



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TEMA:

**“Caso clínico: intervención nutricional en paciente con
pancreatitis aguda”**

AUTOR:

Vergara Macías, María Belén

**Componente práctico del examen complejo previo a la
obtención del título de Licenciada en Nutrición, Dietética y
Estética**

TUTOR (A)

Peré Ceballos, Gabriela María

Guayaquil, Ecuador

23 de febrero del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ETÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente **componente práctico del examen complejo**, fue realizado en su totalidad por **Vergara Macías, María Belén**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**.

REVISORA

f. _____
Peré Ceballos, Gabriela María

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 23 del mes de febrero del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Vergara Macías, María Belén**

DECLARO QUE:

El **componente práctico del examen complejo, “Caso clínico: intervención nutricional en paciente con 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 23 del mes de febrero del año 2022

LA AUTORA

f. _____
Vergara Macías, María Belén



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Vergara Macías, María Belén**

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: intervención nutricional en paciente con pancreatitis aguda”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 del mes de febrero del año 2022

LA AUTORA

f. _____
Vergara Macías, María Belén

REPORTE URKUND

The screenshot shows the URKUND web interface. The browser tabs include 'Área personal', '(1) NUTRICION CLINICA PEDIAT...', 'Inicio de sesión - Urkund', 'Inicio - CURORIGINAL', and 'D128149363 - Component'. The address bar shows the URL: secure.orkund.com/old/view/122269464-942241-709449#q1bKLVayijY3jtVRKs5Mz8tMy0xOzEtOVbly0DMwNDEytzA3M7G0MLO0MDCyMK0FAA==. The page header features the URKUND logo and navigation tabs for 'Sources' and 'Highlight'. The document details are as follows:

Document	Componente práctico Examen Complexivo.doc (D128149363)
Submitted	2022-02-17 09:13 (-05:00)
Submitted by	maria.vergara04@cu.ucsg.edu.ec
Receiver	gabriela.pere.ucsg@analysis.orkund.com
Message	Show full message

2% of this approx. 10 pages long document consists of text present in 1 sources.

The sources table is partially visible with the following columns: Sources, Rank, and a plus icon for expansion.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TEMA:

“Caso clínico: intervención nutricional en paciente con pancreatitis aguda”

AUTOR:

Vergara Macías, María Belén

Componente práctico del examen complejo previo a la obtención del título de Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética

TUTOR (A)

AGRADECIMIENTO

Llegar hasta aquí ha sido un camino largo, pero cada esfuerzo ha valido la pena, sin el apoyo de muchas personas esta meta no se hubiera cumplido.

Primero le agradezco a Dios por nunca haberme dejado sola, incluso en los días más grises he sentido el doble de su amor y compañía.

A mi mamá, Jessica, ella es el pilar de mi vida, mi ejemplo a seguir, la mujer que desde el día que yo nací ha hecho hasta lo imposible para que yo esté bien, la que me ha inculcado el amor por los estudios y la que me ha enseñado a nunca rendirme a pesar de los golpes que de la vida.

A mi hermana, Maria Grazia, la persona que me ha acompañado toda mi vida, la admiro tanto, siempre tiene una palabra de aliento para mí.

A mi hermano, Sebastián, la alegría de la casa, que, con su amor, su cariño, sus ocurrencias y su compañía diaria nunca me deja sola.

A mis abuelitos, Jorge y Linda, que con su cariño diario y apoyo incondicional me han acompañado en todas las etapas de mi vida.

A toda mi familia por su apoyo constante, no me alcanzan las palabras para agradecerles todo lo que hacen por mí.

María Belén Vergara Macías

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a Dios y a mi mamá, Jessica, los que nunca me han soltado y siempre han estado a mi lado incluso sin estar físicamente conmigo. Gracias, mamá por darme tu apoyo diario, por nunca dejarme sola, por siempre trabajar duro para que nunca nos falte nada ni a mí ni a mis hermanos; confías en mi como nadie, siempre me das el empujón que necesito y me apoyas hasta en mi proyecto más pequeño. Siempre te he mirado con ojos de admiración, espero ser como tú, dedicada, trabajadora, que siempre comparte de lo que tiene sobre todo de su amor que es infinito.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DRA MARTHA VICTORIA CELI MERO
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

ING CARLOS LUIS POVEDA LOOR
COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____

DRA ADRIANA YAGUACHI
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN.....	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN.....	2
REPORTE DE CASO	4
Historia Clínica	4
Desarrollo del caso.....	5
DISCUSIÓN.....	6
CONCLUSIONES	8
REFERENCIAS	9
ANEXOS	11

RESUMEN

La pancreatitis aguda es definida como una de las primeras causas de hospitalización y con una morbimortalidad significativa descrita hace más de 120 años, se trata de la inflamación al páncreas que se puede presentar con distinta sintomatología desde dolor abdominal agudo en conjunto con signos de un cuadro emético simple hasta un fallo de distintos órganos que puede llegar hasta la muerte. En el presente trabajo se presenta caso de paciente femenino de 35 años de edad, no refiere antecedentes patológicos personales. Al momento de realizar los exámenes bioquímicos se presenta un alza en los valores de las enzimas pancreáticas amilasa y lipasa y la PCR (Proteína C Reactiva) que nos da como diagnóstico Pancreatitis Aguda, ingresa por presentar un cuadro clínico de 48 horas de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada acompañado de dolor abdominal en epigastrio tipo clínico de gran intensidad, náuseas y vómitos postprandiales por 3 ocasiones. Para evitar una desnutrición temprana la paciente será intervenida con un soporte nutricional parenteral por vía central.

Palabras claves: *pancreatitis aguda; morbimortalidad; soporte nutricional parenteral; dolor abdominal; vómitos posprandiales; desnutrición temprana.*

ABSTRACT

Acute pancreatitis is defined as one of the first causes of hospitalization and with a significant morbidity and mortality described more than 120 years ago, it is inflammation of the pancreas that can present with different symptoms from acute abdominal pain in conjunction with signs of a simple emetic to a failure of different organs that can lead to death. In the present work, the case of a 35-year-old female patient who does not refer to personal pathological history is presented. At the time of performing the biochemical tests, there is an increase in the values of the pancreatic enzyme's amylase and lipase and the CRP (C Reactive Protein) that gives us the diagnosis of Acute Pancreatitis, he is admitted for presenting a clinical picture 48 hours of evolution characterized by an increase non-quantified thermal temperature accompanied by severe clinical-type abdominal pain in the epigastrium, postprandial nausea and vomiting on 3 occasions. To avoid early malnutrition in the patient, she will be operated on with parenteral nutritional support through a central line.

Keywords: *acute pancreatitis; morbidity and mortality; parenteral nutritional support; abdominal pain; postprandial vomiting; early malnutrition.*

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es considerada como uno de los procesos inflamatorios con mayor prevalencia de ingreso en todo el mundo, descrito hace más de 120 años por Reginald H. Fitz. La PA, desde el punto de vista clínico es muy variable, ya que la misma puede presentarse como un dolor abdominal de variada intensidad; es decir, desde un dolor leve a un abdomen agudo, conjuntamente con síntomas y signos acompañantes de un cuadro emético simple a un shock con fallo de varios órganos y a la muerte (1). Los factores de riesgo más importantes para la pancreatitis en adultos son la litiasis y el consumo excesivo de alcohol (2).

La PA sigue estando asociada con una morbimortalidad significativa que depende de las comorbilidades del paciente y la severidad del cuadro clínico, llegando a estar entre el 7 % y 40 % en los peores casos (3). Su manejo ha cambiado en los últimos años debido a una mejor comprensión de su fisiopatología, la evolución del arsenal terapéutico, los avances en el soporte nutricional (4).

Para realizar el diagnóstico de PA se requiere la presencia de al menos dos de los siguientes criterios: 1. Dolor abdominal agudo, de inicio súbito, persistente, a nivel de epigastrio, el cual puede irradiar hacia la espalda. 2. Niveles séricos de amilasa o lipasa elevados mínimo tres veces los valores normales. 3. Hallazgos característicos de pancreatitis aguda en tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética como colecciones intraabdominales (5).

Según los Criterios de Atlanta la PA se clasifica según su grado: I Leve: No existe falla orgánica y no presenta complicaciones locales o sistémicas. II Moderada: Presenta falla orgánica que se soluciona en 48 horas y se presentan complicaciones locales o sistémicas, pero sin falla orgánica permanente. III Severa: Existe falla orgánica que dura > 48 horas.

Los exámenes bioquímicos cumplen un papel fundamental en el diagnóstico de esta patología, las enzimas pancreáticas, amilasa y lipasa, son los indicadores óptimos para diagnosticar a un paciente con PA. Los valores de estas enzimas deben estar incrementados en un mínimo de 3 veces más el límite de los rangos normales. Por otro lado, la PCR (Proteína C Reactiva) se evalúa también, pero según últimos estudios demuestran que los niveles aumentados de la PCR no serían tomados como un factor para la determinación del diagnóstico de la PA.

Como en todas las patologías la alimentación cumple un rol importante y clave para tener como resultado un tratamiento satisfactorio. Años atrás la principal recomendación que se daba para pacientes con PA era que permanezcan sin consumir alimentos por vía oral hasta que se reduzca considerablemente la secreción exocrina del páncreas.

Sin embargo, el enfoque actual ha cambiado a un inicio temprano de nutrición enteral para proteger la barrera mucosa gástrica. Se recomienda el inicio temprano (en las primeras 24 horas) de nutrición enteral en pacientes con pancreatitis aguda leve. Una revisión de la Asociación Americana de Gastroenterología concluyó que, tanto en pancreatitis moderada como severa, se recomienda la nutrición enteral sobre la parenteral, ya que la nutrición enteral reduce el riesgo de infección de necrosis peri pancreática y falla orgánica (5). Se recomienda iniciar de forma precoz ya sea vía oral, mediante sonda nasogástrica o sonda nasoyeyunal, pues se ha demostrado que se asocia a buenos resultados en pacientes con PA leve y presenta buenos resultados en PA grave (6). Sin embargo, va a depender mucho el caso de cada paciente para llegar a saber cual sería el soporte nutricional recomendado.

Cabe resaltar el alto gasto metabólico producido durante una PA, especialmente en las pancreatitis graves, incrementa los requerimientos de distintos nutrientes encargados de mantener la homeostasis del sistema inmune y la regeneración tisular (7).

REPORTE DE CASO

Historia Clínica

Anamnesis

Paciente femenino de 35 años con APP: No refiere. APQx: No refiere. Alergias: No refiere. Peso usual referido 60 kg (hace 5 meses), peso actual 56 kg, talla 157 cm e IMC de 22.7 kg/m².

Motivo de ingreso

Ingresa por cuadro clínico de 48 horas de evolución caracterizado por: Alza térmica no cuantificada acompañado de dolor abdominal en epigastrio tipo clínico de gran intensidad, náuseas y vómitos postprandiales por 3 ocasiones. ID: Pancreatitis aguda balthazar E.

Los datos bioquímicos que presentó el paciente y de mayor relevancia a la fecha en la que se realizó el ingreso señalan: Glóbulos blancos: 9.4; Hemoglobina: 12.0 g/dl; Hematocrito: 36.1%; Plaquetas: 345; Glucosa: 76 mg/dl; Urea: 29.2 mg/dl; Creatinina: 0.86 mg/dl; Proteínas totales: 6.5 g/dl; Albúmina: 3.6 g/dl; Prealbúmina: 21 mg/dl; Hierro: 60 ug/dl; Transferrina: 150 mg/dl; Sodio: 135 mEq/dl; Potasio: 3.5 mEq/dl; Calcio: 8.6 mg/dl; Fósforo: 2.9 mg/dl; Magnesio: 1.97 mg/dl; Colesterol: 110 mg/dl; HDL 40 mg/dl TRIGLICÉRIDOS 100 mg/dl LDL 45 mg/dl AMILASA 643 LIPASA 327 PCR 35.6

Evolución

Al momento de la visita paciente despierta, colaborador, afebril; pérdida de peso no cuantificada en las últimas 2 semanas; persiste dolor abdominal, no tolera la vía oral, persiste náuseas, niega vómitos en las últimas 24 horas; refiere hiporexia, en ayuno hace 2 días, no ha realizado deposiciones, no ha canalizado flatos. Sin dificultad para la deambulación.

Se verifica el diagnóstico al revisar los exámenes bioquímicos del paciente donde se refleja un alza en los valores de las enzimas pancreáticas amilasa y lipasa y la PCR (Proteína C Reactiva).

Desarrollo del caso

Según el caso visto a continuación se sugiere iniciar con un soporte nutricional parenteral debido a que el paciente ya tiene colocado una vía central y así dejar en reposo digestivo hasta que se pueda iniciar la vía oral. Se le administró en la vía aminoácidos 10%, dextrosa 50% y lípidos 10%, probando tolerancia progresiva en 3 días, comenzando con un 50% el primer día, un 75% el segundo día y terminar con un 100% al tercer día. Después del tercer día se iniciará en el paciente un soporte nutricional mixto iniciando la nutrición enteral al 25% del requerimiento energético para probar tolerancia a la vía enteral. Se utilizará Vital Péptido 1.5, esta fórmula es recomendada para pacientes que están haciendo transición desde nutrición parenteral a nutrición enteral.

DISCUSIÓN

La PA al ser un proceso inflamatorio que afecta al páncreas considerado uno de los órganos más importantes en el proceso de la digestión, trae consigo múltiples problemas de salud. Al agravarse la situación de un paciente con PA significa que su estancia hospitalaria se alargará y eso afectará tanto a la economía del paciente como a su vez la del servicio de salud.

En Latinoamérica y especialmente en el Ecuador existen pocos reportes acerca de la epidemiología y factores asociados de esta patología, aspectos que podrían influir de manera negativa en el abordaje y manejo terapéutico de estos pacientes al no conocer las características clínicas que se presentan (8). Como sabemos la gravedad del paciente dependerá también de como reaccione cada organismo.

Al momento de pensar en un soporte nutricional para el paciente que presente esta patología primero se debe realizar una evaluación completa para poder analizar el caso, determinar la situación en la que se encuentre el paciente y poder escoger la mejor opción de soporte nutricional para que al final podamos obtener un tratamiento satisfactorio. Históricamente se recomendaba dejar en ayuno a los pacientes con PA y, en las PA leves la alimentación se incorporaba gradualmente una vez que cesaba el dolor, las náuseas y recuperaba los ruidos hidroaéreos (9).

Intervenir de manera oportuna y precoz en los casos de PA ayuda a la recuperación rápida del paciente de manera progresiva. Actualmente se conoce que la nutrición temprana permite mantener la integridad de la barrera intestinal, que previene la aparición de complicaciones infecciosas y se asocia con una menor estancia hospitalaria, menos complicaciones y un mejor pronóstico (10).

Recientemente, La Asociación Americana de Gastroenterología dio como recomendación que se inicie una dieta en pacientes con PA las primeras 24 horas de haber comenzado el cuadro clínico, esto refiriendo que ayuda a la funcionalidad e integridad intestinal. La importancia de la terapia nutricional en PA radica en evitar la desnutrición (y sus complicaciones asociadas) por la respuesta inflamatoria sistémica y la falta de ingesta o aporte de nutrientes (11).

La necesidad de poder brindarle al paciente un buen soporte nutricional para una recuperación pronta ha llevado a seguir todas las nuevas recomendaciones para poder implementarlas en los mismos. Lo primordial es llevar un seguimiento, su evolución y sobre todo una evaluación permanente en el área clínica.

CONCLUSIONES

La PA es una inflamación al páncreas que debe ser intervenida lo antes posible para evitar el riesgo de muerte en el paciente. Mientras su detección y su valoración sea de manera temprana y oportuna el riesgo de morbimortalidad será menor. En pancreatitis grave o en pacientes en los que la nutrición enteral agrava los signos clínicos se indica la nutrición parenteral total, sin embargo, es fundamental reiniciar la nutrición enteral tan pronto lo tolere el paciente o exista evidencia de mejoría clínica (12). La PA moderada puede haber tenido falla orgánica reversible o complicaciones sistémicas o locales y algunos de ellos pueden llegar a requerir NP (13).

El tratamiento en PA debe ser orientado a la situación del paciente, lo que se recomienda es que cual sea el soporte nutricional elegido se incluya el reposo del páncreas, dándole un límite de ingesta por vía oral hasta poder evaluar como está evolucionando el paciente. Se debe tener en cuenta que un adecuado y temprano manejo nutricional a cargo del equipo multidisciplinario puede mejorar satisfactoriamente el cuadro clínico del paciente y evitar la desnutrición de este.

REFERENCIAS

1. Salabert DIA, Tortoló IS, Tápanes M, Príncipe JCA, Nelson R, Serrano M. Pancreatitis aguda, ¿es un problema de salud evitable o no? :6.
2. Ríos et al. - 2019 - Morbilidad y mortalidad en pacientes con pancreati.pdf [Internet]. [citado 18 de enero de 2022]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v17n2/1727-897X-ms-17-02-210.pdf>
3. Puerto Horta LJ, Medina Rojas R, Nuñez Romero LR, Jiménez Sánchez HC, Olaya Ramírez JG, San Juan JF, et al. Manejo y desenlaces de la pancreatitis aguda en un hospital de cuarto nivel (Huila, Colombia), 3 años de experiencia. Rev Colomb Gastroenterol. 1 de abril de 2019;34(1):10.
4. Guidi M, Curvale C, Pasqua A. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. Acta Gastroenterológica Latinoam. 2019;49:30.
5. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev Medica Sinerg. 1 de julio de 2020;5(7):e537.
6. Losada Morales HF, Troncoso Trujillo AI, Curitol Sanchez SM, Sanhueza Vega FA, Silva Abarca JA. Nutrición vía oral precoz en pancreatitis aguda. Estudio de cohorte. Rev Cir [Internet]. 22 de julio de 2021 [citado 19 de enero de 2022];73(4). Disponible en: <https://revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/856>
7. Mayorga Garcés A, Otero Regino W, Parga Bermúdez JE. Nutrición en pancreatitis aguda: nuevos conceptos para un viejo problema. Rev Colomb Gastroenterol. 21 de diciembre de 2020;35(4):465-70.
8. Russo Lozano, Jonathan, Ochoa Sánchez, Bárbara, Oñate Silva, Ibeth, Espinoza Díaz, Cristóbal, Pérez Aldas, Diana, Rivadeneira Campoverde, Jheresson, et al. Incidencia y características epidemiológicas de la pancreatitis aguda en el Hospital General Ambato del IESS, Ecuador. 7 de julio de 2020 [citado 19 de enero de 2022]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/4091847>
9. Cecenarro RR, Bonci L, Kasparian A, Gramática (h) L. Nutrición enteral temprana en pacientes con pancreatitis agudas leves: estudio clínico randomizado. Rev Fac Cienc Médicas Córdoba. 13 de noviembre de 2018;75(4):240.
10. Arroyo-Sánchez A. Controversias en la terapia nutricional de la pancreatitis aguda grave. Rev Chil Nutr. abril de 2020;47(2):292-8.
11. Revelo MER, Piedra PAY, Paredes PRZ, Obregón AEN. Recomendaciones en el manejo actual de la pancreatitis aguda. RECIMUNDO. 29 de mayo de 2020;4(2):86-93.

12. Arroyo-Sánchez AS. Tratamiento y desenlace en pancreatitis aguda. Rev Colomb Gastroenterol. 30 de diciembre de 2019;34(4):450-1.
13. Bautista Rodríguez M., Guadarrama Guadarrama R., Veytia-López M. Prevalencia de obesidad según los indicadores: porcentaje de grasa corporal, índice de masa corporal y circunferencia de cintura. Nutr Clín Diet Hosp. 2020; 40(3):18-25
14. Rodríguez-Pachecho G. Tratamiento nutricional en pancreatitis. Rev Medicina e Investigación UAEMéx. Julio - Diciembre 2017. Disponible en: http://r.diauaemex.com/pdf/2017/julio/MEDICINA_5_2_9_TRATAMIENTO.pdf

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Sexo	Femenino
Edad	35 años
APF	No refiere
APP	No refiere
APQx	No refiere
Alergias	No refiere
Motivo de ingreso	Ingresa por cuadro clínico de 48 horas de evolución caracterizado por: <ul style="list-style-type: none">• Alza térmica no cuantificada• Dolor abdominal en epigastrio tipo cólico• Nauseas• Vómitos posprandiales
Presión Arterial	120/80 mmhg
Frecuencia Cardíaca	78/min
Frecuencia Respiratoria	23/min
Temperatura	37°
Saturación	96% sin O2
Talla	157 cm
Peso actual	56 kg
Peso usual	60 kg

EXAMENES DE LABORATORIO

Parámetros		Valores referenciales
Glóbulos blancos	9.4	4.5 – 11.0 x 10 ⁹ /L
Hemoglobina	12.0 g/dl	12 – 16 g/dL
Hematocrito	36.1%	36 – 48%
Plaquetas	345	150 – 400 x 10 ⁹ /L
Glucosa	76 mg/dl	70 – 100 mg/dL
Urea	29.2 mg/dl	19 – 47 mg/dL
Creatinina	0.86 mg/dl	0.5 – 1.5 mg/dL
Proteínas Totales	6.5 g/dl	6.0 – 8.0 g/dL
Albúmina	3.6 g/dl	3.5 – 5.0 g/dL
Prealbúmina	21 mg/dl	17 – 29 mg/dL
Hierro	60 ug/dl	60 – 170 ug/dL
Transferrina	150 mg/dl	180 – 400 mg/dL
Sodio	135 mEq/dl	< 145 mEq/L
Potasio	3.5 mEq/dl	3.5 – 5.3 mEq/L
Calcio	8.6 mg/dl	8.5 – 10.2 mg/dL
Fósforo	2.9 mg/dl	2.5 – 4.5 mg/dL
Magnesio	1.97 mg/dl	1.7 – 2.2 mg/dL
Colesterol total	110 mg/dl	< 200 mg/DL
HDL	40 mg/dl	35 – 80 mg/dL
Triglicéridos	100 mg/dl	< 150 mg/dL
LDL	45 mg/dl	< 130 mg/dL
Amilasa	643	40 – 140 U/L
Lipasa	327	0 – 160 U/L
PCR	35.6	< 10 mg/dL

Tabla 1.1. Clasificación y aplicación de IMC

Formula IMC: Peso (kg)/ talla (m)²

IMC (kg/m²)	Clasificación
< 18,5 kg/m ²	Bajo peso
18,5 a 24,9 kg/m²	Peso normal
25 a 29,9 kg/m ²	Sobrepeso
30 a 34,9 kg/m ²	Obesidad grado 1
35 a 39,9 kg/m ²	Obesidad grado 2
≥ 40 kg/m ²	Obesidad grado 3
Ejecución: IMC= 56kg/ (1.57m) ² = 22.7 kg/m ²	

Tabla 1.2. Criterios de Atlanta revisados

Grado	Descripción
Leve	Sin falla orgánica
	Sin complicaciones locales o sistémicas
Moderada	Falla orgánica que resuelve en 48 horas
	Complicaciones locales o sistémicas sin falla orgánica persistente
Severa	Falla orgánica persistente (> 48 horas)

Necesidades energéticas

$$\text{GET} = 30 \text{ kcal} \times 56 \text{ kg/día} \times 1.1 = 1848 \text{ kcal/kg/día}$$

Molécula calórica

NUTRIENTES	Kcal/gr	1 día (50%)	2 día (75%)	3 día (100%)
CHO 50%	924 kcal/ 292 gr	136 gr	204 gr	272 gr
PROT 20%	370 kcal / 93 gr	47 gr	70 gr	93 gr
GRA 30%	554 kcal/ 62 gr	31 gr	47 gr	62 gr
APORTE CAL. TOTAL	1848 kcal			

Soporte Nutricional Parenteral día 1				
Fórmula	Aminoácidos 10%	Dextrosa 50%	Lípidos 10%	
Volumen	470 cc	270 cc	310 cc	
Volumen total	1050 cc	Goteo	44 ML/H	OSMOL. 1000
Aporte Cal	924 kcal			

Soporte Nutricional Parenteral día 2				
Fórmula	Aminoácidos 10%	Dextrosa 50%	Lípidos 10%	
Volumen	140 cc	480 cc	470 cc	
Volumen total	1090 cc	Goteo	45 ML/H	OSMOL. 1510
Aporte Cal	1386 kcal			

Soporte Nutricional Parenteral día 3				
Fórmula	Aminoácidos 10%	Dextrosa 50%	Lípidos 10%	
Volumen	930 cc	544 cc	620 cc	
Volumen total	2094	Goteo	87 ML/H	OSMOL. 2011
Aporte Cal	1848 kcal			



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **María Belén Vergara Macías**, con C.C: # 0951790104 autor/a del **componente práctico del examen complejo: “Caso clínico: intervención nutricional en paciente con 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, **23 de febrero de 2022**

f. _____

María Belén Vergara Macías

C.C: 0951790104



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caso clínico: intervención nutricional en paciente con pancreatitis aguda		
AUTOR(ES)	Vergara Macías, María Belén		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Peré Ceballos, Gabriela María		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Nutrición, Dietética y Estética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23 de febrero de 2022	No. DE PÁGINAS:	15 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición clínica/soporte nutricional		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	pancreatitis aguda; morbimortalidad; soporte nutricional parenteral; dolor abdominal; vómitos posprandiales; desnutrición temprana.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La pancreatitis aguda es definida como una de las primeras causas de hospitalización y con una morbimortalidad significativa descrita hace más de 120 años, se trata de la inflamación al páncreas que se puede presentar con distinta sintomatología desde dolor abdominal agudo en conjunto con signos de un cuadro emético simple hasta un fallo de distintos órganos que puede llegar hasta la muerte. En el presente trabajo se presenta caso de paciente femenino de 35 años de edad, no refiere antecedentes patológicos personales. Al momento de realizar los exámenes bioquímicos se presenta un alza en los valores de las enzimas pancreáticas amilasa y lipasa y la PCR (Proteína C Reactiva) que nos da como diagnóstico Pancreatitis Aguda, ingresa por presentar un cuadro clínico de 48 horas de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada acompañado de dolor abdominal en epigastrio tipo clínico de gran intensidad, náuseas y vómitos postprandiales por 3 ocasiones. Para evitar una desnutrición temprana la paciente será intervenida con un soporte nutricional parenteral por vía central.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 67333245	E-mail: maría.vergara04@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ing. Carlos Poveda Loor		
	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):			