



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TEMA:

**CASO CLÍNICO: SOPORTE NUTRICIONAL EN PANCREATITIS
AGUDA**

AUTORA:

DONOSO VÉLEZ, ANDREA DOMINIQUE

**Componente práctico del examen complejo previo a la
obtención del título de LICENCIADA EN NUTRICIÓN,
DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTOR

ÁLVAREZ CÓRDOVA, LUDWIG ROBERTO

Guayaquil, Ecuador

28 de febrero del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente **componente práctico del examen complejo**, fue realizado en su totalidad por **Donoso Vélez, Andrea Dominique** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**.

REVISOR (A)

f. _____

Álvarez Córdova, Ludwig Roberto

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 28 del mes de febrero del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Donoso Vélez, Andrea Dominique**

DECLARO QUE:

El **componente práctico del examen complejo, Soporte nutricional en pancreatitis aguda**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**, 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, a los 28 del mes de febrero del año 2020

EL AUTOR (A)

f. _____
Donoso Vélez, Andrea Dominique



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Donoso Vélez, Andrea Dominique**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución el **componente práctico del examen complejo Caso clínico: soporte nutricional en pancreatitis aguda**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 del mes de febrero del año 2020

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Donoso Vélez, Andrea Dominique

URKUND

URKUND Ludwing Álvarez (ludwig_alvarez)

Documento [PRESENTACIÓN: VIERNES 28 FEBRERO.doc](#) (D64551893)
Presentado 2020-02-27 14:43 (-05:00)
Presentado por Ludwing Álvarez (dludwigalvarez@gmail.com)
Recibido ludwig.alvarez.ucag@analysis.urkund.com

5% de estas 8 páginas, se componen de texto presente en 1 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	EXAMEN COMPLEXIVO REPORTE DE CASO.docx
	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC543800/
	https://www.sati.org.ar/files/guias/461_2105-1_PB.pdf
	https://scu.org.uy/pdf/relatos/Relato_2010_Pancreatitis-aguda.pdf
	https://www.slideshare.net/ssophiamunozanaya/pancreatitis-aguda-embogue-8x

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

AUTORA:
DONOSO VÉLEZ, ANDREA DOMINIQUE

Componente práctico del examen complejoivo
previo a la obtención del título de LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TUTOR
ÁLVAREZ CORDOVA, LUDWIG ROBERTO
Guayaquil, Ecuador
28 de febrero del 2020
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA
CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente componente práctico del examen complejoivo, fue realizado en su



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Álvarez Córdova, Ludwig Roberto
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Poveda Loor, Carlos Luis
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	2
REPORTE DEL CASO	4
DISCUSIÓN	6
CONCLUSIÓN	8
REFERENCIAS	9

RESUMEN

La pancreatitis aguda conforma una de las principales causas de muerte a nivel mundial, es la inflamación del páncreas. El diagnóstico debe confirmarse con los exámenes bioquímicos de enzimas pancreáticas y el estudio de imagen el mismo que puede ser ecografía abdominal o resonancia magnética. Se reporta caso de paciente femenino de 22 años de edad hospitalizado por pancreatitis aguda alcohólica complicado por una colecistectomía, atendido en el Hospital Luis Vernaza ubicado en la ciudad de Guayaquil. El paciente recibe nutrición parenteral, el tratamiento nutricional referido es alimentos fácilmente digeribles, dieta hipograsa, ingesta adecuada de proteínas y aumento en calorías. Se sugiere hacer seis comidas de poca cantidad. Este trabajo muestra la importancia del enfoque terapéutico desde el punto de vista nutricional a través de las guías de Nutrición Parenteral y Enteral de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo.

Palabras Claves: Pancreatitis aguda, soporte nutricional.

ABSTRACT

Acute pancreatitis is one of the leading causes of death worldwide, it is the inflammation of the pancreas. The diagnosis must be confirmed with the biochemical examinations of pancreatic enzymes and the imaging study itself, which may be abdominal ultrasound or magnetic resonance imaging. Case report of a 22-year-old female patient hospitalized for acute alcoholic pancreatitis complicated by a cholecystectomy, treated at the Luis Vernaza Hospital located in the city of Guayaquil. The patient receives parenteral nutrition, the nutritional treatment referred to is easily digestible foods, low fat diet, adequate protein intake and increase in calories. It is suggested to make six small meals. This work shows the importance of the therapeutic approach from the nutritional point of view through the guides of Parenteral and Enteral Nutrition of the Spanish Society of Clinical Nutrition and Metabolism.

Keywords: *acute pancreatitis, nutritional support.*

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una congestión exagerada como respuesta de la activación de las enzimas que son producidas para la digestión. Las dos causas más frecuentes en un 80% son cálculos en la vesícula biliar (colelitiasis) y en consumo excesivo de alcohol (1). El diagnóstico de pancreatitis aguda requiere la presencia de por lo menos 2 de los 3 criterios siguientes: I presentación aguda, y de magnitud severa; II dolor epigástrico que generalmente se irradia a la espalda, con elevación de la amilasa y lipasa sérica; III características radiográficas evidentes (2).

Los reportes epidemiológicos muestran que es la causa número 20 en muerte representando el 0,5% de las defunciones totales. La etiología de esta patología es múltiple, la más usual pertenece en un 60 a 85% a la etiología de litiasis biliar o alcohólica (3). El alcoholismo, obesidad, consumo de alimentos ricos en grasas, triglicéridos elevados son factores asociados para el desarrollo de esta patología (4).

Las complicaciones de esta enfermedad han disminuido en los últimos tiempos por: los métodos de diagnóstico que permiten un temprano diagnóstico en etapa inicial de la enfermedad, debido a un soporte nutricional oportuno y finalmente gracias al mejor conocimiento al momento de alguna intervención (5). La pancreatitis basada en la clínica según el consenso de Atlanta 1992 se divide en dos tipos: 1. Pancreatitis aguda leve: es un proceso de inflamación aguda del páncreas, cuya principal característica es el hallazgo patológico es el edema intersticial de la glándula. 2. Pancreatitis aguda grave: está relacionada a que exista múltiples fallas orgánicas o complicaciones específicas como pseudoquiste, absceso o necrosis. 3. Colecciones líquidas agudas: tienen densidad líquida, aparecen de manera rápida en el páncreas o cerca de él (6). Los estudios epidemiológicos muestran que esta patología tiene una incidencia creciente de 13 a 45 casos por 100.000 habitantes al año y es una de las enfermedades gastrointestinales que con más frecuencia requiere estancia hospitalaria, la misma que se puede prolongar dependiendo el estado y cuadro clínico del paciente.

Tiene una tasa de mortalidad de 5 al 10% en pacientes con pancreatitis aguda grave que presenten fallo orgánico, sepsis y necrosis pancreática (7). Puede presentar ictericia, taquicardia e hipotensión.

Por otro lado, el aumento de los valores en los datos bioquímicos de las enzimas pancreáticas amilasa y lipasa confirman el diagnóstico. La amilasa aumenta su valor en las primeras 2 a 12 horas iniciado el malestar y la complicación, para que pueda ser válida la misma valoración se dice que el valor de la amilasa debe ser tres veces que el valor normal (90 UI/L). Por lo general la amilasa sérica es salival y lo demás es pancreática, razón por la cual se puede determinar la isoamilasa pancreática, aunque esta prueba es de difícil acceso en nuestro entorno.

Usualmente la lipasa sérica está elevada cuando se presenta un cuadro de pancreatitis aguda alcohólica, y se mantiene aumentada por un período más amplio que la amilasa, adicional es más sensible y específica que esta. Los valores para determinar el diagnóstico son aquellos que están tres veces más elevados que los valores normales (200 UI/L). Normalmente que la lipasa y amilasa vuelvan a sus valores normales sucede en forma pausada, se ha confirmado que pueden estar elevadas por 7 días y en casos especiales hasta por 30 días, por lo que suele suceder que los pacientes abandonen la estancia hospitalaria asintomáticos, pero con las enzimas pancreáticas aún elevadas, claro que en menor proporción que al momento del ingreso al hospital.

La pancreatitis aguda alcohólica presenta desordenes hidroelectrolíticos y metabólicos, por lo que también merecen atención y monitoreo especial el calcio, la glucosa, creatinina y úrea.

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 22 años de edad con peso 70 kg y talla 1.70 cms, IMC: 24,22 kg/m². Peso habitual: 72 kg (peso referido en los últimos 6 meses), no presenta antecedentes personales, acude a una casa de salud ubicada en Manglaralto el 18/19/2019, dónde llega a las 2:00 am en estado etílico y permanece ahí hasta las 10:00 am por referir la siguiente sintomatología: cuadro de dolor abdominal intenso de inicio súbito en epigastrio irradiado a ambos hipocondrios y espalda en “cinturón” continuo e intenso que se intensifica en las últimas horas, además de náuseas, vómitos, diarrea, estado febril, falta de apetito y malestar general.

Se procede a realizar exámenes para obtener diagnóstico, el mismo que es pancreatitis aguda producida por el consumo excesivo de alcohol. 19/12/2019 el paciente es trasladado hacia el Hospital Liborio Panchana ubicado en la provincia de Santa Elena donde permanece hasta el 23/12/2019 donde se da el traslado el 24/12/2019 al Hospital Luis Vernaza en la ciudad de Guayaquil, donde se realizan los exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico ya establecido. Se procede a colocar una vía central y se inicia nutrición parenteral para evitar desnutrición. Se le administra una dosis hipocalórica, es decir 20 kcal por kg por día o el 80% de las necesidades energéticas requeridas, junto a un equivalente en proteínas de 1.2 gramos por kg por día.

Se confirma el diagnóstico al verificar en los exámenes bioquímicos el aumento en los valores de las enzimas pancreáticas amilasa y lipasa. La amilasa aumenta en un periodo de 2 a 12 horas. y se establece que es una pancreatitis aguda tipo E según la escala de Balthazar ya que se basa en la necrosis, inflamación y la presencia de acumulaciones de líquido. Al examen físico tiene respuestas motoras, estado febril, confuso, abdomen blanco y al tacto tiene dolor que se irradia hacia la espalda.

El paciente al ser ingresado está NPO puesto que posee un diagnóstico de riesgo. Se planea intervención quirúrgica para extracción de vesícula y drenaje de colecciones. Los datos bioquímicos más relevantes a la fecha de ingreso 24/12/2019 indican: Amilasa:161 ; Calcio: 8.1 ; Creatinina: 0.42 ; Fósforo: 3.2 mg/dl ; Glucosa: 108 ; Lipasa: 194 ; Magnesio: 2.55 mg/dL; PCR: 386 mg/L; Sodio: 135 ; Potasio: 4.0 mEq/L; TGO: 36 ; TGP: 36 ; Urea: 27.10 mg/dL; Proteínas totales: 6.1 ; Albúmina: 3.0 ; Prealbúmina: 11 ; Colesterol total: 111 ; HDC: 31 ; Triglicéridos: 139; Glóbulos blancos: 18.3 ; Hemoglobina: 11.1 g/dL; Hematocritos: 32.5 ; Plaquetas: 232.

A la fecha 2/01/2020 se prueba tolerancia por vía oral, con líquidos claros. Amilasa bajó a 99 y lipasa a 84; se continúa nutrición parenteral para cubrir requerimientos nutricionales. Los datos bioquímicos más relevantes a la fecha de 8/01/2020 indican: Amilasa:76 ; Calcio: 7.8 ; Creatinina: 0.41 ; Fósforo: 3.1 mg/dl ; Glucosa: 130 ; Lipasa: 65 ; Magnesio: 1.82 mg/dL; PCR: 63 mg/L; Sodio: 135 ; Potasio: 3.5 mEq/L; TGO: 225 ; TGP: 298 ; Urea: 16.4 mg/dL; Glóbulos blancos: 6.79 ; Hemoglobina: 8.6 g/dL;; Hematocritos:24.9 ; Plaquetas: 261. Los datos bioquímicos más relevantes a la fecha de 21/01/2020 indican: Amilasa:77 ; Calcio: 7.8 ; Creatinina: 0.46 ; Fósforo: 3.9 mg/dl ; Glucosa: 130 ; Lipasa: 35 ; Magnesio: 1.81 mg/dL; PCR: 22 mg/L; Sodio: 133 ; Potasio: 4.3 mEq/L; TGO: 47 ; TGP: 81 ; Urea: 23.0 mg/dL; Fosfatasa Alcalina: 2.75 ; qma GT: 2.42 Bilirrubina Total: 0.87 ; Directa: 0.40 ; Indirecta: 0.47 ; Glóbulos blancos: 4.68 ; Hemoglobina: 11.3 g/dL;; Hematocritos: 33.0 ; Plaquetas: 305. El 10/01/2020 se realiza una colecistectomía más drenaje de la colección, de la cual el paciente evoluciona favorablemente y se recupera de la misma.

Se le administró en la vía aminoácidos, dextrosa y lípidos; además de vitamina B, vitamina C y oligoelementos para cubrir las necesidades energéticas del paciente. Luego se probó a tolerancia la cual fue favorable, se procedió a quitar la nutrición parenteral y se progresó a dieta blanda. Actualmente se mantiene con dieta de fácil digestión hipograsa y es dado de alta el 21/01/2020.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda tiende a aumentar la estancia hospitalaria del paciente que la padece, incrementando los costos económicos del cuidado y atención del paciente, significando un alto cargo financiero para el servicio de salud. Se ha descrito que la pancreatitis aguda por lo general presenta un diagnóstico de antecedente de ser una persona obesa, alcohólica, que ha padecido cólicos biliares y debe tenerse presente que pueden existir otros factores etiológicos que son menos frecuentes como cirugía, el uso de corticoides y en el peor de los casos que tenga cáncer pancreático (8).

La mayoría de los casos son leves y autolimitados, necesitando hospitalización por un corto tiempo, la pancreatitis leve es aquella que no tiene falla orgánica ni necrosis pancreática mientras que la pancreatitis aguda severa se presenta en un 15 a 20% de los casos, es aquella que tarda más de 24 horas en resolver y causa falla orgánica y muerte (9). La gravedad de la situación va a depender de sobre la patología pancreática y esta recae sobre el organismo de quien la padece.

Se recomienda evaluar el estado del paciente en cuanto a la nutrición inicial para así saber el grado de gravedad de la enfermedad y de esta manera poder dirigir el tratamiento nutricional, en el caso de paciente con pancreatitis aguda alcohólica lo indicado es brindar nutrición parenteral para soportar al paciente ante la respuesta al estrés, disminuir la estancia hospitalaria y además impactar en la recuperación de los pacientes, además se sugiere constantes evaluaciones para probar tolerancia alimentaria en el momento que sea posible y de esta manera definir la terapia nutricional requerida.

La intervención con el soporte nutricional precoz fue la clave en la evolución y recuperación del paciente, además un correcto tratamiento nutricional oportuno y preciso favorece e incrementa las condiciones del paciente mostrando un avance positivo y de esta manera disminuye la estancia hospitalaria. Los pacientes que padecen pancreatitis aguda tienden a desarrollar un desequilibrio hidroelectrolítico ya que pueden tener pérdidas hacia un tercer espacio, sucede esto debido a los cambios vasculares que se desencadenan a través de un proceso inflamatorio, por lo que es importante mantener una hidratación agresiva acompañada de un soporte nutricional precoz (10). También debe controlarse el dolor con analgesia local.

El primer estudio de imagen que normalmente se realiza es el ultrasonido, debido a que es de fácil acceso, no es invasivo y no tiene radiación para el paciente.

En casos de pancreatitis aguda puede observarse el crecimiento pancreático a través de una tomografía computarizada con medio de contraste. A través de los años se ha observado que un aumento en la glándula pancreática y la disminución de la ecogenicidad tienen una baja sensibilidad debido a que hasta en el 50% de los casos de pacientes con pancreatitis aguda se ha reportado una glándula de tamaño normal.

Respecto al tratamiento nutricional de los pacientes con pancreatitis aguda, según los estudios se ha demostrado que la alimentación enteral de una dieta alta en proteínas y baja en grasas por medio de una sonda nasoyeyunal es altamente eficiente al igual que la nutrición parenteral. La única diferencia es el costo puesto que la nutrición enteral es menos costosa. El soporte nutricional tiene como objetivo cubrir las necesidades del paciente para así disminuir el riesgo de infecciones, favorecer una pronta evolución y recuperación y así disminuir la estancia hospitalaria.

CONCLUSIÓN

La pancreatitis aguda es una patología generada por la inflamación del páncreas. Los pacientes que padecen pancreatitis aguda requieren un diagnóstico y tratamiento oportuno en las primeras horas donde se presenta la sintomatología, realizar una valoración nutricional eficiente y determinar la gravedad y tipo de la patología para poder brindar un soporte nutricional precoz (11). Tiene rangos, los cuales se dividen en: leves y graves. Es clave investigar sobre fallo orgánico para determinar su severidad. La causa más común de pancreatitis aguda es etiología biliar, seguida de la alcohólica.

Las dietas inmunomoduladores y probióticos parecen tener una respuesta inmune, reduce las complicaciones por vías de infección; sin embargo sus beneficios no están claramente establecidos (12). La nutrición y el soporte, metabólico en la pancreatitis son un punto clave en su manejo para así evitar la desnutrición y además como un respaldo terapéutico. En cuanto a suplementos hay limitaciones para hacer recomendaciones sobre un nutriente en específico debido a la escasez de estudios (13).

REFERENCIAS

1. Sanz E, Larrubia JM. Pancreatitis aguda Madrid; 2010.
2. Bankk et al. Classification of acute pancreatitis--2012 Atlanta; 2012.
3. Consuelo A, Alberto J. Pancreatitis aguda México; 2012.
4. Dellinger et al. Determinant-based classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation. México; 2012.
5. Bradley et al. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992. Madrid; 1993.
6. Peery et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. United States; 2012.
7. Yadav D, Lowenfels A. The Epidemiology of Pancreatitis and Pancreatic Cancer; 2013.
8. Cruz D, Taxonera G. Update on pathogenesis and clinical management of acute pancreatitis; 2012.
9. Fagenholz et al. Increasing United States hospital admissions for acute pancreatitis, 1988-2003 United States; 2007.
10. Tenner et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis.; 2013.
11. Mergener K, Baillie J. Fortnightly review : Acute pan; 1998.
12. Beger H, Rau B, Mayer J, Pralle U. Natural course of acute pancreatitis.; 1997.
13. Losada H, Muñoz C, Burgos L, Silva J. Protocolo de tratamiento y resultados de pancreatitis aguda: Estudio de cohorte. Revista chilena de cirugía. 2010; 62(6).



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Donoso Vélez Andrea Dominique** con C.C: # 0929138576 autor/a del **componente práctico del examen complejo: Soporte nutricional en pancreatitis aguda** previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y estética** 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, 28 de febrero de 2020

f. _____

Nombre: **Donoso Vélez Andrea Dominique**

C.C: **0929138576**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caso clínico de soporte nutricional por pancreatitis aguda		
AUTOR(ES)	Donoso Vélez, Andrea Dominique		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Álvarez Córdova, Ludwig Roberto		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Nutrición, Dietética y Estética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de febrero de 2020	No. DE PÁGINAS:	17
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Pancreatitis aguda, soporte nutricional.		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>La pancreatitis aguda conforma una de las principales causas de muerte a nivel mundial, es la inflamación del páncreas. El diagnóstico debe confirmarse con los exámenes bioquímicos de enzimas pancreáticas y el estudio de imagen el mismo que puede ser tomografía abdominal o resonancia magnética. Se reporta caso de paciente femenino de 22 años de edad hospitalizado por pancreatitis aguda alcohólica, atendido en el Hospital Luis Vernaza ubicado en la ciudad de Guayaquil. El paciente recibe nutrición parenteral, la cual es parte del soporte nutricional administrado. Este trabajo muestra la importancia del enfoque terapéutico desde el punto de vista nutricional a través de las guías de Nutrición Parenteral y Enteral de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE).</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-997813246	E-mail: donosoandrea63@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Álvarez Córdova, Ludwig Roberto		
	Teléfono: +593-999963278		
	E-mail: ludwig.alvarez@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):			