



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**COMPONENTE PRACTICO DE EXAMEN COMPLEXIVO A LA OBTENCION
DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO DE NUTRICION Y DIETETICA**

TITULO DE CASO CLINICO

**PACIENTE FEMENINO DE 38 AÑOS DE EDAD CON PANCREATITIS
CRONICA**

AUTOR:

CARMEN DAYANA MUÑOZ MORA

TUTORA

DRA, ROSARIO CHUQUIMARCA

BABAHYO-LOS RÍOS – ECUADOR

2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**COMPONENTE PRACTICO DE EXAMEN COMPLEXIVO A LA OBTENCION
DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO DE NUTRICION Y DIETETICA**

TITULO DE CASO CLINICO

**PACIENTE FEMENINO DE 38 AÑOS DE EDAD CON PANCREATITIS
CRONICA**

AUTOR:

CARMEN DAYANA MUÑOZ MORA

TUTORA

DRA, ROSARIO CHUQUIMARCA

BABAHYO-LOS RÍOS – ECUADOR

2019



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETETICA**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**DR WALTER ADALBERTO GONZALES GARCIA, MSC
DECANA O DELEGADO (A)**

**DR. FELIPE GERONIMO HUERTA CONCHA, MSC
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

**LCDA. ANDREA PRADO MARAMORROS, MSC
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO**



**ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELÁ
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo Rosario Del Carmen Chuquimarca Chuquimarca Phd , en calidad de tutor(a) del Caso Clínico de la dimensión practica del Examen Complexivo (tercer etapa) con el tema: **PACIENTE FEMENINO DE 38 AÑOS DE EDAD CON PANCREATITIS CRÓNICA** , elaborado por el(la) estudiante Carmen Dayana Muñoz Mora, de la Carrera de Nutrición Y Dietética , de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 04 días del mes de abril. del año 2019

Dra. Rosario Del Carmen Chuquimarca Chuquimarca Phd.

CI.1802192755

COORDINACIÓN DE TITULACIÓN
Carrera de Nutrición y Dietéticas
FCS - U.T.B.

Andrés Ochoa
Recibido 10/04/19



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 09 de abril del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

**A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar**

Por medio de la presente declaro ser autor (a) del Caso Clínico titulado:

Paciente femenino de 38 años de edad con pancreatitis crónica

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Examen Complexivo (dimensión práctica) para optar por el grado académico de Licenciado (a) en nutrición y dietética en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de mi labor investigativa.

Así mismo doy fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de nutrición y dietética exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizo en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Autor(a): Carmen Dayana Muñoz Mora

C.I: 092904614-2

Carmen Dayana Muñoz Mora
Firma

COORDINACIÓN DE TITULACIÓN
Carrera de Nutrición y Dietéticas
FCS - U.T.B.
Andrés Prado
Recibido 10/04/19

U R K U N D

Urkund Analysis Result

Analysed Document: caso dayana urkund.docx (D50271851)

Submitted: 4/6/2019 6:33:00 AM

Submitted By: carmendayanut18@gmail.com Significance: 1 %

Sources included in the report:

CASO PARA URKUND.docx (D50213735)

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000300006 Instances

where selected sources appear:

2

Egresada

Dayana Muñoz Mora

Carmen Dayana Muñoz Mora

0929046142

Rosario Del Carmen Chuquimarca Ch.

tutora

Dra. Rosario Del Carmen Chuquimarca Ch. PHD

1802192755

COORDINACION DE TITULACION
Carrera de Nutrición y Dietética
FCSH. T.B.

Archea Palo Huanca
Recibido 10/04/19

Índice

Contenido

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN.	IV
ABSTRACT.	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Justificación.....	7
1.2 Objetivos.....	8
1.2.1 Objetivo general.....	8
1.2.2. Objetivos específicos	8
1.3 datos generales.....	9
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes	9
2.2 Historia clínica del paciente.....	9
Anamnesis.....	9
2.3 Exploración clínica.....	10
2.4 Exámenes complementarios.	10
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	11
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar	11
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	17
2.8 Seguimiento	18
2.9 Observaciones.	19
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS.....	23

DEDICATORIA

El proceso de titulación es una etapa que todo estudiante desearía cumplir, es por eso que dedico este trabajo a Dios, porque solo el me da fortaleza para no desistir en este caminar en esta etapa de mi vida a todas las personas que me han ayudado y apoyado cuando más necesite, dedico todo lo que hago a mi madre por ser mi guía, mi inspiración, mi punto de apoyo en cada una de mis metas.

Docentes, quienes despejaron cada una de las dudas llenándome de conocimientos, y por ultimo me dedico este proyecto por ser esa persona que no desistió a cada una de las circunstancias y adversidades que la vida presenta, me llena de satisfacción y orgullo al saber que hay personas que llegan a aportar a tu vida, Dios, familiares, docentes, amigos gracias por aportar a este logro a esta nueva etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Llegar hasta esta etapa de nuestras vidas, de mi vida es única e irremplazable, es por esta razón de mis agradecimientos, agradezco a Dios poniéndolo en primer lugar porque es el único que nos guía nos cuida y nos da la fortaleza para cumplir cada una de nuestros objetivos, a mi madre por ser el pilar fundamental de mi vida, la pionera de lo que soy y será para un mañana, familiares y amigos que son un conjunto de personas de gran importancia en mi caminar.

Agradezco a los formadores que he tenido por la paciencia, cariño y sobre todo por impartirme cada uno de sus conocimientos adquiridos, agradezco a todas las personas que me ayudaron a realizar este sueño, esta meta que tanto quise. Agradezco a mi tutora por ser la persona importante en este proceso de titulación por brindarme toda su paciencia, conocimiento, enseñanza y sobre todo por estar en las últimas instancias de este proceso ayudándome a concluirlo de la mejor manera.

TITULO DE CASO CLINICO

PACIENTE FEMENINO DE 38 AÑOS DE EDAD CON PANCREATITIS CRONICA

RESUMEN.

La pancreatitis crónica se presenta episodios de inflamación aguda en un páncreas que se encuentra totalmente lesionado o como una lesión ya crónica esta puede ser endocrina (diabetes) o exocrina (esteatorrea).

Este caso clínico pretende suscitar los problemas que existen en cuanto a una pancreatitis a repetición convirtiéndola en crónica grave con diferentes alteraciones o manifestaciones clínicas que se presentan en una persona que tiene hábitos o estilo de vidas inadecuados que se corrigen al largo del tratamiento nutricional para esta circunstancia o identidad patológica.

De este modo con el proceso de atención nutricional podemos brindar una correcta asistencia nutricional en cuanto a monitoreo, intervención y seguimiento nutricional y así poder mejorar la calidad de atención del paciente, se conocerá la importancia que tiene la correcta alimentación con soportes nutricionales y las vías de acceso que le corresponden para una mejor recuperación, siempre y cuando se lleve el cuidado óptimo para la transición de las dietas en cuanto al tiempo, cantidad, textura y tipo de alimentación que se le ejecute al paciente con pancreatitis crónica.

PALABRAS CLAVES: Pancreatitis, crónica, soporte nutricional, yeyunostomía.

ABSTRACT.

Chronic pancreatitis presents episodes of acute inflammation in a pancreas that is totally injured or as an already chronic injury this can be endocrine (diabetes) or exocrine (steatorrhea)

This clinical case aims to elicit the problems that exist in terms of recurrent pancreatitis, turning it into a serious chronic with different alterations or clinical manifestations that occur in a person who has inadequate habits or lifestyles that are corrected throughout the nutritional treatment for this circumstance or pathological identity

In this way with the nutritional care process we can provide a correct nutritional assistance in terms of monitoring, intervention and nutritional monitoring and thus improve the quality of patient care, we will know the importance of proper nutrition with nutritional supports and ways of access that corresponds to a better recovery, provided that the optimal care is taken for the transition of the diets in terms of time, quantity, texture and type of food that is executed to the patient with chronic pancreatitis.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis crónica es un proceso inflamatorio del páncreas donde se presentan manifestaciones clínicas o diversos factores de riesgos que pueden ser tóxicos, metabólicos o genéticos. En nuestro medio unas de las principales causas más frecuentes de esta enfermedad es la ingesta etílica aunque no se conoce con exactitud los mecanismo del daño pancreático secundario a la ingesta de etanol, algunos factores dietéticos como la ingesta elevada de proteínas, o el contenido excesivo o deficiente de grasa pueden potenciar el efecto deletéreo del alcohol (GIL, 2010)

El estudio de caso que se presenta a continuación se trata de una paciente de sexo femenino de treinta y ocho años de edad, con antecedentes de pancreatitis aguda a repetición, presenta dolor abdominal de gran intensidad, náuseas, vómitos y distensión, debido a que los antecedentes, signos y síntomas coinciden con una afección patológica pancreática, dando como resultados de exámenes de laboratorio y pruebas endoscópicas una pancreatitis crónica como diagnóstico definitivo.

La incidencia de la pancreatitis crónica se estima de 3,5-10casos/ 10.000 habitantes/año. Los estudios en autopsias muestran una prevalencia superior, se describe una morbimortalidad del 50% a los 20-25 años, relacionada con dolores abdominales o complicaciones donde la edad media al diagnóstico oscila entre 35- a 55 años de edad. (GIL, 2010)

En este estudio de caso se hace referencia a un paciente con una patología adquirida por malos hábitos, por este motivo como principal objetivo es ayudar a la recuperación del paciente evitando complicaciones nutricionales que puedan repercutir en su recuperación.

1. MARCO TEÓRICO

La pancreatitis crónica es una enfermedad en la que se produce una alteración progresiva e irreversible de la glándula pancreática, que da lugar a un cuadro clínico caracterizado por la presencia de dolor abdominal y signos de insuficiencia glandular, tanto exocrina como endocrina. En general la enfermedad sigue un curso progresivo, en la que ocurren varios episodios de pancreatitis aguda poco sintomáticos o silentes. (GIL, 2010)

CLASIFICACION DE LA PANCREATITIS CRONICA

- A. **Pancreatitis crónica calcificante (o habitual).** Es la más frecuente (85% de los casos aproximadamente). Se asocia a numerosos factores: alcoholismo, ingesta alta de grasa o proteína, tabaquismo, hipercalcemia, desnutrición, herencia autosómica dominante, etc. Está caracterizada por calcificaciones que corresponden a cálculos dentro del sistema de los conductos pancreáticos. La mayor parte de estos cálculos están formados por carbonatos de calcio (calcita) y una proteína denominada PSP-S1 o la PTP.
- B. **Pancreatitis crónica obstructiva.** Es mucho menos frecuente. Se debe a obstrucción de un conducto pancreático mayor, habitualmente por cáncer o cálculos de origen biliar. En esta variedad no se encuentran calcificaciones. (OLVIERA, 1997)

ETIOLOGÍA

En los centros urbanos de los Estados Unidos, Europa, América del Sur y Sudáfrica, en la mayor parte de los casos de pancreatitis crónica se relacionan con el alcohol. A medida que se incrementa la ingestión de alcohol, el riesgo de pancreatitis crónica puede también aumentar en tanto se ingieren más proteínas, o con dietas pobres en grasas (≤ 85 g/día) o ricas en grasas (≥ 110 g/día). Las mujeres pueden ser más susceptibles a verse afectada por pancreatitis crónica en

respuestas al consumo de alcohol, en comparación con los hombres, porque absorben más alcohol a una velocidad. La duración del alcoholismo antes del primer episodio de pancreatitis suele ser de 10 años. También se han sugerido como causas de pancreatitis nutricional la privación proteica los glucósidos cianógenos de la mandioca y la deficiencias de zinc, selenio, cobre, vitaminas o ácidos grasos esenciales. (KELLEY, 1993)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Dolor.

La iniciación y agravamiento del dolor se deben al aumento de la presión intraparenquimatosa y ductal, y a la inflamación perineural por la fibrosis. En la mayoría de los casos se presenta un alivio espontáneo a partir de los 6 años, que coincide con la aparición de otros síntomas producidos por la disminución de la secreción pancreática exocrina y endocrina (BOTICARIO S. C., 2013)

Diarrea Pancreática.

La esteatorrea aparece en un tercio de los pacientes y se correlaciona con bajos niveles de lipasa pancreática. Se asocia con esteatorrea y baja absorción por vitaminas liposolubles, calcio y magnesio. (RODRIGUEZ, 1999)

Pérdida de peso.

La pancreatitis es una enfermedad caquetizante debido a la disminución de la ingesta de alimentos para evitar el dolor, al abuso de analgésicos y a los problemas de absorción de nutrientes por el déficit de las enzimas pancreáticas. Esta pérdida de peso se observa cuando el dolor suele ser más intenso el cual evita la ingesta oral por dolor, náuseas o vómitos (BRANDT, 2017)

Diabetes.

Se presenta en un tercio de los pacientes y en los estadios avanzados, debido a la destrucción de los islotes Langerhans; produce hiperglucemia y glucosuria, y hace necesaria la indicación de insulina en un porcentaje elevado de casos. (ALVAREZ, 2005)

Diagnostico.

El diagnóstico de la pancreatitis crónica se basa en la presencia de una sintomatología compatible y de unas alteraciones morfológicas demostrables mediante técnicas de imagen (colangiopancreatografía retrograda endoscópica [CPRE], tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [RM], ecografía endoscópica, etc.) (SAENZ, 2008)

Tratamiento médico.

Están disponibles varias modalidades terapéuticas para ayudar a controlar el dolor. Vale la pena señalar que la respuesta al placebo en estos pacientes es al menos del 20%.

Abandono del consumo del alcohol y tabaco.

Aunque la abstinencia completa no impide su progresión, el consumo continuo de alcohol junto con el tabaquismo aumenta la mortalidad de estos pacientes.

Analgésico.

El dolor de algunos pacientes puede ser controlado con paracetamol; deben evitarse los AINE no esteroideos. Sin embargo la mayoría de los pacientes necesita fármacos o piaceos más potentes. Si los fármacos o piaceos fallan, como suele ocurrir es útil comenzar con fármacos o piaceos de menos potencia, como el tramadol dosis alta de tramadol son equivalentes a la morfina oral en el tratamiento de la pancreatitis crónica dolorosa.

Antioxidantes.

Los pacientes con pancreatitis crónica (especialmente la alcohólica) tienen prueba de estrés oxidativo y capacidad antioxidante reducida.

Tratamiento con enzimas pancreáticas

La secreción pancreática se encuentra bajo control de retroalimentación. El uso de enzimas pancreáticas para reducir el dolor se fundamenta en la capacidad de estos fármacos para activar este sistema de control de retroalimentación de manera que se reduzca la secreción pancreática. La administración de proteasas en el duodeno o el yeyuno muy proximal puede suprimir la secreción pancreática. (BRANDT, 2017)

Tratamiento nutricional

Soporte nutricional

Dieta oral.

No existe una dieta específica para los pacientes con pancreatitis crónica, los objetivos de las modificaciones de la dieta oral serán ayudar a la mejoría del síntoma fundamentalmente el dolor abdominal y mantener el adecuado estado

nutricional. Los requerimientos de energía y nutrientes están aumentados en los pacientes con pancreatitis crónica, se estiman unos requerimientos de 35kcal/kg/día, con un aporte proteico de 1- 1,5 g /kg/día. Se debe evitar hacer restricciones dietéticas innecesarias, que pueden aumentar aún más el riesgo de desnutrición. En el momento del diagnóstico, resulta prudente prescribir una dieta pobre en grasa y rica en proteínas, de consistencia blanda, con tomas de poco volumen 5,6 veces al día, esto contribuye a mejorar el dolor abdominal y favorecen la ingesta.

Suplementación oral.

Aproximadamente el 10 al 15% de los pacientes con pancreatitis crónica se les recomienda suplementos nutricionales orales para mantener un adecuado estado nutricional, estos se utilizan solo en aquellos pacientes que no es posible mantener el estado nutricional con dieta oral exclusiva. La elección del tipo de preparado dependerá de las características del paciente y de la tolerancia individual, se prefieren en general las dietas poliméricas con suplementación con enzimas pancreáticas. Los pacientes con pancreatitis crónica se pueden beneficiar de una suplementación con triglicéridos de cadena media (TSM), si no toleran o persiste mal digestión y mal absorción o su ingesta desencadena dolor abdominal. (MORA, 2002)

Nutrición enteral.

La nutrición enteral, mediante sondas u ostomias se utilizara en los casos en que la ingesta oral asociada a suplemento de nutrición oral no consiga mantener un estado nutricional adecuado. Se aconsejó utilizar nutrición enteral si existen complicaciones (fistulas, infecciones) en el pre operatorio y en el post operatorio de cirugía pancreática. La mayoría de los autores recomiendan utilizar una dieta peptídica pobre en grasa, si bien no existen estudios específicos al respecto: las enzimas pancreáticas no se pueden administrar de manera adecuada por la sonda.

La administración de nutrición enteral mediante yeyunostomía o gastroyeyunostomía endoscópica ha demostrado ser capaz de mejorar el estado nutricional al paciente con pancreatitis crónica y mejorar de forma importante los síntomas digestivos. (ROMAN, 2012)

Nutrición parenteral.

La nutrición parenteral puede estar indicada en los casos en que exista una enfermedad fistulosa complicada o una obstrucción o estenosis duodenal secundaria. Se utiliza la nutrición parenteral para mejorar el estado nutricional en pacientes pre quirúrgico cuando la nutrición enteral no es posible. La nutrición parenteral a largo plazo no está indicada en los pacientes con pancreatitis crónica. (ROMAN, 2012)

1.1 Justificación.

La pancreatitis crónica es un problema de salud pública por lo que requiere de una asistencia médica- nutricional correcta para así poder evitar posibles complicaciones, debido a la incidencia de casos detectados se puede decir que esta enfermedad posee diferentes causas, entre una de las principales que hoy en día se considera es el alcohol siendo unos de los principales factores para padecer esta patología (PEREZ, 2006)

Este trabajo está expuesto para observar las afectaciones que ocasiona en la salud de este paciente el consumo excesivo sustancias ilícitas sin prestar atención en los factores de riesgos que puede provocar por malos hábitos.

Es de gran importancia en esta enfermedad cumplir a cabalidad tratamientos tanto medico como nutricional que será ayudar a la mejoría de los síntomas fundamentalmente el dolor abdominal y mantener el adecuado estado nutricional, es por esta razón que la intervención nutricional deberá llevarse de una manera ordenada y estricta siguiendo las normas y los respectivos cuidados en cuanto a la parte alimenticia evitando alimentos perjudiciales para esta patología.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Evitar complicaciones que se presentan en la pancreatitis crónica mediante el proceso de atención nutricional.

1.2.2. Objetivos específicos

Valorar el estado nutricional del paciente mediante los métodos antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos.

Implementar un correcto plan de alimentación para mejorar su calidad de vida.

Lograr la recuperación del paciente mediante un correcto seguimiento o monitoreo

1.3 datos generales

Edad: 38 años

Ocupación: ama de casa,

Estado civil: soltera

Hijos: 3 hijos

2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes

Paciente, acude a esta casa de salud por presentar dolor abdominal, nauseas, vómitos y distensión.

2.2 Historia clínica del paciente.

Paciente con antecedentes de alcoholemia , pancreatitis aguda a repetición hace 4 años la primera y la última hace 2 años, no refiere antecedentes alérgicos, Antecedentes familiares madre hipertensa y padre hipertenso con antecedentes de consumo de drogas ilícitas.

Anamnesis.

Paciente refiere que hace 2 años fue ingresada a esta casa de salud por presentar una cólico biliar, pero siguió con malos hábitos por lo que piensa es causa de las molestias actuales, el medico solicita exámenes de laboratorios TAC abdominal a nivel de abdomen superior izquierdo, (CPRE) colangiopancreatografía retrograda endoscópica. Se solicita ingreso hospitalario.

2.3 Exploración clínica

La exploración clínica, revela mujer delgada con temperatura febril de 39.5° orientada en tiempo y espacio, pesa 58 kilogramos (kg) y mide 1.60 centímetro de talla, muestra un abdomen blando depresible con dolor a la palpación en el epigastrio conjuntivas marcadas y piel con aspecto ictérico.

2.4 Exámenes complementarios.

Se hizo toma de exámenes de laboratorios por lo que arrojó resultados muy altos en cuantos a los valores normales.

VALORES		VALORES NORMALES
GLUCOSA	250 mg/dl	(70- 100 mg/dl)
COLESTEROL	511mg/dl	(menor 200 mg/dl)
TRIGLICERIDOS	350mg/dl	(menor 150mg/dl)
UREA	30mg/dl	(10- 40mg/dl)
CREATININA	0,70mg/dl	(0.6- 1.2 mg/dl)
ALBUMINA	2.8mg/dl	(3,4- 4 mg/dl)
HEMOGLOBINA	7.90g/dl	(12- 14 g/dl)
PLAQUETAS	664MM3	(150.000- 400.000 mm3)
LEUCOCITOS	8,7mg/dl/	(4.500- 11000)
TGO-AST	391mg/dl	(5-40U/l)
TGP-ALT	249mg/dl	(7-56U/l)
BILIRRUBINA TOTAL.	20,20mg/dl	(0.2- 1.0 mg/dl)
FOSFATA ALCALINA.	24.229u/l/	(17-142u/l)

Por los síntomas presente en el paciente se realizó una tac abdominal a nivel de abdomen superior izquierdo, (CPRE) colangiopancreatografía retrograda endoscópica, donde se observó ectasia ductal pancreática y calcificaciones grandes localizadas en la cabeza y cola del páncreas.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.

Pancreatitis aguda

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Pancreatitis aguda severa

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Pancreatitis crónica

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar.

Después de la recopilación de datos, observaciones físicas, clínicas y exámenes complementarios realizados, se pudo observar y analizar que una de las principales causas el cual llevo a este paciente a padecer esta enfermedad es la continuidad de sus malos hábitos, consumo excesivo de alcohol y consumo de drogas ilícitas. Es por este motivo que nutricionalmente a este paciente se le realizara una valoración absoluta lo cual incluye, el abcd es decir valoración antropométrica. Bioquímica. Clínica y dietética, evitando que los signos y síntomas del paciente repercuten más a su salud.

Valoración antropométrica

Edad: 39 años

Sexo: femenino

Talla: 1.60cm

Peso actual: 58kg

Peso ideal: 55.5kg

IMC= 22.6kg/m² (normal)

Valoración bioquímica

Glucosa	250 mg/dl	(70- 100 mg/dl)	(hiperglicemia)
Colesterol	511mg/dl	(menor 200 mg/dl)	(hipercolesterolemia)
Triglicéridos	350mg/dl	(meno150mg/dl)	(Hipertrigliceridemia)
Albumina	2.8mg/dl	(3,4- 4 mg/dl)	(hipoalbuminemia)
Hemoglobina	7.90g/dl	(12- 14 g/dl)	(anemia)

Valoración clínica

Dolor abdominal

Piel ictérica

Vómitos

Nauseas

Valoración dietética

No refiere

Diagnostico nutricional

PES 1. Deficiente ingesta oral de bebidas y alimentos (NI. 2,1) relacionada con la función gastrointestinal alterada (NC. 1.4) evidenciado por vómitos y nauseas.

PES 2. Ingesta energética excesiva (NI.1.5) relacionada con Ingesta excesiva de grasas y azucares (NI.5.6.2) relacionado con valores de laboratorios alterados (triglicéridos, colesterol).

Intervención nutricional

Intervención 1. Iniciar nutrición parenteral y enteral (ND.2.1)

Meta. Disminuir la estimulación pancreática y evitar descompensación.

Intervención 2. Aumento de la ingesta de alimentos y nutrientes hasta el nivel de prescripción nutricional usando suplementos (P-3.1)

Meta. Compensar una dieta adecuada usando suplementos alimenticios para cubrir necesidades nutricionales diarias

Prescripción nutricional

Para mejorar los síntomas del paciente el nutricionista interviene, prescribiendo NPO (nada por vía oral) después de 24-48 horas. Si en los criterios de Ranson nos da una puntuación de ≥ 3 , luego se iniciara con nutrición enteral salvo que el paciente no presente otros problemas, sino se iniciara con nutrición parenteral total como primera fase para disminuir la estimulación pancreática, se colocara un catéter central para poder alimentarlo, administrando dextrosa al 50%, aminoácido al 10% y lípidos al 20% y electrolitos para que ayuden a la nutrición del paciente (Baez, 2012)

Tabla completa ver Anexo 1

La nutrición parenteral debe incluir el aporte de todos los nutrientes en especial si la duración de esta es a largo plazo, no obstante se debe incluir electrolitos como sodio, potasio, calcio, magnesio y fosforo, tomando en cuenta una serie de reacciones metabólicas del paciente. (PERALTA, 2017)

Una vez que se procede a la transición de la alimentación parenteral a la nutrición enteral, es de gran importancia prolongar la nutrición parenteral durante 7-14 días hasta que la enteral se encuentre mejor estipulada para llevar una ingesta adecuada de nutrientes. (VERDU, 2013)

Continuando con la etapa de transición se iniciara una alimentación enteral. Ya que la misma indicada en paciente que tienen anorexia y en caso de obstrucciones tumorales entre otras, dificultad para deglutir. Para que la estimulación pancreática sea menor se procederá a colocar una sonda yeyunal como una vía de acceso a la recuperación del paciente, prescribiendo una dieta enteral artesanal convencional a su vez acompañado de fórmulas enterales monomérica o polimérica si es que el paciente la requiere, teniendo una duración de 1 mes dependiendo de la evolución de paciente (PERIS, 2008)

Se debe introducir esta dieta igual a las comidas por bolos, se infunde periodos de

tomas cortos que van entre 25 a 45 minutos cada una si en caso de que el paciente sufra de trastornos gastrointestinal, Tumoraciones o sea mayor de edad se prolongara más tiempo, es por este motivo que se iniciara la infusión a una velocidad inferior a la normal, es decir los primeros días no se cubrirán el 100% de energía o nutrimentos del paciente. (PERALTA, 2017)

DIETA ENTERAL POR YEYUNOSTOMIA.

DIETA NORMO CALÓRICA, HIPERPROTEICA + SUPLEMENTOS NUTRICIONALES.

DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES POR DIA

CARBOHIDRATOS 60%*1600kcal=960kcal/4kcal= 240g

PROTEÍNA 20% *1600kcal=320kcal/4kcal= 80g

GRASAS 20%* 1600kcal=320kcal/9kcal = 35.5g

total ingerido	1630 kcal	239	67,5g	41.4g
total recomendado	1600kcal	240g	68g	40g
% de adecuación	98%	99%	99%	103%

Tabla completa ver Anexo #2

Una vez que se ha evaluado la motilidad gastrointestinal y este se encuentre en condiciones se lograra progresar a una alimentación por vía oral donde se iniciara una dieta con líquidos claros a tolerancia con un volumen 250 a 300cc por comidas con un fraccionamiento de 5 a 6 comidas diarias.

Esta dieta líquida es nutricionalmente incompleta por lo que no cubre con las necesidades nutricionales, es por esta razón que se debe mantener al paciente con esta alimentación a corto plazo por lo que su aporte nutricional oscila entre 600-800 kcal/día es decir un ¼ (25 % de valor calórico total). (cuadrado, 2006)

DIETA LÍQUIDA ESTRICTA, LIQUIDA CLARA O LIQUIDA RESTRINGIDA.

Consistencia= líquida

Volumen= poco

Temperatura= templada

Residuos= sin residuos

Tabla Completa Ver Anexo #3

Es de suma importancia la transición de las dietas en estos pacientes con pancreatitis, es por esta razón que luego de pasar 48 horas con una tolerancia oral o dieta líquida siempre y cuando se haya evaluado como está funcionando el intestino, se procede a evolucionar la alimentación a una dieta semilíquida es decir con un volumen más aumentado, para poder prolongar la alimentación del paciente 2 o 3 días más es decir de 48 a 72 horas. (restrepo, 2017)

Esta dieta semilíquida o líquida amplia, se define por agregar alimentos de texturas sólidas, pero antes de ser consumidos debe pasar por un mecanismo de licuado o un colador para evitar residuos. La alimentación de esta dieta tendrá un valor nutritivo más aumentado por lo que su valor nutricional oscila entre las 1000-1200kcal es decir 2/4 (50% del valor calórico total) con un fraccionamiento de 5 comidas diarias. (ZAPATEL, 2013)

DIETA SEMILÍQUIDA, LIQUIDA AMPLIA O LIQUIDA COMPLETA.

Consistencia= semilíquida

Volumen= medio

Temperatura= templada

Residuos= sin residuos

Tabla Completa ver Anexo #4

Una vez terminada la transición de líquidos por 48 o 72 horas se observa la tolerancia del paciente por lo que se presume que la alimentación que recibió antes no ha perjudicado en lo absoluto su funcionamiento, por lo tanto se llega a la decisión de progresar a una dieta de consistencia blanda donde con esta alimentación se requiere un mínimo de esfuerzos motores y secretores para la formación de quimo (cuadrado, 2006)

DIETA BLANDA GASTRICA

La dieta blanda gástrica es considerada una dieta con un valor nutricional más completo es decir entre un 75% hasta en algunos caso el 100% del valor calórico total (vct) por lo que se agregan más variedades de alimentos, esta dieta se caracteriza por brindar fácil digestibilidad al tracto gastrointestinal, se limita el consumo de verduras crudas y condimentos, por lo que es mejor condimentar con hierbas naturales.

Dieta de 1600kcal hiperproteica, normo calórica, se debe administrar alimentos ricos en vitaminas C, E, B6, B12, zinc, selenio, omega 3, 6,12, hierro, ácido fólico, con una distribución porcentual de carbohidratos 60%, proteína 20% y lípidos 20%, fraccionada en 5 tiempos de comida desayuno 25%, 2 refrigerios 10%, almuerzo del 30% y merienda 25%.

Para calcular la tasa metabólica basal (TMB) se utilizara la fórmula de Harris Benedict, con el peso ideal del paciente.

tabla completa ver anexo 5

Una vez calculado la cantidad de energía que requiere el paciente se debe multiplicar por el factor de estrés, factor de actividad para completar el gasto de energía total.

DISTRIBUCIÓN POR MACRONUTRIENTES:

DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES POR DIA

CARBOHIDRATOS 60% , PROTEÍNA 20%, GRASAS 20%

DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES POR COMIDAS

DESAYUNO= 25% 2REFRIGERIO=10% ALMUERZO=30% MERIENDA=25%

Tabla completa ver Anexo #6

Consistencia= blanda o suave

Volumen= moderado

Temperatura= variada

Residuos= moderados

Total recomendado	400kcal	60g	25g	8.8g
TOTAL ingerido	400.4kcal	61.3g	24.78g	8.4g
% de adecuación	100%	101%	98.8%	98%

Tabla Completa ver Anexo #7

2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Es favorable calcular las necesidades de calorías con la fórmula de Harris Benedict, ya que es la más utilizada para la valoración calórica de los pacientes hospitalizados o con una patología grave. (RODRIGUEZ, 1999)

Este caso clínico se apega a la teoría de montesinos ya que en ella menciona que los episodios repetitivos de pancreatitis generan desnutrición ya sea aguda o crónica, es por esta razón que los pacientes que padecen de pancreatitis crónica requieren un soporte nutricional artificial, lo cual hemos llevado a cabo en este caso clínico mediante un tratamiento dietético estricto para mejorar la salud del paciente. (MONTESINOS, 2012)

Se incorpora una dieta donde se administra una dieta a líquidos estrictos con poco volumen a una temperatura templada y residuos de esta dieta deben ser nulos, (ZAPATEL, 2013)

Dieta líquida amplia con una consistencia semilíquida con volumen medio temperatura templada y sin residuos, todo licuado y cernido. (ZAPATEL, 2013)

Se incorporara una dieta blanda donde la consistencia blanda o suave con temperatura variada ya sea tibia o caliente y residuos moderados (ZAPATEL, 2013)

Se deberá incluir en las dietas vitaminas liposobles como es la vitamina A, E, K, ácidos grasos esenciales, y minerales como zinc hierro, magnesio los cuales suelen estar disminuidos debido a los signos y síntomas clínicos que presenta el paciente (BOTICARIO C. , 2013)

2.8 Seguimiento

valoración	1 mes	2do mes	3er mes	
antropométrica				
Imc :	22.6kg/m2	22.6kg/m2	23kg/m2	22.6kg/m2
valoración bioquímica				
glucosa	250 mg/dl	200mg/dl	150mg/dl	100mg/dl
colesterol	511mg/dl	320mg/dl	200mg/dl	180mg/l
triglicéridos	350mg/dl	300mg/dl	200mg/dl	149mg/dl
hemoglobina	7.90g/dl	8.00g/dl	8.00g/dl	9.50g/dl
valoración clínica				
nauseas	con síntomas	sin síntomas	sin síntomas	
vómitos	controlados	disminuido	eliminado	
dolor abdominal	dolor leve	sin dolor	sin dolor	
valoración dietética				
malos hábitos	mejoraron	mejoraron	mejoraron	

2.9 Observaciones.

Mediante el proceso de atención nutricional se logró identificar y comprender las necesidades nutricionales del paciente en cuanto a la correcta alimentación, conocer habilidades y conductas que el paciente había tenido, para así poder intervenir ayudando a mejorar los signos y síntomas expuestos por el paciente.

Es por este motivo que mediante el seguimiento por 3 meses se pudo mejorar valores bioquímicos, los cuales el colesterol, hemoglobina, triglicéridos y glucosa se encontraban alterados, se realizó una valoración clínica mejorando náuseas, vómitos y dolores abdominales antes presentes.

Se modificó la dieta para así poder incrementar valores de hemoglobina el cual ha mejorado pero no cumple aun con los valores referenciales normales.

CONCLUSIÓN.

- Paciente que se valoró parte antropométrica teniendo un Imc normal, valores bioquímico alterado de colesterolemia, trigliceridemia con anemia, presenta nauseas, vómitos y dolor abdominal.
- Se aplicó un plan de alimentación que se inició con una dieta parenteral, enteral, dieta líquida estricta, líquida amplia, blanda gástrica, con el aporte del contenido nutricional y modificaciones de acuerdo al estado nutricional y al proceso de la enfermedad
- Se logró la recuperación del paciente mejorando la parte bioquímica ya que niveles de colesterol, triglicéridos bajaron, la parte clínica mejorando nauseas, vómitos y dolor abdominal.
- Se concluye que se pudo mejorar las complicaciones de la pancreatitis crónica utilizando el proceso de atención nutricional, el cual permitió realizar una valoración completa y así poder estipular una mejor intervención nutricional

BIBLIOGRAFÍA

(s.f.).

ALVAREZ, M. (2005). En *semiología médica* (págs. 761, 762). buenos aires: medica panamericana.

ASPEN. (2016). SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES ADULTOS CRITICAMENTE ENFERMOS . *REVISTA CUBANA DE NUTRICION Y ALIMENTACION*, 26,27.

Baez, L. A. (2012). protocolo de manejo nutricional en pacientes con pancreatitis aguda-cronica . *SciELO* , 80.

BOTICARIO, C. (2013). *NUTRICION Y DIETETICA*. MADRID: MARZODE 2013.

BOTICARIO, S. C. (2013). *nutricion y dietetica, aspectos clinicos*. madrid: marzo s.a.

BRANDT, F. ". (2017). *enfermedades digestivas y hepaticas* . ESPAÑA : GEA CONSULTORIA EDITOR S.I .

cuadrado. (2006). *manual de nutricion y dietetica* . españa: acribia editorial.

gastroenterologia y hepatologia . (2013). *elsiver* , 3.

GIL, A. (2010). nutricion clinica. En *tratado de nutricion tomo 4* (pág. 774). buenos aires: medica panamericana.

KELLEY, W. (1993). En *medicina interna 2da edicion* (pág. 582). medica panamericana.

mark feldman, I. s. (2017). En *enfermedades digestivas y hepaticas 10ma edicion* (págs. 1014, 1015). Barcelona- españa: elsevier health sciences.

mataix, v. (2013). *dietoterapia de krause*. elsevier españa S.L: Gea consultoria editorial S.I.

MONTESINOS, I. G. (2012). *SOPORTE NUTRICIONAL EN ENFERMEDADES PANCREATICAS* . MADRID: DIAZ DE SANTOS.

MORA, R. J. (2002). *SOPORTE NUTRICIONAL ESPECIAL* . BOGOTA : MEDICA PANAMERICANA .

MUÑOZ, E. D. (2013). gastroenterologia y hepatologia. *elsiver*, 3.

OLVIERA, J. E. (1997). sociedad medica del hospital general. *revista medica del hospital general de mexico*, 57.

peralta, C. A. (2017). *ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE CALCULOS DE DIETAS* . mexico: media moderna s.a.

PEREZ, J. C. (2006). *tratado de trastornos adictivos* . madrid : medica panamericana .

Peris, A. G. (mayo2008). tratamiento nutricional de los pacientes con pancreatitis aguda. *SciELO*, 5.

restrepo, j. m. (2017). ¿ esta actualizado el codigo de dietas en los hospitales? . *nutricion clinica en medicina* , 16.

RODRIGUEZ, M. H. (1999). *tratado de nutrricion*. madrid: diaz de santos S.A.

ROMAN, L. (2012). *SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES SPTICOS Y CRITICOS*. MADRID: DIAZ DE SANTOS.

SAENZ, L. R. (2008). *Tratamiento de las enfermedades digestivas*. madrid- españa: medica panamericana.

soporte nutricional en pacintes adulto criticamente enfermo. (2016). *revista cubana de alimentacion y nutricion*, 25,26.

verdu. (2013). *dietoterapia* . españa : Gea consultoria editorial .

ZAPATEL, M. C. (2013). *alimentacion hospitalaria*. MADRID: Dias de santos S.A.

ANEXOS

Anexo 1

FORMULA DE NUTRICIÓN PARENTERAL.	
NP=	Peso (kg)*(estimación)
NP=	58kg* 25kcal= 1500kcal/día
NP=	58kg* 1g/prot/dia= 58g/prot/día
NP=	58g/(BN 6.25)= 9.28g NI
NP=	58g* 4kcal= 232kcal
NP=	AMINOACIDOS (10%)= 100ml* 58g/10%=<u>580ml</u>
NP=	580 / 4kcal= 145kcal vct= 1500kcal -145kcal=1355kcal
NP=	vct (1355*60% dextrosa)/100= 813kcal/3.4kcal= 239.11g
NP=	vct(1355*40% lípido)/100= 542kcal/9kcal= 60.2g
NP=	DEXTROSA (50%)= 100ml*239.11g/50g=<u>478.22ml</u>
NP=	LIPIDOS (20%)= 100ml*60.2g/20g= <u>301ml</u>
	1359.22ML/H

Anexo 2

ALIMENTOS	KCAL	H/G	PROTEÍNA	GRASA
Desayuno 7.00AM 1 vaso colada de manzana bien cernida	200kcal	70g	15.00g	9.8g
Refrigerio 10.30 AM Suplemento nutricional ensure plus live.	250kcal	50.g	13.0g	9.8g
Almuerzo 13,00PM Crema de legumbres. Papa, zapallo, acelga. + 1 onza de pollo cda de aciete de oliva licuada y cernida + Jugo de manzana	300 kcal	8.92g	10.50g	12.00g
Refrigerio 4.00 pm suplemento nutricional ensure plus live.	250kcal	50.0g	13.0g	9.8g
Merienda 7.00PM Crema de legumbres. Papa,	200kcal	8.92g	10.50g	7.00g

nabo, zanahoria,+ 1 huevo + vaso de agua aromática				
media noche + Suplemento nutricional ensure plus live.	250 kcal			
.				
total ingerido	1630 kcal	239	67,5g	41.4g
total recomendado	1600kcal	240g	68g	40g
% de adecuación	98%	99%	99%	103%

Tabla n° 1

Autor : Carmen Dayana Muñoz Mora

Anexo 3

ALIMENTOS	KCAL	H/C	PROTEÍNA	GRASA
DESAYUNO 1 vaso de gelatina tibia o un vaso de agua aromática de manzanilla	2.00kcal	0,04g	0,0g	0,0g
REFRIGERIO 1 vaso de jugo de granadilla o un vaso de horchata.	60kcal	11.7g	2.00g	0.21g
ALMUERZO 1 plato de consomé de pollo sin residuos y desgrasados. 1 vaso de colada de arroz	150kcal	24,0g	2,00g	0,018g
REFRIGERIO 1 vaso de colada de manzana (cernida).	100kcal	15g	2.00g	0,015g
MERIENDA 1 plato de consume de pollo sin residuo y desgrasado. 1 vaso de colada de manzana	150kcal	24,0g	1,80g	0,10g
REFRIGERIO 1 vaso de colada de zanahoria.	100kcal	10g	2.60g	0,018g
total	760kcal	70g	10,0g	0.361g

Tabla n° 2

Anexo 4

alimentos	kcal	h/c	proteina	grasa
DESAYUNO1 <ul style="list-style-type: none"> 1 taza de colada de maicena con leche semidescremada 	150kcal	7.00g	5.20g	1,60g
REFRIGERIO <ul style="list-style-type: none"> compota de manzana 	100kcal	19,60g	0.40g	0,0g
ALMUERZO <ul style="list-style-type: none"> 1 plato de crema de zapallo con muslo de pollo (licuado y cernido)+ 1 taza de colada de arroz. 	350kcal	31.0g	8.70g	3,60g
REFRIGERIO <ul style="list-style-type: none"> 1 vaso de gelatina liquida de manzana+ compota de pera. 	150kcal	20,60g	0.40g	0,0g
MERIENDA <ul style="list-style-type: none"> 1 palto de consume de verduras con pollo(licuado y cernido)+ 1 vaso de jugo de granadillas + vaso de infusión de manzanilla 	350kcal	31.0g	8.70g	3,60g
total	1100kcal	109.2g	23.4g	8.8g

Tabla n° 3

Anexo 5

PI= Talla (m²)* valor referencial (mujeres) 21.7

PI= 1.60m² x 21.7= 55.5kg

GET (mujeres) 655+ (9,6*peso)+ (1.8*estatura en cm)-(4,7* edad)

GET= 655+ (9,6*58kg) + (1,8* 1.60cm)- (4,7* 38)

GET 655+537,6 + 2.88 – 178.6

GET = 1300kcal

1300kcal * 1.2 (factor de estrés) ==1600kcal/ día

Anexo 6

DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES POR DIA

CARBOHIDRATOS $60\% * 1600\text{kcal} = 960\text{kcal} / 4\text{kcal} = 240\text{g}$

PROTEÍNA $20\% * 1600\text{kcal} = 320\text{kcal} / 4\text{kcal} = 80\text{g}$

GRASAS $20\% * 1600\text{kcal} = 320\text{kcal} / 9\text{kcal} = 35.5\text{g}$

DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES POR DIA

CARBOHIDRATOS $60\% * 1600\text{kcal} = 960\text{kcal} / 4\text{kcal} = 240\text{g}$

PROTEÍNA $20\% * 1600\text{kcal} = 320\text{kcal} / 4\text{kcal} = 80\text{g}$

GRASAS $20\% * 1600\text{kcal} = 320\text{kcal} / 9\text{kcal} = 35.5\text{g}$

DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES POR COMIDAS

DESAYUNO = $25\% * 1600\text{kcal} / 100 = 400\text{kcal}$

Carbohidrato = $400\text{kcal} \times 60\% / 100 = 240\text{kcal} / 4\text{kcal} = 60\text{g}$

Proteína = $400\text{kcal} \times 20\% / 100 = 80\text{kcal} / 4\text{kcal} = 20\text{g}$

Grasas = $400\text{kcal} \times 20\% / 100 = 80\text{kcal} / 9\text{kcal} = 8.8\text{g}$

REFRIGERIO = $10\% * 1600\text{kcal} / 100 = 160\text{kcal}$

Carbohidrato = $160\text{kcal} \times 60\% / 100 = 96\text{kcal} / 4\text{kcal} = 24\text{g}$

Proteína = $160\text{kcal} \times 20\% / 100 = 32\text{kcal} / 4\text{kcal} = 8\text{g}$

Grasas = $160\text{kcal} \times 20\% / 100 = 32\text{kcal} / 9\text{kcal} = 3.5\text{g}$

ALMUERZO = $30\% * 1600\text{kcal} / 100 = 480\text{kcal}$

Carbohidrato = $480\text{kcal} \times 60\% / 100 = 288\text{kcal} / 4\text{kcal} = 72\text{g}$

Proteína = $480\text{kcal} \times 20\% / 100 = 96\text{kcal} / 4\text{kcal} = 24\text{g}$

Grasas = $480\text{kcal} \times 20\% / 100 = 96\text{kcal} / 9\text{kcal} = 10.6\text{g}$

REFRIGERIO = $10\% * 1600\text{kcal} / 100 = 160\text{kcal}$

Carbohidrato = $160\text{kcal} \times 60\% / 100 = 96\text{kcal} / 4\text{kcal} = 24\text{g}$

Proteína = $160\text{kcal} \times 20\% / 100 = 32\text{kcal} / 4\text{kcal} = 8\text{g}$

Grasas = $160\text{kcal} \times 20\% / 100 = 32\text{kcal} / 9\text{kcal} = 3.5\text{g}$

MERIENDA = $25\% * 1600\text{kcal} / 100 = 400\text{kcal}$

Carbohidrato = $400\text{kcal} \times 60\% / 100 = 240\text{kcal} / 4\text{kcal} = 60\text{g}$

Proteína = $400\text{kcal} \times 20\% / 100 = 80\text{kcal} / 4\text{kcal} = 20\text{g}$

Grasas = $400\text{kcal} \times 20\% / 100 = 80\text{kcal} / 9\text{kcal} = 8.8\text{g}$

Anexo 7

ALIMENTOS	KCAL	H/C	PROT	LIP
DESAYUNO				
1 taza de compota de manzana	80kcal	8g	0.8g	1.00g
2 claras de huevo	98kcal	12.5g	20g	2.80g
1 vaso de colada de avena	222kcal	40g	6g	2.3g
total recomendado	400kcal	60g	25.0g	6.6g
TOTAL ingerido	400kcal	60,5g	26.0g	6.0g
% de adecuación	100%	99.%	96%	99%

REFRIGERIO	kcal	H/C	PROTEINA	GRASAS
1 vaso de jugo de sandía	60kcal	4.5g	0.80g	0g
4 tostadas grille	76kcal	7.5g	5.6g	2.3g
1 onza de queso	23kcal	12g	3.00g	0g
total recomendado	160kcal	24g	10g	2.6g
TOTAL ingerido	159kcal	24g	9.40g	2.3g
% de adecuación	99.3%	100%	95%	98%

ALMUERZO	kcal	H/C	PROTEINA	GRASAS
1plato de crema de vegetales				
50g de acelga	11.7kcal	2.44g	1.10g	0.096g
50g de zanahoria	14.1kcal	5.9g	0.78g	0.09g
30g de papa	12kcal	16.8g	0.83g	0.07g
30g de cebolla blanca	13.3kcal	5.9g	0.45g	0.06g
1 taza de arroz	80kcal	15g	3g	0gg
pollo horneado	160kcal	0g	23.1g	6.43g
puré de zapallo	120kcal	18.0g	1.02g	0.1g
1 vaso de jugo de melón	70kcal	7.8g	0.60g	0.18g
total recomendado	480kcal	72g	30g	8g
TOTAL ingerido	481kcal	71.8g	30.88g	7.90g
% de adecuación	100.2%	99.8%	98%	98%

REFRIGERIO	kcal	H/C	PROTEINA	GRASAS
1 vaso de gelatina	90kcal	10.8g	3.2g	2.5g
1 durazno grande	70kcal	12.6g	3.0g	0,14g
TOTAL recomendado	160kcal	24g	6.6g	2.6g
total ingerido	160kcal	23.4g	6.2g	2,64g
% de adecuación	100%	97.5%	95%	98.4%

MERIENDA	kcal	H/C	PROTEINA	GRASAS
crema de vegetales				
30g zapallo	9.6kcal	3.47g	0.48g	0.21g
30g papa	9.9kcal	8.2g	0.96g	0.009g
50g haba	39kcal	5.5g	3.9g	0.1g
20g nabo	14.2kcal	5.16g	0.6g	0.34g
1 cda de aceite de oliva	90kcal	0g	0g	3.00g
30nzas de pescado asado	66.8kcal	2.7g	15g	0.84g
ensalada de verduras				
20g zanahoria	9.4kcal	5.1g	0.12g	0.06g
20g de vainita	3.2kcal	4.7g	0.4g	0.08g
20g de brócoli	4.2kcal	6.18g	0.41g	0.04g
100g de papa	4.1.kcal	10.2g	0.31g	0.02g
1 cda de aceite de girasol	90kcal	0g	0g	3g
1 vaso de jugo de papaya	60kcal	10.1g	2.6g	0.18g
total recomendado	400kcal	60g	25g	8.8g
TOTAL ingerido	400.4kcal	61.3g	24.78g	8.4g
% de adecuación	100%	101%	98.8%	98%

Tabla n° 4

Autor: Carmen Dayana Muñoz Mora

CUADRO N°1

ECUACIÓN DE HARRIS-BENEDICT

- **Hombre:** $REE=66 + (13.7 \times \text{peso en Kg}) + (5 \times \text{estatura en cm}) - (6.8 \times \text{edad en años})$
- **Mujer:** $REE=655 + (9.6 \times \text{peso en Kg}) + (1.8 \times \text{estatura en cm}) - (4.7 \times \text{edad en años})$

Se considera el PESO IDEAL, para casos de sobrepeso u obesidad.

Fuente: Metabolismo Basal, Actividad Física. Dra. María Reyes Beltrán

<https://es.slideshare.net/thecwpcone/3-b-energa-en-nutricin>

CUADRO N° 2

CLASIFICACIÓN DEL IMC según la OMS

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Bajo peso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez leve	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,5 - 24,99	18,5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obesidad	≥30,00	≥30,00
Obesidad leve	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obesidad media	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obesidad mórbida	≥40,00	≥40,00



Fuente: OMS

www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es

1era etapa

Anexo n°1 solicitud aprobacion de tutor



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **MSC, MIRIAM GISELA LINDAO CAÑIZARES** en calidad de Docente Tutora del Tema de Caso clínico (Componente Práctico): **PACIENTE FEMENINO DE 39 AÑOS DE EDAD CON PANCREATITIS CRONICA** elaborado por la estudiante: **MUÑOZ MORA CARMEN DAYANA** de la carrera de Nutrición y Dietética de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con en el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 4 días del mes de enero del año 2019

MSC. MIRIAM GISELA LINDAO CAÑIZARES
C.I. 0913750147

COORDINACION DE TITULACION
Carrera de Nutrición y Dietéticas
FCS - U.T.B.



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECIBIDO
FECHA: 04/01/19 HORA: 15.52.
Ing. Luis Carabado Hinciosa, MSc.

Anexo n°2

Propuesta del tema de caso clinico



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 04 de enero del 2019

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **MUÑOZ MORA CARMEN DAYANA**, con cédula de ciudadanía **0929046142**, egresado(a) de la Carrera de **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del Tema del Caso Clínico (Dimensión Práctica): **PACIENTE FEMENINO DE 39 AÑOS DE EDAD CON PANCREATITIS CRÓNICA**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: MSc: **MIRIAM GISELA LINDAO CAÑIZARES**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,


CARMEN DAYANA MUÑOZ MORA
C.I. 0929046142

COORDINACIÓN DE TITULACIÓN
Carrera de Nutrición y Dietéticas
FCS - U.T.B.


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECIBIDO
FECHA: 04/01/19 HORA: 15:52.
Ing. Lc. Caicedo Hinojosa, Mba.

Segunda etapa

Anexo n°3 Entrega de la propuesta del caso clinico



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 10 de diciembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo **CARMEN DAYANA MUÑOZ MORA**, con cédula de ciudadanía **092904614-2**, egresado(a) de la Carrera de **NUTRICION Y DIETETICA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la propuesta, tema de caso clínico: "**PACIENTE FEMENINO DE 39 AÑOS DE EDAD CON PANCREATITIS CRONICA**", el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **MSC. MIRIAM GISELA LINDAO CAÑIZARES**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

Dayana Muñoz Mora

CARMEN DAYANA MUÑOZ MORA
C.I 092904614-2

COORDINACION DE TITULACION
Carreera de Nutrición y Dietéticas
FCS - U.T.B.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECIBIDO
FECHA: 10/12/2018 HORA: 16:24
Ing. Luis Caicedo Hinojosa, Mba.

Anexo

Anexo n°4

aprobacion del tutor



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **MSC. MIRIAM GISELA LINDAO CAÑIZARES** en calidad de Docente Tutora de la Propuesta del Tema de Caso Clínico (Componente Práctico): "**PACIENTE FEMENINO DE 39 AÑOS DE EDAD CON PANCREATITIS CRONICA**" elaborado por la estudiante: **CARMEN DAYANA MUÑOZ MORA** de la Carrera de nutrición y dietética de la Escuela de salud y bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 10 días del mes de diciembre del año 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Miriam Gisela Lindao Cañizares'.

MSC. MIRIAM GISELA LINDAO CAÑIZARES

CI: 0913750147

anexo n°5

registro de tutorías del caso clinico



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERIODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019
 CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA



REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

11-12-2018

NOMBRE DEL DOCENTE

MSC. MIRIAM GISELA LINDAO CAÑARES

FIRMA:

TEMA DE CASO CLINICO:

PACIENTE FEMENINO DE 39 AÑOS CON PANCREATITIS CRONICA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: CARMEN DAYANA MUÑOZ MORA

CARRERA: NUTRICION Y DIETETICA

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1	29/10/2018	Definición del Título del caso.	1		10%	Miriam Gisela Lindao Cañares	Dayana Muñoz Mora
1	27/11/2018	Definición de datos que nos sirven como antecedentes.	1	1	30%	Miriam Gisela Lindao Cañares	Dayana Muñoz Mora
2	09/12/2018	Definición de la problemática.	1		50%	Miriam Gisela Lindao Cañares	Dayana Muñoz Mora
1	08/12/2018	Definición de fisiología de la enfermedad.	1		80%	Miriam Gisela Lindao Cañares	Dayana Muñoz Mora
2	10/12/2018	Definición de parámetros de laboratorio y de imagen.	1	1	100%	Miriam Gisela Lindao Cañares	Dayana Muñoz Mora

anexo n°6

entrega de los 3 añillados



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



Babahoyo, 09 de abril del 2019

A. COORDINADOR(A) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, Carmen Dayana Muñoz Mora con cédula de ciudadanía 092904614-2, egresado (a) de la Escuela Salud y Bienestar de la carrera de nutrición y dietética, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida posible para realizar la entrega de los tres añillados requeridos del Caso Clínico de la dimensión practica del Examen Complexivo, tema: Paciente femenino de 38 años de edad con pancreatitis crónica.

Para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el Consejo Directivo.

Saludos cordiales, quedo de usted muy agradecido (a).

Carmen Dayana Muñoz Mora
Firma

COORDINACION DE TITULACION
Carrera de Nutrición y Dietéticas
FCS - U T B
Andrés Brando Jarama
Recibido 10/04/19



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERIODO OCTUBRE-ABRIL 2019



REGISTRO DE TUTORIAS DEL INFORME FINAL DEL CASO CLÍNICO

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: _____

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Rosalva del Carmen Chugurimara

FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: Paciente femenino de 38 años de edad con parotiditis crónica

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Norma Patricia Ortega Ochoa

CARRERA: nutrición y dietética

Pag. N° _____

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1	21/01/19	Presentación de objetivos y justificación	1		10%		Patricia Ortega
1	28/01/19	Revisión de la bibliografía	1		30%		Patricia Ortega
2	13/02/19	Revisión del avance teórico	1	1	50%		Patricia Ortega
1	20/02/19	Revisión de fundamentos teóricos	1		80%		Patricia Ortega
2	27/02/19	Revisión de seguimiento y conclusión	1	1	100%		Patricia Ortega

Ing. Luis Caicedo Hinojosa, Mba.
 COORDINADOR DE TITULACIÓN
 CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

COORDINACION DE TITULACION
 Carrera de Nutrición y Dietética
 FCS - I.T.P.

anexo n°7 3era etapa

registro de tutorias del caso clinico