 24:00 horas.

Diagnósticos postoperatorios:

1. Oclusión intestinal por adherencias
2. Hematoma en pared abdominal
3. Dehiscencia de herida quirúrgica
4. Eventración postoperatoria

Se le realizó colocación de sonda nasogástrica, sonda Foley, colostomía funcional.

8. DISCUSIÓN

Uno de los principales retos y hallazgos que obtuvimos fue la aparición de pseudomonas aeruginosas y enterococcus faecium en el cultivo de la herida quirúrgica ya que era un punto que no habíamos tomado en cuenta para modificar su alimentación ni su tratamiento clínico en general, teníamos que incluirlo al expediente para poder reestructurar su intervención clínica y nutricia, a partir de este hallazgo se agregó ``imipenem`` a su tratamiento farmacológico, éste pertenece a una clase de medicamentos llamados antibióticos de carbapenem. Funciona matando las bacterias en este caso lo encontrado en el cultivo de la herida. También se agregó la ``cilastatina`` ésta pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores de la dehidropeptidasa. Funciona ayudando a que el ``imipenem`` se mantenga activo en el cuerpo durante un período más prolongado; esto con el fin de disminuir la infección por bacterias y podernos concentrar enteramente en la rehabilitación normal del estado de salud del señor Román Ramirez, mejorando la apariencia del estoma.

Hubo una mejoría en el gasto por fístula desde la aplicación de los fármacos antes mencionado e incluido el ``octreotide`` a los tres días de esta corrección en el tratamiento mejoró el funcionamiento de la colostomía y disminuye el eritema en la fístula, hicimos modificaciones en el plan alimenticio, a pesar de que ningún alimento puede garantizar por sí solo que una infección mejore, lo que sí se pudo

modificar fue la higiene especial de los alimentos llevados al paciente Roman ya que a partir de los resultados microbiológicos se mantuvo como paciente aislado, sabemos que la pseudomonas que es menos extraño de encontrarse en alimentos como verduras crudas, los alimentos congelados, agua envasada o de red, zumos de frutas y la comida preparada en general, es por esto que comenzamos un cuidado extra en los alimentos que se le proporcionaban tanto al paciente como al familiar acompañante, ya que esto puede ser mortal para el paciente en la condición principal por la que se le internó.

Otro problema que se tuvo fue la falta de dieta polimérica ya que era un paciente que indicaba mucho gasto calórico pero también presentaba fatiga al consumir los alimentos de manera oral, es por esto que creemos esto hubiera jugado un papel importante en su recuperación.

Otro manejo inadecuado fue que el paciente presentaba oclusión intestinal por adherencias, se hizo una colocación de sonda nasogástrica en el primer día postoperatorio ya que la colostomía era funcional, sin embargo, al otro día el abdomen estaba moderadamente distendido, blando, depresible, levemente doloroso en toda su extensión, tenía una peristalsis disminuida, canaliza gases intestinales, se consideró analizar una vez más la dieta artesanal que se estaba aplicación en la sonda nasogástrica, sin embargo por parte del departamento de nutrición se solicitó el envío a una unidad de nutrición parenteral, pues se sabía que era lo ideal para el paciente, sin embargo mientras se realizaba esto, se seguía atendiendo al paciente, al día 9 de postoperatorio la colostomía volvía a recuperar su funcionalidad, hay peristalsis. Se retira la sonda nasogástrica y se decide iniciar con dieta líquida para calcular tolerancia, tolera y se transiciona con dieta blanda con correcciones por colostomía como evitar ciertos alimentos, sigue presentando altos gastos energéticos y sin apoyo de dieta polimérica, se decide realizar el cambio a dieta hiposódica, sin colecistoquinéticos, hipercalórica e hiperproteica con la eliminación de alimentos específicos para cuidar 4 aspectos, el olor de los desechos de la bolsa, la disminución de gases, control de evacuaciones diarreicas y el control de la fibra dependiendo de en qué punto de la recuperación de la función intestinal se encuentre; por sus procesos estructurales, dieta que se mantiene desde el día 8 postoperatorio hasta el día 53 de postoperatorio.

9. CONCLUSIONES

En general la nutrición clínica tiene cientos de características que la hacen muy compleja. Empezando por ahí, mi caso clínico fue un poco confuso al principio, ya que comenzamos tratando una enfermedad y conforme recabar la información del paciente termine tratando desde el lado nutricio un complejo de enfermedades, que definitivamente sin conocer la fisiopatología, no se puede tratar de manera nutricia, creo que esta fue la parte más difícil conectar la fisiopatología con la alimentación y lo que se iba presentando en el caso, también tenía una idea de la recuperación pero saber que en un caso clínico su proceso puede cambiar por agentes externos que no se tienen contemplado ni siquiera en la historia clínica como es el caso de la presencia microbiana de pseudomonas.

Realizar la adaptación de la dieta dependiendo de en qué etapa se encontraba el paciente, como iba avanzando y la importancia que se le tiene que dar a la tolerancia individual de cada paciente estoy segura que es parte clave para el éxito hospitalario en cuanto a mejorar la calidad de la estancia hospitalaria como mejorar la calidad de vida del paciente generando menos incidencia hospitalaria y las recomendaciones específicas, educación a la familia y al paciente para continuar con los avances y procurar tener la mayor facilidad para desarrollar una vida normal.

10. RECOMENDACIONES (fortalezas y debilidades)

10.1. Fortalezas

- Número importante de profesionales en equipos multiprofesionales estructurales e integrados tras varios años de trabajo interprofesional compartido.
- Experiencia como equipo estructurado de nutrición, alta experiencia tratando temas digestivos y buena integración conmigo.
- Circuito rehabilitador accesible, que garantiza la continuidad de cuidados, la rehabilitación y el manejo del paciente.
- Puesta en práctica por parte del colectivo de cocina de buenas prácticas de higiene en este especial caso que era delicado por los resultados de los bioquímicos microbiológicos.
- Integración de recursos profesionales motivados para el cambio, como alternativa organizada y participativa que preserve la continuidad de cuidados del paciente Román.

- Programas asistenciales en curso con disponibilidad de un amplio número de protocolos asistenciales y de coordinación que puede facilitar y garantizar la continuidad funcional óptima previa.
- Profesionales que comparten cultura, habilidades y capacidades en el mismo ámbito de actividad comunitaria.
- Profesionales que comparten valores sobre el paciente como eje del sistema.
- Apoyo logístico dentro de un plan de mejora y adaptación al plan nutricional del paciente Román.
- Disponibilidad en activo de diversos protocolos asistenciales integrados en continuidad asistencial y de cuidados.

10.2. Debilidades

- Actitud de desconfianza de los profesionales ante el nuevo diseño realizado por practicante (yo).
- Pérdida de coordinación directa con los demás profesionales.
- Entorno físico y de equipamientos antiguos y necesitados de urgentes mejoras que requieren inversiones importantes.
- Necesidad de nuevos equipamientos clínico-diagnósticos en un momento de crisis presupuestaria.
- Falta de recursos para aplicar dieta polimérica.
- Falta de servicio de alimentación parenteral.
- Los profesionales están convencidos de la existencia de un no reconocimiento o compensación ante el esfuerzo voluntario innovador.
- Necesidad de nueva formación para nuevas formas de realizar la actividad de actualización de planes de alimentación.
- Falta de actualización del área de nutrición para generar dietas más específicas.
- Mayor dificultad para conseguir mantener la continuidad asistencial y de cuidados que requieren los pacientes.
- Alejamiento de los profesionales respecto a la institución por sospecha de pérdida de valores de lo público y comunitario.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividades	1				2				3				4				9			
	NOVIE MBRE				DICIEM BRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

12. REFERENCIAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Tratamiento Médico-Nutricional del paciente con estomas de eliminación de tubo digestivo. Consultado el 03 de febrero de 2022. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/646GER.pdf>
2. Tarigo Casella, N., Vallverdú Scorza, M., Lyford-Pike Bosch, P., & Neirotti Rivero, R. (2017). Diverticulitis de Meckel: a propósito de un caso clínico. *Revista Médica del Uruguay*, 33(2), 171-179. Consultado el 15 de febrero de 2022. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902017000200171&script=sci_arttext
3. Aguiar, F. A. S. D., Jesus, B. P. D., Rocha, F. C., Cruz, I. B., Andrade Neto, G. R. D., Rios, B. R. M., ... & Andrade, D. L. B. (2019). Colostomía y autocuidado: significados por pacientes estomizados. Consultado el 18 de febrero de 2022. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006069>
4. Salas-Ovilla, R., Gálvez-López, D., Vázquez-Ovando, A., Salvador-Figueroa, M., & Rosas-Quijano, R. (2019). Isolation and identification of marine strains of *Stenotrophomona maltophilia* with high chitinolytic activity. Consultado el 22 de febrero de 2022. Disponible en: <https://peerj.com/articles/6102/>
5. Baltazar López, M. L. (2018). Autocuidado de los pacientes portadores de colostomía que acuden a consulta externa de cirugía del Hospital San José Callao. Consultado el 25 de febrero de 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/18388>
6. García Pérez, M., & Ramos Mateos, M. A. (2016). Prevención de la aparición de hernia paraestomal. Consultado el 05 de marzo de 2022. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-153608>

13. ANEXOS

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO SECRETARÍA DE SALUD HOSPITAL GENERAL MINATITLÁN LABORATORIO SESVER SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

Paciente: RAMIREZ MARTINEZ, ROMAN No Folio: 20121508
 Servicio: Medicina Interna Fecha cita: 28/12/21
 Num S.P.: INSABI Sexo: M
 T. Paciente: Hospitalizado Edad: 56 años
 Hora de entrega: 08:52:41 AM Hora de Activación: 01:33:27 PM

Bacteriología

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA
Resultado del Cultivo:	Positivo		
Cultivo de herida Diversos	PO. LAPE		
	Pseudomonas aeruginosa Enterococcus faecium		
Amikacina	Sensible	Sensible	
Ampicilina	Resistente		
Cefalotina	Resistente	Sensible	
Ciprofloxacino	Resistente	Sensible	
Furazolidona	Resistente	Resistente	
Gentamicina	Resistente	Sensible	
Moxifloxacino	Sensible	Sensible	
Nezolid	Sensible	Sensible	
Ofloxacino	Sensible	Sensible	
Trimetoprim	Resistente	Resistente	
Vancomicina	Resistente	Resistente	
Clindamicina	Resistente	Sensible	
Clotrimazol	Sensible	Sensible	

Resultados revisados y validados por: Q.F.B. Gloria Marin Castellanos Ced.2086636

MINATITLÁN, Veracruz viernes 31 de diciembre de 2021
 Responsable: Q.F.B. Juan Edwin Armenta Mauricio Ced. 3589796
 Si todos los resultados de este informe corresponden a las muestras recibidas y analizadas cuya identificación de origen es responsabilidad de la toma de muestras correspondiente.

9. Estudio bacteriológico de pseudomona aeruginosa Enterococcus faecium.

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO SECRETARÍA DE SALUD HOSPITAL GENERAL MINATITLÁN LABORATORIO SESVER SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

Paciente: RAMIREZ MARTINEZ, ROMAN No Folio: 20122002
 Servicio: Cirugía Fecha cita: 20/12/21
 Num S.P.: INSABI Sexo: M
 T. Paciente: Hospitalizado Edad: 56 años
 Hora de entrega: 11:46:41 AM Hora de Activación: 02:22:07 PM

Bacteriología

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	REFERENCIA
Resultado del Cultivo:	DESARROLLO DE STENTROPHOMONA		
Cultivo de herida Diversos	MALTOPHILIA		
	ANTIBIOGRAMA SENSIBLE A AMIKACINA, SULFOMETOXAZOL, TRIMETOPRIM, CLORANFENICOL, NETILMICINA, RESISTENTE A AMPICILINA, CARBENCILINA, CEFALOTINA, GENTAMICINA, CEFOTAXIMA, NORFLOXACINO, CIPROFLOXACINO, NITROFURANTOINA.		

Resultados revisados y validados por: Q.F.B. Ana Ines Marquez Alcasena Ced.3751259

MINATITLÁN, Veracruz martes 28 de diciembre de 2021
 Responsable: Q.F.B. Juan Edwin Armenta Mauricio Ced. 3589796
 Si todos los resultados de este informe corresponden a las muestras recibidas y analizadas cuya identificación de origen es responsabilidad de la toma de muestras correspondiente.

10. Resultado de estudio bacteriológico. Desarrollo de stentrophomona maltophilia.