



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

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

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 44 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA
TUMOR RETROPERITONEAL

AUTOR

SHEYLA ISABEL TRIVIÑO ARMACHE

TUTOR

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

Contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	VI
I. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	9
1.2. Objetivos	10
1.2.1. Objetivos generales.....	10
1.2.2. Objetivos específicos	10
1.3. DATOS GENERALES.....	11
II. Metodología del diagnostico	11
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente 11	
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	11
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	11
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	12
2.5. Formulación Del Diagnóstico Presuntivo, Diferencial Y Definitivo.....	12
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el oriente del problema y de los procedimientos a realizar.	12
2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	18
2.8. SEGUIMIENTO.....	19
2.9. OBSERVACIONES	19
Referencias Bibliográficas.....	1
Anexo	3

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes eh logrado llegar hasta aquí. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

Sheyla Isabel Triviño Armache

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de la existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Laura y Luis, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a la Dra. Wilma Campoverde Celi. Quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente.

Sheyla Isabel Triviño Armache

TITULO DEL CASO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 44 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA
TUMOR RETROPERITONEAL

RESUMEN

Los tumores retroperitoneales son masas o tumores ubicadas en el retroperitoneo, son difíciles de detectar muy temprano, su detención es tardía por su lento crecimiento provocando así síntomas cuando alcanzan grandes dimensiones tales como dolor de espalda, náuseas, vómitos, molestias epigástricas, pérdida de peso, estos tumores pueden presentarse de forma sólida o quística los cuales tienen una característica benigna del 15% y la maligna en el 85%, el diagnóstico para estos tumores son las pruebas de imágenes como la ecografía abdominal. El tratamiento curativo para estos tumores retroperitoneales es la cirugía ya que los tratamientos sistematizados no suelen ser muy efectivos. El caso que se presenta a continuación se valoró y se diagnosticó nutricionalmente a un paciente de sexo masculino con 44 años de edad que presenta tumor retroperitoneal, el cual refiere que desde hace 1 mes presenta malestar con dolor a nivel de miembro inferior, y que aproximadamente desde hace 3 meses ha perdido peso de forma significativa, paralelamente presenta diabetes mellitus e hipertensión, Se le realizó la valoración antropométrica revelando un índice de masa corporal de 15.06 kg/m², que de acuerdo con los puntos de corte de la Organización Mundial de la Salud, el paciente presenta un estado nutricional de Desnutrición Grave, igualmente la Bioquímica nutricional reportó alteraciones hematológicas vinculadas con déficit nutricional, se diseñó un plan de alimentación enfocado a paliar el déficit nutricional y tratamiento dietoterapéutico a sus patologías de base.

Palabras claves: tumor retroperitoneal, desnutrición crónica, Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, Pérdida de peso

ABSTRACT

Retroperitoneal tumors are tumors that are difficult to detect very early, their detection is late ,for their slow growth causing symptoms when they reach large dimensions such as back pain, nausea, vomiting, epigastric discomfort, weight loss, these tumors can occur solidly or cystic which have a benign characteristic of 15% and the malignant in 85%, the diagnostic for these tumors are imaging tests such as abdominal ultrasound. The case presented below it was valued and was diagnosed nutritionally to a 44-year-old male patient who has retroperitoneal tumor, which indicates that for 1 month he presents discomfort with pain at the lower limb level, and that approximately For 3 months he lost weight significantly, in parallel he presents diabetes mellitus and hypertension. Anthropometric evaluation it was performed revealing a body mass index of 15.06 kg / m², which according to the cut-off points of the World Organization of the Health, the patient presents a nutritional status of Severe Malnutrition, also the Nutritional Biochemistry reported hematological alterations linked with nutritional deficit, a feeding plan was designed to palliate the nutritional deficit and dietary therapeutic treatment to its base pathologies.

Keywords: retroperitoneal tumor, chronic malnutrition, Type 2 Diabetes Mellitus, high blood pressure, Weight loss.

INTRODUCCIÓN

Los tumores retroperitoneales son aquellos que forman en el área retroperitoneal, procedentes de órganos específicos localizados en el mismo, o de las metástasis de órganos alejados que impactan en los ganglios allí ubicados (Apestegui & Donadel).

Los tumores retroperitoneales primarios son, por definición, independientes de las vísceras que se localizan en el retroperitoneo. Las lesiones secundarias, metástasis de carcinomas y adenopatías, asimismo se excluyen, pero pueden plantear problemas de diagnóstico. Se utilizan las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Bonvalot, y otros, EM Consulte, 2019)

Para entender esta problemática debemos tener en cuenta los síntomas gastrointestinales, síntomas digestivos y síntomas genitourinarios los pacientes con estos tipos de tumores presentan vomito, anorexia, dolores lumbares, pérdida de peso, anemia.

El término tumor retroperitoneal (TR) se reserva a las neoplasias que se originan independientemente y sin unión anatómica primaria a cualquiera de los órganos retroperitoneales. Quedan por lo tanto excluidas de esta clasificación las neoplasias primarias de la porción abdominal de la aorta y la vena cava inferior, riñones, uréteres, vejiga, glándulas suprarrenales, páncreas, porciones de duodeno y colon, vesículas seminales, próstata, ovarios, y estructuras del sistema nervioso autónomo, que se encuentran ubicadas o una parte de ellas situadas en el retroperitoneo (Vela Caravia, Caravia Pubillones, Perdomo Fernández, Chou Rodríguez, & SantanaPérez, Files, 2009)

Se incluyen además los tumores derivados de restos embrionarios de la cresta urogenital y la notocorda primitiva, pudiendo ser de naturaleza sólida o quística y con las características de tener una histología benigna en el 15% y maligna en el 85% (Vela Caravia, Caravia Pubillones, Perdomo Fernández, Chou Rodríguez, & SantanaPérez, Files, 2009)

Como dato epidemiológico. Los tumores retroperitoneales es una afección poco frecuente, se presenta entre los 30 a 50 años, representan de 0.3 a 0.8% de todas las neoplasias. La gran mayoría son mesenquimatosos y malignos, cerca del 10 al 15% de los sarcomas tiene origen retroperitoneal, en los Estados Unidos la incidencia anual de estos casos calculada es de alrededor de 2,6 casos por cada 1 mil habitantes, aunque en la incidencia entre poblaciones a nivel mundial no refiere de la anterior anotada, en estudios más recientes no se muestran diferencia entre los sexos, hay pocas apariciones respecto en Latinoamérica.

Se estableció como objetivos, brindar una atención nutricional pertinente, focalizada a resolver complicaciones de las patologías y mejorar el estado nutricional según sus requerimientos, valorar el estado nutricional del paciente, establecer un plan nutricional adecuado a sus necesidades y evitar complicaciones mediante la educación nutricional.

I. MARCO TEÓRICO

Tumor retroperitoneal

Los tumores retroperitoneales son neoplasias infrecuentes; sin embargo, internamente de la unión de tumores de tejidos blandos, el retroperitoneo es uno de los sitios de comienzo más común. La mayoría de estos tumores (80%) son malignos y un tercer parte de estos corresponden a sarcomas. Debido a la variedad de órganos y tejidos en esta localización, los tumores de tejidos blandos originados en el retroperitoneo son una agrupación heterogénea de lesiones con múltiples diagnósticos diferenciales, siendo los tipos histológicos más comunes de sarcomas retroperitoneales el liposarcoma y el leiomiomasarcoma (Garcia , y otros, 2015).

La cirugía es el apoyo del tratamiento y la única terapia curativa, completo fundamentalmente a que los tratamientos sistémicos no suelen ser efectivos y el uso de la radiación es limitada en esta zona anatómica. El examen general de la enfermedad depende de radicalidad de la cirugía, comprometiendo no solo la recurrente local sino la duración. Suele ser un reto en la manipulación debido a que por su situación alcanzan grandes tamaños, con sintomatología tardía e invasión a estructuras contiguas, lo cual dificulta la ganancia de márgenes negativos de resección y ocasiona frecuentes resecciones multiviscerales (Garcia , y otros, 2015).

Tumores conectivos:

Representados por el fibroma y el fibrosarcoma. Derivan de los fibroblastos y junto al liposarcoma son los tumores más frecuentes del retroperitoneo (ZULUAGA GÓMEZ & JIMÉNEZ VERDEJO, 2002)

Tumores de tejido adiposo

Grupo constituido por el lipoma y el liposarcoma y de gran frecuencia en el retroperitoneo (ZULUAGA GÓMEZ & JIMÉNEZ VERDEJO, 2002).

Tumores de músculo liso

Pueden derivar de las paredes musculares de los grandes vasos o incluso de restos embrionarios del conducto de Wolff o de Muller (ZULUAGA GÓMEZ & JIMÉNEZ VERDEJO, 2002).

Tumores de origen incierto

En este grupo se pueden incluir al xantogranuloma retroperitoneal y histiocitoma fibroso maligno (H.F.M) El xantogranuloma, resultado en ocasiones de procesos inflamatorios y disturbios del metabolismo del colesterol (ZULUAGA GÓMEZ & JIMÉNEZ VERDEJO, 2002).

Tumores Raros o Excepcionales

En el retroperitoneo se pueden dar otra serie de tumoraciones de aparición excepcional y que deben tenerse en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial (ZULUAGA GÓMEZ & JIMÉNEZ VERDEJO, 2002).

Datos Epidemiología

Los tumores retroperitoneales representan de 0.3 a 0.8% de todas las neoplasias. La gran mayoría son mesenquimatosos y malignos. Su diagnóstico por lo general es difícil, y por lo común se realiza cuando alcanzan gran tamaño. Los informes en material de autopsias son escasos. Al respecto, 60-85% de los tumores son malignos, y los tumores miofibroblásticos inflamatorios reportan de 15 a 40%. (Pérez Torres, Abdo Francis, Bernal Sahagún, & Kershenobich Stalnikowitz, 2012)

Síntomas gastrointestinales

Los pacientes pueden presentar (náuseas, vómitos, trastornos dispépticos, repleción gástrica) (Virsedá Rodríguez, y otros, 2009)

Síntomas genitourinarios

Dolor lumbar, hidronefrosis del tamaño variable por los efectos de presión sobre las vías urinarias de estos tipos de tumores. Síntomas inespecíficos como el edema en miembros inferiores, fiebre, anorexia y pérdida de peso. (Virsedá Rodríguez, y otros, 2009)

Síntomas Digestivos

Los pacientes pueden presentar, Anorexia, náuseas, vómitos y sensación de pesadez (ZULUAGA GÓMEZ & JIMÉNEZ VERDEJO, 2002).

Diagnóstico

El diagnóstico de los tumores retroperitoneales se realiza fundamentalmente por las pruebas de imagen, sin dejar de lado la exploración clínica y las determinaciones analíticas (catecolaminas, marcadores tumorales testiculares, etc.) La exploración radiológica del espacio retroperitoneal se basa actualmente en el uso de TAC y RMN, inmediatamente con la ecografía abdominal (Virsedá Rodríguez, y otros, 2009).

ATENCIÓN NUTRICIONAL

Dependiendo el tumor, el riesgo y tiempo que estos afectan conllevan a aumentar la morbimortalidad del paciente, debido a la afectación del estado de nutrición por la pérdida de apetito, aumento de las necesidades nutricionales, estado anímico, los tumores provocan inflamación sistemática, que, junto con la reacción alterada del huésped, condiciona un estado catabólico permanente (Ortiz, 2016).

Uno de los informes de las ASPEN, sobre la evaluación nutricional con patologías malignas, el mismo que fija parámetros para la evaluación del estado nutricional, y que considera además que los estados de obesidad que presenta estos pacientes se combinan con estado de desnutrición enmascarada en forma de sarcopenia. El IMC no puede ser un marcador indirecto de desnutrición, por lo que se debe tomar en cuenta otros parámetros para la valoración nutricional recomendando que la presencia de dos o más variables presentes justifique la presencia de desnutrición (Ortiz, 2016):

- Ingesta calórica insuficiente.
- Pérdida de peso.
- Pérdida de masa muscular.
- Pérdida de grasa subcutánea.

- Acumulación hídrica localizada o generalizada que puede enmascarar la pérdida de peso.
- Deterioro del estado funcional por evaluación mediante la fuerza de prensión.

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) - European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC) 2014 (7), recomiendan en pacientes con cáncer un aporte calórico de 25 a 35 calorías/kg/día, misma que es similar a los pacientes sanos. A no ser que se mida de forma individual utilizando métodos más confiables como la calorimetría indirecta, así mismo proponen un aporte proteico que sea superior a 1g/kg/día y de presencia llegar a 1,5g/kg/día. El aporte de grasa sería entre 35 a 50% en las pacientes con cáncer avanzado que estén perdiendo peso. Así mismo desaconseja el uso elevado de vitaminas y minerales a no ser que haya deficiencias puntuales (Ortiz, 2016).

En un estudio realizado en el 2005 se evidenció que un 70,4% de los pacientes con cáncer avanzado o metastásico presentaban un peso inferior al habitual y entre el 31 y 87% de estos pacientes evidencian primero una importante pérdida de peso previa al diagnóstico en función a la naturaleza del tumor (Ortiz, 2016).

ESPEN-EPAAC 2014

La intervención nutricional se recomienda para incrementar la ingesta oral en todos aquellos pacientes que son capaces de comer y que presente una malnutrición o riesgo de malnutrición. Estas intervenciones deben incluir el consejo nutricional y el tratamiento de los síntomas que disminuyen la ingesta y ofrecer suplementos nutricionales (Ortiz, 2016).

Se recomienda la nutrición enteral si la ingesta oral sigue siendo insuficiente a pesar de las intervenciones y se recomienda nutrición parenteral solo cuando la nutrición enteral no es suficiente o factible para el paciente con cáncer (Ortiz, 2016).

Si la ingesta oral ha disminuido de manera importante por un periodo prolongado, se recomienda nutrición enteral o parenteral lentamente por varios días para evitar el síndrome de realimentación (Ortiz, 2016).

Si la ingesta es inadecuada de una manera crónica y/o existen problemas de malabsorción incontrolable, se recomienda la nutrición artificial en estos pacientes (Ortiz, 2016).

Independientemente de las patologías de base que pueden ser en la mayoría de las veces con características catabólicas, los pacientes pueden tener otras patologías concomitantes, que exacerban su estado nutricional u la propia enfermedad más apremiante, entre las que se pueden captar:

Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes tipo 2 es la enfermedad endocrina más habitual, y constituye el 90% de todos los tipos de diabetes. Aparece por lo habitual en adultos, sin embargo, puede aparecer a cualquier edad. Su causa es multifactorial, y se precisan una serie de factores ambientales necesarios para que progrese la enfermedad en personas genéticamente susceptibles. El mecanismo hereditario es muy significativo, lo cual se demuestra en el estudio de ciertas poblaciones y grupos familiares, y la casi total concordancia en gemelos monocigotos. Entre los genes candidatos, se incluyen los de la insulina, el receptor de la insulina, transportador de glucosa, amilina y glucoquinasa. No se han reconocido asociaciones con el sistema HLA, ni tampoco anticuerpos contra la insulina o contra el islote pancreático. En la etiopatogenia de la enfermedad, uno de los factores clave será la resistencia a la insulina asociada a la obesidad, que se presenta en un 80% de los casos (Planas & Pérez, 2004)

Factores de riesgo

El acaecimiento de diabetes en personas con glucosa alterada en ayuno o intolerancia a la glucosa (prediabetes) varía de 5 a 10 %. Si el paciente tiene ambas anomalías, el peligro de desarrollar diabetes es de 4 a 20 %. Tener un índice de masa corporal (IMC) > 23 en las mujeres y > 25 en los varones, también de obesidad abdominal, aumenta 42.2 veces el riesgo

de diabetes. El peligro referente es de 3.5 para padecer diabetes mellitus en los descendientes de primer grado de personas con esa enfermedad y de 6.1 cuando lo son ambos progenitores. (2+)9 Otros factores de riesgo relacionados con la prediabetes y la diabetes son los antecedentes de enfermedad cardiovascular, la dislipidemia o haber estado en tratamiento de esquizofrenia; en las mujeres, además, el síndrome de ovario poliquístico y haber tenido hijos con peso > 4 kg (Sil-Acosta, Gil-Velázquez, Domínguez Sánchez, Torres Arreola, & Medina Chávez, 2013).

Alimentación

La alimentación equilibrada es la que proporciones del aporte calórico diario de la siguiente forma: 45-60% de hidratos de carbono (las raciones calculadas se distribuyen en 3 comidas principales y 2-3 suplementos); 20-30% de grasas (< 7% saturadas) y 15-20% de proteínas (Casal Domínguez & Pinal Fernandez, 2014).

Fisiopatología de la diabetes mellitus

Los principales eventos que conllevan a la aparición de DM son la deficiencia de insulina, ya sea por la falla en el funcionamiento o por la disminución de las células β , junto con un incremento en la resistencia a la insulina manifestada por una mayor producción hepática de glucosa y/o por la menor captación de glucosa en tejidos insulinosensibles, particularmente musculoesquelético y tejido adiposo (Pérez Díaz, 2016).

Alimentación en la diabetes mellitus

Los HC son el pilar esencial, a consumir en forma de legumbres, cereales y frutas. De forma similar, se recomienda un consumo frecuente de verduras. Los frutos secos forman también parte de esta dieta, si bien su consumo, dado el valor calórico, debe ser moderado. En lo que respecta a las proteínas se preconiza un consumo moderado de productos cárnicos, siendo mejor el consumo de pescado, incluyendo el pescado azul, y las aves. Se recomienda un consumo moderado de lácteos, sobre todo quesos y yogurt. Como origen de grasa fundamental se prefiere el aceite de oliva. Consumo

bajo, pero regular de vino, en el contexto de las comidas principales (GÓMEZ CANDELA & PALMA MILLA, 2010).

Litiasis Renal Coraliforme

La litiasis coraliforme sigue siendo una patología de dificultoso manejo que con insistencia compromete la integridad y la función renal. Aunque no existe un consenso estricto respecto a la definición de litiasis coraliforme, normalmente se entiende por tal una litiasis que forma un molde de la vía urinaria en la pelvis renal y al menos en parte de uno de los grupos calichares. Lo frecuente es que estos cálculos estén compuestos de fosfato, amonio y magnesio (estruvita), producto de la degradación de la urea por parte de bacterias productoras de ureasa como el *Proteus*. Se asume que por lo frecuente éstos son cálculos colonizados por estos gérmenes, no sólo en su superficie sino en su interior, de tal manera que no es posible eliminar la infección sino hasta la eliminación completa del cálculo. Estos cálculos comprometen la función renal por un fenómeno obstructivo e infeccioso (CASTILLO C, y otros, 2008).

Epidemiología

La litiasis renal es una patología sumamente habitual, de tal modo que aproximadamente del 5-10% de la población de los países industrializados padece algún episodio antes de los 70 años de edad (Polo Barzallo & Vintimilla Cazorla, 2014).

Factores dietéticos que promueven la formación de cálculos de calcio

Cerca del 80% de los cálculos renales contienen calcio, correspondiendo la totalidad a litiasis de oxalato de calcio. Adentro de los factores dietéticos que promueven el progreso de litiasis cálcica, se destacan: una alta ingesta de proteína animal, una baja ingesta de líquidos, una alta ingesta de sodio y una alta ingesta de oxalato. Se ha determinado también que una alta ingesta de vitamina C y un consumo excesivo de carbohidratos favorecen la formación de cálculos de calcio (Carolina Camaggi & Rodrigo Orozco, 2010).

Alta ingesta de proteína animal

La ingesta de proteína animal (no láctea) induce un acrecimiento de la calciuria, oxaluria, uricosuria, acidosis metabólica y la disminución de la citraturia. Se ha verificado un grupo positiva entre consumo de proteína animal (no láctea) y recurrencia de cálculos renales en hombres (Carolina Camaggi & Rodrigo Orozco, 2010).

Baja ingesta de líquidos

La ingesta de líquidos es un mecanismo crítico en la prevención de la formación de litiasis renal, ya que en su patogenia es importante el aumento en la concentración de los cristales en la orina. La ingesta de líquidos debe permitir orinar al menos 2 litros por día, lo que se logra ingiriendo de 2.5 a 3 litros diarios. A pesar de creencias anteriores de que las bebidas alcohólicas, la cafeína y la infusión eran factores de riesgo, estudios actuales han observado que la cafeína, la infusión, la cerveza y el vino reducen el riesgo de formación de litiasis (Carolina Camaggi & Rodrigo Orozco, 2010).

1.1. JUSTIFICACIÓN

Los tumores retroperitoneales son tumores sólidos o quísticos que pueden ser malignos o benignos los cuales se desarrollan en el espacio retroperitoneal, los tumores más frecuentes son los sarcomas, presentándose como una masa abdominal de una consistencia dura y de superficie irregular. Estas condiciones patológicas son por lo general de orden catabólico. Afectando el estado nutricional del paciente y la respuesta a cualquier intervención quirúrgica que se implante dentro del tratamiento. Por tanto, es meritorio tomar en cuantos elementos de soporte nutricional que prevengan o traten los factores nutricionales que coadyuven a mejorar la expuesta a las intervenciones.

En el presente caso clínico se prevé la intervención nutricional a un paciente de sexo masculino con 44 años de edad que presenta tumor retroperitoneal, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, desnutrición. A través de un plan de alimentación con sus respectivo calculo calórico tomando en cuenta los valores varios parámetros que informen a cabalidad sus respectivas afectaciones y requerimientos nutricionales como: antropometría, bioquímica, clínica, dietética, el cual ayudara al paciente con sus diversas patologías presentes, adicional es imperativo recomendaciones y planteamientos dieto-terapéuticas ayudándolo a minimizar el efecto negativo de todos sus parámetros biológicos que se encuentran alterados y paralelamente logara que el paciente pueda aumentar de peso y/o poder llegar a al peso deseado en razón de que presenta una pérdida de peso significativa.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivos generales

- Brindar una atención nutricional pertinente, focalizada a resolver complicaciones de la patología de base y mejorar el estado nutricional según sus requerimientos.

1.2.2. Objetivos específicos

- Valorar el estado nutricional del paciente.
- Establecer un plan nutricional adecuado a sus necesidades.
- Evitar complicaciones mediante la educación nutricional al paciente

1.3. DATOS GENERALES

Edad: 44 años

Sexo: masculino

Nacionalidad: ecuatoriana

II. Metodología del diagnóstico

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

Paciente Masculino de 44 años de edad acude a consulta dado por presentar, pérdida pronunciada de peso, concomitante astenia, adinamia e hiporexia, motivo por el cual acude al centro privado, donde derivan al hospital, durante el curso de su consulta, el paciente, presenta disminución transitoria del nivel de conciencia. Sus antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II, paciente niega hipertensión arterial el paciente niega tabaquismo oh antecedentes ilícitos paciente niega tener operaciones previas.

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

Paciente refiere que desde hace 1 mes presenta malestar generalizado, con dolor a nivel de miembro inferior izquierdo que imposibilita la deambulaci3n, adem1s familiar ha evidenciado que ha perdido peso en gran cantidad desde hace 3 mes atr1s.

2.3. Examen f1sico (exploraci3n cl1nica).

El paciente refiere que hace 1 mes presenta malestar generalizado, Se evidencia palidez cut1nea, mucosa acentuada, caquexia, p1rdida de peso tras esto se acompa1a disartria, emaciado, en malas condiciones generales, consumido, desnutrici3n proteica cal3rica, abdomen blando depresible, doloroso a la palpaci3n difusa, se palpa masa hipog1strica indurada. Mediante la intervenci3n se tom3 los datos antropom1tricos, peso: 44kg, talla: 1.71, circunferencia del brazo: 15,3 cm, pliegue tricipital: 8 mm.

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

<i>Exámenes</i>	<i>Resultados</i>	<i>Valores de referencia</i>
Leucocitos	9.60	5 – 10
hemoglobina:	9.4	12 – 15
hematocrito:	30.9	80 – 94
conc. media hemoglobina (mch)	23.0	27 – 31
volumen corpuscular medio	75	80 – 94
hemoglobina glicosilada	6.1	4.8 – 6.5
Glucosa	96.20	74 – 100
nitrógeno ureico (bun):	34	4 – 2
ast (sgot)	145	0 – 40
alt (sgpt)	115	0 – 41
albumina:	1.81	3.5-55

2.5. Formulación Del Diagnóstico Presuntivo, Diferencial Y Definitivo

Diagnostico presuntivo: pérdida de peso, anemia

Diagnostico diferencial: Masa hipogástrica indurada

Diagnóstico definitivo: Tumor Retroperitoneal

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

VALORACIÓN NUTRICIONAL

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Peso: 44 kg

Talla: 171 cm

Sexo: Masculino

Índice de masa corporal según la OMS

IMC= Peso (kg) / talla (m)²

IMC= 44 kg / 1.71 m²

IMC= 15,06 kg/m²

Diagnóstico: Evaluación del estado nutricional, **Desnutrición severa**

PESO IDEAL SEGÚN LA OMS 1995

Formula: PI= talla m² x 23

$$PI= 1.71 \text{ m}^2 \times 23$$

$$PI= 2.92 \times 23$$

$$PI= 67.2$$

Estimación de masa magra

$$CMB = CB - (PT \times \pi)$$

$$CMB= 15.3 - (0.8 \times 3.14)$$

$$CMB= 15.3 - 2.51$$

$$CMB= 12.79 \text{ cm}$$

Diagnóstico: Pérdida de masa muscular grave

% Cambio de peso

$$\% \text{ CP} = PU - PA/PU \times 100$$

$$\% \text{ CP} = 55.3 - 44/55.3 \times 100$$

$$\% \text{ CP} = 55.3 - 79,56$$

$$\% \text{ CP} = 24,26$$

Diagnóstico: pérdida de peso severa

EVALUACIÓN BIOQUÍMICA

EXÁMENES	RESULTADO	V. REFERENCIA	DIAGNOSTICO
Leucocitos	9.60	5 – 10	Normal
Hemoglobina	9.4	12 – 15	Anemia hipocrómica
hematocrito:	30.9	80 – 94	Anemia
conc. media hemoglobina (mch)	23.0	27 – 31	Anemia
volumen corpuscular medio	75	80 – 94	Anemia ferropénica
hemoglobina glicosilada	6.1	4.8 – 6.5	Normal
Glucosa	96.20	74 – 100	Normal
nitrógeno ureico (bun):	34	4 – 20	Elevado
ast (sgot)	145	0 – 40	Daño hepático
alt (sgpt)	115	0 – 41	Daño hepático
albumina:	1.81	3.5-5.5	hipoalbuminemia

EVALUACIÓN CLÍNICA

Examen físico general: Peso: 44 kg, talla 1.71 m, el paciente presenta palidez cutánea, mucosa acentuado, paciente luce caquexia, y desnutrición proteico calórica y elasticidad disminuida, llenado capilar menor a 3 segundos. Abdomen blando reprimible doloroso a la palpación difusa, se evidencia masas en el retroperitoneal que ocupa la fosa lumbar izquierda, ruidos hidroaéreos presentes, lenguaje bradilalico, fuerza muscular globalmente disminuida.

EVALUACIÓN DIETÉTICA

El paciente ingreso en NPO por sus complicaciones, luego se consideró nutrición parenteral con aminoácidos al 12%, lípidos al 10% y dextrosa al 50% en 500cc en 24 horas, el paciente recibió un aporte calórico de 1540 por nutrición parenteral.

Cálculo de nutrición parenteral Tabla 1 de anexo

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRAL

Paciente masculino de 44 años de edad con desnutrición severa con complicaciones, relacionada con ingesta inadecuada de alimentos y bebidas ocasionado por sus malos hábitos alimentarios, evidenciado por el déficit de peso de acuerdo con su IMC de 15.06 kg/m².

INTERACCIÓN FÁRMACO/ NUTRIENTE

Omeprazol= Malabsorción de hierro, calcio, fósforo, folato, vitamina B12, tiamina y vitamina A.

Clindamicina: algunos alimentos reducen la absorción del fármaco, se tiene que ajustar la ingesta de alimentos ricos en pectina.

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

Se realiza la intervención nutricional:

- Cálculo de requerimientos nutricionales. Modificación de la distribución, tipo o cantidad de alimentos y nutrientes entre comidas o a una hora específica.

- Adaptar la dieta a su estado metabólico (diabetes alimentos altos en azucares, grasa y bebidas procesadas.
- Lograr mejorar su estado nutricional alcanzar un peso dentro de un rango normal.

REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS

FORMAULA HARRIS BENEDICT

$$\text{GMB}_{\text{kcal}} = 66.5 + (13.75 \times \text{Peso}_{\text{kg}}) + (5 \times \text{talla}_{\text{cm}}) - (6.78 \times \text{Edad}_{\text{años}})$$

$$\text{GMB}_{\text{kcal}} = 66.5 + (13.75 \times 67.2\text{kg}) + (5 \times 171\text{cm}) - (6.78 \times 44\text{años})$$

$$\text{GMB}_{\text{kcal}} = 66.5 + 924 + 855 - 298.32$$

$$\text{GMB}_{\text{kcal}} = 1547 \text{ kcal}$$

$$\text{GET} = \text{GMB} \times \text{AF} \times \text{FE}$$

$$\text{GET} = 1547 \times 1.2 \times 1.5$$

$$\text{GET} = 2784 \text{ kcal} = 2700 \text{ kcal}$$

MACRONUTRIENTES	CANTIDAD	KCAL	GR
Carbohidratos	6	1,612.8	403,2
Proteínas	1,5	403,2	100,8
Lípidos	1,2	725,76	80,64
Calorías totales		2,700	

Realizado por Sheyla Triviño

FRACCIONAMIENTO POR COMIDAS

COMIDA	%	Kcal
DESAYUNO	20	540
MEDIA MAÑANA	10	270
ALMUERZO	35	945
MEDIA TARDE	10	270
MERIENDA	25	675
TOTAL	100	2,700

Cálculo de la molécula calórica distribuido por comida

Realizado por: Sheyla Triviño Armache.

Tabla 1 de Anexo

PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA

se iniciará con Dieta blanda gástrica de 1000 kilocalorías: hiposódica, hiperproteica, alto en fibra, baja en grasa, fraccionada en 5 comidas, volumen reducido temperatura templada, cada 3 días aumenta 500 kcal hasta llegar a sus calorías recomendadas.

Cálculo de la mólcula calórica tabla 2 de anexo

MENÚ DE 1000 CALORÍAS

DESAYUNO

- ½ taza de leche descremada
- 4 de galletas grille tostadas
- 1 compota de manzana

REFRIGERIO

- 6 unidades de uva

ALMUERZO

- 1 taza de crema de zapallo
- ½ taza de arroz
- 1 pescado
- Ensalada de tomate, pimiento y cebolla
- 1 vaso con Agua

REFRIGERIO

- 1 rebanada de melón

MERIENDA

- 1 filete de pollo a la plancha
- Ensalada de col, tomate y cebolla + 1 cucharadita de aceite de oliva
- ½ taza de arroz
- Un vaso con Agua

Total	956,94	155,20	39,56	27,02
Total, de referencia	1000	150	37,5	27,77
Porcentaje de adecuación	95%	103%	105%	97%

Tabla en anexo 3

MENÚ DE 2700 CALORÍAS

DESAYUNO

- 1 vaso de yogurt descremado
- 1 pan integral
- 1 huevo cocinado
- 1 manzana

REFRIGERIO

- 4 galletas integrales
- 1 rebanada de queso ricota

ALMUERZO

- 1 taza de Crema de brócoli
- ½ taza de arroz
- ½ taza de seco de pollo
- ½ aguacate
- 10 uvas

REFRIGERIO

- 1 rebanada de melón
- Almendras

MERIENDA

- 1 taza de arroz
- 1 taza de ensalada de tomate + cebolla+ brócoli + 1 cucharadita de aceite de oliva
- 1 filete de Pescado asado

Calculo tabla 5 de Anexo

FRACCIONAMIENTO POR COMIDAS		
COMIDA	%	Kcal
DESAYUNO	20	540
MEDIA MAÑANA	10	270
ALMUERZO	35	945
MEDIA TARDE	10	270
MERIENDA	25	675
TOTAL	100	2,700

Tabla 4

2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

El cáncer es un proceso de aumento y desaminación incontrolada de las células, pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, los tumores suelen invadir el tejido circundante y provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se pueden prevenir, evitando factores de riesgo como el humo del tabaco, un porcentaje de cáncer se pueden curar mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, en especial si se detecta en fase temprana (Organización Mundial de la Salud , s.f.).

Actualmente el cáncer produce millones de muertes en el año, el cáncer este asociado con determinante de salud como, socioeconómicos, educación, condiciones laborales, factores de riesgo como mal nutrición, o el estilo de vida no saludable, la OMS planteo que las líneas de estrategias para el control del cáncer deben vincularse a los esfuerzo dirigidos a la prevención de enfermedades crónicas en forma global (Rigollet, 2018).

Estos pacientes deben tener una ingesta adecuada en sus comidas para poder tener una alimentación saludable incluye comer y beber las cantidades suficiente de alimentos y líquidos que contengas los nutrientes importantes que necesita el cuerpo.

La terapia nutricional se usa para ayudar a estos pacientes a mantener un peso saludable, mantener la fuerza y también poder mantener los tejidos corporales y disminuir los efectos secundario de los tratamientos

2.8. SEGUIMIENTO

En 15 días estado anímico del paciente mejoro. Al cubrir el aporte calórico de la dieta, al paciente se le recomendó ingerir 1000kcal para el evitar el síndrome de retroalimentación y se le sugirió que, por cada 3 días, aumente 500kcal para así poder llegar a las calorías recomendadas.

2.9. OBSERVACIONES

Se logro valorar los datos bioquímicos que refleja desnutrición, anemia, en su valoración antropométrica expresa pérdida de peso grave evidenciado en el porcentaje de pérdida de peso, su valoración clínica indico Abdomen blando reprimible doloroso a la palpación difusa, se evidencia masas en el retroperitoneal que ocupa la fosa lumbar izquierda.

Se indico un plan nutricional de una dieta blanda gástrica de 2,200 kilocalorías, hiposódica, hiperproteica, alto en fibra, baja en grasa, fraccionada en 5 comidas, volumen reducido temperatura templada.

RECOMENDACIONES

- Evitar ingerir alimentos altos en grasas, azúcar, sal o alimentos procesados (embutidos, snacks, gaseosas)
- Cocinar los alimentos al vapor a la plancha en estofado y evitando así las frituras
- Consumir abundante agua
- No saltarse las comidas
- Consumir verduras y frutas de 3 a 4 porciones al día

CONCLUSIONES

En el presente caso los resultados de la valoración bioquímica revelaron valores alterados y mediante la valoración antropométrica el paciente presento un IMC de 15.06 kg/m².

Por lo cual se realizó un plan de alimentación cuya finalidad es cubrir los requerimientos necesarios para así lograr que el paciente normalice sus niveles y pueda aumentar de peso ya que el paciente presento una pérdida de peso

significativa evidenciado por las medidas antropométricas debido a su problema actual de salud.

Al paciente se le comenzó a dar 1000 calorías para evitar el síndrome de retroalimentación el cual se indicó que debería aumentar 500 calorías cada 3 días para así poder llegar a las calorías necesarias.

Referencias Bibliográficas.

- Polo Barzallo, H., & Vintimilla Cazorla, M. P. (2014). Litiasis Coraliforme Izquierda. *Panorama Médico*, 56-59.
- Apestequi, C., & Donadel, G. (s.f.). Patología Retroperitoneal . 12.
- APESTEGUI, C., & DONADEI, G. (s.f.). PATOLOGÍA RETROPERITONEAL. 12.
- Bonvalot, S., Laé, M., Tzanis, D., Bouhadiba, T., Marsaoui, L., Meeus, P., & Stoeckle, E. (04 de Junio de 2019). *EM Consulte*. Obtenido de EM consulte: <https://www.em-consulte.com/es/article/1296774>
- Bonvalot, S., Laé, M., Tzanis, D., Bouhadiba, T., Marsaoui, L., Meeus, P., & Stoeckle, E. (04 de Junio de 2019). *EM Consulte*. Obtenido de EM Consulte: <https://www.em-consulte.com/es/article/1296774>
- Carolina Camaggi, M., & Rodrigo Orozco, B. (2010). Evaluación metabólica y nutricional en litiasis renal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 567-577.
- Casal Domínguez, M., & Pinal Fernandez, I. (2014). Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. 18.
- CASTILLO C, O., PINTO G, I., DÍAZ C, M., VITAGLIANO, G., FONERÓN V, A., VIDAL M, I., & SÁNCHEZ SALAS, R. (2008). Cirugía percutánea de la litiasis coraliforme. *Scielo*, 393-397.
- García, M., Lehmann, C., Ríos, D., Prada, N., López, H., Díaz, S., . . . García, O. (2015). Tumores retroperitoneales. *Revista Colombiana de Cancerología*, 62.
- GÓMEZ CANDELA, C., & PALMA MILLA, S. (2010). *Nutrición y diabetes*. Madrid .
- Organización Mundial de la Salud* . (s.f.). Obtenido de <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Ortiz, C. J. (2016). *Análisis de Guías clínicas en oncología*. Madrid.
- Pérez Díaz, I. (2016). Diabetes mellitus. *Permayer*, 6.
- Pérez Torres, E., Abdo Francis, J. M., Bernal Sahagún, F., & Kershenobich Stalnikowitz, D. (2012). *Gastroenterología* (1 ed.). Mexico: Mc. Graw, Hill;.
- Planas, M., & Pérez, C. (2004). *Fisiopatología aplicada a la nutrición*. Madrid : M4 Autoedición Asociados, S.L.
- Rigollet, S. S. (2018). *Plan nacional de cáncer* . Obtenido de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf

- Sil-Acosta, M. J., Gil-Velázquez, L. E., Domínguez Sánchez, E. R., Torres Arreola, L. d., & Medina Chávez, J. H. (2013). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17.
- Vela Caravia, I., Caravia Pubillones, I., Perdomo Fernández, D., Chou Rodríguez, A., & SantanaPérez, U. (Noviembre de 2009). *files*. Obtenido de files : <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2009/11/publicacion-tumores-retroperitoneales.pdf>
- Vela Caravia, I., Caravia Pubillones, I., Perdomo Fernández, D., Chou Rodríguez, A., & SantanaPérez, U. (Noviembre de 2009). *Files*. Obtenido de Files: <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2009/11/publicacion-tumores-retroperitoneales.pdf>
- Virseda Rodríguez, J. A., Donate Moreno, M. J., Pastor Navarro, H., Carrión López, P., Martínez Ruiz, J., Martínez Sanchiz, C., & Perán Teruel, M. (2009). Tumores retroperitoneales primarios. *Scielo*, 20.
- ZULUAGA GÓMEZ, A., & JIMÉNEZ VERDEJO, A. (2002). *PATOLOGÍA RETROPERITONEAL*. España.

Anexo

TABLA 1

Dextrosa 50%	500 cc
250 g x 3,4 = 850	
Aminoácido al 12%	500cc
60 g c 4 =240 cal	
lípidos al 10	500 cc
50 g x 9 =450	
Total, aportes calóricos	
1540 cal	

TABLA 2

NUTRIENTES	PORCENTAJE	KCAL	GR
Hidratos de carbono	60	600	150
Proteína	15	150	37,5
Lípido	25	250	27,77
Total	100	1000	

TABLA 3

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	CHOS	PROTEÍNA	GRASAS
leche descremada	½ taza	34,00	4,96	3,37	0,08
pan integral tostado	4 unidades	24,70	5,08	1,12	0,34
1 manzana	1 unidad	41,60	15,12	0,21	0,14
Uvas	6 unidades	3,30	0,97	0,07	0,01
crema de zapallo	1 taza	80,00	17,40	1,00	1,00
Arroz	½ taza	195,00	46,50	4,04	0,42
Pescado	1 filete	72,00	0,00	9,10	3,33
Melón	1 rebanada	20,40	6,48	0,50	0,11
Pollo	1 filete	197,10	2,25	14,62	14,95
Tomate	1 unidad	10,80	2,88	0,53	0,12
Col	3 hojas	6,00	1,39	0,26	0,05
Cebolla	1 unidad	24,00	5,60	0,66	0,06
Arroz	½ taza	195,00	46,50	4,04	0,42
Aceite de oliva	1 cucharadita	53,04	0,06	0,06	6,00
Total		956,94	155,20	39,56	27,02
Total, de referencia		1000	150	37,5	27,77
Porcentaje de adecuación		95%	103%	105%	97%

TABLA 4

FRACCIONAMIENTO POR COMIDAS					
COMIDA	%	Kcal	CHO	LIPIDOS	PROTEINAS
DESAYUNO	20	540	80,64	16,128	20,16
MEDIA MAÑANA	10	270	40,32	8,064	10,08
ALMUERZO	35	945	141,12	28,224	35,28
MEDIA TARDE	10	270	40,32	8,064	10,08
MERIENDA	25	675	100,8	20,16	25,2
TOTAL	100	2,700	403,2	80,64	100,8

TABLA 5

DESAYUNO

ALIMENTO	Cantidad	KCAL	CHOS	PROTEINA	GRASAS
YOGURT	1 vaso	112,00	16,60	7,20	3,00
PAN INTEGRAL	1 unidad	247,20	45,60	8,32	3,36
HUEVO	1 unidad	85,80	1,38	5,16	12,00
MANZANA	1 unidad	52,00	14,50	0,08	1,20
TOTAL		497,00	78,08	20,76	19,56
TOTAL, DE REFERENCIA		540	80,64	20,128	20,16
PORCENTAJE DE ADECUACION		92	96	103	97

REFRIGERIO

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	CHOS	PROTEINA	GRASAS
GALLETAS	4 unidad	156,60	36,00	5,76	1,38
QUESO RICOTA	1 rebanada	34,80	1,22	2,25	2,40
TOTAL		255,40	41,38	9,61	8,26
TOTAL, DE REFERENCIA		270	40,32	10,08	8,064
PORCENTAJE DE ADECUACION		94	102	95	102

ALMUERZO

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	CHOS	PROTEÍNA	GRASAS
CREMA DE BRÓCOLI	1 TAZA	81,60	15,94	6,77	0,77
ARROZ	½ TAZA	365,00	79,95	7,13	0,66
SECO DE POLLO	½ TAZA	255,65	38,84	10,80	13,68
UVAS	10 UNIDAD	9,90	2,52	0,21	0,30
AGUACATE	½ UNIDAD	180,00	10,24	2,40	18,36
TOTAL		892,15	147,49	27,31	33,77
TOTAL, DE REFERENCIA		945	141,12	28,224	35,28
PORCENTAJE DE ADECUACIÓN		94	104	96	95

REFRIGERIO

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	CHOS	PROTEINA	GRASAS
MELON	1 REBANADA	61,20	14,69	1,51	0,34
ALMENDRA		189,00	24,30	8,10	7,56
TOTAL		250,20	38,99	9,61	7,90
TOTAL, DE REFERENCIA		270	40,32	10,08	8,064
PORCENTAJE DE ADECUACION		92	96	95	97

MERIENDA

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	CHOS	PROTEÍNA	GRASAS
ARROZ	1 TAZA	300,00	82,00	1,80	0,56
BRÓCOLI	1 taza	14,00	3,32	0,40	0,16
TOMATE	1unidad	10,80	2,33	0,30	0,12
CEBOLLA	1 unidad	32,00	8,24	0,56	0,08
PESCADO	1 filete	172,80	0,00	22,80	7,98
ACEITE DE OLIVA	1 cucharadita	88,40	0,10	0,10	10,00
TOTAL		618,00	95,99	25,96	18,90
TOTAL, DE REFERENCIA		675	100,8	25,2	20,16
PORCENTAJE DE ADECUACIÓN		91	95	103	93



Fuente: (Pastor Navarro & Martinez Ruiz , 2010)



Fuente: (Viserva Rodriguez & Donato Moreno , 2010)