



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TEMA:

Relación de los hábitos alimentarios de los pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales, del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo de agosto 2024 - enero del 2025.

AUTORAS:

Sánchez Andrade, Lorena Paola

Mendoza Molina, Ariana Isabella

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

Licenciadas en Nutrición y Dietética

TUTOR:

Escobar Valdivieso, Gustavo Saúl

Guayaquil, Ecuador

5 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Sánchez, Andrade Lorena Paola y Mendoza Molina, Ariana Isabella**, como requerimiento para la obtención del título de Licenciadas en Nutrición y Dietética.

TUTOR

f. _____
Escobar Valdivieso, Gustavo Saul

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dra. Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, 5 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Sánchez Andrade, Lorena Paola y Mendoza Molina, Ariana Isabella

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Relación de los hábitos alimentarios de los pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales, del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo de agosto 2024 - enero del 2025.** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 5 de mayo del 2025

LAS AUTORAS

f. _____
Mendoza Molina, Ariana Isabella

f. _____
Sánchez Andrade, Lorena Paola



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Sánchez Andrade, Lorena Paola y Mendoza Molina, Ariana Isabella

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Relación de los hábitos alimentarios de los pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales, del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo de agosto 2024 - enero del 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 5 de mayo del año 2025

LAS AUTORAS

f. _____
Mendoza Molina, Ariana Isabella

f. _____
Sánchez Andrade, Lorena Paola

REPORTE COMPILATIO



Compilatio Tesis SANCHEZ Y MENDOZA

2%
Textos sospechosos



- 1% Similitudes
 - 0% similitudes entre comillas
 - 0% entre las fuentes mencionadas
- 2% Idiomas no reconocidos (ignorado)
- 24% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: _Compilatio_ Tesis SANCHEZ Y MENDOZA.docx
ID del documento: 92927f90dabce1edaa67f691431efaeaf9df85
Tamaño del documento original: 563,54 kB

Depositante: Gustavo Saul Escobar Valdivieso
Fecha de depósito: 15/4/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 15/4/2025

Número de palabras: 10.014
Número de caracteres: 67.579

Ubicación de las similitudes en el documento:



AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quiero agradecer a Dios porque gracias a él estoy aquí cumpliendo un sueño más, a mis padres que sin ellos nada de esto hubiera sido posible, los que más confiaron y creyeron en mí, les agradezco por mis estudios, por su apoyo y por su amor que me han llevado a convertirme en la persona que soy hoy en día, a mi hermana que siempre ha estado presente para ayudarme y a mi enamorado, que estuvo conmigo en todo este proceso.

Así mismo quiero darle gracias a mi abuela Nelly por su amor incondicional desde que era pequeña, gracias por el apoyo por su esfuerzo y por estar presente en cada etapa de mi vida. Le agradezco a mis docentes que estuvieron a cargo de mi formación académica durante estos 4 años y medio, por sus conocimientos y consejos, y le agradezco a mi tutor de tesis Gustavo Escobar por ayudarnos y guiarnos de la mejor manera para culminar el proyecto de nuestra investigación.

Por último, quiero agradecer a mi compañera de tesis Lorena Sánchez por su esfuerzo y dedicación con el presente trabajo, sin duda una gran compañera y amiga.

A todos ustedes, gracias.

Ariana Isabella Mendoza Molina

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento con la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y a mis profesores por sus enseñanzas y las oportunidades que me han brindado en todo el proceso formativo de mi carrera, a mi tutor de tesis, Biol. Gustavo Saul Escobar por todo su apoyo, paciencia y enseñanza brindada en el transcurso de nuestro trabajo de titulación, a mi amiga y compañera de tesis Ariana Mendoza por toda su dedicación, esfuerzo, amor y por cada traspasada e incluso lágrimas que hemos pasado juntas en todo este camino, gracias porque sin duda ella ha sido un pilar fundamental en todo el proceso de titulación.

Y un agradecimiento especial a mis amigos Emily Pérez, Gabriela Palma, Geovanna Benites, Ariana Mendoza, Karla Zambrano, Daniel Gonzales, Andrea González, Charlotte Vásquez, Jamilet Toala y Viviana Vinuesa, que se convirtieron en mi familia en una ciudad que no es la mía, todo este proceso formativo, tanto profesional como personal, no hubiera sido lo mismo sin ellos.

Lorena Paola Sánchez Andrade

DEDICATORIA

Tengo el placer de dedicar este trabajo de titulación primeramente a Dios que me ha permitido llegar hasta donde estoy actualmente y gozar de mi salud, a mis padres el Dr. Hoover Mendoza Aparicio y la Lcda. Betty Elizabeth Molina Cedeño a mi abuela Nelly Saavedra Aparicio, a mi hermana Shadya Nohely Mendoza Molina y mi enamorado Jasser Patricio Jara Cedeño, porque han sido un pilar fundamental y mi motor para culminar mi carrera, por apoyarme y estar conmigo en cada momento de mi vida.

Ariana Isabella Mendoza Molina

DEDICATORIA

Desde mi adolescencia yo tenía muy claro que es lo que yo deseaba ser, finalizar mi carrera es un sueño hecho realidad, no ha sido nada fácil emocionalmente hablando. Y todo se lo debo a Dios, porque fue justo por medio de una oración que yo se lo pedí y el me dio este sueño.

Es un honor para mí dedicar mi trabajo de titulación en primer lugar a Dios, a mi hermano Nasser Jadan Abou-Hala Andrade (+) que me ha cuidado desde el día uno, a mi madre la Sra. Raquel Andrade, a mi padre el Sr. Genaro Sánchez, que, a pesar de estar lejos, nunca me faltó comida y una llamada de parte de ellos, durante cada día sin falta, para brindarme su amor y desearme siempre lo mejor. A mis suegros, el Lcdo. Alberto Betancourt y Lcda. Norma Guerrero que han sido un pilar fundamental en todo mi proceso formativo desde inicio a fin, y a mi querido novio, Ing. Carlos Betancourt, por permitirme vivir y cumplir este sueño, por financiar toda mi carrera, por todo su esfuerzo para darme todo lo que necesito, por su amor, paciencia, por todo su apoyo incondicional y motivación que ejerciste en mí, sin duda alguna, todo esto no hubiera sido posible sin usted.

Y quiero hacer una dedicatoria muy especial a mi gata Shikamaru, porque se convirtió en foránea conmigo, porque soportó cada viaje en fines de semana y feriado para volver a ver a nuestra familia y después de un día, retornar para cumplir este sueño, estuvo sentada en las sillas de la universidad el último día de cada examen, esperándome con paciencia para viajar a nuestra ciudad juntas, por soportar despierta conmigo tantas noches de desvelo por estudio y tantas noches de lágrimas y desvelo en todo el proceso de este trabajo de titulación.

Les dedico a todos y cada uno de ustedes este trabajo en donde dejo plasmado todo mi esfuerzo y amor por mi carrera.

Lorena Paola Sánchez Andrade



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
CELI MERO, MARTHA VICTORIA
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____
POVEDA LOOR, CARLOS LUIS
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
ALTAMIRANO MORÁN, NICOLE
OPONENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
2. OBJETIVOS	6
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	6
3. JUSTIFICACIÓN	7
4. MARCO TEÓRICO.....	9
4.1. MARCO REFRENCIAL	9
4.2. MARCO TEÓRICO.....	11
4.2.1. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA	11
4.2.2. ACTIVIDAD FÍSICA.....	13
4.2.3. IMPACTO DE LA DIETA EN LAS ENFERMEDADES COLORRECTALES 14	
4.2.4. IMPORTANCIA DE LA FIBRA EN EL MANTENIMIENTO DEL MEDIO INTESTINAL	15
4.2.5. MODIFICACIONES DIETÉTICAS	16
4.2.6. ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTE CON ENFERMEDADES COLOPROCTOLÓGICAS.....	17
4.2.6.1. Riesgo de desnutrición en las Cirugías Colorrectales.....	17
4.2.6.2. Impacto de la Desnutrición en la Salud de los Pacientes Mayores y Quirúrgicos 18	
4.2.6.3. Relevancia del soporte nutricional en cirugías colorrectales.....	18
4.2.7. HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL.....	19
4.2.8. VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA.....	20
4.2.8.1. Talla	20
4.2.8.2. Estimación de la talla mediante la altura de la rodilla por MUST.....	21
4.2.8.3. Peso	21
4.2.8.4. Estimación del peso mediante la fórmula de Viteri	21
4.2.8.5. Peso en pacientes con edema	21
4.2.8.6. Índice de masa corporal	22
4.2.8.7. Índice de masa muscular en adultos mayores	22
4.2.9. ENFERMEDADES COLOPROCTOLÓGICAS.....	23
4.2.9.1. Cáncer Colorrectal	23
4.2.9.2. Colitis Ulcerosa.....	24
4.2.9.3. Fisura Anal.....	24
4.2.9.4. Enfermedad diverticular del Intestino.....	25

4.2.9.5.	Hemorroides y Trombosis Venosa Perianal	26
4.2.9.6.	Prolapso Rectal	28
4.2.9.7.	Colostomía	29
4.2.9.8.	Ileostomía.....	30
4.2.9.9.	Fistula del Intestino.....	31
4.3.	MARCO LEGAL.....	33
4.3.1.	Objetivos de la organización mundial de la salud (OMS)	33
4.3.2.	Organización panamericana de la salud.....	33
4.3.3.	Constitución de la república del Ecuador	34
5.	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	35
6.	IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	32
7.	METODOLOGÍA	39
7.1.	Enfoque y diseño metodológico.....	39
7.2.	Población / universo / muestra y tipo de muestro.	39
7.2.1.	Universo	39
7.2.2.	Muestra	39
7.2.3.	Tipo de muestreo.....	39
7.2.3.1.	Criterios de Inclusión.....	39
7.2.3.2.	Criterios de Exclusión.....	40
7.2.4.	Métodos y Técnicas de recolección de datos	40
7.2.5.	Recolección, procesamiento y análisis de la información	40
8.	PRESENTACION DE RESULTADOS	41
9.	CONCLUSIONES	54
10.	RECOMENDACIONES	55
11.	REFERENCIAS.....	57

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1	Composición de los diez grupos de alimentos relacionados con las ENT(21).	12
Imagen 2	Rango de consumo óptimo adoptado para los principales grupos de alimentos (21).	12
Imagen 3	Criterios de Clasificación (25).	13
Imagen 4	Cartilla de actividades físicas típicas (Instrumento STEPS) (25).	14
Imagen 5	Cálculo de la muestra a partir de la altura de la rodilla (40).	21
Imagen 6	Consumo de carnes rojas y embutidos en pacientes con C180.	44
Imagen 7	Consumo de azúcar refinada y jugos procesados en C180.	45
Imagen 8	Bajo consumo de vegetales en pacientes con C180.	46
Imagen 9	Bajo consumo de frutas en pacientes con C180.	47
Imagen 10	Consumo de harinas refinadas en pacientes con K570.	48
Imagen 11	Bajo consumo de vegetales y frutas en pacientes con K570.	49
Imagen 12	Consumo de ultra procesados y grasas en pacientes con K570.	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Localización del Edema y Exceso de Peso Hídrico (41).	22
Tabla 2 Interpretación del IMC según World Health Organization, 2006 (41).	22
Tabla 3. Interpretación del IMC según OMS (42).	23
Tabla 4. Descriptiva Estadística.....	41
Tabla 5. Distribución por género y diagnóstico.....	43
Tabla 6. Consumo de carnes rojas y embutidos en pacientes con C180.....	43
Tabla 7. Consumo de azúcar refinada y jugos procesados en C180.	44
Tabla 8. Bajo consumo de vegetales en pacientes con C180.....	45
Tabla 9. Bajo consumo de frutas en pacientes con C180.....	46
Tabla 10. Consumo de harinas fermentadas en pacientes con K570.....	47
Tabla 11. Bajo consumo de vegetales y frutas en pacientes con K570	48
Tabla 12. Consumo de ultra procesados y grasas en pacientes con K570	49
Tabla 13. C180- Alimentos asociados	51

RESUMEN

Introducción: Los hábitos alimentarios y el estado nutricional desempeña un rol importante con respecto a la aparición y complicaciones de las enfermedades colorrectales. **Objetivo:** Determinar la relación de los hábitos alimentarios en pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo de agosto 2024 – enero 2025. **Métodos y Materiales:** Estudio analítico con enfoque cuantitativo de tipo correlacional con cohorte transversal, en el cual se recopilaban datos numéricos para analizar la relación de los hábitos alimentarios en pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales entre un rango de 20 a 80 años. Es un muestreo no probabilístico, de tipo intencional considerando pacientes disponibles durante el periodo de estudio que cumplieran con los criterios establecidos. Los datos del presente trabajo se obtuvieron mediante frecuencia de consumo y cribado, estos datos se almacenaron en un archivo digital de Excel y posteriormente se procesó los datos utilizando el software estadístico Jamovi. **Resultados:** En una muestra de 100 pacientes con enfermedades colorrectales, el IMC promedio fue saludable, aunque se identificaron casos de sobrepeso. El 65 % presentó riesgo nutricional moderado a alto. Se evidenció bajo nivel de actividad física y prevalencia de cáncer de colon (22 %) y enfermedad diverticular (29 %). La mayoría tenía dietas bajas en fibra y altas en carnes rojas, embutidos y ultra procesados. Estos hábitos se relacionan con mayor riesgo gastrointestinal, destacando la necesidad de intervenciones nutricionales. **Conclusión:** El estudio evidenció variabilidad en el estado nutricional, con casos de sobrepeso y obesidad a pesar de un IMC promedio normal. El 100 % de los pacientes presentó riesgo nutricional según el NRS-2002, siendo relevante en el contexto de enfermedades colorrectales. Se identificó una dieta alta en carnes procesadas y baja en fibra, especialmente en quienes presentaban cáncer de colon o diverticulosis. Además, el bajo nivel de actividad física agrava el riesgo de complicaciones. Estos hallazgos confirman la relación de malnutrición y hábitos alimentarios inadecuados en esta población.

Palabras clave: Hábitos alimenticios, estilo de vida, enfermedades colorrectales, cáncer de Colón, divertículos, estado nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Eating habits and nutritional status play an important role in the onset and complications of colorectal diseases. **Objective:** To determine the relationship between eating habits and surgical patients with colorectal diseases at the IESS Teodoro Maldonado Carbo Hospital during the period from August 2024 to January 2025. **Methods and Materials:** An analytical study with a quantitative approach of a correlational type with a cross-sectional cohort was conducted, in which numerical data were collected to analyze the relationship between eating habits and surgical patients with colorectal diseases aged between 20 and 80 years. A non-probabilistic, intentional sampling was used, considering patients available during the study period who met the established criteria. The data were obtained through a food frequency questionnaire and screening tools, stored in a digital Excel file, and later processed using the statistical software Jamovi. **Results:** In a sample of 100 patients with colorectal diseases, the average BMI was within the healthy range, although cases of overweight were identified. 65% of the patients were at moderate to high nutritional risk. A low level of physical activity was evident, along with the prevalence of colon cancer (22%) and diverticular disease (29%). Most had diets low in fiber and high in red meat, processed meats, and ultra-processed foods. These habits are associated with an increased gastrointestinal risk, highlighting the need for nutritional interventions. **Conclusion:** The study revealed variability in nutritional status, with cases of overweight and obesity despite a normal average BMI. All patients (100%) were at nutritional risk according to the NRS-2002, which is especially relevant in the context of colorectal diseases. A high intake of processed meats and low fiber consumption was identified, particularly among those with colon cancer or diverticulosis. Furthermore, the low level of physical activity worsens the risk of complications. These findings confirm the relationship between malnutrition and inadequate eating habits in this population.

Keywords: Eating habits, lifestyle, colorectal diseases, colon cancer, diverticula, nutritional status.

INTRODUCCIÓN

Los hábitos alimentarios son costumbres y comportamientos relacionados con la alimentación, qué alimentos preferimos a que horas nos sentamos a la mesa o incluso con quién compartimos esos momentos, estos hábitos no nacen de un día para otro, sino que se van formando con el tiempo y están influenciados por nuestra cultura, nuestro entorno e incluso por nuestras emociones. Una dieta adecuada, alta en vegetales y frutas (fibra), proteínas de buena calidad y elecciones de carbohidratos complejos se relacionan a una mejor calidad de vida, prevención de enfermedades no transmisibles (ENT) y patologías que afectan directamente al colon (1).

La dieta es clave para evitar la aparición de enfermedades colorrectales comunes y en su defecto la dieta juega un papel fundamental para su tratamiento. Existe evidencia de que una adecuada ingesta de fibra al día ayuda a prevenir las afectaciones de colon, como el estreñimiento, los divertículos, el cáncer colorrectal y los síntomas de intestino irritable (SII), entre otros (2).

Las enfermedades colon-rectales representan un desafío creciente en la práctica clínica debido a su impacto significativo en la calidad de vida y los costos sanitarios. Los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente por alguna patología colorrectal tienen mayor riesgo de presentar desnutrición posoperatoria, se estima una prevalencia entre el 20 al 70%; Estos pacientes son más vulnerables a infecciones debido al ayuno prolongado y el estrés metabólico durante la estancia hospitalaria (3).

En 2020, Ecuador reportó 29.273 casos de Cáncer de colon con 15.123 muertes, de los cuales las mujeres presentaban mayor incidencia con 1358 casos a diferencia a los hombres con 1123 casos de cáncer colorrectal (4).

En este estudio, se busca analizar la relación entre los hábitos alimentarios, y el estado nutricional con el desarrollo de estas patologías, centrándose en pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo evaluando a 60 pacientes mediante herramientas validadas, para analizar la relación de los hábitos alimentarios y estas enfermedades. Este enfoque busca no solo mejorar los resultados clínicos, sino también contribuir al conocimiento científico en el área de la nutrición clínica y las enfermedades colon-rectales.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La malnutrición hospitalaria sigue siendo un problema grave que afecta a millones de personas en el mundo. Se estima que entre el 30 % y el 50 % de los pacientes hospitalizados sufren desnutrición, empeorando su salud, prolongando su recuperación y aumentando los costos de atención médica (5,6). Cuando un paciente llega al hospital con malnutrición ya sea por exceso o por déficit y además enfrenta una enfermedad aguda o crónica, su cuerpo no recibe los nutrientes que necesita para recuperarse dificultando su proceso de sanación, y hace que su estadía en el hospital sea más larga y complicada (7). Los pacientes que han pasado por una cirugía colorrectal especialmente los pacientes con cáncer son más vulnerables, si el estado nutricional de una persona es deficiente es más vulnerable a infecciones y tiene más probabilidades a una mala cicatrización siendo más vulnerable a las infecciones, mala cicatrización dando como resultado un pronóstico menos favorable que el paciente con un estado nutricional correcto (8).

En coloproctología el estado nutricional juega un papel importante en la recuperación de los pacientes. Las enfermedades tratadas en esta área especialmente en el cáncer se sufren de desnutrición debido a la falta de apetito que presentan los pacientes, la malabsorción y el aumento del metabolismo basal. Asimismo, las enfermedades del colon, que pueden incluir condiciones inflamatorias crónicas o cáncer de colon y recto, debilitan aún más la condición nutricional. De hecho, se estima que entre el 20 % y el 70 % de los pacientes oncológicos sufren desnutrición, y lo más impactante es que, en entre el 10 % y el 20 % de los casos, la causa de muerte no es el cáncer en sí, sino las complicaciones derivadas de la falta de nutrientes (9).

Un estado nutricional deplorable conlleva a la aparición de complicaciones como el aumento de la estadía hospitalaria, gasto hospitalario, morbimortalidad incrementada en la desnutrición proteico- calórica y más cuando se evidencia una pérdida de peso. Los pacientes desnutridos presentan mayores riesgos de mortalidad llevándolo a una mayor estancia hospitalaria dando como consecuencia un aumento de los costes sanitarios (10). Según la OMS (la Organización Mundial de la Salud), llevar una dieta sana durante la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, evitando las enfermedades no transmisibles y trastornos. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, el ambiente obesogénico

y el cambio en los estilos de vida están presentes en los hábitos alimentarios (1).

Estudios realizados por Fitzgerald et al. (11) sostiene que diversos factores como las practicas alimentarias, familiares, costumbres sociales, culturales y económicas, así como la influencia de la industria y los medios de comunicación, influyen en los patrones alimentarios y estilos de vida. Estos factores pueden influir en la formación de preferencias alimentarias, creencias y comportamientos, y juegan un papel importante de lo que se considera practicas alimentarias saludables. Alzahrani et al. (12) Indica que los hábitos alimentarios son saludables cuando incluyen el consumo de alimentos frescos y naturales, como frutas y verduras que son alimentos altos en fibra, además de alimentos ricos en minerales y vitaminas, con el objetivo de promover y mantener una buena salud no solo física sino también psicológica.

Esta propuesta, no ha dejado comprender la influencia de los hábitos alimentarios como variables imprescindibles en el pronóstico del diagnóstico y del estado nutricional de pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales. El objetivo es impulsar la educación alimentaria como medida cautelar, desarrollar estrategias de intervención nutricional en estos casos, y mejorar los resultados clínicos, aportando así a una mejor calidad.

1.1.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación de los hábitos alimentarios de los pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales, del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo de agosto 2024 - enero del 2025?

2. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de los hábitos alimentarios en pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo de agosto 2024 – enero 2025.

2.2.OBJETIVO ESPECÍFICO

- Evaluar el estado nutricional en pacientes quirúrgicos del área de coloproctología, mediante tamizaje NRS 2002 score y antropometría con el índice de Viteri.
- Analizar los hábitos alimentarios en pacientes quirúrgicos del área de coloproctología mediante el cuestionario de frecuencia de consumo de los alimentos. (CFCA).
- Identificar patrones alimentarios asociados al cáncer de colon y enfermedad diverticular, en pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales, mediante la tabla de resultados.

3. JUSTIFICACIÓN

Las afecciones del colon, se vuelven un reto importante en la salud pública, por el efecto que tiene en la calidad de vida de las personas y los gastos que generan a su tratamiento. Estos trastornos, que abarca desde el cáncer colorrectal hasta enfermedades inflamatorias como la colitis ulcerosa, son enfermedades multifactoriales, siendo el estado nutricional y los hábitos alimentarios, elementos que juegan un papel fundamental en su desarrollo. En estos pacientes, que se encuentran hospitalizados, la malnutrición ya sea por falta o exceso de nutrientes, es frecuente en ellos, sobre todo en aquellos sometidos a cirugías colorrectales, donde se estima que entre el 20% y el 70% de los pacientes presentan desnutrición, lo que aporta al riesgo de complicaciones postoperatorias, como infecciones, mala cicatrización de heridas y estancias hospitalarias prolongadas (3,13).

Por otro lado, una alimentación poco saludable o hábitos alimentarios inadecuados, caracterizado por escasa ingesta de fibra, un incremento en productos procesados y ultra procesados y una dieta no balanceada, se asocia directamente con el desarrollo y el avance de estas enfermedades. Estudios recientes han demostrado que una dieta rica en fibra, frutas, verduras y pescado puede reducir el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal y mejorar el pronóstico de los pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales (2,14). No obstante, en naciones como Ecuador, donde la estructura alimentaria están cambiando debido a la urbanización y la globalización, se observa el incremento de consumo de comida altamente procesadas, lo que podría estar impactando, al aumento de estas enfermedades (15).

Con respecto a lo mencionado, es fundamental comprender la relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios en pacientes con enfermedades colorrectales, ya que esto permitirá diseñar estrategias de intervención nutricional más efectivas. La evaluación nutricional temprana y la implementación de protocolos de soporte nutricional, como los recomendados por la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), han demostrado mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones postoperatorias (16,17).

En consecuencia, el presente trabajo de investigación (tesis) nace de una preocupación real, entender cómo está la alimentación y el estado nutricional de los pacientes con enfermedades del colon y recto, que pasan por cirugía, del hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo. Esto no es solo un esfuerzo, queremos que esta información sirva para algo concreto: mejorar la vida de las personas. Es de conocimiento que una buena nutrición puede marcar la diferencia entre una recuperación difícil y una con menos complicaciones. Por eso, esperamos que lo que descubramos aquí no solo sume al conocimiento médico, sino que también ayude a diseñar mejores formas de prevenir y trata estas enfermedades, aliviando así, el esfuerzo de los pacientes y haciendo más eficiente el uso de los recursos hospitalarios.

4. MARCO TEÓRICO

4.1.MARCO REFRENCIAL

Estudio realizado por López et al. (3) Manifiesta que los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas gastrointestinales se estima una prevalencia de desnutrición después de una cirugía abdominal mayor entre el 20% y el 70% asociándose con una mayor morbilidad postoperatoria, especialmente complicaciones infecciosas siendo agravado en pacientes pluripatológicos. El ayuno prolongado en condiciones de estrés metabólico estimula un estado proinflamatorio con liberación de hormonas y citoquinas que estimulan el catabolismo alterando la reparación tisular y respuesta inmune. Por lo tanto, un suministro de energía adecuado y oportuno es esencial para mantener la función óptima de las células y los órganos, promover la reparación de heridas y disminuir las complicaciones infecciosas después de la cirugía. La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) adaptándose a los protocolos ERAS establece en 2017 la guía de práctica clínica de nutrición en el paciente quirúrgico con 37 recomendaciones. La evaluación nutricional es un proceso multimodal que debe ser implementado en estudio perioperatorio con el objetivo de conocer el estado nutricional de los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico y así implementar la mejor estrategia de aporte de nutrientes en base a las guías de práctica clínica aceptadas internacionalmente.

Gómez Sánchez et al. (13) indica que la desnutrición se asocia con elevadas tasas de morbimortalidad postoperatoria. proponen evaluar la efectividad de un programa de apoyo nutricional perioperatorio entre pacientes sometidos a cirugía mayor oncológica. Utilizando una metodología prospectiva aleatorizada sobre una muestra de pacientes intervenidos por neoplasia del tubo digestivo bajo durante un periodo de 3 años. Se realizó una valoración nutricional y se administró de forma perioperatoria una formula enteral inmunomodulador a un grupo de pacientes malnutridos (DS), mientras que otro grupo de pacientes malnutridos (DNS) y los normonutridos recibieron sólo consejo dietético antes de la cirugía. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, tipo de neoplasia y estancia hospitalaria. También se recogieron la situación nutricional, mortalidad, complicaciones postoperatorias y alteraciones gastrointestinales. Para el análisis estadístico realizó un estudio de frecuencias y aplicamos el test de Chi-cuadrado en las variables

cualitativas. Para las cuantitativas usamos la ANOVA y el test Post-hoc de Tukey. Se consideraron significativos aquellos valores de $p < 0.05$. Los resultados del estudio sobre 82 pacientes divididos en 3 grupos estadísticamente comparables entre sí. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de complicaciones gastrointestinales, estancia hospitalaria ($p:0,001$) y mortalidad ($p:0,004$) entre los dos grupos de pacientes malnutridos, llegando a la conclusión que se ha demostrado una mejor evolución tras la cirugía en el grupo de pacientes normonutridos y el de DS. Se observaron en estos pacientes una menor incidencia de complicaciones gastrointestinales, acortamiento de la estancia hospitalaria y disminución de la morbimortalidad con diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo DNS.

Así mismo Durán Muentes et al. (18) da a conocer que una intervención quirúrgica representa una agresión que puede comprometer la evolución del paciente cuando existe un problema nutricional de base causado por patologías o por otras circunstancias (deficientes hábitos alimentarios o causas sociales). El objetivo de su trabajo de investigación fue describir la relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios en pacientes pre-quirúrgicos del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí. Utilizando un método descriptivo, observacional y transversal en 50 pacientes que tenían planificada una intervención quirúrgica. Se identificaron variables como el índice de masa corporal (IMC), porcentaje (%) de pérdida de peso, índice de riesgo nutricional (IRN) y hábitos alimentarios, que permitieron analizar la influencia del estado nutricional y los hábitos alimentarios sobre la recuperación pos-quirúrgica. En los resultados se encontró que el 38% de los pacientes tenía rangos normales de peso. Entre las mujeres predominó la obesidad, mientras que entre los hombres el sobrepeso y el bajo peso. Los trastornos nutricionales fueron más frecuentes en pacientes mayores de 35 años. El 23.08% de las mujeres presentó pérdida severa de peso y el 79% riesgo nutricional prequirúrgico. El 42% de los varones presentó una recuperación pos-quirúrgica retrasada. Llegando a la conclusión que la evaluación prequirúrgica de los pacientes puso en evidencia una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad. La evolución pos-quirúrgica de estos pacientes no fue adecuada, ya que necesitaron más tiempo para incorporaron a sus actividades cotidianas.

4.2.MARCO TEÓRICO

4.2.1. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILO DE VIDA

El hábito alimentario es un conjunto de conductas alimentarias adquiridas por un individuo, englobando la frecuencia, la selección y la preparación de los alimentos, los cuales se definen principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población específica. Los hábitos repetitivos en un individuo suelen denominarse costumbres (19). La OMS (20). indica que los hábitos alimentarios no saludables y el sedentarismo son factores de riesgo que contribuyen a la prevalencia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) y muertes por comorbilidades.

Los hábitos alimentarios se definen como conductas repetitivas y conscientes, mediante las cuales las personas eligen, consumen y aprovechan ciertos alimentos o dietas, influenciadas por factores sociales, familiares y culturales. La OMS informa que una dieta sana se basa en: Consumir 5 porciones de frutas y verduras por su alto contenido de agua, vitamina minerales y fibra, escoger opciones de carnes magras, limitar los azúcares libres a un 5% de las calorías diarias de la dieta, que las grasas no saturadas no superen el 30%, el consumo de sal no de supere los 5 gr/ día lo que equivale a una cucharadita y de preferencia escoger la sal yodada. Mantener estos hábitos puede ayudar a prevenir enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer como el cáncer de colon y afectaciones del intestino, diabetes y obesidad, además de evitar deficiencias de micronutrientes (20).

Food Groups	Foods and beverages included
Fruits (excluded fruit juice)	All kinds of fruits, excluding the ones used to prepare natural juice (e.g.: mango, papaya, apples, pear, banana)
Vegetables	Vegetables and green leaves (e.g.: tomato, kale, cucumber, okra, arugula, cauliflower, broccoli, squash)
Legumes/Beans	Beans, chicken peas, green peas
Nuts and Seeds	Nuts (e.g.: almonds, Brazil nuts, cashew, peanuts, pecans, walnuts) and Seeds (e.g.: pumpkin seeds, sunflower, flaxseeds, sesame seed, linseed, quinoa)
Whole Grains products	Cookies, crackers, bread, whole pasta, brown rice, whole flour, breakfast cereal, oats
Fish and Seafood	Fish (e.g.: tuna, white fish, salmon, canned fish (sardine)) and Seafood (e.g.: clams, mussel, crab, snails, oyster, lobster, prawns, shrimp)
Yogurt	High and low-fat yogurt
Red Meat	Pork meat, beef, lamb
Processed Meats	Hamburger, meatballs, sausage, bacon, ham, bologna, salami. Included cold cuts.
Sugar-Sweetened Beverages (SSB):	
SSB purchased ready-to-drink	All kind of ready-to-drink beverage with added sugar (e.g.: powder juice, nectar, sodas, energy drinks, teas, flavored water)
SSB homemade (or do not purchased ready-to-drink)	All kind of homemade beverage with added sugar (e.g.: tea, coffee, milk, mate, fruit juices)

Imagen 1 Composición de los diez grupos de alimentos relacionados con las ENT(21).

Food Groups	Quantity (grams or milliliters) observed in the scientific literature—Cut-offs	Range of "optimal consumption" adopted
<i>Decrease Relative Risk</i>		
Fruits	400 g/day (+vegetables) ^a ; 300 g/day ^b ; 250–300 g/day (10%) ^c ; 200 g/day (15–20%) ^d	200–400 g/day
Vegetables	400 g/day (+fruits) ^a ; 400 g/day (+legumes/beans) ^b ; 300 g/day (11%) ^c ; 400 g/day (12%) ^d	300–400 g/day
Legumes/Beans	100 g/day ^b ; 150 g/day (16%) ^c ; 100 g/day (10%) ^d	100–150 g/day
Nuts and Seeds	141.75 g/week ^b ; 15–20 g/day (17%) ^c ; 10–15 g/day (21%) ^d	10–20 g/day
Whole Grains ^a	125 g/day ^b ; 100 g/day (25%) ^c ; 100 g/day (17%) ^d	100–125 g/day
Fish and Seafood	350 g/week ^b ; 200 g/day (10%) ^c ; 250 g/day (15%) ^d	200–250 g/day
Yogurt	610 g/week ^b ; 200 g/day ^c	200 g/day
<i>Dose-dependent effect on Relative Risk</i>		
Red meat	100g/week ^b ; 0.5 serving/day ^f ; 100g/day (increase RR = 10–20%) ^d	50–100 g/day
<i>Increase Relative Risk</i>		
Processed meats	0 ^b ; 200 g/day (60%) ^c ; 70 g/day (15–25%) ^d	N/A
SSB	0 ^b ; 250 mL/day (7%) ^c ; 500 mL/day (16–35%) ^d	N/A

Imagen 2 Rango de consumo óptimo adoptado para los principales grupos de alimentos (21).

4.2.2. ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física se refiere a cualquier movimiento del cuerpo generado por los músculos esqueléticos que conlleva un consumo de energía. (21). Lo ideal de actividad física para los adultos mayores es que realicen entre 150 y 300 minutos de actividad aeróbica moderada a la semana por ejemplo caminar de forma rápida, bailar o nadar, si prefieren mayor intensidad, entre 75 y 150 minutos de ejercicio aeróbico vigoroso como hacer ciclismo. También pueden combinar ambas opciones de manera equilibrada. Además, es importante dedicar al menos dos días a la semana a ejercicios de fortalecimiento muscular ya que se ha relacionado el aumento de masa muscular con una mejor calidad de vida. Para los adultos mayores, se sugiere incluir actividades que trabajen el equilibrio, además de ejercicios aeróbicos y de fuerza, para mantener más equilibrio y una buena condición física. Hacer más actividad física trae aún más beneficios. Tanto el ejercicio aeróbico como el entrenamiento de fuerza contribuyen de manera positiva a la salud (22).

Se relaciona el estado de inflamación con el aumento de varios tumores; Con respecto al Cáncer colorrectal, la actividad física posoperatoria se relaciona con una mayor supervivencia libre de enfermedad en pacientes con cáncer de colon ya que disminuye la inflamación, el aumento de masa muscular reduce los niveles de inflamación en el cuerpo mejorando no solo la condición física sino también una recuperación más rápida (23).

ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TRABAJO		ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE	
Actividades de intensidad MODERADA que implican una ligera aceleración de la respiración	Actividades VIGOROSAS que implican una aceleración importante de la respiración	Actividades de intensidad MODERADA que implican una ligera aceleración de la respiración	Actividades VIGOROSAS que implican una aceleración importante de la respiración
Ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (pasar la aspiradora, la mopa, limpiar el polvo, fregar, barrer, planchar) • Lavar la ropa (sacudir y cepillar alfombras, escurrir la ropa a mano) • Cuidar el jardín • ordeñar vacas (a mano) • Sembrar y cosechar • Cavar suelo seco (con pico) • Tejer • Trabajar la madera (tallar, serrar madera blanda) • Mezclar cemento (con pala) • Trabajar en la construcción (empujando carretillas cargadas, utilizando un martillo hidráulico) • Caminar con peso en la cabeza • Extraer agua • Atender animales 	Ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Silvicultura (cortar o transportar leña) • Tallar madera dura • Arar • Cosechar cultivos (caña de azúcar) • Trabajar en el jardín (cavar) • Moler (con mortero) • Trabajar en la construcción • Cargar muebles (cocinas, frigoríficos) • Dar clases de spinning (fitness) • Dar clases de deportes aeróbicos • Clasificar paquetes postales (rápidamente) • Conducir cochecitos tirados por bicicleta 	Ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Montar en bicicleta • Hacer Jogging • Bailar • Montar a caballo • Tai Chi • Yoga • Pilates • Aeróbic lento • Críquet 	Ejemplos <ul style="list-style-type: none"> • Fútbol • Rugby • Tenis • Aeróbic rápido • Aeróbic en el agua • Ballet • Natación

Imagen 3 Criterios de Clasificación (25).

NIVEL DE ACTIVIDAD	
NIVEL ALTO de AF	<p>Cuando se cumple alguno de los dos criterios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al menos 3 días de actividades vigorosas (en el trabajo y en el tiempo libre) en una semana típica, acumulando al menos 1.500 MET-minutos por semana de AF vigorosa total. • Al menos 5 días de actividades moderadas y/o vigorosas (en el trabajo, en el tiempo libre y para desplazarse de un sitio a otro) en una semana típica, acumulando al menos 3.000 MET-minutos por semana de AF total.
NIVEL MODERADO de AF	<p>Cuando no se reúnen los criterios para ser incluidos en el nivel "alto" pero se cumple alguno de los tres siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al menos 3 días de actividades vigorosas (en el trabajo y en el tiempo libre) en una semana típica, con una duración de al menos 25 minutos por día. • Al menos 5 días de actividades moderadas y/o vigorosas (en el trabajo, en el tiempo libre y para desplazarse de un sitio a otro) en una semana típica, con una duración de al menos 30 minutos por día. • Al menos 5 días de actividades moderadas y/o vigorosas (en el trabajo, en el tiempo libre y para desplazarse de un sitio a otro) en una semana típica, acumulando al menos 600 MET-minutos por semana de AF total.
NIVEL BAJO O INACTIVO	Cuando no se reunieron los criterios para ser incluido en los niveles "alto" o "moderado".

Imagen 4 Cartilla de actividades físicas típicas (Instrumento STEPS) (25).

4.2.3. IMPACTO DE LA DIETA EN LAS ENFERMEDADES COLORRECTALES

La dieta cumple un rol clave en el microambiente intestinal normal, afectando la composición y función del microbiota, la barrera intestinal y la inmunidad del huésped (24). La nutrición desempeña un papel crucial en el manejo de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria (EII), ya que puede influir en la gravedad de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes (25).

Las elecciones dietéticas juegan un papel fundamental en las afectaciones del colon y recto, conforme pasa el tiempo existe más evidencia demostrando que una dieta específica es ideal como tratamiento para las afectaciones coloproctológicas más comunes. Según Swier et al. La dieta y la fibra cumple un rol importante en las enfermedades colorrectales benignas; con respecto al estreñimiento crónico se recomienda cambios en el estilo de vida y modificaciones a la dieta aumentando la cantidad de fibra soluble como tratamiento inicial para mejorar los movimientos intestinales y el malestar gastrointestinal; Con respecto al Síndrome de Intestino Irritable (SII) se demostró que una dieta alta en fibra soluble es un tratamiento eficaz para las afectaciones, también existe una gran relación sobre la dieta baja en FODMAP (Fermentable, Oligosacárido, Disacáridos, Monosacáridos, y Polisacáridos) ya que ayuda a minorar los síntomas del SII (2).

Se estima que la dieta influye en un 25 % a la diverticulitis, anteriormente se recomendaba que el paciente con Diverticulitis colónica llevara una dieta líquida o líquidos claros conforme se vaya recuperando sin embargo los estudios no han demostrado que una restricción dietética sea eficaz para el tratamiento de diverticulitis; La Sociedad Europea de Coloproctología recomiendan una dieta normal rica en fibra, frutas, verduras, cereales integrales, legumbres, aves y pescado, disminuir la ingesta de carnes rojas, alimentos procesados y fritos y productos lácteos altos en grasa. Una dieta alta en fibra ayuda a evitar el desarrollo de Incontinencia fecal en las mujeres a diferencia de llevar una dieta baja en fibra, varios ensayos aprueban que ciertas fibras ayudan a mejorar las consistencias de las heces y existe evidencia de que la incontinencia fecal puede mejorar con modificaciones en la dieta (2).

4.2.4. IMPORTANCIA DE LA FIBRA EN EL MANTENIMIENTO DEL MEDIO INTESTINAL

Se define a la fibra dietética como todos los carbohidratos que no se digieren ni se absorben en el intestino delgado y tienen un grado de polimerización de 3 o más unidades monoméricas, El tipo de fibra dependerá de la solubilidad, la viscosidad y la capacidad de ser fermentada en el colon, pero por lo general la fibra se divide en soluble que se la encuentra en el salvado de avena, la cebada y los frijoles y la fibra insoluble que la podemos encontrar en el salvado de trigo los cereales integrales y algunas verduras. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos recomienda que la cantidad de fibra sea entre 25 a 35 g/ día. Las fibras que tienen efectos laxantes suelen incrementar el contenido de agua en las heces y no son fácilmente fermentadas en el colon. En cambio, las fibras que sí se fermentan en el colon pierden su capacidad para retener agua y generan gases que pueden intensificar los síntomas de hinchazón y flatulencia. (26,27).

Por otro lado, la fibra dietética ofrece múltiples beneficios funcionales que favorecen la salud del organismo. Esto incluye su impacto positivo en el manejo de la obesidad, las enfermedades inflamatorias intestinales, la salud inmunológica, el cáncer y las enfermedades neurodegenerativas, tal como se ilustra en diferentes estudios (28).

La inflamación en los seres vivos se produce como medio de defensa contra el daño tisular local, que es causado por virus, bacterias, sustancias químicas tóxicas y estrés ambiental. Un estudio reciente resalta los beneficios de la Fibra de los desechos de frutas en la Colitis Ulcerosa (CU) ya que al tener compuestos antioxidantes disminuyen la actividad antiinflamatoria y anticancerígena además de modular la inmunidad intestinal previniendo diversas enfermedades. El microbiota intestinal metaboliza las fibras dietéticas fermentables, y la cantidad de ácidos grasos de cadena corta (AGCC) producidos durante la fermentación en el colon depende de factores como el lugar específico donde ocurre la fermentación, el tipo de fibra consumida, el tiempo de tránsito intestinal y la composición del microbioma colónico. Además, los AGCC desempeñan un papel clave en la modulación de la respuesta inflamatoria, favoreciendo las funciones de la barrera epitelial y la actividad de ciertos receptores (29).

En resumen, la fibra soluble, viscosa y poco fermentable puede brindar beneficios en el síndrome del intestino irritable. Los efectos secundarios significativos hacen que la fibra sea una terapia de primera línea razonable para los pacientes con síndrome del intestino irritable con síntomas. La fibra ayuda a mejorar la viscosidad y la frecuencia de las heces, sin embargo, existe evidencia que en la (CU) los (AGCC) formados durante la fermentación de la fibra, beneficia a la homeostasis inmunitaria e intestinal y ayuda al alivio y el control (26,29).

4.2.5. MODIFICACIONES DIETÉTICAS

Un estilo de vida dietético saludable ayuda a la prevención de enfermedades colorrectales y una mejor salud intestinal (14). Cada vez son más comunes los casos de patologías rectales, En Ecuador una de las causas principales de muerte es el Cáncer colorrectal; En un estudio realizado por Castañeda Guillot et al. Entre las acciones identificadas por los encuestados, para prevenir el cáncer colorrectal se encontraban Actividad Física regular, una dieta rica en fibra, verduras, fruta y pescado y la disminución de comida hipercalóricas (15) .

Existe relación entre alimentos específicos asociados a problemas colorrectales, por lo cual se fomenta o se evita su ingesta para prevenir la enfermedad. La dieta desempeña un papel importante en los trastornos colorrectales. Hacer cambios dietéticos tales como preparaciones bajas en grasas y ricas en fibra pueden reducir evitar los problemas colorrectales y funcionan para su tratamiento. Las personas relacionan un buen estado intestinal con una evacuación blanda y regular y un buen aporte de fibra puede cumplir este objetivo, sin embargo, un aporte excesivo de este puede provocar todo lo contrario generando inflamación, gases, cólicos y ruidos gaseoso, dependiendo de la persona (14).

4.2.6. ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTE CON ENFERMEDADES COLOPROCTOLÓGICAS.

4.2.6.1. Riesgo de desnutrición en las Cirugías Colorrectales

La cirugía colorrectal es un procedimiento quirúrgico con alta demanda por los problemas que afectan de diferentes maneras al colon y recto estando sujeta a mayores complicaciones por lo que el acompañamiento nutricional antes, durante y después de la operación es fundamental para garantizar un buen soporte nutricional durante todo el proceso. Entre las causas quirúrgicas más comunes con respecto a este segmento intestinal se encuentra en cáncer de colon, enfermedad diverticular del colon, colitis ulcerosa, colitis isquémica y fistulas (30).

A pesar de la implementación de varios Protocolos como el ERAS, la Cirugía mayor abdominal sigue siendo asociada con pérdidas perjudiciales de masa muscular posoperatoria (31). Los pacientes que son sometidos a una cirugía mayor abdominal no solo tienen mayor riesgo de desnutrición, sino presentan múltiples complicaciones quirúrgicas, su estancia hospitalaria es prolongada y su tasa de mortalidad es más alta. La prevalencia de desnutrición en pacientes que son sometidos a una cirugía mayor abdominal es de hasta el 50%, y sus causas principales son por una baja ingesta de calorías, caquexia, proceso digestivo deteriorado y estados catabólicos provocado por el estrés de la cirugía, por tal motivo una evaluación del riesgo nutricional temprana es de gran utilidad para identificar y en tales casos prevenir complicaciones posoperatorias y cuando sea necesario iniciar un soporte nutricional adecuado (32).

4.2.6.2. Impacto de la Desnutrición en la Salud de los Pacientes Mayores y Quirúrgicos

La desnutrición es común en personas de edad avanzada y en aquellos que padecen enfermedades crónicas. En pacientes quirúrgicos adultos mayores (<65), un estado nutricional deficiente se relaciona con diversos resultados adversos tras una operación, es considerado uno de los grupos poblacionales más afectados por la desnutrición después de una intervención quirúrgica de este tipo, por lo general son pacientes que ya ingresan con un bajo peso antes de su proceso quirúrgico; Entre las complicaciones frecuentes se encuentran las infecciones, problemas en la cicatrización de heridas, recuperación lenta y en el peor de los casos un mayor riesgo de mortalidad (33).

4.2.6.3. Relevancia del soporte nutricional en cirugías colorrectales

Una buena alimentación es clave para los pacientes que pasan por cirugía de colon y recto, marcando una gran diferencia en su recuperación. Cuando las personas se someten a operaciones por cáncer de colon, enfermedad inflamatoria intestinal u otros problemas asociados, es frecuente que lleguen a deficiencias nutricionales, influenciadas por su condición médica, La situación incluso puede empeorar, por la falta de apetito, la dificultad para absorber nutrientes o incluso un mayor esfuerzo que demanda el cuerpo por estrés, al combatir la enfermedad. Por ello, evaluar y cuidar una correcta alimentación del paciente, en todas las etapas, antes, durante y después de la operación, se transforma en una pieza indispensable del tratamiento. Un plan nutricional bien diseñado, no solo ayuda a recuperarse mejor, sino que reduce riesgos y mejora significativamente los resultados de la cirugía. (16).

La desnutrición en pacientes quirúrgicos no solo hace que se recuperen más lentamente, sino que enfrentan mayores riesgos después de la operación, como infecciones, problemas en la cicatrización de heridas quirúrgicas y estadías más largas en el hospital. Como señala Weimann et al. (16), una alimentación y nutrición adecuada, puede reducir notablemente estos problemas, ayudando a los paciente a tener mejor calidad de vida y reducir los gastos médicos. Además, una buena nutrición es de gran importancia e influye en la síntesis de proteínas y la reparación de los tejidos, procesos fundamentales para que las cirugías cicatricen bien y el paciente pueda volver a su vida normal (34).

En el contexto de las cirugías colorrectales, los protocolos de recuperación intensificada (ERAS, por sus siglas en inglés) han destacado la importancia de la nutrición como parte integral del manejo perioperatorio. Estos protocolos recomiendan una evaluación nutricional preoperatoria para identificar a los pacientes en riesgo de desnutrición y establecer intervenciones tempranas, como la suplementación oral, la nutrición enteral o, en casos severos, la nutrición parenteral (34). La implementación de estas medidas no solo mejora el estado nutricional del paciente, sino que también refuerza su sistema inmunológico, lo que es crucial para prevenir infecciones y otras complicaciones postoperatorias (35).

Investigaciones como las de Braga et al. (17), nos revelan que complementar la alimentación antes de la cirugía con nutrientes clave como arginina y omega-3, fortalece el sistema inmunológico del paciente y disminuye las probabilidades de complicaciones postoperatorias. Estos resultados refuerzan la importancia de comenzar el apoyo nutricional desde el periodo prequirúrgico para obtener los mejores resultados.

En cirugías colorrectales, una buena nutrición va a más allá de ser importante, se ha convertido en un requisito fundamental para asegurar la mejor recuperación posible y reducir los riesgos de la operación. La evidencia científica confirma que es clave evaluar el estado nutricional desde el principio y crear planes de alimentación personalizada para cada paciente. Este cuidado integral no solo mejora los resultados médicos, sino que hace que el proceso postoperatorio sea más llevadero para quienes atraviesan por esta situación (36).

4.2.7. HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL

La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) recomienda especialmente el uso de MUST y NRS-2002 para identificar la desnutrición. Estas herramientas emplean cuestionarios que integran información clave sobre el peso corporal, antecedentes de pérdida de peso, consumo de alimentos y la severidad de la enfermedad (39).

El NRS 2002 (*Nutritional risk score*), es una herramienta completa que se ha utilizado cada vez más en este tipo de cirugías para identificar el riesgo nutricional, consta de 4 preguntas relacionadas con la falta de apetito, pérdida de peso, y gravedad de la enfermedad su puntuación se basa en ≥ 3 como riesgo nutricional y las puntuaciones ≥ 5 como riesgo nutricional alto; En un estudio donde se utilizó el NRS 2002 como predictor de riesgo nutricional en paciente sometidos a una cirugía abdominal, demostró que los pacientes con alto riesgo nutricional presentan mayor complicaciones y su proceso hospitalario fue más lento después de la cirugía en comparación con los pacientes que fueron categorizados con riesgo nutricional bajo (38).

4.2.8. VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA

La antropometría se basa en medir y la recopilación sistemática de las características físicas del cuerpo humano como el peso, la talla y la forma, los resultado de estas mediciones se relacionen con diferentes factores la genética, factores ambientales, sociales y culturales y nos sirven para identificar los riesgos en la salud, con la desnutrición, obesidad, pérdida de masa muscular, el aumento de grasa corporal, entre los elementos modificables se encuentran la circunferencia, los pliegues de la piel y el peso (37).

La composición corporal se ha asociado con resultados poco favorables para los pacientes sometidos a intervenciones abdominales importantes, no todos los índices antropométricos son predictores específicos de un mayor riesgo de complicaciones, sobre todo en el cáncer de recto; incluyendo el IMC, sin embargo, esta medida sigue siendo la medida más utilizada ya que es practica y rápida (38).

4.2.8.1.Talla

Representa la medición fundamental de longitud corporal que evidencia el desarrollo del sistema óseo (39). Es un dato esencial para calcular la medida del IMC, a medida que pasa la edad la estatura disminuye debido a los cambios anatómicos, generalmente empieza a partir de los 40 años; En el caso de los adultos mayores es más complejo la toma de esta medida ya que presentan problemas para estar de pie u otras dificultades que complican la toma de medida (37).

4.2.8.2. Estimación de la talla mediante la altura de la rodilla por MUST

Para esta estimación, es preferible medir la pierna izquierda, el paciente deberá doblar la rodilla en ángulo recto, Colocar la mano extendida sobre el muslo de la persona, a unos 4 cm por detrás de la rodilla, se debe desplazar la cinta métrica a lo largo del costado de la pierna, pasando por el hueso que a simple vista sobresale del tobillo (maléolo lateral) hasta la base del talón. Luego, se mide la distancia y se redondea al 0,5 cm (40).

Estatura (m)	Varones (18-59 años)	1.94	1.93	1.92	1.91	1.90	1.89	1.88	1.87	1.865	1.86	1.85	1.84	1.83	1.82	1.81
	Varones (60-90 años)	1.94	1.93	1.92	1.91	1.90	1.89	1.88	1.87	1.86	1.85	1.84	1.83	1.82	1.81	1.80
	Altura de la rodilla (cm)	65.0	64.5	64.0	63.5	63.0	62.5	62.0	61.5	61.0	60.5	60.0	59.5	59.0	58.5	58.0
Estatura (m)	Mujeres (18-59 años)	1.89	1.88	1.875	1.87	1.86	1.85	1.84	1.83	1.82	1.81	1.80	1.79	1.78	1.77	1.76
	Mujeres (60-90 años)	1.86	1.85	1.84	1.835	1.83	1.82	1.81	1.80	1.79	1.78	1.77	1.76	1.75	1.74	1.73
Estatura (m)	Varones (18-59 años)	1.80	1.79	1.78	1.77	1.76	1.75	1.74	1.73	1.72	1.71	1.705	1.70	1.69	1.68	1.67
	Varones (60-90 años)	1.79	1.78	1.77	1.76	1.74	1.73	1.72	1.71	1.70	1.69	1.68	1.67	1.66	1.65	1.64
	Altura de la rodilla (cm)	57.5	57.0	56.5	56.0	55.5	55.0	54.5	54.0	53.5	53.0	52.5	52.0	51.5	51.0	50.5
Estatura (m)	Mujeres (18-59 años)	1.75	1.74	1.735	1.73	1.72	1.71	1.70	1.69	1.68	1.67	1.66	1.65	1.64	1.63	1.62
	Mujeres (60-90 años)	1.72	1.71	1.70	1.69	1.68	1.67	1.66	1.65	1.64	1.63	1.625	1.62	1.61	1.60	1.59
Estatura (m)	Varones (18-59 años)	1.66	1.65	1.64	1.63	1.62	1.61	1.60	1.59	1.58	1.57	1.56	1.555	1.55	1.54	1.53
	Varones (60-90 años)	1.63	1.62	1.61	1.60	1.59	1.58	1.57	1.56	1.55	1.54	1.53	1.52	1.51	1.49	1.48
	Altura de la rodilla (cm)	50.0	49.5	49.0	48.5	48.0	47.5	47.0	46.5	46.0	45.5	45.0	44.5	44.0	43.5	43.0
Estatura (m)	Mujeres (18-59 años)	1.61	1.60	1.59	1.585	1.58	1.57	1.56	1.55	1.54	1.53	1.52	1.51	1.50	1.49	1.48
	Mujeres (60-90 años)	1.58	1.57	1.56	1.55	1.54	1.53	1.52	1.51	1.50	1.49	1.48	1.47	1.46	1.45	1.44

Imagen 5 Cálculo de la muestra a partir de la altura de la rodilla (40).

4.2.8.3. Peso

Es un indicador del volumen corporal, siendo la medida antropométrica más utilizada en la toma de datos prácticos. Sin embargo, puede ofrecer datos inexactos en casos de deshidratación o retención de líquidos, y también su resultado puede fluctuar según el tiempo transcurrido (7).

4.2.8.4. Estimación del peso mediante la fórmula de Viteri

$$P = \text{Circunferencia del brazo} + \text{Circunferencia de pantorrilla en su parte más ancha}$$

4.2.8.5. Peso en pacientes con edema

$$Prkg = \text{peso real sin edema kg} \times \text{exceso de peso hídrico kg} \quad (41)$$

Tabla 1 Localización del Edema y Exceso de Peso Hídrico (41).

<i>Localización del edema</i>	<i>Exceso de peso hídrico (kg)</i>	
+	Tobillo	1
++	Rodilla	3 a 4
+++	Raíz de la pierna	5 a 6
++++	Anasarca	10 a 12

4.2.8.6. Índice de masa corporal

El Índice de masa corporal (IMC), también conocida como el índice de quetelet, es una medida integral relacionado con el peso- altura, esta valoración ignora la cantidad y calidad de los diferentes compartimentos (39).

Tabla 2 Interpretación del IMC según World Health Organization, 2006 (41).

<i>INTERPRETACIÓN</i>	<i>IMC (Kg/m²)</i>	
	<i>Valores Principales</i>	<i>Valores Adicionales</i>
<i>Bajo peso</i>	<18. 50	<18.50
<i>Delgadez Severa</i>	<16.00	<16.00
<i>Delgadez Moderada</i>	16.00 a 16.99	16.00 a 16.99
<i>Delgadez Aceptable</i>	17.00 a 18.49	17.00 a 18.49
<i>Normal</i>	18.50 a 24.99	18.50 a 22.29 23.00 a 24.99
<i>Sobrepeso</i>	≥ 25.00	≥ 25.00 25.00 a 27.49
<i>Preobeso</i>	25.00 a 29.99	27.50 a 29.99
<i>Obeso</i>	≥ 30.00	≥ 30.00
<i>Obeso tipo I</i>	30.00 a 34.99	32.50 a 34.99
<i>Obeso tipo II</i>	35.00 a 39.99	37.50 a 39.99
<i>Obeso tipo III</i>	≥ 40.00	≥ 40.00

4.2.8.7. Índice de masa muscular en adultos mayores

El IMC en adultos mayores es fundamental por los cambios de peso, talla y en la fisiología, aumento de masa grasa y disminución de masa muscular que influyen en el estado nutricional, se relaciona un IMC 23-28 con menor riesgo de mortalidad en adultos mayores (42).

Tabla 3. Interpretación del IMC según OMS (42).

<i>INTERPRETACIÓN</i>	IMC EN ADULTOS MAYORES
<i>Delgadez</i>	< 23,0
<i>Normal</i>	23,0- 27,9
<i>Sobrepeso</i>	> 28,0 a 31,9
<i>Obesidad</i>	≥ 32,0

4.2.9. ENFERMEDADES COLOPROCTOLÓGICAS

4.2.9.1. Cáncer Colorrectal

El cáncer colorrectal (CCR) en los últimos años ha pasado se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad en el mundo, con un total de casi 900,000 muertes anuales y una incidencia de 1.9 millones de casos en el año 2020. El aumento del cáncer está ligado al envejecimiento poblacional, los cambios en los hábitos y el estilo de vida en países que aún se encuentran en desarrollo, y factores de riesgo como obesidad, tabaquismo y sedentarismo. A pesar de los avances del tratamiento cuando la enfermedad se diagnostica a tiempo. Sin embargo, los avances en tratamientos como terapias sistémicas, inmunoterapia y la detección temprana de la enfermedad, han permitido que las personas sobrevivan, cuando se detecta a tiempo. Promover estilos de vida saludables, actividad Física, es fundamental para enfrentar el aumento de esta enfermedad es esencial para enfrentar el creciente impacto de esta enfermedad en la salud pública mundial (43,44).

El CCR es la causa de muerte por Cáncer más frecuente y las probabilidades aumentan a partir de los 50 años, entre los factores de riesgo no genéticos principales están el sedentarios y la obesidad. El CCR se asocia con una desnutrición proteico- calórica, que corresponde al 20% de

muerres por esta complicación; Esta condición se caracteriza por una alteración y desequilibrio de las necesidades, la utilización y el gasto de nutrientes desencadenando una mayor probabilidad de morbimortalidad aumentando el deterioro de la calidad de vida, se estima que del 48,61 % de tumores colorrectales existe una pérdida de peso del 10 % por lo cual es necesario realizar una evaluación nutricional a pacientes sometidos a este tipo de cirugías para disminuir el riesgo de desnutrición (45,46).

4.2.9.2. Colitis Ulcerosa

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica, incurable y limitada al colon, causando diarrea con sangre e inflamación persistente. El origen de la enfermedad sigue siendo objeto de estudio, con avances en los procesos del tratamiento que regulan la inflamación y la resolución de la mucosa intestinal, así como en el desarrollo de terapias innovadoras. Además, la nutrición y la suplementación dietética forman un pilar fundamental como posibles aliados en su manejo, destacando el impacto del microbioma intestinal en la evolución de la enfermedad. La dieta mediterránea que es conocida por ser rica en antioxidantes, fibra y omega 3 ha demostrado mostrar muy buenos resultados debido a su riqueza, mientras que la dieta de exclusión de CU (UCED) y la suplementación con omega-3 y probióticos aun no cuenta con suficiente evidencia científica. Sin embargo, si la dieta no está bien balanceada, puede agravar el estado nutricional de los pacientes, es necesario tener enfoques integrales y personalizados en su tratamiento (47,48).

4.2.9.3. Fisura Anal

La fisura anal (FA) es un desgarro doloroso en el conducto anal distal. Su etiología es mayormente idiopática, relacionada con paso de heces duras, y suele acompañarse de hipertonia del esfínter anal, lo que prolonga la lesión. El diagnóstico es clínico, basado en el dolor intenso relacionado con la defecación y en la visualización de la fisura al examinar el margen anal. En el tratamiento se suele iniciar con laxantes, lubricantes tópicos y agentes que alivian el espasmo esfinteriano, en cambio las fisuras crónicas pueden necesitar atención quirúrgica, siendo la esfinterotomía lateral interna el estándar de referencia por su alta tasa de éxito, sin embargo, esto se asocia a un leve riesgo de incontinencia anal como secuela. Es crucial distinguir la FA de otras lesiones anales, como ulceraciones múltiples asociadas a enfermedades infecciosas,

dermatológicas o la enfermedad de Crohn, así como de lesiones malignas, lo que puede requerir estudios adicionales como una colonoscopia (49–51).

4.2.9.4. Enfermedad diverticular del Intestino

Los divertículos en el colon son afectaciones muy comunes hoy en día en la sociedad, especialmente en personas mayores de 50 años. Los divertículos son pequeñas bolsas que se encuentran en las paredes del intestino, Sobretudo en el colon sigmoide, muchas veces los pacientes lo descubren casualmente durante una colonoscopia rutinaria. Su aparición no responde a una única causa, sino que también tiene mucho que ver los factores genéticos, el estilo y los hábitos de vida y la evidencia de estudios científicos que lo confirman, edemas del rol importante que juega nuestra microbiota intestinal (52).

La enfermedad puede manifestarse de diversas formas: entre estos, los casos completamente asintomáticos (diverticulosis), hasta molestias abdominales recurrentes parecidas al síndrome de intestino irritable, o en caso contrario cuadros más graves como la diverticulitis aguda, que en algunos casos puede complicarse con abscesos o perforaciones. Entre los principales factores de riesgo destacan una dieta pobre en fibra, el sedentarismo, el sobrepeso, el tabaquismo y los desequilibrios en la flora intestinal. Afortunadamente, los avances médicos han mejorado notablemente su manejo. actualmente se sabe que no todos los casos de diverticulitis requieren antibióticos - solo aquellos más severos - y que la cirugía preventiva debe reservarse para situaciones específicas con alto riesgo de complicaciones (53).

La nutrición tiene un rol importante tanto para prevenir o como parte del tratamiento de enfermedades intestinales. Consumir suficiente fibra (entre 25-35g diarios), a través de alimentos integrales, como frutas, verduras y legumbres, no solo regula el tránsito digestivo, sino que protege el colon al reducir la presión interna. Los probióticos y prebióticos, por su parte, actúan como guardianes del microbiota intestinal, ayudando a calmar la inflamación. Recientes hallazgos añaden un nuevo aliado, la vitamina D, cuyos niveles adecuados parecen reducir el riesgo de diverticulitis. Los gastroenterólogos enfatizan que el éxito está en adaptar estas pautas a cada persona, combinando un estilo de vida activo con suplementación, siempre que sea necesario. El

abordaje integral no solo alivia los síntomas, sino que transforma la calidad de vida de los pacientes (54).

Por ejemplo, en este estudio de revisión sistemática y metaanálisis (Aune et al., 2020) analizó cinco estudios prospectivos con 19,282 casos y 865,829 participantes, concluyendo que un alto consumo de fibra dietética reduce significativamente el riesgo de enfermedad diverticular. Por cada 10 g/día de fibra, se observó una reducción del 26% en el riesgo (RR: 0.74; IC 95%: 0.71–0.78), con efectos más marcados para la fibra de frutas (RR: 0.56) y cereales (RR: 0.74). La asociación fue lineal, con una reducción del 58% al consumir 40 g/día frente a 7.5 g/día. Los resultados respaldan recomendaciones de aumentar la ingesta de fibra para prevenir esta enfermedad, aunque se necesitan más estudios sobre tipos específicos de fibra y su impacto en la diverticulitis. El estudio destaca por su rigor metodológico y ajuste por múltiples factores de confusión (55).

4.2.9.5. Hemorroides y Trombosis Venosa Perianal

Las hemorroides son organismos vasculares normales en el canal anal que actúan como cojinetes para el control de la continencia. Sin embargo, cuando estas estructuras se dilatan o desplazan distalmente debido a factores como el aumento de la presión intraabdominal, se convierten en patológicas, dando lugar a la enfermedad hemorroidal. Entre los factores de riesgo destacan el estreñimiento, la diarrea crónica, la obesidad, el embarazo y el envejecimiento, que esto aporta con la obstrucción venosa y al daño del tejido conectivo de soporte. Asimismo, en pacientes con diabetes mellitus, el mal control glucémico y la dislipidemia puede causar énfasis en la inflamación vascular y la disfunción endotelial, aumentando la prevalencia de hemorroides. La sintomatología incluye dolor, sangrado y prolapso, lo que impacta significativamente en la calidad de vida de los pacientes. La gravedad de los síntomas no siempre correlaciona con la clasificación anatómica, lo que subraya la importancia de evaluar el impacto subjetivo del paciente mediante tamizajes específicos (56,57).

La trombosis venosa perianal, tipo de trastorno surge por coágulos en las venas externas, ocasionando un nódulo doloroso e inflamado. Esto se desencadena por picos de presión abdominal, ya sea por esfuerzos físicos, parto, o traumatismos, su mecanismo combina congestión venosa e inflamación. A diferencia de las hemorroides internas, estas producen dolor intenso que puede requerir drenaje, especialmente en paciente con obesidad o trastornos coagulatorios. Comparte bases fisiopatológicas con la enfermedad hemorroidal, aunque no fue analizado explícitamente en los estudios revisados. (56, 58).

La evidencia científica nos demuestra una influencia directa entre los hábitos alimentarios y el desarrollo de patologías anorrectales como las hemorroides y trombosis venosa perianal. De acuerdo con investigaciones como el de Catherine et al., los hábitos dietéticos deficientes en fibra, con alto consumo de productos procesados, especias picantes y carne aviar en exceso, elevan considerablemente la probabilidad de aparición de hemorroides. Este fenómeno se explica por ser un círculo vicioso, es decir, la influencia de la falta de fibra dietética conduce al estreñimiento, que a su vez obliga a realizar esfuerzos o pujos excesivos durante la defecación, incrementando la presión intraabdominal y predisponiendo tanto a la formación de hemorroides como a su complicación trombótica. Paralelamente, la ingesta inadecuada de líquidos, empeora el cuadro al producir heces duras y difíciles de evacuar, intensificando así el trauma local (59).

En la práctica clínica, debemos alertar que el sedentarismo y la obesidad, como lo mencionan De Marco y Tiso, comprometen el retorno venoso anal. Actividades laborales donde la persona pasa mayormente sentada o con malos hábitos defecatorios, actual como desencadenantes, a su vez, el tabaco y el alcohol, dañan directamente la pared vascular, triplicando el riesgo trombótico, según los autores (60).

Investigaciones recientes, como la de Yu et al., nos manifiesta que ciertas bacterias intestinales, específicamente se menciona *Burkholderiales*, podría influir en desarrollo de las hemorroides. Aunque se desconoce el mecanismo exacto, la teoría sugiere que alteraciones microbianas, afectarían la función intestinal y la inflamación, haciendo que los síntomas empeoren. Además, mencionan que no es el estreñimiento en sí, sino la frecuencia defecatorios lo que más influye significativamente. Estos hallazgos, plantean oportunidades terapéuticas innovadoras, donde las estrategias nutricionales personalizadas, podrían convertirse en pilares preventivos y coadyuvantes en el manejo de estas complicaciones (61).

4.2.9.6.Prolapso Rectal

El prolapso rectal se asocia con la debilidad de los músculos del suelo pélvico y del esfínter anal, relacionándose con la sarcopenia, una condición que se caracteriza por la pérdida de masa y la función muscular. Estudios como el de Vieira et al., vincula el prolapso rectar con la sarcopenia pélvica, donde la atrofia muscular afecta tanto al suelo pélvico como al esfínter anal. Este deterioro muscular, no solo favorece el desarrollo del prolapso, sino que además reduce la eficacia terapéutica, haciendo imprescindible evaluar la función muscular en estos pacientes. (62).

La fragilidad y la desnutrición son factores que se debe tomar en cuenta en pacientes ancianos con prolapso rectal. Obinata et al., en un estudio que mujeres con prolapso avanzado, manifiesta que presentaban menor diámetro del músculo pubococcígeo, lo que se asocia con sarcopenia y fragilidad. Estos hallazgos sugieren que la atrofia muscular pélvica, agravada por la desnutrición, puede empeorar el prolapso. Además, la expresión reducida de receptores de estrógenos (ER α) en estos pacientes, manifiesta un enlace entre los cambios hormonales posmenopáusicos y la debilidad muscular (63).

El correcto abordaje nutricional preoperatorio, debe considerarse estándar en pacientes con prolapso rectal, particularmente ante el diagnostico de sarcopenia. La metodología propuesta por Humphry et al. Mediante perfiles de metabolitos urinarios, permite estratificar el riesgo quirúrgico, donde la desnutrición no tratada se relaciona con malos resultados funcionales postintervención (64).

4.2.9.7.Colostomía

Cuando el colon es afectado por el cáncer, diverticulitis grave o colitis, este puede dejar de ser funcional. Los tumores pueden taponar el intestino causando dolor y sangrado, mientras que las perforaciones requieren de intervención quirúrgica de urgencia. En algunos casos, los médicos deben crear una apertura abdominal, para derivar las heces cuando no se puede reconectar con el intestino inmediatamente. (65).

Situaciones clínicas, como traumatismos abdominales o fístulas entero-cutáneas, pueden requerir intervención quirúrgica para una colostomía como medida terapéutica. Estas fístulas, complejas, que con frecuencia cursan procesos infecciosos recurrentes, deterioro nutricional progresivo y alteraciones hidroelectrolíticas significativas. La desviación del tránsito intestinal mediante colostomía ya sea temporal o definitiva, debe cumplir con tres objetivos principales: eliminar el paso de material fecal por la zona afectada, disminuir la contaminación bacteriana, crear condiciones óptimas para la reparación tisular. Es importante mencionar que pacientes con hipoalbuminemia, estados sépticos o antecedentes de múltiples intervenciones abdominales, presentan un mayor riesgo de eventos adversos, por lo que su intervención debe incluir un equipo especializado como cirujanos, nutricionistas y enfermería estomaterapeuta (66).

El estado nutricional es un factor importante en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) que han sido intervenidos quirúrgicamente o con tratamientos combinados, ya que influye directamente en su recuperación, calidad de vida y pronóstico de salud. Entre el 40-80% de estos pacientes, presentan signos de desnutrición, condición que con frecuencia se exacerba por los efectos secundarios de terapias oncológicas, como quimioterapia o radioterapia, expresándose mediante síntomas gastrointestinales como anorexia, náuseas persistentes y diarrea. La presencia de ostomías, ya sean temporales como definitivas, obliga requerimientos nutricionales especializados para prevenir complicaciones metabólicas, incluyendo alteraciones hidroelectrolíticas y síndromes de malabsorción. Estudios han demostrado que intervenir con estructuras nutricionales basadas en: educación alimentaria individualizada, monitoreo clínico/nutricional continuo, adaptación dietética progresiva, logran aumentar la adherencia a la terapia, mitigando efectos secundarios y reestablece parámetros nutricionales, impactando positivamente tanto en la recuperación de la función como en la calidad de vida del paciente (67).

Los hábitos alimenticios en pacientes con ostomías deben ser cuidadosamente adaptados para manejar síntomas como gases, olores desagradables o cambios en la consistencia de las heces. Estudios demuestran que muchos pacientes restringen alimentos esenciales por miedo a complicaciones, lo que puede derivar en desnutrición o deficiencias de nutrientes clave, como proteínas y hierro. Por ejemplo, en el contexto amazónico, se observó un consumo excesivo de carbohidratos refinados y bajo aporte de proteínas y fibra, lo que aumenta el riesgo de obesidad y enfermedades metabólicas. Una dieta equilibrada, con orientación profesional, es fundamental para prevenir estas alteraciones y garantizar un adecuado funcionamiento del estoma, evitando problemas como obstrucciones o dermatitis periestomal (68,69).

4.2.9.8. Ileostomía

La ileostomía puede llegar a ser una solución quirúrgica ante distintas enfermedades que afectan de gravedad la función del intestino, entre ellas se encuentran, los procesos oncológicos cáncer colorrectal que comprenda el íleon; enfermedades inflamatorias como enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa; enfermedades abdominales obstrucciones intestinales o traumatismos severos. Aunque esto puede salvar vida, este procedimiento cambia por completo como el cuerpo absorbe los nutrientes y líquidos, requiriendo ajustes dietéticos específicos, especialmente en casos complejos (70).

La ileostomía impacta negativamente en el estado nutricional del paciente debido a la reducción de la superficie absorbente del intestino delgado, por consecuencia se percibirá pérdidas significativas de líquidos, electrolitos (como sodio, magnesio y potasio) y nutrientes esenciales. Esto puede causar deshidratación, hiponatremia, hipomagnesemia y desnutrición, especialmente en casos de alto débito (pérdidas mayores a 1.4 litros diarios). Asimismo, la malabsorción de vitamina B12 y sales biliares en el íleon puede provocar anemia y deficiencias nutricionales crónicas. Estos factores incrementan el riesgo de complicaciones como falla renal aguda y pérdida de masa corporal (68,70).

Las personas que viven con ileostomía, con frecuencia ajustan su alimentación para prevenir problemas comunes como diarrea intensa, obstrucciones intestinales o pérdida excesiva de líquidos. Por temor a esto, normalmente suelen eliminar de su dieta, alimentos ricos en fibra insoluble como cascara o semillas, azúcares simples y grasas, lo que, sin darse cuenta, estas restricciones pueden ser muy restrictiva, convirtiendo su dieta en repetitiva y nutricionalmente incompleta. Estas adaptaciones, aunque bien intencionadas, pueden agravar el estado nutricional si no están adecuadamente supervisadas por un nutricionista especializado (71,72).

4.2.9.9. Fistula del Intestino

Una fístula es una conexión anormal entre dos partes entero cutáneas del cuerpo, esta anomalía trae complicaciones importantes, comúnmente el 80 % de las fistulas aparecen después de una intervención quirúrgica, sin embargo también pueden aparecer por un traumatismo, cáncer o alguna enfermedad inflamatoria intestinal como la enfermedad de Crohn, las complicaciones asociadas son significativas como además de ser doloroso e incómoda pueden llegar a la desnutrición, infecciones y es proceso largo para la recuperación. Las fistulas del intestino son muy comunes, el análisis de una fistula se centra de donde viene y a donde sale y también el líquido que se debita el paciente todo con el fin de ver la gravedad y comenzar con el tratamiento, la cantidad de secreción debitada es clave para determinar el riesgo de deshidratación y el de desnutrición; Su clasificación se considera de alto gasto cuando el paciente pierde más de 500 ml/día, gasto moderado entre 200- 500 ml/día, bajo gasto – 200 ml/día, cuando el paciente presenta un alto gasto tiene más probabilidades de perder los nutrientes y electrolitos del cuerpo teniendo una alta mortalidad (73).

Las fistulas entero- cutáneas presentan una tasa de mortalidad del 5 al 20 %, en un estudio de Roherich et al. (74) Querían saber la razón por la cual los pacientes desarrollan una fistula posterior a un cirugía e identificar los factores más comunes, el estudio demostró que entre los pacientes afectado 62,5 era varones y 37,5 % eran mujeres con una edad promedio de 48 años de estos pacientes 1 de cada 5 tenían Cáncer, el 65% fueron cirugías de emergencia y 70 % tuvieron una intervención quirúrgica abdominal, para el tratamiento de las fistulas, el 45 % necesitaron una nueva cirugía y el 55 % tuvieron tratamiento médico y la mitad de los pacientes sufrió una desnutrición grave por la pérdida de nutrientes. En conclusión, la fistulas son más comunes en pacientes con cirugías de emergencias o intervenciones abdominales, aunque no todos los casos terminan en muertes, si prevalece la desnutrición e infecciones en estos pacientes. Por lo que es necesario un seguimiento nutricional adecuado después de una operación (74).

4.3.MARCO LEGAL

El presente marco legal reúne las principales lineamientos narrativos e institucionales que respaldan el derecho a la salud y a la alimentación adecuado como pilares fundamentales del bienestar humano.

Considerando los objetivos de la OMS y la OPS, así como artículos claves de la constitución de Ecuador que promueven el bienestar, la soberanía alimentaria y el acceso equitativo o servicios de salud.

4.3.1. Objetivos de la organización mundial de la salud (OMS)

Objetivo N° 2: “Hambre cero”, la OMS declara que las personas que no cuentan con una buena seguridad alimentaria no pueden llevar una dieta sana y equilibrada constantemente debido a limitaciones u otros recursos (75).

Objetivo N° 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, es importante garantizar que todas las personas accedan a servicios de salud de calidad sin afrontar dificultades financieras (76).

4.3.2. Organización panamericana de la salud

Objetivo N°9: “Enfermedades no transmisibles”, el propósito de este objetivo es disminuir la prevalencia de enfermedades no transmisibles incluyendo enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y los trastornos de salud mental, así mismo la discapacidad, la violencia y los traumatismos, mediante la promoción de la salud y la reducción de los riesgos, así como la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo (77).

4.3.3. Constitución de la república del Ecuador

Artículo 13.- Derechos del buen vivir. - “Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria”.

Artículo 32: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional" (78).

Art. 281: establece que la soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico y una obligación del Estado para que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades dispongan de alimentos sanos y culturalmente apropiados de forma permanente (79).

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Existió una relación de los hábitos alimentarios inadecuados en pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo de agosto 2024- enero 2025.

6. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

<i>Variable de Caracterización</i>	Conceptualización	Identificador / dimensión	Valor final	Tipo de variable	Tipo de Escala
<i>Pacientes quirúrgicos del área de coloproctología</i>	Es todo individuo que va a someterse a un tipo de cirugía para tratar patologías relacionadas con el colon el recto y el ano	Edad	18 – 20 años	Cuantitativa	Nominal
			28 – 30 años		
38 – 40 años					
48 – 50 años					
58 – 60 años					
68 – 70 años					
78 – 80 años					
	Sexo	Masculino	Femenino	Cualitativa	Intervalo
<i>Hábitos Alimentarios</i>	Frecuencia de consumo de alimentos	Lácteos enteros	Recomendado (3 – 5 veces / día)	Cualitativa	Nominal
Casi nunca o nunca					
1 a 3 veces al mes					
1 vez a la semana					
2 a 4 veces a la semana					
5 a 6 veces a la semana					
1 vez al día					
2 a 3 veces al día					
4 a 6 veces al día					

Hábitos Alimentarios			>6 veces al día		
		Lácteos semidescremados	Recomendado (3 – 5 veces / día)	Cualitativa	Nominal
			Casi nunca o nunca		
			1 a 3 veces al mes		
			1 vez a la semana		
			2 a 4 veces a la semana		
			5 a 6 veces a la semana		
			1 vez al día		
			2 a 3 veces al día		
			4 a 6 veces al día		
			>6 veces al día		
		Carnes magras	Recomendado (1 unidad: 2 – 3 veces/ semana)	Cualitativa	Nominal
			Casi nunca o nunca		
			1 a 3 veces al mes		
			1 vez a la semana		
			2 a 4 veces a la semana		
			5 a 6 veces a la semana		
			1 vez al día		
			2 a 3 veces al día		
		4 a 6 veces al día			
		>6 veces al día			
	Frecuencia de consumo de alimentos	Pescado Blanco	Recomendado (2-3 veces/semana)	Cualitativa	Nominal
			Casi nunca o nunca		

		1 a 3 veces al mes		
		1 vez a la semana		
		2 a 4 veces a la semana		
		5 a 6 veces a la semana		
		1 vez al día		
		2 a 3 veces al día		
		4 a 6 veces al día		
		>6 veces al día		
	Pescado Azul	Recomendado (2-3 veces/semana)	Cualitativa	Nominal
		Casi nunca o nunca		
		1 a 3 veces al mes		
		1 vez a la semana		
		2 a 4 veces a la semana		
		5 a 6 veces a la semana		
		1 vez al día		
		2 a 3 veces al día		
		4 a 6 veces al día		
		>6 veces al día		
	Embutidos	Recomendado (lo menos posible: 1-3 veces por mes)	Cualitativa	Nominal
		Casi nunca o nunca		
		1 a 3 veces al mes		
		1 vez a la semana		
		2 a 4 veces a la semana		
		5 a 6 veces a la semana		

		1 vez al día		
		2 a 3 veces al día		
		4 a 6 veces al día		
		>6 veces al día		
	Verduras	Recomendado (2-4 veces/día)	Cualitativa	Nominal
		Casi nunca o nunca		
		1 a 3 veces al mes		
		1 vez a la semana		
		2 a 4 veces a la semana		
		5 a 6 veces a la semana		
		1 vez al día		
		2 a 3 veces al día		
		4 a 6 veces al día		
		>6 veces al día		
	Frutas	Recomendado (2-4 veces/día)		
		Casi nunca o nunca		
		1 a 3 veces al mes		
		1 vez a la semana		
		2 a 4 veces a la semana		
		5 a 6 veces a la semana		
		1 vez al día		
		2 a 3 veces al día		
		4 a 6 veces al día		
		>6 veces al día		

	Grasas y Aceites vegetales		Cualitativa	Nominal
		Casi nunca o nunca		
		1 a 3 veces al mes		
		1 vez a la semana		
		2 a 4 veces a la semana		
		5 a 6 veces a la semana		
		1 vez al día		
		2 a 3 veces al día		
		4 a 6 veces al día		
		>6 veces al día		
	Otros alimentos	Casi nunca o nunca	Cualitativa	Nominal
		1 a 3 veces al mes		
		1 vez a la semana		
		2 a 4 veces a la semana		
		5 a 6 veces a la semana		
		1 vez al día		
		2 a 3 veces al día		
		4 a 6 veces al día		
		>6 veces al día		
Casi nunca o nunca				
1 a 3 veces al mes				
1 vez a la semana				
2 a 4 veces a la semana				
5 a 6 veces a la semana				
1 vez al día				

Actividad Física			2 a 3 veces al día		
			4 a 6 veces al día		
			>6 veces al día		
	Es todo movimiento del cuerpo generado por los músculos esqueléticos que genera un consumo de energía.	leve	No se reúnen los requisitos para ser incluidos en nivel alto o moderado	Cualitativa	Nominal
		Moderada	3 días AF vigorosa 25 min x día	Cualitativa	Nominal
			O		
			5 días AF moderada 30 min x día		
		Intensa	3 días AF vigorosa 1500 MET x semana	Cualitativa	Nominal
O					
5 días AF moderada 3000 MET x semana					
Estado nutricional	Es un indicador clave de la salud que detalla el equilibrio entre los nutrientes consumidos y las demandas nutricionales de un individuo.	Peso		Cuantitativo	Ordinal
		Talla		Cuantitativo	Ordinal
		NRS	Normal: 0 punt	Cuantitativo	Ordinal
			Desnutrición leve: 1 pto.		
			Desnutrición moderada: 2 ptos.		
Desnutrición grave: ≥ 3 ptos.					

	Índice de masa corporal (IMC)	< 18.5	Cuantitativo	Ordinal
		Bajo		
		Peso		
		18.5 – 24.9		
		Normopeso		
		20.0 – 29.9		
		sobrepeso		
		30.0 – 39.9		
obesidad I				
35.0 – 39.9				
obesidad II				
>40	obesidad III			

7. METODOLOGÍA

7.1. Enfoque y diseño metodológico

El presente trabajo de titulación adoptó un enfoque cuantitativo de tipo correlacional analítico con cohorte transversal, en el cual se recopilaron datos numéricos para analizar los hábitos alimentarios de los pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales, permitiendo la caracterización de las variables en un tiempo determinado.

7.2. Población / universo / muestra y tipo de muestro.

Estuvo compuesta por pacientes quirúrgicos del área coloproctología o con enfermedades colorrectales atendidos en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo de agosto 2024 – enero 2025.

7.2.1. Universo

Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de enfermedades colorrectales del hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, durante este periodo.

7.2.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 100 pacientes adultos y adultos mayores, con edades comprendidas entre los 20 a 80 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y otorgaron su consentimiento informado.

7.2.3. Tipo de muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional considerando pacientes disponibles durante el periodo de estudio que cumplieran con los criterios establecidos

7.2.3.1. Criterios de Inclusión

1. Pacientes del área de coloproctología o con diagnóstico de enfermedades colon-rectales
2. Pacientes adultos y adultos mayores (20 – 80 años).
3. Diagnóstico de enfermedades colorrectales.
4. Firma el consentimiento informado.

7.2.3.2. Criterios de Exclusión

1. Pacientes con enfermedades graves no relacionadas que pudieran afectar su estado nutricional.
2. Pacientes que no estén en condiciones de responder adecuadamente a las encuestas sobre hábitos alimentarios.
3. Pacientes que hayan recibido previamente asesoramientos especializados nutricional en los últimos 6 meses.

7.2.4. Métodos y Técnicas de recolección de datos

- Cribados Nutricionales: Se utilizó la herramienta NRS 2002.
- Valoración antropométrica: Se incluyó la estimación del Índice de Viteri y estimación de talla por MUST.
- Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA): Para evaluar patrones alimentarios.

7.2.5. Recolección, procesamiento y análisis de la información

La información obtenida, se almacenó en un archivo digital de Excel y posteriormente se procesó los datos utilizando el software estadístico JAMOVI, donde se realizó un análisis correlacional para caracterizar las variables de estudio.

8. PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabla 4. Relación Estadística

RELACIÓN

	PESO (Kg)	TALLA (Mts)	IMC (FAO)	IMC ADULTO MAYOR (OMS)	APP FACTORES DE RIESGO SI (1) NO REFIERE (0)	Pacientes con CA Colon SI (1) NO (0)	Pacientes con Enfermedad del Intestino SI (1) NO (0)	ACTIVIDAD FISICA LEVE (1) MODERADA (2) INTENSA (3)	NRS 2002 2 PTS (2) 3 O MAS PTS (3)
<i>N</i>	100	100	58	42	100	100	100	100	100
<i>Perdidos</i>	0	0	42	58	0	0	0	0	0
<i>Media</i>	56.6	1.58	22.1	23.2	0.580	0.220	0.290	1.29	2.65
<i>IC 95% de la media límite inferior</i>	55.2	1.56	21.3	22.2	0.482	0.137	0.200	1.19	2.55
<i>IC 95% de la media límite superior</i>	58.1	1.59	22.9	24.2	0.678	0.303	0.380	1.39	2.75
<i>Mediana</i>	57.5	1.56	21.5	22.9	1.00	0.00	0.00	1.00	3.00
<i>Desviación estándar</i>	7.26	0.0683	3.11	3.16	0.496	0.416	0.456	0.518	0.479
<i>Varianza</i>	52.7	0.00466	9.67	9.99	0.246	0.173	0.208	0.269	0.230
<i>Mínimo</i>	45.0	1.49	17	15.9	0	0	0	1	2
<i>Máximo</i>	89.0	1.74	33	29.3	1	1	1	3	3

Análisis e interpretación de resultados

La tabla de datos presenta una descripción estadística de una muestra conformada por 100 personas. En cuanto al peso corporal, se observa un promedio de 56.6 ± 7.26 kg, mientras que la talla media fue de 1.58 ± 0.0683 metros. Estos datos permitieron calcular el índice de masa corporal (IMC) según los criterios de la FAO, obteniéndose un promedio de 22.6 ± 3.11 en una submuestra de 58 participantes, ya que 42 casos son de pacientes adulto mayor.

En los pacientes adulto mayor, el índice de masa corporal (IMC) según los criterios de la OMS, se obtiene un promedio de 23.2 ± 3.16 , en una submuestra de 42 pacientes, el restante de 58 casos, comprenden al parámetro de IMC adulto. Sin embargo, la

presencia de valores extremos, como un IMC mínimo de 17 y un máximo de 33, revela que existe una diversidad significativa en el estado nutricional de los participantes. De acuerdo con la clasificación de la FAO, el valor promedio de IMC se encuentra dentro del rango considerado como saludable (18.5–24.9), lo cual sugiere un estado nutricional adecuado en la mayoría de los participantes evaluados. El intervalo de confianza del 95% para el IMC (21.8–23.4) refuerza esta observación. Sin embargo, también se evidencian casos aislados con valores elevados de IMC (hasta 33.9), lo que podría indicar presencia de sobrepeso u obesidad en algunos individuos.

Respecto a los antecedentes personales patológicos (APP) relacionados con factores de riesgo, el 58% de los participantes refirió al menos uno, mientras que el 42% restante no reportó ningún factor. En cuanto al diagnóstico clínico, el 22% de la muestra presentó cáncer de colon y el 29% enfermedades del intestino, lo que sugiere una proporción relevante de la muestra con condiciones de salud que podrían requerir atención especializada. Estos datos refuerzan la importancia de realizar un seguimiento clínico oportuno y constante en poblaciones con estas características.

En relación con la actividad física, la mayoría de los encuestados reportó un nivel **leve** (media = 1.29 ± 0.518), indicando un estilo de vida predominantemente sedentario. Esto sugiere la necesidad de fomentar hábitos más activos, especialmente en aquellos que mantienen niveles bajos de movimiento, para mejorar su estado general de salud.

Por otro lado, la valoración del riesgo nutricional mediante la herramienta **NRS-2002** mostró una media de 2.65 ± 0.479 , con un rango de 2 a 3 puntos. La mediana de 3 sugiere que una mayoría de los participantes se encuentra en un nivel de riesgo nutricional moderado a alto, lo cual subraya la necesidad de implementar intervenciones nutricionales oportunas.

En general, los resultados evidencian que, aunque los parámetros antropométricos se mantienen dentro de rangos saludables para la mayoría de la muestra, existe una proporción considerable de pacientes con enfermedades gastrointestinales, baja actividad física y riesgo nutricional, lo cual puede tener implicaciones importantes en el manejo clínico y nutricional de esta población. Esta información resulta útil para la planificación de estrategias preventivas y de tratamiento individualizado.

Tabla 5. Distribución por género y diagnóstico

<i>Enfermedad</i>	<i>Hombres (n)</i>	<i>Mujeres (n)</i>	<i>Total, casos</i>
<i>C180 Tumor maligno del colon</i>	14 (60.87%)	9(39.13%)	23(48.94%)
<i>K570 Enfermedad diverticular del intestino</i>	6(25%)	18(75%)	24(51,06%)
<i>Total, general</i>	20	27	47

Tabla 5. Distribución de pacientes según género y diagnóstico clínico

La distribución por género y diagnóstico, de los 47 pacientes evaluados, muestra que 23 casos (48.94 %) fueron diagnosticados con C18.0 Tumor maligno del colon, y 24 casos (51.06 %) con K57.0 Enfermedad diverticular del intestino.

En cuanto al diagnóstico de C18.0, predominó en hombres, con 14 casos (60.87 %), frente a 9 mujeres (39.13 %). En contraste, la enfermedad diverticular del intestino se presentó mayoritariamente en mujeres, con 18 casos (75 %), comparado con 6 hombres (25 %).

Estos datos sugieren una posible asociación entre el diagnóstico y el género, donde el cáncer de colon parece ser más frecuente en hombres, y la enfermedad diverticular más común en mujeres dentro de esta muestra.

C180 – Tumor maligno del colon (n=23)

Tabla 6. Consumo de carnes rojas y embutidos en pacientes con C180.

Alimento	Hombres (n=14)	% Hombres	Alimento	Mujeres (n=9)	% Mujeres
Carnes rojas	13	92.85%	Carnes rojas	6	66.7%
Embutidos	11	78,57%	Embutidos	5	55.6%
Alimento	Casos totales		% Total		
Carnes rojas	19		82.6%		
Embutidos	16		69.6%		

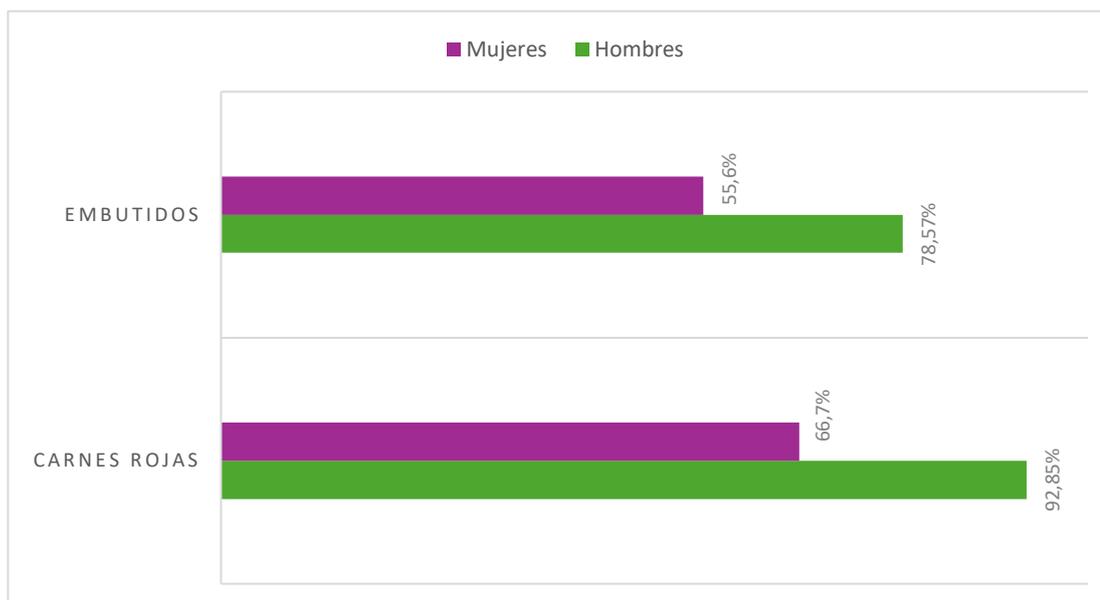


Imagen 6 Consumo de carnes rojas y embutidos en pacientes con C180.

Análisis:

En la tabla #6: en relación con el consumo de carnes rojas y embutidos en pacientes con C180, se observa el consumo de carnes rojas fue alto, 82,6% siendo más frecuente en hombres (92.85%) que en mujeres (66.7%). De igual forma, el 69,6% reportó consumo de embutidos, predominando también en hombres (78.57%) frente a mujeres (55.6%). Estos datos evidencian una mayor exposición dietética en hombres, lo cual podría ser relevante en estudios sobre factores de riesgo asociados al cáncer colorrectal.

Tabla 7. Consumo de azúcar refinada y jugos procesados en C180.

Alimento	Casos totales	% Total
Azúcar refinada	15	65.2%
Jugos procesados	14	60.9%

Alimento	Hombres (n=14)	% Hombres
Azúcar refinada	10	71,4%
Jugos procesados	9	64.3%

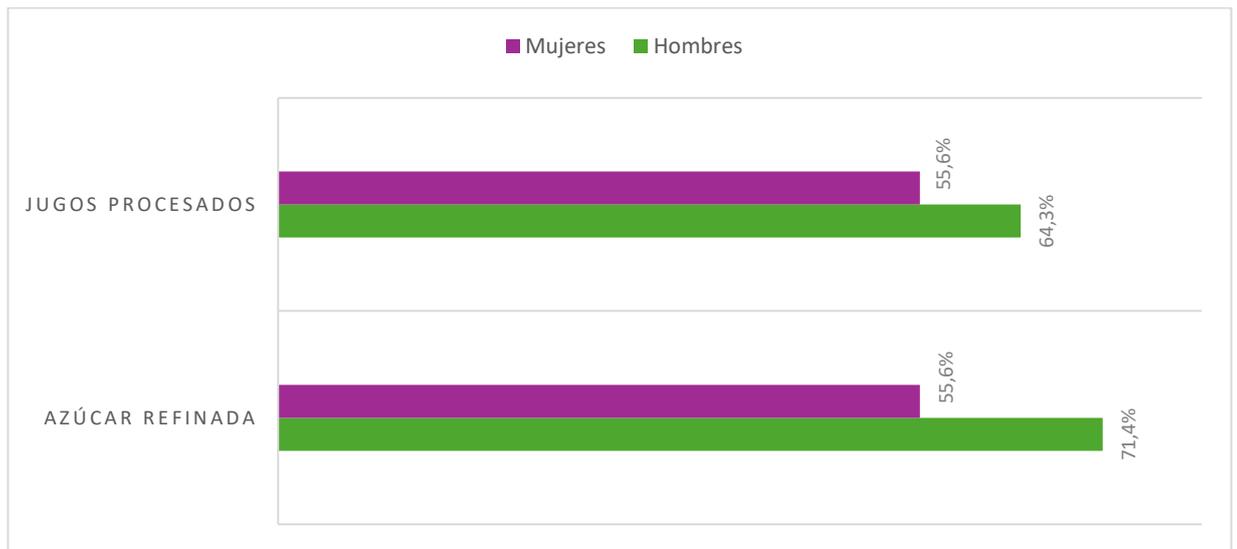


Imagen 7 Consumo de azúcar refinada y jugos procesados en C180.

Análisis:

En la tabla #7: Con respecto al consumo de azúcar refinada y jugos procesados en C180, se observa que el consumo de azúcar refinada fue alto con un 65.2 %, en la cual predominó más en hombres (71.4 %) que en el caso de las mujeres (55.6 %). El consumo de los jugos procesados también presentó porcentajes alto 60.9 % predominando de igual forma los hombres con (64.3 %) a diferencia de las mujeres (55.6%). Estos datos demuestran que más de la mitad de los pacientes consumían productos con azúcares añadidos y ultra procesados.

Tabla 8. Bajo consumo de vegetales en pacientes con C180.

Variable	Casos totales	% Total
Bajo consumo vegetales	17	73.9%

Alimento	Mujeres (n=9)	% Mujeres
Azúcar refinada	5	55.6%
Jugos procesados	5	55.6%

Variable	Hombres (n=14)	% Hombres
----------	----------------	-----------

<i>Variable</i>	<i>Mujeres (n=9)</i>	<i>% Mujeres</i>
<i>Bajo consumo vegetales</i>	5	55.6%

<i>Bajo consumo vegetales</i>	12	85.7%
-------------------------------	----	-------

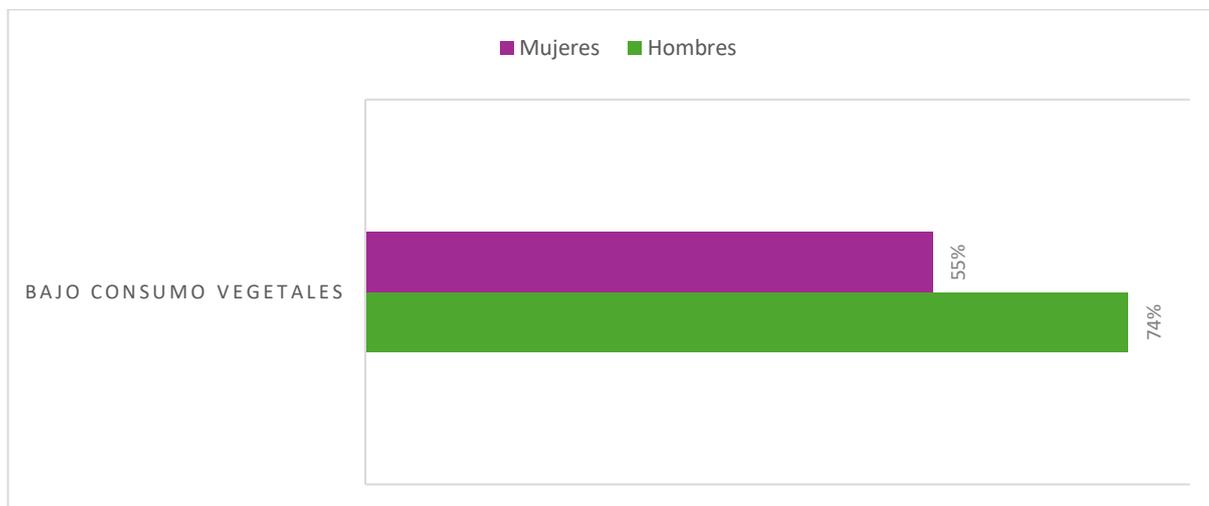


Imagen 8 Bajo consumo de vegetales en pacientes con C180.

Análisis:

La tabla #8. Bajo consumo de vegetales en pacientes con C180 presenta un total alto de 73.9 %, de los cuales predominó el bajo consumo en hombre con (87.5%) a diferencia de las mujeres (55.6 %). Esta tabla evidencia que la gran mayoría, especialmente hombres, tenían bajo consumo de vegetales en su dieta.

Tabla 9. Bajo consumo de frutas en pacientes con C180

<i>Variable</i>	<i>Casos totales</i>	<i>% Total</i>
<i>Bajo consumo frutas</i>	16	69.6%

<i>Variable</i>	<i>Mujeres (n=9)</i>	<i>% Mujeres</i>
<i>Bajo consumo frutas</i>	5	55.6%

<i>Variable</i>	<i>Hombres (n=14)</i>	<i>% Hombres</i>
<i>Bajo consumo frutas</i>	11	78.6%

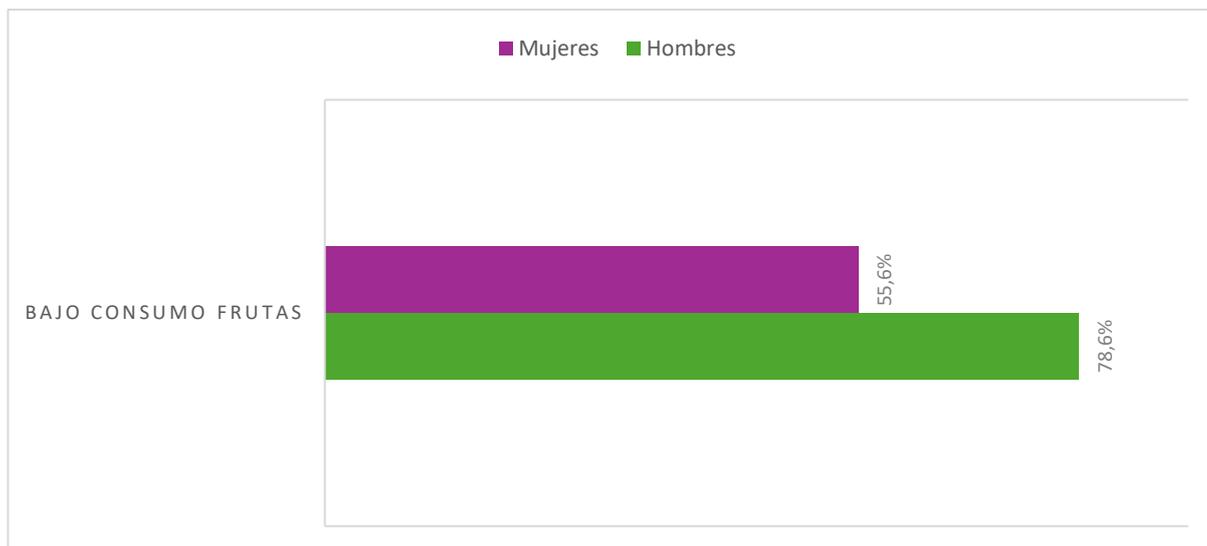


Imagen 9 Bajo consumo de frutas en pacientes con C180.

Análisis:

Tabla 9. Bajo consumo de frutas en pacientes con C180 tiene un total de 69.6% presentando más de la mitad de los casos totales. En el caso de los hombres el porcentaje mayor (78.6 %) frente a las mujeres (55.6%). En esta tabla podemos identificar que el consumo de fruta era muy limitado en los pacientes que presentan tumor maligno del colon.

K570 – Enfermedad diverticular del intestino (n=24)

Tabla 10. Consumo de harinas refinadas en pacientes con K570

<i>Variable</i>	Casos totales	% Total
<i>Harinas refinadas</i>	20	83.3%

<i>Variable</i>	Mujeres (n=18)	% Mujeres
<i>Harinas refinadas</i>	15	83.3%

<i>Variable</i>	Hombres (n=6)	% Hombres
<i>Harinas refinadas</i>	5	83.3%

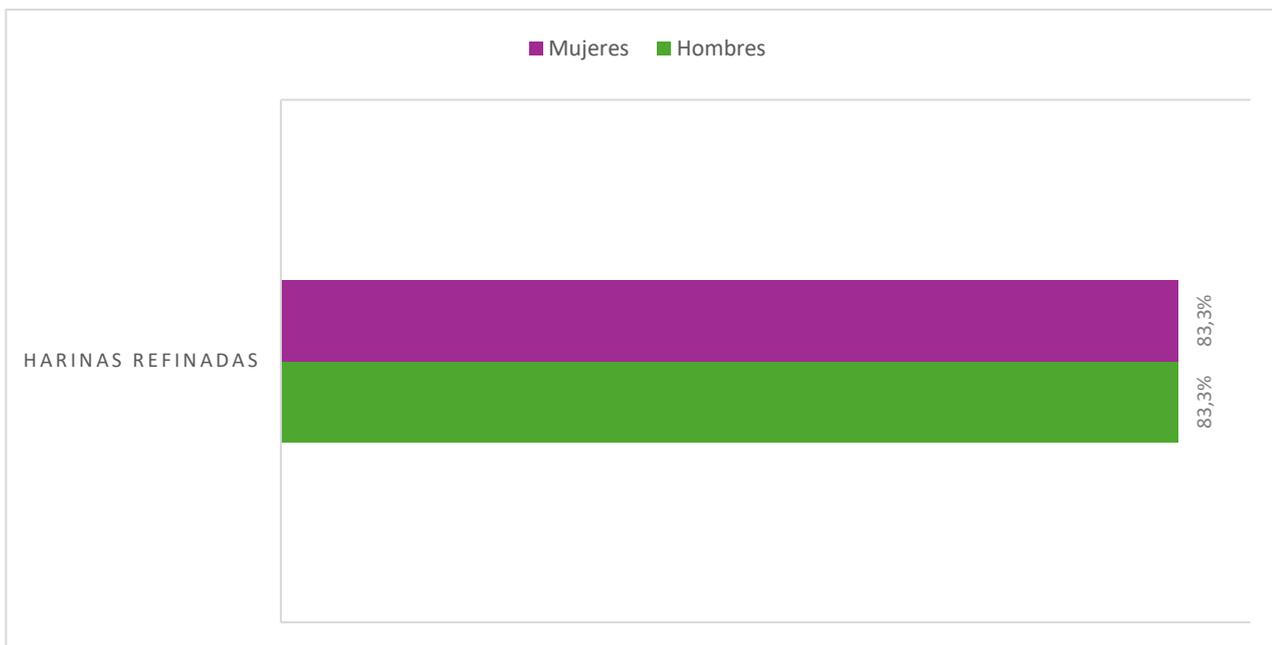


Imagen 10 Consumo de harinas refinadas en pacientes con K570.

Análisis:

En la Tabla #10: En relación con el consumo de harinas refinadas en pacientes con K570, se observa un consumo alto 83.3 %, presentando un porcentaje de consumo igual tanto en hombres como en mujeres 83,3%. Esta tabla revela que existió un consumo excesivo en ambos géneros.

Tabla 11. Bajo consumo de vegetales y frutas en pacientes con K570

<i>Variable</i>	Casos totales	% Total
<i>Bajo consumo vegetales</i>	21	87.5%
<i>Bajo consumo frutas</i>	19	79.2%

<i>Variable</i>	Mujeres (n=18)	% Mujeres
<i>Bajo consumo vegetales</i>	16	88.9%
<i>Bajo consumo frutas</i>	15	83.3%

<i>Variable</i>	Hombres (n=6)	% Hombres
<i>Bajo consumo vegetales</i>	5	83.3%
<i>Bajo consumo frutas</i>	4	66.7%



Imagen 11 Bajo consumo de vegetales y frutas en pacientes con K570.

Análisis:

Tabla # 11: El bajo consumo de vegetales y frutas en pacientes con K570. se observa que el consumo bajo de vegetales es alto 87.5%. Se puede visualizar que en el caso de las mujeres el consumo de vegetales es más bajo (88,9 %) a diferencia de los hombres (83.3%). De igual forma el consumo bajo de frutas 79.2% también predominó más en las mujeres (88.3%) frente a los hombres (66,7%). El patrón alimenticio bajo en fibra vegetal se repite de forma contundente. Más del 85% de pacientes tuvo un consumo inadecuado de vegetales, y cerca del 80% también de frutas, afectando el tránsito intestinal.

Tabla 12. Consumo de ultra procesados y grasas en pacientes con K570

<i>Alimento</i>	Casos totales	% Total
<i>Golosinas/ultra procesados</i>	18	75.0%
<i>Grasas (frituras, aceites)</i>	16	66.7%

<i>Alimento</i>	Hombres (n=6)	% Hombres	<i>Alimento</i>	Mujeres (n=18)	% Mujeres
<i>Golosinas/ultra procesados</i>	4	66.7%	<i>Golosinas/ultra procesados</i>	14	77.8%
<i>Grasas (frituras, aceites)</i>	4	66.7%	<i>Grasas (frituras, aceites)</i>	12	66.7%

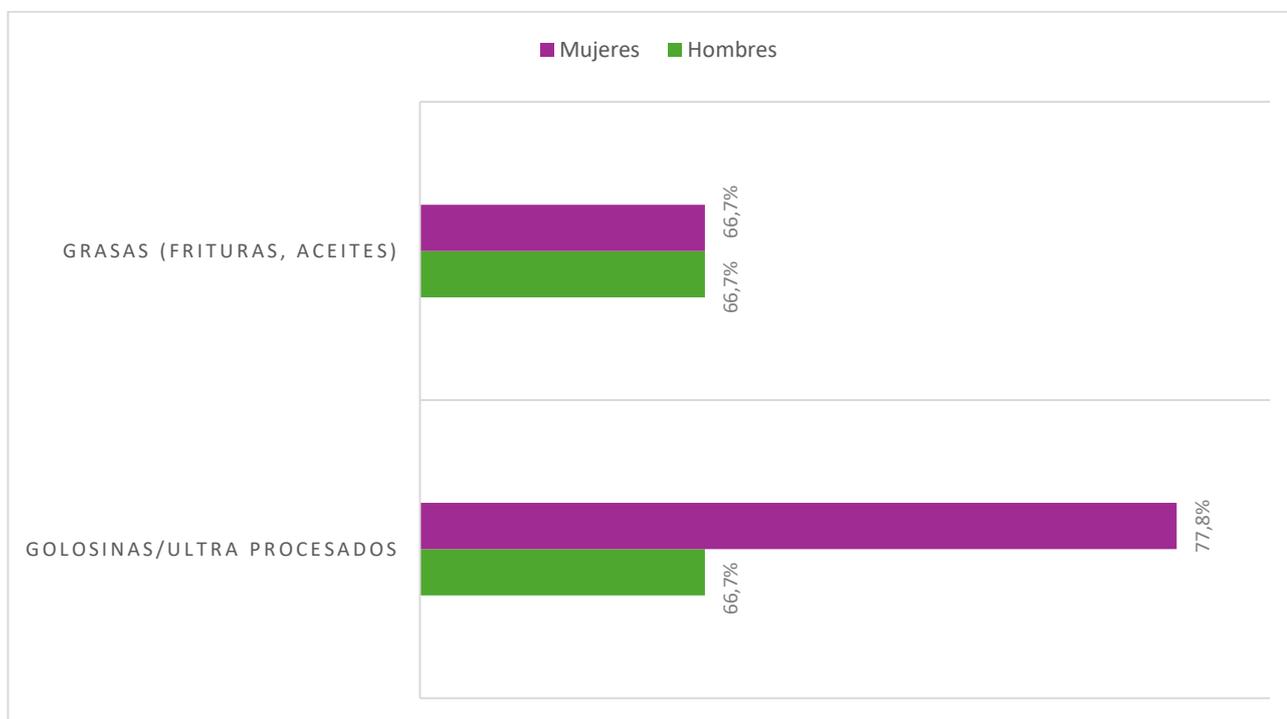


Imagen 12 Consumo de ultra procesados y grasas en pacientes con K570.

Análisis:

Tabla # 12 Consumo de ultra procesados y grasas en pacientes con K570, se analiza que en el consumo de golosina/ ultra procesados presenta un porcentaje elevado 75.0% con una ingesta mayor en las mujeres (77,8%) en comparación con los hombres (66,7%). Con respecto a las grasas (frituras y aceites) representa un porcentaje alto (66.7%) tanto en hombres como en mujeres evidenciando que la dieta rica en grasas y alimentos ultra procesados predominó entre los pacientes con diverticulosis.

ANÁLISIS GENERAL

TUMOR MALIGNO DEL COLON (C180)

Datos generales:

- **Casos totales:** 23
- **Distribución por género:**
 - Hombres: 14 casos (60.9%)
 - Mujeres: 9 casos (39.1%)

Tabla 13. C180- Alimentos asociados

<i>Alimento</i>	Casos Totales	% Total	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
<i>Carnes rojas</i>	19	82.6%	13	92.9%	6	66.7%
<i>Bajo consumo vegetales</i>	17	73.9%	12	85.7%	5	55.6%
<i>Bajo consumo frutas</i>	16	69.6%	11	78.6%	5	55.6%
<i>Jugos procesados</i>	14	60.9 %	9	64.3 %	5	55.6 %
<i>Azúcar refinada</i>	15	65.2 %	10	71.4 %	5	55.6 %

Consumo de fibra – Tumor maligno del colon

Bajo consumo de vegetales: 17 de 23 pacientes → 73.9 %

Bajo consumo de frutas: 16 de 23 pacientes → 69.6 %

Bajo consumo combinado de frutas y vegetales: 87.0 % de los pacientes presentan ingesta insuficiente de fibra dietética.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO (K570)

Datos generales:

- **Casos totales:** 24
- **Distribución por género:**
 - Hombres: 6 casos (25.0%)
 - Mujeres: 18 casos (75.0%)

Tabla 14: K570 - Alimentos asociados

<i>Alimento</i>	Casos Totales	% Total	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
<i>Harinas refinadas</i>	20	83.3 %	5	83.3 %	15	83.3 %
<i>Bajo consumo vegetales</i>	16	66.7%	5	83.3%	11	61.1%
<i>Bajo consumo frutas</i>	15	62.5%	4	66.7%	11	61.1%
<i>Golosinas ultra procesadas</i>	18	75.0 %	4	66.7 %	14	77.8 %
<i>Grasas saturadas (frituras, aceites)</i>	16	66.7 %	4	66.7 %	12	66.7 %

Consumo de fibra – Enfermedad diverticular del intestino

Bajo consumo de vegetales: 21 de 24 casos → 87.5 %

Bajo consumo de frutas: 19 de 24 casos → 79.2 %

Bajo consumo combinado de frutas y vegetales: 83.3% de los pacientes

ANALISIS COMPARATIVO

En términos generales, el análisis comparativo entre los pacientes con tumor maligno del colon (C18.0) y enfermedad diverticular del intestino (K57.0) revela patrones dietéticos distintos, aunque con ciertos puntos comunes en relación con la deficiencia de fibra.

Los pacientes con C18.0 (cáncer de colon) presentan un consumo muy alto de carnes rojas (82.6%) y una consistencia notablemente alta de azúcares refinados (65.2%), lo que indica una dieta rica en alimentos procesados y bajos en fibra. Esto es más pronunciado en los hombres, quienes tienen un mayor consumo de estos alimentos. Además, el bajo consumo de vegetales (73.9%) y frutas (69.6%) refleja un patrón común de deficiencia de fibra, con un 87.0% de los casos mostrando una dieta pobre en estos nutrientes esenciales.

Por otro lado, los pacientes con K57.0 (enfermedad diverticular) presentan una dieta caracterizada por un bajo consumo de vegetales (87.5%) y frutas (79.2%), reflejando también una deficiencia de fibra, aunque con menor énfasis en el consumo de carnes rojas. Además, los alimentos ultra procesados (75%) y las grasas saturadas (66.7%) parecen jugar un papel significativo en su patrón dietético. En este caso, las mujeres consumen más estos productos en comparación con los hombres.

En resumen, mientras que ambos grupos muestran una deficiencia de fibra, los pacientes con C18.0 tienen una dieta mucho más cargada de productos animales y azúcares refinados, mientras que los de K57.0 presentan una mayor tendencia hacia el consumo de ultra procesados y grasas. Esto resalta la importancia de adaptar las estrategias dietéticas para cada condición, enfatizando el aumento de fibra, especialmente de frutas y vegetales, mientras se limita el consumo de productos procesados.

9. CONCLUSIONES

El presente estudio de titulación evidenció que, si bien el promedio del índice de masa corporal (IMC) se encontró dentro de rangos considerados normales, existieron casos individuales de sobrepeso y obesidad que reflejan una variabilidad importante en el estado nutricional de los pacientes. Esta situación resalta la necesidad de no solo observar los promedios, sino también atender las particularidades individuales en el entorno clínico.

Asimismo, se identificó que el 100% de los pacientes evaluados se encontraron en riesgo nutricional según el NRS-2002, lo cual resalta la importancia de aplicar esta herramienta de manera sistemática en la atención prequirúrgica. Este hallazgo cobra mayor relevancia al considerar que más del 50% de los pacientes presentaban enfermedades colorrectales como cáncer de colon, enfermedades diverticulares o inflamatorias intestinales, condiciones que se ven fuertemente afectadas por el estado nutricional.

En cuanto a los hábitos alimentarios, se observó un consumo elevado de carnes rojas, embutidos y productos ultra procesados, acompañado de un bajo consumo de frutas, vegetales que representan una gran fuente de fibra. Estos patrones alimentarios, nos confirman que existe una correlación con los pacientes que fueron diagnosticados con tumor maligno de colon y enfermedades diverticulares, lo cual podría influir negativamente en la evolución de estas patologías. Por último, se constató un bajo nivel de actividad física entre los participantes, factor que, sumado a los hábitos alimentarios inadecuados, incrementa el riesgo de complicaciones postoperatorias y afecta la recuperación funcional.

Estos resultados confirman la hipótesis planteada al inicio del estudio: existe una relación entre los hábitos alimentarios inadecuados en pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales.

10. RECOMENDACIONES

En base a nuestro trabajo de investigación, hemos establecido las siguientes recomendaciones. Para un mejor cuidado en los pacientes del área de coloproctología, es clave incorporar herramientas como el NRS-2002 y mediciones antropométricas de rutina. Así podemos detectar a tiempo posibles riesgos nutricionales y evitar complicaciones después de la cirugía. Siguiendo guías como las de ESPEN y los protocolos ERAS, podemos optimizar el soporte nutricional antes y después de la cirugía. Esto no solo reduce complicaciones, sino que también acorta la estancia hospitalaria y mejora los resultados.

Cada paciente es único, y su plan de alimentación también debería serlo. Priorizar frutas, vegetales, fibra y pescados, mientras reducimos carnes rojas y procesados, no solo ayuda en la recuperación, sino que también contribuye a prevenir problemas colorrectales a largo plazo. Una buena ingesta de fruta y verduras (recomendado entre 200 a 400 gr/día) por su alto aporte de fibra, ayuda a la motilidad del intestino grueso y ayuda a mejorar la consistencia de las heces, el aporte recomendado por persona de fibra son 25 a 35 gr/día, acompañado de la disminución de grasas saturadas, carnes rojas y un buen aporte de proteínas magras para la conservación de la masa muscular y mantener una buena salud intestinal.

Los pacientes y sus familias suelen tener dudas sobre qué comer antes y después de la cirugía. Por eso, es importante ofrecer charlas enfocadas en educación alimentaria,

con folletos claros y consejos prácticos adaptados a sus necesidades, resaltando cómo una buena alimentación acelera la recuperación y mejora su día a día.

Dentro de los buenos hábitos se encuentra la actividad física, incluso en etapas pre o postoperatorias, el ejercicio adaptado, como caminatas suaves o movilidad asistida o de intensidad moderada que es entre 150 a 300 min por semana o de intensidad vigorosa de 75 a 150 min por semana, puede marcar la diferencia: reduce la inflamación, mejora la fuerza y acorta los tiempos de recuperación.

No solo tener una buena alimentación es importante, también es fundamental fomentar hábitos y estilos de vida saludable que incluya la educación continua. La combinación de una dieta balanceada con actividad física presente y adaptada al estado del paciente contribuye enormemente a una mejor evolución clínica. Implementar rutinas de ejercicio no solo ayuda a preservar la masa muscular, sino que también favorece a la recuperación, reduce el riesgo de complicaciones y mejora el bienestar y la calidad de vida. Así, al integrar la nutrición, el ejercicio y la educación alimentaria, se logra un mejor abordaje en el tratamiento de los pacientes con este tipo de enfermedades.

11. REFERENCIAS

1. Alimentación sana [Internet]. [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
2. Swier RM, Siebrasse A, Coscia E, Peery AF. Diet in Benign Colonic Disorders: A Narrative Review. *Clinical Therapeutics*. 1 de mayo de 2022;44(5):657-70.
3. Investigación RS. Nutrición clínica en el paciente quirúrgico [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2024 [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/nutricion-clinica-en-el-paciente-quirurgico/>
4. 9guia-cancer-colon-2023.pdf [Internet]. [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://seo.com.ec/wp-content/uploads/guias-2021-2023/9guia-cancer-colon-2023.pdf>
5. Sauer AC, Goates S, Malone A, Mogensen KM, Gewirtz G, Sulz I, et al. Prevalence of Malnutrition Risk and the Impact of Nutrition Risk on Hospital Outcomes: Results From nutritionDay in the U.S. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. septiembre de 2019;43(7):918-26.
6. Steiber A, Hegazi R, Herrera M, Zamor ML, Chimanya K, Pekcan AG, et al. Spotlight on Global Malnutrition: A Continuing Challenge in the 21st Century. *J Acad Nutr Diet*. agosto de 2015;115(8):1335-41.
7. Castro-Vega I, Veses Martín S, Cantero Llorca J, Barrios Marta C, Monzó Albiach N, Bañuls Morant C, et al. Prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición establecida en población ambulatoria, institucionalizada y hospitalizada en un departamento de salud. *Nutrición Hospitalaria*. agosto de 2017;34(4):889-98.
8. Barreiro Dominguez E. Evaluación nutricional y valoración de una nueva estrategia de soporte nutricional en pacientes de cirugía colorrectal [Internet] [doctoralThesis]. *Biología funcional e ciencias da saúde*; 2021 [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/handle/11093/2376>
9. Veintimilla DR. Impacto de la desnutrición en los pacientes con cáncer. *Medicina*. 31 de julio de 2023;45(2):220-8.
10. Celaya Cifuentes S, Botella Romero F, Sánchez Sáez P, León Ortiz M, Mas Romero M, Plaza Carmona L, et al. Estado nutricional de ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos. *Nutrición Hospitalaria*. abril de 2020;37(2):260-6.
11. Maclean W, Mackenzie P, Limb C, Rockall T, Maclean W, Mackenzie P, et al. Protocolo ERAS® en cirugía colorrectal. *Revista argentina de cirugía*. junio de 2021;113(2):176-88.
12. Alzahrani SH, Saeedi AA, Baamer MK, Shalabi AF, Alzahrani AM. <p>Eating Habits Among Medical Students at King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia</p>. *IJGM*. 5 de marzo de 2020; 13:77-88.

13. Gómez Sánchez M^a B, García-Talavera Espín NV, Sánchez Álvarez C, Zomeño Ros AI, Nicolás Hernández M, Gómez Ramos M^a J, et al. Apoyo nutricional perioperatorio en pacientes con neoplasia colorrectal. *Nutrición Hospitalaria*. octubre de 2010;25(5):797-805.
14. Young GP. Colorectal disorders: A dietary management perspective. *Asia Pac J Clin Nutr*. septiembre de 2000;9 Suppl 1:S76-82.
15. Guillot CDC, López BCE, Sánchez DFV. Conocimientos y actitudes de los habitantes de un cantón rural sobre la prevención del cáncer colorrectal Knowledge and Attitudes of the Inhabitants of a Rural Canton about the Prevention of Colorectal Cancer.
16. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition*. 1 de junio de 2017;36(3):623-50.
17. (PDF) Preoperative oral arginine and n-3 fatty acid supplementation improves the immunometabolic host response and outcome after colorectal resection for cancer. *ResearchGate [Internet]*. 22 de octubre de 2024 [citado 29 de marzo de 2025]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11006065_Preoperative_oral_arginine_and_n-3_fatty_acid_supplementation_improves_the_immunometabolic_host_response_and_outcome_after_colorectal_resection_for_cancer
18. Muentes FAD. Relación entre estado nutricional y hábitos alimentarios en pacientes pre-quirúrgicos. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*. 31 de julio de 2021;12(1):76-85.
19. Meléndez JAB, Cervera SB, Nava LGH, Rojo-Moreno L, Chavez V, Murillo JME. Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán.
20. Salazar-Barajas ME, Salazar-González BC, Ávila-Alpirez H, Guerra Ordóñez JA, Ruiz Cerino JM, Durán-Badillo T, et al. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA. *Ciencia y enfermería [Internet]*. 2020 [citado 29 de marzo de 2025];26. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532020000100216&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Strath SJ, Kaminsky LA, Ainsworth BE, Ekelund U, Freedson PS, Gary RA, et al. Guide to the assessment of physical activity: Clinical and research applications: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 12 de noviembre de 2013;128(20):2259-79.
22. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, et al. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA*. 20 de noviembre de 2018;320(19):2020-8.
23. Brown JC, Ma C, Shi Q, Couture F, Kuebler P, Kumar P, et al. Inflammation, physical activity, and disease-free survival in stage III colon cancer: Cancer and

- Leukemia Group B–Southwest Oncology Group 80702 (Alliance). *J Natl Cancer Inst.* 24 de agosto de 2024;116(12):2032-9.
24. Nutrición y enfermedad inflamatoria intestinal: posibles mecanismos en la incidencia y manejo [Internet]. [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864021000730>
 25. Casicana KMC, Villacis MVG. Nutrición en Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Código Científico Revista de Investigación.* 30 de abril de 2024;5(E3):165-83.
 26. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG.* enero de 2021;116(1):17.
 27. Chey WD, Hashash JG, Manning L, Chang L. AGA Clinical Practice Update on the Role of Diet in Irritable Bowel Syndrome: Expert Review. *Gastroenterology.* 1 de mayo de 2022;162(6):1737-1745.e5.
 28. El-Salhy M, Ystad SO, Mazzawi T, Gundersen D. Dietary fiber in irritable bowel syndrome (Review). *Int J Mol Med.* septiembre de 2017;40(3):607-13.
 29. Bhatt S, Gupta M. Dietary fiber from fruit waste as a potential source of metabolites in maintenance of gut milieu during ulcerative colitis: A comprehensive review. *Food Research International.* 1 de febrero de 2023;164:112329.
 30. Cano MVV. Soporte nutricional en cirugía colorrectal: Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. Ediciones Díaz de Santos; 2012. 15 p.
 31. Hardy EJ, Deane CS, Lund JN, Phillips BE. Loss of muscle mass in the immediate post-operative period is associated with inadequate dietary protein and energy intake. *Eur J Clin Nutr.* abril de 2023;77(4):503-5.
 32. Sun Z, Kong XJ, Jing X, Deng RJ, Tian ZB. Nutritional Risk Screening 2002 as a Predictor of Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *PLoS One.* 14 de julio de 2015;10(7):e0132857.
 33. Sun R, Zhou Z, Li X, Xu Q, Zhou B, Yu H, et al. Prognostic significance of preoperative nutritional status for postoperative acute kidney injury in older patients undergoing major abdominal surgery: a retrospective cohort study. *Int J Surg.* 3 de noviembre de 2023;110(2):873-83.
 34. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World Journal of Surgery.* 2019;43(3):1.

35. Beck AM, Damkjær K, Beyer N. Multifaceted nutritional intervention among nursing-home residents has a positive influence on nutrition and function. *Nutrition*. 1 de noviembre de 2008;24(11):1073-80.
36. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical Nutrition*. 1 de diciembre de 2002;21(6):461-8.
37. Padilla CJ, Ferreyro FA, Arnold WD. Anthropometry as a readily accessible health assessment of older adults. *Experimental Gerontology*. 1 de octubre de 2021;153:111464.
38. Giani A, Famularo S, Riva L, Tamini N, Ippolito D, Nespoli L, et al. Association between specific presurgical anthropometric indexes and morbidity in patients undergoing rectal cancer resection. *Nutrition*. 1 de julio de 2020;75-76:110779.
39. Trastornos del comportamiento alimentario del niño: 6o. Curso de Formación de Postgrado, Málaga, 2000. 1a. ed. Barcelona: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica; 2001.
40. must-exp-bk.pdf [Internet]. [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-exp-bk.pdf>
41. (23) MANUAL DE FÓRMULAS Y TABLAS PARA LA INTERVENCIÓN NUTRIOLÓGICA [Internet]. [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.academia.edu/51136356/MANUAL_DE_F%C3%93RMULAS_Y_TABLAS_PARA_LA_INTERVENCION_NUTRIOL%C3%93GICA?auto=download
42. Núñez Sánchez MC, Reyes Huarcaya RME. Importancia de diferenciar puntos de corte del IMC de acuerdo a la edad. *Nutrición Hospitalaria*. octubre de 2017;34(5):1263-1263.
43. Xi Y, Xu P. Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. *Translational Oncology*. 1 de octubre de 2021;14(10):101174.
44. Cáncer colorrectal - The Lancet [Internet]. [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(19\)32319-0/abstract](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(19)32319-0/abstract)
45. Daniele A, Divella R, Abbate I, Casamassima A, Garrisi VM, Savino E, et al. Assessment of Nutritional and Inflammatory Status to Determine the Prevalence of Malnutrition in Patients Undergoing Surgery for Colorectal Carcinoma. *Anticancer Research*. 1 de marzo de 2017;37(3):1281-7.
46. Im KM, Kim EY. Identification of ICU Patients with High Nutritional Risk after Abdominal Surgery Using Modified NUTRIC Score and the Association of Energy Adequacy with 90-Day Mortality. *Nutrients*. 23 de febrero de 2022;14(5):946.
47. Neurath MF, Leppkes M. Resolution of ulcerative colitis. *Semin Immunopathol*. 1 de noviembre de 2019;41(6):747-56.

48. Radziszewska M, Smarkusz-Zarzecka J, Ostrowska L, Pogodziński D. Nutrition and Supplementation in Ulcerative Colitis. *Nutrients*. enero de 2022;14(12):2469.
49. Kent I, Gilshtein H, Wexner SD, Kent I, Gilshtein H, Wexner SD. Fisura anal: anatomía, patogenia y tratamiento. *Revista argentina de cirugía*. diciembre de 2020;112(4):388-97.
50. Godeberge P. Fisuras anales. *EMC - Tratado de Medicina*. 1 de agosto de 2022;26(3):1-6.
51. Flores MIC, Camacho EVM, Molina DGM, Pasmíño XAO. Manejo Clínico – Quirúrgico de pacientes con Fisura Anal en la Unidad de Coloproctología del HECAM. *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM*. 17 de mayo de 2023;22(1):e894-e894.
52. Marchante IS, Mohedas RC. Enfermedad diverticular del intestino grueso. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 1 de abril de 2020;13(8):434-40.
53. Carabotti M, Annibale B, Severi C, Lahner E. Role of Fiber in Symptomatic Uncomplicated Diverticular Disease: A Systematic Review. *Nutrients*. febrero de 2017;9(2):161.
54. Yáñez B E, Maturana D J, Briones S L, Yáñez B E, Maturana D J, Briones S L. Enfermedad diverticular: nuevas perspectivas en el tratamiento dieto-terapéutico. *Revista chilena de nutrición*. octubre de 2019;46(5):585-92.
55. Aune D, Sen A, Norat T, Riboli E. Dietary fibre intake and the risk of diverticular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Nutr*. 1 de marzo de 2020;59(2):421-32.
56. Rørvik HD, Davidsen M, Gierløff MC, Brandstrup B, Olaison G. Quality of life in patients with hemorrhoidal disease. *Surgery Open Science*. 1 de marzo de 2023;12:22-8.
57. Ciftel E, Ciftel S, Ciftel S, Mercantepe F, Akdogan RA. Hemorrhoidal Disease in the Diabetic Population: The Effects of Glucose Regulation and Lipid Profile. *Life (Basel)*. 25 de enero de 2025;15(2):178.
58. Hong YS, Jung KU, Rampal S, Zhao D, Guallar E, Ryu S, et al. Risk factors for hemorrhoidal disease among healthy young and middle-aged Korean adults. *Sci Rep*. 7 de enero de 2022;12(1):129.
59. Catherine C, Joseph R, Kumar LM. Lifestyle, Dietary and Demographic Risk Factors of Haemorrhoids: A Case–Control Study. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*. junio de 2024;25(1):66.
60. De Marco S, Tiso D. Lifestyle and Risk Factors in Hemorrhoidal Disease. *Front Surg* [Internet]. 18 de agosto de 2021 [citado 4 de abril de 2025];8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/surgery/articles/10.3389/fsurg.2021.729166/full>

61. Yu M, Shang ,Yuan, Han ,Lingling, and Yu X. Bowel Habits, Obesity, Intestinal Microbiota and Their Influence on Hemorrhoidal Disease: a Mendelian Randomization Study. *Clinical and Experimental Gastroenterology*. 31 de diciembre de 2024; 17:157-64.
62. da Silva Vieira AMD, Pais S, Martins V, Castelo B, Mascarenhas Saraiva M. Sarcopenia in Women with Anorectal Dysfunctions—A Female Sarcopelvic Study. *Journal of Clinical Medicine*. enero de 2024;13(23):7273.
63. Obinata D, Hara M, Hashimoto S, Nakahara K, Yoshizawa T, Mochida J, et al. Association Between Frailty and Pelvic Organ Prolapse in Elderly Women: A Retrospective Study. *Int Urogynecol J*. septiembre de 2024;35(9):1889-98.
64. Humphry NA, Wilson T, Cox MC, Carter B, Arkesteijn M, Reeves NL, et al. Association of Postoperative Clinical Outcomes with Sarcopenia, Frailty, and Nutritional Status in Older Patients with Colorectal Cancer: Protocol for a Prospective Cohort Study. *JMIR Res Protoc*. 17 de agosto de 2021;10(8):e16846.
65. Aroni Allcca MD. Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022. 2024 [citado 8 de abril de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4867>
66. Reynoso-Saldaña D, Reynoso-González R, Estrada-Hernández D, Jiménez-Gamas GJ, Guillén-Reveles CD, Reynoso-Saldaña D, et al. Tratamiento quirúrgico en hernia ventral compleja en un paciente con estatus de colostomía (restitución intestinal y reparación de pared abdominal). *Cirugía y cirujanos*. octubre de 2021;89(5):674-8.
67. Vidal Pons C. Intervención de educación nutricional para pacientes sometidos a cirugía y tratamientos combinados para el cáncer de colon y recto. 4 de mayo de 2023 [citado 7 de abril de 2025]; Disponible en: <https://dau.url.edu/handle/20.500.14342/3616>
68. FOOD CONSUMPTION OF MACRONUTRIENTS AND NUTRITIONAL STATUS OF PEOPLE WITH OSTOMY | Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1224>
69. Cunha RR, Costa VVL, Queiroz ST, Silva AFD, Dias LDNM, Amaral MPDC. ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE UMA PESSOA COM COLOSTOMIA TEMPORÁRIA: RELATO DE CASO. Simpósio Brasileiro de Estomaterapia Norte-Nordeste [Internet]. 14 de diciembre de 2022 [citado 7 de abril de 2025]; Disponible en: <https://anais.revistaestima.com.br/sben/article/view/322>
70. Intervención nutricional para reducir complicaciones asociadas a ostomías de alto débito en pacientes adultos: una revisión narrativa | Revista Confluencia [Internet]. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/1047>

71. Lunar EME. Intervenciones sobre la cuidadora de un paciente con ileostomía de alto débito y sueroterapia en domicilio. Parainfo Digital. 3 de noviembre de 2022; oebe22m3v1-oebe22m3v1.
72. Rol de la ileostomía en el comportamiento alimentario y su repercusión en el estilo de vida de los pacientes: estudio de corte transversal [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://actagastro.org/rol-de-la-ileostomia-en-el-comportamiento-alimentario-y-su-repercusion-en-el-estilo-de-vida-de-los-pacientes-estudio-de-corte-transversal/>
73. Castrillón-Lozano JA, Bonilla-Vergara HG, Rivera-Pérez MÁ, Castrillón-Lozano JA, Bonilla-Vergara HG, Rivera-Pérez MÁ. Fístula enterocutánea: un enfoque desde las generalidades y el estado nutricional. Revista Colombiana de Cirugía. abril de 2024;39(2):291-8.
74. content.pdf [Internet]. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6b830296-3423-4ac1-be7b-651d84966412/content>
75. Hambre y seguridad alimentaria [Internet]. Desarrollo Sostenible. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>
76. Salud [Internet]. Desarrollo Sostenible. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
77. ASSA2030 - Objetivo 9 | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/assa2030-objetivo-9>
78. ECU | El derecho a la alimentación en el mundo | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [Internet]. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/right-to-food-around-the-globe/countries/ecu/es/>
79. LEY ORGÁNICA DEL RÉGIMEN DE LA SOBERANÍA ALIMENTARIA - LORSA.pdf [Internet]. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-04/LEY%20ORG%C3%81NICA%20DEL%20R%C3%89GIMEN%20DE%20LA%20SOBERAN%C3%8DA%20ALIMENTARIA%20-%20LORSA.pdf>

ANEXOS

 <p>UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL</p>	<p>FCS-ND-129-2024</p> <p>Guayaquil, 5 de diciembre del 2024</p>
 <p>Facultad de Ciencias de la Salud</p>	<p>Mgs. Gabriela Acuña Chong Coordinadora General de Investigación Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. En su despacho. –</p> <p>De mis consideraciones:</p>
<p><i>CARRERAS:</i> Medicina Enfermería Odontología Nutrición y Dietética Fisioterapia</p>	<p>Yo, Dra. Martha Celi Mero como representante de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, en mi calidad de Directora de la Carrera de Nutrición y Dietética, solicito formalmente a Usted conceda la autorización correspondiente para que la Srta. MENDOZA MOLINA ARIANA ISABELLA, portadora de la cédula de identidad # 1312351388 y la Srta. SANCHEZ ANDRADE LORENA PAOLA, portadora de la cédula de identidad # 0704772508, egresadas de la Carrera de Nutrición y Dietética, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, realicen el proyecto de Investigación con el tema:</p> <p>"Prevalencia del estado nutricional y hábitos alimentarios en pacientes quirúrgicos con enfermedades coloproctológicas, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, octubre 2024 - enero del 2025".</p>
	<p>Este trabajo es un requerimiento fundamental para optar por el Título como Licenciadas en Nutrición y Dietética.</p> <p>En espera de tener una respuesta favorable, anticipo mi sincero agradecimiento.</p> <p>Atentamente,</p>
<p>PBX: 3804600 Ext. 1801-1802 www.ucsg.edu.ec Apartado 09-01-4671</p>	 <p>Dra. Martha Celi Mero Directora Carrera Nutrición y Dietética</p>



Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2025-0038-FDQ
Guayaquil, 19 Febrero de 2025

PARA: MENDOZA MOLINA ARIANA ISABELLA
ESTUDIANTE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SÁNCHEZ ANDRADE LORENA PAOLA
ESTUDIANTE DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de Titulación: "" una vez que por medio del memorando Nro. IESS-HTMC-JUTCOL-2025-0011-M de fecha 18 de Febrero del 2025, firmado por el Espc. Ernesto Sierra Montenegro - Jefe Unidad de Coloproctología se remite el informe favorable a la misma.

Por lo antes expuesto reitero que puede realizar su trabajo de Tesis siguiendo las normas y reglamentos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Atentamente,



Mgs. MARIA GABRIELA ACUÑA CHONG
COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - TEODORO MALDONADO CARBO

Referencias:
- Solicitud

Mm



www.iess.gob.ec



IRN: Ariana Mendoza e IRN: Lorena Sánchez, entrevistando a los pacientes del área de coloproctología, con encuestas de frecuencia de consumo de alimentos.

FRECUENCIA CONSUMO DE ALIMENTOS

	NUNCA O CASI NUNCA	AL MES	A LA SEMANA			AL DÍA			
		1 a 3	1	2 a 4	5 a 6	1	2 a 3	4 a 6	+ 6
LACTEOS									
Leche entera (200cc)									
Leche semidescremada (200cc)									
Leche descremada (200cc)									
Leche condensada (1 cucharada)									
Batidos de leche (200cc)									
Yogurt (200cc)									
Queso mozzarella (porción 25g)									
Queso fresco (porción 25g)									
Helado (1 unidad)									
HUEVOS - CARNES - PESCADOS									
Huevos de gallina (uno)									
Pollo o pavo con piel (1 ración)									
Pollo o pavo sin piel (1 ración)									
Carne de res (1 ración)									
Carne de cerdo (1 ración)									
Hígado (1 ración)									
Visceras (riñón, mollejas) (1 ración)									
Jamón de pavo o pollo (30g)									
Jamón de cerdo (30g)									
Carnes procesadas (salchicha, chorizo, mortadela, morcilla)									
Tocino (50g)									
Pescados enlatados en aceite (sardinas, atún, anchoas)									
Pescado (130g)									
Camarón, langostino (200g)									
VERDURAS Y HORTALIZAS									
Acelgas, espinacas									
Col, coliflor, brócoli									
Lechuga (100g)									
Tomate (1u)									
Zanahoria (100g)									
Berenjena, pepino									
Espárragos									
Otras verduras (alcachofa, apio)									
Perejil, tomillo, laurel, orégano (una pizza)									
Papas (150g)									

ELABORADO POR: Pamela Luzuriaga – Génesis Merchán

FRUTAS							
Naranja (unidad)							
Mandarina (dos)							
Banana (una)							
Manzana o pera (una)							
Fresas (6 unidades)							
Cerezas, ciruelas (1 ración postre)							
Sandía (200 - 250g)							
Melón (1 tajada, 200 - 250g)							
Kiwi (unidad)							
Uvas (6 unidades)							
Frutas en almíbar (dos)							
Higos, pasas (150g)							
Almendras, pistachos (30g)							
Nueces (30g)							
¿Cuántos días a la semana tomas fruta como postre?	1	2	3	4	5	6	7
CEREALES							
Pan blanco (1 rebanada)							
Pan integral (1 rebanada)							
Arroz (1/2tza)							
Pasta (1/2tza)							
Galletas (3 unidades)							
GRASAS Y ACEITES							
Mantequilla (1 cucharadita)							
Mayonesa (1 cucharadita)							
Aceite (1 cucharadita)							
Aceite de oliva (1 cucharadita)							
OTROS ALIMENTOS							
Plátano (1/4)							
Golosinas							
Gelatina (150cc)							
Bebidas en sobre (150cc)							
Jugos envasados (150cc)							
Azúcar (1 cucharadita)							

NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS-2002)

Screening inicial		si	no
1	IMC <20.5		
2	El paciente ha perdido peso en los últimos 3 meses		
3	El paciente ha disminuido su ingesta en la última semana		
4	Está el paciente gravemente enfermo		

Si la respuesta es afirmativa en alguno de los 4 apartados, realice el screening final (tabla 2).
Si la respuesta es negativa en los 4 apartados, reevalúe al paciente semanalmente. En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención de cirugía mayor, valorar la posibilidad de soporte nutricional perioperatorio para evitar el riesgo de malnutrición

ESTADO NUTRICIONAL		SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD (incremento requerimientos)	
NORMAL PUNTAJACIÓN: 0	Normal	Ausente Puntuación: 0	Requerimientos nutricionales normales
DESNUTRICIÓN LEVE PUNTAJACIÓN: 1	Pérdida de peso >5% en los últimos 3 meses o ingesta inferior al 50-75% en la última semana	Leve Puntuación: 1	Fractura de cadera, pacientes crónicos, complicaciones agudas de cirrosis, EPOC, hemodiálisis, diabetes, enfermos oncológicos
DESNUTRICIÓN MODERADO PUNTAJACIÓN: 2	Pérdida de peso >5% en los últimos 2 meses o IMC 18,5-20,5 + estado general deteriorado o ingesta entre el 25%-60% de los requerimientos en la última semana	Moderada Puntuación: 2	Cirugía mayor abdominal, AIC, neumonía severa y tumores hematológicos
DESNUTRICIÓN GRAVE PUNTAJACIÓN: 3	Pérdida de peso mayor del 5% en un mes (>15% en 3 meses) o IMC <18,5 + estado general deteriorado o ingesta de 0-25% de los requerimientos normales la semana previa	Grave Puntuación: 3	Traumatismo craneoencefálico, trasplante medular, Pacientes en cuidados intensivos (APACHE>10).
Puntuación: +		Puntuación: = Puntuación total	
Edad: si el paciente es > 70 años sumar 1 a la puntuación obtenida = puntuación ajustada por la edad			
Si la puntuación es ≥3 el paciente está en riesgo de malnutrición y es necesario iniciar soporte nutricional.			
Si la puntuación es <3 es necesario reevaluar semanalmente. Si el paciente va a ser sometido a cirugía mayor, iniciar soporte nutricional perioperatorio.			

NOTA: Prototipos para clasificar la severidad de la enfermedad:

Puntuación 1: Paciente con enfermedad crónica ingresado en el hospital debido a complicaciones. El paciente está débil pero no encamado. Los requerimientos proteicos están incrementados, pero pueden ser cubiertos mediante la dieta oral o suplementos.

Puntuación 2: Paciente encamado debido a la enfermedad, por ejemplo, cirugía mayor abdominal. Los requerimientos proteicos están incrementados notablemente pero pueden ser cubiertos, aunque la nutrición artificial se requiere en muchos casos.

Puntuación 3: Pacientes en cuidados intensivos, con ventilación mecánica, etc. Los requerimientos proteicos están incrementados y no pueden ser cubiertos a pesar del uso de nutrición artificial. El catabolismo proteico y las pérdidas de nitrógeno pueden ser atenuadas de forma significativa.

Kondrup J et al. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): Clin Nutr. 2003.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Mendoza Molina Ariana Isabella**, con C.C: # **1312351388** y **Sánchez Andrade Lorena Paola**, con C.C: #0704772508 autoras del trabajo de titulación: **Relación de los hábitos alimentarios Relación de los hábitos alimentarios de los pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales, del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo de agosto 2024 - enero del 2025**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición y Dietética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil 5 de mayo de 2024

f. _____
Nombre: Mendoza Molina Ariana Isabella
C.C: 1312351388

f. _____
Nombre: Sánchez Andrade Lorena Paola
C.C: 0704772508

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Relación de los hábitos alimentarios de los pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales, del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo de agosto 2024 - enero del 2025.		
AUTOR(ES)	Sánchez Andrade Lorena Paola Mendoza Molina Ariana Isabella		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Bio. Escobar Valdivieso, Gustavo Saul		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Nutrición y Dietética		
TITULO OBTENIDO:	Licenciados en Nutrición y Dietética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 de mayo de 2025	NO. PAGINAS	DE 68
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, Nutrición		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Hábitos alimenticios, estilo de vida, enfermedades colorrectales, cáncer de colon, divertículos, estado nutricional.		
<p>RESUMEN/ABSTRACT: Introducción: Los hábitos alimentarios y el estado nutricional desempeña un rol importante con respecto a la aparición y complicaciones de las enfermedades colorrectales. Objetivo: Determinar la relación de los hábitos alimentarios en pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo de agosto 2024 – enero 2025. Métodos y Materiales: Estudio analítico con enfoque cuantitativo de tipo correlacional con cohorte transversal, en el cual se recopilaban datos numéricos para analizar la relación de los hábitos alimentarios en pacientes quirúrgicos con enfermedades colorrectales entre un rango de 20 a 80 años. Es un muestreo no probabilístico, de tipo intencional considerando pacientes disponibles durante el periodo de estudio que cumplieran con los criterios establecidos. Los datos del presente trabajo se obtuvieron mediante frecuencia de consumo y cribado, estos datos se almacenaron en un archivo digital de Excel y posteriormente se procesó los datos utilizando el software estadístico Jamovi. Resultados: En una muestra de 100 pacientes con enfermedades colorrectales, el IMC promedio fue saludable, aunque se identificaron casos de sobrepeso. El 65 % presentó riesgo nutricional moderado a alto. Se evidenció bajo nivel de actividad física y prevalencia de cáncer de colon (22 %) y enfermedad diverticular (29 %). La mayoría tenía dietas bajas en fibra y altas en carnes rojas, embutidos y ultra procesados. Estos hábitos se relacionan con mayor riesgo gastrointestinal, destacando la necesidad de intervenciones nutricionales. Conclusión: El estudio evidenció variabilidad en el estado nutricional, con casos de sobrepeso y obesidad a pesar de un IMC promedio normal. El 100 % de los pacientes presentó riesgo nutricional según el NRS-2002, siendo relevante en el contexto de enfermedades colorrectales. Se identificó una dieta alta en carnes procesadas y baja en fibra, especialmente en quienes presentaban cáncer de colon o diverticulosis. Además, el bajo nivel de actividad física agrava el riesgo de complicaciones. Estos hallazgos confirman la relación de malnutrición y hábitos alimentarios inadecuados en esta población.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	+593 990227210 +593 961594465	E-mail: lorena.sanchez@cu.ucsg.edu.ec ; ariana.mendoza@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Poveda Loor, Carlos Luis Teléfono: +593-993592177 E-mail: carlos.poveda@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
No. DE REGISTRO (en base a datos):			
No. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			