



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

**TEMA:
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y DIETOTERAPÉUTICA
EN PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA**

**AUTOR (A):
Mora Vega, Diana Paola**

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

**REVISOR (A)
Álvarez Córdova, Ludwig Roberto**

Guayaquil, Ecuador

2016



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente componente práctico del examen complejo, fue realizado en su totalidad por **Mora Vega, Diana Paola**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**.

REVISOR (A)

f. _____
Álvarez Córdova, Ludwig Roberto

DIRECTOR (A) DE LA CARRERA

f. _____
Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 19 días del mes de Septiembre del año 2016



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mora Vega, Diana Paola**

DECLARO QUE:

El componente práctico del examen complejo, **SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y DIETOTERAPÉUTICA EN PACIENTES 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 19 días del mes de Septiembre del año 2016

AUTORA

f. _____
Mora Vega, Diana Paola



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Mora Vega, Diana Paola**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del **componente práctico del examen complejo: SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y DIETOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 días del mes de Septiembre del año 2016

AUTORA:

f. _____
Mora Vega, Diana Paola

URKUND

Chrome File Edit View History Bookmarks People Window Help 18 46% Mon 8:53 AM

New Tab x URKUND - Log in x Inicio - URKUND x D21781772 - Mora_Diana_FINAL.doc x Ludwig

https://secure.urkund.com/view/21473227-502516-925666#q1bKLVayijY01jE1itVRKs5Mz8tMy0xOzEtOVbly0DMwtDQxtjQ0NLc0sjQwNbAwNKkFAA==

URKUND

Documento: [Mora_Diana_FINAL.doc](#) (D21781772)

Presentado: 2016-09-15 19:29 (-05:00)

Recibido: ludwig.alvarez.ucsg@analysis.urkund.com

Mensaje: reporte del caso. Diana Mora. Pancreatitis Aguda. [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de esta aprox. 12 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 2 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	Espinoza_Fiorella_FINAL.docx
	Reporte de caso,Fiorella Espinoza Q.doc
	CASE REPORT revisado.doc
	Paula Miranda.doc
	TRABAJO DE NEUMONIA 31-08-2016.doc
	CASE REPORT FINAL.doc

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA: NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TEMA:

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y DIETOTERAPÉUTICA EN PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA AUTOR (A): Mora Vega, Diana Paola

Componente práctico del examen complejo

previo a la obtención del grado de: LICENCIADA EN

NUTRICIÓN; DIETÉTICA Y ESTÉTICA TUTOR Álvarez Córdoba, Ludwig Roberto Guayaquil, Ecuador 2016

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA: NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente

componente práctico del examen complejo,

fue realizado en su totalidad por Mora Vega, Diana Paola,

como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética.

TUTOR _____ Álvarez Córdoba, Ludwig Roberto DIRECTOR (A) DE LA

CARRERA _____ Celi Mero,

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser la parte primordial en mi vida y por demostrarme la fe y esperanza para seguir creciendo con éxito, y seguir culminando las etapas de mi vida.

A mi padre Edgardo Mora Cedeño quien en el trascurso de mi vida, me ha dado su apoyo y motivación en mi formación académica, demás creyó en todo momento en mí y jamás dudo de las habilidades que tenía.

A mi querida madre Fátima Vega López por ser el motor de mi vida, por darme la confianza y seguridad en los momentos más difíciles, y además por ser esa amiga incondicional con la que siempre puedo contar.

A mi hermana porque me enseña que la vida está llena de conocimientos, por darme consejos desde su experiencia y animarme a una constante superación.

Y por último a mi tutor, el Dr. Ludwig Álvarez por otorgarme las bases necesarias durante estos últimos 4 meses para culminar este proyecto de titulación y lograr plasmar con éxito los conocimientos adquiridos en el campo de la nutrición.

Diana Paola Mora Vega

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a Dios por darme las fuerzas necesarias para levantarme cada día y luchar por lo que deseo. A mis padres, por que sin ellos esto no sería lo mismo, ellos son el motor que me impulsa a seguir y trabajar sin descanso, para ser mejor persona y mejor profesional. Gracias por darme la mano y guiarme por este largo camino.

Diana Paola Mora Vega



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

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

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Pere Ceballos, Gabriela María
REVISOR (A)

INDICE

CERTIFICACIÓN.....	
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	
AUTORIZACIÓN.....	
URKUND	
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VII
INDICE	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT	X
1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. DESARROLLO	13
2.1. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO	13
2.2. DISCUSIÓN	15
3. CONCLUSIÓN.....	19
REFERENCIAS	20
ANEXOS.....	22
1.1. HÁBITOS.....	22
1.2. SOAP	23
1.3. DATOS BIOQUÍMICOS	25
1.4. HISTORIA DIETÉTICA	33
1.5. EVOLUCIÓN DEL PESO DEL PACIENTE DESDE QUE INGRESO HASTA QUE SALIÓ DE CONSULTA.....	44

RESUMEN

La pancreatitis aguda (PA) es la inflamación que afecta al órgano del páncreas depende del grado de severidad que puede ser leve (edematosa) o severa (necrotizantes). La incidencia de la PA está aumentando. PA es una de las enfermedades gastrointestinales más frecuentes que requieren ingreso hospitalario en los individuos afectados. El tratamiento debe ser personalizado y depende del estado clínico del paciente, y estadio de la enfermedad. El presenta caso clínico corresponde a un paciente de 63 años de edad que ingreso a emergencia de Hospital León Becerra de la Ciudad de Guayaquil con dolor abdominal agudo, posterior a exámenes de laboratorio e imagenología por ecografía se diagnosticó Pancreatitis Aguda. Se administró tratamiento farmacológico y nutricional, acompañado de dieta hiposódica, se realizó seguimiento a fin de mejorar el estado nutricional del paciente. En el caso clínico presentado, se abordó una vigilancia nutricional modificando una dieta basal a hiposódica por vía oral, ya que el caso no ameritaba nutrición complementaria.

Palabras Claves: PANCREATITIS; ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES; VIGILANCIA NUTRICIONAL; ESTADO NUTRICIONAL; DOLOR ABDOMINAL; DIETA HIPOSÓDICA.

ABSTRACT

The acute pancreatitis is an inflammation which affects the pancreas organ, depends on the severity which could be mild or severe. The incidence of the AP is growing and it's one of the most common diseases which require hospital admission to the affected people. The treatment must be personalized and depends on the patient's status and the stage of the disease. A case from a 63 years old man who was admitted to the hospital Leon Becerra in Guayaquil with a stomach severe pain, after medical exams and imaging by ecography was diagnosed with AP. A pharmacological treatment was administrated with a low – sodium diet, a patient's nutritional state is followed to improve it. The clinical case presented surveillance was addressed, modifying a basal diet by via oral, since the case did not merit complementary nutrition.

Keywords: PANCREATITIS; GASTROINTESTINAL DISEASES; NUTRITIONAL SURVEILLANCE; NUTRITIONAL STATUS; ABDOMINAL PAIN; DIET SODIUM – RESTRICTED.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es la inflamación que afecta al órgano del páncreas depende del grado de severidad que puede ser leve (edematosa) o severa (necrotizantes) (1,2). Cuando la pancreatitis presenta un cuadro severo genera una respuesta inflamatoria que puede comprometer a otros órganos (3). El principal signo que se detecta en esta patología es el dolor abdominal, ocasionando el aumento de los niveles de las enzimas pancreáticas tanto en la sangre como en la orina, en caso de que haya complicaciones suelen reflejar incidencias tanto de mortalidad y morbilidad (1,3,4). La litiasis biliar, el consumo de alcohol, hipertrigliceridemia, el consumo de fármacos, hiperparatiroidismo, son considerados como factores de riesgos de esta enfermedad en la población adulto mayor. La incidencia se va a incrementar a medida que pasa el tiempo (1,5,6).

La incidencia mundial anual de PA ha ido incrementando a medida que pasa el tiempo, se calcula entre 4,9 a 73,4 casos por cada 100.000 habitantes (7). La incidencia de la PA es difícil de estimar, ya que la mayoría de los casos leves no se logran diagnosticar a tiempo, en cambio en los pacientes que presentan situaciones crónicas fallecen antes de dar un diagnóstico, por lo que se podría estimar que esto ocurre en un 10% de la población. En Estados Unidos y Europa hay una prevalencia entre 4.8 a 42 por cada 100.000 habitantes al año (8).

Con relación a los datos epidemiológicos de los países Sudamericanos Ecuador y Perú se calcula entre 80% - 100% de pancreatitis aguda, en comparación con Argentina, Brasil y Chile entre 45% - 60%. La mayoría de los casos idiopáticos expresan similitud debido a su etiología que es el consumo de alcohol que abarca entre un 10% - 20%. La tasa de mortalidad se calcula entre 5 a 30% (9).

El manejo de la pancreatitis en el ámbito nutricional ha ido evolucionando a medida que pasa el tiempo (5). En el ámbito nutricional en pacientes con pancreatitis aguda se diagnostican en leve y severa. Los pacientes con esta

patología presentan un estado hipercatabólico por lo que ocasiona una pérdida rápida de peso, tejido adiposo y proteínas.

Aparte del tratamiento farmacológico se necesita el apoyo de un nutricionista que tiene como objetivo primordial proporcionar al paciente una nutrición óptima sin provocar daños posibles al páncreas exocrino (10).

Antes de iniciar la terapia nutricional en el paciente con esta patología se debe dejar en ayunos al paciente para la administración de líquidos y analgésicos por medio de vía intravenosa. Ciertas grupos como la Asociación Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) y la Sociedad Europea de nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN) recomienda que en el paciente con pancreatitis aguda se le debe suministrar como primera opción la nutrición enteral, en caso de que el paciente presente episodios de vómitos, dolor y distensión abdominal se prefiere reemplazar por una nutrición parenteral con el fin de que el paciente cubra las necesidades calóricas y evite la desnutrición (5). Cuando se presenta pancreatitis aguda leve siempre se inicia con una nutrición por vía oral durante cuatro a cinco días después de presentar el cuadro agudo, por otro lado cuando se trata de una pancreatitis aguda severa se suele dejar al paciente en ayunas para que se beneficie con la nutrición enteral o parenteral (10).

El objetivo de la intervención nutricional es mejorar la calidad de vida en cuanto a la alimentación y la nutrición del paciente, de facilitar los cuidados nutricionales, también se podrá plantear alguna solución para reestablecer el estado nutricional que aborda mi paciente, para evitar la descompensación o muerte.

DESARROLLO

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino con 63 años de edad, estado civil soltero, con ocupación de administrador de la parte estadística pública (IESS), con nacionalidad ecuatoriana de la provincia del Guayas, cantón Guayaquil. Paciente no refiere antecedentes familiares ni personales. Acude a la unidad de emergencia del Hospital León Becerra el 6 de julio del 2016, por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal de intensidad 9/10 localizado a nivel del epigastrio con irradiación a nivel del flanco derecho, que después se torna difuso. Además presenta náuseas que llegan al vómito de contenido bilioso. Al momento paciente con fascie algica, mucosas secas, piel ictérica. Su diagnóstico de ingreso es pancreatitis aguda. Se realizó evaluación de signos vitales, mediciones y valores de: presión arterial 130/90, cardíaca min 70, respiratorio min 23, temperatura bucal: 36°C, temperatura axilar 37°C.

El paciente es trasladado al área de pensionado del presente hospital el 7 de julio del 2016 con diagnóstico de pancreatitis aguda. Paciente presenta un peso de 74 Kg y talla de 1.70m. De acuerdo al tratamiento nutricional se administra dieta hiposódica, y en cuanto a tratamiento médico se administran los siguientes medicamentos; dextrosa, furomesida, albúmina humana, espironolactona, coenzima Q10, creón. Se le realizaron exámenes de laboratorio como son hematológicos, química sanguínea, biometría hemática, hemostáticos. De acuerdo a la valoración física él paciente manifestó; cabeza: normocéfalo, cuello: no adenopatías, no ingurgitación yugular; tórax: CSPA ventilados, RSCS rítmicos, abdomen: doloroso a la palpación, extremidades: simétricas no edema. Se realiza una ecografía abdominal y pélvica y tomografías para corroborar el diagnóstico inicial.

De acuerdo a la técnica de recordatorio de 24 horas se estimó la ingesta de alimentos del paciente antes de ingresar al centro hospitalario, la cual consiste en: desayuno: ½ vaso de jugo de remolacha, papaya picada; almuerzo: sopa de lenteja, arroz con carne de soja, ensalada de pepino con pimienta verde, 1 vaso de quaker; merienda: sopa de fideo con papa

acompañado de arroz. En cuanto a la ingesta de alimentos durante su permanencia en el centro hospitalario: NPO durante el primer día; a partir del segundo día la dieta consistió en: desayuno: clara de huevo, tostadas integrales, agua aromática; almuerzo: sopa de pollo, ensalada de legumbres, pollo a la plancha, 1 vaso de jugo de guayaba, merienda: sopa de pollo, ensalada de zanahoria, carne de soja, 1 vaso de jugo de guayaba.

Paciente presentó los siguientes resultados en cuanto a los valores de laboratorio, refiriéndose a los hematológicos el recuento de glóbulos rojos, hematocrito y plaquetas se encuentran disminuidos; volumen corpuscular medio, concentración media de hemoglobina, ancho de distribución de G.R.S.D., ancho de distribución de G.R.C.V.% se encuentran aumentados; hemoglobina, concentración corpuscular media hemoglobina (MCHC) se encuentran normales. Refiriéndose a los valores de química sanguínea el colesterol HDL, albumina en suero se encuentran disminuidos; AST (TGO) aspartato aminotransferasa, gama GT, amilasa en suero se encuentran aumentados, colesterol LDL, glucosa, urea, creatinina en suero, colesterol total en suero, triglicéridos, ácido úrico en suero, ALT (TGP) aminotransferasa pirúvica, fosfatasa alcalina, proteínas totales en suero se encuentran normales. Refiriéndose a la biometría hemática los leucocitos, neutrófilos, neutrófilos % se encuentran disminuidos, linfocitos %, monocitos% se encuentran aumentados, linfocitos, monocitos, eosinofilos, basófilos, eosinofilos %, basófilos % se encuentran normales. Refiriéndose a los hemostáticos el tiempo de protrombina (TP), tiempo de trombolastina (TTP) se encuentran normales.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda es la inflamación del páncreas que no solo compromete al órgano sino que también afecta a otros tejidos regionales, por lo que se clasifica en leve y severa. El parénquima pancreático es uno de los daños más reversibles de la pancreatitis, ocasionando un dolor abdominal y elevación de los niveles séricos de amilasa y lipasa como una de las primeras manifestaciones clínicas. Los factores de riesgos que predominan en esta enfermedad son: el consumo de alcohol y colecistolitiasis; considerándose así como una de las enfermedades más frecuentes en el país con mayor prevalencia de morbilidad y mortalidad a nivel hospitalario (11–13).

En el presente caso el paciente acudió a emergencia del Hospital por presentar dolor abdominal agudo siendo diagnosticado con pancreatitis aguda, según Vera (14), dentro del cuadro clínico que presenta un paciente con pancreatitis, el dolor abdominal intenso y de inicio rápido es el síntoma principal más frecuente, siendo este de difícil control.

La utilización de la escala de Ranson, ayuda a determinar el diagnóstico de la pancreatitis aguda para establecer el grado de severidad, Según los grados de severidad existen 3 categorías: pancreatitis leve, pancreatitis moderadamente severa, pancreatitis severa (15). El paciente refleja signos compatibles con los criterios correspondientes a pancreatitis leve, debido a que no hay falla de órganos y no hay complicaciones sistémicas o locales; en comparación de las dos categorías restantes. Así pues, hay un amplio espectro de enfermedades de leves (80%), donde los pacientes se recuperan dentro de unos pocos días, a severa (20%) con estancia prolongada en el hospital, la necesidad de apoyo de cuidados críticos, y un riesgo de 15 a 20% de la muerte (16).

Las manifestaciones clínicas que se presentan en la pancreatitis aguda son: dolor abdominal agudo con irradiación a nivel de los flancos y la intensidad puede ser epigástrico, súbito, lancinante y transfixivo (17). El paciente presentó un dolor con una intensidad de 9/10 que estuvo localizado a nivel del epigastrio, además presentó náuseas que llegan al vómito del contenido

bilioso. Si los síntomas persisten durante más de siete días se requiere la tomografía computarizada para evaluar la necrosis pancreática y peripancreática (16).

El paciente acude a la unidad de emergencia del Hospital León Becerra el 6 de julio del 2016, por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal de intensidad 9/10 localizado a nivel del epigastrio con irradiación a nivel del flanco derecho, que después se torna difuso. Además presenta náuseas que llegan al vómito del contenido bilioso. Es trasladado al área de pensionado del presente hospital el 7 de julio del 2016 con diagnóstico de pancreatitis aguda.

El diagnóstico se basa en el dolor abdominal y vómitos, asociado con aumentos en los niveles de amilasa o lipasa en suero, al menos, más de tres veces el límite superior de lo normal. Las pruebas de lipasa son preferidas por algunos médicos porque los niveles de lipasa permanecen altos durante más tiempo que los niveles de amilasa después del inicio de la pancreatitis aguda. En aproximadamente el 5% de los pacientes, los niveles de enzimas pueden ser normales en el momento del ingreso en el hospital (16). Al ingreso, paciente presento niveles de amilasa elevado, lo que corroboró el diagnóstico.

Durante la hospitalización de los pacientes que presenten como diagnóstico clínico pancreatitis aguda lo más recomendable es realizar una ecografía abdominal y pélvica durante las primeras 24 horas. Esta patología no presunta ser clara al momento del diagnóstico. Se debe visualizar en la ecografía abdominal según su clasificación: una distribución focal o difusa generalizada con respecto al tamaño del páncreas, y según el grado de severidad en que se encuentre puede ser: leve, moderada, grave. El parénquima debe ser uniforme y homogéneo, según la forma edematosa que se observe. En una ecografía pélvica se puede alcanzar un fondo de Douglas: abombado y doloroso, si hubiera una ascitis pancreática sobre todo en pancreatitis aguda infectada (18,19). A pesar de los recientes avances tecnológicos en la imagen, la ecografía abdominal continúa siendo la primera prueba de diagnóstico se indica en pacientes con sospecha de enfermedad

pancreática, debido a su seguridad, accesibilidad y bajo costo. Es una técnica esencial en el estudio de los procesos inflamatorios, ya que no sólo evalúa cambios en parénquima pancreático, pero también da una indicación del origen (bilis o alcohólica). También es esencial en la detección y el rastreo de posibles complicaciones, además de ser utilizado como una guía en las punciones diagnósticas y terapéuticas. También es la primera técnica utilizada en el estudio de los tumores de páncreas, la detección con una sensibilidad de alrededor de 70% y una especificidad del 90% (18). Por ende al paciente, en el momento que es diagnosticado con pancreatitis aguda, le realizaron una ecografía abdominal y pélvica dando como resultado; hígado: pequeño con ecos micro nodular compatibles. No se evidencia masas, ni quistes en parénquima, no hay dilatación de vías biliares intra ni extra hepáticas anómalo; Páncreas: no se pudo visualizar por abundante contenido colónico, no hay masas abdominales ni adenopatías retroperitoneales. En la parte pélvica, la ascitis se la visualiza con un líquido libre en la cavidad de aproximadamente 1789.00 cc, además se observa en la vejiga urinaria contornos regulares sin contenido anómalo, con paredes algo engrosadas, su capacidad vesical es de 18.33 cc, su fondo son sacos libres y no hay masas pélvicas.

De acuerdo a la valoración física que se le realizo al paciente manifestó; cabeza: normocéfalo, cuello: no adenopatías, no ingurgitación yugular; tórax: CSPA ventilados, RSCS rítmicos, abdomen: doloroso a la palpación, extremidades: simétricas no edema. Al paciente le realizaron una ecografía abdominal y pélvica y tomografías. Los datos que son nombrados en la parte superior se presentan desde el 6 de julio hasta el 20 de julio del 2016. A partir del 21 de julio el paciente no refiere datos de examen físico debido a que el paciente es dado de alta del hospital.

En cuanto a tratamientos médicos se administran los siguientes medicamentos; dextrosa, furosemida, albúmina humana, espironolactona, coenzima Q10, creón. De-Madaria *et. Al* (20). Recomienda que el tratamiento farmacológico este basado en la disminución del dolor. Los medicamentos mantendrán sus concentraciones durante el estadio hospitalario.

En este caso, paciente manifestó un cambio de peso en dos ocasiones, al ingresar a la unidad de emergencia con un peso de 74 Kg; presentó una disminución de peso después de una semana, presentando 68 Kg, el cual se mantuvo durante la semana. Al término paciente presenta 63 Kg. Paciente presenta 14% de cambio de peso en 2 semanas, refiriéndose a una pérdida de peso severa.

De acuerdo a la ingesta en su primer día de hospitalización paciente estuvo en NPO, días posteriores se brindó dieta hipo sódica; según Scoot (21) en la PA leve, la alimentación oral se pueden iniciar de inmediato si no hay náuseas y vómitos. En PA severa, se recomienda nutrición enteral para prevenir las complicaciones infecciosas, mientras que la nutrición parenteral debe ser evitada.

La dieta que se le prescribió a mi paciente es Normoproteica, Hipograsa, Hiposódica según la Fundación Nacional del Páncreas indica que tanto el peso como la altura varían la cantidad de grasa que el paciente debe comer, se considera que una persona promedio deberá consumir un aumento de 20 gramos de grasa al día. Además ninguna comida debe tener más de 10 gramos de grasa. Se recomienda comer pechugas de pollo deshuesadas y pescado ya que son proteínas bajas en grasa a diferencia de las carnes rojas. Se podría utilizar un caldo de pollo sin grasa para prevenir la deshidratación (22).

Cuando el páncreas no está funcionando de manera óptima podemos suplementar al paciente con enzimas pancreáticas que le ayuden a digerir los alimentos adecuadamente, mejorando de este modo cualquier signo o síntoma de esteatorrea (Exceso de grasa en las heces, o mala absorción de grasas) (23).

CONCLUSIÓN

La pancreatitis es una inflamación aguda, por la cual se genera una alteración en los mecanismos de control de la secreción de enzimas, además produce una secreción hacia la parte interna de la propia glándula en vez de hacia el duodeno, originándose autodigestión del páncreas.

En el caso clínico presentado, se abordó nutricionalmente modificando una dieta blanda hiposódica, normoproteica, hipograsa por vía oral, ya que el caso no ameritaba nutrición complementaria debido a que el paciente no presenta impedimentos que alteren su correcta nutrición. El seguimiento nutricional en este tipo de paciente es necesario ya que se debe en este caso la etiología de la enfermedad no dependió del consumo excesivo de alcohol ni fue consecuente de alguna otra patología, sino se dio por la ingesta excesiva de grasas saturadas. La dieta hiposódica, normoproteica, hipograsa con la dieta que le prescribo a mi paciente es para disminuir la inflamación del páncreas lo cual mejorará el estado de salud del paciente. El paciente durante la hospitalización al presentar una pancreatitis aguda por una mala ingesta de alimentos, por lo cual le prescribo un plan nutricional para mejorar los hábitos alimenticios, por lo que si no hay mejoría en el paciente puede conllevar a una cirrosis hepática.

REFERENCIAS

1. Trejo REJ, Segura IP. Pancreatitis aguda. Arch Salud Pública. 2010;1(1):24–30.
2. Nieto J, Rodriguez S. Manejo de la Pancreatitis Aguda: guía de práctica clínica basada en la mejor informacion disponible. 1. 2010;25:76–96.
3. Huerta-Mercado J. Tratamiento Médico de la pancreatitis aguda. Rev Med Hered. 2013;24:231–6.
4. Sánchez AC, Aranda G, Alberto J. Pancreatitis aguda. Bol Méd Hosp Infant México. 2012 Feb;69(1):3–10.
5. Lobatón E. Actualización en Soporte Nutricional en Pancreatitis Aguda Por: Marisa Canicoba [Internet]. Eduardo Lobatón RD CNSC. 2014 [cited 2016 Aug 31]. Available from: https://eduardolobatonrd.wordpress.com/2014/11/18/actualizacion_soporte_nutricional_pancreatitis/
6. M HL, C CM, S LB, A JS. Protocolo de tratamiento y resultados de pancreatitis aguda. Estudio de cohorte [Internet]. Revista Chilena de Cirugía. 2010 [cited 2016 Aug 31]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531945003>
7. Valdivieso-Herrera MA, Vargas-Ruiz LO, Arana-Chiang AR, Piscocoya A. Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en Latinoamérica y alcances sobre el diagnóstico [Internet]. Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 2016 [cited 2016 Aug 31]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199346231005>
8. Pellegrini D, Pankl S, Finn BC, Bruetman JE, Zubiaurre I, Young P. Pancreatitis aguda: Análisis de 97 pacientes. Med B Aires. 2009 Apr;69(2):239–45.
9. Gompertz M, Lara I, Fernández L, Miranda JP, Mancilla C, Watkins G, et al. Mortalidad de la pancreatitis aguda: experiencia de 20 años en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Rev Médica Chile. 2013 May;141(5):562–7.
10. Gutiérrez-Salmeán G, Peláez-Luna M. Terapia nutricional en el paciente con pancreatitis aguda: guía práctica para el inicio del apoyo nutricio enteral. Rev Gastroenterol México. 2010 Jan 1;75(1):67–76.
11. Alvarez-Lopez F, Castañeda-Huerta N. Pancreatitis Aguda. 2. 2014 enero;5(2):81–92.
12. Gonzalez R. Pancreatitis aguda [Internet]. 2014. Available from: <https://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/pancreatitis.pdf>

13. Restituyo P, García V, Taveras P, Corporán R. Protocolos de atención para gastroenterología. 2014 Mar;3(4):80–96.
14. Vera O. Manejo y tratamiento de la pancreatitis aguda en la unidad de cuidados intensivos. 17. 2011;1:47–59.
15. E. Escudero Álvarez y A. Sastre Gallego -. Nutrición y pancreatitis. Nutr Clin En Med. 2014 May 1;(2):35–45.
16. Johnson CD, Besselink MG, Carter R. Acute pancreatitis. BMJ. 2014 Aug 12;349:g4859.
17. Ledesma JP, Arias J. Pancreatitis Aguda. 2009 Jul;25(4):285–94.
18. Fernández-Rodríguez T, Segura-Grau A, Rodríguez-Lorenzo A, Segura-Cabral JM. Ecografía pancreática. SEMERGEN - Med Fam. 2015 Apr;41(3):158–63.
19. Machin G, Yamanaka W, Rodriguez L. Pancreatitis Aguda: Algoritmo diagnóstico y terapeutico. 3.
20. de-Madaria E, Abad-González Á, Aparicio JR, Aparisi L, Boadas J, Boix E, et al. Recomendaciones del Club Español Pancreático para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis crónica: parte 2 (tratamiento). Gastroenterol Hepatol. 2013 Jun;36(6):422–36.
21. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2013 Sep;108(9):1400–15.
22. Nutrition Advice & Recipes [Internet]. National Pancreas Foundation. [cited 2016 Sep 22]. Available from: <https://www.pancreasfoundation.org/patient-information/nutrition-advice-recipes/>
23. Pancreatitis Diet | Columbia University Department of Surgery [Internet]. [cited 2016 Sep 23]. Available from: <http://columbiasurgery.org/pancreas/pancreatitis-diet>

ANEXOS

HÁBITOS

Consumo de:	Tabaco: Si No	Café: Si No	Drogas: Si No
Bebidas Alcohólicas: Si No			
Realiza Ejercicios: Si No	Bebidas: Agua Sí No		Cuánto: 1 litro diario
Jugos: Si No	Cuánto: 250 ml	Colas: Si No	Cuánto:

ANAMNESIS ALIMENTARIA

HA TENIDO CAMBIOS

- En su apetito SI X NO CUALES Solo consumir pescado, carne de soja
- Digestivos SI X NO CUALES _____
- Problemas al masticar: No tiene ninguno
- Alteraciones en el gusto: Si presento ansiedad por comer
- Está consumiendo suplementos Vitamínicos No _____
- Está consumiendo productos naturales NO X SI CUAL
- Come usted solo o en compañía de su mamá y hermana
- Cuando esta solo le da por comer más SI NO X QUE
Come _____
- Le gustaría bajar de peso SI X NO porque su salud

INDIQUE EL TIPO DE BEBIDAS QUE CONSUME: AGUA JUGO COLADA OTRA QUE CANTIDAD Agua (1 litro diario) todos los días. Y jugo y coladas (1 vaso de 250 ml).

INDIQUE LOS ALIMENTOS QUE MAS LE AGRADA COMER

Sopas, Pescado, Uva, Pera, Durazno, Ciruelas, Tamarindo, Legumbres, Verduras.

INDIQUE LOS ALIMENTOS NO LE AGRADAN Queso, carne de res, frutos secos.

INDIQUE LAS FORMAS DE PREPARACION QUE MAS CONSUME

Pollo con tamarindo, al horno, sopa de gallina con fideo.

SOAP

S ubjetividad

Paciente de sexo masculino con 63 años de edad, estado civil soltero, con ocupación de administrador de la parte estadística pública del dispensario letamende (IESS), con nacionalidad ecuatoriana de la provincia del Guayas, cantón Guayaquil. Paciente no refiere antecedentes familiares ni personales, ni quirúrgicos. Acude a la unidad de emergencia del Hospital León Becerra el 6 de julio del 2016, por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal de intensidad 9/10 localizado a nivel del epigastrio con irradiación a nivel del flanco derecho, que después se torna difuso. Además presenta náuseas que llegan al vómito de contenido bilioso. Su diagnóstico de ingreso es pancreatitis aguda. Se realizó evaluación de signos vitales, mediciones y valores de; presión arterial 130/90, cardíaca min 70, respiratorio min 23, temperatura bucal: 36°C, temperatura axilar 37°C.

O bjektividad

EXAMEN FÍSICO

06/07/2016	
Cabeza:	Normocefalo, conjuntivas ictericias
Cuello:	No adenopatías no ingurgitación yugular
Tórax:	CSPS Ventilados, RSCS Taquicardias no soplos
Abdomen:	Distendido, Globuloso, Oleada ascítica, Doloroso a la palpación.
Extremidades:	Simétricas no edema

12/07/2016	
Cabeza:	Normocefalo, ictericia conjuntival
Cuello:	Simétrico no ingurgitación yugular
Tórax:	CSPS Ventilados, RSCS Taquicardias no soplos
Abdomen:	Distendido, Globuloso, Oleada ascítica, Doloroso a la palpación.
Columna:	Normal
Pelvis	Normal
Extremidades:	Simétricas Edema ++ DejaFovea

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

TALLA	1.70m (170 cm)
BRAZADA	24 cm
PERÍMETRO DE MUÑECA	18 cm
CINTURA	96 cm
CADERA	98 cm
ICC	0.97 cm
PERÍMETRO DE MUÑECA	18 cm
LOGITUD DE RODILLA	54 cm
PESO ACTUAL	63Kg (138.6 lb)
PESO HABITUAL	67 kg (147.4 lb)
PESO IDEAL	66.47 (146.23 lb)
PESO AJUSTADO	67.33 Kg (148.12 lb)
IMC	21.79 Kg/m ² (Normal)
% ADECUACIÓN DE PESO	94.77 % (normalidad)
% PESO HABITUAL	100 % (normalidad)

% PÉRDIDA DE PESO	14.8 % (pérdida severa)
% GRASA TOTAL	20.11
GEB	1402.69 Kcal/día
GET	1683.22 Kcal/día
REQUERIMIENTO CALÓRICO DIARIO	1994 Kcal/ día

DATOS BIOQUÍMICOS

Fecha: 07/07/2016

HEMATÓLOGOS			
RECuento DE GLÓBULOS ROJOS	2,47*	M/uL	4.63 – 6.08
HEMOGLOBINA	8,2	g/dL	
HEMATOCRITO	24,7*	%	40.1 – 51.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	100,0*	Micras cu	79.0 – 92.2
CONCENTRACIÓN MEDIA HEMOGLOBINA (MCH)	33,2*	pg	25.7 – 32.2
CONCENTRACIÓN CORPUSCULAR MEDIA HEMOGLOBINA (MCHC)	33,2	g/dL	32.3 – 36.5
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN DE G.R.S.D.	57,3*	fL	35.1 – 43.9
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN DE G.R.C.V.%	16,4*	%	11.6 – 14.4
PLAQUETAS	70,000*	K/uL	150.000 – 450.000

QUÍMICA SANGUÍNEA			
COLESTEROL HDL	27,00*	mg/dl	35.00 – 100.00
COLESTEROL LDL	84,00	mg/dl	50.00 – 160.00
GLUCOSA	72	mg/dl	60 – 110
UREA	27,00	mg/dl	17.00 – 43.00
CREATININA EN SUERO	1,34	mg/dl	0.80 – 1.40
COLESTEROL TOTAL EN SUERO	136	mg/dl	10 – 200
TRIGLICERIDOS	80	mg/dl	10 – 150
ACIDO URICO EN SUERO	7,0	mg/dl	3.6 – 8.2
AST (TGO) ASPARTATO AMINOTRANSFERASA	63*	U/L	12 – 38
ALT (TGP) AMINO TRANSFERASA PIRUVICA	27	U/L	7 – 41
GAMA GT	77*	U/L	4 – 49
FOSFATASA ALCALINA	116	IU/L	30 – 120
PROTEINAS TOTALES EN SUERO	7,4	g/dl	6,4 – 8,3
ALBUMINA EN SUERO	2,4*	g/dl	3,4 – 4,8
AMILASA EN SUERO	136*	UI/l	28 – 100

BIOMETRÍA HEMATICA			
LEUCOCITOS	4,32*	K/uL	4.50 – 10.00
NEUTROFILOS	1,66*	K/uL	2.00 – 7.00
LINFOCITOS	1,87	K/uL	1.50 – 4.50
MONOCITOS	0,59	K/uL	0.10 – 1.00
EOSINOFILOS	0,16	K/uL	0.05 – 0.50

BASOFILOS	0,04	K/uL	0.00 – 0.20
NEUTROFILOS%	38,4*	%	40.0 – 60.0
LINFOCITOS%	43,3*	%	20.0 – 40.0
MONOCITOS%	13,7*	%	2.0 – 8.0
EOSINOFILOS%	3,7	%	0.0 – 4.0
BASOFILOS%	0,9	%	0.0 – 1.0

HEMOSTÁTICOS			
TIEMPO DE TROMBINA (TP)	13.0	Seg.	10.0 – 14.0 seg.
TIEMPO DE TROMPOPLASTINA (TTP)	30.0	Seg.	23.0 – 36.0 seg.

Fecha: 12/07/2016

BIOQUÍMICOS			
BILIRRUBINA TOTAL	0,89	mg/dl	0.20 – 1.30
BILIRRUBINA DIRECTA	0,19	mg/dl	0.00 – 0.30
BILIRRUBINA INDIRECTA	0,70	mg/dl	0.00 – 1.10

HEMATÓLOGOS			
HEMATOCRITO	27*	%	40.1 – 51.0
HEMOGLOBINA	9,0	g/dL	
LEUCOCITOS	4,100	K/uL	
PLAQUETAS	120.000*	K/uL	
CONCENTRACIÓN CORPUSCULAR MEDIA HEMOGLOBINA (MCHC)	33,3	g/dL	32.3 – 36.5
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	90,3	Micras cu	80.00 – 96.00
CONCENTRACIÓN MEDIA HEMOGLOBINA (MCH)	30,1	m.mcg	27.00 – 33.00
HEMATIES	2.991,000	p.mm.c	3.80 – 5.80
N.SEGMENTADOS	46	%	
LINFOCITOS	41	%	
MONOCITOS	12	%	
EOSINOFILOS	1	%	

ENZIMAS			
GOT	40	U/L	0.20 – 1.30
GPT	35	U/L	0.00 – 0.30
GGPT	42	U/L	0.00 – 1.10

Fecha: 13/07/2016

HEMATOLÓGICOS	
GRUPO SANGUÍNEO	“O”
FACTOR	RH POSITIVO

HEMATÓLOGOS			
HEMATOCRITO	31	%	40.1 – 51.0
HEMOGLOBINA	10,5	g/dL	
LEUCOCITOS	5,100	K/uL	
PLAQUETAS	132.00	K/uL	
CONCENTRACIÓN CORPUSCULAR MEDIA HEMOGLOBINA (MCHC)	33,9	g/dL	32.3 – 36.5
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	90,9	Micras cu	80.00 – 96.00
CONCENTRACIÓN MEDIA HEMOGLOBINA (MCH)	30,8	m.mcg	27.00 – 33.00
HEMATIES	3.412,000	p.mm.c	3.80 – 5.80
N.SEGMENTADOS	55	%	
LINFOCITOS	35	%	
MONOCITOS	8	%	
EOSINOFILOS	2	%	

Fecha: 14/07/2016

HEMATOLÓGICOS	
GRUPO SANGUÍNEO	PINTA 711604108 "O"
FACTOR	RH POSITIVO
GRUPO SANGUÍNEO	PINTA 7111604075 "O"
FACTOR	RH POSITIVO
GRUPO SANGUÍNEO	PACIENTE "o"
FACTOR	RH POSITIVO

HEMATOLÓGOS			
HEMATOCRITO	31	%	40.1 – 51.0
HEMOGLOBINA	10,5	g/dL	
LEUCOCITOS	5,100	K/uL	
PLAQUETAS	132.00	K/uL	
CONCENTRACIÓN CORPUSCULAR MEDIA HEMOGLOBINA (MCHC)	33,9	g/dL	32.3 – 36.5
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	90,9	Micras cu	80.00 – 96.00
CONCENTRACIÓN MEDIA HEMOGLOBINA (MCH)	30,8	m.mcg	27.00 – 33.00

HEMATIES	3.412,000	p.mm.c	3.80 – 5.80
N.SEGMENTADOS	55	%	
LINFOCITOS	35	%	
MONOCITOS	8	%	
EOSINOFILOS	2	%	

A

nálisis

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Paciente de sexo masculino con 63 años, es administrador de la parte estadística pública del dispensario letamende (IESS), Por lo cual el paciente ingreso al hospital con un peso actual es de 138.6 libras, hace 2 semanas pesaba 162.8 y mide 1.70 cm. Como antecedente personal presentó dolor abdominal de intensidad 9/10 localizado a nivel del epigastrio con irradiación a nivel del flanco derecho, además náuseas que llegan al vómito de contenido bilioso. Paciente presentó los siguientes resultados en cuanto al volumen corpuscular medio, concentración media de hemoglobina, ancho de distribución de G.R.S.D., ancho de distribución de G.R.C.V. % se encuentran aumentados. AST (TGO) aspartato aminotransferasa, gama GT, amilasa en suero se encuentran aumentados. Refiriéndose a los linfocitos %, monocitos% se encuentran aumentados.

P Ingesta energética excesiva NI 1.5; Ingesta inadecuada excesiva de grasa NI 51.2

E Relacionada con el consumo frecuente de grandes porciones de comidas ricas en grasas.

S Evidenciado con la ingesta diaria promedio de calorías superior a 1000 kcal y por el aumento de 6 kilos de peso en la admisión del hospital.

P^{Lan}

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

- No se permite el consumo de sal de adición: sal de cocina y mesa, sal marina, sal yodada, sal de apio.
- Se aconseja que coma frecuentemente, unas 5- 6 comidas al día, procurando evitar los períodos de ayuno.
- No ingerir bebidas alcohólicas ni cafeína.
- Evitar los alimentos con grasas saturadas como la mantequilla.
- Las personas adultas, es recomendable ingerir leche sin lactosa.
- Después de las comidas no realice una actividad excesiva: guarde un cierto reposo.
- Las formas aconsejables de cocinar sencillas deben ser: hervidas, plancha, asados.

ALIMENTOS PERMITIDOS	ALIMENTOS PROHIBIDOS
Cereal: Pan, pasta, arroz, maíz, harinas	Bollería, cereales integrales
Lácteos: Leche desnatada, postres lácteos desnatados, queso fresco.	Quesos curados, blandos o con alto contenido en grasas quesitos y nata
Vegetales: Patatas, verduras y hortalizas	Aguacate
Frutas: Todas	
Legumbres: Todas	
Carne y derivados: Carnes magras (pollo, carne de soya)	Carnes de res, embutidos y fiambre paté, salchichas
Pescado: Pescado blanco	Pescado en aceite, Pescado azul
Huevos: Clara	Yema
Sopas y Cremas: Desgrasadas	Cremas con nata o queso

HISTORIA DIETÉTICA

DISTRIBUCIÓN DE LA MOLÉCULA CALÓRICA

	%	gr	V.C.T
CHO	60	450	1800
PR	15	112.5	450
GR	25	83.3	750
	100		3000

Fuente: Ascencio, C. Elementos Fundamentales en el cálculo de dietas 2011. México.

PLAN DE MENÚ EN CASA

Desayuno

- Café con leche
- Jugo de remolacha
- Papaya picada

Almuerzo

- Sopa de lenteja
- Arroz con carne de soya
- Ensalada de pepino con pimiento verde
- Colada de Quaker

Merienda

- Sopa de fideo con papa acompañado de arroz

DESGLOSE DEL MENÚ

Preparación	Alimento	Medida Casera	Cantidad (g)
Café con leche	Café	1 cda.	15 gr
	Leche	1 taza	150 ml
	Azúcar	1 cdita.	10 gr
Jugo de Remolacha	Remolacha	1 unidad	80 gr
	Azúcar	1 taza	20 gr
Papaya Picada	Papaya	1 porción	80 gr
Sopa de Lenteja	Lenteja	1 porción	60 gr
	Papa	1 porción	80 gr
	Zanahoria	1 porción	40 gr
	Fideo	1 porción	30 gr
	Sal	1 cda.	15 gr
Arroz con carne de soya	Arroz	1 porción	70 gr
	Carne de soya	1 porción	120 gr
	Sal	1 cda.	15 gr
	Aceite	1 cda.	15 gr
Ensalada de pepino con pimiento verde Colada de Quaker	Pepino	1 porción	60 gr
	Pimiento verde	1 unidad	50 gr
	Avena	1 taza	115 gr
	Azúcar	1 cda.	20 gr
	Naranjilla	1 porción	60 gr
Sopa de fideo con papa acompañado de arroz	Papa	1 porción	80 gr
	Fideo	1 porción	60 gr
	Queso	1 rebanada	30 gr
	Sal	1 cda.	15 gr
	Arroz	1 porción	70 gr

ANÁLISIS QUÍMICO

NOMBRE DEL ALIMENTO	CANTIDAD g	CALORIAS Kcal	PROTEINA g	GRASA g	CHO g	SODIO (g)
Leche descremada	150	517,5	49,65	0,45	77,85	11,55
Queso	30	65,7	5,67	4,38	0,75	0,63
Carne de Soya	120	201,6	34,32	3,36	6,48	1,56
Café	15	66,15	1,71	2,19	10,30	0,51
Pimiento	50	14,5	0,5	0,2	3,15	0,2
Naranja	60	27	0,66	0,12	6,6	0,42
Papaya	80	28,8	0,4	0,08	7,44	0,32
Pepino	60	7,8	0,72	0,06	1,38	0,36
Arroz	140	502,6	13,58	0,98	106,68	0,98
Avena	115	441,6	13,915	8,855	78,2	1,725
Azúcar	50	193	0	0,1	49,85	0,05
Aceite	15	132,45	0	14,985	0,015	0
Lenteja	60	202,2	13,14	0,54	37,38	1,08
Papa	160	166,4	3,2	0,16	38,88	1,12
Remolacha	80	42,4	1,36	0,8	8,32	0,72
Zanahoria	40	17,6	0,24	0,24	3,92	0,52
Fideo	60	206,4	8,04	0,3	43,74	0,36
Sal	45	58,5	0,495	0,045	15,66	0,27
Total		2892,2	147,6	37,845	496,595	22,375

DISTRIBUCIÓN DE LA MOLÉCULA CALÓRICA

	%	gr	V.C.T
CHO	51,8	194.25	777
PR	13,2	49.5	198
GR	28,2	47	423
	100		1500

Fuente: Ascencio, C. Elementos Fundamentales en el cálculo de dietas 2011. México.

PLAN DE MENÚ DEL HOSPITAL

Desayuno

- Clara de huevo
- Tostadas integrales
- Agua aromática
- Manzana picada

Almuerzo

- Consomé de pollo
- Ensalada de legumbres
- Pollo a la plancha
- Jugo de guayaba

Merienda

- Sopa de pollo
- Ensalada de zanahoria
- Carne de soya
- Jugo de guayaba

DESGLOSE DEL MENÚ

Preparación	Alimento	Medida Casera	Cantidad (g)
Clara de Huevo Tostadas integrales Agua aromática Manzana picada	Clara de huevo		35 gr
	Tostadas	2 unidades	24 gr
	Manzana	1 unidad	122 gr
	Pollo	1 filete	120 gr
Consomé de pollo Ensalada de legumbres Pollo a la plancha Jugo de guayaba	Vainita	1 porción	60 gr
	Zanahoria	1 porción	60 gr
	Pollo	1 filete	120 gr
	Sal	1 cdita.	5 gr
Sopa de pollo Ensalada de zanahoria Carne de soya	Guayaba	1 unidad	80 gr
	Papa	1 porción	83 gr
	Pollo	1 filete	120 gr
Jugo de guayaba	Zanahoria	1 porción	60 gr
	Sal	1 cdita.	5 gr
	Carne	1 filete	120 gr
	Guayaba	1 unidad	80 gr

ANÁLISIS QUÍMICO

NOMBRE DEL ALIMENTO	CANTIDAD g	CALORIAS Kcal	PROTEINA g	GRASA g	CHO g	SODIO (g)
Clara de Huevo	105	49,35	10,92	0,21	0	0,63
Pollo	240	619,2	42,24	48,72	0	1,92
Carne de soya	180	320,4	58,5	5,76	5,04	2,52
Zanahoria	160	67,2	1,12	0,32	16	1,12
Guayaba	160	84,8	1,12	0,32	21,92	0,32
Manzana	122	71,98	1,464	0,122	18,422	0,732
Papa	95	84,55	2,28	0	19,38	0,95
Tostadas	40	158,4	4,6	1,44	31	0,36
Vainita	80	26,4	1,36	0,88	3,6	0,4
Sal	10	13	0,11	0,01	3,48	0,06
Total		1495,28	123,714	57,782	118,842	9,012

PLAN NUTRICIONAL

- Normoproteica
- Hipograsa
- Hiposódica
- 30 Kcal x Kg/día.
- 2000 Kcal las 24 horas
- 1.2 Pr x Kg/ peso. 15%
- 0.79 Gr x Kg/peso. 22.5 %
- 5 Cho x Kg/peso.
- Distribuidas en quintos.

PLAN DIETÉTICO

DISTRIBUCIÓN DE LA MOLÉCULA CALÓRICA

	%	gr	V.C.T
CHO	62,5	312.5	1250
PR	15	75	300
GR	22,5	50	450
	100		2000

Fuente: Ascencio, C. Elementos Fundamentales en el cálculo de dietas 2011.

Desayuno

- Yogurt natural
- Clara de huevo
- Sanduche de atún
- Porción de uvas

Colación

- Porción de manzana

Almuerzo

- Crema de espinaca con nabo y yuca
- Arroz con ensalada de brócoli, vainita, zanahoria
- Filete de Pescado con salsa de naranja
- Jugo de babaco

Colación

- Yogurt con durazno

Merienda

- Ensalada César con pollo
- Jugo de Sandía

DESGLOSE DEL MENÚ

Preparación	Alimento	Medida Casera	Cantidad (g)
Leche desnatada Clara de Huevo Sanduche de atún de soya Porción de uvas	Leche	1 taza	150 ml
	Clara de Huevo	2 Claras	70 gr
	Pan	2 rebanadas	106 gr
	Atún	1 porción	70 gr
	Lechuga	1 porción	50 gr
Manzana Picada	Tomate	1 porción	50 gr
	Uvas	1 porción	80 gr
	Manzana	1 unidad	122 gr
Crema de espinaca con nabo y yuca Ensalada de brócoli, vainita, zanahoria	Espinaca	1 porción	70 gr
	Nabo	1 porción	70 gr
	Yuca	1 porción	60 gr
	Brócoli	1 porción	80 gr
Filete de pescado con salsa de naranja Jugo de babaco	Vainita	1 porción	60 gr
	Zanahoria	1 porción	60 gr
	Pescado	1 filete	120 gr
	Aceite	1 cda.	15 gr
	Naranja	1 unidad	80 gr
	Babaco	1 unidad	80 gr
Durazno	Azúcar	1 taza	20 gr
Ensalada César con pollo Jugo de sandía	Durazno	1 unidad	70 gr
	Lechuga	1 porción	50 gr
	Tomate	1 porción	50 gr
	Cebolla	1 porción	40 gr
	Choclo	1 porción	60 gr
	Frejol tierno	1 porción	60 gr
	Pollo	1 filete	120 gr
	Sandía	1 unidad	80 gr
Azúcar	1 taza	20 gr	

ANÁLISIS QUÍMICO

NOMBRE DEL ALIMENTO	CANTIDAD g	CALORIAS Kcal	PROTEINA g	GRASA g	CHO g	SODIO (g)
Leche descremada	150	517,5	49,65	0,45	77,85	11,55
Clara de Huevo	70	32,9	7,28	0,14	0	0,42
Pollo	60	154,8	10,56	12,18	0	0,48
Atún	20	43,4	5,82	1,88	0,38	0,38
Pescado	40	35,2	7,8	0,2	0	0,4
Brócoli	20	8,8	12	0,14	1,26	0,22
Cebolla Blanca	80	35,2	1,04	0,16	8,88	0,4
Espinaca	90	18	1,62	0,36	3,24	1,08
Lechuga	90	9,9	0,63	0,18	1,98	0,18
Nabo	90	25,2	3,6	0,36	3,69	1,26
Tomate	90	24,3	0,9	0,54	4,59	0,45
Vainita	60	21	1,86	0,24	4,08	0,42
Zanahoria	80	33,6	0,56	0,16	8	0,56
Babaco	100	57	0,9	0,1	5,4	0,4
Durazno	90	65,7	0,63	0,27	16,92	0,45
Manzana	110	64,9	1,32	0,11	16,61	0,66
Naranja	90	32,4	0,81	0,09	10,8	0,36
Sandía	100	24	0,7	0,1	5,7	0,2
Uva	90	63,9	0,45	0,45	16,29	0,36
Yuca	80	116,8	0,48	0,16	28,24	0,64
Choclo	50	65,5	1,65	0,9	13,3	0,35
Pan	40	102,4	3,72	0,16	23,2	0,88
Azúcar	40	154,4	0	0,08	39,88	0,04
Aceite	30	264,9	0	29,97	0,03	0
Frejol tierno	20	29,4	1,92	0,14	5,3	0,3
Total		2001,1	115,9	49,52	295,62	22,44

TOTAL DE PORCENTAJE

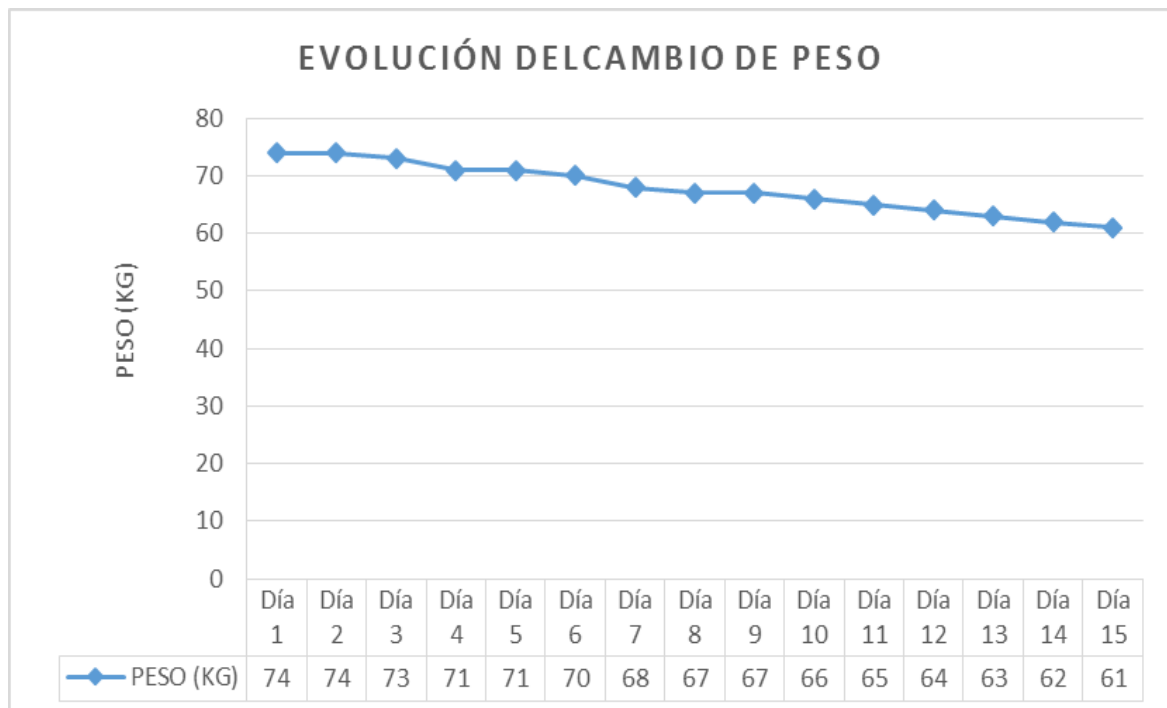
	CASA	HOSPITAL	PLAN DIETÉTICO
CHO	60	51,8	62,5
PR	15	13,2	15
GR	25	28,2	22,5

TOTAL DE KILOCALORÍAS

	CASA	HOSPITAL	PLAN DIETÉTICO
Kcal	3000	1500	2000

Pérdida de Kcal por día: $500 \text{ Kcal} \times 7 \text{ días} = 3500 \text{ Kcal} / 7,7 = 454.54 = 1 \text{libra.}$

EVOLUCIÓN DEL PESO DEL PACIENTE DESDE QUE INGRESO HASTA QUE SALIÓ DE CONSULTA.



EVOLUCIÓN DEL PESO CORPORAL

06/07/2016	74 kg	13/07/2016	67 kg
07/07/2016	74 kg	14/07/2016	67 kg
08/07/2016	73 kg	15/07/2016	66 kg
09/07/2016	71 kg	16/07/2016	65 kg
10/07/2016	71 kg	17/07/2016	64 kg
11/07/2016	70 kg	18/07/2016	63 kg
12/07/2016	68 kg	19/07/2016	62 kg
		20/07/2016	61 kg

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mora Vega, Diana Paola**, con C.C: # 0927117333 autora del **componente práctico del examen complejo: Seguimiento Nutricional y Dietoterapéutica en pacientes 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, 19 de septiembre de 2016

Nombre: **Mora Vega, Diana Paola**

C.C: **0927117333**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Seguimiento Nutricional y Dietoterapéutica en paciente con pancreatitis aguda		
AUTOR(ES)	Mora Vega, Diana Paola		
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		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	19 de septiembre de 2016	No. DE PÁGINAS:	47
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición, Dietética y Estética		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	PANCREATITIS; ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES; VIGILANCIA NUTRICIONAL; ESTADO NUTRICIONAL; DOLOR ABDOMINAL; DIETA HIPOSÓDICA.		
<p>La pancreatitis aguda (PA) es la inflamación que afecta al órgano del páncreas depende del grado de severidad que puede ser leve (edematosa) o severa (necrotizantes). La incidencia de la PA está aumentando. PA es una de las enfermedades gastrointestinales más frecuentes que requieren ingreso hospitalario en los individuos afectados. El tratamiento debe ser personalizado y depende del estado clínico del paciente, y estadio de la enfermedad. El presenta caso clínico corresponde a un paciente de 63 años de edad que ingreso a emergencia de Hospital León Becerra de la Ciudad de Guayaquil con dolor abdominal agudo, posterior a exámenes de laboratorio e imagenología por ecografía se diagnosticó Pancreatitis Aguda. Se administró tratamiento farmacológico y nutricional, acompañado de dieta hiposódica, se realizó seguimiento a fin de mejorar el estado nutricional del paciente. En el caso clínico presentado, se abordó una vigilancia nutricional modificando una dieta basal a hiposódica por vía oral, ya que el caso no ameritaba nutrición complementaria.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-94939069	E-mail: dianitafruti@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Ludwig Roberto Álvarez Córdova		
	Teléfono: +593-4-99963278		
	E-mail: ludwig.alvarez@cu.ucsg.edu.ec/drludwigalvarez@gmail.com/		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			