

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

TEMA:

Caso clínico: soporte nutricional en paciente con quilotórax

AUTOR:

Jama Palma, Joselyn Raquel

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

TUTORA

Peré Ceballos, Gabriela Maria

**Guayaquil, Ecuador
23 de febrero del 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente **componente práctico del examen complejo**, fue realizado en su totalidad por **Jama Palma, Joselyn Raquel**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**.

REVISORA

f. _____
Peré Ceballos, Gabriela Maria

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Celi Mero, Martha Victoria

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



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Jama Palma, Joselyn Raquel**

DECLARO QUE:

El componente práctico del examen complejo, “Caso clínico: soporte nutricional en paciente con quilotórax” previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

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

LA AUTORA

f. _____
Jama Palma, Joselyn Raquel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Jama Palma, Joselyn Raquel**

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

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

LA AUTORA

f. _____
Jama Palma, Joselyn Raquel

REPORTE URKUND

U Inicio de sesión - Urkund x Inicio - ORIGINAL x D128304171 - Joselyn.Jama.Pdf x +

← → ↻ secure.orkund.com/oid/view/172403415-598904-363146Fq1bKQVayjY00tGi1VtEqrkzPyGzL7E7M505VytQMzCwMDa3MDEzNza2sAQ3s

Aplicaciones ★ Bookmarks Google Ministerio de Salud Google https://www.scana... Iniciar sesión en la... isp

URKUND

Document [Joselyn.Jama.Pdf.doc](#) (D128304171)

Submitted 2022-02-18 14:20 (-05:00)

Submitted by joselyn.jama@cu.ucsg.edu.ec

Receiver gabriela.pere.ucsg@analysis.orkund.com

Message CASO CLINICO [Show full message](#)

1% of this approx. 9 pages long document consists of text present in 2 sources.

PDF ↻ ⌂ ⌨ ⬆ ⬅ ➡

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios, por su infinito amor y misericordia conmigo y mi familia. Por demostrarme que sus planes y sus tiempos siempre serán mejores que los míos; que no importa cuán cansada este, el siempre renovará mis fuerzas como las águilas y me guiará por el mejor camino.

A mi madre, por su gran amor, dedicación, sacrificio, fe inquebrantable e incondicional apoyo. Porque a pesar de mis errores, siempre ha estado a mi lado para sostenerme e inculcarme el amor a Dios.

A mi esposo e hijo, por llegar a mi vida a llenarme de luz y esperanza. Les agradezco por su comprensión, amor, paciencia y ánimo para seguir luchando cada día.

A mis hermanos, por su amor, paciencia, apoyo y por siempre estar conmigo en los momentos más difíciles y hermosos que viví en esta etapa académica y en mi vida personal.

A mi abuelo, que desde el cielo me mira y disfruta este triunfo conmigo. Siempre confió en mí y apostó por mis estudios; sé que hubiese deseado mucho estar presente en este momento.

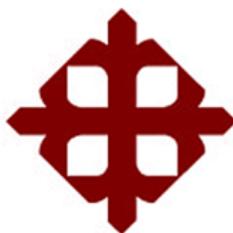
A mis familiares, por alegrarse en cada paso que he dado en mi vida.

Joselyn Jama

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación está dedicado con mucho amor a mi hijo Travez Jama, Samuel Alexander; que llego a mi vida para enseñarme el verdadero significado del amor y el esfuerzo constante. Que no importa cuán malo fue este día, siempre habrá otro día para volverlo a intentar y alcanzar los sueños. Con su inocencia y dulzura ha llenado mi vida de fuerza, esperanza y optimismo. Te amo y te agradezco por darme la oportunidad de ser tu mamá.

Joselyn Jama



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DRA. CELI MERO, MARTHA VICTORIA
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

ING. POVEDA LOOR, CARLOS LUIS
COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____

DRA. YAGUACHI ALARCÓN, RUTH ADRIANA
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	2
REPORTE DE CASO	4
Historia clínica	4
Desarrollo del caso	4
DISCUSIÓN	6
CONCLUSIONES	8
REFERENCIAS	9
ANEXOS	11

RESUMEN

Quilotórax es considerada una de las patologías muy poco común, que se caracteriza por el acumulo de líquido con alto contenido de triglicéridos de cadena larga, proteínas y linfocitos en la cavidad pleural, provocando un deterioro en el estado nutricional e inmunológico del paciente que lo padece, su etiología es diversa, por lo cual, es necesario identificar y aplicar el tratamiento adecuado para disminuir la cantidad de quilo y para cubrir requerimientos.

Presento caso de paciente masculino de 58 años con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial diagnosticado hace tres años e insuficiencia renal crónica hace tres años recibiendo tratamiento dialítico tres veces por semana. Es referido del Hospital de Babahoyo por cuadro clínico de 15 días de evolución determinado por disnea de medianos esfuerzos, es diagnosticado con derrame pleural derecho, proceden a realizarle toracocentesis drenando 1700 cc, es dado de alta posteriormente. Después de 7 a 9 días es ingresado con misma sintomatología, drenan 1500 cc y proceden a transferirlo a esta institución con Dx de quilotórax. Se sugiere aplicar soporte nutricional mixto, priorizando la NPT debido a la alta demanda proteico-calórico que presenta el paciente.

Palabras Claves: *linfoemia, quilomicrones, hipoalbuminemia, sistema linfático, quilo, toracocentesis.*

ABSTRACT

Chylothorax is considered one of the most uncommon pathologies, which is characterized by the accumulation of a liquid with high content of long-chain triglycerides, proteins and lymphocytes called chyle in the pleural cavity, causing a deterioration in the nutritional and immunological status of the patient who suffers from it, its etiology is diverse, therefore, it is necessary to identify and apply the appropriate treatment to reduce the amount of chyle and to cover requirements.

I present a case of a 58-year-old male patient with a personal pathological history of arterial hypertension diagnosed three years ago and chronic renal failure three years ago receiving dialysis treatment three times a week. He is referred from the Hospital of Babahoyo for clinical picture of 15 days of evolution determined by dyspnea of medium efforts, is diagnosed with right pleural effusion, proceed to perform thoracentesis draining 1700 cc, is discharged later. After 7 to 9 days, he is admitted with the same symptoms, they drain 1500 cc and proceed to transfer him to this institution with chylothorax Dx. It is suggested to apply mixed nutritional support, prioritizing total parenteral nutrition (TPN) due to the high protein-caloric demand presented by the patient.

Keywords: *iatrogenesis, chylomicrons, hypoalbuminemia, lymphatic system, chyle, thoracentesis.*

INTRODUCCIÓN

El quilotórax se define como una patología poco habitual, según su etiología se puede clasificar en traumática y no traumática, siendo la primera de ellas la más usual (1).

Esta afección clínicamente se manifiesta por el derrame de líquido linfático en el espacio pleural (quilo), su diagnóstico se basa mediante la aplicación de la prueba de toracocentesis y la detección de quilomicrones en el líquido pleural (2).

El quilo es un fluido que se encuentra constituido principalmente por proteínas, grasas especialmente los triglicéridos de cadena larga (LCT), linfocitos e inmunoglobulinas, posee un aspecto lechoso, alcalino y es conducido por los conductos linfáticos hacia la circulación por medio del conducto torácico (3) (4) (5).

El quilo al ingresar en la cavidad pleural provoca efectos importantes, sin embargo, la mayor morbilidad radica en la pérdida continua de este fluido, como consecuencia altera el sistema inmunológico y el estado nutricional del paciente. Además, la mortalidad puede ascender a un 50% de los casos, si no se lleva un óptimo tratamiento (6) (7).

Existen manifestaciones clínicas que caracterizan a los pacientes con quilotórax, entre los casos agudos más comunes tenemos la disnea, tos y dolor torácico y en los más crónicos inmunosupresión y desnutrición pero todo dependerá de la etiología (2) (8).

Generalmente el tratamiento que se administra a los pacientes con quilotórax es el manejo conservador, su campo de acción se da mediante el drenaje por medio de la toracostomía con sello de agua a succión continuada y un adecuado tratamiento nutricional (2).

Las modificaciones dietarias para manejar el quilotórax, buscan reducir el flujo del líquido linfático por el conducto torácico. Se logra mediante la prescripción de una dieta baja en grasas, adicionando triglicéridos de cadena media (MCT), ya que, la absorción de estos ácidos grasos va al sistema venoso portal evitando pasar por el conducto torácico (9).

REPORTE DE CASO

Historia clínica

Anamnesis

Paciente masculino de 58 años con APP: Hipertensión arterial diagnosticada hace tres años e Insuficiencia renal crónica diagnosticada hace tres años recibiendo tratamiento dialítico trisemanal. Peso 61 kg, talla 175 cm e IMC de 19,91 kg/m².

Motivo de ingreso

Referido del Hospital de Babahoyo por cuadro clínico de 15 días de evolución determinado por disnea de medianos esfuerzos, al ingreso se le diagnostica derrame pleural derecho, realizan toracocentesis del cual obtienen 1700 cc de líquido de aspecto lechoso, posterior a ello es dado de alta médica.

Luego de siete a nueve días posterior a su alta, vuelve a ser ingresado por presentar igual sintomatología, drenan 1500 cc de líquido de semejante aspecto, por lo cual es transferido a esta institución con Diagnóstico de quilotórax.

Evolución

Al momento de la visita paciente se encuentra estable, afebril, orientado, colaborador, refiere apetito conservado, ha mantenido una dieta normocalórica – normoproteica; no ha realizado deposiciones en dos días, canaliza flatos. Sin dificultad para deambular.

Desarrollo del caso

Se propone instaurar terapia nutricional mixta, priorizando la nutrición parenteral total (TPN) debido a la alta demanda calórica – proteica y riesgo nutricional que presenta. Además, se mantendrá la nutrición por vía oral a tolerancia del paciente.

Se aplicará NPT dada la disponibilidad de la vía central que el paciente posee, según sus requerimientos se da un aporte calórico total de 2379 kcal

distribuidas en el 1 día 50% que equivale a un aporte calórico de 1190 kcal, Aminoácidos al 10%, Dextrosa al 50% y lípidos al 10%, volumen total 1570 cc, goteo 65 ml/h y una Osmolaridad de 1320 mOsm; al 2 día se progresa al 75% con un aporte calórico de 1784 kcal, Aminoácidos al 15%, Dextrosa al 50% y lípidos al 20%, volumen total 1600 cc, goteo 65 ml/h y una Osmolaridad de 1980 mOsm y al 3 día se cubre el 100% con un aporte calórico de 2379 kcal, Aminoácidos al 15%, Dextrosa al 50% y lípidos al 20%, volumen total 2130 cc, goteo 85 ml/h y una Osmolaridad de 2649 mOsm.

Para mantener la dieta oral se propone una dieta baja en lípidos, con preferencia alta en triglicéridos de cadena media (MCT) y baja en triglicéridos de cadena larga (LCT), por lo tanto, se recomienda incluir alimentos ricos en omega 3, por ejemplo, sardinas, bacalao, caballa y demás. También aceites vegetales como el de coco que nos aporta 7,9 g de MCT y el de almendras en una proporción 7,4g y aceite de pescado.

Se probará tolerancia con esta dieta hasta ir progresando a su alimentación habitual. Se recomienda la ingestión de fibra dietética soluble (15 g por 1000 kcal), sus necesidades proteicas son de 1.5 g /kg/día, el requerimiento de agua será distribuido de acuerdo con edad/peso en este caso le corresponde 1830 ml/kg/día; es necesario suplementar con vitaminas sobre todo liposolubles y micronutrientes según recomendaciones de la ASPEN.

DISCUSIÓN

Actualmente resulta complicado encontrar un acuerdo entre autores acerca de cuál sería la mejor terapia nutricional para un paciente con quilotórax, independientemente de su etiología.

Por ello, es necesario diagnosticar de forma adecuada y correcta al paciente para brindarle un tratamiento que cubra con sus requerimientos específicos evitando complicaciones futuras.

El paciente se encuentra en riesgo de malnutrición, evidenciado mediante el screening VGS y su porcentaje de pérdida de peso involuntaria. Por lo cual, se decide comenzar con soporte nutricional mixto, priorizando la NPT y dieta por vía oral con TCM para probar tolerancia y mantener la función digestiva funcionando y evitar que las microvellosidades intestinales se atrofien.

Un estudio de revisión, realizado en España. Analizó 17 pacientes diagnosticados con quilotórax, de los cuales, a 15 se les aplicó dieta modificada en triglicéridos de cadena media, con resultados favorables, a estos 15 pacientes no se les aplicó NPT (10).

Otros estudios, realizado en Sevilla – España. Se instauró como tratamiento nutricional, terapia mixta con NPT y dieta exenta de grasa, el resultado de esta terapia combinada fue buena adherencia al tratamiento nutricional, con lo que se logró mantener este esquema nutricional hasta que fue solucionado por completo el quilotórax. Según Brocca y col. concluyeron que el soporte nutricional mixto (NPT y nutrición enteral) permitió mantener un trofismo del intestino, aseguraron un requerimiento nutricional adecuado y completo para el paciente (6).

En un estudio presentado por Machado y col., estudiaron pacientes con quilotórax traumático, a los cuales les propusieron solo modificar la dieta por vía oral, dando resultados favorables (10).

Por otro lado, en un estudio efectuado en el INER en 2010 y realizado por Cortés-Tellés et al., hallaron en un periodo de tiempo de 10 años, 15 pacientes con quilotórax no traumático siendo más frecuente las neoplasias malignas, a los cuales se les administró soporte nutricional parenteral total, dando como resultado un 85% de efectividad en el tratamiento (11).

CONCLUSIONES

La patología del quilotórax es muy poco usual a comparación de otras patologías existentes, se caracteriza por la extravasación de quilo hacia el espacio pleural, puede ser provocado por diversos factores etiológicos.

Este quilo está constituido principalmente por proteínas y triglicéridos de cadena larga (TCL) por lo cual, el valor debe superar los 110 mg/dl para certificar de que estamos tratando un caso de quilotórax, y complementarlo con la realización de una toracocentesis para tener un diagnóstico adecuado.

En este caso después de analizar la alta demanda que el paciente requería, se decidió aplicar soporte nutricional mixto, priorizando la nutrición parenteral total, para poder cumplir al 100% con las necesidades nutricionales. El objetivo es evitar que el estado nutricional del paciente se deteriore y provoque daños más graves; además, reponer nutrimentos y micronutrientes que se han perdido por la misma patología. Según estudios consultados, recalcan que si un paciente no recibe tratamiento adecuado puede provocar la muerte de este, por eso, es esencial diagnosticar de manera oportuna y precoz para establecer un correcto tratamiento que ayude a mejorar el estado de salud, acorte la estancia y los costos hospitalarios.

REFERENCIAS

1. Rodríguez López DP, Malanda NM, Salinas Garrido I, Gáldiz Iturri JB. Quilotórax en adultos. Revisión de la literatura a partir de una serie de 17 casos [Internet]. archbronconeumol.org. 2017 [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://archbronconeumol.org/es-pdf-S0300289616302629>
2. Villalobos Mora C, Díaz Mena F, Villalobos Mora C, Díaz Mena F. Generalidades del quilotórax en el paciente adulto. Med Leg Costa Rica. marzo de 2019;36(1):147-52.
3. Sirvent Ochando M, López Villodre P, Martínez Seguí MJ. Soporte nutricional y tratamiento con octreótido del quilotórax. Nutr Hosp. febrero de 2010;25(1):113-9.
4. Casas NV, Peláez RB. Quilotórax y ascitis quilosa: Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo [Internet]. Ediciones Díaz de Santos; 2012. 13 p. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=kDrjSpwP3J8C&printsec=frontcover&dq=quilotorax&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
5. Yamamoto R, Mokuno Y, Matsubara H, Kaneko H, Sato Y, Iyomasa S. Chylothorax after hepatectomy: a case report. J Med Case Reports. diciembre de 2018;12(1):347.
6. Brocca MAM, García-Doncel LG, Cunill JLP, Alcaide SO. Soporte nutricional en el quilotórax secundario a linfoma. Nutr Hosp. 2002;1:3.
7. Palmeiro R, Arosa V, Cuerda C, Bretón I, Camblor M, Rodríguez M^a C, et al. Quilotórax persistente en paciente con linfangioleiomiomatosis. Nutr Hosp. junio de 2012;27(3):940-2.
8. Villalobos Mora C, Mora Hernández GA. Quilotórax [Internet]. medigraphic.com. 2015 [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=66411>

9. Díaz A VE, Donato R MA, Dutari V JE, Alvarez J. Quilotórax. Actualización en pediatría: Presentación de casos. *Pediátr Panamá*. 2016;31-43.
10. Padilla IAO-, Rodríguez RR. Terapia médico-nutricional en el paciente con quilotórax: reporte de caso. *Rev Nutr Clínica Metab*. 25 de abril de 2020;3(1):128-35.
11. Cortés-télles A. Quilotórax en pacientes con derrame pleural en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2011-2012. 1 de enero de 2013 [citado 16 de febrero de 2022]; Disponible en: https://www.academia.edu/64313107/Quilot%C3%B3rax_en_pacientes_con_derrame_pleural_en_el_Instituto_Nacional_de_Enfermedades_Respiratorias_2011_2012

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE

Nombres: no refiere

Apellidos: no refiere

Edad: 58 años

Sexo: Masculino

APP: HTA (Dx hace 3 años) y IRC (hace 3 años – Tto dialítico trisemanal)

APQx: No refiere

Hábitos: No refiere

Alergias: No refiere

Motivo de ingreso:

Referido de Hospital de Babahoyo por cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por disnea de medianos esfuerzos, siendo diagnosticado con Derrame pleural Derecho, realizan toracocentesis obteniendo 1700 cc de líquido aspecto lechoso, posterior a ello es dado de alta médica. Luego de 7 a 9 días posterior a su alta, vuelve a ser ingresado por presentar misma sintomatología, drenan 1500 cc de líquido de iguales características

Dx clínico: Quilotórax

Examen físico:

Piel: no refiere

Mucosas: semihúmedas

Abdomen: blando depresible no doloroso.

Ext. Superiores: Edema

Ext. Inferiores: Edema

Catéter vía central sin signos de inflamación

Signos vitales:

Presión arterial: 110/70 mmhg

F. cardiaca: 80 x min

F. respiratoria: 22 x min

Sat: 98% con O2

Antropometría:**Peso actual:** 61 kg**Talla:** 175 cm**Peso usual:** 80 kg (hace 3 años)**IMC:** 19.91 kg/m² (normopeso)**Exámenes de laboratorio:**

Parámetros	Resultados	Valores referenciales
Glóbulos blancos	↑ 17.0x10 ⁸ /ul	4.5 - 11.0 × 10 ⁹ /l
Hemoglobina	↓ 10.0 g/dl	12 - 16 g/dl
Hematocrito	↓ 30.0%	36 – 48%
Plaquetas	204x10 ⁸ /ul	150 - 400 × 10 ⁹ /l
Úrea	↑ 141 mg/dl	19 - 47 mg/dl
Creatinina	↑ 7.97 mg/dl	0.5 - 1.5 mg/dl
Glucosa	↑ 148 mg/dl	70 – 100 mg/dl
Proteínas totales	6.0 g/dl	6.0 - 8.0 g/dl
Albúmina	↓ 3.3 g/dl	3.5 – 5.0 g/dl
Prealbúmina	↓ 16 mg/dl	17 – 29 mg/dl
Colesterol	104 mg/dl	< 200 mg/dl
HDL	54 mg/dl	35 - 80 mg/dl
Triglicéridos	77 mg/dl	< 150 mg/dl
LDL	51 mg/dl	< 130 mg/dl
Hierro	70 ug/dl	60 – 170 ug/dl
Transferrina	190 mg/dl	180 – 400 mg/dl
Sodio	137 meq/dl	< 145 meq/l
Potasio	4.5 meq/dl	3.5 - 5.3 meq/
Calcio	9.9	8.5 – 10.2 mg/dl
Fósforo	3.0 mg/dl	2.5 - 4.5 mg/d
Magnesio	2.02 mg/dl	1.7 - 2.2 mg/dl

Tabla.1.1 Porcentaje de cambio de peso (%CP):

Tiempo de cambio	Grados de Déficit		
	Leve	Moderada	Severa
1 semana	<1	1 – 2	>2
1 mes	<2	2 – 5	>5
3 meses	<5	5 – 7.5	>7.5
6 meses	<7.5	7.5 – 10	>10

Formula:

$$\%CP = ((\text{Peso Usual}(\text{kg}) - \text{Peso Actual}(\text{kg})) / \text{Peso Usual}(\text{kg})) \times 100\%$$

Aplicación:

$$\%CP = (80 \text{ kg} - 61 \text{ kg} / 80 \text{ kg}) \times 100 =$$

23.75%

Tabla 1.2 Porcentaje de peso usual (%PU):

Formula:

$$\%PU = (\text{Peso actual (kg)} / \text{Peso Usual (kg)}) \times 100$$

Aplicación:

$$\%PU = (61 \text{ kg} / 80 \text{ kg}) \times 100 =$$

76.25%

Porcentaje peso usual	
%PU	Riesgo Nutricional
>120	Obesidad
110 – 120	Sobrepeso
90 – 110	Sin riesgo
85 – 95	Leve
75 – 84	Moderado
<75	Grave

Necesidades energéticas

Regla del pulgar

GET= 25 a 30 kcal/kg/día

GET= 30 x 61 x 1.3 = 2379 kcal

Tabla 1.3 Requerimiento de agua	
Edad y peso	55-75 años 30 ml/kg/día
30 x 61 = 1830 ml/kg/día	

VALORACION GLOBAL SUBJETIVA

A.- HISTORIA NUTRICIONAL

1.- Cambio de peso en los últimos meses: SI x__ NO __ NO SABE

Peso habitual __80__ Kg Peso actual __61__ Kg

Pérdida de peso __19__ Kg % Pérdida de peso __23.75__

Tiempo_____

Cambio en las últimas dos semanas:

Pérdida de peso involuntaria: SI_x__ NO __

Aumentó _____ Disminuyó __x__ Sin cambio_____

2.- Cambios en la ingesta alimentaria (en relación con lo normal):

Sin cambio__x__ Cambió, duración _____

Tipo de cambio:

Dieta solida insuficiente _____ Dieta líquida completa_____

Dieta líquida hipocalórica _____ Ayuno _____

3.- Síntomas gastrointestinales por más de dos semanas:

Nauseas _____ Vómito____ Diarrea _____ Disfagia/Odinofagia _____ Anorexia
_____ Ninguno__x__

4.- Alteración funcional:

Sin disfunción __x__ Disfunción parcial_____ Encamado _____

5.- Enfermedad y su relación con las necesidades nutricionales:

Diagnostico primario __quilotórax_____

Necesidades metabólicas/ estrés:

Sin estrés _____ leve estrés _____ moderado estrés __x__ grave
estrés_____

6.- Examen físico: (0= normal, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave)

__1__ Pérdida de grasa subcutánea y masa muscular

__1__ Edema

__0__ Ascitis

7.- Diagnostico nutricional de la valoración:

_____ A: Bien nutrido

__x__ B: Desnutrición moderada o riesgo de desnutrición

_____ C: Gravemente desnutrido

Soporte nutricional parenteral total

Nutrientes	Kcal / gramos	1 día 50%	2 día 75%	3 día 100%
CHO 40%	951.6 kcal /279.8 g	140 g	210 g	280 g
PRO 30%	713.7 kcal /178.4 g	89.2 g	134 g	178.4 g
GRA 30%	713.7 kcal /79.3 g	40 g	59.4 g	79.3 g
Aport Calórico total	2379 kcal			

Soporte nutricional parenteral (1 día 50%)				
Formula	Aminoácidos 10%	Dextrosa 50%		Lípidos 10%
volumen	890 cc	280 cc		400 cc
Volumen total	1570 cc	Goteo	65 ml/h	Osmol. 1320 mosm
Aporte calórico	1190 kcal			

Soporte nutricional parenteral (2 día 75%)				
Formula	Aminoácidos 15%	Dextrosa 50%		Lípidos 20%
volumen	890 cc	420 cc		290 cc
Volumen total	1600 cc	Goteo	65 ml/h	Osmol. 1980 mosm
Aporte calórico	1784.2 kcal			

Soporte nutricional parenteral (3 día 100%)				
Formula	Aminoácidos 15%	Dextrosa 50%		Lípidos 20%
volumen	1180 cc	560 cc		390 cc
Volumen total	2130 cc	Goteo	85 ml/h	Osmol. 2649 mosm
Aporte calórico	2379 kcal			

Tabla 1.4 Alimentos ricos en omega-3 y triglicéridos de cadena media (MCT)

Omega-3	TCM
Pescados de agua fría: Salmon, atún, caballa, sardina, entre otros.	Aceite de pescado, almendras girasol, de sésamo, oliva, chía, coco, entre otros.
Semillas y nueces: chía, linaza, almendras.	
Aceites de canola, oliva, soya, linaza.	



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Jama Palma, Joselyn Raquel**, con C.C: # **0931147185** autor/a del **componente práctico del examen complejo: “Caso clínico: soporte nutricional en paciente con quilotórax”** previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **23 de febrero de 2022**

f. _____

Nombre: **Jama Palma, Joselyn Raquel**

C.C: **0931147185**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caso clínico: soporte nutricional en paciente con quilotórax		
AUTOR(ES)	Jama Palma, Joselyn Raquel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Peré Ceballos, Gabriela Maria		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Nutrición, Dietética y Estética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23 de febrero de 2022	No. DE PÁGINAS:	27 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Soporte nutricional, nutrición parenteral, nutrición clínica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Iatrogenia, quilomicrones, hipoalbuminemia, sistema linfático, quilo, toracocentesis.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Quilotórax es considerada una de las patologías muy poco común, que se caracteriza por el acumulo de líquido con alto contenido de triglicéridos de cadena larga, proteínas y linfocitos en la cavidad pleural, provocando un deterioro en el estado nutricional e inmunológico del paciente que lo padece, su etiología es diversa, por lo cual, es necesario identificar y aplicar el tratamiento adecuado para disminuir la cantidad de quilo y para cubrir requerimientos.</p> <p>Presento caso de paciente masculino de 58 años con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial diagnosticado hace tres años e insuficiencia renal crónica hace tres años recibiendo tratamiento dialítico tres veces por semana. Es referido del Hospital de Babahoyo por cuadro clínico de 15 días de evolución determinado por disnea de medianos esfuerzos, es diagnosticado con derrame pleural derecho, proceden a realizarle toracocentesis drenando 1700 cc, es dado de alta posteriormente. Después de 7 a 9 días es ingresado con misma sintomatología, drenan 1500 cc y proceden a transferirlo a esta institución con Dx de quilotórax. Se sugiere aplicar soporte nutricional mixto, priorizando la NPT debido a la alta demanda proteico-calórico que presenta el paciente.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593- 959169635	E-mail: joselyn.jama@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Poveda Loor, Carlos Luis		
	Teléfono: +593- 99 359 2177		
	E-mail: carlos.poveda@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			