



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**Componente práctico del examen completo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado en Nutrición y Dietética**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE MASCULINO DE 27
AÑOS DE EDAD CON PANCREATITIS AGUDA Y PÉRDIDA DE PESO**

AUTOR

KEVIN ALEXANDER ROCAFUERTE JIMÉNEZ

TUTOR

Q.F. LUZ SALAZAR CARRANZA. MSc.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

ÍNDICE GENERAL

I. DEDICATORIA	3
II. AGRADECIMIENTO	4
III. TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	5
IV. RESUMEN	6
V. ABSTRACT	7
VI. INTRODUCCIÓN	8
1. MARCO TEORICO	9
1.1 JUSTIFICACIÓN	13
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.3 DATOS GENERALES	15
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	16
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.	16
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).	16
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	17
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	18
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	18
2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	21
2.8 SEGUIMIENTO	26
2.9 OBSERVACIONES	26
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	29

I. DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a Dios quien guía siempre mis pasos y me dio salud y la sabiduría necesaria para poder culminar esta carrera y empezar una nueva etapa en mi vida profesional. A mis padres y hermanos, quienes son mi pilar fundamental para seguir adelante, por su paciencia, por apoyarme cuandomás los necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, este trabajo de investigación es para ustedes.

Kevin Alexander Rocafuerte Jiménez

II. AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a la Universidad Técnica De Babahoyo por abrirme las puertas hacia nuevos conocimientos, y a cada uno de sus docentes por su enseñanza a lo largo de la preparación de mi profesión. Agradezco infinitamente Al Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor que abrió sus puertas para realizar mi internado rotativo, en donde compartí conocimientos con excelentes profesionales de la salud y adquirir muchos conocimientos y a mis compañeros de aula que me ayudaron de una manera desinteresada y de buena voluntad; a mis padres y hermanos sin ellos no hubiera sido posible realizar el presente trabajo.

Para culminar, quiero agradecer a mi tutor Q.F. Luz Salazar Carranza, quien, con sus conocimientos, paciencia y apoyo incondicional, me guio a través de cada una de las etapas de este trabajo de investigación para alcanzar los resultados que buscaba.

Kevin Alexander Rocafuerte Jiménez

III. TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE MASCULINO DE 27
AÑOS DE EDAD CON PANCREATITIS AGUDA Y PÉRDIDA DE PESO**

IV. RESUMEN

La pancreatitis aguda es una condición inflamatoria del páncreas que se caracteriza por la presencia de dolor abdominal intenso (epigástrico), también puede causar fallo orgánico, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Se considera una de las patologías gastrointestinales más comunes que necesita hospitalización a nivel mundial. Su etiología más usual se da por el alcohol y la colelitiasis. (Guidi, y otros, 2019)

El presente caso clínico es de un paciente de 27 años de edad es ingresado en sala de hospitalización con DX de pancreatitis aguda donde ha permanecido en NPO durante 5 días. Mediante los datos antropométricos según su IMC presenta peso normal con un porcentaje de pérdida de peso significativa, sus valores bioquímicos revelan hiperglicemia, leucocitosis, anemia y daño a nivel hepático y pancreático ; en sus signos clínicos evidencia ictericia en la piel y mucosa, dolor abdominal en hipocondrio derecho y en epigastrio acompañado de nauseas después de comer comida copiosa; sus datos dietéticos refieren presentar hábitos de beber alcohol la mayoría de los días de la semana.

Se buscó realizar un proceso de atención nutricional, utilizando el método antropométrico, clínico, dietético y bioquímico, como clave esencial para conocer y lograr una intervención nutricional adecuada, con la finalidad de mejorar la tolerancia oral del paciente, el estado nutricional y los signos y síntomas que presenta; mejorando así la calidad de vida del paciente. La intervención nutricional realizada al paciente tuvo resultados beneficiosos en la salud, logrando cada uno de los objetivos planteados.

PALABRAS CLAVES: *Pancreatitis Aguda, Estado Nutricional, Hiperglicemia, Colelitiasis, Leucocitosis.*

V. ABSTRACT

Acute pancreatitis is an inflammatory condition of the pancreas characterized by the presence of severe abdominal (epigastric) pain, it can also cause organ failure, systemic inflammatory response syndrome. It is considered one of the most common gastrointestinal pathologies that requires hospitalization worldwide. Its most usual etiology is due to alcohol and cholelithiasis. (Guidi, and others, 2019)

The present clinical case is of a 27-year-old patient admitted to the hospital ward with DX of acute pancreatitis where she has remained in NPO for 5 days. Through anthropometric data according to his BMI, he is underweight, his biochemical values reveal hyperglycemia, leukocytosis, anemia and liver damage; in the clinical signs of it evidence jaundice in the skin and mucosa, abdominal pain in the right hypochondrium and in the epigastrium accompanied by nausea after eating copious food; his dietary data refer to present habits of drinking alcohol most days of the week.

We sought to carry out a process of nutritional care, using the anthropometric, clinical, dietary and biochemical method, as an essential key to know and achieve an adequate nutritional intervention, in order to improve the patient's oral tolerance, nutritional status and signs and symptoms. presenting symptoms; thus, improving the quality of life of the patient. The nutritional intervention performed on the patient had beneficial health results, achieving each of the stated objectives.

KEY WORDS: *Acute Pancreatitis, Nutritional Status, Hyperglycemia, Cholelithiasis, Leucocytosis.*

VI. INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es uno de los trastornos gastrointestinales más comunes, se caracteriza por ser una enfermedad inflamatoria, en el cual puede comprometer otros tejidos y órganos. Se manifiesta como producto de la liberación de las enzimas pancreáticas activas dentro del parénquima glandular; la obstrucción de los conductos glandulares y el estímulo de la secreción son factores desencadenantes de la iniciación del proceso inflamatorio. (Bustamante, y otros, 2018)

Las tres principales causas de PA en orden de importancia son los cálculos en la vesícula biliar (colelitiasis), consumo excesivo de alcohol e hipertrigliceridemia. Para el diagnóstico de la pancreatitis aguda se necesita al menos dos de los siguientes signos: dolor abdominal de fuerte o moderada intensidad, náuseas y vómitos; evidencia por resonancia magnética (RM) del páncreas o imágenes por medio de tomografía axial computarizada dinámica (TACD); y los exámenes bioquímicos de pancreatitis. (Velázquez & Vargas, 2020)

Una de las patologías abdominal más frecuente es la pancreatitis aguda. Se estima que a nivel mundial hay una incidencia de 4.8-73.5:100,000 habitantes. La causa más frecuente en el mundo es la pancreatitis biliar (32-49%) seguida de la alcohólica en segundo lugar (20-31.8%). (Versalles, 2017)

La pancreatitis aguda (PA) según el INEC en Ecuador presentó un aumento en el año 2016 y una tasa de mortalidad del 2.9%. De 2360 pacientes que fueron hospitalizados durante el año 2017, en 47 casos se confirmó el diagnóstico de pancreatitis aguda con un 1.99%. (Russo Lozano, 2018)

El estudio del presente caso clínico de un paciente con pancreatitis aguda se evidencia por medio de la valoración de los distintos métodos que la alimentación y el consumo excesivo de alcohol está relacionada con la patología ya mencionada; los datos bioquímicos, clínicos y antropométricos evidenciaran el estado en el que se encuentra el paciente, de esta manera se lograra una intervención nutricional adecuada, mejorando así el estado nutricional del paciente.

I. MARCO TEORICO

PANCREATITIS AGUDA

Es una inflamación brusca del páncreas causada por la activación dentro de él de las enzimas que produce para la digestión. En varios casos graves, parte del páncreas se destruye en un proceso que se lo conoce como necrosis, este produce una reacción inflamatoria generalizada que puede alterar a otros órganos vitales, se caracteriza por el edema, el exudado celular y la necrosis grasa la enfermedad puede de ser leve y llegar a grave.

El daño del órgano se inicia a causa de la se activan las enzimas pancreáticas dentro de las células acinares, sistemas de drenaje de la glándula o el propio intersticio, lo que conlleva a la activación del desarrollo inflamatorio generando una respuesta agresiva por parte del órgano afecto, esta serie de perjuicios es causada a consecuencia del auto digestión enzimática ya señalada. La pancreatitis aguda se define por el desarrollo súbito de las manifestaciones clínicas.

FISIOPATOLOGÍA

El páncreas como tal constituye una glándula de secreción endócrina y exocrina cuya función es la de mantener la homeostasis de carbohidratos, lípidos y proteínas a través de la producción hormonal de insulina, glucagón y somatostatina, además, se encarga de la digestión de nutrientes que llegan al intestino delgado secretando el llamado jugo pancreático, el cual contiene las enzimas que permiten la digestión a ese nivel. Algunas de esas enzimas son la tripsina, quimotripsina, fosfolipasa, mismas que son transportadas y secretadas a manera de apoenzimas y cuya activación ocurre en el duodeno, donde la enterocinasa cambia el tripsinógeno a tripsina y permite el inicio de una compleja corriente de transformación enzimática partiendo de la tripsina activa y contribuyendo al proceso digestivo. Una parte significativa acerca de la función del jugo pancreático es que regula el pH ácido que contiene el quimo originario del estómago, debido a la gran cantidad de iones bicarbonato. (Lizarazo Rodríguez, 2008)

ETIOLOGÍA

De acuerdo con Sanz De Villalobos, E. Y Larrubia Marfil afirman que las causas más frecuentes son los cálculos biliares (colelitiasis), el consumo excesivo de alcohol y llevar una vida sedentaria acompañada de una inadecuada alimentación. La colelitiasis o cálculos producen pancreatitis al moverse alrededor del conducto biliar y obstruir la salida del páncreas hacia el intestino. El alcohol tiene un impacto tóxico directo además puede producir pancreatitis crónica. Otras causas más singulares son ciertos medicamentos y el aumento de niveles de grasa en sangre. (Marfil, 2010)

FACTORES DE RIESGO

DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Las principales causas están relacionadas a la fisiopatología de dicha enfermedad, el dolor abdominal a nivel de epigastrio es el principal síntoma que también puede estar relacionado con náuseas, fiebre, pulso acelerado, vómitos y molestias abdominales, en ciertas ocasiones durante el examen físico puede hallarse una masa a nivel de epigastrio como respuesta a la irritación del peritoneo circundante al páncreas. La amilasa y lipasa sérica al menos 3 veces el valor normal y/o hallazgos en imágenes de abdomen. (Medicina, 2019)

TRATAMIENTO

Mahan K., Escott-Stump S afirman que siempre que sea posible el manejo debe ser de acuerdo con la causa el tratamiento en ocasiones requiere hospitalización y puede implicar: Analgésicos, Líquidos administrados por vía intravenosa (NP), Suspender el consumo alimentos o líquidos por vía oral para limitar la actividad del páncreas.

En ocasiones, se introduce una sonda a través de la nariz o la boca con el fin de extraer los contenidos del estómago (succión nasogástrica). Esto se llega hacer si el dolor fuerte o el vómito no mejoran, o si se presenta un intestino paralizado (íleo paralítico); 1 o 2 días hasta 1 a 2 semanas permanecerá la sonda. Son pilares fundamentales la toma de imágenes y del panel laboratorial. Las primeras 72 horas del control rutinario se realizará la toma de los signos vitales.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

En la última década, uno de los puntos clave en el tratamiento de la PA, principalmente de la PA grave es el soporte nutricional. Se indica la nutrición especializada desde el ingreso,

siendo de elección la NE sobre la NPT administrada de forma temprana. Se recomienda utilizar dietas poliméricas, en las que están presentes los tres nutrientes básicos hidratos de carbono, proteínas y grasas, acompañados de líquidos claros. La nutricional parenteral es más costosa, riesgosa y con menos efectividad que la nutrición enteral en pacientes con pancreatitis aguda y se reserva como segunda línea. (Durón D. B., 2018)

En pancreatitis aguda leve sin FO o necrosis, puede iniciarse nutrición enteral desde el momento del ingreso con dieta sólida baja en grasas o blanda, en ausencia de dolor intenso, náuseas, vómitos e íleo, sin esperar que se normalice los niveles de enzimas pancreáticas. Es segura y está asociada con estadía hospitalaria más corta en comparación con dieta de líquidos claros avanzando lentamente a dieta sólida (Durón D. B., 2018)

El principal tratamiento que recibe el paciente con pancreatitis aguda es el ayuno terapéutico, con la finalidad de reprimir totalmente la secreción pancreática.

Este ayuno temporal NPO (nada por la boca) debe ser acompañado por alimentación parenteral, con el objetivo de brindar el aporte de energía y preservar el balance hidroelectrolítico. Para ello se utiliza nutrición parenteral entre ellas suero glucosado al 5% (la glucosa, suministrada en forma lenta y en bajas concentraciones, tiene poco efecto secretorio sobre la glándula pancreática del hombre).

Después que se consigue la mejoría del paciente y la desaparición de la fase aguda, se entra en periodo de recuperación, el que requiere un cuidado dietético estandarizado.

Cuando se inicia la alimentación por vía oral, el paciente empieza con una dieta líquida estricta, a base de caldos claros, desgrasados, apurínicos, con agregado de caseinatos, infusiones de té, todas con monosacáridos (glucosa), los lípidos (grasas) se eliminan por completo. Una vez superada esta etapa se inicia con la progresión alimentaria aconsejada para la pancreatitis aguda.

PERDIDA DE PESO EN PANCREATITIS AGUDA

Monitorizar y evaluar al paciente hospitalizado es fundamental en el control médico del, mismo modo el diagnóstico del estado nutricional ya de suma importancia en, durante el proceso de hospitalización, investigar las deficiencias nutricionales con el fin de corregirlas, dado que el estado nutricional a menudo afecta la respuesta del paciente, el dolor y a la terapéutica establecida. La presencia tanto de sobrepeso obesidad y bajo peso, se manifiesta en pacientes adultos hospitalizados, es una situación que requiere un control nutricional riguroso, siendo ser investigada desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria, no

siendo esta condición importante solamente para el diagnóstico, sino, una forma de identificar aquellos pacientes con un mayor riesgo de complicaciones asociadas con el estado nutricional durante su hospitalización. (Leandro Merhi, 2007)

EPIDEMIOLOGIA

Una patología abdominal que se presenta frecuentemente es la pancreatitis aguda. Se estima que tiene una incidencia de 4.9-73.4:100,000 habitantes a nivel mundial.² La causa más frecuente en el mundo es la pancreatitis biliar (32-49%) seguida de la alcohólica en segundo lugar (20-31.8%).³ En México, según un estudio publicado en 2004, se identificó la pancreatitis biliar como la principal causa en 51% seguida de la pancreatitis alcohólica en 39% y otras causas en 10%.⁴ A nivel mundial se ha observado que la etiología no se identifica hasta en 23.2% . (Versalles, 2017)

La pancreatitis aguda (PA) según el INEC en Ecuador presentó un aumento de la incidencia en el año 2016 y una tasa de letalidad del 2.9%. En el año 2017, 2360 pacientes que fueron hospitalizados, en 47 casos se confirmó pancreatitis aguda con un 1.99%. (Russo Lozano, 2018)

1.1 JUSTIFICACIÓN

Al evento inflamatorio pancreático grave se conoce como pancreatitis aguda, esta tiene una alta tasa de mortalidad. El diagnóstico clínico de una pancreatitis aguda se necesita la presencia de 2 o más de los siguientes criterios: Lipasa o amilasa sérica > 3 veces el valor normal máximo; dolor abdominal característico y hallazgos en los estudios de imágenes (tomografía computarizada contrastada o resonancia magnética, ultrasonografía,).

En la pancreatitis aguda se presenta un estado hipercatabólico, esta se manifiesta por medio de la reducción de peso pérdida especialmente a nivel del tejido adiposo. Por lo tanto, hay un incremento de la morbimortalidad que al mismo tiempo genera otras complicaciones. (Pérez, Alvarado, & Quezada, 2021)

La pancreatitis aguda (PA) según el INEC en Ecuador presentó un aumento de la incidencia en el año 2016 y una tasa de letalidad del 2.9%. En el año 2017, 2360 pacientes que fueron hospitalizados, en 47 casos se confirmó pancreatitis aguda con un 1.99%. (Russo Lozano, 2018)

Este estudio de caso tiene como objetivo elaborar un proceso de atención nutricional en paciente masculino de 27 años de edad con pancreatitis aguda y pérdida de peso para de esta manera poder mejorar el estado nutricional del paciente, una alimentación adecuada equilibrada y saludable influye de forma positiva en la recuperación de la patología, asimismo, evitar la progresión de la misma; para lograr el principal objetivo del caso es fundamental realizar la valoración nutricional al paciente, de tal manera poder realizar una intervención nutricional exitosa, además de elaborar un plan de alimentación acorde a las necesidades del paciente, y de esta forma compensar la pérdida de peso causada por la patología ya mencionada, que trae diversas complicaciones en el estado de salud.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un proceso de atención nutricional en paciente masculino de 27 años de edad con pancreatitis aguda y pérdida de peso

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar el estado nutricional del paciente mediante el protocolo de atención nutricional, por medio de los datos antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietético.
- Construir un plan de alimentación saludable y adecuado a las necesidades del paciente, para una lograr un reposo del páncreas e iniciar tolerancia oral tan rápido como sea posible
- Definir un seguimiento y monitoreo, con el fin de mejorar el estado nutricional y la calidad de vida del paciente mediante la dietoterapia.

1.3 DATOS GENERALES

Sexo: Masculino

Edad: 27 años

Estado civil: soltero

Peso de ingreso: 58kg

Talla: 1,74m

Lugar de residencia: Santa Elena

Ocupación: Chofer

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Paciente masculino ingresa a emergencia con cuadro clínico de dolor abdominal en el epigastrio con tres días de evolución más náuseas después de comer comida copiosa, al momento paciente muy algica que colabora con interrogatorio y signos vitales estables se inicia con analgésicos los exámenes de laboratorio reportan leucocitos 14.08 segmentados 84.7 gr 4.45 HB 13 HTO 37 Amilasa 1758 Lipasa 842. Peso 58kg talla:174cm

Antecedentes patológicos personales: Gastritis

Antecedentes patológicos familiares: Padre y hermano fallecidos por cáncer de páncreas

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Paciente masculino con cuadro clínico de ictericia en piel y mucosa actualmente dolor abdominal en hipocondrio derecho y en epigastrio más náuseas después de comer comida copiosa, refiere presentar hábitos de beber alcohol la mayoría de los días de la semana, por su trabajo de chofer a veces no consume las 3 comidas principales por encontrarse realizando viajes debido a su profesión reemplazándolas por snacks comidas de la calle, como papas fritas y una gaseosa etc.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).

Evaluamos paciente de 27 años de edad admitido en sala de hospitalización con DX de pancreatitis aguda donde ha permanecido en npo durante 5 días, durante la visita refiere sentirse mejor, se ha mantenido afebril, no vómitos, canaliza flatos con buena diuresis y buen estado general, para el día de hoy:

- Tolerancia oral con dieta líquida.
- Interconsulta gastroenterología y nutrición.

Examen físico: Coloración normal de piel y mucosas, no dificultad respiratorio abdomen: blando depresible doloroso a la palpación, pulso 72 por minuto. peso actual:56.8 talla:1.74m

Pt 5.2mm, Pb 4mm, temperatura 38.2oc, presión sanguínea 156/94 mm hg, pulso 114latidos/min.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Se le realizo una ecografía, la cabeza del páncreas luce edematosa sin embargo el resto de la glándula esta velada por el gas del intestino, vesícula biliar, hígado, riñones y aorta parecen normales.

Tabla 1.
Biometría-Hospital General "Dr. Liborio Panchana Sotomayor" Elaborado por: Kevin Rocafuerte

270821 - BIOMETRÍA			
Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial
GLOBULOSBLANCOS (WBC)	14.6	10 ³ /UL	4.50 -11.00
GLOBULOSROJOS (RBC)	4.34	10 ⁶ /UL	4.50 - 5.00
HEMOGLOBINA(HGB)	11.6	g/dL	12.0 - 16.0
HEMATOCRITO(HCT)	36.7	%	37.0 - 54.0
VOL. CORP.MEDIO (MCV)	84.6	fL	80.0 -100.0
HEMO. CORP.MEDIO (MCH)	26.7	pg	27.0 - 32.0
CONC. HGB.CORP. MEDIO (MCHC)	31.6	g/dL	31.0 - 37.0
PLAQUETAS	289	10 ³ /UL	150 - 450
VOL.PLAQUET. MEDIO (MPV)	8.5	fL	7.0 - 11.0
FORMULA LEUCOCITARIA			
NEUTROFILO	83.9	%	50.0 - 73.0
LINFOCITO	8.5	%	30.0 - 38.0
MONOCITO	7.6	%	0.0 - 12.0
GLUCOSA ENAYUNAS	112	mg/dL	100 mg/dL
UREA	22	mg/dL	10 a 45mg/dL
CREATININA	0.71	mg/dL	0.4 - 1.4mg/dL
BILIRRUBINATOTAL	10.9	mg/dL	1.0 mg/dL
TRANSAMINASAPIRUVICA (ALT)	294	U/L	21 a 40 U/L
TRANSAMINSAOXALACETICA (AST)	161	U/L	20 a 38 U/L
AMILASA	1785	U/L	28 a 100U/L
LIPASA	842	U/L	13 a 60 U/L
2708222 - INMUNOCROMATOGRÁFICA Anti-SARS-Cov-2 IGG-IGM			
Observación: Análisis Anti-SARS-Cov-2 IGG-IGM Método Inmunocromatografía Análisis Anti-SARS-Cov-2 IGG-IGM Método Inmunocromatografía			
Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial
COVID-19 IgM	NEGATIVO		(POSITIVO/NEGATIVO)

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

TIPO	CIE-10	DIAGNOSTICO
Presuntivo	K29.7	Gastritis
Diferencial	K808	Otras Colelitiasis
Definitivo Inicial	K858	Pancreatitis Aguda, No Especificada
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL		
Definitivo	NC-3.2	Pérdida De Peso Involuntaria
Definitivo Inicial	NI-5.6.3	Ingesta Inadecuada De Grasas Alimenticias

Elaborado por: Kevin Rocafuerte

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Mediante la anamnesis realizada al paciente se puede identificar una inadecuada alimentación asociado a un consumo excesivo de alcohol, lo que hace sospechar que la ingesta de la mencionada bebida y la inadecuada alimentación es la causante de la pancreatitis aguda existente, además que al estar por un largo tiempo en NPO se presume una pérdida de peso.

Comidas rápidas, alcohol y comidas altas en grasa son factores de riesgo modificables para el desarrollo de la pancreatitis aguda además por medio de los exámenes complementarios de hematología, imagen y bioquímica sanguínea, se pudo identificar el estado que muestra el paciente y de esta manera se puede crear un plan nutricional adecuado para la recuperación de la paciente.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

- **Valores antropométricos**
- **Peso Actual:** 56.8kg
- **Peso Habitual:** 58 kg
- **Talla:** 1.74m

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

IMC	Peso (kg) / talla (m)²
IMC	56.8kg / 1.74m ²
IMC	56.8 kg / 1.74m x 1.74m
IMC	56.8kg / 2.95 m ²
IMC	19.02 kg/m ²

Diagnóstico: Peso normal

PESO IDEAL (PI)

PI	Talla (cm) - 100
PI	174cm - 100
PI	74 kg

Formula de Broca (1871)

% PÉRDIDA DE PESO

%PP	$\frac{\text{peso habitual} - \text{peso actual}}{\text{peso habitual (kg)}} \times 100$
%PP	$\frac{58 \text{ kg} - 56.8}{58 \text{ (kg)}} \times 100$
%PP	2%

Diagnóstico: El paciente presenta una pérdida de peso significativa

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS HEMATOLÓGICO Y BIOQUÍMICO

Hospital General "Dr. Liborio Panchana Sotomayor"				
270821 - BIOMETRÍA				
Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial	Interpretación
GLOBULOSBLANCOS (WBC)	14.6	10 ³ /UL	4.50 - 11.00	Leucocitosis
GLOBULOSROJOS (RBC)	4.34	10 ⁶ /UL	4.50 - 5.00	Niveles bajos
HEMOGLOBINA(HGB)	11.6	g/dL	12.0 - 16.0	Niveles bajos
HEMATOCRITO(HCT)	36.7	%	37.0 - 54.0	Niveles bajos
VOL. CORP.MEDIO (MCV)	84.6	fL	80.0 - 100.0	Normal
HEMO. CORP.MEDIO (MCH)	26.7	pg	27.0 - 32.0	Niveles bajos
CONC. HGB.CORP. MEDIO (MCHC)	31.6	g/dL	31.0 - 37.0	Normal
PLAQUETAS	289	10 ³ /UL	150 - 450	Normal
VOL.PLAQUET. MEDIO (MPV)	8.5	fL	7.0 - 11.0	Normal
FORMULA LEUCOCITARIA				
NEUTROFILO	83.9	%	50.0 - 73.0	Niveles aumentados
LINFOCITO	8.5	%	30.0 - 38.0	Linfocitopenia
MONOCITO	7.6	%	0.0 - 12.0	Normal
GLUCOSA ENAYUNAS	112	mg/dL	100 mg/dL	Hiper glucemia
UREA	22	mg/dL	10 a 45mg/dL	Normal
CREATININA	0.71	mg/dL	0.4 - 1.4mg/dL	Normal
BILIRRUBINATOTAL	10.9	mg/dL	1.0 mg/dL	Niveles aumentados
TRANSAMINASAPIRUVICA (ALT)	294	U/L	21 a 40 U/L	Niveles aumentados
TRANSAMINSAOXALACETICA (AST)	161	U/L	20 a 38 U/L	Niveles aumentados
AMILASA	1785	U/L	28 a 100U/L	Hiperamilasemia
LIPASA	842	U/L	13 a 60 U/L	Hiperlipasemia
2708222 - INMUNOCROMATOGRÁFICA Anti-SARS-Cov-2 IGG-IGM				
Observación: Análisis Anti-SARS-Cov-2 IGG-IGM				
Método Inmunocromatografía				
Análisis Anti-SARS-Cov-2 IGG-IGM				
Método Inmunocromatografía				
Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial	Interpretación
COVID-19 IgM	NEGATIVO		(POSITIVO/NEGATIVO)	NEGATIVO

Diagnóstico: Mediante los datos bioquímicos se evidencia que el paciente presenta anemia, dado que sus datos hematológicos se encuentran fuera de los rangos de normalidad (GR 4.34; HB 11.6; HCT 36.7; MCH 26.7); también nos indica leucocitosis (infección) reflejado por los valores de (GB 14,6; NEUT 83.9%; LINF 8.5). En los valores de glucosa en ayunas se obtuvo que el paciente presenta hiper glucemia (GLU 112 mg/dl); se muestra un

aumento indebido de las enzimas hepáticas Transaminasa pirúvica (ALT), Transaminasa oxalacetica (AST), Amilasa y Lipasa su aumento muestra la presencia de daño pancreático en el paciente.

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

➤ Requerimiento calórico

Calculo calórico del paciente se determinará con la formula implementada por la fórmula de (HARRIS BENEDICT, 1919) para el cálculo de la tasa metabólica basal.

GASTO ENERGÉTICO BASAL

<i>TMB</i>	$= 66 + (13,7 X \textit{Peso en Kg}) + (5 x \textit{estatura en Cm}) - (6.8 x \textit{edad en años})$
<i>TMB</i>	$= 66 + (13,7 X 74 \textit{ kg}) + (5 x 174 \textit{ cm}) - (6.8 x 27 \textit{ años})$
<i>TMB</i>	$= 66 + 1,013 + 870 - 183.6$
<i>TMB</i>	$= 1,765 \textit{ kcal}$

GASTO ENERGÉTICO TOTAL

<i>GET</i>	TMB x AF x FE
<i>GET</i>	$1.765 x 1.1 x 1.3$
<i>GET</i>	2,500 kcal/Día

➤ Prescripción dietética

Dieta blanda Hipo grasa 2,500 kcal/Día, con un fraccionamiento de 5 comidas diarias, 3 comidas principales como, desayuno, almuerzo y merienda acompañado de dos refrigerios.

DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES

MACRONUTRIENTE	PORCENTAJES	KCAL	GRAMOS
Carbohidratos	55%	1,375	343.8
Proteínas	20%	500	125
Grasas	25%	625	69,4
Total	100%	2,500 kcal/día	

DISTRIBUCIÓN POR TIEMPOS DE COMIDA

TIEMPO DE COMIDA	PORCENTAJE	KCAL
DESAYUNO	25%	625
REFRIGERIO 1	10%	250
ALMUERZO	35%	875
REFRIGERIO 2	10%	250
CENA	20%	500
Total	100%	2500 kcal/día

Menú

Tiempo De Comida	Preparación	Alimento	Porciones	Peso Neto	Proteínas	Grasas	Cho	Kcal
Desayuno	Te	Te de menta	1 taza	20	0,63	0,65	0,95	12,2
	Tostada De Queso rikota	Pan	2 rebanadas	50	5,185	1,72	22,2	135

	Huevo Cocido sin yema	Huevo	1 U	40	5,02	3,80	0,28	57,2
		Queso	1 onza	28	5,27	3,05	0	43,96
Almuerzo	Pure De Yuca	Papa	3u	200	4,2	0,2	44,6	720
	Pescado A La Plancha	Pescado 1u	4 onzas	112	19,91	3,55	0	116,48
	Ensalada De cebolla Con Tomate	cebolla	1/2u	125	2,78	12,57	9,1	150
		Tomate	1/2 U	75	0,66	0,15	2,91	13,5
Refrigerio 1	Guineo	Guineo	1u	60	0,15	0,10	8,28	31,2
Refrigerio 2	1 vaso De Yogurt descremado	Yogurt	1 taza	20	0,69	0,65	0,93	0,14
Merienda	Pure De Papa, Menestra, Carne A La Plancha	Yuca	3u	125	1,65	0,37	21,2	450
		Frejol	1/2 Taza	40	3,46	0,2	9,12	50,8
		Carne	3 onzas	250	47,17	39,37	0	557,5
					0			
Total, Ingesta g					96,8155	66,4074	297,692	2337,98
Recomendado					125	69.4	243.8	2500
% de adecuación	ADECUADO							93.48%

RECOMENDACIONES

- Evitar el consumo de gaseosas, bebidas refrescantes carbonatadas, alcohol
- Moderar el consumo de carnes procesadas como embutidos (chorizo, salchichas, vísceras) o quesos muy curados.
- Evitar el consumo de grasas tipo: Margarina, mantequilla

- Evitar el uso de condimentos en la preparación de las comidas como achiote, maggi, rancherito, ajino moto, sustituirlo por canela, perejil, albahaca, cúrcuma, jengibre, chía, entre otras.
- Evitar el consumo de productos procesados con alto contenido en azúcares simples, grasas y sal como: cereales enriquecidos, chocolate, natas, galletas, bollería, zumos comerciales, salsas comerciales (salsa de tomate, mayonesa), productos precocinados (frituras, lasañas, pizzas)
- Preferir el consumo de lácteos bajos en grasas, como semidescremados, descremados o desnatados.
- Se recomienda el consumo del pollo y pavo sin piel; carnes magras
- Consumir de 3 a 4 frutas al día (pieza entera o zumos naturales)
- Tomar suficiente agua de 1,5 a 2 l/ día
- Agregar a todas las preparaciones vegetales de diferentes colores (ensaladas), consumirlas cocidas.
- Preferir la preparación de los alimentos cocidas al horno, a la plancha, al vapor o hervidos sin usar grasas.
- Elegir grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas tales como nueces, aguacate, aceite canola, aceite de oliva, aceite de cártamo, aceite de girasol, aceite de ajonjolí, semillas de girasol, semillas de linaza; pescados como el salmón, la caballa, el arenque, el atún blanco y la trucha.

2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

La pancreatitis aguda es una patología frecuente y potencialmente grave en la que el manejo nutricional influye de manera importante en su desarrollo, de tal forma que se puede considerar un tratamiento específico en los casos graves. Éstos suponen aproximadamente el 20% de los pacientes y presentan una mortalidad entre el 8-39%.

En los casos leves se suele proceder a un ingreso en dieta absoluta y posterior reintroducción progresiva de la dieta. Aunque se ha demostrado que una reintroducción temprana acorta la duración del ingreso, existe incertidumbre acerca del momento y del tipo de dieta idóneos. (F. J. García-Alonso¹, 2011)

Es fundamental iniciar la tolerancia oral tan rápido como sea posible junto a dietas progresivas modificadas, así de esta manera ayudar a proteger la función pancreática y evitar complicaciones en órganos adyacentes. La ejecución de un seguimiento y tratamiento adecuado acorde a sus necesidades nutricionales, se podrá contribuir a su pronta mejoría y control de la patología.

2.8 SEGUIMIENTO

Evaluación Nutricional					
Indicador	Evaluación inicial	1er control	2do control	3er control	Interpretación
Peso	56.8 kg	58 kg	61.2 kg	65 kg	Paciente inicio con una perdida considerable de peso luego de tres controles se evidencio una recuperación considerable de peso y una completa tolerancia de alimentos adecuados sin malestares.
IMC (kg/m) ²	19.01 kg/m ²	19.5 kg/m ²	20.2 kg/m ²	21.5 kg/m ²	Normal
Interpretación Dietética					
Evaluación dietética: En la evaluación inicial la paciente muestra un peso de 56.8kg por lo cual es necesario una intervención y valoración adecuada.					
1er control: En su primer control la paciente registra un incremento de peso de acuerdo a la dieta planteada.					
3er control: Paciente acude a su tercer control el paciente tiene una ganancia de peso adecuada obteniendo 65 kg, en este control se puede constatar que la paciente tiene una mejoraría muy notable en donde se los seguirá controlando.					

2.9 OBSERVACIONES

Se puede observar que el paciente obtiene una recuperación adecuada por el tratamiento planteado gracias a los controles que se realizó a mejorando su estado nutricional y de esta manera se puede argumentar y evidenciar que una nutrición adecuada puede acelerar la recuperación del paciente.

CONCLUSIONES

- Se obtuvieron resultados positivos en el proceso de atención nutricional en el paciente masculino de 27 años de edad con pancreatitis aguda y pérdida de peso.
- La valoración del estado nutricional del paciente mediante el protocolo de atención nutricional de los datos antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietético, se logró una intervención nutricional adecuada en el paciente, mejorando cada uno de ellos y evidenciado por una notoria mejoría en los signos y síntomas.
- Se realizó un plan de alimentación saludable de acuerdo a las necesidades del paciente, logrando el reposo del páncreas e iniciando la tolerancia oral de forma rápida, evidenciado por una recuperación considerable del peso y por la tolerancia de los alimentos, sin causar malestares.
- El seguimiento y monitoreo, nos permitió observar la evolución del paciente, por lo tanto, se logró mejorar el estado nutricional y la calidad de vida del paciente mediante la dietoterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bustamante, D., García, A., Umanzor, W., Leiva, L., Barrientos, A., & Diek, L. (2018).

Pancreatitis aguda. *dialnet*, 4.

Durón, D. B. (8 de Marzo de 2018). *ARCHIVOS DE MEDICINA*. Obtenido de ARCHIVOS DE MEDICINA: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.pdf>

- Durón, D. B. (2018). Pancreatitis. *Archivos de Medicina*, 14-1.
- F. J. García-Alonso¹, E. G.-C.-L. (ABRIL de 2011). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200002
- Leandro Merhi, V. A. (octubre de 2007). *scielo*. Obtenido de scielo:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000700011
- Lizarazo Rodríguez, J. I. (2008). Fisiopatología de la pancreatitis aguda. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 187-191.
- Mahan K., E.-S. S. (2009). *Pancreatitis - Krause Dietoterapia*. Madrid : Elsevier - Masson.
- Marfil, E. S. (9 de Septiembre de 2010). *Scielo*. Obtenido de Scielo:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010
- Medicina, B. N. (28 de Agosto de 2019). *Biblioteca Nacional de Medicina*. Obtenido de
<https://medlineplus.gov/spanish/pancreatitis.html>
- Pérez, D. C., Alvarado, J. C., & Quezada, J. C. (2021). Factores asociados al éxito de la nutrición vía oral precoz en Pancreatitis Aguda. *Revista de Cirugía*, 3.
- Russo Lozano, J. N. (Diciembre de 2018). *Respositorio Institucional UNIANDES*. Obtenido de Respositorio Institucional UNIANDES:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9358>
- SANZ DE VILLALOBOS, E. y. (septiembre de 2010). *scielo*. Obtenido de scielo:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010&lng=es&nrm=iso
- Velázquez, J., & Vargas, M. (2020). Pancreatitis aguda. *REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA*, 5.
- Versalles, R. V. (4 de Diciembre de 2017). *Scielo*. Obtenido de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-00992017000300147&script=sci_arttext

ANEXOS

ANEXO 1. INDICE DE MASA CORPORAL

CLASIFICACIÓN DEL IMC	
Desnutrición Crónica	<16
Desnutrición Moderada	16.01 – 17.9
Desnutrición Leve	18.0 - 18.5
Intervalo normal	15. – 24.9
Sobre peso	≥ 25.0
Preobesidad	25.0 – 29.9
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	30.0 – 34.9
Obesidad de clase II	35.0 – 39.9
Obesidad de clase III	≥ 40.0

Tabla 1 Elaborado por Kevin Rocafuerte Jiménez (FANTA, 2013)

ANEXO 2. PESO IDEAL

<i>PESO IDEAL (PI)</i>	
PI	Talla (cm) - 100

2 Elaborado por Kevin Rocafuerte Jiménez (Formula de Broca 1871)

Tabla

ANEXO 3. % PERDIDA DE PESO

% pérdida de peso = [peso habitual (kg) – peso actual (kg) / peso habitual] x 100			
Tiempo	1 mes	3 meses	6 meses
Perdida significativa	5 %	7,5 %	10 %
Perdida severa	> 5 %	> 7,5 %	> 10 %

Tabla 3 Elaborado por (www.nestlehealthscience.e)

ANEXO 5. BIOMETRÍA

270821 - BIOMETRÍA			
Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial
GLOBULOSBLANCOS (WBC)	14.6	10 ³ /UL	4.50 - 11.00
GLOBULOSROJOS (RBC)	4.34	10 ⁶ /UL	4.50 - 5.00
HEMOGLOBINA(HGB)	11.6	g/dL	12.0 - 16.0
HEMATOCRITO(HCT)	36.7	%	37.0 - 54.0
VOL. CORP.MEDIO (MCV)	84.6	fL	80.0 - 100.0
HEMO. CORP.MEDIO (MCH)	26.7	pg	27.0 - 32.0
CONC. HGB.CORP. MEDIO (MCHC)	31.6	g/dL	31.0 - 37.0
PLAQUETAS	289	10 ³ /UL	150 - 450
VOL.PLAQUET. MEDIO (MPV)	8.5	fL	7.0 - 11.0
FORMULA LEUCOCITARIA			
NEUTROFILO	83.9	%	50.0 - 73.0
LINFOCITO	8.5	%	30.0 - 38.0
MONOCITO	7.6	%	0.0 - 12.0
GLUCOSA ENAYUNAS	112	mg/dL	100 mg/dL
UREA	22	mg/dL	10 a 45mg/dL
CREATININA	0.71	mg/dL	0.4 - 1.4mg/dL
BILIRRUBINATOTAL	10.9	mg/dL	1.0 mg/dL
TRANSAMINASAPIRUVICA (ALT)	294	U/L	21 a 40 U/L
TRANSAMINASAOXALACETICA (AST)	161	U/L	20 a 38 U/L
AMILASA	1785	U/L	28 a 100U/L
LIPASA	842	U/L	13 a 60 U/L
2708222 - INMUNOCROMATOGRÁFICA Anti-SARS-Cov-2 IGG-IGM			
Observación: Análisis Anti-SARS-Cov-2 IGG-IGM Método: Inmunocromatografía Análisis Anti-SARS-Cov-2 IGG-IGM Método: Inmunocromatografía			
Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial
COVID-19 IgM	NEGATIVO		(POSITIVO/NEGATIVO)

Tabla 4. Biometría- Hospital General "Dr. Liborio Panchana Sotomayor" Elaborado por: Kevin Rocafuerte