



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**INFORME FINAL MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

“CÁNCER DE COLON”

AUTOR: JARITH SARAI SALAS TROYA

DIRECTOR: DR. HENRY PAUL SAMANIEGO PINEDA

ASESOR: DR. JONATHAN ARMANDO YANZA FREIRE

Ibarra-Ecuador

2024



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	DE	1004882088	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Salas Troya Jarith Sarai	
DIRECCIÓN:		Sergio Ayala 1-51 y Gonzalo Gómez Jurado	
EMAIL:		jssalast@utn.edu.ec	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0988819494

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Cáncer de Colon
AUTOR (ES):	Jarith Sarai Salas Troya
FECHA: DD/MM/AAAA	2024- 08- 07
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> GRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Médico General
ASESOR /DIRECTOR:	Dr. Jonathan Armando Yanza Freire Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 07 días del mes de agosto de 2024

EL AUTOR:

Jarith Sarai Salas Troya



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN II
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO

Ibarra, 7 de agosto de 2024

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

C.C.: 1003838438



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificado del trabajo de Integración Curricular “Cáncer de Colon” elaborado por Jarith Sarai Salas Troya, previo a la obtención del título del Médico General, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

C.C.: 1003838438

Dr. Jonathan Armando Yanza Freire

C.C.: 1720233913



DEDICATORIA

A Dios por ser quien guía y me da fuerza durante cada paso de mi vida. Gracias por iluminar mi mente y mi alma, y por brindarme la sabiduría, perseverancia y dedicación necesarias para alcanzar mis metas.

A mis padres, Tania Troya Naranjo y Sorges Salas Sevilla, cuyo amor y apoyo incondicional me han llevado a ser quien soy hoy en día, descubriéndome y formándome con anhelos y esperanzas. Gracias por confiar en mí, y por enseñarme el valor del esfuerzo, la dedicación y la constancia. Su sacrificio y paciencia han sido mis pilares fundamentales para cumplir cada uno de mis sueños y anhelos.

A mis hermanos, Giannelson y Jheriel Salas, por ser mis compañeros de vida y aventuras. Gracias por su constante apoyo, por sus palabras de ánimo y aliento, gracias por estar siempre a mi lado en los momentos buenos y difíciles. Su cariño y ternura son un tesoro invaluable en mi vida.

A mi amada familia, Rosa Naranjo, Lidia Sevilla, Nelson Salas, Gina Troya, María José Salas y Pedro Flores, por ser mi motivación. Su apoyo, cariño y comprensión han sido esenciales en mi vida. Gracias por estar siempre dispuestos a escucharme, por sus palabras de aliento, su generosidad y su amor han sido una fuente constante de apoyo. Su fortaleza y dedicación me han inspirado a nunca darme por vencida.

A mis amigos y compañeros de vida, Oliva Morales, Ermelinda Oñate, Cecilia Gonzales, Lucía Rivadeneira y Andrew Terán, quienes han sido mi refugio y mi alegría durante todo este proceso. Gracias por sus risas, sus consejos y su apoyo inquebrantable. Su presencia en mi vida ha hecho este proceso mucho más llevadero y gratificante. Gracias por ser mi segunda familia, por su lealtad y por siempre estar dispuestos a brindarme un consejo cuando más lo necesitaba.



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, quien ha sido mi guía y mi fortaleza a lo largo de mi vida. Sin su amor y misericordia, no habría sido posible llegar hasta donde me encuentro hoy. Su presencia en mi vida me ha dado el ánimo y la paciencia necesarios para enfrentar cada desafío y seguir adelante con esperanza y motivación.

A mi querida familia, mi más profundo agradecimiento. A mis padres, por ser mis pilares incondicionales, por su amor, apoyo y sacrificios constantes. Gracias por creer en mí y por brindarme la oportunidad de cumplir mis sueños. A mis hermanos, por su compañía, comprensión y por ser una fuente inagotable de alegrías y ternura durante mi vida.

A mis amigos y compañeros, quienes han estado a mi lado en los buenos y malos momentos. Gracias por su amistad sincera, por las risas compartidas, por el apoyo emocional, y por hacer este proceso mucho más llevadero y gratificante.

A mis maestros y tutores, quienes han sido una luz en mi camino académico. Agradezco de todo corazón a cada uno de ellos por compartir su conocimiento, por su dedicación y por inspirarme a ser una mejor persona y profesional.

Al Colegio Fiscomisional Salesiano Sánchez y Cifuentes, y a la Universidad Técnica del Norte, mi más sincero agradecimiento por ser el espacio donde he podido crecer académicamente y como persona. Gracias por brindarme las herramientas y los recursos necesarios para mi formación.

Finalmente, quiero agradecer a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron a la realización de este sueño y proyecto. Cada uno de ustedes ha dejado una huella imborrable en mi vida. Mi eterno agradecimiento a todos los que han creído en mí y han caminado a mi lado durante este largo viaje.



RESUMEN EJECUTIVO

Un paciente masculino de 65 años con antecedentes de hábitos fisiológicos inadecuados y rinitis alérgica diagnosticada hace 60 años y controlada sin tratamiento actual, acude a consulta refiriendo dolor abdominal crónico, presencia de masa no dolorosa en flanco izquierdo, pérdida de peso no cuantificable y alteraciones del hábito intestinal. Tras la anamnesis y examen físico exhaustivo, se sospecha la presencia de un adenocarcinoma de colon, lo que se confirma mediante estudios complementarios, incluyendo colonoscopia y biopsia. El examen físico revela un abdomen doloroso a la palpación profunda, especialmente en la región del colon descendente. Los estudios de imagen, junto con los resultados de laboratorio, corroboran la presencia de una masa neoplásica en el colon. Se decide un enfoque multidisciplinario para el tratamiento, que incluye cirugía para la resección del tumor seguida de quimioterapia adyuvante. El pronóstico del paciente es reservado, dependiendo de la respuesta al tratamiento y la ausencia de metástasis en exámenes posteriores. La planificación del seguimiento es esencial para monitorizar la evolución del paciente y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Palabras clave: dolor abdominal, adenocarcinoma, colonoscopia, biopsia, masa neoplásica, tratamiento multidisciplinario, cirugía, quimioterapia, pronóstico reservado.



ABSTRACT

A 65-year-old male patient with a history of inadequate physiological habits and allergic rhinitis diagnosed 60 years ago, currently controlled without treatment, presents with chronic abdominal pain, a non-painful mass in the left flank, unquantified weight loss, and altered bowel habits. After a thorough anamnesis and physical examination, the presence of a colon adenocarcinoma is suspected, which is confirmed through complementary studies, including colonoscopy and biopsy. The physical examination reveals an abdomen tender to deep palpation, particularly in the descending colon region. Imaging studies, along with laboratory results, corroborate the presence of a neoplastic mass in the colon. A multidisciplinary approach is decided for treatment, which includes surgery for tumor resection followed by adjuvant chemotherapy. The patient's prognosis is guarded, depending on the response to treatment and the absence of metastasis in subsequent examinations. Follow-up planning is essential to monitor the patient's progress and adjust treatment as necessary.

Keywords: abdominal pain, adenocarcinoma, colonoscopy, biopsy, neoplastic mass, multidisciplinary treatment, surgery, chemotherapy, guarded prognosis.



Firmado electrónicamente por:
CARMITA EMPERATRIZ
ECHEVERRÍA CHAVEZ

Reviewed by:
MSc. Carmita Emperatriz Echeverría Chávez
CAPACITADOR-CAI
August 29, 2024



ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS	9
ÍNDICE DE TABLAS	12
ÍNDICE DE ANEXOS	12
DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO	13
1. ANAMNESIS	13
1.1 Datos de Filiación	13
1.2 Motivo de Consulta	14
1.3 Antecedentes personales	14
1.4 Antecedentes familiares	18
1.5 Historia psicosocial	18
1.6 Enfermedad actual	20
2. EXAMEN FÍSICO	21
2.1 Examen físico general	21
2.2 Examen físico regional	22
2.3 Examen físico por sistemas	24
2.3.1 Sistema osteomioarticular	24



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



2.3.2	Sistema respiratorio	24
2.3.3	Sistema circulatorio	25
2.3.4	Sistema arterial periférico	25
2.3.5	Sistema venoso periférico	25
2.3.6	Sistema nervioso	25
2.3.7	Sistema digestivo	26
2.3.8	Sistema linfático y bazo	27
2.3.9	Sistema urinario	27
2.3.10	Sistema genital masculino	27
3.	DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO	27
4.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	30
5.	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	32
6.	EXAMENES COMPLEMENTARIOS	32
6.1	Exámenes de Laboratorio	32
6.2	Exámenes de Imagen	33
7.	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	34
8.	TRATAMIENTO.....	34
8.1	Exámenes de estadificación del adenocarcinoma de colon	34



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



8.2	Pronóstico del paciente en base a la estadificación	35
8.3	Tratamiento y manejo multidisciplinario del paciente.....	36
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
	ANEXOS.....	43



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Información del paciente.....	13
Tabla 2. Antecedentes personales patológicos y no patológicos del paciente.	14
Tabla 3. Historia Psicosocial del paciente. Caracterización de la familia, condiciones materiales y de vida.	18
Tabla 4. Indicadores vitales y medidas antropométricas del paciente.	22
Tabla 5. Diagnósticos sindrómicos con justificación respectiva.	27

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Evaluación pack year.	43
Anexo 2. Evaluación del Índice de Masa Corporal.	43
Anexo 3. Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).....	44
Anexo 4. Valoración del APGAR Familiar.....	45
Anexo 5. Escala de heces de BRISTOL.	46
Anexo 6. Criterios de ROMA III.....	47
Anexo 7. Informe de colonoscopia.....	48
Anexo 8. Informe histopatológico del paciente.....	50
Anexo 9. Clasificación TNM para estadificación de cáncer de colon.....	52
Anexo 10. Estadificación del cáncer de colon.....	54



DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

1. ANAMNESIS

1.1 Datos de Filiación

Tabla 1. Información del paciente

DATOS DE FILIACIÓN	INFORMACIÓN RECOLECTADA
Nombre completo	XXXX
Edad	65 años
Sexo	Masculino
Nacionalidad	Ecuatoriano
Etnia	Mestizo
Religión	Católica
Grupo sanguíneo	O +
Lateralidad	Diestro
Orientación sexual	Heterosexual
Identidad de género	Masculino
Discapacidad (tipo y %)	Ninguna
Estado civil	Casado
Ocupación	Comerciante
Instrucción	Superior



Lugar y fecha de nacimiento	Imbabura- Ibarra, 14 de mayo de 1974
Lugar de residencia actual	Imbabura- Ibarra
Dirección	Ibarra, Sánchez y Cifuentes 11-84 y Colón
Residencia habitual	Urbano
Teléfono	XXX-XXX-XXXX
Fuente de información	Paciente

Fuente: Elaboración propia.

1.2 Motivo de Consulta

“Dolor abdominal”

1.3 Antecedentes personales

Tabla 2. Antecedentes personales patológicos y no patológicos del paciente.

VARIABLE	INFORMACIÓN RECOLECTADA
ANTECEDENTES CLÍNICOS	<ul style="list-style-type: none"> Rinitis alérgica diagnosticada hace 60 años, la cual se encuentra controlada sin tratamiento actual. Hospitalizaciones previas: ninguna.
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	<ul style="list-style-type: none"> No refiere.



ALERGIAS

- No refiere alergias medicamentosas ni alimentarias.

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS**MASCULINOS**

- Inicio de vida sexual a los 18 años, 10 parejas sexuales aproximadamente, aunque en los últimos 45 años ha mantenido una relación monógama con su esposa. No presencia de ITS.
Durante su juventud refiere uso de métodos anticonceptivos de barrera y coito interrumpido, mismos que dejó de utilizar hace 40 años debido a la estabilidad con su pareja.
Padre de 1 hijo adulto de su matrimonio actual, paciente sin problemas de fertilidad conocidos. No presencia de disfunción eréctil, ni vasectomía.

**ANTECEDENTES PRENATALES,**

- No refiere.

NATALES Y POSNATALES**INMUNIZACIONES**

- Esquema de vacunación completo.
Influenza estacional: completo.
COVID- 19: 4 dosis (Sinovac).

HÁBITOS FISIOLÓGICOS

- Alimentación: 3-4 veces al día, hipercalórica, hiperproteica en carnes rojas y baja en fibra.
- Hidratación: 1500 ml de agua al día aproximadamente.
- Diuresis: 7 veces al día, color ámbar- miel, no nicturia.
- Catarsis intestinal: 1 vez al día en 4-5 ocasiones por semana, color café, consistencia ligeramente dura, tipo III en escala de Bristol.
- Sueño: aproximadamente 6 horas diarias de sueño reparador, no



presencia de insomnio de conciliación ni de mantenimiento.

- Hábito sexual: 1-2 veces por mes con su pareja, sin métodos de protección.
- Actividad física: caminata de 30 minutos aproximadamente 3- 4 veces por semana.

HÁBITOS TÓXICOS

- Tabaco: fumador desde los 20 años hasta los 60 años, 4 cigarrillos al día, PACK YEAR DE 8, obteniendo un riesgo nulo para EPOC, y un riesgo leve para cáncer de pulmón.
- Alcohol: alcoholismo social desde los 18 años hasta los 60 años, aproximadamente 3-4 veces al mes que llegan a la embriaguez.
- Drogas lícitas: automédica paracetamol de 500 mg VO en



situaciones de dolor, y loratadina de 10 mg VO en casos de alergia.

- Drogas ilícitas: no refiere
- Herbolarios: cedrón y hierba luisa.
- Medicina alternativa: no refiere.

Fuente: Elaboración propia.

1.4 Antecedentes familiares

No refiere.

1.5 Historia psicosocial

Tabla 3. Historia Psicosocial del paciente. Caracterización de la familia, condiciones materiales y de vida.

VARIABLE	INFORMACIÓN RECOLECTADA
COMPOSICIÓN O ESTRUCTURA DE LA FAMILIA	Familia nuclear, pequeña, bigeneracional, vive con su esposa.
ETAPA DEL CICLO VITAL	Familia en etapa de nido vacío.
FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA	Relación estable y funcional. Calificación de 60 puntos en Escala de FF- SIL y puntaje de 19 en escala del APGAR familiar.



CONDICIONES DE LA VIVIENDA	Vivienda propia de bloque de dos pisos en buen estado, servicios básicos adecuados y completos, equipamiento doméstico completo, sin hacinamiento. Paciente comparte habitación con su esposa.
CALIDAD DEL AGUA DE CONSUMO	Agua potable, adecuada para el consumo humano.
ELIMINACIÓN DE DESECHOS	Servicio de recolección municipal.
ANIMALES INTRADOMICILIARIOS	No refiere.
RED DE APOYO	<ul style="list-style-type: none"> • Red de apoyo familiar: buena • Red de apoyo de amigos: buena. • Condición socioeconómica: buena • Sustento económico: paciente y su esposa. • Tipo de seguro social: IESS.



RIESGOS

- Edad: 65 años.
- Tabaquismo
- Alcoholismo.
- Alimentación hipercalórica, hiperproteica en carnes rojas, baja en fibra.
- Rinitis alérgica.
- Antecedentes sexuales.
- Uso de drogas lícitas automedicadas.
- Etapa de nido vacío.

Fuente: Elaboración propia.

1.6 Enfermedad actual

Paciente refiere hace 18 meses como fecha real y aparente, experimentar dolor abdominal intermitente de carácter cólico sin causa aparente, localizado en la región del flanco izquierdo, que se irradia hacia mesogastrio, con EVA de intensidad 4/ 10, el cual se ha exacerbado durante el último mes, alcanzando un EVA de 7/10, mismo que no cede a la defecación y que se atenúa al reposo, para lo cual no ha recibido tratamiento alguno. Además, refiere presentar una masa no



dolorosa

localizada en

el abdomen y pérdida de peso no cuantificable durante los últimos 6 meses, acompañada de alteraciones del hábito intestinal de 3 meses de evolución, con características de deposiciones 2- 3 veces por semana, color café, consistencia dura, tipo I en escala de Bristol y presencia leve de sangre roja rutilante no cuantificable en varias ocasiones. Niega presencia de fiebre y vómitos, sin embargo, en base a la clínica, decide acudir a esta casa de salud.

*Paciente no refiere controles médicos periódicos en los últimos 5 años, ni estudios imagenológicos preexistentes.

2. EXAMEN FÍSICO

2.1 Examen físico general

- **Biotipo:** Ectomorfo
- **Piel y faneras:** Raza de pigmentación clara de color blanco rosado (normo coloreada), normo térmica, normo hídrica, sin lesiones cutáneas, piel sin pliegue cutáneo prolongado, lisa, turgencia adecuada, no ictericia, no cianosis. Cabello de implantación adecuada para la edad, con higiene conservada, color y pigmentación natural gris, en cantidad y textura disminuida en base a la edad. Uñas de tamaño, color y grosor adecuados, llenado capilar de 3 segundos.
- **Mucosas:** Normo coloreadas y húmedas, no presencia de palidez ni lesiones.
- **Tejido celular subcutáneo:** Sin presencia de infiltrado, no edemas ni masas palpables.



Tabla 4.

Indicadores

vitales y medidas antropométricas del paciente.

CONSTANTES VITALES	ANTROPOMETRÍA
<ul style="list-style-type: none"> • TA: 130/82 mmHg • FC: 76 lpm • FR: 18rpm • SATO2: 98% sin oxigenoterapia. • Temperatura axilar: 36.4 °C 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso: 58 kg • Talla: 1.82 m • IMC: 17.5 • Perímetro abdominal: 70 cm • Evaluación nutricional: Bajo peso

Fuente: Elaboración propia.

2.2 Examen físico regional

- **Cabeza:** Normo cefálica, no dolorosa a la palpación, sin lesiones traumáticas, no hematomas, cuero cabelludo de implantación adecuada, presencia de calvicie tipo III en la escala de Hamilton- Norwood. Cara: facie caquéctica, de forma ovalada, simétrica, trefismo y sensibilidad conservada, ausencia de tumoración y dolor a la palpación, presencia de vello facial localizado en región mandibular. Cejas simétricas, adecuadas y completas en extensión y longitud. Ojos: simétricos, pupilas isocóricas, con reacción presente a la luz y acomodación visual, movimientos oculares conservados, conjuntiva normo coloreada, húmeda y sin lesiones, no edema palpebral, conjuntiva bulbar transparente, pestañas curvas hacia afuera. Nariz: forma y configuración adecuada, recta, mediana, sin lesiones aparentes, permeabilidad nasal bilateral, septum nasal conservado, membrana y mucosas normales a la rinoscopía anterior, no dolor a la palpación de senos



paranasales. Orejas: simétricas en tamaño y forma, sin lesiones, de implantación adecuada, oídos con conductos auditivos permeables, sin presencia de secreciones, sin enrojecimiento, presencia de cerumen en leve cantidad de color amarillento, membrana timpánica perlada, brillante de superficie continua e intacta. Cavidad oral: labios simétricos, hidratados y normo coloreados, piezas dentales completas, de aspecto desgastado, y con coloración dental amarillenta, mucosas orales hidratadas, normo coloreadas, lengua de aspecto adecuado, no presencia de encías sangrantes.

- **Cuello:** corto, forma, volumen, movilidad y posición normal, tiroides grado 0, no visible ni palpable, ganglios linfáticos no visibles ni palpables, no doloroso a la palpación, no se evidencian adenopatías, sin presencia de pulsos visibles ni ingurgitación yugular, pulso carotídeo presente, no visible pero palpable, de adecuada amplitud y ritmo.
- **Tórax:** simétrico, forma cónica, sin abovedamientos, retracciones costales ni tiraje costal, subcostal, supraesternal, subclavicular, movimientos respiratorios simétricos y sincrónicos, expansibilidad conservada. Ganglios axilares no palpables, tejido mamario sin presencia de dolor a la palpación, secreciones, abultamientos, ni retracciones, no ginecomastia.
- **Abdomen:** Simétrico, plano, ruidos hidroaéreos aumentados activos y audibles en todos los cuadrante, no ruidos vasculares, suave, depresible, sin presencia de dolor a la palpación superficial, doloroso a la palpación profunda con dominio en flanco izquierdo, no visceromegalias, no presencia de signos apendiculares, no ascitis. Presencia de masa



palpable localizada en flanco izquierdo, de tamaño 4x5 cm, de consistencia dura, adherida, no dolorosa e irregular.

- **Columna vertebral:** recta, alineada, sin alteraciones ni deformidades, no presencia de escoliosis, lordosis o cifosis.
- **Extremidades:** Superiores: simétricas, llenado capilar de 3 segundos, no presencia de traumas, pulsos periféricos presentes y simétricos de adecuada amplitud. Inferiores: simétricos, no presencia de edema, movilidad conservada, sin presencia de varices, pulsos periféricos presentes y simétricos de adecuada amplitud.

2.3 Examen físico por sistemas

2.3.1 Sistema osteomioarticular

Marcha coordinada, extremidades simétricas, no presencia de asimetrías óseas, movilidad activa y pasiva de miembros superiores e inferiores conservada en buen estado, fuerza en escala de Daniels grado 5, movimientos de flexión y extensión adecuados, no presencia de alteraciones contráctiles, masa muscular disminuida para su biotipo, sexo y estado nutricional, no presencia de tumefacción, ni lesiones dermatológicas visibles, no presencia de dolor o deformidades, ligeras crepitaciones en rodilla derecha al momento de realizar flexión.

2.3.2 Sistema respiratorio

Tórax normal, simétrico, de aspecto adecuado, movimientos respiratorios normales, sin presencia de esfuerzo inspiratorio, expansibilidad torácica conservada, vibraciones vocales adecuadas y simétricas, percusión simétrica en ambos campos, sonoridad conservada, murmullo vesicular



conservado, simétrico y sincrónico en ambos campos pulmonares, sin presencia de ruidos patológicos sobreañadidos. Frecuencia respiratoria de 18 rpm.

2.3.3 Sistema circulatorio

Latido de punta no visible ni palpable, no presencia de movimientos pulsátiles, no presencia de roces pericárdicos ni estremecimiento catario, matidez cardiaca adecuada, R1 y R2 rítmicos, normo fonéticos, de adecuado tono e intensidad, sin presencia de ruidos cardiacos agregados ni soplos en los 4 focos, no galope. Frecuencia cardiaca de 76 lpm.

2.3.4 Sistema arterial periférico

Pulsos arteriales de extremidades superiores e inferiores presentes, palpables, rítmicos y simétricos de adecuada amplitud en todas las arterias, Tensión arterial 130/ 82 mmHg.

2.3.5 Sistema venoso periférico

No presencia varices ni micro varices en extremidades inferiores, sin presencia de ingurgitación yugular y reflujo hepatoyugular.

2.3.6 Sistema nervioso

Consiente, completamente despierto, alerta, colaborador, orientado en tiempo, persona y espacio, Glasgow 15/15, ocular (4), verbal (5), motora (6), comunicación, memoria y lenguaje adecuados en base a la edad del paciente, facies caquéctica, actitud y marcha conservadas en buen estado, sin alteraciones en taxia, praxia, motilidad, tono, trofismo, reflectividad osteotendinosa grado 2+



(adecuada), marcha fluida y coordinada, movimientos transitivos, movimientos voluntarios activos, fuerza y sensibilidad conservada.

2.3.7 Sistema digestivo

Articulación temporomandibular: movimientos mandibulares conservados, sin presencia de clics ni incremento de volumen, parótidas no palpables, mucosas labial, yugal y gingival normo coloreadas, húmedas y brillantes, paladar duro y blando con presencia de adecuada forma, configuración y color, amígdalas sin presencia de hipertrofia y eritema, orofaringe de aspecto adecuado. Mucosas orales semihúmedas, sin presencia de cicatrices y/o lesiones visibles, no presencia de encías sangrantes, piezas dentales completas, de aspecto desgastado, y con coloración dental amarillenta, lengua de aspecto adecuado, normo coloreada, húmeda. Abdomen simétrico, plano, ruidos hidroaéreos aumentados activos y audibles en todos los cuadrante, no ruidos vasculares, suave, depresible, sin presencia de dolor a la palpación superficial, doloroso a la palpación profunda con predominio en flanco izquierdo, no visceromegalias, no presencia de signos apendiculares, no ascitis. Presencia de masa palpable localizada en flanco izquierdo, de tamaño 4x5 cm, de consistencia dura, adherida, no dolorosa e irregular. Esfínter anal externo de buen tono, no hemorroides internas ni externas, próstata firme, sin nódulos ni masas evidenciables, pliegues, glúteos, regiones sacrococcígea, perianal y anal sin presencia de lesiones, se evidencia guante con manchas fecales y sanguíneas.



2.3.8 Sistema linfático y bazo

Sin presencia de adenopatías visibles o palpables, bazo no palpable, no presencia de esplenomegalia.

2.3.9 Sistema urinario

Sin alteraciones visibles o palpables en los riñones, peloteo renal negativo, punto pielorrenoureterales no dolorosos, maniobra puño percusión negativa, vejiga conservada, no dolorosa.

2.3.10 Sistema genital masculino

Genitales externos de color rosa pálido, pigmentación uniforme, no presencia de alteraciones, vello púbico en moderada cantidad, no presencia de ulceraciones en general, o de abultamientos en región inguinal, no hernias, ni adenopatías.

3. DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

Tabla 5. Diagnósticos sindrómicos con justificación respectiva.

SÍNDROME	DEFINICIÓN	JUSTIFICACIÓN
Síndrome doloroso abdominal de tipo crónico	Este síndrome se define por la presencia de dolor abdominal tipo cólico que cursa con un tiempo de evolución mayor a 3 meses,	Sospecho de un síndrome doloroso abdominal de tipo crónico ya que el paciente refiere como principal síntoma un dolor abdominal



<p>el cual puede ser de tipo recurrente o no, y que se acompaña de múltiples signos y síntomas gastrointestinales como vómito y/o diarrea de intensidad moderada y con ligera presencia de sangre, pérdida de peso, entre otros.</p> <p>(1)</p>	<p>intermitente tipo cólico, localizado en la región del flanco izquierdo, que se irradia hacia mesogastrio, de intensidad 4/10 que se exacerba en el último mes a un 7/ 10 en escala de EVA, indicando un periodo de evolución de la enfermedad de 18 meses aproximadamente.</p>
---	---

**Síndrome de alteración del
hábito intestinal**

<p>Este síndrome hace referencia a cualquier cambio en el aspecto fisiológico de las evacuaciones intestinales de una persona, afectando aspectos como la frecuencia, consistencia y apariencia de las heces, además de, otros</p>	<p>Sospecho de este síndrome ya que el paciente refiere en sus hábitos fisiológicos, presentar de 4-5 deposiciones por semana, de color café, consistencia ligeramente dura, tipo III en escala de Bristol, los cuales cambian en los últimos 3</p>
--	---



síntomas gastrointestinales. meses, indicando

(1) estreñimiento, con características de deposiciones 2- 3 veces por semana, de color café, consistencia dura, tipo I en escala de Bristol.

Síndrome de intestino irritable

Se refiere a un trastorno de tipo funcional caracterizado por una alteración del ritmo fisiológico intestinal, el cual se acompaña con dolor abdominal tipo cólico, dispepsia con pesadez epigastrálgica posprandial, náuseas, presencia de colon espástico, meteorismo abdominal, estreñimiento y diarrea indolora asociada a urgencia y tenesmo. (2)

Sospecho de este síndrome debido a la existencia de dolor abdominal de intensidad 7/10 en escala de EVA, junto con alteraciones en los hábitos intestinales, los cuales presenta el paciente, sin embargo, el diagnóstico se descartaría, ya que el paciente no coincide con los criterios básicos de ROMA III, los cuales apoyan la sospecha



de un diagnóstico de
síndrome de intestino
irritable. (3)

Fuente: Elaboración propia.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Diverticulitis aguda:** se define como la inflamación de uno o más de los divertículos localizados principalmente en el colon, la cual puede cruzar con infección o no. Se sospecha de esta patología ya que las características principales son dolor abdominal localizado en flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda, sensibilidad a la palpación y estreñimiento, sin embargo, se descarta ya que esta enfermedad es de tipo agudo, y el paciente analizado nos indica una evolución de aproximadamente 6 meses, catalogándolo como crónico, además suele presentarse con fiebre, náusea y vómito en pacientes mucho más mayores. (4)
- **Tumor maligno de colon:** se refiere a un estado de proliferación de células malignas, que afectan la región del colon. Se sospecha de esta patología, ya que coincide con la clínica referida por el paciente (dolor abdominal, pérdida de peso significativa, leve presencia de sangre en heces, entre otros), sin embargo, es importante confirmar o descartar la presencia de malignidad del tumor mediante la colonoscopia con toma de biopsia. (5)

• **Colitis**

ulcerosa: se define como una enfermedad inflamatoria intestinal que ocasiona alteraciones de inflamación y úlceras en el colon. Se pensaría en esta enfermedad debido a que el paciente refiere pérdida de peso y leve presencia de sangre en las heces, sin embargo, se podría descartarla ya que, esta enfermedad se caracteriza además por presentar fiebre, diarrea, tenesmo, e incapacidad para defecar pese a la urgencia de esta. (6)

- **Enfermedad de Crohn:** hace referencia a un tipo de enfermedad intestinal inflamatoria, la cual compromete principalmente el intestino delgado y grueso. Se sospecha esta patología ya que coincide con ciertos aspectos de la clínica del paciente, como la presencia de dolor de tipo cólico en el abdomen, la pérdida de peso y el estreñimiento, sin embargo, se puede descartarla en base a la importancia que juegan los factores genéticos y familiares del paciente, además, el resto de la clínica (fiebre, tenesmo, fatiga, encías sangrantes y úlceras) no concuerda con el caso clínico analizado. (7)
- **Enfermedad celíaca:** se refiere a una alteración digestiva de tipo inmunitaria crónica, la cual daña principalmente el intestino delgado. Se pensaría en esta enfermedad ya que los pacientes de esta patología, cursan con pérdida significativa de peso, dolor abdominal y estreñimiento, sin embargo, se descartaría en base a que es una patología con relación alimentaria, que indica como síntomas primordiales diarrea crónica, meteorismo intestinal, intolerancias alimentarias y alteraciones a nivel dermatológico, las cuales no concuerdan con el caso del paciente. (8)



5. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

- Tumor de comportamiento incierto o desconocido de colon
- CIE-10: D37.4

6. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

6.1 Exámenes de Laboratorio

- **Hemograma completo:** permite visualizar posibles alteraciones en las características de la serie roja como la hemoglobina y hematocrito, los cuales tienden a afectarse en base a la pérdida de sangre oculta en heces, sin embargo, en el paciente analizado no se han encontrado alteraciones de estas. Otro parámetro que se puede analizar, es la presencia de leucocitosis (leucocitos: 12000), misma que se evidencia debido a la inflamación crónica del paciente. (9)
- **Química sanguínea:** es un análisis que permite analizar varios elementos de la sangre, los cuales le proporcionan al médico información acerca de cómo está la salud general del paciente. En el caso clínico, se ha analizado glucosa (95 mg/ dl), urea (20 mg/ dl), creatinina (1,15 mg/ dl), ácido úrico (6 mg/ dl), TGO (35 U/ L), TGP (34 U/ L), albumina (3,1 g/ dl), Na (132 mEq/ L), K (3,4 mEq/ L), Cl (95 mEq/ L), Ca (8,5 mg/ dl), Mg (1,4 mEq/ L) y P (2,8 mg/ dl). (9)



- **Coproparasitario:** es un examen básico que permite identificar la posible presencia o no de parásitos intestinales, alteraciones de la consistencia y características de las heces. En el caso clínico, no se evidencia presencia de parásitos, pero si se han encontrado heces de color café, duras, con presencia de restos alimentarios (++) , grasas (++) , sangre (moderada) y moco (+++). (9)
- **Sangre oculta en heces:** esta prueba no indica presencia de sangre visible a simple vista, si no que permite identificar cantidades microscópicas de sangre. Es un indicativo importante para cáncer de colon, por lo que, en estos casos, la prueba indica resultados positivos. (9)

6.2 Exámenes de Imagen

- **Colonoscopia con toma de biopsia:** es considerada la prueba más verídica para diagnosticar cáncer de colon, en la que se puede verificar la apariencia, color y superficie del tumor encontrado, alteraciones de las características de la mucosa, estrechamiento del lumen del colon (signo de obstrucción), superficies y lesiones de sangrados y presencia de pólipos adenomatosos, mismos que se deben evaluar más detalladamente mediante la biopsia, indicando si estas muestras son de tipo maligno o benigno. En el caso del paciente, se ha determinado que la masa encontrada y localizada en el segmento del colon descendente pertenece a un resultado de malignidad. (5)



7. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Tumor maligno de colon descendente
- CIE-10: C18.6

8. TRATAMIENTO

Es sumamente importante, ante todo, realizar una estadificación y pronóstico del cáncer de colon, para evaluar adecuadamente al paciente y brindarle un tratamiento óptimo en base a su requerimiento.

8.1 Exámenes de estadificación del adenocarcinoma de colon

- **Tomografía computarizada toraco- abdomino- pélvica simple y contrastada:** es un examen que permite observar imágenes más detalladas de las estructuras internas, lo que ayuda a la detección, estadificación y planificación del tratamiento de cáncer de colon. Permite evidenciar aspectos como la apariencia, localización y características de las lesiones o tumores, signos y nivel de obstrucciones, extensiones tumorales, afección de ganglios linfáticos y posible metástasis. No se evidencian lesiones metastásicas en el caso clínico. (9) (5)
- **Resonancia magnética toraco- abdomino- pélvica:** permite valorar de una manera más detallada la extensión local de tumores, el grado de invasión a estructuras adyacentes y la planificación del tratamiento, especialmente en el cáncer de recto, evaluando apariencia, localización y características de las lesiones o tumores, engrosamientos, extensiones



tumorales,

afección de ganglios linfáticos, posible metástasis a distancia y estructuras y características rectales. (9) (5)

- **Gammagrafía ósea:** análisis de medicina nuclear que utiliza cantidades de material radioactivo con la finalidad de establecer y valorar la amenaza de ciertas patologías. Permite analizar si el cáncer ha avanzado a los huesos, presentando metástasis. (9) (5)
- **Tomografía por emisión de positrones:** estudio eficaz y certero que se usa con el fin de ayudar a descubrir severidad y efectividad del tratamiento de cáncer. Actualmente se ha demostrado que este estudio es más eficiente en la detección de lesiones primarias y secundarias. (10) (11)
- **Marcadores tumorales:** son exámenes sanguíneos específicos que se usan para ayudar a diagnosticar evalúan el pronóstico y el funcionamiento del tratamiento en pacientes con cáncer. Los marcadores tumorales para solicitar en el caso son CEA y CA19-9, mismos que han dado como resultados un CEA: 20 ng/ dl, y CA 19-9: 45 U/ ml. Es importante que estos análisis se realicen antes, durante y después del tratamiento, para valorar estadios, efectividad del tratamiento y reaparición del cáncer respectivamente. (5)

8.2 Pronóstico del paciente en base a la estadificación

Una vez realizada la estadificación del paciente, la cual nos arrojó un estadio II, es importante ofrecer información acerca de un pronóstico del caso analizado, y posterior a esto realizar el manejo adecuado en base a los requerimientos del paciente.



- Pronóstico:** pacientes que se encuentran en estadios I y III, son aspirantes a un tratamiento mediante cirugía o al tratamiento coadyuvante con quimioterapia. El rango de supervivencia a 5 años en pacientes con estadio I es de un 90 a 92%, en el estadio II oscila entre un 50- 75%, mientras que para pacientes con estadio III, se encuentra entre el 25- 55% con relación al número de ganglios extirpados mediante la cirugía, finalmente para pacientes con estadio IV, se indica un mal pronóstico (menor a 8%), obteniendo una supervivencia media entre 1- 3 años, en base a la enfermedad, biología tumoral, rango de edad y patologías concomitantes. El pronóstico disminuye cuando el carcinoma se encuentra en otras regiones del colon. En el caso del paciente analizado, se ha determinado que cuenta con un pronóstico entre 50- 75 % de supervivencia a 5 años. (12)

8.3 Tratamiento y manejo multidisciplinario del paciente

- Tratamiento Quirúrgico:** se considera el tratamiento de elección en caso de que no se evidencie un estadio avanzado o presencia de metástasis. Este manejo se basa en la realización de una hemicolectomía izquierda, la cual consiste en una resección radical del tumor, ganglios linfáticos periféricos a la zona y el segmento del colon afectado, realizándolo con márgenes de seguridad (10 x 10 cm), para luego efectuar una anastomosis termino- terminal de colon transversal con recto (anastomosis colorrectal). (13)



Tabla 6.

Manejo pre y

post quirúrgico.

PREPACIÓN PREQUIRÚRGICA	MANEJO POSTQUIRÚRGICO
<p>Chequeo preoperatorio y realización de estudios complementarios analíticos como tiempos de coagulación (TP, TTP) y ECG.</p> <p>Limpieza previa del colon.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta líquida durante los 3 días antes de la cirugía. • Administración de polietilenglicol (laxante) para vaciamiento de las heces antes de la cirugía. Durante los 3 días anteriores a la cirugía. • Realización de enema en 3 ocasiones para evacuación de limpieza. • Antibioticoterapia profiláctica con Metronidazol 500 mg cada 8 horas y Eritromicina 500 mg cada 6 horas, 1 día antes de la cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> • A: Cirugía. • D: adenocarcinoma de colon descendente con estadio II. • C: Estable • A: No refiere alergias medicamentosas ni alimentarias. • V: Control de signos vitales cada 8 horas. • A: Reposo en cama, posición semifowler. • N: Cuidados de enfermería, control hídrico, control de ingesta/ excreta, diuresis. • D: NPO por 8 horas. • I: Lactato Ringer 98 ml/ hora IV. • M: Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas, Tramadol 50 mg IV cada 8 horas, Metamizol 1 gramo IV cada 6 horas,



Omeprazol 40 mg IV cada día,
 Metoclopramida 10 mg IV cada 8
 horas, Ampicilina+ Sulbactam 3
 gramos IV cada día.

- L: Biometría hemática y química sanguínea de control después de 6 horas.
- C: Oncología.
- O: Cubrir herida por 24 horas y revisión de esta.
- Comunicar novedades.

Fuente: Elaboración propia.

- **Tratamiento Farmacológico en base al dolor:** este tipo de manejo se centra en dos pilares: el manejo de dolor, mediante tramadol 50 mg IV, administrado lentamente durante 2- 3 minutos, cada 8 horas según sea necesario, y sin exceder su dosis máxima (400 mg por día). (12)
- **Tratamiento Farmacológico en base a la quimioterapia:** el manejo con quimioterapia neoadyuvante o coadyuvante es netamente guiado por el servicio de oncología, sin embargo, es importante conocer el tipo de tratamiento que se le está brindando al paciente. En el caso del paciente, se realizaría un manejo coadyuvante, en



base al

estadio II presentado, ya que se ha demostrado una efectividad y un beneficio significativo en base a estudios de la European Society for Medical Oncology, en donde se señala que la coadyuvancia con 5-FU, oxaliplatino o cabecitabina mejoran la supervivencia en un 3,6% frente a la cirugía sola de un 5,4 % a los 8 años. (14) (15)

- **Tratamiento médico de seguimiento:** con respecto al manejo de este tratamiento, se ha evidenciado la importancia de brindar un seguimiento adecuado en base a varias especialidades médicas, como la cirugía y la oncología, mismas que le permitirán al paciente tener un manejo más específico en base a cada campo, además, se debe planificar controles rutinarios, para evaluar el estado y el seguimiento del paciente. (12)
- **Tratamiento nutricional:** es importante brindar un apoyo nutricional, basado en la estructuración de una dieta rica en fibra, normo calórica y normoproteica adecuada para la edad, sexo, recursos y condiciones del paciente. (12)
- **Tratamiento psicológico:** se debe brindar apoyo psicológico mediante psicoeducación (técnica explicativa y de proporción de información), terapia cognitivo conductual, terapia racional- emotiva y la técnica de generalización, mismas que le permitirán al paciente afrontar de mejor manera la situación que se encuentra atravesando. (12)
- **Tratamiento fisioterapéutico:** este tipo de tratamiento se centra en evaluar e identificar de manera más detallada posibles limitaciones físicas y funcionales del sistema neuromusculoesquelético, favoreciendo el fortalecimiento muscular, y evitando el deterioro del tejido muscular y óseo, mejorando la calidad de vida y fortaleciendo el bienestar psicosocial. (12)



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duque L, Chavarriaga-Restrepo A, Patiño-Giraldo S. Dolor abdominal crónico en adultos TT - Chronic abdominal pain in adults. *Medicas UIS* [Internet]. 2018;31(1):47–56. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192018000100047&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/muis/v31n1/0121-0319-muis-31-01-00047.pdf
2. Brizuela Quintanilla RA. Síndrome de intestino irritable. *Rev Cuba Med Mil.* 1997;26(1):63–8.
3. Zolezzi Francis A (Servicio DGHMAL-P. Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. *Rev Gastroenterol Perú.* 2007;(27):177–84.
4. Diverticulitis Aguda.pdf.
5. Andrade HH. Cáncer de colon y recto. *Rev Gastroenterol México.* 2006;71 Suppl 1:95–7.
6. Barreiro-De Acosta M. Colitis ulcerosa. *Med.* 2016;12(5):227–41.
7. FRANCO R, ESCALADA JG, GONZALEZ MARTINEZ A, ALFARO DREST E. Enfermedad de Crohn. *Rev clínica española.* 1953;51(2):71–81.
8. J FM, P RQ. Enfermedad celíaca. *Revisión.* 2016;211–21.
9. Douglas K, Suthat L. Detección del cáncer colorrectal. *Acg.* 2016;
10. Issn O, E PG, M JJ, V TM. *Revista chilena de radiología.* 2021;1–6.



11. Hernández-Oliver DZ, Serna-Macías JA. Utilidad de la PET-CT frente a la TC en la estadificación del cáncer colorrectal. *Gac Mex Oncol.* 2021;20(4):1–8.
12. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Tratamiento del cáncer de colon (PDQ) : Tratamiento - información para profesionales de salud [NCI]. 2017;1–80. Available from: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/tratamiento-del-cancer-de-colon-ncicdr0000062687>
13. Erdamar S. Carcinoma, Colorectal. 2017;106–14.
14. Aranda Aguilar E. Tratamiento del cáncer de colon estadios II, III y IV. *Oncol.* 2004;27(4):130–3.
15. Provencio M, Espana P, Bonilla F. Tratamiento adyuvante del cancer de colon. *Oncol.* 1999;22(6):20–32.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA



1. Llanio R, Perdomo G. Propedéutica Clínica y Semiología Medica [Internet]. Vol. Tomo 2. Editorial Ciencias Médicas; 2001. Disponible en: <https://joseluisvitte.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/07/propedeutica-clinica-y-semiologia-medica-tomo-ii.pdf>
2. Argente HA. Semiología medica fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en El paciente. Editorial Medica Panamericana; 2005.
3. Townsend CM. Sabiston. Tratado de Cirugía: Fundamentos Biológicos de la Práctica Quirúrgica Moderna. 21a ed. Elsevier; 2022.
4. Schwartz, Schwartz M. Principios de Cirugía (2 T). 7a ed. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: McGraw-Hill Professional Publishing; 1999.
5. Dalley AF II, Agur A. Moore. Anatomía con orientación clínica. 9a ed. La Villa y Corte de Madrid, España: Ovid Technologies; 2022.
6. Delmas A, Rouviere H. Anatomía humana - Tomo II Tronco - 10b: Ed. Masson; 2000.



ANEXOS

Anexo 1. Evaluación pack year.

1. ¿Cuántos años ha fumado usted?

40

2. En promedio, ¿cuántos cigarrillos o cigarrillos fumó usted por día (durante su tiempo como fumador? Recuerde que en general hay 20 cigarrillos en un paquete.

5

Calcular

Su exposición a cigarro es de 10 paquete-años.

Fuente: Evaluación propia en base a la calculadora digital obtenida de:
<https://shouldiscreen.com/Espa%C3%B1ol/calculadora-de-paquete-anos>

Anexo 2. Evaluación del Índice de Masa Corporal.

Para un cálculo correcto necesitamos algo de información básica sobre ti

1
Eres

2
¿Cuántos años tienes?

65 años

3
¿Cuánto mides?

182 cm
Altura

4
¿Cuánto pesas?

58 kg
Peso

Calcula tu IMC

Tu resultado personal

Tu IMC personal: 17.5 (bajo peso)
 Tu IMC ideal: 24 - 29 (peso normal)

Tu peso actual: 58 kg
 Tu peso ideal: 79.5 kg - 96.1 kg

Fuente: Evaluación propia en base a la calculadora digital obtenida de:
<https://www.salud.gob.ec/unidad-de-nutricion-calculadora-de-indice-de-masa-corporal-imc/>



Anexo 3. Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

Ítems	INDICACIONES A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda.	1 CASI NUNCA	2 POCAS VECES	3 A VECES	4 MUCHAS VECES	5 CASI SIEMPRE	Ítems
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	1
2	En mi casa predomina la armonía	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	2
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	3
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	4
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	5
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	7
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	8
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	9
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	10
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	11
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	12
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	13
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	14
SUME LOS SUBTOTALES DE ESTA LINEA Y OBTENGA LA SUMA TOTAL		0	2	3	20	35	60

Fuente: Evaluación propia en base al formato extraído de:

<https://academia.inperitajesocial.com/wp-content/uploads/2020/05/3-Cuestio-FF-SIL->

Funcionamiento-Familiar.pdf



Anexo 4. Valoración del APGAR Familiar.

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

Fuente: Evaluación propia en base al formato extraído de:
<https://miespacioresiliente.wordpress.com/2015/01/15/apgar-familiar-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar/>



Anexo 5. Escala de heces de BRISTOL.

<h2>Bristol stool chart</h2>	
	Type 1 Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
	Type 2 Sausage-shaped, but lumpy
	Type 3 Sausage-shaped, but with cracks on surface
	Type 4 Sausage or snake like, smooth and soft
	Type 5 Soft blobs with clear-cut edges (easy to pass)
	Type 6 Fluffy pieces with ragged edges, mushy
	Type 7 Watery, no solid pieces (entirely liquid)

Fuente: Evaluación propia en base al formato extraído de:

<https://clinicagastrointestinal.com/?p=1732>



Anexo 6. Criterios de ROMA III.

CRITERIOS DE ROMA III PARA EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

Dolor ó malestar abdominal recurrente por lo menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado a 2 o más de los siguientes:

- 1.- Mejoría con la defecación
- 2.- Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las heces
- 3.- Inicio asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

En Roma III los síntomas de soporte no están incluidos como criterios diagnósticos.

Síntomas de soporte:

- a) \leq 3 movimientos intestinales por semana,
- b) \geq 3 movimientos intestinales por día,
- c) heces duras / gruesas
- d) heces sueltas / acuosas,
- e) defecación con esfuerzo,
- f) apuro, sensación de defecación incompleta, mucosidad ó balonamiento.

Fuente: Evaluación propia en base al formato extraído de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000200007. (3)



Anexo 7. *Informe de colonoscopia.*

INFORME DE COLONOSCOPIA

Paciente: XXXX

Fecha de la biopsia: 19 de Julio de 2024

Número de caso: XXXXXXXXXXXX

Endoscopista: XXXX

Procedimiento

Indicaciones:

- Evaluación en base a dolor abdominal de tipo crónico y hematoquecia.

Preparación del paciente:

- La preparación intestinal fue adecuada, permitiendo una visualización clara del lumen colónico.

Descripción del procedimiento:

- Se realizó una colonoscopia completa, alcanzando el ciego.
- En el colon descendente, a unos 50 cm del ano, se identificó una lesión estenosante, friable al tacto del endoscopio, de aproximadamente 4x5 cm.



- Se realizaron múltiples biopsias de la lesión para evaluación histopatológica.

Hallazgos:

- La mucosa adyacente a la lesión presenta cambios inflamatorios leves.
- No se identificaron otras lesiones significativas en el resto del colon explorado.

Impresión diagnóstica:

- Lesión tumoral en el colon descendente compatible con adenocarcinoma, pendiente de confirmación histopatológica.

Plan:

- Se recomienda consulta con oncología para evaluación y manejo adicional.
- Considerar estudios de imagen adicionales para estadificación completa.
- Programar seguimiento endoscópico según las recomendaciones oncológicas.

Comentarios:

- La cooperación del paciente durante el procedimiento fue adecuada.
- No se reportaron complicaciones durante o después del procedimiento.

Fuente: Elaboración propia.



Anexo 8. Informe histopatológico del paciente.

INFORME DE RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS

Paciente: XXXX

Fecha de la biopsia: 19 de Julio de 2024

Número de caso: XXXXXXXXXXXX

Diagnóstico Histopatológico

Muestra: Fragmentos de tejido obtenido por biopsia de colon descendente.

Hallazgos Macroscópicos:

- Se recibieron varios fragmentos de tejido, que en conjunto miden aproximadamente 4x5 cm.
- La superficie de los fragmentos es irregular y de coloración variable, con áreas de firmeza aumentada.

Hallazgos Microscópicos:

- La arquitectura del tejido muestra una proliferación glandular atípica, con células epiteliales dispuestas en patrón tubular y cribiforme.
- Las células neoplásicas presentan núcleos hipercromáticos, con prominentes nucleolos y atipia nuclear.
- Se observa una invasión en la submucosa y en la capa muscular propia.



- No se detecta invasión linfovascular ni perineural.
- El estroma circundante presenta una reacción desmoplásica moderada.

Inmunohistoquímica:

- CK20: Positivo
- CDX2: Positivo
- p53: Sobreexpresión en más del 50% de las células tumorales.
- Mismatch repair (MMR) proteins: Expresión intacta de MLH1, MSH2, MSH6, y PMS2.

Diagnóstico Final:

- Adenocarcinoma de colon, grado moderado.
- Estadio II (T3N0M0) según la clasificación AJCC.

Fuente: Elaboración propia.

**Anexo 9. Clasificación TNM para estadificación de cáncer de colon.**

CLASIFICACIÓN TNM		
T	N	M
Nivel de extensión del tumor primario.	Presencia o no de afección a nivel de ganglios linfáticos.	Presencia confirmada de metástasis a distancia.
<ul style="list-style-type: none"> Tx: tumor primario no puede ser evaluado (incluye casos con menos de 12 ganglios estudiados). T0: tumor primario desconocido. Tis: carcinoma in situ: intraepitelial o invade lamina propia. T1: tumor que invade la submucosa. T2: tumor que invade la muscularis propia. 	<ul style="list-style-type: none"> Nx: ganglios no evaluados. N0: no hay metástasis ganglionar. N1: metástasis en 1-3 ganglios. N1a: metástasis en 1 ganglio. N1b: metástasis en 2-3 ganglios. N1c: depósitos tumorales en subserosa, meso o zonas pericólicas o 	<ul style="list-style-type: none"> M0: ausencia de metástasis a distancia. M1: presencia de metástasis a distancia. M1a: metástasis confinada a un órgano o sitio (hígado, pulmón o en un ganglio no regional). M1b: metástasis en más de un órgano, sitio o peritoneo.



-
- T3: tumor que invade perirrectales sin
a través de la peritoneo.
muscularis propia
 - T4a: tumor penetrante en la superficie del peritoneo visceral.
 - T4b: tumor invade directamente o es adherente a otros órganos.
 - N2: metástasis en 4 o más ganglios.
 - N2a: metástasis en 4-6 ganglios.
 - N2b: metástasis en más de 7 ganglios.

Fuente: Estadificación del cáncer de colon. (13) Erdamar S. Carcinoma, Colorectal. 2017;106–14.



Anexo 10. *Estadificación del cáncer de colon.*

ESTADIO	DEFINICIÓN
<p style="text-align: center;">0</p>	<p>Fase más temprana del cáncer de colon, en donde las células cancerosas se encuentran situadas en la parte más superficial de la mucosa, y no existe invasión, afección de ganglios linfáticos, ni metástasis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GRADO 0: Tis, N0, M0.
<p style="text-align: center;">I</p>	<p>El tumor afecta a la pared del colon, sin invadir la capa muscular. No existe afección de ganglios linfáticos o metástasis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GRADO I: T1 y T2, N0, M0.
<p style="text-align: center;">II</p>	<p>El tumor ha infiltrado todas las partes del colon, puede invadir los órganos de alrededor, pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GRADO IIA: T3, N0, M0. • GRADO IIB: T4a, N0, M0.



- **GRADO IIC:** T4b, N0, M0.

III

El cáncer ha afectado a los órganos próximos al colon y se ha propagado a los ganglios linfáticos.

- **GRADO IIIA:** T1-2, N1/ N1c, M0.

T1, N2a, M0.

- **GRADO IIIB:** T3- 4a, N1/ N1c, M0. T2- 3, N2a, M0. T1- 2, N2b, M0.

- **GRADO IIIC:** T4a, N1a, M0.

T3- T4a, N1b, M0. T4b, N1- 2, m0.

IV

El cáncer se ha diseminado a otros órganos alejados del colon, como hígado, pulmón o huesos, causando metástasis.

- **GRADO IVa:** Cualquier T,

Cualquier N, M1a.

- **GRADO IVb:** Cualquier T,

Cualquier N, M1b.

Fuente: Estadificación del cáncer de colon. (13) Erdamar S. Carcinoma, Colorectal. 2017;106–14.